วารสารแพทย์นาวี

Royal Thai Navy Medical Journal

วารสารราย 4 เดือน ปีที่ 45 • ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2561 • Volume 45 No.3 September-December 2018 • ISSN: 0125-6971

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

- การพัฒนารูปแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ
- ปัจจัยเชิงผลของการสนับสนุนจากองค์การพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ : การวิเคราะห์อภิมาน
- ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม
- การศึกษาเปรียบเทียบพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
- ผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
- ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ระดับน้ำตาลในเลือด ระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารครั้งแรกกับการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง
- ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง
- ผลของโปรแกรมการเสริมพลังในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี
- ทัศนคติต่อผู้สูงอายุของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง
- สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตจังหวัดขอนแก่น

บทความวิชาการ

- ผลของความดันบรรยากาศสูงต่อสมรรถภาพปอดในนักดำน้ำอาชีพ
- การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่

Special Topic

- 10 Effective Ways to Help You Improve Your English Communication Skills



วารสารแพทย์นาวี ได้ผ่านการรับรองคุณภาพวารสารเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1 สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

วารสารแพทย์นาวี

Royal Thai Navy Medical Journal

ISSN : 0125-6971

วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่บทความวิชาการและบทความวิจัยทางการแพทย์ การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และเวชศาสตร์ทางทะเล
2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ทางวิชาการระหว่างแพทย์ พยาบาล บุคลากรสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และเวชศาสตร์ทางทะเล

เจ้าของ

กรมแพทย์ทหารเรือ

คณะที่ปรึกษา

พลเรือโท นพ. พรชัย	แย้มกลิ่น
พลเรือตรี นพ. วิชัย	มนัสศิริวิทยา
พลเรือตรี นพ. ธนรักษ์	เอี่ยวสานุรักษ์
พลเรือตรี นพ. สุรสิงห์	ประไพพานิช
พลเรือตรี นพ. สุมิตร	แดงดีเลิศ
พลเรือตรี นพ. เกิดศักดิ์	วีระโยธิน
พลเรือตรี พญ. สุพิชชา	แสงโชติ
นาวาเอก นพ. นิธิ	พงศ์อนันต์

บรรณาธิการ

นาวาเอกหญิง ดร. พว. ธนพร	แย้มสุดา

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นาวาเอกหญิง พว. อังคณา	นวลยง
นาวาโทหญิง พว. วรรณพร	ทองแสงจันทร์

กองบรรณาธิการ

พลโท นพ. สืบพงษ์	สังขะรมย์	สมาคมแพทย์ทหารแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
พลโท นพ. กฤษฎา	ดวงอุไร	สมาคมแพทย์ทหารแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ นพ. สารเนตร์	ไวคกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ นพ. นครชัย	เผื่อนปฐม	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศาสตราจารย์ ดร. นพ. พรชัย	สิทธิศรัณย์กุล	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศาสตราจารย์ ทพ. ดร. สิทธิชัย	ขุนทองแก้ว	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
รองศาสตราจารย์ พว. สุธีรา	ฮุ่นตระกูล	ข้าราชการบำนาญ
รองศาสตราจารย์ ดร. ภกญ. กัญญดา	อนุวงศ์	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร. พว. ทิพย์ฆัมพร	เกษโกมล	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พว. สุนทราวดี	เธียรพิเชฐ	สภาการพยาบาล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ้งระวี	นาวีเจริญ	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พว. สายสมร	เฉลยกิตติ	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
ดร. พว. ศุกร์ใจ	เจริญสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
นาวาเอก นพ. ธนษวัฒน์	ชัยกุล	กรมแพทย์ทหารเรือ
นาวาโท อนุพล	อ้นวงษา	กรมแพทย์ทหารเรือ
นาวาโทหญิง ดร. พว. อาทิตยา	ดวงมณี	กรมแพทย์ทหารเรือ
นาวาตรีหญิง พว. กินรี	ชัยสวรรค์	กรมแพทย์ทหารเรือ
นาวาตรี ทพญ. สรภัสร์	พลธร	กรมแพทย์ทหารเรือ
เรือเอก พว. อาจ	มิ่มกระโทก	กรมแพทย์ทหารเรือ
พันจ่าเอก บัณฑิต	ยืนยง	กรมแพทย์ทหารเรือ

กำหนดออกวารสาร ราย 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)

มกราคม–เมษายน
พฤษภาคม–สิงหาคม
กันยายน–ธันวาคม

พิมพ์ที่ ทูทวินพริ้นติ้ง
10/122 หมู่ 8 ตำบลสำโรงเหนือ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ 10270 โทร. 09 6996 5447

ปกหน้า การฝึกและเตรียมความพร้อมของกองทัพเรือ เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากพายุโซนร้อน “ปาบึก” โดยมอบหมายให้ เรือหลวงจักรีนฤเบศร เป็นเรือบัญชาการลอยน้ำ

ถ่ายภาพโดย พันจ่าเอก อนิวัฒน์ พรมรังษี

บทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารนี้ ได้รับการตรวจความถูกต้องทางวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้รับการแต่งตั้งจากกรมแพทย์ทหารเรือ อย่างน้อยเรื่องละ 2 ท่าน ด้วยวิธีการปิดบังชื่อผู้ประเมินและผู้เขียนบทความ



วารสารแพทย์นาวี

Royal Thai Navy Medical Journal

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะท่านผู้อ่านวารสารแพทย์นาวีที่รักทุกท่าน

วารสารแพทย์นาวีฉบับนี้ ขอนำเสนอบทความวิจัย จำนวน 12 เรื่อง เป็นผลงานวิจัยเกี่ยวกับพยาบาล จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ “การพัฒนารูปแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ” “ปัจจัยเชิงผลของการสนับสนุนจากองค์การพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ : การวิเคราะห์อภิมาน” และ “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม” งานวิจัยที่มุ่งเน้นการดูแลผู้รับบริการ จำนวน 9 เรื่อง ได้แก่ “การศึกษาเปรียบเทียบพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด” “ผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท” “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม” “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” “ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ระดับน้ำตาลในเลือด ระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารครั้งแรกกับการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง” “ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง” “ผลของโปรแกรมการเสริมพลังในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี” “ทัศนคติต่อผู้สูงอายุของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง” “สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตจังหวัดขอนแก่น”

นอกจากนี้ยังมีบทความวิชาการด้านเวชศาสตร์ทางทะเล เรื่อง “ผลของความดันบรรยากาศสูงต่อสมรรถภาพปอดในนักดำน้ำอาชีพ” และบทความที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เรื่อง “การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่” รวมทั้งบทความภาษาอังกฤษที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีที่จะช่วยพัฒนาทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษ เรื่อง “10 Effective Ways to Help You Improve Your English Communication Skills” กองบรรณาธิการหวังว่าวารสารฉบับนี้ จะทำให้ผู้อ่านได้ทั้งสาระและคุณค่าอย่างเต็มเปี่ยม แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้าค่ะ

นาวาโทหญิง พว. วรรณพร ทองแสงจันทร์

(วรรณพร ทองแสงจันทร์)

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

สารบัญ

หน้า

บทบรรณาธิการ II

บทความวิจัย

- การพัฒนารูปแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ 421
  The Development of Essential Profession Competency Model for Future Nursing under the Jurisdiction of the Naval Medical Department
- ปัจจัยเชิงผลของการสนับสนุนจากองค์การพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ : การวิเคราะห์อภิมาน 435
  Consequences of Nursing Organizational Support as Perceived by Professional Nurses : A Meta-Analysis
- ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม 456
  Selected Variables Related to Disaster Response and Recovery Management Abilities of Professional Nurse Hospital under the Ministry of Defense
- การศึกษาเปรียบเทียบพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด 476
  The Comparative Study of Resilience to Amphetamine Relapse among Adolescent Amphetamine Users in the Institute on Drug Abuse Treatment
- ผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท 493
  The Effect of Therapeutic Relationship Combined with Telephone Continuing Care Program on Medical Adherence in Persons with Schizophrenia
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม 509
  The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Hypertensive Prevention Behavior of Pre-Hypertension Risk Group at a Community in Nakhon Pathom Province
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 527
  Predicting Factors of Dietary Behaviors in Patients with Coronary Artery Disease

- ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ระดับน้ำตาลในเลือด ระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารครั้งแรกกับการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง 544
  The Association between Sense of Coherence, Blood Sugar, Duration of Initial Oral Feeding and Recovery in Patients after Open Colorectal Resection Surgery
- ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง 561
  The Effect of Health Belief Model Program on Complication Preventive Behavior in Hypertensive Older Persons
- ผลของโปรแกรมการเสริมพลังในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี 578
  The Effects of Primary Knee Osteoarthritis Prevention Empowerment Program for Village Health Volunteers at a Community in Phetchaburi Province
- ทัศนคติต่อผู้สูงอายุของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง 599
  Attitude Towards Older Adults in Adults Persons Residing in Urban Community
- สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตจังหวัดขอนแก่น 613
  Situation and Factors Associated with Depression among Diabetes Mellitus Type II Patients in Khon Kaen Province

บทความวิชาการ

- ผลของความดันบรรยากาศสูงต่อสมรรถภาพปอดในนักดำน้ำอาชีพ 632
  Effect of Hyperbaric Environment on Pulmonary Function in Professional Divers
- การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่ 645
  Nursing Care for Older Persons with Loneliness

Special Topic

- 10 Effective Ways to Help You Improve Your English Communication Skills 655

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารแพทย์นาวี
แบบฟอร์มขอส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารแพทย์นาวี

วารสารแพทย์นาวี

Royal Thai Navy Medical Journal



การพัฒนารูปแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ
The Development of Essential Profession Competency Model for Future Nursing under the Jurisdiction of the Naval Medical Department

อรวรรณ สุพรรณภพ* ไชยยศ ไพวิทยศิริธรรม ลุยง วีระนาวิน*****

Orawan Supanpop, R.N.,* Chaiyos Paiwithayasiritham, Ed.D., Luyong Veranavin, Ph.D.*****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสมรรถนะและรูปแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพการพยาบาลในปัจจุบัน 2) พัฒนารูปแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ และ 3) ประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ จำนวน 365 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับสมรรถนะและรูปแบบสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ 2) แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับรูปแบบสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ ซึ่งเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ มีค่า IOC เท่ากับ 1.00 และ 3) แบบประเมินสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือตามสภาพจริงในปัจจุบัน เป็นแบบสอบถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 112 ตัวชี้วัด มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.97 เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ ได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 365 ฉบับ คิดเป็นร้อยเปอร์เซ็นต์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และประเมินความต้องการจำเป็นโดยใช้สูตร Modified Priority Needs Index ($PNI_{modified}$)

ผลการวิจัย พบว่า 1. การศึกษาสมรรถนะและรูปแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพการพยาบาลในปัจจุบันจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 11 สมรรถนะ 186 ตัวชี้วัด 2. จากการพัฒนารูปแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ พบว่า

* Student in Doctor of Philosophy Program (Development Education), Faculty of Education, Silpakorn University. E-mail: osupanpop.3@gmail.com

** Associate Professor, Faculty of Education, Silpakorn University

*** Assistant Professor, Faculty of Education, Silpakorn University

ประกอบด้วย 9 สมรรถนะ 112 ตัวชี้วัด ที่มีองค์ประกอบด้านความรู้ ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล และด้านทักษะ 3. วิเคราะห์ค่าดัชนีลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น ($PNI_{modified}$) ในภาพรวม ทั้ง 9 สมรรถนะ เท่ากับ 0.31 เพื่อรองรับสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ ควรให้การพัฒนาตามลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น ($PNI_{modified}$)

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบสมรรถนะ รูปแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพ กรมแพทย์ทหารเรือ

Abstract

This research aimed to 1) study competency and profession competency model for nursing at the present time, 2) development of the essential profession competency model for future nursing of the naval medical department, and 3) evaluate needs of development of the essential profession competency model for future nursing of the naval medical department. The subjects were 365 members under the Jurisdiction of the Naval Medical Department. The research instruments were 1) expert interview form about the competency and essential profession competency model for future nursing of the naval medical department, 2) expert questionnaire form for the essential profession competency model for future nursing of the naval medical department was designed 112 indicators of rating scales. The index of item–objective congruence of questionnaire was 1.00, and 3) 112 indicators of rating scales questionnaire was designed to evaluate needs in the present times of the essential profession competency for future nursing of the naval medical department. The reliability of questionnaire was 0.97. The response rate was 100%. The data was analyzed for median, interquartile range, mean, standard deviation, and needs assessments by using Modified Priority Needs Index ($PNI_{modified}$)

The results of this thesis were as follow 1) The study competency and profession competency model for nursing at the present time which defined by nursing agencies consisted of 11 competencies (186 indicators), 2) The development of the essential profession competency model for future nursing of the naval medical department consisted of 9 competencies (112 indicators) which were indicators of knowledge attributes and skill, 3) The analyzing of modified priority needs index (PNI modified) overview in 9 competencies equal 0.31. For the essential profession competency model for future nursing of the naval medical department must be improved from PNI modified index.

Keywords : development of competency model, essential profession competency model for nursing, The Naval Medical Department

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปรากฏการณ์สากลที่เกิดขึ้นทั่วทุกมุมโลกจากกระแสโลกาภิวัตน์ นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน เช่น ด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านเศรษฐกิจ ด้านกฎหมาย เป็นต้น โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจที่ก่อให้เกิดการแข่งขันทางเศรษฐกิจ ซึ่งแน่นอนที่สุดทุกประเทศต้องมีปรับตัว เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากร[1] สำหรับประเทศไทยจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมในหลายด้านโดยเฉพาะการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันกับนานาประเทศ[2] เนื่องจาก "คน" เป็นทรัพยากรในการบริหารที่มีคุณค่าที่สุด การบริหารทุนมนุษย์ (Human capital management) จึงเป็นการสร้างมูลค่าเพิ่มในทุนทางปัญญาของคนในองค์กรให้มีศักยภาพสูงและมีพลังในการทำงาน ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพและความสำเร็จขององค์กรอย่างยั่งยืน[3] สำนักงานข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) จึงได้กำหนดนโยบายการพัฒนาและบริหารกำลังคนภาครัฐโดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากรเพื่อยกระดับสมรรถนะ[4] โดยแต่ละกระทรวงนำไปกำหนดยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติให้มีความเหมาะสม ในส่วนกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ โดยพัฒนากำลังคนให้มีขีดความสามารถที่เหมาะสม พัฒนาระบบสนับสนุนและพัฒนาบุคลากรเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเต็มศักยภาพในการดูแลปัญหาสุขภาพของประชาคม[5] โดยมีนโยบายการส่งเสริมยกระดับให้สถานบริการสาธารณสุขภายในประเทศทั้งบุคลากร และมาตรฐานการบริการที่เป็นสากลเพื่อก้าวสู่การเป็นศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพของภูมิภาค (Medical Hub) ในภูมิภาคอาเซียน[6] มุ่งผลิตและพัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านสุขภาพให้มีคุณภาพ มีการกระจายตัวที่เหมาะสม[7] เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันให้กับบุคลากรในวิชาชีพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงจากการเคลื่อนย้ายแรงงานจากความเห็นชอบในความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมของบุคลากรในวิชาชีพตามมาตรฐานที่กำหนด (Mutual Recognition Arrangement : MRA)

จากการปฏิรูประบบสุขภาพที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบการให้บริการ ยกระดับการรักษาพยาบาลให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้มารับการบริการที่มีความหลากหลายมากขึ้น พยาบาลจำเป็นต้องมีการพัฒนาสมรรถนะให้มีความเหมาะสมเพื่อให้บริการที่มีคุณภาพ และปลอดภัย ปัจจุบันระบบการสร้าง พัฒนา และจัดการบุคลากรด้านสุขภาพจากการศึกษา พบว่ายังไม่มีระบบการวางแผนและกำหนดนโยบายเรื่องบุคลากรที่เน้นลงไปในรายละเอียดของทักษะ (Skill mix) ที่เหมาะสม ซึ่งสิ่งเหล่านี้คือความท้าทายในการเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและกำลังจะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้[8] จากความท้าทายและความหลากหลายทำให้จำเป็นต้องมีการปรับปรุงผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องของบุคลากร โดยเฉพาะสมรรถนะในเชิงวิชาชีพที่จำเป็นในการให้บริการทางการพยาบาลที่ต้องสร้างความรู้อย่างกว้างขวางให้เกิดขึ้น เพื่อให้บุคลากรวิชาชีพการพยาบาลมีความรู้ สมรรถนะที่เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลง[9] โดยเฉพาะจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากกระแสโลกาภิวัตน์ อีกทั้งจากการรวมตัวของประชาคมต่างๆ โดยเฉพาะประชาคมอาเซียน ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายในหลายๆ ด้านที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลซึ่งเกี่ยวข้องและใกล้ชิดกับผู้รับบริการมากที่สุด จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนา

องค์ความรู้ สมรรถนะในด้านต่างๆ ให้มีความทันสมัยอยู่เสมอ เพื่อให้มีความพร้อมในการให้บริการทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ ที่ต้องให้การบริการให้กับบุคลากรทั้งกองทัพและครอบครัว ประชาชนในประเทศและประชาคม ซึ่งในปัจจุบันพบว่าปัญหาสุขภาพมีความซับซ้อนและมีความรุนแรงมากขึ้น เพื่อเป็นการรองรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ การพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพสำหรับพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับอนาคตภาพการพัฒนาสมรรถนะของวิชาชีพพยาบาล โดยเฉพาะในองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับด้านความรู้ (Knowledge) ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล (Attributes) และด้านทักษะ (Skills)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยเห็นว่าการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในบริบทของวิชาชีพการพยาบาลต้องมีการทบทวน ปรับปรุง และพัฒนาให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้นโดยเฉพาะสมรรถนะในเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สำหรับพยาบาลวิชาชีพสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ โดยผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาในองค์ประกอบที่เป็นข้อบ่งชี้เฉพาะของสมรรถนะในแต่ละด้านโดยเฉพาะ ได้แก่ 1) ด้านความรู้ (Knowledge) 2) ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล (Attributes) และ 3) ด้านทักษะ (Skills) โดยการนำยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ การพัฒนาองค์กร การพัฒนาบุคลากร แนวโน้มอนาคตของการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล เช่น สภาการพยาบาล[10] การศึกษาขององค์กรทางการศึกษาพยาบาลขั้นสูงแห่งเมสแซสซูเซส (The Massachusetts Department of Higher Education)[11] สภาการพยาบาลแห่งประเทศออสเตรเลีย (Australian Nursing and Midwifery Council) หรือ ANMC (Nursing and Midwifery Broad of Australia)[12] และนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง[13] นำมาประยุกต์ใช้ในการพิจารณาจัดกลุ่มสมรรถนะในแต่ละด้าน รวมทั้งสมรรถนะที่แสดงความเป็นอัตลักษณ์ของพยาบาลทหารเรือ ซึ่งรูปแบบที่ได้จากการพัฒนานี้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาล สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ และส่วนที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพพยาบาลตามสภาพจริงเพื่อประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนา ซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญประการหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลให้มีมาตรฐานและสอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงาน องค์กร ประชาชนในประเทศ ประชาคมในการให้บริการด้านสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสมรรถนะและรูปแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพการพยาบาลในปัจจุบัน

2. พัฒนารูปแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ

3. ประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาสมรรถนะและรูปแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพการพยาบาลในปัจจุบันจากหน่วยงาน/องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีหลากหลายสมรรถนะ แต่จากการศึกษาในประเทศไทย ไม่พบสมรรถนะในแต่ละด้านที่กำหนดองค์ประกอบตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับความรู้ (Knowledge) คุณลักษณะส่วนบุคคล (Attributes) และทักษะ (Skills) เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลในสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ รองรับการเปลี่ยนแปลงของบริบทแวดล้อม ผู้วิจัยจึงนำสมรรถนะวิชาชีพพยาบาลที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์และประยุกต์ใช้ โดยจัดกลุ่มของสมรรถนะ นำไปสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้วยเทคนิค (Ethnographic Delphi Future Research : EDFR) จนได้ข้อสรุปของรูปแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ ประกอบด้วย 9 สมรรถนะ 112 ตัวชี้วัด ที่มีองค์ประกอบตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับความรู้ (Knowledge) คุณลักษณะส่วนบุคคล (Attributes) และทักษะ (Skills) นำไปประเมินความต้องการจำเป็น (Need assessment) ตามแนวคิดของ สุวิมล ว่องวาณิช[14] และสำรวจความต้องการจำเป็นของสมรรถนะเชิงวิชาชีพ สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน คือ การศึกษาสิ่งที่มุ่งหวัง การศึกษาสภาพที่เป็นอยู่จริงในปัจจุบัน การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงกับสภาพที่ควรจะเป็น และจัดลำดับความสำคัญของผลที่เกิดขึ้นเพื่อกำหนดความต้องการจำเป็นในการพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานซึ่งมีทั้งแบบวิจัยเชิงคุณภาพ และแบบวิจัยเชิงปริมาณ มีวิธีดำเนินการ ดังนี้

1. ขอบเขตการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามความคิดเห็น

ในการพัฒนารูปแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ ผู้วิจัยใช้เทคนิค EDFR ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลสามรอบ โดยผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 23 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

2) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดยการตอบแบบประเมินสมรรถนะเชิงวิชาชีพ ตามสภาพจริง

ในการประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือนั้น ผู้วิจัยกำหนดประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน 3 พื้นที่ ที่สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ คือ 1) กรุงเทพมหานคร 2) จังหวัดสมุทรปราการ และ 3) จังหวัดชลบุรี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตรของ Yamane[15] ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 365 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้จากประชากรในแต่ละพื้นที่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ประเภท คือ 1) แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสมรรถนะและรูปแบบสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ เป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดแบบมี

โครงสร้าง 2) แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ ซึ่งเป็นแบบสอบถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ และ 3) แบบประเมินสมรรถนะเชิงวิชาชีพสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ ตามสภาพจริง เป็นแบบสอบถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ

3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอน ดังนี้

3.1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสมรรถนะและรูปแบบสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ

3.1.1 การศึกษาเอกสารและข้อมูลเกี่ยวข้องกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะ การพัฒนาบุคลากร การศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ แนวโน้มการพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพพยาบาล

3.1.2 นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาวิเคราะห์และสังเคราะห์ประเด็นที่เกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพการพยาบาล เพื่อกำหนดรูปแบบ โครงสร้าง ขอบเขตเนื้อหา ในการสร้างแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดแบบมีโครงสร้างโดยกำหนดตามขอบเขตของเนื้อหา ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1.3 นำแบบสัมภาษณ์ฯ ที่สร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของข้อคำถาม ความเหมาะสม ความชัดเจนของภาษา และรูปแบบของแบบสัมภาษณ์ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

3.1.4 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ใช้วิธีการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เป็นรายข้อ (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน มีค่าเท่ากับ 0.60 – 0.80 โดยเกณฑ์ในการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.60 ขึ้นไป

3.1.5 นำข้อเสนอแนะของของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ ก่อนนำไปสัมภาษณ์จริงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

3.2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ

3.2.1 นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาสร้างเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นซึ่งเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ

3.2.2 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของข้อคำถาม ความเหมาะสม ความชัดเจนของภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

3.2.3 นำไปใช้สอบถามกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 23 คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 2 รอบ ในการตอบแบบสอบถามความคิดเห็น โดยรอบที่สองเป็นการยืนยันคำตอบเดิมหรืออาจเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นใหม่

3.2.4 นำข้อมูลที่ได้จากข้อเสนอแนะมาปรับปรุง เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ในทุกด้าน

3.2.5 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ใช้วิธีการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ทุกข้อคำถามได้มีค่า IOC เท่ากับ 1.00 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.60 ขึ้นไป

3.3 แบบประเมินสมรรถนะเชิงวิชาชีพสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ

3.3.1 นำแบบสอบถามความคิดเห็นที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 23 คน มาสร้างเป็นแบบประเมินสมรรถนะเชิงวิชาชีพสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ ตามสภาพจริง ซึ่งเป็นแบบสอบถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ

3.3.2 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของข้อคำถาม ความเหมาะสม ความชัดเจนของภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

3.3.3 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านความเห็นชอบแล้วไปทดลอง (Try out) กับพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำไปหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งมีค่าความเที่ยงทั้งฉบับ เท่ากับ 0.97

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

4.1 ข้อมูลจากการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะทางการพยาบาลในปัจจุบัน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

4.2 ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ และข้อมูลจากแบบสอบถามความคิดเห็นจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญจากผู้เชี่ยวชาญ 23 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

4.3 ข้อมูลจากแบบประเมินสมรรถนะตามสภาพจริง ผู้วิจัยส่งและรับแบบประเมินผ่านผู้ประสานงานของหน่วยงานที่กลุ่มตัวอย่างสังกัดในแต่ละแห่ง

5. การวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

5.1 ข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

5.2 ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และข้อมูลจากแบบสอบถามความคิดเห็นรอบที่หนึ่งและรอบที่สอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ ค่ามัธยฐาน ตั้งแต่ 3.5 ขึ้นไป และมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ไม่เกิน 1.5

5.3 ข้อมูลจากแบบประเมินสมรรถนะตามสภาพจริง การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความต้องการจำเป็นโดยใช้ดัชนีความสำคัญของลำดับความต้องการจำเป็น หรือ Modified Priority Needs Index ($PNI_{modified}$)[15]

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ เลขที่รับรอง COA-NMD-REC028/59 วันที่รับรอง 9 สิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึง 8 สิงหาคม พ.ศ. 2560 เก็บข้อมูลโดยการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และการรักษาความลับของข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ รวมถึงมีสิทธิที่จะยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น

สรุปผลการวิจัย

สำหรับผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องสมรรถนะและรูปแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพการพยาบาลในปัจจุบัน ประกอบด้วย 11 สมรรถนะ 186 ตัวชี้วัด โดยมีองค์ประกอบของตัวชี้วัดในแต่ละด้านที่เกี่ยวข้องกับความรู้ คุณลักษณะส่วนบุคคล และทักษะ ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะในด้านต่างๆ ได้แก่ 1) ด้านความรู้ทางการพยาบาล (Knowledge) 33 ตัวชี้วัด 2) ด้านการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centered care) 12 ตัวชี้วัด 3) ด้านการพยาบาลที่มีความเป็นมืออาชีพ (Professionalism) 21 ตัวชี้วัด 4) ด้านภาวะผู้นำ (Leadership) 15 ตัวชี้วัด 5) ด้านการปฏิบัติพยาบาลเชิงระบบ (System-based practice) 12 ตัวชี้วัด 6) ด้านสารสนเทศ (Informatics) 12 ตัวชี้วัด 7) ด้านการสื่อสาร (Communication) 15 ตัวชี้วัด 8) ด้านการประสานและการทำงานเป็นทีม (Teamwork and collaboration) 21 ตัวชี้วัด 9) ด้านความปลอดภัย (Safety) 18 ตัวชี้วัด 10) ด้านการปรับปรุงคุณภาพการบริการ (Quality improvement) 12 ตัวชี้วัด และ 11) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) 15 ตัวชี้วัด

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนารูปแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ ด้วยเทคนิค EDFR พบว่า ประกอบด้วย 9 สมรรถนะ 112 ตัวชี้วัด โดยมีองค์ประกอบของตัวชี้วัดในแต่ละด้านที่เกี่ยวข้องกับ ความรู้ คุณลักษณะส่วนบุคคล และทักษะ ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะในด้านต่างๆ ได้แก่ 1) ด้านการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centered care) 9 ตัวชี้วัด 2) ด้านเวชศาสตร์ทางทะเลและเวชศาสตร์ทหาร (Maritime medicine and Military medicine) 16 ตัวชี้วัด 3) ด้านการพยาบาลที่มีความเป็นมืออาชีพ (Professionalism) 13 ตัวชี้วัด 4) ด้านภาวะผู้นำ (Leadership) 9 ตัวชี้วัด 5) ด้านการปฏิบัติพยาบาลเชิงระบบ (System-based practice) 14 ตัวชี้วัด 6) ด้านการสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ (Communication and Information technology) 15 ตัวชี้วัด 7) ด้านการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous quality improvement) 17 ตัวชี้วัด 8) ด้านการประสานและการทำงานเป็นทีม (Teamwork and collaboration) 12 ตัวชี้วัด และ 9) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) 7 ตัวชี้วัด

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมเกี่ยวกับระดับของสมรรถนะในแต่ละด้านที่คาดหวังกับตามสภาพจริง และค่าดัชนีลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น ($PNI_{modified}$) เพื่อรองรับสมรรถนะเชิงวิชาชีพการพยาบาลที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์สมรรถนะในแต่ละด้าน

สมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ	ระดับสมรรถนะเชิงวิชาชีพการพยาบาลที่คาดหวัง			ระดับสมรรถนะเชิงวิชาชีพการพยาบาลตามสภาพจริง			$PNI_{modified}$	ลำดับ
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
1. สมรรถนะด้านการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	4.90	0.13	มากที่สุด	3.99	0.48	มาก	0.23	9
2. สมรรถนะด้านเวชศาสตร์ทางทะเลและเวชศาสตร์ทหาร	4.76	0.34	มากที่สุด	3.43	0.71	มาก	0.39	1
3. สมรรถนะด้านการพยาบาลที่มีความเป็นมืออาชีพ	4.95	0.16	มากที่สุด	3.85	0.59	มาก	0.28	7
4. สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ	4.91	0.15	มากที่สุด	3.62	0.62	มาก	0.36	3
5. สมรรถนะด้านการปฏิบัติพยาบาลเชิงระบบ	4.91	0.20	มากที่สุด	3.75	0.68	มาก	0.31	5
6. สมรรถนะด้านการสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ	4.79	0.28	มากที่สุด	3.63	0.69	มาก	0.32	4
7. สมรรถนะด้านการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	4.86	0.29	มากที่สุด	3.75	0.77	มาก	0.29	6
8. สมรรถนะด้านการประสานและการทำงานเป็นทีม	4.90	0.33	มากที่สุด	3.96	0.82	มาก	0.24	8
9. สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	4.89	0.18	มากที่สุด	3.55	0.84	มาก	0.38	2
ภาพรวม	**4.87**	**0.19**	**มากที่สุด**	**3.72**	**0.60**	**มาก**	**0.31**	**–**

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมเกี่ยวกับระดับของสมรรถนะในแต่ละด้าน ที่คาดหวัง พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเลขคณิตเท่ากับ 4.87) ส่วนภาพรวมผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับของสมรรถนะในแต่ละด้าน ตามสภาพจริง พบว่า อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเลขคณิตเท่ากับ 3.72) ซึ่งเมื่อพิจารณาค่าดัชนีลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น ($PNI_{modified}$) เพื่อรองรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ มีค่าเท่ากับ 0.31 ซึ่งหากพิจารณาในภาพรวมผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับของสมรรถนะในแต่ละด้าน พบว่า สมรรถนะที่ควรได้รับการพัฒนาใน 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านเวชศาสตร์ทางทะเลและเวชศาสตร์ทหาร (Maritime medicine and Military medicine) 2) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) และ 3) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ โดยมีค่าดัชนีลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นเท่ากับ 0.39, 0.38 และ 0.36 ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถนะและรูปแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพการพยาบาลในปัจจุบัน

จากศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะเชิงวิชาชีพการพยาบาลในปัจจุบันจากหน่วยงาน/องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีหลากหลายสมรรถนะ แต่เมื่อวิเคราะห์รูปแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพการพยาบาลที่กำหนดตามสภาพปัจจุบันแล้ว พบว่า ไม่พบสมรรถนะในแต่ละด้านที่กำหนดองค์ประกอบตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับความรู้ (Knowledge) คุณลักษณะส่วนบุคคล (Attributes) และทักษะ (Skills) ในสมรรถนะเหล่านั้น เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลในสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ รองรับการเปลี่ยนแปลงของบริบทแวดล้อม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ด้านนโยบายการค้าโลก ด้านสังคม นโยบายสาธารณสุข และการปฏิรูปต่างๆ ตลอดทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยา ซึ่งปัจจัยดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขและระบบกำลังคนด้านสุขภาพ จากสถานการณ์และแนวโน้ม และสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงศึกษาสมรรถนะวิชาชีพพยาบาลที่กำหนดโดยหน่วยงาน/องค์กรต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศมาประยุกต์ใช้ เช่น สภาการพยาบาล[10] สถาบันทางการศึกษาวิชาชีพพยาบาลขั้นสูงแห่งเมสแซสชูเซส[11] สภาการพยาบาลแห่งประเทศออสเตรเลีย[12] รวมทั้งการศึกษาของนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง โดยได้จัดกลุ่มของสมรรถนะออกเป็น 11 ด้าน ที่มีรายละเอียดขององค์ประกอบตัวชี้วัดด้านความรู้ ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล และด้านทักษะ นำมาใช้กำหนดรูปแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคตสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ

2. การพัฒนารูปแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคตสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ

ผู้วิจัยนำผลจากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถนะและรูปแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพการพยาบาลในปัจจุบันมาเป็นต้นแบบในการพัฒนาโดยใช้การวิจัยแบบเทคนิค EDFR ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงอนาคตโดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 รอบ จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 23 คน จะช่วยในกระบวนการตัดสินใจ ช่วยในการเตรียมคนสำหรับอนาคตที่มีการเปลี่ยนแปลง ช่วยในการสร้างสรรค์แนวทางในการป้องกันปัญหาอย่างเป็นระบบนำมาใช้แก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์[16,17] ผลที่ได้จากการวิจัยแบบเทคนิค EDFR ประกอบด้วย สมรรถนะเชิงวิชาชีพในด้านต่างๆ 9 สมรรถนะ มีองค์ประกอบตัวชี้วัดด้านความรู้ ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล และด้านทักษะ รวม 112 ตัวชี้วัด โดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาว่า ตัวชี้วัดนั้นต้องมีค่ามัธยฐาน (Median) ตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป และมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Q_3-Q_1) ไม่เกิน 1.50 เท่านั้น ทำให้เชื่อมั่นได้ว่ารูปแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ ที่พัฒนานี้มีความสอดคล้องกับสมรรถนะที่สภาวิชาชีพทางการพยาบาล/หน่วยงาน/องค์กรกำหนด เช่น สภาการพยาบาล[10] ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย 2) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 3) สมรรถนะด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ 4) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ 5) สมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัย 6) สมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ 7) สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ และ 8) สมรรถนะด้าน

สังคม สภาการพยาบาลแห่งประเทศออสเตรเลีย (Nursing and Midwifery Broad of Australia)[12] ได้แก่ 1) การปฏิบัติในเชิงวิชาชีพ (Professional practice) 2) การคิดและวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking and analysis) 3) การจัดเตรียมและการประสานงาน (Provision and coordination of care) และ 4) การร่วมมือและหลักปฏิบัติเพื่อการรักษา (Collaboration and therapeutic practice) หรือสอดคล้องกับแนวคิดของนักวิชาการที่เกี่ยวข้องการวิชาชีพการพยาบาล เช่น สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ[18] ที่ได้บรรยายในหัวข้อ “สภาการพยาบาลกับการเตรียมความพร้อมของวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์สู่ประชาคมอาเซียน” กล่าวถึงสมรรถนะพยาบาลไทย-อาเซียน (ASEAN-Thai Nursing Common Core Competencies) ที่จำเป็นต้องมี ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมและกฎหมาย 2) สมรรถนะด้านการปฏิบัติตามหลักวิชาชีพ 3) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำและการจัดการ 4) สมรรถนะด้านการศึกษาและการวิจัย 5) สมรรถนะด้านการพัฒนาวิชาชีพ การพัฒนาตนเอง และการพัฒนาคุณภาพงาน และสอดคล้องกับวิสัยทัศน์กรมแพทย์ทหารเรือ 2559 - 2562 ที่กำหนด “เป็นองค์กรแพทย์ทหารที่มีขีดสมรรถนะสูง และเป็นผู้นำด้านเวชศาสตร์ทางทะเลของประเทศ”[19] จึงทำให้พยาบาลสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือซึ่งนอกจะมีสมรรถนะที่กำหนดโดยสภาวิชาชีพทางการพยาบาลแล้วจำเป็นต้องมีที่สอดคล้องกับการพัฒนาของหน่วยงาน อันได้แก่ สมรรถนะเวชศาสตร์ทางทะเลและเวชศาสตร์ทหาร ซึ่งเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของพยาบาลทหารเรือ ที่มีความแตกต่างจากสมรรถนะของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล สรุปได้ว่า รูปแบบสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ ที่ได้พัฒนาโดยใช้เทคนิค EDFR โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลสามรอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 23 คนนั้น เป็นรูปแบบสมรรถนะที่มีความครอบคลุมสมรรถนะเชิงวิชาชีพพยาบาล ที่สภาการพยาบาลกำหนด รวมทั้งสมรรถนะที่เป็นอัตลักษณ์ของพยาบาลสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือในทุกๆ ด้าน

3. ประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ

จากการประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ โดยการวิเคราะห์ระดับสมรรถนะเชิงวิชาชีพการพยาบาลที่คาดหวัง ในภาพรวมทั้ง 9 สมรรถนะเพื่อรองรับสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ ที่มีองค์ประกอบตัวชี้วัดด้านความรู้ ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล และด้านทักษะ พบว่า ในภาพรวมของสมรรถนะทั้ง 9 สมรรถนะ อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนระดับสมรรถนะเชิงวิชาชีพการพยาบาลตามสภาพจริงของสมรรถนะทั้ง 9 ในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับมาก ซึ่งหากพิจารณาด้วยการวิเคราะห์ค่าดัชนีลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น โดยใช้สูตร Modified Priority Needs Index ($PNI_{modified}$) เพื่อรองรับการพยาบาลในอนาคต สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือในภาพรวม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับของสมรรถนะในแต่ละด้าน พบว่า สมรรถนะที่ควรได้รับการพัฒนาใน 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านเวชศาสตร์ทางทะเลและเวชศาสตร์ทหาร (Maritime medicine and Military medicine) 2) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) และ

3) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ โดยเฉพาะสมรรถนะด้านเวชศาสตร์ทางทะเลซึ่งกำหนดให้เป็นอัตลักษณ์ของพยาบาล สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ ผลจากการประเมินความต้องการจำเป็นด้านความรู้ด้านเวชศาสตร์ทางทะเลของ อาทิตยา ดวงมณี อานันทนา ชื่นวิสิทธิ์, อมรทิพย์ ณ บางช้าง[20] ที่มีความสอดคล้องกัน และต้องให้ความสำคัญในการพัฒนาในลำดับแรก รายละเอียดของตัวชี้วัดของสมรรถนะในแต่ละด้านที่ควรได้รับการพัฒนา ดังนี้

สมรรถนะด้านเวชศาสตร์ทางทะเลและเวชศาสตร์ทหาร ตัวชี้วัดที่ควรได้รับการพัฒนาตามลำดับ ได้แก่ 1) การพัฒนาความรู้งานวิจัย เพื่อให้การดูแล ป้องกัน รักษาพยาบาลแก่ทหารได้อย่างมีคุณภาพ 2) บูรณาการความรู้มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์ สาธารณภัย/ภัยพิบัติ 3) การให้ความรู้แก่ประชาชนในการปฏิบัติตนเมื่อเกิดสาธารณภัย/ภัยพิบัติ ทั้งในระยะก่อนเกิด ขณะเกิด และหลังเกิด

สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ตัวชี้วัดที่ควรได้รับการพัฒนาตามลำดับ ได้แก่ 1) ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการจากการปฏิบัติงานประจำพัฒนาสู่งานวิจัย (Routine to Research : R to R) 2) สามารถวิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ที่ได้รับจากการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และนำปรับปรุงการให้บริการอย่างต่อเนื่อง 3) ใช้ผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์มาบูรณาการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล

สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ ตัวชี้วัดที่ควรได้รับการพัฒนาตามลำดับ ได้แก่ 1) ความสามารถในการให้เหตุผลทางวิชาการเพื่อโน้มน้าวให้ผู้อื่นมีความคิดคล้อยตาม และสามารถปฏิบัติงานได้เป็นผลสำเร็จ 2) การศึกษาสถานการณ์ทั้งในปัจจุบันและคาดการณ์อนาคต จากผลกระทบภายนอกทั้งทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ และทางสังคมและเทคโนโลยีมาวางแผนการปฏิบัติงานในหน่วยงาน ให้สอดคล้องกับนโยบาย วิสัยทัศน์ขององค์กร และ 3) การให้ความสำคัญกับการพัฒนาวิธีการทำงานในรูปแบบใหม่ๆ ให้กับหน่วยงาน เพื่อนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยสมรรถนะที่ควรพัฒนาในลำดับแรกๆ ได้แก่ สมรรถนะด้านเวชศาสตร์ทางทะเลและเวชศาสตร์ทหาร ซึ่งสามารถนำตัวชี้วัดที่จำเป็นในการพัฒนา มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแผนการฝึกอบรม ฝึกทักษะเพื่อพัฒนาศักยภาพพยาบาลทหารเรือให้สอดคล้องกับแนวทางในการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน เช่น 1) การพัฒนางานวิจัย เพื่อให้การดูแล ป้องกัน รักษาพยาบาลแก่ทหารได้อย่างมีคุณภาพ 2) การบูรณาการความรู้มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์ สาธารณภัย/ภัยพิบัติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มงานพยาบาล สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ในการให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานวิจัยให้สมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Truss C, Mankin D, Kelliher C. Strategic human resource management. New York: Oxford University Press; 2012.
2. Lhaonhub K. The scenario analysis of health personnel development in Thailand in ASEAN community. Bureau of Policy and Strategy Ministry of Public Health. Ministry of Public Health: Nonthaburi; 2012.
3. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. แนวทางการยกระดับขีดสมรรถนะของบุคลากรภาครัฐ พ.ศ. 2557-2561. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 7 กันยายน 2558]. แหล่งที่มา: http://www.ocsc.go.th/ocsc/th/files/CSTI/D%20menu/stategic/strategy.
4. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. การยกระดับขีดสมรรถนะของบุคลากรภาครัฐเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน. วารสารดำรงราชานุภาพ 2556;13(47):1-6.
5. อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ. แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2559. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก้ ซิสเต็มส์; 2552.
6. อำพล จินดาวัฒนะ. ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลระดับประเทศ พ.ศ. 2556-2560. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพมหานคร; 2555.
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ เป้าหมาย และตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุขประจำปี พ.ศ. 2558. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 กรกฎาคม 2558]. แหล่งที่มา: http://kpo.moph.go.th/webkpo/download/StrategyAndKPI2558__30092557.pdf.
8. จรวยพร ศรีศศลักษณ์, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา, ทิพิชา โปษยานนท์, วลัยพร พัชรนฤมล. สังเคราะห์สถานการณ์ระบบสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2556.
9. Kityanyong S. Intelligent personnel. Bangkok: Phetpraguy; 2013. (in Thai).
10. Khampalikit S. Competencies of registered nurses. Bangkok: Siriyod Printing; 2010. (in Thai).
11. The Massachusetts Action Coalition. The massachusetts nursing core competencies: a tool kit for implementation in education and practice setting. [Internet]. [cited 2015 September 21]. Available from: http://www.mass.edu/nahi/documents/Toolkit-First%20Edition-May%202014-r1.pdf.
12. Nursing and Midwifery Board of Australia. National competency standards for registered nurse. [Internet]. [cited 2015 November 21]. Available from: file:///D:/Documents/Downloads Nursing-and-Midwifery-Board---Standard---National-competency-standards-for-the-registered-nurse.PDF.
13. Haynes T. The future of nursing initiative: our future. AAACN View Point 2011;33(2):3-4.
14. Wongwanich S. Needs assessment research. 3rd ed. Bangkok: V-Print; 2015. (in Thai).

15. Yamane T. Statistics-an introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row Publication; 1973.
16. Poolpatarachewin C. Ethnographic delphi future research (EDFR). Journal of Education Studies 2003;32(1):1-19. (in Thai).
17. Sanrattana W. Research on educational administration: concepts & case studies. 3rd ed. Bangkok: Thipayawisut Company; 2013. (in Thai).
18. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. สภาการพยาบาลกับการเตรียมความพร้อมของวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์สู่ประชาคมอาเซียน. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2558]. แหล่งที่มา: http://www.bcnlp.ac.th/document/asean/Preparation.pdf.
19. กรมแพทย์ทหารเรือ. แผนยุทธศาสตร์ กรมแพทย์ทหารเรือ พ.ศ. 2559-2562. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 23 มีนาคม 2558]. แหล่งที่มา: http://www.nmd.go.th/strategy/file.php/1/S_book_59-62.pdf.
20. Duangmanee A, Chuenwisit A, Na Bangchang A. A needs assessment of maritime medicine knowledge of the faculty members at Royal Thai Navy College of Nursing. Royal Thai Navy Medical Journal 2018;45(1):1-19.

ปัจจัยเชิงผลของการสนับสนุนจากองค์การพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ : การวิเคราะห์อภิมาน
Consequences of Nursing Organizational Support as Perceived by Professional Nurses : A Meta-Analysis

สมฤทัย ผดุงพล* อารีย์วรรณ อ่วมตานี**

Somruethai Phadungphol, R.N.,* Areewan Oumtanee, R.N., Ph.D**

บทคัดย่อ

การสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัย ศึกษาความแตกต่างของคุณลักษณะงานวิจัย และศึกษาค่าดัชนีมาตรฐานของปัจจัยเชิงผลของการสนับสนุนจากองค์การพยาบาลโดยใช้การวิเคราะห์อภิมาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ปริญญานิพนธ์ในระดับบัณฑิตศึกษา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 ถึง พ.ศ. 2558 จำนวน 25 เรื่อง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่ แบบคัดเลือกงานวิจัย และแบบรวบรวมข้อมูลงานวิจัย ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการของ Glass, McGaw and Smith ได้ค่าดัชนีมาตรฐานจำนวน 26 ค่า และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ด้วยตัวแบบอิทธิพลแบบสุ่ม Random Effects Model ผลการศึกษา พบว่า

1. คุณลักษณะงานวิจัย พบว่า ด้านลักษณะทั่วไปส่วนใหญ่ เป็นปริญญานิพนธ์ระดับปริญญาโท ที่ผลิตโดยมหาวิทยาลัยต่างๆ ทั่วประเทศ โดยมหาวิทยาลัยที่ผลิตมากที่สุด คือ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการบริหารการพยาบาล จำนวน 17 เล่ม คิดเป็นร้อยละ 68 ในด้านปีที่พิมพ์เผยแพร่ พบว่า ผลิตในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2549 จำนวน 10 เล่ม คิดเป็นร้อยละ 40 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย พบว่า ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการมากที่สุด จำนวน 24 เล่ม คิดเป็นร้อยละ 96 และแหล่งที่มาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ศึกษากลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑลมากที่สุด จำนวน 14 เล่ม คิดเป็นร้อยละ 56 และด้านวิธีวิทยาการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ จำนวน 21 เล่ม คิดเป็นร้อยละ 84 และงานวิจัยส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับสูง (ช่วงคะแนน 25 - 32) จำนวน 13 เล่ม คิดเป็นร้อยละ 52

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

E-mail: som_phadungphol@yahoo.com

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

2. ความแตกต่างของคุณลักษณะงานวิจัยและคุณภาพงานวิจัย พบว่า ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัยที่ส่งผลต่อค่าดัชนีมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ตัวแปรการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

3. การวิเคราะห์อภิมาน พบว่า ปัจจัยระดับทีมมีค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสูงที่สุด (r = .576) ได้แก่ ประสิทธิผลของทีมการพยาบาล (r = .576) รองลงมา คือ ปัจจัยระดับองค์การ (r = .542) ได้แก่ ความเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ (r = .693) และปัจจัยระดับบุคคล (r = .521) ได้แก่ การแลกเปลี่ยนระหว่างหัวหน้า - ลูกน้อง (r = .973)

คำสำคัญ : การวิเคราะห์อภิมาน ปัจจัยเชิงผล การสนับสนุนจากองค์การ

Abstract

The aims of this research synthesis were to analyze research characteristics, analyze variances among research characteristics and study the standard indices of the consequences of nursing organizational support by using the meta-analysis technique.

In all, 25 Thai studies conducted during 1999 - 2015 were recruited for the analysis. The instruments used in the study were a study-selection form and a data collection form. The instruments passed content validity testing by a panel of five qualified experts. All of the data were analyzed by using the meta-analysis method of Glass, McGaw and Smith, which obtained 26 standard indices. Data were analyzing by using the Random Effects Model - R program analysis. The findings were as follows :

1. Characteristics of researches, in terms of general characteristics. The majority of the studies was composed of master's thesis dissertations produced by various universities nationwide. Most had been published by the Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Most of the studies (17 studies; 68%) were published in the field of nursing administration and published during 2002 - 2006 (10 studies; 40%). In terms of research content, most of the sample group was composed of registered nurses in 24 studies (96%). Furthermore, the majority of sample sources in this study was in Bangkok and its surrounding provinces for 14 studies (56%). On research methodology, most of the studies were found to be based on correlational research designs (21 studies; 84%), and most of the research quality was high (13 studies; 52%).

2. Analysis of variances among research characteristics revealed the research methodology's sampling variables to have caused mean standard indices to differ with statistical significance at .05.

3. The meta-analysis results showed team level to have the highest mean index standard (r = .576) in the areas of nursing team effectiveness (r = .576), followed by the organization level (r = .542) such as learning organization (r = .693) and the individual level (r = .521) such as leader-member exchanges (r = .973).

Keywords : meta-analysis, consequence variable, organizational support

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การพยาบาลถือว่าเป็นหน่วยงานหนึ่งในองค์การสุขภาพที่ใหญ่ที่สุดของโรงพยาบาลมีพันธกิจด้านบริการพยาบาล การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชน เป็นองค์การที่มีบุคลากรเป็นจำนวนมากและมีการปฏิบัติงานหมุนเวียนผลัดเปลี่ยนตลอด 24 ชั่วโมง การปฏิบัติงานของพยาบาลเป็นงานที่มีขอบเขตกว้างทั้งด้านการบริหารการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล โดยอยู่ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพและพยาบาลสามารถปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด[1] องค์การพยาบาลทำหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการด้านบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพให้สำเร็จตามเป้าหมาย ให้เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมทั้งสอดคล้องกับนโยบายการให้บริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาล องค์การพยาบาลประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ทั้งระดับผู้บริหารและปฏิบัติการ ที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวข้องกับการบริการแก่ผู้ป่วยครอบครัว และชุมชน มีบทบาทในการบริหารจัดการด้านบริการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติแบบองค์รวม (Holistic care) ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพให้เกิดประสิทธิภาพประสิทธิผลสูงสุด มีการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ควบคุมการจัดบริการพยาบาลโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในองค์การให้มีความรู้ความสามารถตามสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการดำเนินพันธกิจขององค์การให้บรรลุเป้าหมาย สร้างขวัญกำลังใจ และแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากร ก่อให้เกิดความพึงพอใจในงานและคงอยู่ในองค์การเพื่อสร้างความเจริญก้าวหน้าให้แก่องค์การ[1] รวมถึงการสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมทางการพยาบาล ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ทั้งการสร้างเสริมความเข้าใจอันดีระหว่างหน่วยงานทั้งในและนอกโรงพยาบาล เพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายของโรงพยาบาล รวมทั้งความคาดหวังของผู้ใช้บริการและสังคม

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังประสบปัญหาที่สำคัญเกี่ยวกับองค์การพยาบาล คือ การขาดแคลนพยาบาล พบว่า มีการลาออกจากวิชาชีพของพยาบาลที่มีอายุระหว่าง 25 - 29 ปี ในสัดส่วนที่สูงกว่าวัยอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 38.62 สถานการณ์การขาดแคลนพยาบาลถือเป็นสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วง เนื่องจากการขยายตัวของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของทั้งภาครัฐและเอกชน ในปัจจุบันมีโรงพยาบาลหลายแห่งที่มีห้องผู้ป่วยแต่ไม่สามารถเปิดให้บริการได้ เนื่องมาจากมีพยาบาลไม่เพียงพอ ผลการสำรวจอัตราส่วนของพยาบาลต่อประชากรเห็นชัดเจนว่าสถานการณ์

พยาบาลในประเทศไทยยังอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง โดยอยู่ในสัดส่วน 1 ต่อ 423 ซึ่งน้อยกว่าประเทศเพื่อนบ้านอย่างในสิงคโปร์และมาเลเซียที่อยู่ในระดับ 1 ต่อ 250 และ 1 ต่อ 300 ตามลำดับ[3] นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยมีการทำงานเฉลี่ย 31 เวรต่อเดือน ในขณะที่พยาบาลในประเทศมาเลเซีย ประเทศบรูไน ทำงานเฉลี่ย 22 - 25 เวรต่อเดือน (เวรละ 8 ชม.) พยาบาลวิชาชีพในสิงคโปร์มีรายได้มากกว่าพยาบาลไทย 4 เท่า โดยไม่ต้องทำงานหนักเท่ากับพยาบาลไทย[4] โดยสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดการลาออกของพยาบาลวิชาชีพ คือ การไม่ได้รับการสนับสนุนในด้านการบริหารจัดการภาระงานที่เหมาะสม ได้แก่ ปริมาณงานมากเกินไป นอกจากนี้ยังขาดการสนับสนุนในเรื่องการตอบแทนผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพได้รับค่าตอบแทนต่ำเมื่อเทียบกับภาระงาน งานหนักและงานบางอย่างไม่ตรงกับวิชาชีพ ไม่ได้รับการสนับสนุนด้านเวลา เนื่องจากระบบการบริหารไม่ดี ไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตครอบครัว งานเครียด ขาดความมั่นคงในชีวิต ขาดโอกาสก้าวหน้าในงาน ลักษณะงานมีลำดับชั้นมาก มีความเสี่ยงทั้งต่อการถูกฟ้องร้องและการติดเชื้อ เกิดความเหนื่อยหน่ายในงาน ความรักและผูกพันต่อองค์กรต่ำ ขาดแรงจูงใจในการทำงาน เป็นต้น

ดังนั้นองค์การพยาบาลจำเป็นต้องสร้างกลยุทธ์ที่จะรักษาบุคลากรไว้ด้วยนโยบายทางด้านทรัพยากรมนุษย์ที่ดี มีความยุติธรรม อันจะส่งผลให้บุคลากรมีทัศนคติที่ดีต่อองค์การ เกิดความพึงพอใจ และรู้สึกผูกพันต่อองค์การ หากบุคลากรมีทัศนคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับองค์การจะกระตุ้นให้กระบวนการลาออกเกิดขึ้น การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรด้านนโยบายและการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการทำงาน จะเห็นได้ว่าส่วนสำคัญที่จะช่วยแก้ปัญหาการลาออกของพยาบาล และช่วยให้พยาบาลคงอยู่ในองค์การมากขึ้น คือ การได้รับการสนับสนุนจากองค์การพยาบาล จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพชีวิตของพยาบาลให้ดีขึ้นและส่งผลต่อการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพของพยาบาลด้วย ดังนั้นการที่จะทำให้พยาบาลมีความกระตือรือร้นและทุ่มเทต่อการปฏิบัติงานอย่างเต็มกำลังความสามารถนั้นย่อมเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับผู้บริหารในทุกระดับเป็นอย่างมากในการปรับปรุงกลยุทธ์เพื่อป้องกันการลาออกของพยาบาล รวมถึงภารกิจที่สำคัญของผู้บริหารในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาล ผู้บริหารต้องเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้บริหารทางการพยาบาลซึ่งมีหน้าที่ในการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลให้มีความเหมาะสม เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาล คือ มีจำนวน 1 ใน 3 ของบุคลากรทั้งหมดของโรงพยาบาล และมีหน้าที่โดยตรงในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยถึงร้อยละ 95 ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้โรงพยาบาลประสบความสำเร็จตามเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล[2] ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลต้องตระหนักและสนับสนุนปัจจัยต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตในการทำงานของพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในการที่จะทำให้พยาบาลมีความผูกพันในงาน ทำงานอย่างมีความสุขซึ่งจะส่งผลให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและคงอยู่ในองค์การนำมาซึ่งการบรรลุเป้าหมายขององค์การ

บทบาทผู้บริหารในการกำหนดนโยบายและสนับสนุนกลยุทธ์เพื่อให้เกิดการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ คือ ควรกำหนดนโยบายและสนับสนุนกลยุทธ์การสร้างเสริมแรงจูงใจเรื่อง

ค่าตอบแทน สนับสนุนส่งเสริมนโยบายการบริหารการพยาบาลให้เป็นองค์การที่น่าอยู่ มีวัฒนธรรมมีความสร้างสรรค์ และสามัคคี เพิ่มกลยุทธ์การบริหารจัดการด้านความมั่นคงในงาน ซึ่งจะสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพมีความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ ผู้บริหารในหน่วยงานทุกระดับสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีในการทำงาน สนับสนุนส่งเสริม ให้เกิดความสุขและความพึงพอใจในการทำงาน ผู้บริหารในหน่วยงานทุกระดับมีความยืดหยุ่นในการจัดตารางการทำงานและผลประโยชน์ต่างๆ ด้วยความยุติธรรมเพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตครอบครัวของพยาบาลวิชาชีพ[4] ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องปรับเปลี่ยนระบบทางการบริหารจากระบบการควบคุมไปสู่ระบบการสร้างทีมงานร่วมทำงานแบบทีมอย่างเต็มความรู้ความสามารถ เชื่อใจ รับฟังความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ ส่งเสริมให้มีความสามัคคี และมีความผูกพันมั่นคงต่อองค์การ การบริหารองค์การพยาบาลจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนเพื่อตอบสนองต่อนโยบาย การเปลี่ยนแปลง และเพื่อเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการบริหารรูปแบบใหม่ และเป็นนักบริหารมืออาชีพ ซึ่งจะเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อความอยู่รอดขององค์การมากที่สุด

จากการทบทวนงานวิจัยการสนับสนุนจากองค์การพยาบาลในประเทศไทยที่สืบค้นได้จากรายงานวิจัย และรูปเล่มวิทยานิพนธ์ พบว่า เป็นการศึกษาการสนับสนุนจากองค์การพยาบาล จำนวน 30 เรื่อง ซึ่งสามารถแบ่งปัจจัยเชิงผลเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับบุคคล เช่น ความสำเร็จในวิชาชีพ การปฏิบัติงานของพยาบาล ความผูกพันในงาน 2) ระดับทีม ได้แก่ ประสิทธิผลของทีมการพยาบาล และ 3) ระดับองค์การ เช่น การสร้างสรรค์งานในองค์การพยาบาล ความเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ อย่างไรก็ตามผลการวิจัยดังกล่าวยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนเนื่องจากการวิจัยที่ผ่านมามีความหลากหลายของผลการวิจัย ทำให้ผลการวิจัยเหล่านี้ถูกนำมาใช้เฉพาะกลุ่มที่ถูกนำมาศึกษา ไม่สามารถนำไปใช้อ้างอิงในกลุ่มประชากรได้ ดังนั้นหากมีการนำผลการวิจัยเหล่านี้มาสังเคราะห์โดยใช้กระบวนการที่เชื่อถือได้ มีความเป็นปรนัย จะส่งผลให้เกิดประโยชน์และคุณค่าอย่างมาก ซึ่งวิธีการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ หรือ Meta-analysis ซึ่งในประเทศไทยจะเรียกว่า การวิเคราะห์อภิมาน อาศัยวิธีการทางสถิติในการค้นหาข้อสรุปที่เป็นคำตอบของปัญหาจากงานวิจัยหลายๆ เรื่องที่ศึกษาปัญหาเดียวกัน หรือเป็นการนำงานวิจัยประเภทเดียวกันมาหาข้อสรุปอย่างมีระบบโดยใช้วิธีการทางสถิติ เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่มีความกว้างขวาง ลุ่มลึก[5]

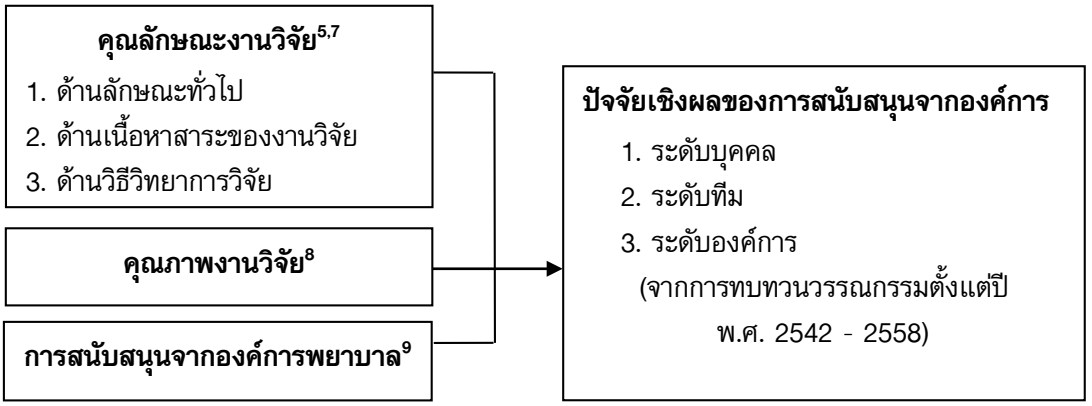
ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะนำงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเชิงผลของการสนับสนุนจากองค์การพยาบาลมาทำการสังเคราะห์โดยวิธีการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) เนื่องจากงานวิจัยที่ผ่านมาเป็นการศึกษาปัจจัยเชิงผลของการสนับสนุนจากองค์การพยาบาล จำนวน 30 เล่ม ผู้วิจัยจึงนำมาหาข้อสรุปถึงปัจจัยเชิงผลของการสนับสนุนจากองค์การพยาบาล วิธีการวิเคราะห์ดังกล่าวนี้ให้ข้อสรุปที่เป็นองค์ความรู้ใหม่จากงานวิจัยที่มีอยู่เดิม เป็นการนำงานวิจัยที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างคุ้มค่า และผลที่ได้รับยังเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจโดยเฉพาะผู้บริหารทางการพยาบาลในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในหน่วยงานและองค์การพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยเชิงผลของการสนับสนุนจากองค์การพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความแตกต่างของคุณลักษณะงานวิจัยและคุณภาพงานวิจัย
3. เพื่อศึกษาค่าดัชนีมาตรฐานของปัจจัยเชิงผลของการสนับสนุนจากองค์การพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการอภิมานงานวิจัยปัจจัยเชิงผลของการสนับสนุนจากองค์การพยาบาลครั้งนี้ถูกพัฒนาขึ้นโดยอาศัยข้อค้นพบจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาบูรณาการกัน ประกอบด้วยรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น กับตัวแปรตามซึ่งจะถูกประมาณค่าด้วยเทคนิคการวิเคราะห์อภิมานให้ได้ดัชนีมาตรฐาน ที่เรียกว่า ขนาดอิทธิพลหรือสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Effect size) ซึ่งจะถูกกำหนดให้เป็นตัวแปรตามในการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ โดยมีตัวแปรต้น ประกอบด้วย ตัวแปรเกี่ยวกับคุณลักษณะงานวิจัย ได้แก่ ด้านลักษณะทั่วไป ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย และด้านวิธีวิทยาการวิจัย นอกจากนี้ นงลักษณ์ วิรัชชัย[5] ได้ทำการศึกษาการอภิมานงานวิจัย พบว่า ตัวแปรคุณภาพงานวิจัยเป็นตัวแปรปรับที่ส่งผลต่อค่าดัชนีมาตรฐานในการวิจัยด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำตัวแปรคุณภาพงานวิจัยมาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ด้วย โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ของ Glass, McGaw and Smith [6] ซึ่งความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวสามารถเขียนแผนภาพได้ ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์งานเชิงสหสัมพันธ์ที่ศึกษาปัจจัยเชิงผลของการสนับสนุนจากองค์การพยาบาล และเป็นงานวิจัยที่มีค่าสถิติเพียงพอที่จะสามารถนำมาคำนวณหาค่าดัชนีมาตรฐาน ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย และเป็นงานวิจัยที่ทำการศึกษาภายในประเทศไทย ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2542 ถึง พ.ศ. 2558

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ปริญญานิพนธ์ในระดับบัณฑิตศึกษาที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเชิงผลของการสนับสนุนจากองค์การพยาบาลในประเทศไทย และมีหลักฐานปรากฏ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 ถึง พ.ศ. 2558 จำนวน 25 เรื่อง โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นปริญญานิพนธ์หรือวิทยานิพนธ์ ที่ศึกษาการสนับสนุนจากองค์การ และเป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ด้วยภาษาไทย

2. เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณที่ศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ พยากรณ์ การวิจัยเชิงสำรวจและการวิจัยเปรียบเทียบที่มีค่าสถิติ t, F หรือ X^2

3. เป็นงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ในห้องสมุดหรือฐานข้อมูล หรือตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารต่างๆ ที่สามารถเข้าถึงได้

จากเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น พบว่า มีปริญญานิพนธ์ หรือวิทยานิพนธ์ จำนวน 25 เรื่อง ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด และผู้วิจัยได้นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการสังเคราะห์งานวิจัยปัจจัยเชิงผลของการสนับสนุนจากองค์การพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบบันทึกงานวิจัย ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบคัดเลือกงานวิจัย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบคัดเลือกงานวิจัยของศิริญญา คงอยู่[10] เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ประกอบด้วยเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ปัจจัยเชิงผลของการสนับสนุนจากองค์การพยาบาล ประเภทของงานวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ค่าสถิติที่รายงานในการศึกษา คุณภาพเครื่องมือวิจัย และสรุปผลการคัดเลือกงานวิจัยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 แบบรวบรวมข้อมูลงานวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และแบบบันทึกคุณลักษณะและผลการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดการประเมินการวิจัยของ นงลักษณ์ วิรัชชัย และคณะ[8] เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพงานวิจัยแต่ละเล่มที่นำมาศึกษา ประกอบด้วย ลักษณะสำคัญที่นำมาใช้ประเมินคุณภาพงานวิจัยครอบคลุมในด้านวิธีวิทยาการวิจัยทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ ปัญหาวิจัย/วัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัย การนิยามศัพท์ กรอบแนวคิด เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การออกแบบการวิจัย การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ลักษณะการนำเสนอการแปลผล การแปลความหมายและสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ มีลักษณะ

เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 และสูงสุดเท่ากับ 4 รวมคะแนนเต็ม 40 คะแนน โดยค่าคะแนนแต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้ ระดับ 4 หมายถึง ดีมาก ระดับ 3 หมายถึง ดี ระดับ 2 หมายถึง ปานกลาง ระดับ 1 หมายถึง ไม่ดี ระดับ 0 หมายถึง ไม่ดีอย่างยิ่ง

การแปลผลคะแนนคุณภาพงานวิจัย เมื่อให้คะแนนคุณภาพงานวิจัยครบทุกข้อแล้วนำคะแนนที่ได้จากการประเมินทุกข้อมาหาผลรวม ได้เป็นคะแนนคุณภาพงานวิจัยของแต่ละเรื่อง หลังจากนั้นแบ่งระดับคะแนนคุณภาพงานวิจัยทั้ง 25 เล่ม ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำที่สุด	หมายถึง	ระดับคะแนนที่ได้ระหว่าง 0 - 8 คะแนน
ระดับต่ำ	หมายถึง	ระดับคะแนนที่ได้ระหว่าง 9 - 16 คะแนน
ระดับปานกลาง	หมายถึง	ระดับคะแนนที่ได้ระหว่าง 17 - 24 คะแนน
ระดับสูง	หมายถึง	ระดับคะแนนที่ได้ระหว่าง 25 - 32 คะแนน
ระดับสูงที่สุด	หมายถึง	ระดับคะแนนที่ได้ระหว่าง 33 - 40 คะแนน

สำหรับแบบบันทึกคุณลักษณะและผลการวิจัย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อนำไปใช้บันทึกข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย ผลการวิจัย และนำไปใช้ในการวิเคราะห์อภิมาน โดยปรับปรุงมาจากแบบบันทึกข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัยและผลการวิจัยของ ศิริญญา คงอยู่[10] และนงลักษณ์ วิรัชชัย และคณะ[8] แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะงานวิจัย ประกอบด้วย 20 ข้อ ได้แก่ ชื่อผู้วิจัย ชื่องานวิจัย ประเภทของงานวิจัย หน่วยงานที่ผลิต แหล่งที่ได้มาของงานวิจัย แหล่งทุนวิจัย ปีที่พิมพ์เผยแพร่ จำนวนผู้วิจัย ลักษณะของงานวิจัย ตัวแปรที่ศึกษา กลุ่มประชากร ขนาดกลุ่มประชากร แบ่งกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แหล่งที่ได้มาของกลุ่มตัวอย่าง สังกัดของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตั้งสมมติฐานการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับเนื้อหาสาระของงานวิจัย ประกอบด้วย 3 ข้อ ได้แก่ กรอบแนวคิดการวิจัย ทฤษฎีที่ใช้ศึกษา ปัจจัยเชิงผลของการสนับสนุนจากองค์การพยาบาล

ส่วนที่ 3 ตารางบันทึกผลการวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย เป็นตารางสำหรับบันทึกค่าขนาดสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน โดยถือเกณฑ์ตามการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ ร้อยละ 80

การตรวจสอบความสอดคล้องในการบันทึก (Inter-rater reliability) ผู้วิจัยทดลองใช้แบบบันทึกข้อมูลจากรายงานการวิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยนำงานวิจัยที่คัดเลือกมาเป็นตัวอย่าง จำนวน 9 เรื่อง มาบันทึกและประเมินความสอดคล้องในการบันทึก ส่วนในด้านการประเมินคุณภาพงานวิจัยได้นำมาหาค่าความสอดคล้องในการประเมินและแปลผลการประเมินตามวิธีการของ Cooper และ Hedges[11] ดังนี้

$$\text{IR (Inter-rater Reliability)} = \frac{\text{จำนวนข้อของการประเมินคุณภาพงานวิจัยที่สอดคล้องกัน}}{\text{จำนวนข้อของการประเมินคุณภาพงานวิจัยทั้งหมด}}$$

การแปลผลการประเมิน โดยดูจากค่า IR ดังนี้

IR < 0.40	แสดงว่า	การประเมินคุณภาพงานวิจัยไม่สอดคล้องกัน
IR 0.40 - 0.59	แสดงว่า	การประเมินคุณภาพงานวิจัยสอดคล้องกันเล็กน้อย
IR 0.60 - 0.74	แสดงว่า	การประเมินคุณภาพงานวิจัยสอดคล้องกันดี
IR > 0.74	แสดงว่า	การประเมินคุณภาพงานวิจัยสอดคล้องกันดีมาก

ในการหาค่าความสอดคล้องของคะแนนประเมินคุณภาพงานวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยแปลผลการประเมินที่สอดคล้องจากการให้คะแนนของผู้วิจัยที่ตรงกันกับอาจารย์ที่ปรึกษา ±1 ช่องคะแนนได้ผลการหาค่าความสอดคล้องในการประเมินคุณภาพงานวิจัยทั้ง 9 เรื่อง ได้เท่ากับ 0.93 ซึ่งอยู่ในระดับสอดคล้องกันดีมาก[7]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สำรวจรายชื่อปริญญานิพนธ์หรือวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาการสนับสนุนจากองค์การพยาบาลเป็นตัวแปรต้น จากบริการสืบค้นข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ผ่านฐานข้อมูลห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่างๆ ได้แก่ ThaiLIS, ThaiJo, e-theses เป็นต้น ภายใต้คำสำคัญ คือ “การสนับสนุนจากองค์การ, Organizational support, Perceived organizational support และ พยาบาล” และจากบทคัดย่อวิทยานิพนธ์และบทคัดย่องานวิจัยของมหาวิทยาลัยต่างๆ และฐานข้อมูลบทความวารสาร

2. ติดต่อห้องสมุดของมหาวิทยาลัยต่างๆ หรือหน่วยงานต้นสังกัดของรายงานวิจัย เพื่อขอยืมหรืออัดสำเนาปริญญานิพนธ์ และมีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 25 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 83.33 จำนวนงานวิจัยที่คัดออก จำนวน 4 เรื่อง คือ ไม่สามารถหาตัวเล่มฉบับสมบูรณ์ได้ และเป็นงานวิจัยที่ไม่มีการรายงานค่าสถิติที่เพียงพอสำหรับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 16.67

3. อ่านงานวิจัยเพื่อจับประเด็นที่สำคัญเบื้องต้น และบันทึกลงในแบบคัดเลือกงานวิจัย เพื่อตรวจสอบว่ามีเนื้อหาสาระครบถ้วนเพียงพอที่จะนำมาสังเคราะห์งานวิจัยได้ พบว่า งานวิจัยทั้ง 25 เรื่อง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีค่าสถิติเพียงพอในการนำไปวิเคราะห์อภิมาน และเป็นการศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพระดับต่างๆ

4. การลงรหัสบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จำนวน 9 เรื่อง เพื่อประเมินความสอดคล้องในการบันทึก และประเมินคุณภาพงานวิจัย

5. เมื่อได้ค่าความสอดคล้องในการบันทึกอยู่ในเกณฑ์แล้ว ผู้วิจัยอ่านงานวิจัยที่เหลือโดยละเอียดด้วยตนเองครั้งละ 1 เรื่อง และประเมินคุณภาพงานวิจัยตามแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

6. อ่านงานวิจัยโดยละเอียดเป็นครั้งที่ 2 และบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกคุณลักษณะ และผลการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ป้องกันการเกิดอคติในการรวบรวมข้อมูล (Publication bias) โดยการสืบค้นงานวิจัยปฐมภูมิอย่างครบถ้วน และพยายามสืบค้นงานวิจัยที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์ นำมาประเมินด้วยวิธีที่นิยมใช้กันแพร่หลาย คือ Funnel plot[12] การใช้ Funnel plot ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง Effect size (แกนนอน) กับ Standard Error ซึ่งเป็นตัวบอกความคลาดเคลื่อนของผลลัพธ์ของงานวิจัยที่ได้จากขนาดตัวอย่าง

กับขนาดประชากรของแต่ละการศึกษา (แกนตั้ง) โดยมีแนวคิด คือ งานวิจัยปฐมภูมิที่ศึกษาปัญหาเดียวกัน การศึกษาที่มีขนาดตัวอย่างน้อยกว่าย่อมมีผลลัพธ์ที่แม่นยำน้อยกว่าการศึกษาที่มีขนาดตัวอย่างมากกว่า ดังนั้นค่าผลลัพธ์ที่ได้จากงานวิจัยขนาดเล็กจึงควรมีการกระจายรอบๆ แกนตั้งกลางเท่าๆ กัน โดยแกนตั้งกลางนี้ คือ ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิเคราะห์อภิมานนั่นเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์คุณลักษณะของงานวิจัย ด้านลักษณะทั่วไป ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย และด้านวิธีวิทยาการวิจัย โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ จำนวน และร้อยละ

2. เปรียบเทียบคุณลักษณะงานวิจัยและคุณภาพงานวิจัย โดยใช้สถิติ t-test เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงผลของการสนับสนุนจากองค์การพยาบาล ตามวิธีการของ Glass, McGaw and Smith[6]

3. การหาค่าดัชนีมาตรฐานของปัจจัยเชิงผลของการสนับสนุนจากองค์การพยาบาล แบบถ่วงน้ำหนักด้วยขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรในการแปลงค่าสถิติทดสอบ t, F และ X^2 เป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) และคำนวณค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานแบบถ่วงน้ำหนักด้วยขนาดของกลุ่มตัวอย่างต่อไป

4. ทดสอบความแตกต่างของค่าดัชนีมาตรฐานของปัจจัยเชิงผลของการสนับสนุนจากองค์การพยาบาล จำแนกตามตัวแปรปัจจัยและตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย โดยการทดสอบด้วยสถิติที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. หาค่าดัชนีมาตรฐานเมื่อข้อมูลอยู่ในรูปของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จะทำการแปลงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยวิธีการแปลงค่าของฟิชเชอร์ซี (Fisher's Z transformation) ทดสอบความไม่เป็นเอกพันธ์ (Heterogeneity test) ของค่าดัชนีมาตรฐานของงานวิจัย โดยการประเมินด้วยการใช้แผนภาพ Forest plot และการประเมินด้วยวิธีสถิติทดสอบ Q และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้การวิเคราะห์เพื่อรวมผลของค่าสถิติที่ได้จากผลการวิจัยด้วยตัวแบบอิทธิพลแบบสุ่ม (Random effect model) วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม R สำหรับการวิเคราะห์อภิมาน

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะของงานวิจัย ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

1.1 ด้านคุณลักษณะทั่วไป พบว่า เป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท ที่ผลิตโดยมหาวิทยาลัยต่างๆ ทั่วประเทศ โดยมหาวิทยาลัยที่ผลิตมากที่สุด คือ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาบริหารการพยาบาล จำนวน 17 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 68 รองลงมา คือ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์ สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ จำนวน 4 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 16 ในด้านปีที่พิมพ์เผยแพร่ พบว่า ผลิตในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2542 ถึง พ.ศ. 2558 แต่ปีที่มีการพิมพ์เผยแพร่มากที่สุด คือ ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2549 จำนวน 10 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 40

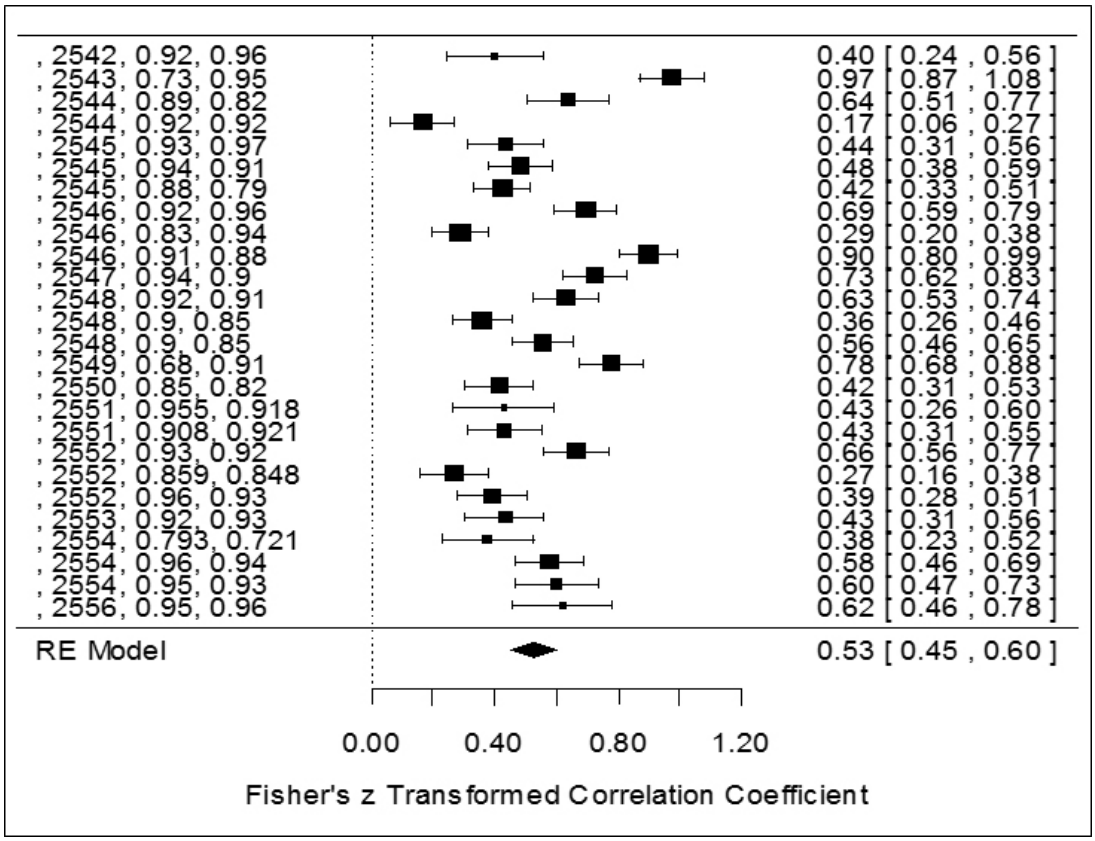
1.2 ด้านเนื้อหาสาระงานวิจัย พบว่า ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ จำนวน 24 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 96 และศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค จำนวน 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 4 แหล่งที่มาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ศึกษากลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑลมากที่สุด จำนวน 14 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 56 โดยกลุ่มตัวอย่างมาจากโรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุด จำนวน 14 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 56 ซึ่งทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาการสนับสนุนจากองค์การพยาบาลเป็นทฤษฎีของ Eisenberger ทั้งหมด ในส่วนของตัวแปรที่ศึกษาปัจจัยเชิงผลของการสนับสนุนจากองค์การพยาบาล พบว่า ปัจจัยเชิงผลที่ศึกษามี 3 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล มีจำนวนงานวิจัยมากที่สุด คือ จำนวน 20 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมา คือ ระดับองค์การ มีจำนวน 4 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 16

1.3 ด้านวิธีวิทยาการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ จำนวน 21 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 84 มีการตั้งสมมติฐานแบบทางเดียวมากที่สุด จำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 52 งานวิจัยทั้งหมดมีขนาดกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ย 315 คน (143 - 472 คน) ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนมากที่สุด จำนวน 11 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 44 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยที่ใช้วัดตัวแปรการสนับสนุนจากองค์การพยาบาล มีค่าตั้งแต่ 0.68 ถึง 0.96 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.89 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยที่ใช้วัดตัวแปรปัจจัยเชิงผล มีค่าตั้งแต่ 0.72 ถึง 0.97 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.90 งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 - 3 สัปดาห์ จำนวน 14 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 56 และใช้สถิติทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากที่สุด จำนวน 14 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 56 ในส่วนของคะแนนคุณภาพงานวิจัย พบว่า มีคะแนนตั้งแต่ 24 ถึง 36 คะแนน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.12 คะแนน) โดยเมื่อแบ่งงานวิจัยตามคะแนนคุณภาพงานวิจัยออกเป็น 5 ระดับ พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับสูง (ช่วงคะแนน 25 - 32 คะแนน) จำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 52

2. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคุณลักษณะงานวิจัยและคุณภาพงานวิจัย พบว่า ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่ทำให้ค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ตัวแปรการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคุณลักษณะงานวิจัยและคุณภาพงานวิจัย

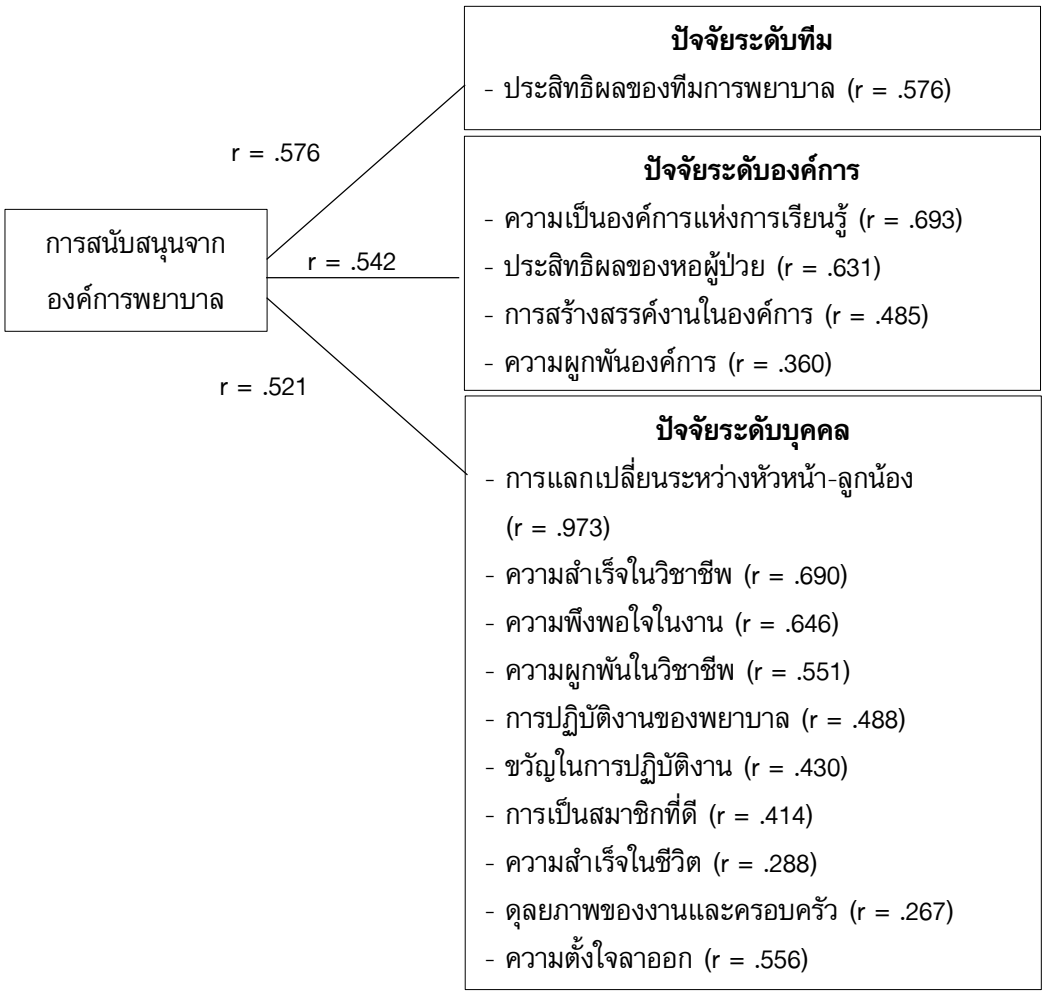
คุณลักษณะงานวิจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์			TOH**	p-value	t	p-value
	k	r	SD				
สถิติทดสอบความสัมพันธ์							
(1) สัมประสิทธ์สหสัมพันธ์	22	.503	.180	.072	.791	-1.398	.175
(2) อื่นๆ/หลายวิธีรวมกัน	4	.646	.241				
ปีที่พิมพ์เผยแพร่							
(1) ตีพิมพ์ก่อนปี พ.ศ. 2550	15	.563	.227	4.333	.048**	1.303	.206
(2) ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550	11	.473	.123				
ลักษณะของงานวิจัย							
(1) เชิงสหสัมพันธ์	22	.503	.180	.072	.791	-1.398	.175
(2) เชิงสหสัมพันธ์และพยากรณ์	4	.646	.241				
การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง							
(1) สุ่มแบบต่างๆ	23	.541	.199	4.762	.039**	3.141	.004***
(2) ไม่สุ่ม	3	.402	.027				
แหล่งที่มาของกลุ่มตัวอย่าง							
(1) กรุงเทพมหานคร	15	.550	.228	2.293	.100	.774	.446
(2) ภูมิภาคต่างๆ	11	.491	.132				
จำนวนตัวแปรต้น							
(1) 1 - 2 ตัวแปร	13	.470	.115	6.221	.020**	-1.502	.151
(2) มากกว่า 2 ตัวแปร	13	.580	.239				
ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล							
(1) 1 - 3 สัปดาห์	17	.515	.164	2.556	.123	-.379	.708
(2) มากกว่า 3 สัปดาห์	9	.545	.247				
การตั้งสมมติฐาน							
(1) กำหนดสมมติฐาน	20	.514	.169	1.050	.316	-.529	.602
(2) ไม่กำหนดสมมติฐาน	6	.562	.272				
จำนวนเครื่องมือวิจัย							
(1) 1 - 4 ชุด	17	.503	.187	.005	.945	-.805	.428
(2) มากกว่า 4 ชุด	9	.567	.205				
สังกัดของกลุ่มตัวอย่าง							
(1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	15	.552	.145	1.354	.256	2.935	.074
(2) สังกัดอื่นๆ	11	.408	.105				



แผนภาพที่ 2 Forest plot แสดงภาพรวมของปัจจัยเชิงผลของการสนับสนุนจากองค์การพยาบาล

จากแผนภาพที่ 2 พบว่า ผลของงานวิจัยแต่ละเรื่องจะมีค่าคล้ายกัน คือ ค่า point estimate หรือเครื่องหมายสี่เหลี่ยมทั้งหมดอยู่ทางขวาของเส้น no effect แสดงว่า งานวิจัยแต่ละเรื่องที่นำมาศึกษามีค่าเฉลี่ยดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยเชิงผลของการสนับสนุนจากองค์การพยาบาลมีค่าเป็นบวก ส่วนเส้นตรงที่ลาดเอียงที่อยู่บนเครื่องหมายสี่เหลี่ยม คือ เส้นแสดงขอบเขตบนและขอบเขตล่างของค่า z ที่ความน่าจะเป็นประมาณ .95 และเมื่อลากเส้นตรงผ่านสี่เหลี่ยมขนมเปียกปูนซึ่งคือค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐาน พบว่า มีงานวิจัยที่อยู่นอกขอบเขตบนและขอบเขตล่างของค่า z ที่ความน่าจะเป็นประมาณ .95 แสดงว่าอาจมีความแตกต่างของผลจากงานวิจัยเกิดขึ้น

3. ปัจจัยเชิงผลของการสนับสนุนจากองค์การพยาบาล มีจำนวนค่าดัชนีมาตรฐานทั้งสิ้น 26 ค่า มาจากปัจจัยเชิงผล 3 ด้าน คือ ปัจจัยระดับบุคคล มีจำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด คือ 21 ค่า รองลงมา คือ ปัจจัยระดับองค์การ มีจำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 4 ค่า และปัจจัยระดับทีมมีจำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 1 ค่า ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานของแต่ละปัจจัย พบว่า ทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนจากองค์การพยาบาล โดยปัจจัยระดับทีมมีค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสูงสุด (r = .576) รองลงมา คือ ปัจจัยระดับองค์การ (r = .542) และปัจจัยระดับบุคคล (r = .521) ตามลำดับ



แผนภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงผลด้านต่างๆ กับการสนับสนุนจากองค์การพยาบาล

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. คุณลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยเชิงผลของการสนับสนุนจากองค์การพยาบาล

คุณลักษณะของงานวิจัยที่นำมาศึกษารวมทั้งสิ้น 25 เรื่อง ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านลักษณะทั่วไป ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย และด้านวิธีวิทยาการวิจัย

1.1 คุณลักษณะงานวิจัยด้านลักษณะทั่วไป พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท ที่ผลิตโดยมหาวิทยาลัยต่างๆ ทั่วประเทศ โดยมหาวิทยาลัยที่ผลิตมากที่สุด คือ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาบริหารการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 68 ทั้งนี้เนื่องมาจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเป็นมหาวิทยาลัยแห่งแรกที่มีการเปิดการเรียนการสอนในระดับบัณฑิตศึกษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2516 เป็นต้นมา[14] และเป็นมหาวิทยาลัยที่เปิดคณะพยาบาลศาสตร์ในระดับบัณฑิตศึกษา

ในหลายสาขาการพยาบาลมายาวนาน นับตั้งแต่ พ.ศ. 2510 ดังนั้นจึงน่าจะส่งผลให้มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์การมากที่สุด ซึ่งเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพพยาบาลโดยตรง และเป็นงานวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้การศึกษาในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาส่วนใหญ่เป็นหลักสูตรที่ต้องมีการทำวิทยานิพนธ์เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ซึ่งทำให้มีการทำวิจัยมาก ดังนั้นงานวิจัยที่ปรากฏส่วนมากจึงเป็นงานวิจัยที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษามากกว่าการทำวิจัยในหน่วยงาน

1.2 คุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย พบว่า ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ 96 เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการมีจำนวนมากที่สุดในองค์การพยาบาล และในการบริหารงานผู้บริหารจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับผู้ปฏิบัติงานในการให้การสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานซึ่งผลที่เกิดขึ้นจากการให้การสนับสนุนนั้นจะส่งผลดีต่อทั้งผู้ปฏิบัติงาน คือ ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการทำงาน และมีศักยภาพในการทำงานเพิ่มขึ้น และยังส่งผลต่อองค์การพยาบาล คือ ผลการปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายขององค์การและยังช่วยเพิ่มความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การด้วย ดังนั้นพยาบาลประจำการจึงเป็นกลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุดในการศึกษาการสนับสนุนจากองค์การพยาบาล แต่จะสังเกตเห็นว่าการศึกษาการสนับสนุนจากองค์การพยาบาลในระดับผู้บริหารก็มีส่วนสำคัญเช่นเดียวกัน จากการสังเคราะห์งานวิจัยในครั้งนี้ พบว่า มีส่วนน้อยที่มีการศึกษาการสนับสนุนจากองค์การพยาบาลโดยตรง ซึ่งผู้บริหารถือเป็นตัวจักรสำคัญในการผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนงานต่างๆ ในองค์การ หากผู้บริหารไม่ได้รับการสนับสนุนจากองค์การพยาบาลอย่างเหมาะสม ก็ย่อมส่งผลต่อการทำงานของผู้ปฏิบัติงานด้วยเช่นเดียวกัน ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยการสนับสนุนจากองค์การพยาบาลเฉพาะกลุ่มพยาบาลระดับผู้บริหารเพิ่มมากขึ้น[15]

1.3 คุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย พบว่า ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา มักมีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ซึ่งเมื่อพิจารณาจากงานวิจัยแต่ละเล่มแล้ว จะมีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร หรือกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปแล้วจึงทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้มาซึ่งความเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร โดยพบว่า มีงานวิจัยเพียงร้อยละ 12 ที่ศึกษาจากประชากรทั้งหมด เนื่องจากขนาดกลุ่มประชากรน้อย และวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุดในรายงานการวิจัย คือ การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ 44 ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างมากกว่า 1 วิธี โดยผสมผสานระหว่างวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น และการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม[16] เพื่อทำให้กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้มีคุณลักษณะตรงตามคุณลักษณะประชากรมากที่สุดและเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร

2. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคุณลักษณะงานวิจัยและคุณภาพงานวิจัย

สำหรับผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคุณลักษณะงานวิจัย พบว่า ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่ทำให้ค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานแตกต่างกัน คือ ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย ได้แก่ ตัวแปรการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกระบวนการ

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีความเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ การสุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Nonprobability sampling) เป็นการเลือกตัวอย่างโดยไม่คำนึงว่าตัวอย่างแต่ละหน่วยมีโอกาสถูกเลือกมากน้อยเท่าไร ทำให้ไม่ทราบความน่าจะเป็นที่แต่ละหน่วยในประชากรจะถูกเลือก การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบนี้ไม่สามารถนำผลที่ได้อ้างอิงไปยังประชากรได้ แต่มีความสะดวกและประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายมากกว่า สำหรับการใช้การสุ่มแบบอาศัยความน่าจะเป็น (Probability sampling) เป็นวิธีที่นิยมใช้กันมากเนื่องจากมีความน่าเชื่อถือ เป็นการสุ่มหน่วยตัวอย่างจากประชากร โดยมีเงื่อนไข คือ ทราบจำนวนประชากรทั้งหมด ประชากรทั้งหมดมีโอกาสที่จะถูกสุ่มมาเป็นกลุ่มตัวอย่างเท่าเทียมกัน นอกจากนี้การใช้วิธีการสุ่มที่เหมาะสม เพื่อให้หน่วยตัวอย่างมีโอกาสถูกสุ่มเท่าเทียมกัน และใช้วิธีประมาณค่าพารามิเตอร์ที่เหมาะสม เป็นการสุ่มตัวอย่างโดยสามารถกำหนดโอกาสที่หน่วยตัวอย่างแต่ละหน่วยถูกเลือก ทำให้ทราบความน่าจะเป็นที่แต่ละหน่วยในประชากรจะถูกเลือก การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบนี้สามารถนำผลที่ได้อ้างอิงไปยังประชากรได้ ซึ่งสำหรับงานที่วิจัยที่นำมาวิเคราะห์อภิมานในครั้งนี้มีการใช้การสุ่มแบบอาศัยความน่าจะเป็น (Probability sampling) เป็นส่วนใหญ่ และมีจำนวนหนึ่งที่ใช้การศึกษาจากประชากรทั้งหมด ทำให้มั่นใจได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้มาใช้ในการวิเคราะห์สามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ และยังส่งผลให้ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีมาตรฐานมีความน่าเชื่อถืออีกด้วย[17]

3. ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัย จะเห็นได้ว่าผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานของทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนจากองค์การพยาบาล โดยปัจจัยระดับทีมมีค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสูงสุด (r = .576) รองลงมา คือ ปัจจัยระดับองค์การ (r = .542) และปัจจัยระดับบุคคล (r = .521) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาถึงรายละเอียดของแต่ละปัจจัย พบว่า ปัจจัยเชิงผลระดับทีมที่มีค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานมากที่สุด ได้แก่ ประสิทธิผลของทีมการพยาบาล (r = .576) เนื่องจากการที่พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนจากองค์การพยาบาลจะทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความสมัครใจยินดี กระตือรือร้น ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน สร้างผลการดำเนินงานให้ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดความเจริญก้าวหน้าจนเป็นความสำเร็จ ซึ่งความสำเร็จดังกล่าวมีพื้นฐานมาจากการที่พยาบาลวิชาชีพได้รับการสนับสนุนให้มีการเรียนรู้ การพัฒนาตนเอง จึงเกิดเป็นความรู้ความสามารถและพัฒนาความรู้ความสามารถสู่การปฏิบัติจนเป็นความสำเร็จ นั่นก็คือ บรรลุประสิทธิผลของหอผู้ป่วยนั่นเอง โดยการให้สนับสนุนจากองค์การพยาบาลในด้านต่างๆ ได้แก่ การเอาใจใส่ในชีวิตความเป็นอยู่และการทำงาน การสนับสนุนความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนาตนเอง และการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การเอื้อสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการสืบค้นข้อมูล การได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสม การได้รับการยกย่องชมเชยเมื่อมีผลการปฏิบัติงานที่ดีเด่น โดยมีการจัดสวัสดิการให้ทัดเทียมกับหน่วยงานของภาครัฐ การจัดหาเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ทันสมัย คำนึงถึงสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและยืนหยัดให้ความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาหรือข้อขัดแย้งกับผู้ใช้บริการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าองค์การมีส่วนสำคัญต่อการพัฒนางานของทีมเป็นอย่างมากทำให้การปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จ ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจในงาน ปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจและดึงดูดใจให้ปฏิบัติงานในองค์การให้นานที่สุด

โดยการสนับสนุนจากองค์การนั้นจะช่วยทำให้บุคคลปรับตัวได้เหมาะสมนำไปสู่การมีพฤติกรรมการทำงานที่ดีในองค์การ กระตุ้นและจูงใจให้สมาชิกใส่ใจกับการทำงานของทีมและรักษาความเป็นทีมจนเป้าหมายของทีมบรรลุผลสำเร็จ[13]

รองลงมา คือ ปัจจัยระดับองค์การ ได้แก่ ความเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ ($r = .693$, $p < .001$) โดยพบว่า การที่ฝ่ายการพยาบาลให้การสนับสนุนพยาบาลวิชาชีพในการช่วยเหลือและส่งเสริมด้านการสนับสนุนการปฏิบัติงาน การได้รับโอกาสในการพัฒนาตนเอง การใส่ใจเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดี และการเห็นคุณค่าของผลงาน จะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความเชื่อมั่น มีการพัฒนาองค์ความรู้ พัฒนาตนเองและพัฒนาองค์การให้องค์การมีความก้าวหน้า มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และสามารถทำให้ผลการปฏิบัติงานขององค์การมีประสิทธิภาพสูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การสนับสนุนจากองค์การส่งผลโดยตรงต่อองค์การพยาบาล โดยการที่องค์การพยาบาลให้การสนับสนุนเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการบริหาร การได้รับโอกาสในการพัฒนาตนเองและงาน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ความเป็นอยู่ในครอบครัวและสังคม การได้รับความปลอดภัยในงาน และการสนับสนุนทางการเสริมสร้างกำลังใจในการทำงาน ส่งผลให้พยาบาลมีการปรับวิธีการทำงานเพื่อเป็นการตอบแทนองค์การ ช่วยให้องค์การประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย[9] นอกจากนี้ ประสิทธิผลของหอผู้ป่วย การสนับสนุนจากองค์การพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย เนื่องจากการที่ผู้บริหารทางการพยาบาลให้การสนับสนุนด้านการอบรมความรู้ ทักษะความชำนาญใหม่ๆ เกี่ยวกับการพัฒนางาน และการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจะทำให้เกิดการยอมรับการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น ทำให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพ เกิดการพัฒนาตนเอง พัฒนางาน และพัฒนาองค์การ เมื่อพยาบาลวิชาชีพรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือและส่งเสริมในด้านต่างๆ ที่ฝ่ายการพยาบาลให้การสนับสนุนทั้งในด้านการสนับสนุนการปฏิบัติงาน การได้รับโอกาสในการพัฒนา การใส่ใจเกี่ยวกับการเป็นอยู่ที่ดีและการเห็นคุณค่าของผลงาน ย่อมส่งผลให้พยาบาลเกิดความเชื่อมั่น มีการพัฒนาความรู้ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และสามารถทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพสูงขึ้น การรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนจากองค์การจะทำให้บุคคลเกิดความสมัครใจ ยินดีกระตือรือร้น ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน สร้างผลการดำเนินงานให้ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดความเจริญก้าวหน้าจนเป็นความสำเร็จ ซึ่งความสำเร็จดังกล่าวมีพื้นฐานมาจากบุคคลได้รับการสนับสนุนให้มีการเรียนรู้ จึงเกิดเป็นความรู้ความสามารถและพัฒนาความรู้ความสามารถสู่การปฏิบัติจนเป็นความสำเร็จ นั่นก็คือ บรรลุประสิทธิผลของหอผู้ป่วยนั่นเอง[9]

ส่วนปัจจัยเชิงผลที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนจากองค์การพยาบาลน้อยที่สุด คือ ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ การแลกเปลี่ยนระหว่างหัวหน้า - ลูกน้อง ($r = .973$, $p < .001$) สามารถอธิบายได้ว่า การแลกเปลี่ยนเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพยาบาลประจำการที่เกิดขึ้นและการตอบแทนซึ่งกันและกัน โดยการที่หัวหน้าหอผู้ป่วยแสดงความไว้วางใจ การมอบหมายงานพร้อมอำนาจความรับผิดชอบตลอดจนการนิเทศงาน พร้อมทั้งการให้อิสระในการปฏิบัติงาน การชื่นชมผลการปฏิบัติงาน การให้คุณค่าในการสนับสนุนความก้าวหน้าในตำแหน่ง การสนับสนุนความก้าวหน้าทางวิชาชีพ ในส่วน

ของพยาบาลประจำการเมื่อได้รับการมอบหมายงานที่ชัดเจน มีอิสระในการปฏิบัติงาน รวมถึงการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เป็นผลให้พยาบาลประจำการสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจกล่าวได้ว่าสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพยาบาลประจำการที่มีในระดับสูง จะได้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีมเพื่อบรรลุผลสำเร็จของการให้การพยาบาล และเกิดการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ตัวแปรความสำเร็จในวิชาชีพ ผลการวิเคราะห์ พบว่าการสนับสนุนจากองค์การพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสำเร็จในวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องมาจากความสำเร็จในวิชาชีพเป็นปัจจัยระดับบุคคล นอกจากองค์การจะให้การสนับสนุนแล้วยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ เป็นต้น สำหรับการสนับสนุนจากองค์การในครั้งนี้เป็นการแลกเปลี่ยนทางสังคมที่ก่อให้เกิดอารมณ์และความรู้สึกที่ดี มีความยินดี และกระตือรือร้น ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้องค์การต้องให้การสนับสนุนในการปฏิบัติงาน สนับสนุนด้านโอกาสที่จะได้รับการพัฒนา ใส่ใจเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดีของบุคลากร เห็นคุณค่าของผลงานที่บุคลากรปฏิบัติ มีการให้รางวัล หรือการยกย่องชมเชยในผลการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับพยาบาลวิชาชีพที่จะเรียนรู้ และนำความรู้มาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น และมีการสร้างสรรค์ผลงานเพื่อตอบแทนองค์การ[18] และสำหรับตัวแปรความพึงพอใจในงาน จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การย่อมจะมีความพึงพอใจในงานสูงด้วย เนื่องจากการสนับสนุนจากองค์การเป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างองค์การกับผู้ปฏิบัติงาน ถ้าผู้ปฏิบัติงานรับรู้ว่าองค์การให้การสนับสนุนความคิดสร้างสรรค์ สนับสนุนการพัฒนาตนเอง สนับสนุนให้มีความก้าวหน้า เห็นคุณค่าในการปฏิบัติงาน ยกย่องชมเชย คำนึงถึงความปลอดภัย ความเพียงพอของเครื่องมืออุปกรณ์ในการทำงาน มีการจัดสวัสดิการที่เหมาะสม ย่อมก่อให้เกิดแรงจูงใจหรือความรู้สึกพึงพอใจ เต็มใจที่จะปฏิบัติงาน และตอบแทนองค์การด้วยความพยายามที่จะทำให้องค์การบรรลุเป้าหมาย หรือความสำเร็จสูงสุด[19]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัย พบว่า การสนับสนุนจากองค์การพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลของทีมมากที่สุด ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมการทำงานเป็นทีมซึ่งเป็นการบริหารยุคใหม่

2. จากผลการวิจัย พบว่า การสนับสนุนจากองค์การพยาบาลมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของทีมการพยาบาลสูงที่สุด ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรให้การสนับสนุนในการพัฒนาทักษะวิชาชีพของพยาบาลแต่ละคน รวมถึงสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติงานทุกคนในทีม เนื่องจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าองค์การมีส่วนสำคัญต่อการพัฒนางานของทีมเป็นอย่างมากทำให้การปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จ

3. จากผลการวิจัย พบว่า การสนับสนุนจากองค์การพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรให้การสนับสนุนพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน

การได้รับโอกาสในการพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพทั้งในด้านความรู้ ความสามารถ ทักษะเฉพาะทางวิชาชีพ เป็นต้น เนื่องจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าองค์กรพยาบาลมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการสร้างองค์กรให้เป็นองค์การแห่งการเรียนรู้

4. จากผลการวิจัย พบว่า การสนับสนุนจากองค์การพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสำเร็จในวิชาชีพ ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลควรให้การสนับสนุนบันไดแห่งวิชาชีพ (Career path) เพื่อแสดงเส้นทางความก้าวหน้าในสายวิชาชีพอย่างชัดเจน เนื่องจากการที่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีการรับรู้ต่อความสำเร็จในวิชาชีพการพยาบาล จะส่งผลให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในวิชาชีพ ก่อให้เกิดผลผลิตทางการพยาบาลที่มีคุณภาพและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ ตลอดจนพึงพอใจในตัวเองอันจะนำไปสู่ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ การได้รับคำยกย่องชมเชยและเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นปฏิบัติตาม ตลอดจนการได้รับค่าตอบแทนที่สูงขึ้น ส่งผลให้พยาบาลทำงานได้อย่างมีความสุข เกิดความพึงพอใจในวิชาชีพและคงอยู่ในวิชาชีพต่อไป ดังนั้นความสำเร็จในวิชาชีพการพยาบาลจึงเป็นเสมือนพลังที่สำคัญของพยาบาลและแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในองค์การพยาบาล

5. จากผลการวิจัย พบว่า การสนับสนุนจากองค์การพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการแลกเปลี่ยนระหว่างหัวหน้า - ลูกน้อง ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลควรสร้างองค์กรพยาบาลให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพยาบาลวิชาชีพ และการตอบแทนซึ่งกันและกัน โดยการที่หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องแสดงความไว้วางใจ การมอบหมายงานพร้อมอำนาจความรับผิดชอบ ตลอดจนการนิเทศงาน พร้อมทั้งการให้อิสระในการปฏิบัติงาน การชื่นชมผลการปฏิบัติงาน การให้คุณค่าในการสนับสนุนความก้าวหน้าในตำแหน่ง การสนับสนุนความก้าวหน้าทางวิชาชีพ ในส่วนของพยาบาลวิชาชีพเมื่อได้รับการมอบหมายงานที่ชัดเจน มีอิสระในการปฏิบัติงาน รวมถึงการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เป็นผลให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพยาบาลวิชาชีพ ส่งผลให้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติงานเกิดการทำงานเป็นทีมเพื่อบรรลุผลสำเร็จของการให้การพยาบาล และเกิดการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการสังเคราะห์งานวิจัยในครั้งนี้ พบว่า มีจำนวนงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยเชิงผลระดับทีม และระดับองค์การเป็นจำนวนค่อนข้างน้อย จึงควรมีการศึกษาถึงปัจจัยเชิงผลระดับทีม และระดับองค์การมากขึ้น เช่น องค์การที่มีความเป็นเลิศทางการพยาบาล เป็นต้น เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการของผู้บริหารการพยาบาล หรือเป็นแนวทางให้ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำมาพัฒนาแนวทางในการให้การสนับสนุนพยาบาลให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. จากการสังเคราะห์งานวิจัยในครั้งนี้ได้โมเดลปัจจัยเชิงผลกับการสนับสนุนจากองค์การพยาบาล ได้แก่ ปัจจัยระดับทีม ระดับองค์การ และระดับบุคคล ในการศึกษาครั้งต่อไปควรนำโมเดลที่ได้นี้ไปวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ (Path analysis) เพื่อยืนยันข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

3. จากการสังเคราะห์งานวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ยังมีการศึกษาการสนับสนุนจากองค์การ

พยาบาลในระดับผู้บริหารทางการพยาบาลเป็นจำนวนน้อย จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในพยาบาลวิชาชีพระดับผู้บริหารองค์การ เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เป็นต้น เนื่องจากผู้บริหารทางการพยาบาลเหล่านี้เป็นบุคคลสำคัญในการดำเนินงานของหน่วยงานและพัฒนาแนวทางการให้การสนับสนุนของพยาบาลระดับปฏิบัติการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนส่วนหนึ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Srisatitnarakul B. Leadership and strategic management in nusing organization for the 21th Century. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2007. (in Thai).
2. Srisuphan W, Sawaengdee K. Recommended policy-based solutions to shortage of registered nurses in Thailand. Thai Journal of Nursing Council 2012;27(1):5-12. (in Thai).
3. Vittayasuporn C. Nursing crisis and challenges in Thailand for AEC. Bangkokbiz News. 2012;p.27. (in Thai).
4. Tangchatchai B, Siritarungsri B, Sripunworasakul S, Rungkawat V. Factors predicting job retention of professional nurses at the northeast regional hospitals, Ministry of Public Health. Thai Journal of Nursing Council 2011;26(4):43-54. (in Thai).
5. Wiratchai N. A Meta – analysis. Bangkok : Chulalongkorn University Press ; 1999. (in Thai).
6. Glass GV, McGaw B, Smith ML. Meta-analysis in social research. Beverly Hills: Sage Publication; 1987.
7. Wiratchai N, Wongvanich S. A. synthesis of research in education using meta-analysis and content analysis. Bangkok : Printing and binding Charoenphol; 1998. (in Thai).
8. Wiratchai N, Ruengtragul A, Jetchamnongnuch W, Pornprasertmanit S, Kedcham A, Pranompont S, et.al. The report examines the research on quality education Thailand : meta-analysis. Bangkok: Chulalongkorn University ; 2009. (in Thai).
9. Eisenberger R, Hunyington R. Perceived organizational support. Journal of Applied Psychology. 1986;71(3):500-7.
10. Kongyoo S. A meta-analysis on antecedent variables of nurses' quality of working life. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University ; 2014. (in Thai).

11. Cooper H, and Hedges LV. The handbook of research synthesis. New York: Russel Sage; 1994.
12. Ioannidis PA, Trikalions AT. An exploratory test for an excess of significant findings. Clinical Trials 2007;(4)3:243-53.
13. Brown R, Condor S, Mathews A, Wade G, Williams J. Explaining intergroup differentiation in an industrial organization. Journal of Occupational Psychology. 1986;59(4):273-86.
14. Wichagarn R. An analysis of master theses in nursing in Thailand from academic year 1974 to 1984. [Master's Thesis, Faculty of Education]. Chulalongkorn University ; 1987. (in Thai).
15. Khunthar A, Kedcham D, Sawaengdee K, Theerawit T. Job transfers amongst registered nurses in Thailand. Thai Journal of Nursing Council 2013;28(3):19-31. (in Thai).
16. Srisatitnarakul B. The methodology in nursing research. 3rd ed. Bangkok : Chulalongkorn University Press; 2004. (in Thai).
17. Vanitbuncha K. Statistical Analysis for Decisions. 4th ed. Bangkok : Chulalongkorn University Press; 1999. (in Thai).
18. Jeenkool P. Relationships between personal factors, achievement motivation, organizational support, and career success of professional nurses, govermental university hospitals. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2004. (in Thai).
19. Panuwatsuk M. Relationships between working factors, participative leadership of head nurse, organizational support, and job satisfaction of staff nurses, hospitals under the jurisdiction of the Department of Medical Services, Bangkok Metropolitan Administration. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2003. (in Thai).

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม

Selected Variables Related to Disaster Response and Recovery Management Abilities of Professional Nurse Hospital under the Ministry of Defense

พิชญากร บำรุงกิจ* กัญญดา ประจุศิลป**

Phitchayakorn Bumrungkit, R.N.,* Gunyadar Prajusilapa, R.N., Ph.D.**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การได้รับการเสริมพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชา และการทำงานเป็นทีมกับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม จำนวน 268 คน เครื่องมือเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการเสริมพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชา แบบสอบถามการทำงานเป็นทีม และแบบสอบถามความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและทดสอบความเที่ยงโดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96, 0.96 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยสรุปได้ว่า 1) ความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.64, SD = 0.65) 2) การได้รับการฝึกอบรม การได้รับการเสริมพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชา และการทำงานเป็นทีม มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
E-mail: rommaya1990@gmail.com

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

คำสำคัญ : การได้รับการเสริมพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชา การทำงานเป็นทีม การจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติ

Abstract

The purposes of this descriptive research were to explore the disaster response and recovery management abilities and to examine the relationships between division, training, disaster operation time, staff empowerment of leader, teamwork, and disaster response and recovery management abilities of professional nurses, hospitals under the Ministry of defense. The populations were 268 professional nurses, hospitals under the Ministry of defense. The research instruments were personal factor, staff empowerment of leader, teamwork, and disaster response and recovery management abilities questionnaires which were confirmed content validity by experts and were tested for content validity and reliability. Cronbach's alpha coefficients were 0.96 of staff empowerment, 0.96 of teamwork and 0.96 of disaster response and recovery management abilities. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, and Pearson's product moment correlation coefficient. The major findings were as follows: 1. Disaster response and recovery management abilities of professional nurses hospitals under the Ministry of defense was the high level ($\overline{X}$ = 3.64, SD = 0.65) 2) There was significant relationship between training, staff empowerment of leader, teamwork, and disaster response and recovery management abilities of professional nurses, hospitals under the Ministry of defense at the .05 level.

Keywords : empowerment, teamwork, disaster response and recovery management

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภัยพิบัติหรือสาธารณภัย (Disaster) มีผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างมาก คุกคามต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ปัจจุบันมีภาวะภัยพิบัติเกิดขึ้นทั่วโลกอย่างมากมายทั้งภัยพิบัติทางธรรมชาติ และภัยพิบัติที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ สถิติภัยพิบัติย้อนหลังของประเทศไทย พบว่า ช่วงปี พ.ศ. 2532 - 2557 เกิดอุทกภัยมากกว่า 40,000 ครั้ง วาตภัย 36,024 ครั้ง ดินโคลนถล่ม 35 ครั้ง และสึนามิ 1 ครั้ง มีประชาชนได้รับผลกระทบมากกว่า 12.8 ล้านคน มีมูลค่าความเสียหายสูงถึง 1.44 ล้านบาท ภัยพิบัติยังก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จึงมีความจำเป็นที่ต้องเร่งเข้าไปดำเนินการช่วยเหลือผู้ประสบภัย เพราะหากเกิดความล่าช้าจะส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจในระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีโรคประจำตัว ผู้ทุพพลภาพ ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ผู้สูงอายุและเด็ก

ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางและมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มอื่น กระบวนการช่วยเหลืออาจเป็นเรื่องยาก ทั้งให้การช่วยเหลือและการให้กำลังใจในการเผชิญกับความสูญเสียที่ยากจะเข้าใจได้ อย่างไรก็ตามการขาดบุคลากรด้านสุขภาพและสิ่งอำนวยความสะดวกทำให้การจัดการกับความต้องการเร่งด่วนของผู้ประสบภัยเป็นไปด้วยความยากลำบาก ทั้งนี้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยที่รอดชีวิตให้กลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการฟื้นฟูบูรณะประเทศ พยาบาลมักเป็นบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มแรกที่เข้าไปในพื้นที่หลังเกิดภาวะภัยพิบัติ ในสถานการณ์ที่ทรัพยากรต่างๆ มีจำกัดหรือขาดแคลน พยาบาลที่ถูกระดมกำลังเข้าไปมีบทบาทเป็นผู้ให้การช่วยเหลือฉุกเฉินเบื้องต้น ผู้ให้การดูแลโดยตรง ผู้ประสานงานการดูแล ผู้ให้ข้อมูลหรือให้คำปรึกษา และผู้คัดกรองผู้ป่วย[1] ในฐานะที่พยาบาลเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ที่สุดของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ จึงต้องมีการพัฒนาความสามารถในการรับมือกับภัยพิบัติและการฟื้นฟูบูรณะ

พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมจะมีบทบาททั้งการปฏิบัติงานในพื้นที่และการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิที่กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลหลัก ซึ่งส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ จึงต้องมีความสามารถในจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ประสบภัยพิบัติในขณะเกิดภัยพิบัติ รวมถึงภาวะหลังการเกิดภัยพิบัติในระยะฟื้นฟูบูรณะ หากพยาบาลมีองค์ความรู้ในการจัดการภาวะภัยพิบัติ จะทำให้สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและรวดเร็ว ตอบสนองความต้องการของผู้ประสบภัย ส่งผลให้การดำเนินงานด้านภัยพิบัติมีประสิทธิภาพ[2] จากการศึกษาผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ ซึ่งปัญหาจากการวิจัยที่พบส่วนใหญ่ คือ ขาดการวางแผนการเตรียมความพร้อม การจัดระบบบัญชาการที่มีเอกภาพ การประสานความร่วมมือ การจัดสรรทรัพยากรและอัตรากำลัง การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร การประสานงานและการติดต่อสื่อสาร ซึ่งเป็นปัญหาจากการจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพ และการศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ อรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์[3] ทำการศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้เทคนิคเดลฟาย ผลการวิจัย พบว่า การจัดการภัยพิบัติ ประกอบด้วย 3 ระยะ 13 องค์ประกอบ ได้แก่ ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ระยะรับมือกับภัยพิบัติ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ และระยะฟื้นฟูบูรณะ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ศุภลักษณ์ ธนาโรจน์, ศรีนวล สถิตวิทยานันท์ และรุ่งนภา จันทรา[4] ทำการศึกษาสมรรถนะพยาบาลด้านการจัดการภัยพิบัติด้วยเทคนิคเดลฟาย พบว่า ประกอบด้วยสมรรถนะ 6 ด้าน แต่ยังไม่มีการศึกษาความสามารถในการจัดการภัยพิบัติและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม

ความสามารถเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่ทำให้เกิดการกระทำเพื่อการดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ และมีความหมายใกล้เคียงกับสมรรถนะ แต่แตกต่างกันที่สมรรถนะเป็นความรู้ลักษณะภายในบุคคล และทักษะซึ่งมีอยู่ในตัวบุคคล ในการวิจัยครั้งนี้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะและความสามารถในการ

จัดการภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งความสามารถหรือสมรรถนะดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้จากปัจจัยทั้งส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อม เพศ อายุ ระยะเวลาที่ออกปฏิบัติงานด้านพยาบาลสาธารณภัย การเข้ารับการฝึกอบรม Ning และคณะ[5] ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมฉุกเฉินของผู้ตรวจการสาธารณสุขในประเทศจีน พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ การได้รับการฝึกอบรม สถานที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง และการมีบทบาทตามหน้าที่ในการปฏิบัติการฉุกเฉินยังขึ้นอยู่กับการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชา ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานเชิงบวกที่ส่งผ่านอำนาจจากบุคคลหนึ่งหรือกลุ่มหนึ่งสู่ผู้อื่นในการจัดการให้ผู้ปฏิบัติสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากร และโอกาสในการพัฒนา ทำให้รู้สึกมั่นคงและมุ่งมั่นทำงานให้บรรลุผลสำเร็จของตนเองและองค์การ[6]

การทำงานเป็นทีมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการพยาบาลภัยพิบัติ การทำงานเป็นทีมสมาชิกต้องมีจุดมุ่งหมายร่วมกันสร้างทักษะและความสามารถในการทำงานร่วมกัน หากบุคลากรมีความสามารถในการสร้างทีมจะส่งผลต่อความสามารถในการจัดการภาวะภัยพิบัติ[7, 8] จากเหตุผลดังกล่าวจึงควรมีการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับสมรรถนะการจัดการพยาบาลภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม เพื่อนำไปใช้ในการฝึกอบรมและการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ให้พร้อมรับภาวะภัยพิบัติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ แผนกที่ปฏิบัติงาน การได้รับการฝึกอบรม ระยะเวลาที่ออกปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ การได้รับการเสริมพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชา และการทำงานเป็นทีมกับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม

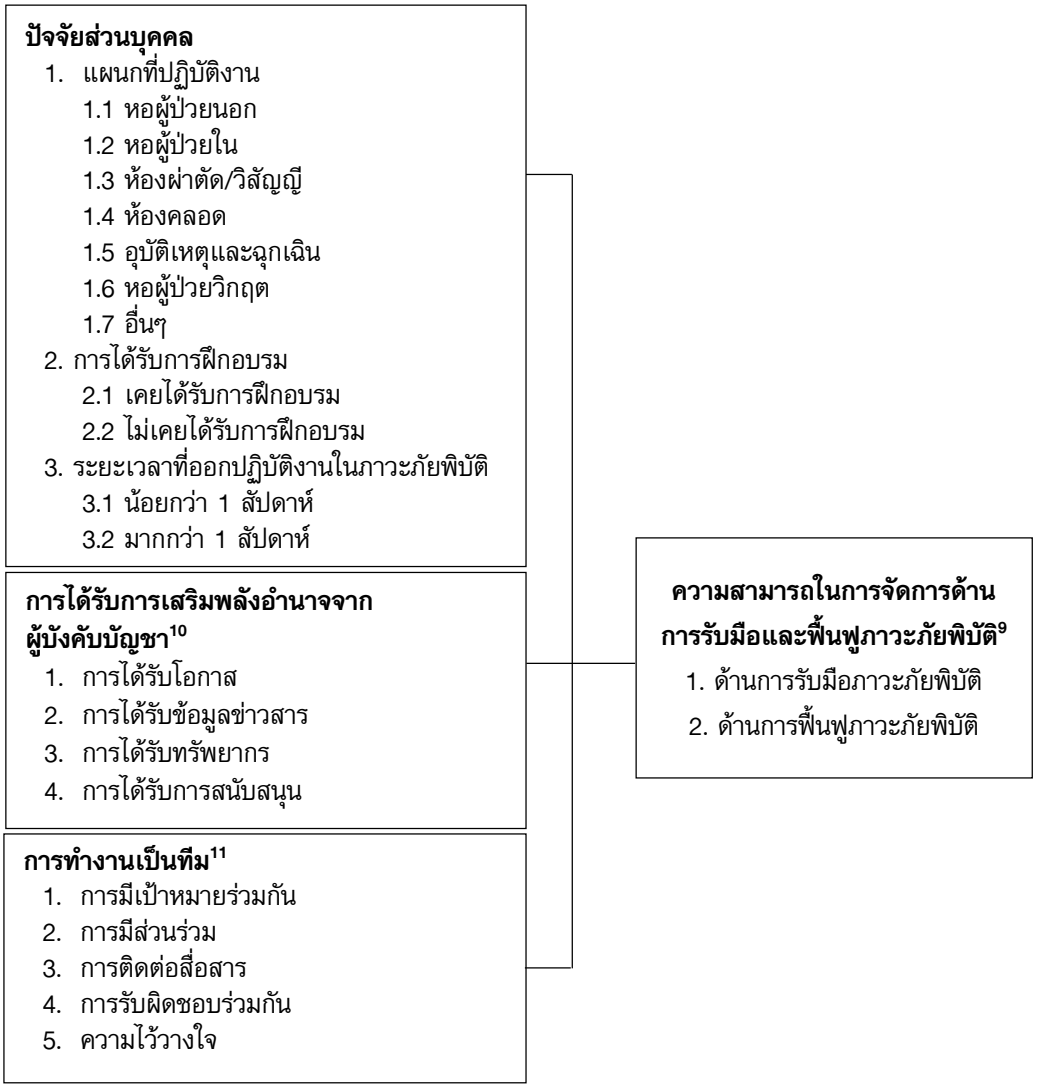
สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ แผนกที่ปฏิบัติงาน การได้รับการฝึกอบรม ระยะเวลาที่ออกปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม

2. การได้รับการเสริมพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชา และการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ความสามารถในการจัดการภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม เป็นการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อความสามารถในการดำเนินการจัดการในภาวะภัยพิบัติ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาด้านการรับมือภาวะภัยพิบัติและด้านฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติตามกรอบแนวคิดของ ICN[9] ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ แผนกที่ปฏิบัติงาน การได้รับการฝึกอบรม และระยะเวลาที่ออกปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ การได้รับการเสริมพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชา และการทำงานเป็นทีม รายละเอียดดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Correlation descriptive research)

ประชากร พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ที่มีหน้าที่ในการปฏิบัติการพยาบาลสาธารณภัยเมื่อเกิดเหตุ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยโรงพยาบาลสังกัดกองทัพบก 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลอานันทมหิดล โรงพยาบาลสังกัดกองทัพเรือ 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และสังกัดกองทัพอากาศ 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และโรงพยาบาลจันทรุเบกษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ที่มีหน้าที่ในการปฏิบัติการพยาบาลสาธารณภัยเมื่อเกิดเหตุ จำนวน 268 คน ทำการสุ่มโรงพยาบาลด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) สังกัดละ 1 แห่ง ด้วยการจับสลาก สังกัดกองทัพบก ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สังกัดกองทัพเรือ ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และสังกัดกองทัพอากาศ ได้แก่ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ที่มีหน้าที่ในการปฏิบัติการพยาบาลสาธารณภัยเมื่อเกิดเหตุ จำนวน 268 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีจำนวน 1 ชุด แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ สังกัด แผนกที่ปฏิบัติงาน การได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ และระยะเวลาที่ออกปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการเสริมพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชา ซึ่งสร้างจากแนวคิดของ Kanter[10] แบ่งเป็น 4 ด้าน จำนวน 19 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการได้รับโอกาส 2) ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร 3) ด้านการได้รับทรัพยากร และด้านการได้รับการสนับสนุน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดความหมายของระดับคะแนน ดังนี้ 1 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด ถึง 5 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชาในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชาในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชาในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50 – 1.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชาในระดับน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชาในระดับน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการทำงานเป็นทีม สร้างจากแนวคิดของ Mccloskey[11] แบ่งเป็น 5 ด้าน จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ 1) การมี

เป้าหมายร่วมกัน (Shared goal) 2) การมีส่วนร่วม (Participation) 3) การติดต่อสื่อสาร (Communication) 4) การรับผิดชอบร่วมกัน (Sharing success and failure) และ 5) ความไว้วางใจ (Trust) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดความหมายของระดับคะแนน และการแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนน ดังตอนที่ 2 ข้างต้น

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติ สร้างจากกรอบสมรรถนะการพยาบาลสาธารณภัยของ ICN[9] และปรับปรุงแบบสอบถามของ อรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์ และวาสินี วิเศษฤทธิ์[3] ด้านการรับมือภาวะภัยพิบัติ และด้านการฟื้นฟูบูรณะ แบ่งเป็น 2 ด้าน จำนวน 19 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการรับมือภาวะภัยพิบัติ และ2) ด้านการฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดความหมายของระดับคะแนน และการแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนน ดังตอนที่ 2 ข้างต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและผ่านการพิจารณาแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งกรอบแนวคิดและโครงร่างวิทยานิพนธ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน พิจารณาตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความชัดเจน ความถูกต้อง และความเหมาะสมของภาษา นำผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละข้อของแบบสอบถามคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ของแบบสอบถามการเสริมพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชา แบบสอบถามการทำงานเป็นทีม และแบบสอบถามความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติ เท่ากับ 0.95, 0.91 และ 0.92 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพสังกัดโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ จำนวน 30 คน ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสอบถามการเสริมพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชา การทำงานเป็นทีม และความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติ เท่ากับ 0.96, 0.96 และ 0.96 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โดยดำเนินการส่งให้คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ในหน่วยงานที่ขอเก็บรวบรวมข้อมูลพิจารณา จำนวน 3 แห่ง ประกอบด้วย 1) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2560 รหัสโครงการ RP005/60 2) คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2560 รหัสโครงการ Q026q/60_Exp และ 3) คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ผ่านการพิจารณาจริยธรรม ในวันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 รหัสโครงการ IRB03/61

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุมัติผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบประสานงานด้านการวิจัยในฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลแต่ละแห่งด้วยตนเอง และชี้แจงรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามผ่านผู้ประสานด้านการวิจัยในฝ่ายการพยาบาล โดยขอความอนุเคราะห์ในการแจกแบบสอบถาม ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามที่ตอบแล้วและใบยินยอมที่มีลายเซ็นของกลุ่มตัวอย่างส่งกลับมาในซองที่ผู้วิจัยแนบมาให้และปิดผนึกซองให้เรียบร้อย ส่งกลับให้ฝ่ายการพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาล และประสานเพื่อขอรับคืนด้วยตนเอง ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ถึง วันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2561 ได้รับแบบสอบถามคืน จำนวน 268 ชุด ตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของแบบสอบถาม พบว่า มีแบบสอบถามที่สามารถนำไปวิเคราะห์ได้ จำนวน 268 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 จากแบบสอบถามที่ส่งทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป รายละเอียดมีดังนี้

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สังกัด แผนกที่ปฏิบัติงาน การได้รับการฝึกอบรม และระยะเวลาที่ออกปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ (Percent) และค่าเฉลี่ย (Mean)

2. วิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การได้รับการเสริมพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชา การทำงานเป็นทีม และความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติด้วยสถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ แผนกที่ปฏิบัติงาน การได้รับการฝึกอบรม ระยะเวลาที่ออกปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ กับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การได้รับการเสริมพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชา การทำงานเป็นทีม และความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงกลาโหมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสังกัดโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามีจำนวนมากที่สุด รองลงมา คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า คิดเป็นร้อยละ 42.16 และ 36.57 ตามลำดับ ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากที่สุด รองลงมา คือ แผนกผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 34.33 และ 30.60 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรม คิดเป็นร้อยละ 55.22 กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับการฝึกอบรมด้านการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ ได้รับการฝึกในหลักสูตรการสนับสนุนทาง

การแพทย์ในภาวะภัยพิบัติ (MERT/EMOD) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.97 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ออกปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติน้อยกว่า 1 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 54.05

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกระทรวงกลาโหม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 268)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. สังกัด		
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	113	42.16
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า	98	36.57
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	57	21.27
2. แผนกที่ปฏิบัติงาน		
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	92	34.33
ผู้ป่วยใน	82	30.59
ห้องผ่าตัด/วิสัญญี	31	11.57
ผู้ป่วยนอก	20	7.46
ผู้ป่วยวิกฤต	12	4.48
อื่นๆ	31	11.57
3. การได้รับการฝึกอบรม		
ไม่เคย	148	55.22
เคย	120	44.78
4. หลักสูตรที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ		
ไม่เคย	148	55.22
หลักสูตร MERT/EMOD	83	30.97
หลักสูตรชุดเคลื่อนที่เร็ว	2	0.75
ฝึกปฏิบัติการแพทย์ทหารประจำปีของกองทัพ	4	1.49
อื่นๆ ระบุ	24	8.96
อบรมมากกว่า 1 หลักสูตร	7	2.61
5. ระยะเวลาที่ออกปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ		
น้อยกว่า 1 สัปดาห์	80	54.05
มากกว่า 1 สัปดาห์	68	45.95

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติ รายด้านและโดยรวม (n = 268)

ด้านที่	ความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1	การรับมือภาวะภัยพิบัติ	3.70	0.65	สูง
2	การฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติ	3.56	0.70	สูง
	รวม	**3.64**	**0.65**	**สูง**

จากตารางที่ 2 พบว่า ความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.64) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับมือภาวะภัยพิบัติและด้านการฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.70, และ 3.56 ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างแผนกที่ปฏิบัติงานกับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม รายด้านและโดยรวม (n = 268)

ระดับความสามารถ	แผนกที่ปฏิบัติงาน												X^2	df	C	Sig
	ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยใน		อุบัติเหตุและฉุกเฉิน		ห้องผ่าตัด/วิสัญญี		ผู้ป่วยวิกฤต		อื่นๆ					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ด้านการรับมือภาวะภัยพิบัติ																
ต่ำ ($\bar{X}$ < 3.50)	7	35.00	23	28.05	33	35.87	15	48.39	5	41.67	8	25.81	5.55	5	.142	.352
สูง ($\bar{X}$ ≥ 3.50)	13	65.00	59	71.95	59	64.13	16	51.61	7	58.33	23	74.19				
ด้านการฟื้นฟูภาวะพิบัติ																
ต่ำ ($\bar{X}$ < 3.50)	12	60.00	36	43.90	42	45.65	19	61.29	6	50.00	11	35.48	5.98	5	.148	.309
สูง ($\bar{X}$ ≥ 3.50)	8	40.00	46	56.10	50	54.35	12	38.71	6	50.00	20	64.52				

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างแผนกที่ปฏิบัติงานกับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม รายด้านและโดยรวม (n = 268) (ต่อ)

ระดับความสามารถ	แผนกที่ปฏิบัติงาน												X^2	df	C	Sig
	ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยใน		อุบัติเหตุและฉุกเฉิน		ห้องผ่าตัด/วิสัญญี		ผู้ป่วยวิกฤต		อื่นๆ					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ความสามารถโดยรวม																
ต่ำ ($\bar{X}$ < 3.50)	10	50.00	26	31.71	35	38.04	18	58.06	5	41.67	9	29.03	8.96	5	.180	.110
สูง ($\bar{X}$ ≥ 3.50)	10	50.00	56	68.29	57	61.96	13	41.94	7	58.33	22	70.97				
รวม	**20**	**100.00**	**82**	**100.00**	**92**	**100.00**	**31**	**100.00**	**12**	**100.00**	**31**	**100.00**				

จากตารางที่ 3 พบว่า แผนกที่ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมโดยรวม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า แผนกที่ปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือภาวะภัยพิบัติ และด้านการฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการฝึกอบรมกับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม รายด้านและโดยรวม (n = 268)

ระดับความสามารถ	การได้รับการฝึกอบรม				X^2	df	C	Sig
	ไม่เคย		เคย					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ด้านการรับมือภาวะภัยพิบัติ								
ต่ำ ($\bar{X}$ < 3.50)	67	42.40	24	21.80	12.256	1	.209	.000*
สูง ($\bar{X}$ ≥ 3.50)	91	57.60	86	78.20				
ด้านการฟื้นฟูภาวะพิบัติ								
ต่ำ ($\bar{X}$ < 3.50)	80	50.60	46	41.80	2.023	1	.087	.155
สูง ($\bar{X}$ ≥ 3.50)	78	49.40	64	58.20				

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการฝึกอบรมกับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม รายด้านและโดยรวม (n = 268) (ต่อ)

ระดับความสามารถ	การได้รับการฝึกอบรม				X^2	df	C	Sig
	ไม่เคย		เคย					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ความสามารถโดยรวม								
ต่ำ ($\bar{X}$ < 3.50)	73	46.20	30	27.30	9.821	1	.188	.002*
สูง ($\bar{X}$ ≥ 3.50)	85	53.80	80	72.70				
รวม	**158**	**100.00**	**110**	**100.00**				

* p < .05

จากตารางที่ 4 พบว่า การได้รับการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .188 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การได้รับการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการความสามารถในการจัดการด้านการรับมือภาวะภัยพิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .209 และมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการด้านการฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติกับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม รายด้านและโดยรวม (n = 268)

ระดับความสามารถ	ประสบการณ์ในการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ				X^2	df	C	Sig
	ไม่เคย		เคย					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ด้านการรับมือภาวะภัยพิบัติ								
ต่ำ ($\bar{X}$ < 3.50)	53	43.80	38	25.90	9.537	1	.185	.002*
สูง ($\bar{X}$ ≥ 3.50)	68	56.20	109	74.10				
ด้านการฟื้นฟูภาวะพิบัติ								
ต่ำ ($\bar{X}$ < 3.50)	62	51.20	64	43.50	1.581	1	.077	.209
สูง ($\bar{X}$ ≥ 3.50)	59	48.80	83	56.50				

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติกับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม รายด้านและโดยรวม (n = 268) (ต่อ)

ระดับความสามารถ	ประสบการณ์ในการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ				X^2	df	C	Sig
	ไม่เคย		เคย					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ความสามารถโดยรวม								
ต่ำ ($\bar{X}$ < 3.50)	56	46.30	47	32.00	5.742	1	.145	.017*
สูง ($\bar{X}$ ≥ 3.50)	65	53.70	100	68.00				
รวม	**121**	**100.00**	**147**	**100.00**				

* p < .05

จากตารางที่ 5 พบว่า ประสบการณ์ในการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .145 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ประสบการณ์ในการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือภาวะภัยพิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .185 และมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการด้านการฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ออกปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติกับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม รายด้านและโดยรวม (n = 268)

ระดับความสามารถ	ระยะเวลาที่ออกปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ				X^2	df	C	Sig
	น้อยกว่า 1 สัปดาห์		มากกว่า 1 สัปดาห์					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ด้านการรับมือภาวะภัยพิบัติ								
ต่ำ ($\bar{X}$ < 3.50)	24	30.00	23	33.82	.155	1	.033	.694
สูง ($\bar{X}$ ≥ 3.50)	60	75.00	45	66.18				
ด้านการฟื้นฟูภาวะพิบัติ								
ต่ำ ($\bar{X}$ < 3.50)	17	21.25	21	30.90	1.558	1	.103	.212
สูง ($\bar{X}$ ≥ 3.50)	63	78.75	47	69.12				

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ออกปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติกับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม รายด้านและโดยรวม (n = 268) (ต่อ)

ระดับความสามารถ	ระยะเวลาที่ออกปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ				X^2	df	C	Sig
	น้อยกว่า 1 สัปดาห์		มากกว่า 1 สัปดาห์					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ความสามารถโดยรวม								
ต่ำ ($\overline{X}$ < 3.50)	34	42.50	30	44.12	.004	1	.005	.949
สูง ($\overline{X}$ ≥ 3.50)	46	57.50	38	55.88				
รวม	**80**	**100.00**	**68**	**100.00**				

จากตารางที่ 6 พบว่า ระยะเวลาที่ออกปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมโดยรวม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ระยะเวลาที่ออกปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือภาวะภัยพิบัติ และด้านการฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05)

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการเสริมพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชา และการทำงานเป็นทีมกับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม รายด้านและโดยรวม (n = 268)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ด้านการรับมือภาวะภัยพิบัติ			
การได้รับการเสริมพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชา	.570	.000*	ปานกลาง
การทำงานเป็นทีม	.839	.000*	สูง
ด้านการฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติ			
การได้รับการเสริมพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชา	.493	.000*	ปานกลาง
การทำงานเป็นทีม	.768	.000*	สูง
ความสามารถโดยรวม			
การได้รับการเสริมพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชา	.557	.000*	ปานกลาง
การทำงานเป็นทีม	.838	.000*	สูง

* p < .05

จากตารางที่ 7 พบว่า การได้รับการเสริมพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางและการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .557 และ .838 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การได้รับการเสริมพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางและการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .570 และ .839) การได้รับการเสริมพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง และการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสามารถในการจัดการด้านการฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .493 และ .768)

สรุปและการอภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม จากผลการศึกษา พบว่า ความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.64) อภิปรายได้ว่า ความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติมีการกำหนดให้เป็นความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ โดยสภาพยาบาลระหว่างประเทศ (ICN) พัฒนากรอบสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติ แบ่งวงจรการเกิดภัยพิบัติ เป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 Pre-Incident phase ระยะที่ 2 Incident phase และระยะที่ 3 Post-Incident phase[9] ซึ่งความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติอยู่ในระยะที่ 2 และระยะที่ 3 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเคยปฏิบัติหน้าที่ในการปฏิบัติงานด้านภัยพิบัติ และส่วนใหญ่ได้รับการฝึกทางการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ และได้เข้าร่วมกับการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติทั้งภัยธรรมชาติ และภัยที่เกิดจากมนุษย์ จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงกลาโหมมีความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติอยู่ในระดับสูง ประกอบกับในปัจจุบันมีการบรรจุวิชาการพยาบาลสาธารณภัยเป็นส่วนหนึ่งของวิชาหรือหัวข้อในการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของทุกสถาบันการศึกษาสังกัดกระทรวงกลาโหม

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับมือภัยพิบัติอยู่ในระดับสูง และด้านการฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.70, และ 3.56 ตามลำดับ) อภิปรายได้ว่า เมื่อเกิดภัยพิบัติพยาบาลวิชาชีพสังกัด กระทรวงกลาโหมส่วนใหญ่จะถูกส่งไปปฏิบัติการในระยะภัยพิบัติ โดยกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมส่วนใหญ่เคยไปปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติน้อยกว่า 1 สัปดาห์ (ร้อยละ 54.05) ซึ่งในขณะรับมือภัยพิบัตินั้น เน้นการช่วยผู้ประสบภัยอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยทั้งผู้ให้การช่วยเหลือและผู้ประสบภัยต้องมีความปลอดภัย ซึ่งจะต้องประกอบด้วย 1) การประเมินสถานการณ์สาธารณภัยที่เกิดขึ้น 2) การใช้แผนและประเมินความพร้อมรับสาธารณภัย

3) การปฏิบัติการพยาบาล 4) การประสานงานเพื่อช่วยเหลือ และส่งต่อผู้ประสบภัย และ 5) การประเมินสถานการณ์ ซึ่งในระยะนี้เป็นการปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงกลาโหมมีการปฏิบัติเป็นประจำในการปฏิบัติงานตามปกติ จึงทำให้มีความสามารถด้านการรับมือภัยพิบัติอยู่ในระดับสูง[12]

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ แผนกที่ปฏิบัติงาน การได้รับการฝึกอบรม ระยะเวลาที่ออกปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ การได้รับการเสริมพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชา และการทำงานเป็นทีมกับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ แผนกที่ปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อภิปรายได้ว่า ในการออกปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติจะมีจัดชุดปฏิบัติการซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพในสาขาต่างๆ ประกอบด้วย 1) ชุดปฏิบัติการเคลื่อนที่เร็วจากโรงพยาบาลและหน่วยแพทย์ 2) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับสูงในภาวะภัยพิบัติ 3) เจ้าหน้าที่กู้ชีพและช่วยชีวิตทางน้ำ 4) ชุดเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว 5) ชุดปฏิบัติการเวชกรรมป้องกัน 6) ชุดช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตสุขภาพจิตเบื้องต้น 7) ชุดแพทย์เคลื่อนที่ตรวจรักษาโรคขั้นพื้นฐานให้กับผู้ประสบภัย 8) ศูนย์ประสานทางการแพทย์และสนับสนุนการส่งกลับ และ 9) ชุดแพทย์เคลื่อนที่ตรวจรักษาโรคขั้นพื้นฐานให้กำลังพลที่ปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ประสบภัยพยาบาลที่ออกปฏิบัติการของโรงพยาบาล สังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ[13] และทหารบกเป็นการนำพยาบาลวิชาชีพในแต่ละหน่วยงาน หมุนเวียนการออกปฏิบัติการเมื่อเกิดภัยพิบัติ ในขณะที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชมีเพียงบางส่วนที่ได้ไปปฏิบัติงานด้านภัยพิบัติ เนื่องจากมีสถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ ที่มีหน้าที่ในการจัดส่งพยาบาลวิชาชีพในสังกัดไปปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นสถาบันที่แยกจากโรงพยาบาลภูมิพล-อดุลยเดช ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจะปฏิบัติงานอยู่ในแผนกห้องฉุกเฉิน แผนกที่ปฏิบัติงานจึงมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การได้รับการฝึกอบรม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (C = .188) อภิปรายได้ว่า ความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติเกิดจากการที่พยาบาลได้รับการสอนหรือการฝึกอบรม และเคยมีประสบการณ์เข้าร่วมในการบรรเทาภัยพิบัติจะทำให้มีความรู้และทักษะรวมทั้งความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ดังการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการพยาบาลสาธารณภัย ประกอบด้วย แผนกที่ปฏิบัติงาน การได้รับการฝึกอบรม ระยะเวลาที่ออกปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ การเรียนรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเพื่อรับภัยพิบัติ มาจากประสบการณ์

ส่วนบุคคล[5,14-17] จำนวนครั้งของการเข้าร่วมในการปฏิบัติการด้านภัยพิบัติมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการพยาบาลภัยพิบัติ[18]

ระยะเวลาที่ออกปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ คิดเป็นร้อยละ 54.48 และประสบการณ์ในภาวะภัยพิบัติโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในระดับต่ำ โดยกลุ่มที่เคยออกปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติมีระดับความสามารถสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยออกปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มที่เคยออกปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ พบว่าส่วนใหญ่ออกปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติน้อยกว่า 1 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 53.42 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ออกปฏิบัติงานตามช่วงเวลาที่ออกปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติกับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมโดยรวม พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ากลุ่มที่เคยออกปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติไม่ว่าจะออกปฏิบัติงานในระยะสั้นน้อยกว่า 1 สัปดาห์ หรือมากกว่า 1 สัปดาห์ก็ไม่แตกต่างกัน โดยมีความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติในระดับสูงเช่นเดียวกัน ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงกลาโหมได้ออกปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติในสถานการณ์จริง จะส่งเสริมให้มีความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติโดยไม่ขึ้นอยู่กับระยะเวลาในการออกปฏิบัติงาน จึงควรมีการสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงกลาโหมได้ร่วมปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติเมื่อเกิดเหตุ ซึ่งจะทำให้ส่งเสริมพันธกิจที่สำคัญของกระทรวงกลาโหมในการช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมและบรรเทาภัยพิบัติ และเป็นการส่งเสริมสมรรถนะวิชาชีพการพยาบาลด้านการบรรเทาภัยพิบัติ

การได้รับการเสริมพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ($r = .557$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อภิปรายได้ว่า การได้รับการเสริมพลังอำนาจในงานเป็นสภาพในการปฏิบัติงานเชิงบวกที่ส่งผ่านอำนาจจากบุคคลหนึ่งหรือกลุ่มหนึ่งสู่ผู้อื่นในการจัดการให้ผู้ปฏิบัติสามารถเข้าถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะทำให้รู้สึกมั่นคงและมุ่งมั่นทำงานให้บรรลุผลสำเร็จของตนเองและองค์การ ประกอบด้วย การได้รับโอกาส การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับทรัพยากร และการได้รับการสนับสนุน[10] ดังนั้นหากบุคลากรได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชา จะทำให้มีการพัฒนาตนเองจึงทำให้มีสมรรถนะเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุติมา เขตต์อนันต์[19] พบว่า ตัวแปรที่ทำนายสมรรถนะพยาบาลไตเทียมได้ คือ การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน และประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านไตเทียม

การทำงานเป็นทีม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสามารถในการ

จัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .838) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อภิปรายได้ว่า การทำงานเป็นทีม (Team work) เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มบุคคล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์การ ผลงานเกิดจากการรวมพลังของแต่ละบุคคลในทีม โดยร่วมมือประสานงานกันตามบทบาทหน้าที่ตน[7] เป็นการดำเนินการพัฒนาความสัมพันธ์ของสมาชิกในทีม การระบุบทบาทที่ชัดเจน และการแก้ไขปัญหาและปรับปรุงประสิทธิภาพในการทำงาน ทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ[8] การพยาบาลภาวะภัยพิบัติต้องดำเนินการในลักษณะทีม ดังนั้นหากบุคคลมีความสามารถในการสร้างทีม จึงส่งผลต่อการเพิ่มสมรรถนะการพยาบาลภัยพิบัติ[11]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การประเมินความต้องการของชุมชนในการรับความช่วยเหลือมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด การอบรมหลักสูตรการจัดการในภาวะภัยพิบัติทั้งในระดับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และหลักสูตรฝึกอบรมของสถาบันการศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของกระทรวงกลาโหมควรเพิ่มเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการประเมินชุมชนและการจัดกิจกรรมช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจให้มากขึ้น

2. การได้รับการเสริมพลังอำนาจจากผู้บังคับบัญชามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้บริหารการพยาบาลจึงควรเสริมพลังอำนาจกับพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ โดยการให้โอกาสเข้าร่วมประชุมวิชาการเกี่ยวกับการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบนโยบายที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนทรัพยากรและสนับสนุนในการปฏิบัติงานด้านภัยพิบัติ

3. การทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้บริหารการพยาบาลจึงควรส่งเสริมให้มีการทำงานเป็นทีมในภาวะภัยพิบัติ โดยการฝึกการทำงานเป็นทีมขณะปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น และมีส่วนร่วมในการวางแผนร่วมกัน และสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการจัดการด้านการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม เช่น การพัฒนาตนเอง เป็นต้น

2. ศึกษาความสามารถในการจัดการภาวะภัยพิบัติด้านอื่น ได้แก่ การป้องกันหรือบรรเทาผลกระทบจากภัยพิบัติ และการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติ

3. ศึกษารูปแบบหรือโปรแกรมการพัฒนาการทำงานเป็นทีมที่จะส่งเสริมให้เกิดความสามารถในการรับมือและฟื้นฟูภาวะภัยพิบัติ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนทุนวิจัยจาก “ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต” บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Medium-term strategic plan 2009-2013. [Internet]. [cited 2017 June 1]. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/MTSP2009/MTSP1-en.pdf.
2. California Medical Services Authority (CMSA). Introduction to community paramedicine. [Internet]. [cited 2017 June 1]. Available from: https://emsa.ca.gov/community_paramedicine/
3. Siripukdeekan A, Wiserith W. A study of disaster nursing management. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014;15(2):348-59. (in Thai).
4. Thanaroj S, Sadhittwithayanan S, Chantra R. Nurse competencies in disaster management. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2014;30(3):35-44. (in Thai).
5. Ning N, Kang Z, Jiao M, Hao Y, Gao L, Sun H, et al. Factors affecting emergency preparedness competency of public health inspectors: a cross-sectional study in northeastern China. [Internet]. [cited 2017 June 1]. Available from: http://bmjopen.bmj.com/content/4/1/e003832.
6. Laschinger HK, Finegan J. Empowering nurses for work engagement and health in hospital settings. Journal of Nursing Administration 2005;35:439–49.
7. Gibson JL, Ivancevich JM, Donnelly JH. Organization: behavior, structure, processes. 12th ed. Boston: McGrew-Hill/Irwin; 1991.
8. Klein C, DiazGranados D, Salas E, Le H, Burke CS, Lyons R, et al. Does team building work? Small Group Res 2009;40(2):181–222.
9. International Council of Nursing. ICN Framework of disaster nursing competencies 2009: World Health Organization. [Internet]. [cited 2016 March 1]. Available from: http://icn.ch.
10. Kanter RM. Rosabeth Moss Kanter on the frontiers of management. Boston, Mass: Harvard Business School Press; 1997.
11. McCloskey DN. The rhetoric of economics. 2nd ed. Madison: University of Wisconsin Press;1998.
12. Komtae S, Prachusilpa G. Competency of hyperbaric nurse. Royal Thai Navy Medical Journal 2018;45(1):39-51. (in Thai).
13. กรมแพทย์ทหารเรือ. แผนปฏิบัติการด้านการแพทย์สนับสนุนการบรรเทาสาธารณภัย ทร. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2556]. แหล่งที่มา: http://www.nmd.go.th/person/file.php/1/k4.pdf.

14. Phokhang-Just W, Sarakshetrin A, Chantra R. Knowledge, attitude, and practice towards nutrition and nutrition lebels of nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Surat-Thani. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2015;16(1):93-100. (in Thai).
15. Shih FJ, Liao YC, Chan SM, Duh BR, Gau ML. The impact of the 9-21 earthquake experiences of Taiwanese nurses as rescuers. Soc Sci Med 2002;55(4):659-72.
16. Khunpech A, Hirunchunha S, Naka K. Competency responding to public hazardous events perceived by community hospital. [Internet]. [cited 2016 September 1]. Available from: http://www.taem.or.th/node/131.
17. Phakdeechanuan K, Songwathana P, Sae-Sia W. Thai nurses' learning need regarding disaster nursing: high needs? NMJN 2015;5(2):56-66.
18. Jiang L, He HG, Zhou WG, Shi SH, Yin TT, Kong Y. Knowledge, attitudes and competence in nursing practice of typhoon disaster relief work among Chinese nurses: a questionnaire survey. Int J Nurs Pract 2016;21(1):56-72.
19. Ketanun C, Prachusilpa G. Predicting factors of competency of hemodialysis nurse. Journal of The Police Nurse 2014;6(1):71-87. (in Thai).

วารสารแพทย์นาวี
Royal Thai Navy Medical Journal

การศึกษาเปรียบเทียบพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
The Comparative Study of Resilience to Amphetamine Relapse among Adolescent Amphetamine Users in the Institute on Drug Abuse Treatment

สุนิศา สุขตระกูล* เพ็ญพักตร์ อุทิศ กงจักร สอนลา*** มะลิ แสวงผล*****
Sunisa Suktrakul, R.N., Ph.D.,* Penpaktr Uthis, R.N., Ph.D.,**
Kongjak Sonla, R.N.,* Mali Swangpol, R.N.*****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า 2) เปรียบเทียบการรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าระหว่างกลุ่มสมัครใจกับกลุ่มบังคับบำบัด และ 3) เปรียบเทียบการรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าระหว่างกลุ่มที่มีความรุนแรงของการเสพยาบ้าที่แตกต่างกัน โดยพัฒนาแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทยจากแนวคิดพลังต้านการเสพสารเสพติด นำมาสร้างแนวคำถามเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในบริบทของวัยรุ่นไทยที่เสพยาแล้วพัฒนาเป็นแบบประเมินที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบของความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าซ้ำ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.97 เก็บข้อมูลในวัยรุ่นที่เสพยาบ้าอายุระหว่าง 12 - 24 ปี ที่เข้ารับการบำบัดในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (โรงพยาบาลธัญญารักษ์) 4 แห่ง ได้แก่ ปทุมธานี ขอนแก่น สงขลา และเชียงใหม่ จำนวน 366 คน เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย และ 3) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าด้วยสถิติ Independent t-test, One Way ANOVA และ Post hoc analysis

* Lecturer, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Corresponding Author
E-mail: auyyoo@yahoo.com
** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
*** Registered nurse, Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment, Pathumtani Province

ผลการวิจัย พบว่า

1. วัยรุ่นที่เสพยาบ้าเข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจ ร้อยละ 55.2 และเข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด ร้อยละ 44.8

2. การรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 48.9 รองลงมาคือ ระดับมากที่สุด ร้อยละ 40.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 9.6 และระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 0.8

3. เปรียบเทียบการรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นระหว่างกลุ่มสมัครใจกับกลุ่มบังคับบำบัด พบว่า กลุ่มที่เข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจมีคะแนนเฉลี่ยพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ ($\bar{X}$ = 170.69) สูงกว่ากลุ่มที่เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด ($\bar{X}$ = 164.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.67; p < .05)

4. คะแนนการรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นกลุ่มที่อยู่ในระยะยังคงเสพยาบ้าจะมีพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่อยู่ในระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้า ($\bar{X}$ = 169.75 และ $\bar{X}$ = 164.07 ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าแตกต่างกันจะมีคะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 2.822, p-value < .05) โดยกลุ่มที่แตกต่างกัน คือ กลุ่มรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าระยะยังคงเสพยาบ้ากับระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้า (Sig = .034, p-value < .05)

คำสำคัญ : พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ วัยรุ่นที่เสพยาบ้า

Abstract

The objectives of this research were 1) to explore resilience to amphetamine relapse among adolescent amphetamine users, 2) to compare resilience to amphetamine relapse among adolescent amphetamine users between voluntary system and compulsory system, and 3) to compare resilience to amphetamine relapse among adolescent amphetamine users between difference severities of amphetamine use groups. The development of the Resilience to Amphetamine Relapse scale was from resilience to drug use concept to create questioning to collect qualitative data in the context of Thai's adolescent drug use. The questionnaire consisted of six elements of the ability to successfully deal with resilience amphetamine relapse. Data collection in adolescent amphetamine users aged 12 - 24 years receiving treatment in the Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment (Thanyarak Hospital) 4 setting 366 persons in Pathum Thani, Khon Kaen, Songkhla and Chiang Mai. The research instruments consisted of 1) personal data questionnaire, 2) the Resilience to Amphetamine Relapse scale, and 3) the Severity of Amphetamine Use. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation. Independent t-test, One Way ANOVA and Post hoc analysis were used for the comparative study of resilience to amphetamine relapse among adolescent amphetamine users.

The results showed that

1. Adolescent amphetamine users were admitted in voluntary system 55.2% and admitted in compulsory system 44.8%.

2. The perceived of resilience to amphetamine relapse among adolescent amphetamine users were at the high level 48.9% followed by the highest level 40.7%, the medium level 9.6% and low level to minimal level 0.8%

3. Comparison of perceived resilience to amphetamine relapse among adolescent between voluntary and compulsive system found adolescents who received voluntary system had a significantly higher mean score ($\bar{X}$ = 170.69) than adolescents receiving compulsory system ($\bar{X}$ = 164.30) (t = 2.67; p < .05).

4. The scores of perceived resilience to amphetamine relapse among adolescent between differences perceived severity of amphetamine use found the period of continued amphetamines use group had a higher resilience to amphetamine relapse ($\bar{X}$ = 169.75) than those in the preoccupation with amphetamine use group ($\bar{X}$ = 164.07) and the comparison of different group of perceived severity of amphetamine use were significantly resilience to amphetamine relapse score different (F = 2.822, p-value < .05) by group difference were between group of continue to use and group of obsessed with amphetamine (Sig = .034, p-value < .05).

Keywords : resilience to amphetamine relapse, adolescent amphetamine users

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดที่เสนอโดย ศูนย์อำนวยการและป้องกันยาเสพติดแห่งชาติ ภายใต้แผนป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเร่งด่วน ปี 2561 พบการค้ายาเสพติดด้วยการใช้สื่อสังคม (Social Media) เป็นช่องทางทั้งเสนอขายและสั่งซื้อ โดยเฉพาะในระดับขายส่งรายย่อยและขายปลีกให้ผู้เสพควบคู่กับการใช้บริการรับส่งพัสดุภัณฑ์เป็นช่องทางลำเลียงยาเสพติดตรงถึงมือผู้เสพ และใช้บริการธุรกรรมทางการเงินผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (E-Banking) เป็นช่องทางจ่ายค่ายาเสพติดตรงถึงมือผู้ค้าถูกตรวจพบมากขึ้น และยังพบว่าบางเครือข่ายไปถึงขั้นการใช้สกุลเงินดิจิตอล (Bitcoin) ในการค้า ซึ่งนอกจากมีผลให้เครือข่ายการค้ายาเสพติดย่อยๆ เกิดและเพิ่มขึ้นได้ง่าย การแพร่ระบาดยาเสพติดผ่านช่องทางการค้าเหล่านี้ยิ่งเป็นไปอย่างรวดเร็ว ทำให้การแก้ไขปัญหาการเสพติดทำได้ยากขึ้น และพบว่าประชากรที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดทั้งในมิติของการเสพและการกระทำความผิดมีสัดส่วนของผู้ที่มีอายุไม่เกิน 24 ปี หรือวัยเด็กและเยาวชน ร้อยละ 40 โดยส่วนใหญ่ยังอยู่ในกลุ่มวัยรุ่น 15 - 19 ปี[1] ซึ่งจากสถานการณ์การบำบัดผู้ติดสารเสพติดในประเทศไทย รายงานของสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ พบว่า ในระหว่างปี พ.ศ 2558 - 2559

มีผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติดในสถานบริการของรัฐเพิ่มขึ้นทุกปี คือ 84,841 และ 95,000 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นผู้เสพติดสารแอมเฟตามีน หรือ “ยาบ้า” และจากสถิติผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดทั่วประเทศปีงบประมาณ 2559 พบว่า เป็นผู้เสพยาบ้ามากที่สุดจำนวน 96,393 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.37 โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18 - 24 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.91[2] การเสพยาบ้าก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน โดยเฉพาะผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยตรงต่อสุขภาพอนามัยของผู้เสพ คือ ทำให้ร่างกายอ่อนแอ ความคิดอ่านช้า อีกทั้งการเสพยาบ้าติดต่อกันเป็นเวลานานอาจส่งผลกระทบทำให้ผู้เสพยาบ้าสมองเสื่อม นอนไม่หลับ ประสาทแข็ง การตัดสินใจผิดพลาด และการรับรู้เปลี่ยนไป โดยผู้เสพติดยาบ้าส่วนใหญ่นั้นเป็นวัยรุ่นซึ่งจะเป็นกำลังหลักที่สำคัญในการพัฒนาชาติ ส่งผลต่อเศรษฐกิจและความมั่นคงของประเทศ นอกจากนี้รัฐบาลยังต้องใช้งบประมาณจำนวนมากเพื่อปราบปรามทั้งผู้ค้าและการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ติดสารเสพติดสูงถึง 1,500 ล้านบาทต่อปี[3]

ยาบ้า หรือแอมเฟตามีน หรือที่รู้จักกันในชื่อเดิมว่า ยาม้า เป็นสารเสพติดที่มีลักษณะเป็นผงผลึกสีขาว ไม่มีกลิ่น มีรสขม มีทั้งชนิดแคปซูลและชนิดเป็นเม็ดรูปร่างต่างๆ ยาบ้ามีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางจากผลของสารออกฤทธิ์สำคัญ คือ เมทแอมเฟตามีน ซึ่งจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 พบในปริมาณเฉลี่ย 22.5 มิลลิกรัมต่อเม็ด บางครั้งพบสารออกฤทธิ์เป็นอีเฟดรีนผสมกับแคฟเฟอีน นอกจากนี้อาจพบสารปลอมปนอื่น ได้แก่ คลอร์เฟนิรามีน เฟนิลโปรปาโนลามีน พาราเซตามอล แอสไพริน และสารหนู เป็นต้น การเสพยาบ้าเป็นการกระทำที่บุคคลรับเอาสารแอมเฟตามีนเข้าสู่ร่างกายด้วยวิธีการกิน การฉีด การสูบหรือการสูดดมควัน โดยจะออกฤทธิ์กระตุ้นให้เกิดการหลั่งสารสื่อประสาทโดปามีน (Dopamine) จากสมองส่วนกลางออกมามากกว่าปกติ ทำให้ผู้เสพเกิดอารมณ์เป็นสุข สดชื่น แจ่มใส เมื่อสารหมดฤทธิ์ระดับของโดปามีนในสมองจะลดลง ผู้เสพจะรู้สึกอ่อนเพลีย สับสน กระวนกระวาย เรียกว่าเกิดอาการถอน (Withdrawal) ทำให้ต้องหามาเสพอีกเพื่อลดอาการดังกล่าว[4] และต้องเพิ่มปริมาณในการเสพมากขึ้นเรื่อยๆ (Tolerance) เมื่อเสพไปได้ระยะหนึ่งผลของสารแอมเฟตามีนจะส่งผลต่อสมองและกระบวนการเรียนรู้ ทำให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนจนก้าวเข้าสู่สถานะเป็นผู้ติดสารแอมเฟตามีน (Amphetamine dependence) และต้องได้รับการบำบัดรักษา[4] ซึ่งภายหลังการบำบัดเสร็จสิ้นมักพบว่า ผู้ป่วยยังคงมีการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำจนต้องนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดซ้ำอีก[5] ดังจะเห็นได้จากรายงานผลการติดตามหลังการบำบัดรักษาของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ในปีงบประมาณ 2559 พบการกลับไปเสพติดซ้ำเป็นจำนวนถึง 2,328 ราย โดยมีสถิติของการเข้าบำบัดมากกว่าหนึ่งครั้งขึ้นไปในระหว่างปีงบประมาณ 2557 - 2559 คิดเป็นร้อยละ 34.54, 38.92 และ 37.13 ตามลำดับ[6] ผู้เสพยาบ้าจะต้องรับการบำบัดในระบบต่างๆ ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดฯ โดยสถานบริการของรัฐในระดับต่างๆ ส่วนใหญ่มักจะให้การบำบัดแก่ผู้เสพยาบ้าในรูปของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกด้วยโปรแกรมกาย จิต สังคมบำบัด (Matrix program) แต่อย่างไรก็ตามประสิทธิภาพการบำบัดรักษาผู้เสพยาบ้าเหล่านี้ยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ดังจะเห็นได้จากสถิติข้างต้น และสถิติในภาพรวมผู้เสพติดยาบ้าที่พบ ร้อยละ 75 มีการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ทั้งในระหว่าง

กระบวนการบัดรักษาและภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการบำบัดรักษา[7]

Marlatt, Gordon[8] นักวิชาการที่ศึกษาเรื่องการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (Relapse) กล่าวว่า การที่บุคคลมีการใช้สารเสพติดซ้ำอาจเกิดจากปัจจัยภายในตัวผู้เสพสารเสพติดเอง เช่น ความอยาก ความอยากลอง อยากทดสอบตนเอง ภาวะอารมณ์ และความเครียด และปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้อง เช่น ความขัดแย้งกับผู้อื่น การเผชิญกับสภาพแวดล้อมหรือปัญหาต่างๆ และลักษณะการดำเนินชีวิต เป็นต้น จากการทบทวนผลการวิจัยในประเทศไทย[9- 11] ชี้ให้เห็นว่า การเสพยาบ้าซ้ำส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับปัจจัยของตัวผู้เสพยาบ้าโดยตรง จึงทำให้เกิดคำถามถึงรูปแบบการบำบัดรักษาที่ใช้อยู่ในปัจจุบันที่เป็นเหมือนโปรแกรมสำเร็จรูปที่มีรูปแบบการบำบัดค่อนข้างตายตัวและเป็นขั้นตอน อาจทำให้ขาดความเป็นเอกัตบุคคลที่เหมาะสมกับการจัดการกับภาวะเสพติดและศักยภาพภายในของคนๆ นั้น ทั้งนี้ปัจจัยภายในที่สำคัญนั้นคือการขาดภาวะเรียกว่า “พลังต้านการเสพสารเสพติด (Resilience to drug use)” ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาหลายเรื่องในต่างประเทศ[12-14] และจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพในวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในประเทศสหรัฐอเมริกา[15] ยังเป็นข้อค้นพบสำคัญที่อธิบายเกี่ยวกับพลังต้านการเสพสารเสพติดว่า หมายถึง ศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพท่ามกลางสภาวการณ์ที่เครียดและกดดันจากการไม่หวนกลับไปเสพสารเสพติด หรือเป็นความสามารถของบุคคลในการต่อต้านการเสพสารเสพติดแม้ว่าจะต้องเผชิญอยู่กับสิ่งเร้าหรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่การเสพ โดยพลังต้านการเสพสารเสพติดในมุมมองนี้เป็นกระบวนการภายในที่บุคคลมีการปรับตัวได้สำเร็จทั้งด้านความคิด จิตใจ อารมณ์ ร่างกาย และทักษะทางสังคม ภายใต้สถานการณ์ที่เครียด/กดดันจากสิ่งเร้าและแสดงออกมาในรูปการตัดสินใจที่จะมีพฤติกรรมอันเหมาะสม[16, 17] เช่น ตัดสินใจที่จะไม่เสพยาบ้า ทั้งนี้ทางร่างกายนั้นจะเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของการเสพ ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าของวัยรุ่นนั้นจะมีความสัมพันธ์กับความตระหนักต่อการเสพติดยาบ้า และมีความสัมพันธ์กับประวัติปริมาณการใช้ ความถี่ ความยาวนานของระยะเวลาการเสพยาบ้า และการใช้ยาบ้าจนเกิดปัญหา (Abuse) ซึ่งเป็นความรู้สึกของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าที่มีต่อความรุนแรงของภาวะการเสพยาบ้าของตนเองที่เผชิญอยู่ว่าส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการทำหน้าที่ของตนมากน้อยเพียงใด รวมทั้งความรุนแรงของการเสพยาบ้านี้จะเกี่ยวข้องกับระบบบำบัดที่ผู้เสพยาบ้าจะได้เข้ารับการบำบัดในสถานบำบัดครั้งนั้นๆ ดังนั้นการเข้าใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ รูปแบบการเข้ารับการบำบัดรักษาและความรุนแรงของการเสพยาบ้านั้น จะช่วยให้ผู้บำบัดสามารถวางแผนการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพื่อลดปัญหาการเสพซ้ำให้กับวัยรุ่นที่เสพยาบ้าลงได้มากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า

2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าระหว่างกลุ่มสมัครใจกับกลุ่มบังคับบำบัด

3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าระหว่างกลุ่มที่มีความรุนแรงของการเสพยาบ้าที่แตกต่างกัน

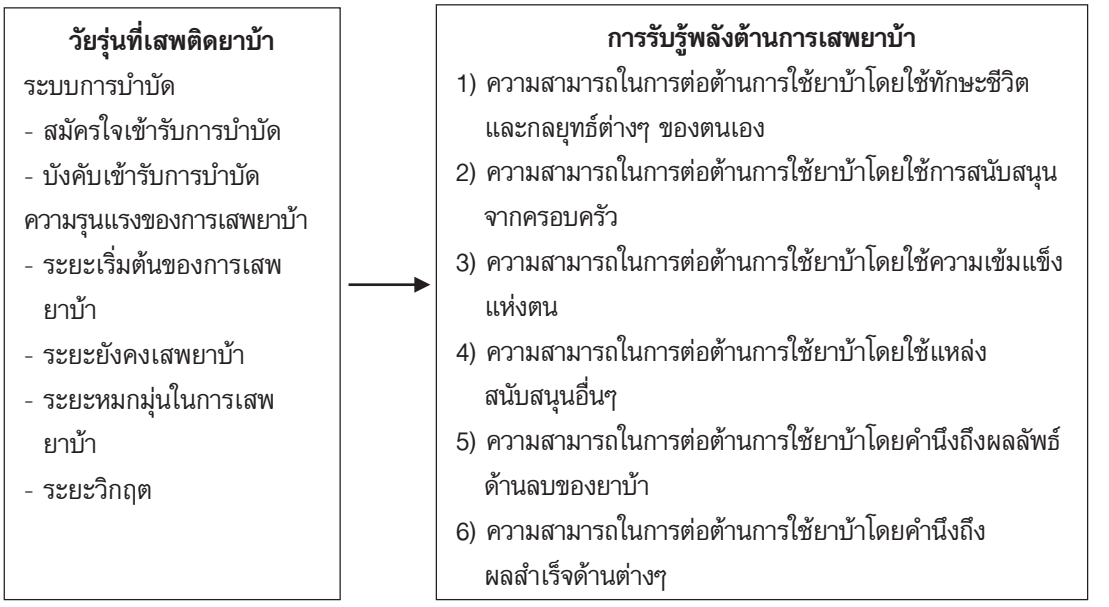
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ หมายถึง ความสามารถของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในการปรับตัวทั้งด้านความคิด อารมณ์ จิตใจ ร่างกาย และทักษะทางสังคม เพื่อป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำได้สำเร็จ ภายใต้สถานการณ์เครียด หรือกดดันจากสิ่งเร้าและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่การเสพยาบ้าซ้ำ โดยมีการดึงศักยภาพและทรัพยากรทั้งจากภายในตนเองและจากภายนอกมาใช้ในกระบวนการปรับตัว ประเมินได้จากแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้

2. วัยรุ่นเสพยาบ้า หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 12 - 24 ปี (แบ่งเกณฑ์ช่วงอายุตามระบบรายงาน บสต.) ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (โรงพยาบาลธัญญารักษ์) 4 แห่ง ได้แก่ ปทุมธานี ขอนแก่น สงขลา และเชียงใหม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าโดยใช้กรอบแนวคิดของ Dillon และคณะ[15] ที่ระบุว่าพลังต้านการเสพติดของวัยรุ่นประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ ได้แก่ 1) การค้นหาปัจจัยต่างๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการเสพยาเสพติด 2) การใช้เหตุผลต่างๆ ในการตัดสินใจที่จะไม่เสพยาเสพติด และ 3) การมีทักษะในการใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อที่จะปฏิเสธการเสพยาเสพติด ร่วมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ซึ่งอยู่ระหว่างการบำบัดรักษาและการติดตามหลังการรักษาที่เข้ารับการบำบัดในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จำนวน 26 คน จนได้ประเด็นหลักและประเด็นย่อยจากประสบการณ์ตรงของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในบริบทของประเทศไทย สรุปเป็นการรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้ทักษะชีวิตและกลยุทธ์ต่างๆ ของตนเอง 2) ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้การสนับสนุนจากครอบครัว 3) ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้ความเข้มแข็งแห่งตน 4) ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยใช้แหล่งสนับสนุนอื่นๆ 5) ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยคำนึงถึงผลลัพธ์ด้านลบของยาบ้า และ 6) ความสามารถในการต่อต้านการใช้ยาบ้าโดยคำนึงถึงผลสำเร็จด้านต่างๆ แล้วพัฒนาเป็นแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำในการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research)

ประชากร คือ วัยรุ่นไทยที่เสพยาบ้าทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุระหว่าง 12 - 24 ปี ซึ่งรับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่เสพยาบ้าทั้งเพศหญิงและเพศชาย อยู่ระหว่างการบำบัดรักษาและการติดตามผลหลังการบำบัดรักษา ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ซึ่งเข้ารับการบำบัดในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (โรงพยาบาลธัญญารักษ์) 4 แห่ง ได้แก่ ปทุมธานี ขอนแก่น สงขลา และเชียงใหม่ ได้รับคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในช่วงระยะเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 41 ข้อคำถาม ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดสัดส่วน STV ratio เท่ากับ 9 : 1[18] ดังนั้นจึงต้องการกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 369 คน แต่ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า มีแบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์ซึ่งสามารถนำมาวิเคราะห์ได้ จำนวน 366 ชุด

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1) มีอายุระหว่าง 12 - 24 ปี (เพื่อให้สอดคล้องกับการแบ่งเกณฑ์ช่วงอายุตามระบบรายงาน บสต.) 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาบ้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของแต่ละสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัด 3) เป็นผู้เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี 5) เป็นผู้ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย 6) ได้รับความเห็นชอบและ

ลงนามอนุญาตจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา (ในกรณีที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้ 1) พบว่ามีโรคแทรกซ้อนทางด้านร่างกายหรือจิตที่รุนแรง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล 2) ผู้เข้าร่วมการวิจัยขอถอนตัวออกจากการวิจัย

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ที่มาของกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แบบเจาะจง คือ เป็นสถาบันบำบัดรักษายาเสพติดที่มีขนาด 200 เตียงขึ้นไป และเป็นตัวแทนของแต่ละภาคฯ ละ 1 แห่ง รวมจำนวน 4 แห่ง ได้แก่ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น สงขลา และเชียงใหม่ แล้วกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วน โดยใช้ข้อมูลพื้นฐานจำนวนผู้ป่วยเสพยาบ้าที่เข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2558 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 – 30 กันยายน พ.ศ. 2558) จากระบบรายงาน บสต. ซึ่งได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา 366 คน คือ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี 100 คน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น 126 คน สงขลา 81 คน และเชียงใหม่ 59 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบและเป็นแบบปลายเปิดให้ตอบข้อความสั้นๆ เพื่อสอบถามข้อมูลในเรื่อง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ อายุที่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรกระยะเวลาที่เสพยาบ้า จำนวนครั้งที่บำบัดรักษา ระบบที่เข้ารับการบำบัดรักษาในปัจจุบัน

2) แบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ จำนวน 41 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) และไม่เลย (1) ลักษณะของข้อคำถามเป็นทางบวกทางเดียว โดยแต่ละข้อกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว

3) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยสถาบันธัญญารักษ์[19] เป็นแบบสอบถามปรนัย จำนวนทั้งหมด 18 ข้อ แต่ละข้อมี 4 - 5 ตัวเลือก ให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความเป็นจริงของตนเอง บางข้อกำหนดให้เลือกเพียงคำตอบเดียวและบางข้อให้เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ แต่ละตัวเลือกของแต่ละข้อมีการให้ระดับคะแนนที่แตกต่างกัน เริ่มตั้งแต่ 0 - 8 คะแนน ตามความรุนแรงของปัญหาการใช้ยาบ้า คิดคะแนนโดยนำคะแนนของทุกข้อมารวมกันมีการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน	ระดับความรุนแรง	ความหมาย
น้อยกว่า 12	ระยะเริ่มต้นของการเสพยา (Introductory phase)	ระยะที่มีการใช้ยาบ้าเพื่อเข้าสังคมและใช้เมื่อมีความเครียดแต่ยังไม่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน
13 – 35	ระยะยังคงเสพยา (Maintenance phase)	ระยะที่ยาบ้าส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้เสพ โดยผู้เสพยาบ้าจะยังคงใช้สารนี้เรื่อยๆ จนกลายเป็นปัญหาต่อไป
36 – 55	ระยะหมกมุ่นกับการเสพยา (Disenchantment phase)	ระยะที่มีการใช้ยาบ้าในทางที่ผิดซึ่งจะเป็นปัญหารุนแรงสำหรับผู้เสพยาบ้ามาก เนื่องจากผู้เสพมีความต้องการที่จะหาทางไปหายาบ้ามาเสพให้ได้
56 – 100	ระยะวิกฤต (Disaster phase)	ระยะที่ยาบ้าเข้ามามีอิทธิพลต่อชีวิตของผู้เสพ โดยผู้เสพยาบ้าจะไม่สามารถควบคุมความอยากเสพได้ เป็นการมีชีวิตอยู่เพื่อใช้ยาบ้า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของเนื้อหาได้ค่า CVI เท่ากับ 0.91 เมื่อหาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นเสพยาบ้า จำนวน 30 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.97 โดยทุกข้อมีค่าอำนาจจำแนกระดับดีขึ้นไป (0.72 - 1.00) ซึ่งถือเป็นแบบประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำได้

แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า วิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) จากการทดลองใช้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) 0.73

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม – กันยายน พ.ศ. 2559 เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบผ่านกระบวนการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 เอกสารรับรองเลขที่ 007/2559 และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยได้เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ. 2558 กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย ตลอดจนชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดระยะเวลาการดำเนินการ สามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ ซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบใดๆ ต่อการพยาบาลและการรักษาที่จะได้รับ และมีการเน้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงข้อมูลทั้งหมดที่ผู้วิจัยได้รับจากการดำเนินการวิจัยจะถือเป็นความลับ มีการนำเสนอข้อมูลวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยหาความถี่ และร้อยละ รวมทั้งค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามมาตรวัดของข้อมูล

2. เปรียบเทียบการรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าระหว่างกลุ่มสมัครใจกับกลุ่มบังคับบำบัด และระหว่างกลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าที่แตกต่างกันด้วยสถิติ Independent t-test, One-way ANOVA และ Post hoc analysis

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่เสพยาบ้าทั้งสิ้น 366 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 82.5 (302 คน) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 17.5 (64 คน) มีอายุระหว่าง 18 - 24 ปี มากที่สุด ร้อยละ 78.7 (288 คน) โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 19 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 43.2 (158 คน) รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 26.8 (98 คน) และประถมศึกษา ร้อยละ 22.1 (81 คน) สำหรับสถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 83.3 (305 คน) และมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.0 (117 คน) รองลงมา คือ ว่างงาน และยังเป็นนักเรียน/นักศึกษาอยู่ คิดเป็นร้อยละ 28.4 และ 24.3 ตามลำดับ

อายุที่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรกมีอายุต่ำสุด คือ 10 ปี และสูงสุด คือ 23 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มเสพยาบ้าครั้งแรก คือ 16.12 ปี (SD = 2.28) สำหรับระยะเวลาที่เริ่มเสพยาบ้าถึงปัจจุบัน พบว่า มีระยะเวลาต่ำสุด คือ 1 เดือน และสูงสุดคือ 132 เดือน (SD = 27.67) ส่วนจำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัดนับถึงครั้งปัจจุบัน พบว่า มีค่าต่ำสุด คือ 1 ครั้ง และสูงสุดคือ 9 ครั้ง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.57 ครั้ง (SD = 1.07) และระบบที่เข้ารับการบำบัดรักษาในปัจจุบัน พบว่า เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจมากที่สุด คือ จำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 55.2 และเข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด จำนวน 164 คน คิดเป็นร้อยละ 44.8

2. การรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า พบว่า ส่วนใหญ่ คือ จำนวน 179 คน (ร้อยละ 48.9) มีคะแนนการรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำอยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ระดับมากที่สุด และปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.7 และ 9.6 ตามลำดับ มีเพียงจำนวน 3 รายเท่านั้น ที่รับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด (ร้อยละ 0.8) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ย พบว่า มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 169 คะแนน ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ค่ากลาง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า (n = 366)

คะแนน	ระดับ	ความถี่	ร้อยละ
41-74	น้อยที่สุด	1	0.3
75-107	น้อย	2	0.5
108-140	ปานกลาง	35	9.6
141-173	มาก	179	48.9
174-205	มากที่สุด	149	40.7
Min-Max = 60-205; Mean = 167.83; Median = 169; Mode = 205; SD = 23.00			

3. เปรียบเทียบการรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นระหว่างกลุ่มสมัครใจกับกลุ่มบังคับบำบัด พบว่า กลุ่มเข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจมีคะแนนเฉลี่ยพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ ($\bar{X}$ = 170.69) สูงกว่ากลุ่มเข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด ($\bar{X}$ = 164.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.67; p < .05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำจำแนกตามระบบที่เข้ารับการบำบัด (n = 366)

พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ	n	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
ระบบที่เข้ารับการบำบัด						
สมัครใจ	202	170.69	22.01	2.67	364	.008*
บังคับบำบัด	164	164.30	23.76			

* p < .05

4. คะแนนการรับรู้พลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่รับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าต่างกัน พบว่า กลุ่มที่อยู่ในระยะยังคงเสพยาบ้าจะมีพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่อยู่ในระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้า ($\bar{X}$ = 169.75 และ $\bar{X}$ = 164.07 ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าแตกต่างกันจะมีคะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสิติ (F = 2.822, p-value < .05) โดยกลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าระยะยังคงเสพยาบ้ากับระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้ามีคะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าที่แตกต่างกัน (Sig = .034, p-value < .05) ดังตารางที่ 4 - 6

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า (n = 366)

การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า	คะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำ				
	n	$\bar{X}$	SD	Minimum	Maximum
ระยะเริ่มต้นของการเสพยาบ้า	7	159.29	23.98	124.00	184.00
ระยะยังคงเสพยาบ้า	248	169.75	21.51	60.00	205.00
ระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้า	104	164.07	25.57	88.00	205.00
ระยะวิกฤต	2	140.00	49.50	105.00	175.00
รวม	**361**	**167.75**	**23.09**	**60.00**	**205.00**

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวคะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำระหว่างกลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	4448.108	3	1482.703	2.822	.039*
ภายในกลุ่ม	187545.953	357	525.339		
รวม	**191994.061**	**360**			

* p < .05

ตารางที่ 6 การทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งมีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าแตกต่างกัน (n = 366)

(I) การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า	(J) การรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า	Mean Difference (I-J)	SD	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
ระยะเริ่มต้นของการเสพยาบ้า	ระยะยังคงเสพยาบ้า	-10.46832	8.78446	.234	-27.7441	6.8075
	ระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้า	-4.78159	8.94985	.593	-22.3826	12.8195
	ระยะวิกฤต	19.28571	1.83771	.295	-16.8553	55.4267
ระยะยังคงเสพยาบ้า	ระยะเริ่มต้นของการเสพยาบ้า	10.46832	8.78446	.234	-6.8075	27.7441
	ระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้า	5.68672*	2.67762	.034	.4208	10.9526
	ระยะวิกฤต	29.75403	1.627231	.068	-2.2476	61.7556
ระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้า	ระยะเริ่มต้นของการเสพยาบ้า	4.78159	8.94985	.593	-12.8195	22.3826
	ระยะยังคงเสพยาบ้า	-5.68672*	2.67762	.034	-10.9526	-.4208
	ระยะวิกฤต	24.06731	1.636221	.142	-8.1111	56.2457
ระยะวิกฤต	ระยะเริ่มต้นของการเสพยาบ้า	-19.28571	1.83771	.295	-55.4267	16.8553
	ระยะยังคงเสพยาบ้า	-29.75403	1.627231	.068	-61.7556	2.2476
	ระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้า	-24.06731	1.636221	.142	-56.2457	8.1111

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น สงขลา และเชียงใหม่ โดยจากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าบำบัดด้วยระบบสมัครใจสูงกว่ากลุ่มที่เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มที่เข้ารับการบำบัดด้วยความสมัครใจ คือ บุคคลที่มี “การตัดสินใจ หรือการตกลงใจด้วยตนเอง” (Self-determination) ซึ่งเป็นความรู้สึกว่าไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นในชีวิต บุคคลจะพยายามจัดการและเอาชนะต่อปัญหานั้นด้วยความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองโดยไม่สิ้นหวังกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่[20] เช่นเดียวกับในวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งมีการตัดสินใจว่าจะเข้าสู่การบำบัดรักษาการเสพติดยาบ้าโดยความสมัครใจจะพยายามเอาชนะอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการบำบัดรักษา ซึ่ง Self-determination นี้ ถือเป็นคุณลักษณะเด่นหรือองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งของบุคคลที่มีพลังต้าน[21] นอกจากนี้วัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งเข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจจะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมชีวิตของตนเองหรือเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งในตนเอง (Hardiness) ที่จะเอาชนะยาบ้าให้ได้ ซึ่งเป็นอีกคุณลักษณะสำคัญของพลังต้านเช่นกัน อีกทั้งยังสะท้อนการเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) นั่นคือมีความเชื่อว่าตนมีความสามารถในการตัดสินใจว่าควรจะทำอะไรและลงมือปฏิบัติตามการตัดสินใจนั้นได้ ซึ่งความสามารถในการควบคุมตนเองของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในลักษณะต่างๆ ดังกล่าวนี้ ถือเป็นองค์ประกอบหรือคุณลักษณะสำคัญของการมีพลังต้านการเสพยาเสพติดตามที่ Dillon และคณะ[15] ได้กล่าวไว้

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพลังต้านการเสพยาบ้ากับรูปแบบการเข้ารับการบำบัดในการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยหลายเรื่องที่ชี้ให้เห็นว่า การบำบัดแบบสมัครใจจะส่งผลดีต่อความสำเร็จในการบำบัด รวมถึงการป้องกันการเสพติดซ้ำที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้เสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจส่วนใหญ่มีความต้องการและพยายามที่จะลด ละ หรือเลิกยาเสพติดตั้งแต่ตัดสินใจเข้ารับการบำบัดในสถานบำบัด โดยมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการเสพติดซ้ำสูง ดังนั้นเมื่อได้รับการบำบัดด้วยรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมจึงส่งผลให้ผู้ผ่านการบำบัดสามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้[22] สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับกระบวนการที่วัยรุ่นเข้ารับการบำบัดยาบ้าแบบสมัครใจ ซึ่งพบว่าเกิดจากการรับรู้และการตัดสินใจของตนเองด้วยความสงสารพ่อแม่และการยึดถือพ่อแม่เป็นหลัก รวมถึงกลัวการขาดโอกาสและความก้าวหน้าในชีวิต อีกทั้งต้องการให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว การยอมรับฟังปัญหาการอยู่พร้อมหน้าพร้อมตาของครอบครัวต้องการกำลังใจและการยอมรับจากบุคคลรอบข้างรวมถึงคนอื่นๆ ในสังคม ซึ่งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของบุคคลใกล้ชิดและสังคมและเงื่อนไขดังกล่าวส่งผลให้วัยรุ่นคิดและตัดสินใจที่จะเข้ารับการบำบัดรักษาเพื่อหยุดการใช้ยาบ้าด้วยความสมัครใจและสามารถอยู่รับการบำบัดได้อย่างต่อเนื่องครบขั้นตอนจนประสบความสำเร็จในการหยุดเสพยาบ้าและไม่หวนกลับไปใช้ยาบ้าซ้ำอีก[23] และสอดคล้องกับผลการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ในผู้ป่วยเสพติดระบบสมัครใจ และระบบบังคับบำบัด

ที่พบว่า ผู้เสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจจะหยุดใช้ยาเสพติดได้มากกว่าผู้เสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบบังคับบำบัด 1.6 เท่า เนื่องจากผู้ที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาตระหนักรู้ถึงโทษและพิษภัยของยาเสพติดจึงมีความตั้งใจและเห็นความสำคัญของการบำบัดรักษาจนสามารถผ่านพ้นกระบวนการบำบัดรักษาไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ของการบำบัดที่พึงประสงค์ คือ การหยุดเสพได้และไม่กลับไปเสพซ้ำ[24] ซึ่งผลการศึกษาทั้งสองเรื่องนี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจจะเป็นผู้ที่พลังต้านการใช้ยาเสพติดสูง เนื่องจากพลังต้านยาเสพติดเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเสพติดซ้ำ[15]

สำหรับการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าจากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าอยู่ในระยะยังคงเสพยาจะมีคะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าอยู่ในระยะหมกมุ่นกับการเสพยา ทั้งนี้เมื่อพิจารณาความหมายของการแบ่งระดับความรุนแรงในการใช้สารเสพติดซึ่งได้จากการประเมินโดยใช้แบบสอบถามจะพบว่า ผู้ที่อยู่ในระยะหมกมุ่นกับการใช้ยาบ้าจะมีความรุนแรงของการใช้ยาบ้ามากกว่าผู้อยู่ในระยะยังคงเสพยา เนื่องจากระยะยังคงเสพยา (Maintenance phase) หมายถึง ระยะที่ยาบ้าส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้เสพ โดยผู้เสพยาบ้าจะยังคงใช้สารนี้เรื่อยๆ จนกลายเป็นปัญหาต่อไป ส่วนระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้า (Disenchantment phase) หมายถึง ระยะที่มีการใช้ยาบ้าในทางที่ผิด ซึ่งจะเป็นปัญหารุนแรงสำหรับผู้เสพยาบ้ามาก เนื่องจากผู้เสพมีความต้องการที่จะหาทางไปหายาบ้ามาเสพให้ได้ จะเห็นได้ว่าผู้ที่อยู่ในระยะหมกมุ่นกับการเสพยาบ้าจะมีลักษณะหลายประการที่เข้าข่ายการเสพติดสารแอมเฟตามีน (Amphetamine dependent) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD10 ซึ่งระบุว่าการเสพติดสารแอมเฟตามีน หมายถึง การใช้สารแอมเฟตามีนอย่างไม่เหมาะสม จนทำให้เกิดการเจ็บป่วย โดยต้องมีอาการแสดงต่อไปนี้อย่างน้อย 3 อาการ ในช่วงเวลา 12 เดือน ได้แก่ 1) ภาวะดื้อยา (Tolerance) โดยมีลักษณะข้อใดข้อหนึ่ง คือ ต้องเสพสารปริมาณเพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์ของสารเท่าเดิม หรือเสพสารปริมาณเท่าเดิมแล้วได้ฤทธิ์ลดลง 2) ภาวะถอน (Withdrawal) คือ มีอาการที่แสดงถึงการถอนยาของสารแอมเฟตามีน หรือเมื่อเสพสารแอมเฟตามีน หรือได้รับสารที่ใกล้เคียงแล้วทำให้อาการถอนหายไป 3) มีความยากลำบากในการควบคุมพฤติกรรมการใช้สารแอมเฟตามีน ในแง่ของการเริ่มไปใช้ การหยุดหรือระดับการใช้ยา 4) ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการหาสารแอมเฟตามีนมาเสพ 5) ยังคงใช้สารแอมเฟตามีนต่อไปแม้ว่าจะรู้ว่าถ้าเสพแล้วมีผลเสียต่อสุขภาพ และ 6) มีความต้องการรุนแรงในการที่จะกลับไปเสพสารแอมเฟตามีน จากข้างต้นจะเห็นว่าวัยรุ่นที่อยู่ในระยะหมกมุ่นกับยานับเป็นผู้ที่มีภาวะการติดยาบ้าในระดับที่รุนแรง ซึ่งทำให้มีความยากลำบากและทุกข์ทรมานในการหยุดและควบคุมพฤติกรรมการเสพของตนเป็นอย่างมาก จึงอาจเป็นเหตุให้วัยรุ่นในกลุ่มนี้เกิดความไม่มั่นใจในตนเองว่าจะประสบความสำเร็จในการป้องกันการเสพซ้ำได้สำเร็จ หรือรู้สึกว่าตนเองขาดพลังในการป้องกันการเสพยาบ้าซ้ำ ดังนั้นวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งรับรู้ว่าความรุนแรงของการเสพยาบ้าของตนเองอยู่ในระยะหมกมุ่นกับยา จึงมีการรับรู้พลังต้านในการเสพยาบ้าซ้ำต่ำกว่าวัยรุ่นที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าในระยะยังคงเสพยาบ้า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาผู้ที่มีการเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 61.2 เป็นผู้มีความรุนแรงของการเสพอยู่

ในระดับที่รุนแรง และพบว่าความทนของร่างกายต่อสารเสพติดและภาวการณ์ถอนพิษยาเป็นปัจจัยเสี่ยงของการกลับไปเสพซ้ำ[25] ซึ่งการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า วัยรุ่นที่ผ่านการบำบัดแล้วและมีการกลับมาเสพซ้ำ คือ ผู้ที่มีพลังต้านการเสพยาบ้าในระดับต่ำ เนื่องจากพลังต้านการเสพยาเสพติดเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำในวัยรุ่น[15]

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรกำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม 2557 เรื่อง “การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู” เพื่อเป็นการเปิดโอกาสและสนับสนุนให้ผู้เสพติดยาบ้าได้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูโดยความสมัครใจ นอกจากนี้การสร้างแรงจูงใจภายในตนเองจะส่งผลให้วัยรุ่นที่เสพยาบ้าเกิดความพร้อมและเต็มใจเข้ารับการบำบัดได้อย่างครบถ้วนตามแผนการรักษา และก่อให้เกิดผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาที่ดี คือ เกิดพลังต้านในการเสพยาบ้าซ้ำในระดับที่สูงอันจะส่งผลให้ลดอัตราการกลับมาเสพซ้ำในระยะยาวได้

2. จากการที่พบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งยังไม่สามารถหยุดเสพยาบ้าได้ และมีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้าในระดับสูงจะเป็นผู้มีพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำต่ำกว่ากลุ่มอื่น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการดูแลเฉพาะที่สามารถส่งเสริมให้วัยรุ่นเหล่านี้ฟื้นกลับมามีพลังต้านในการเสพยาบ้าซ้ำสูงขึ้น รวมถึงคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของกลุ่มที่มีพลังต้านในการเสพยาบ้าซ้ำแตกต่างกันด้วย

3. ผู้บำบัดควรมีการประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำด้วยเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยนี้ เพื่อจัดระบบบริการให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินพลังต้านการเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นไทย ที่ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากแผนงานภาคีวิชาการสารเสพติด (ภวส.) หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์อำนวยการและป้องกันยาเสพติดแห่งชาติ. แผนป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเร่งด่วน ปี 2561. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 มิถุนายน 2561]. แหล่งที่มา: http://www.ppb.moi.go.th/midev03/upload/ppb2561.pdf
2. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต. 1-5). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 มิถุนายน 2561]. แหล่งที่มา: http://antidrug.moph.go.th
3. กรมสุขภาพจิต. เวชสถิติผู้ป่วยในบำบัดสุราและสารเสพติดแบบประเมินทางสังคม. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 27 มีนาคม 2561]. แหล่งที่มา: https://www.dmh.go.th/abstract/nurse/details.2508
4. Calipari ES, Ferris MJ. Amphetamine mechanisms and actions at the dopamine terminal revisited. [Internet]. [cited 2017 May 24]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3753078/pdf/nihms492057.pdf.
5. Nilaban S, Sriherun B, Kongthong U. Causal relationship of factors relapsing behavior of methamphetamine users. Journal of Graduate Studies Valaya Alongkron Rajabhat University 2016;10(1):193-207. (in Thai).
6. สถาบันธัญญารักษ์. จำนวนและร้อยละการบำบัดซ้ำในปีงบประมาณ 2560. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 6 มกราคม 2561]. แหล่งที่มา: www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option.
7. Office of the Narcotics Control Board, United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report. [Internet]. [cited 2018 December 28]. Available from: http://information.oncb.go.th.
8. Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford press; 1985.
9. Chaipichitpan N. A study of factors affecting amphetamine relapsing behavior of secondary school students treated in Thanyarak Hospital. [Master's Thesis, Faculty of Educaion]. Chulalongkorn University. 1998. (in Thai).
10. Suwannanon A, Bannatham R, Chotnipat W, Nooplab S. Personal factors related to be relapse. Bangkok : Drug Users Office of the Narcotics Control Board; 2007. (in Thai).
11. Thatsananchalee P. The process of non becoming amphetamine addict: a case study of rehabilitated person in process of correctional system. Interdisciplinary Sripatum Chonburi Journal 2011;1(3):36-48. (in Thai).
12. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychol Bull 1992;112(1):64-105.

13. Braverman MT. Research on resilience and its implications for tobacco prevention. Nicotine Tob Res 1999;1 Suppl 1:S67-72.
14. Meschke LL, Patterson JM. Resilience as a theoretical basis for substance abuse prevention. The Journal of Primary Prevention 2003;23(4):483-514.
15. Dillon L, Chivite-Matthews N , Grewa I, Brown R , Webster S, Weddell E, et al. Risk, protective factors and resilience to drug use: identifying resilient young people and learning from their experiences. National centre for Social Research; 2007.
16. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. Child Dev 2000;71(3):543–62.
17. Fraser MW, Kirby LD, Smokowski PR. Risk and resilience in childhood. In Fraser MW, editor. Risk and resilience in childhood: an ecological perspective. Washington D.C.: National Association of Social Workers. 2004. p. 13-66.
18. Costello AB, Osborne JW. Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. Practical Assessment Research & Evaluation 2005;10(7):1-9.
19. สถาบันธัญญารักษ์. คู่มือการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2546.
20. Benard B. Fostering resiliency in kids: protective factors in the family, school and community. Portland, OR: Northwest Regional Educational Laboratory; 1991.
21. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. Am Psychol 2000;55(1):68-78.
22. Panchabuse C. Saengduenchai S. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy program on early relapse prevention among methamphetamine-dependent patients. Journal of Nursing Division 2013;40(1):24-38. (in Thai).
23. Netnualyai R, Nitchanet C, Bhukong S, Boonyapithak S, Phukao D. Thai youth's voluntary applications of drug treatment. Journal of Association of Researchers 2014;19(2):36-44. (in Thai).
24. Pattrakorn A, Chaipichitpan N. The effect of FAST model for addiction patient in Thanyarak Institute. J Psychiatr Assoc Thailand 2015;60(1):71-81. (in Thai).
25. Jitpong W. Severity of relapse to methamphetamine dependence in patients with history of substance-dependency treatment at the inpatient department, Thanyarak Institute on drug abuse. [Master's Thesis, Faculty of Medicine]. Chulalongkorn University. 2009. (in Thai).

ผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

The Effect of Therapeutic Relationship Combined with Telephone Continuing Care Program on Medical Adherence in Persons with Schizophrenia

รฐานุช โพธิ์งาม* ยุพิน อังสุโรจน์ สุนิศา สุขตระกูล*****

Rathanooch Phongam, R.N.,* Yupin Aungsuroch, R.N., Ph.D., Sunisa Suktrakul, R.N., Ph.D.*****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 2) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 30 คน ได้รับการจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ และถูกสุ่มเข้ากลุ่ม โดยเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 2) คู่มือการดูแลตนเองหลังจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภท 3) แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย และ 4) แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยเครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 4 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและการทดสอบ t-test

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
E-mail: pookie.icon@gmail.com

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในระยะหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นกว่ากลุ่มที่รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันทีและหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : สัมพันธภาพบำบัด การดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

Abstract

This research was a quasi-experimental nonequivalent group design. The objectives were to compare: 1) medical adherence of persons with schizophrenia before and after received therapeutic relationship combined with telephone continuing care program and 2) medical adherence of persons with schizophrenia who received therapeutic relationship combined with telephone continuing care program and those who received regular nursing care. The samples of 30 persons with schizophrenia who met the inclusion criteria were recruited from inpatient department, Somdetchaopraya Instituted of Psychiatry. The samples were matched pair with sex then randomly assigned into group either experimental 15 subjects and control group 15 subjects. The research instruments consisted of: 1) the therapeutic relationship combined with telephone continuing care program, 2) manual for after discharge care of schizophrenia patients, 3) the relationship between nurse and patient form, and 4) the medication adherence scale. All instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The 4 th instruments had Cronbach's alpha coefficient reliability of 0.88. The data was analyzed using descriptive statistics and t-test.

The conclusions of this research were as follow :

1) Medical adherence of persons with schizophrenia who received therapeutic relationship combined with telephone continuing care program measured at the end of the intervention and at 4 weeks post intervention were significantly better than that pre intervention, ($p < .05$).

2) Medical adherence of persons with schizophrenia who received therapeutic relationship combined with telephone continuing care program measured at the end of the

intervention and at 4 weeks post intervention were significantly better than those who received the regular nursing care, ($p < .05$).

Keywords : therapeutic relationship, telephone continuing care, persons with schizophrenia, medical adherence

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ ภาษา และพฤติกรรม มีความบกพร่องในการตัดสินใจ การทำหน้าที่ การงานและการเข้าสังคม[1] องค์การอนามัยโลกจัดให้ติดอันดับหนึ่งในสามของโรคที่มีผลทำให้สูญเสียสมรรถภาพ (Disabling effect) มากที่สุด[2] และพบมากที่สุดของโรคทางจิตเวช ทั้งนี้อุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภทพบประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก[3] ทั่วโลกพบมากกว่า 21 ล้านคน[1] สำหรับในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ามารับการรักษามากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 18.41[4] จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการคิดเป็นอัตราร้อยละ 52.31, 52.18 และ 51.07 ในปี พ.ศ. 2557, 2558 และ 2559 ตามลำดับ[5] แนวคิดในปัจจุบันเชื่อว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านพัฒนาการทางระบบประสาท (Neuro developmental disorder) และพบความผิดปกติในการทำงานของสมองหลายบริเวณ การรักษาด้วยยาเป็นหัวใจสำคัญเพื่อลดความรุนแรงและควบคุมอาการ ทั้งนี้ยังใช้ได้ผลดีในการรักษาระยะยาว สามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามีความสำคัญต่อการกำเริบของโรค เนื่องจากผู้ป่วยที่มีการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผลการรักษาดีและมีประสิทธิภาพ[6]

ผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลมักพบปัญหาที่สำคัญ คือ มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาลดลง พบว่า ร้อยละ 68.7 ของผู้ป่วย ไม่ได้รับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ คือ ใช้ยาไม่ถูกขนาดและไม่รับประทานยาตามเวลา[7] พฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นปัญหาที่ความยุ่งยากซับซ้อนในผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบและกลับมารักษาซ้ำ[8] จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีผู้ป่วยจิตเภทที่มีการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำก่อน 28 วัน มีอัตราสูงถึงร้อยละ 8.48, 7.23 และ 7.82 ในปี พ.ศ. 2557, 2558 และ 2559 ตามลำดับ[9] และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการขาดการมารับการรักษาและร้อยละ 56 มีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คือ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ทำให้มีการกลับเป็นซ้ำ[10] และในผู้ป่วยที่มีการกำเริบซ้ำบ่อยๆ ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานขึ้นและทำให้ศักยภาพแทบทุกด้านของผู้ป่วยเสื่อมลง[11] ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หรือ Medical adherence เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพจิตอย่างเต็มใจ เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสังเกตอาการข้างเคียงของยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาได้ โดยแสดง

ออกมา 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อต่อสัปดาห์ และใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

Oehl, Hummer, Fleischhacker[12] แบ่งกลุ่มปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาว่าเกิดจากปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ ลักษณะอาการเจ็บป่วย เกิดจากพยาธิสภาพทางจิต 2 ลักษณะ ได้แก่ ความคิดหลงผิดคิดว่าตนเองใหญ่โต และอาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ความเพียงพอของรายได้ การมีผู้ดูแลเรื่องการใช้ยา ครอบครัวมีความสำคัญทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา คือ การนำผู้ป่วยมาตรวจตามนัด การกระตุ้นเตือนให้มาพบแพทย์ รวมทั้งการเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา[13] การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว การรับรู้ทัศนคติของสังคมต่อการรักษาทางจิต ทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนและมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา 3) ปัจจัยด้านการรักษา ประกอบด้วย วิธีการใช้ยา ความซับซ้อนของการรักษา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา 4) ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้บำบัดและผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น[14]

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางแก้ไขปัญหา พบการศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทหลายรูปแบบ เช่น การศึกษาของ สิรินทร เชี่ยวโสธร[15] พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยได้พัฒนาการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น การสนับสนุนความรู้และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพช่วยพัฒนาความร่วมมือ ความเชื่อมั่นในความสามารถและควบคุมโรคได้ดีขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุมาพร กาญจนรักษ์[16] พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดอันดับแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ จะเห็นว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้จากการศึกษาของ Beebe และคณะ[17] พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก พยาบาลสามารถใช้การดูแลทางโทรศัพท์เป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้นได้

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้วยบริบทในปัจจุบันที่พบว่าโทรศัพท์เป็นเครื่องมือสื่อสารหนึ่งที่สะดวกประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์โดยใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพ

ระหว่างบุคคลของ Peplau[18] และประยุกต์ร่วมกับ TIPS : Telephone Intervention-Problem Solving for persons with Schizophrenia ของ Beebe, Tian[19] ที่กล่าวถึงการใช้สัมพันธภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยการใช้โทรศัพท์ดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) และผู้สอน (Teaching) ในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด โดยใช้ขั้นตอนของสัมพันธภาพบำบัดทั้ง 4 ระยะ ประกอบด้วย 1. ระยะเริ่มต้นสัมพันธภาพ (Orientation phase) ดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ผู้วิจัยช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง 2. ระยะระบุปัญหา (Identification phase) ผู้วิจัยช่วยผู้ป่วยในการค้นหาปัญหา 3. ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา (Exploitation phase) ผู้วิจัยช่วยให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายใหม่ในลักษณะของการแก้ปัญหา และทำให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ 4. ระยะสรุปผล (Resolution phase) ผู้วิจัยมีการประเมินผลหลังจากที่ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองภายใต้การช่วยเหลือจากผู้วิจัยจนปัญหาได้รับการแก้ไข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

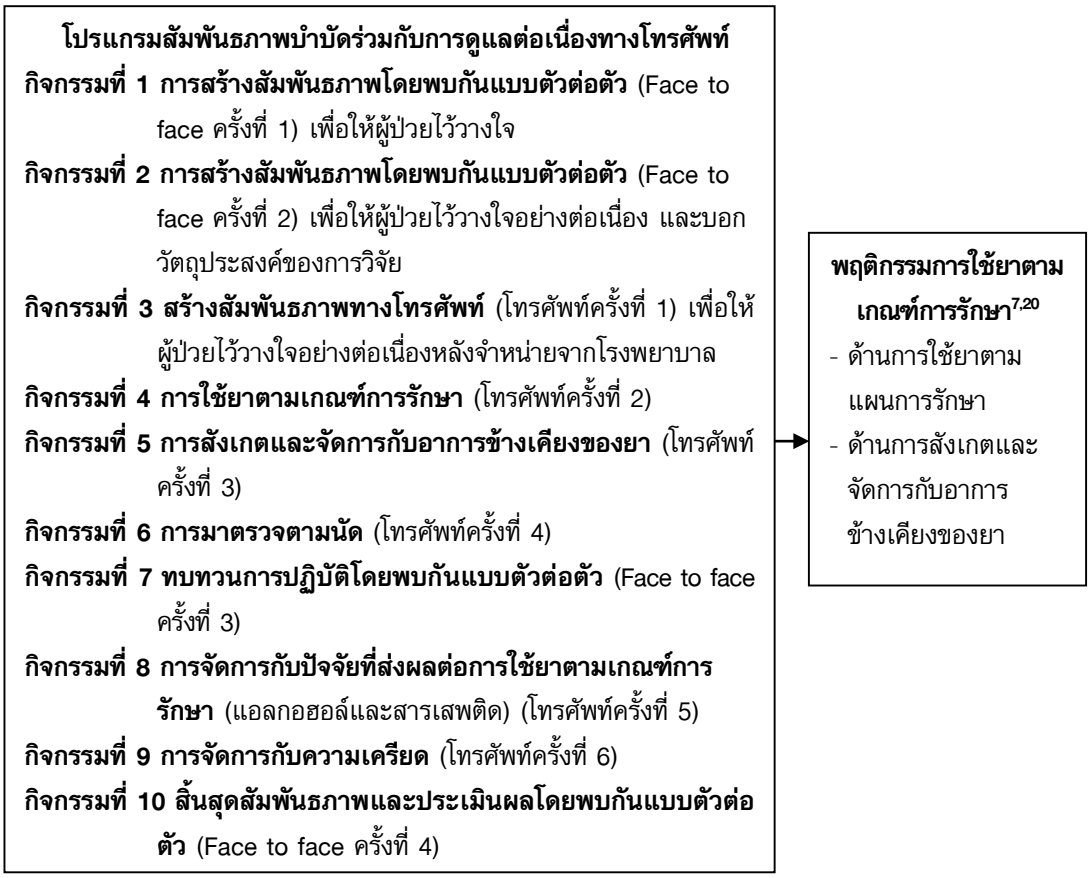
สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์โดยใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau[18] และประยุกต์ร่วมกับ TIPS : Telephone Intervention-Problem Solving for persons with Schizophrenia ของ Beebe, Tian[19] ที่กล่าวถึงการใช้สัมพันธภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยการใช้โทรศัพท์ดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีกรอบแนวคิด ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi–experimental research design) โดยใช้รูปแบบการเปรียบเทียบสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน (The non-equivalent comparison-group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0 - F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD - 10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชของรัฐ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0 - F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD - 10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยมีการคำนึงถึงการกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสมกับการวิจัยแบบกึ่งทดลอง คือ ควรมีกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 30 คน[21] แต่เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง

(Drop out) ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) คือ 1) มีอาการทางจิตสงบโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) คะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน 2) มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอยู่ระหว่าง 1.50 - 3.49 คือ มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำถึงปานกลาง 3) สามารถพูดสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาของการพูดหรือการได้ยิน 4) สามารถอ่านหนังสือออก เขียนได้ 5) มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ 6) สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) มีอาการแทรกซ้อนทางกายที่ไม่สามารถควบคุมได้และอาการทางจิตกำเริบขณะดำเนินการวิจัย 2) ขอถอนตัวออกจากการวิจัย จากนั้นจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่ได้โดยใช้ เพศ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัย จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1) โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากทฤษฎีสัมพันธภาพบำบัดของ Peplau[18] และประยุกต์ร่วมกับ TIPS : Telephone Intervention-Problem Solving for persons with Schizophrenia ของ Beebe, Tian[19] 2) คู่มือการดูแลตนเองหลังจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภท 3) แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยของ Forchuk, Brown แปลโดย ดวงกมล สระบุรี[22] ผู้วิจัยนำมาปรับให้เหมาะสมในการประเมินสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยใช้ในการประเมินผลการสร้างสัมพันธภาพแต่ละระยะระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยขณะดำเนินกิจกรรมทางโทรศัพท์ทุกกิจกรรม พร้อมทั้งระบุปัญหา อุปสรรคและสิ่งที่พบระหว่างการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การแปลผล การประเมินระยะสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยแต่ละระยะ ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินขณะพูดคุยทางโทรศัพท์ ไม่ว่าจะเป็นการพูดแสดงความรู้สึกหรือการเล่าปัญหาของตนเอง โดยนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลในตาราง ซึ่งบ่งชี้ถึงระยะของสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น เกณฑ์กำกับการทดลอง ใช้ประเมินสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ขณะที่ผู้วิจัยให้การดูแลทางโทรศัพท์ โดยกำหนดเกณฑ์ให้สัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเข้าสู่ระยะระบุปัญหา (Identification phase)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และประวัติการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด 2) แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สิรินทร เชี่ยวโสธร[15] ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher[7]และเพชรี คันธสายบัว[20] ซึ่งประกอบด้วย 5 ลักษณะ ได้แก่ ใช้ยาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา ใช้ยาตรงตามเวลา โดยหากมีการผิดพลาดไม่ควรเกินสองครั้งต่อสัปดาห์หรือติดต่อกันสองมื้อ และใช้ยาถูกขนาดโดยไม่ลดหรือเพิ่มยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ลักษณะเครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ คำถาม

ข้อที่ 1- 9 เป็นด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนรักษา คำถามข้อที่ 10-18 เป็นด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ข้อคำถามแบ่งออกเป็นข้อความทางลบ 9 ข้อ และทางบวก 9 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยทำ นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทำเป็นประจำ ซึ่งกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ สำหรับการคิดคะแนน ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถามและข้อที่มีคะแนนทางลบได้กลับค่าคะแนนก่อนนำมาคิดคะแนนรวม แล้วรวมค่าคะแนนรายด้านและรวมทุกด้านมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์มาตรวัด 5 ระดับและแปลความหมาย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.50 - 5.00	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก
3.50 - 4.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี
2.50 - 3.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง
1.50 - 2.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ
1.00 - 1.49	มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือ 3 ชุด ประกอบด้วย 1) โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 2) แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และ 3) แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับการประเมินทางโทรศัพท์ ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ซึ่งผลการตรวจสอบ CVI = 0.91, 0.83 และ 1 ตามลำดับ ส่วนโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ หลังจากปรับแก้กิจกรรมดังข้างต้นเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 5 คน แล้วมีการปรับปรุงอีกครั้งเพื่อให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) โดยรวม เท่ากับ 0.88

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ พร้อมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผ่านการรับรองโครงการวิจัย รหัสโครงการ 009/2560 ระยะเวลาอนุมัติมีผลตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึง

วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2561

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

1. ระยะเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Pre-test) และทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 ในส่วนของกลุ่มทดลองผู้วิจัยจะมีการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ กิจกรรมที่พยาบาลได้ทำให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้แก่ การประเมินด้านร่างกายและจิตใจ การให้ข้อมูลเรื่องแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ การบำบัดดูแลต่อเนื่อง การเข้ากลุ่มบำบัดตามตารางกิจกรรมของหอผู้ป่วย ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 กลุ่มพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท (Psychoeducation schizophrenia) และกลุ่มฝึกจัดยาด้วยตนเอง (Self-medication group) สัปดาห์ที่ 2 กลุ่มนันทนาการบำบัด (Recreation group) และกลุ่มออกกำลังกาย (Exercise group) สัปดาห์ที่ 3 กลุ่มชุมนุมบำบัด (Therapeutic communication group) และกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Psychotherapy group) สัปดาห์ที่ 4 กลุ่มจัดการกับความโกรธ (Anger control group) และกลุ่มให้ความรู้เรื่องโรคอ้วนชวนรู้ (MS) และภาวะน้ำเกิน (PIP) สัปดาห์ที่ 5 กลุ่มผ่อนคลายความเครียดเบื้องต้น (Relaxation group) และกลุ่มดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care group) การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย/การส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก

ระหว่างดำเนินการทดลองพบผู้ป่วยกลุ่มทดลอง จำนวน 2 คน มีการกลับไปใช้สารเสพติดและต้องกลับมารักษาซ้ำ ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุม จำนวน 3 คน มีอาการทางจิตกำเริบต้องกลับมารักษาซ้ำ ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

ภายหลังการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมจนครบทั้ง 10 กิจกรรม ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Post-test) และนัดพบกลุ่มควบคุมเพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และอีกครั้งหลังการทดลอง 4 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

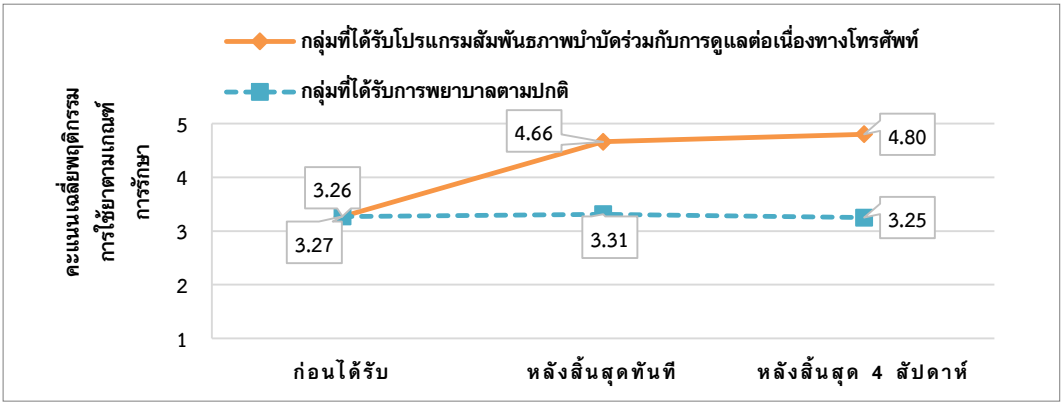
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยผู้วิจัยนำข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ การวิเคราะห์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมและรายด้านโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test) และเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย

จิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 ส่วนเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.3 สำหรับระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 30.0 สถานภาพสมรสของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 66.7 สำหรับอาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 44.3 ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนพอใช้จ่ายและเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 53.3 ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันอยู่ระหว่าง 6 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 สำหรับจำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 1 - 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 63.3 และประวัติการใช้สารเสพติด พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติเคยใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 63.3

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ในระยะก่อนได้รับ หลังสิ้นสุดทันที และหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในระยะก่อนได้รับ หลังสิ้นสุดทันที และหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์ เท่ากับ 3.27 (พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับปานกลาง), 4.66 (พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับดีมาก) และ 4.80 (พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในระดับดีมาก) ตามลำดับ ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับระยะเวลาในการวัด

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในระยะก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ หลังสิ้นสุดทันทีและหลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์ (n = 15)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนได้รับ	3.27	0.057	ปานกลาง	14	24.137*	.000
หลังสิ้นสุดทันที	4.66	0.218	ดีมาก			
หลังสิ้นสุดทันที	4.66	0.218	ดีมาก	14	4.060*	.001
หลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์	4.80	0.187	ดีมาก			
ก่อนได้รับ	3.27	0.057	ปานกลาง	14	30.279*	.000
หลังสิ้นสุด 4 สัปดาห์	4.80	0.187	ดีมาก			

*p < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ (n = 30)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนทดลอง						
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	3.27	.057	ปานกลาง	28	0.172	.864
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	3.26	.048	ปานกลาง			
หลังทดลองทันที						
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	4.66	.218	ดีมาก	14.926	23.678*	.000
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	3.31	.039	ปานกลาง			
หลังทดลอง 4 สัปดาห์						
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	4.80	.187	ดีมาก	15.883	30.884*	.000
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	3.25	.048	ปานกลาง			

*p < . 05

จากตารางที่ 2 พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ 4 สัปดาห์ ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้ง 2 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ในระยะสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ แล้ว 4 สัปดาห์ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการใช้สัมพันธภาพระหว่างพยาบาล (ผู้วิจัย) และผู้ป่วย โดยพยาบาลใช้ตนเองเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการหยั่งรู้เกี่ยวกับปัญหาของตนเอง จนกระทั่งสามารถแก้ไขปัญหาและกลับไปมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลต่างๆ ในสังคมได้ ซึ่งต้องมีการเรียนรู้วิธีที่จะสร้างสัมพันธภาพได้อย่างเหมาะสม นั่นคือสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (Therapeutic nurse-patient relationship) โดยใช้บทบาทต่างๆ ได้แก่ บทบาทของคนแปลกหน้า (Stranger) บทบาทของผู้สอน (Teaching) และบทบาทของผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) พยาบาลต้องร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาวิธีต่างๆ ทั้งที่เคยทำมาแล้วและ

ไม่เคยทำในการแก้ปัญหาที่มีอยู่ ตลอดจนทบทวนผลดีและผลกระทบที่เกิดขึ้น แล้วจึงให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาใหม่หรือปฏิบัติตัวใหม่ จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบปัจจัยหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัจจัยด้านทีมสุขภาพ เนื่องจากผู้บำบัดและผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น[14] และหากสัมพันธภาพที่ดีนี้ยังคงอยู่ตลอดจนผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน ก็จะทำให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ อุมาพร กาญจนรักษ์[16] ที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดอันดับแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้

2. จากผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ระยะสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ แล้ว 4 สัปดาห์ ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1, 2 การสร้างสัมพันธภาพโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face ครั้งที่ 1 และ 2) และ **กิจกรรมที่ 3** การสร้างสัมพันธภาพทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญกับกระบวนการสร้างสัมพันธภาพ เนื่องจากหากสัมพันธภาพในระยะเริ่มต้นดำเนินไปด้วยดี ก็จะทำให้ทั้งสองฝ่ายพร้อมที่จะดำเนินไปในขั้นตอนต่อไปได้อย่างดีเช่นกัน[23] **กิจกรรมที่ 4 - 6** ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท การสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา และการมาตรวจตามนัด จากการศึกษาของ Freudenreich, Cather[24] พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา คือ การขาดความรู้เรื่องการรักษาโรคจิตเภท การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจึงถือเป็นจุดสำคัญในการเปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา **กิจกรรมที่ 7** ทบทวนการปฏิบัติโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) เป็นการทบทวนการปฏิบัติและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี **กิจกรรมที่ 8** การจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (แอลกอฮอล์และสารเสพติด) เนื่องจากแอลกอฮอล์และสารเสพติดเป็นสารกระตุ้นการเกิดความผิดปกติทางจิต ส่งผลต่อการควบคุมตนเอง นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังส่งผลให้ฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเพิ่มขึ้น โดยทำให้ยาออกฤทธิ์มากขึ้น[25] ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย รู้สึกเบื่อหน่าย และหยุดใช้ยาในที่สุด **กิจกรรมที่ 9** การจัดการกับความเครียด เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการเสื่อมของการทำงานของสมอง (Cognitive deficit) ส่งผลต่อความสามารถในการเข้าสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงช่วยให้ผู้ป่วยหาวิธีแก้ไขปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และหาวิธีผ่อนคลาย **กิจกรรมที่ 10** สิ้นสุดสัมพันธภาพและประเมินผลโดยพบกันแบบตัวต่อตัว (Face to face) กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมสุดท้าย ผู้วิจัยประเมินปัญหาที่ยังเหลืออยู่พร้อมหาทางแก้ไข ทบทวนการปฏิบัติของกิจกรรมที่ 8 และ 9 และแจ้งผู้ป่วยถึงการสิ้นสุดสัมพันธภาพ นอกจากนี้หากพบว่าผู้ป่วยยังมีปัญหาที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ ผู้วิจัยจะมีการส่งต่อปัญหาให้แก่พยาบาลผู้ป่วยนอก และแนะนำแหล่งบริการสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ผู้บำบัดควรเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเวช

1.2 ควรมีการประยุกต์โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ไปใช้ในระบบบริการเพื่อลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำจากการมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดได้มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในการใช้โทรศัพท์เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประสิทธิผลของผลของโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดร่วมกับการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง เช่น ติดตามในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติด เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาต่อไป เนื่องจากระหว่างดำเนินการทดลองพบผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติด (Amphetamine) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและกลับมารักษาซ้ำ

3. ควรมีการนำงานวิจัยไปทดลองใช้ในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากการได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ควบคู่กับการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ดีนั้น จะช่วยลดการกำเริบของโรค ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายขาดจากโรคได้ ไม่เป็นปัญหาเรื้อรังที่ส่งผลต่อระบบสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Schizophrenia. [Internet]. [cited 2017 May 6]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/.
2. Suttajit S, Srisurapanont M. Schizophrenia: epidemiology and treatment. J Psychiatr Assoc Thailand 2009;54(Suppl):21S-37S.
3. Sadock JB, Sadock AV. Kaplan and Sadock's: synopsis of psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
4. ระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต. รายงานผู้มารับบริการด้านจิตเวช. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤษภาคม 2560]. แหล่งที่มา: https://www.dmh.go.th/report /datacenter/map/.
5. สถิติการรับบริการของผู้ป่วยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ศูนย์สารสนเทศสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. กรุงเทพมหานคร: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; 2558.

6. Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg AX, McDonald HP. Intervention for enhancing medical adherence (review). Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet]. [cited 2017 May 18]. Available from: http://freakonomicsbook.com/pdf/CochranePrescription Adherence.pdf.
7. Farragher B. Treatment compliance in the mental health service. Ir Med J 1999;92(6):392-4.
8. Novick D, Haro JM, Suarez D, Perez V, Dittmann RW, Haddad PM. Predictors and clinical consequences of nonadherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. Psychiatry Res 2010;176(2-3):109-13.
9. ศูนย์สารสนเทศสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. สถิติการรับบริการของผู้ป่วยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. กรุงเทพมหานคร: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; 2557.
10. Suttichaichot C, Kulsri S, Piboonarluk W. The effect of motivation enhancement program in schizophrenia patients on medication adherence behaviors, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2013;27(3):75-86.
11. Lotrakul M, Sukanit P, editors. Ramathibodi's essential of psychiatry. 2nd ed. Bangkok: Beyond, Enterprise: 2005. (in Thai).
12. Oehl M, Hummer M, Fleischhachhackwer WW. Compliance with antipsychotic treatment. Acta Psychiatr Scand Suppl 2000;(407):83-6.
13. Razali MS, Yahya H. Compliance with treatment in schizophrenia: a drug intervention program in a developing program. Acta Psychiatr Scand 1995;91(5):331-5.
14. Putkhao S. Factors affecting medication compliance in schizophrenia patients. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chiang Mai University; 1998. (in Thai).
15. Chiewsothorn S. The effect of empowerment in schizophrenic patients on medication adherence behaviors. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2002. (in Thai).
16. Kanchanarak O. Factors predicting medication adherence behavior of schizophrenic patients in community. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2002. (in Thai).
17. Beebe LH, Smith K, Crye C, Addonizio C, Strunk DJ, Martin W, et al. Telenursing intervention increases psychiatric medication adherence in schizophrenia outpatients. J Am Psychiatr Nurses Assoc 2008;14(3):217-24.
18. Peplau HE. Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. New York: Putnam; 1952.

19. Beebe LH, Tian L. TIPS: telephone intervention-problem solving for persons with schizophrenia. Issues Ment Health Nurs 2004;25(3):317-29.
20. Kanthasaibour P. An analysis of variables discriminating the groups of relapse and non-relapse schizophrenic patients. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2001. (in Thai).
21. Grove SK, Burns N, Gray J. The practice of nursing research: appraisal, synthesis and generation of evidence. 7th ed. St. Louis MO: Elsevier Saunders; 2013.
22. Saraburi D. The effect of transitional discharge model on quality of life of schizophrenic patients. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2015. (in Thai).
23. Forchuk C. The orientation phase of the nurse-client relationship: testing Peplau's theory. J Adv Nurs 1994;20(3):532-7.
24. Freudenreich O, Cather C. Antipsychotic medication non adherence: risk factors and remedies. The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry 2012;(2):124-9.
25. ทวีพร วิสุทธิมรรค. เภสัชวิทยาของยาและสารเสพติด. ใน วิโรจน์ วีรชัย, อังกูร ภัทรากร, ล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช, ฉวีวรรณ ปัญจบุศย์, นิภา ณีสกุล, บรรณาธิการ. ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: วัชระอินเตอร์ปริ้นติ้ง; 2544. หน้า 84-109.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม

The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Hypertensive Prevention Behavior of Pre-hypertension Risk Group at a Community in Nakhon Pathom Province

รุ่งนภา อาระหัง* สุธีรา ฮุ่นตระกูล ศศิธร รุจนเวช*****

Rungnapa Arahung, R.N.,* Sutheera Hoontrakul, M.A.,**

Sasitorn Roojanavech, R.N., Ph.D.***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนวัยผู้ใหญ่อายุ 35 - 59 ปี ที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครปฐม คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งพัฒนาจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam กลุ่มควบคุมได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านสื่อรูปแบบต่างๆ และแอปพลิเคชันไลน์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติที

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีค่าเฉลี่ยระดับความดัน

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Christian University of Thailand
E-mail: immaoon@hotmail.com

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Christian University of Thailand

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Christian University of Thailand

โลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกไม่แตกต่างกัน แต่ค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลจากการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้กลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น และระดับความดันโลหิตลดลง โดยเฉพาะการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและแอปพลิเคชันไลน์ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะว่าควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นในชุมชน

คำสำคัญ : กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research and two groups pretest-posttest design were to study the effects of health literacy enhancement program on hypertensive prevention. The samples were comprised of 60 adults (range 35 - 59 years) with pre-hypertension risk in Nakhon Pathom Province. The samples were purposively assigned to the experimental group (n = 30) and comparison group (n = 30). The experimental group received the health literacy enhancement program which was developed from Nutbeam's health literacy concept. The health literacy enhancement program including, participatory learning through the variety of media and line application. The research instrument consisted of demographic questionnaires, health literacy, and hypertensive prevention behavior. The data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, and paired t-test.

The research results revealed that after receiving the program, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of health literacy, and hypertensive prevention behavior than before receiving the program and also in the comparison group ($p < .05$). Moreover, the experimental group had significantly lower systolic and diastolic blood pressure than before receiving the program ($p < .05$). Whereas, the mean score of systolic pressure was statistically significant decreased only diastolic blood pressure, but there was no different systolic blood pressure between the experimental group and the comparison group. The results of the research suggest that the health literacy enhancement program improves health literacy, hypertensive prevention behavior, and decrease blood pressure in pre-hypertension population. Moreover, participatory learning

and line application especially increase better learning outcomes. Therefore, it is recommended that the health literacy enhancement program should be applied in promoting preventive behavior in hypertension and other non-communicable diseases in the community

Keywords : pre-hypertension risk group, health literacy enhancement program, hypertensive prevention behavior

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบอวัยวะต่างๆ เช่น หัวใจ ไต และหลอดเลือดสมอง หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงถึงหนึ่งพันล้านคน และคาดการณ์ว่าใน ค.ศ. 2025 จะมีประชากรวัยผู้ใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.56 พันล้านคน โดยในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 8 ล้านคน[1] ส่วนประชากรในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งรวมถึงประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตในแต่ละปีประมาณ 1.5 ล้านคน และมี 1 ใน 3 คนที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง[2] สถานการณ์ของประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข[3] พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการป่วยอันดับหนึ่งของประชาชนไทยทั้งชายและหญิง และจากผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในประชาชน 35 ปีขึ้นไป ใน พ.ศ. 2557 - 2559 ในระดับประเทศ พบว่า มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 27.37, 28.61 และ 27.36 ตามลำดับ นอกจากนี้รายงานการสำรวจสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป[4] ยังพบว่า ประชาชนไทยส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงตามมา หากไม่รีบแก้ไขโดยเร็วจะก่อให้เกิดการเจ็บป่วย มีภาวะแทรกซ้อน พิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวและสังคม ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพและการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศ เป็นจำนวนเงินสูงถึง 79,763 ล้านบาทต่อปี[5]

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง คือ ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 120 - 139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท[6] ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะพัฒนาไปสู่การป่วยในไม่ช้า แต่หากสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ป้องกันไม่ให้เกิดการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ก็จะสามารถลดการสูญเสียที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงและลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ อีกจำนวนมาก โดยปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ภาวะน้ำหนักเกิน ไม่สามารถจัดการกับความเครียด สูบบุหรี่ ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์[3] ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า หากเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ด้วยวิธีการที่หลากหลาย

อาทิ การให้สุขศึกษาแบบกลุ่มซึ่งเป็นวิธีการที่พบมากที่สุดและประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางบวกมากที่สุด โดยเฉพาะกลุ่มที่สามารถติดตามได้ทางโทรศัพท์หรือไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ การให้คำปรึกษารายบุคคล การติดตามทางโทรศัพท์ และการใช้สื่อรูปแบบต่างๆ โดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ หรือทีมสหสาขาวิชาชีพ จะสามารถก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและลดอัตราการเกิดโรคได้[7]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาขึ้นในศตวรรษที่ 1970 และได้รับความสนใจจากประเทศต่างๆ ทั่วโลก Nutbeam ให้คำนิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า เป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่ชี้นำก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง[8] และได้แบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นพื้นฐาน คือ สมรรถนะในการอ่านและเขียนที่จำเป็นเพื่อให้สามารถนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ คือ ทักษะพื้นฐานและทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งการประยุกต์ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ คือ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบและควบคุมสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้ เน้นการกระทำของปัจเจกบุคคลและการมีส่วนร่วมผลักดันสังคมไปพร้อมกัน[9] ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงหรือเพียงพอจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราป่วย ลดอัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ มีความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค[10,11] และมีการสืบค้นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่ความรอบรู้ทางสุขภาพไม่ดี[12] หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถประเมินภาวะสุขภาพหรือจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม เกิดความล่าช้าในการมารับการรักษา[13] ซึ่งหากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมเนื่องจากประชาชนขาดการดูแลตนเอง ทำให้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ต้องใช้ยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพต้องรับภาระหนักและไม่สามารถสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้[14]

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทำให้ผู้วิจัยทราบว่าโรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมหรือพัฒนาให้เกิดความรอบรู้และทักษะในการปฏิบัติ จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของหน่วยงานที่ผู้วิจัยปฏิบัติงาน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการให้คำแนะนำรายบุคคลหรือรายกลุ่มเมื่อพบภาวะเสี่ยงโดยเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เนื้อหาที่ได้รับแต่ละบุคคลจะเหมือนกัน ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การลดเค็ม การลดน้ำหนัก การจัดการความเครียด เป็นต้น โดยมักเป็นการ

สื่อสารทางเดียวจากเจ้าหน้าที่ในเวลาอันจำกัด โดยไม่ได้มีการประเมินระดับความรู้หรือทักษะในการดูแลสุขภาพพื้นฐานของกลุ่มเสี่ยงเหล่านั้นก่อน ผู้รับบริการจึงไม่มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ช่องทางการติดต่อสื่อสารค่อนข้างไม่สะดวก เนื่องจากเป็นวัยทำงานไม่สามารถมารับคำปรึกษาและตรวจตามนัดได้ทุกครั้ง ขาดแรงกระตุ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอีกทั้งการติดตามประเมินผลยังไม่เป็นระบบ ทำให้หน่วยงานไม่สามารถลดจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนได้ ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นเพื่อเป็นการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคและลดจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโดยนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[8,9] มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย และนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารหรือประสบการณ์กับสมาชิกกลุ่ม สามารถวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคและเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง เพิ่มทักษะการเข้าถึงข้อมูล การรู้เท่าทันสื่อและการนำไปใช้ รวมทั้งเพิ่มความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกกลุ่มและผู้วิจัยโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกคนใช้ในชีวิตประจำวัน เพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการให้คำปรึกษาและการนัดหมายเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

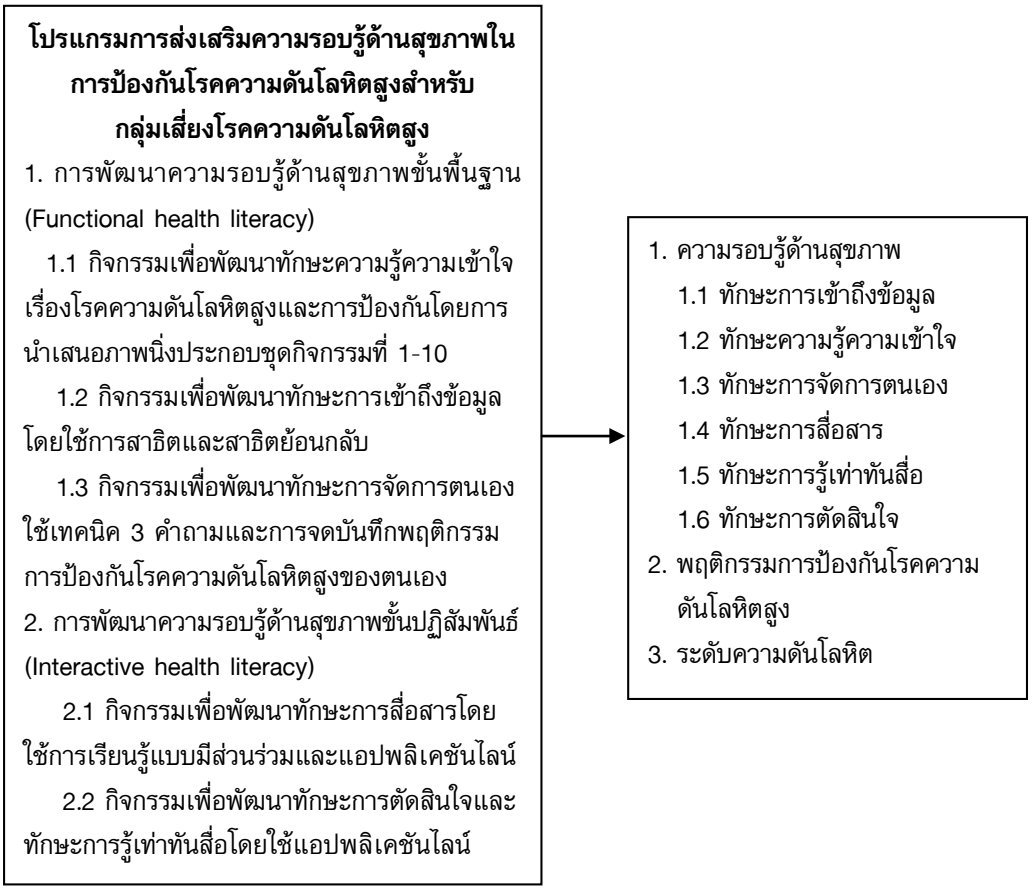
สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

1. กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[8,9] ซึ่งกล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) ที่เกิดจากการดำเนินงานสุขศึกษา (Health education) และกิจกรรมการสื่อสาร (Communication activities) โดย Nutbeam ได้แบ่งระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นพื้นฐาน คือ สมรรถนะในการอ่านและเขียนที่จำเป็นเพื่อให้สามารถนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ คือ ทักษะพื้นฐานและทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งการประยุกต์ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ คือ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้ เน้นการกระทำของปัจเจกบุคคลและการมีส่วนร่วมผลักดันสังคมไปพร้อมกัน ในแต่ละระดับประกอบด้วย ทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการสื่อสาร ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ ซึ่งแนวคิดนี้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพ

เพื่อให้บุคคลมีการควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทำให้ผู้วิจัยสนใจนำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับขั้นพื้นฐานและขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ เนื่องจากมีความแตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลทั้งในด้าน อายุ อาชีพ และระดับการศึกษา ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการพัฒนาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งระยะเวลาในการศึกษาเพียง 8 สัปดาห์ อาจไม่เพียงพอต่อการพัฒนาถึงระดับขั้นวิจารณญาณอันเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น ต้องใช้เวลาและทักษะที่สูงขึ้นในการพัฒนา ประกอบกับผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพจากหลายงานวิจัย[15,16] พบว่า คนไทยยังมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในขั้นพื้นฐานและขั้นการมีปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับไม่ดีพอหรือพอใช้ซึ่งไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและยั่งยืน และผลการสำรวจข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (try out) พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพยังอยู่ในระดับไม่ดีพอและพอใช้เช่นเดียวกัน จึงควรพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เพิ่มขึ้นโดยเน้นการพัฒนาในระดับขั้นพื้นฐานและขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ให้มีประสิทธิภาพเพียงพอเพื่อเป็นฐานนำไปสู่การพัฒนาในระดับวิจารณญาณต่อไป โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้าน ในโปรแกรมที่จัดขึ้น ในระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเป็นการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะความรู้ความเข้าใจ และทักษะการจัดการตนเอง ส่วนในระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มทักษะการสื่อสาร ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนวัยผู้ใหญ่อายุ 35 - 59 ปี ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใน พ.ศ. 2559 ผลอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามจันทร์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นสำโรง อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนวัยผู้ใหญ่อายุ 35 - 59 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2559 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามจันทร์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นสำโรง อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยกลุ่มทดลองอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามจันทร์ จำนวน 30 คน กลุ่มควบคุมอาศัยอยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นสำโรง จำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติ

ที่กำหนดไว้ ดังนี้

1. ประชาชนวัยผู้ใหญ่ทั้งชายและหญิง อายุ 35 - 59 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงใน พ.ศ. 2559 มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 120 - 139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท

2. มีความสามารถในการรับรู้ พูดคุย สื่อสารและอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน

3. มีความสามารถใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ที่เชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้

4. เป็นผู้ให้ความยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมต่างๆ โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน คำนวณความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) มีค่าเท่ากับ 0.81 ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (IOC) มีค่าเท่ากับ 0.80 - 1.00 และหลังจากนั้นนำไปทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยทดลองใช้กับบุคคลวัยผู้ใหญ่อายุ 35 - 59 ปี ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่พื้นที่ศึกษา จำนวน 30 ราย และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประยุกต์จากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง[15] ร่วมกับแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15 - 59 ปี[16] ซึ่งใช้สำหรับประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในประชาชนวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพียงโรคเดียว จึงดัดแปลงข้อคำถามในบางข้อ เพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ประยุกต์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และลักษณะงานหลักหรืออาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ตอน 27 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เป็นแบบเลือกคำตอบที่ถูกต้อง จำนวน 10 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) แต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ค่าความเที่ยง KR-20 = 0.71

ตอนที่ 2 แบบประเมินการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 12 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติ (1 คะแนน) – ปฏิบัติทุกครั้ง (5 คะแนน) ค่าความเที่ยง Cronbach's alpha = 0.81

ตอนที่ 3 แบบประเมินการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 5 ข้อ ข้อละ 4 คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ระดับคะแนนเป็นแบบมาตรประมาณค่า

4 ระดับ คือ ควรปฏิบัติน้อยที่สุด (1 คะแนน) – ควรปฏิบัติมากที่สุด (4 คะแนน) ค่าความเที่ยง Cronbach's alpha = 0.81

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 50 คะแนน แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือกในลักษณะมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติ (1 คะแนน) – ปฏิบัติสัปดาห์ละ 6 - 7 วัน (5 คะแนน) ค่าความเที่ยง Cronbach's alpha = 0.84

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[8,9] เน้นการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้าน โดยกิจกรรมในโปรแกรม ประกอบด้วย การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การนำเสนอภาพนิ่งประกอบชุดกิจกรรม การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การทดลองปฏิบัติจริง และการใช้แอปพลิเคชันไลน์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดความดันโลหิต ผู้วิจัยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ (Automatic blood pressure measurement device) ซึ่งได้รับการตรวจสอบมาตรฐานทุกปี โดยใช้เครื่องเดียวกันทั้งก่อนและหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการวัดความดันโลหิต ตอบแบบสอบถามก่อนและหลัง แต่ไม่ได้รับโปรแกรมใดๆ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เริ่มดำเนินการภายหลังได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน เมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2560 เอกสารเลขที่ น. 21/2559

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 โดยมีขั้นตอนการศึกษาวิจัยดังแผนภาพที่ 2

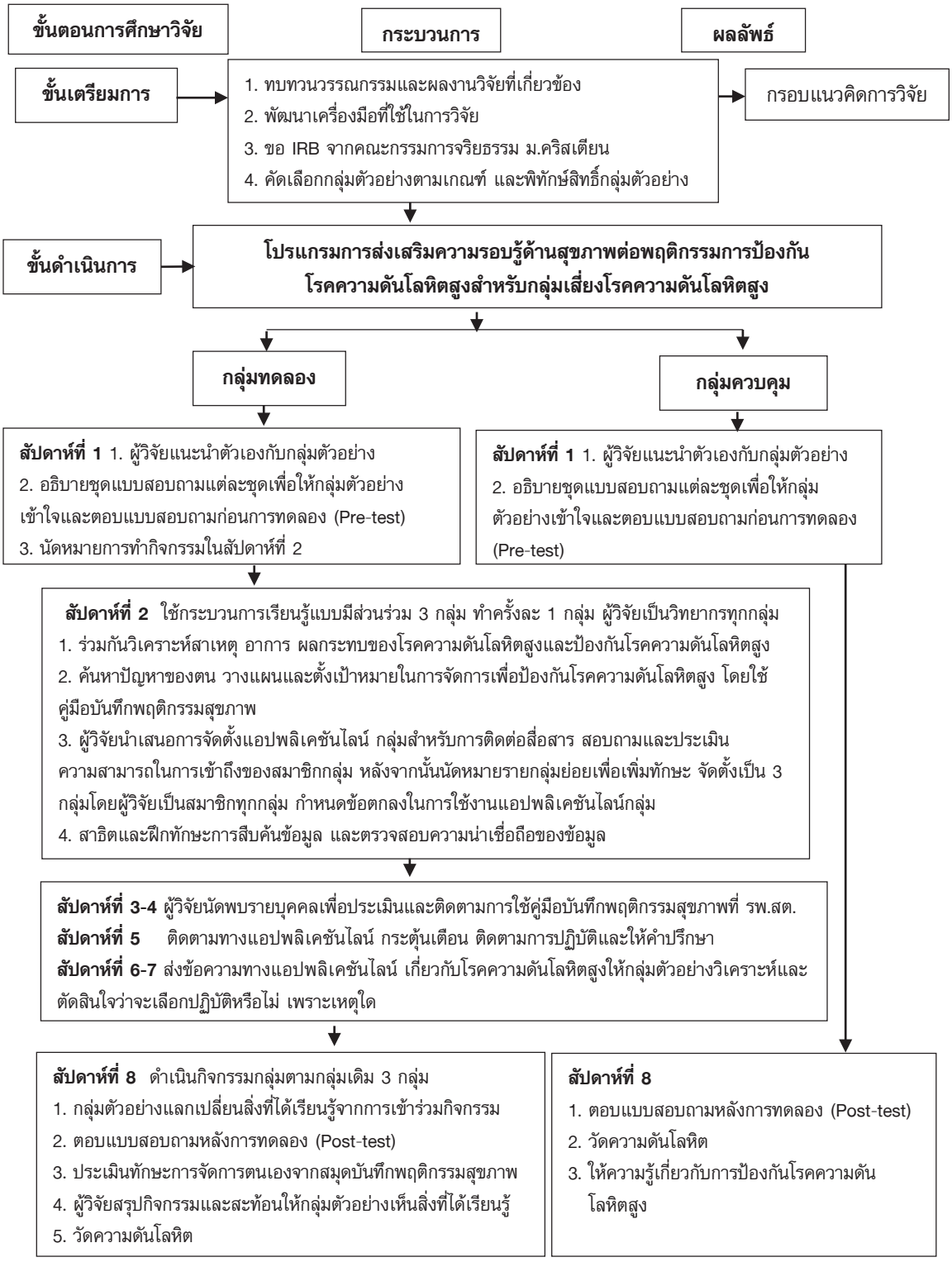
การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และลักษณะงานหลักหรืออาชีพ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมด้วยสถิติที (Pair t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมด้วยสถิติที (Independent t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05



แผนภาพที่ 2 ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เพศของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.70 และ 56.70 ตามลำดับ ด้านอายุ พบว่า ในกลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.70 อายุเฉลี่ย 45.40 ปี ส่วนในกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 51 - 60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 อายุเฉลี่ย 49.00 ปี สถานภาพสมรส พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.30 และ 86.70 ตามลำดับ ระดับการศึกษาในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.70 กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุดและมีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 30.00 อาชีพ พบว่า กลุ่มทดลองมีอาชีพรับจ้างหรือใช้แรงงานและอาชีพพนักงานโรงงานหรือพนักงานบริษัทมากที่สุดและมีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 33.30 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขายหรือทำธุรกิจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.00

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยเป็นดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n = 30)		หลังทดลอง (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	54.53	9.34	68.16	7.38	-11.72*	0.000
พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	32.16	7.56	40.36	3.88	-7.32*	0.000
ระดับความดันโลหิต SBP	131.36	5.40	126.80	9.77	3.03*	0.002
ระดับความดันโลหิต DBP	85.30	5.64	80.10	6.11	4.98*	0.000

* $p < .05$

จากตารางที่ 1 พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ						
ก่อนทดลอง	54.53	9.34	54.16	9.73	1.99	0.441
หลังทดลอง	68.16	7.38	54.43	9.76	6.14*	0.000
พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง						
ก่อนทดลอง	32.16	7.56	32.93	8.58	-0.36	0.350
หลังทดลอง	40.36	3.88	33.10	6.67	5.15*	0.000
ระดับความดันโลหิต						
SBP						
ก่อนทดลอง	131.36	5.40	125.96	5.32	3.90*	0.000
หลังทดลอง	126.80	9.77	128.33	6.35	-0.72	0.003
DBP						
ก่อนทดลอง	85.30	5.64	82.63	3.53	2.87	0.237
หลังทดลอง	80.10	6.11	82.80	4.97	-1.87*	0.033

* $p < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกไม่แตกต่างกัน แต่ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผลการวิจัย

ผลการทดสอบสมมติฐาน ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่า

1. กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกไม่แตกต่างกัน แต่ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า

คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[8,9] ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการดำเนินงานสุขศึกษาและกิจกรรมการสื่อสาร โดยจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้าน ไว้ในโปรแกรมฯ กิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ตระหนักถึงความเสี่ยงและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากไม่ป้องกันโรค มีทักษะในการเข้าถึงและสืบค้นข้อมูลได้ถูกต้องและรู้เท่าทันสื่อมากขึ้น สามารถประเมินปัจจัยเสี่ยง จัดการวางแผนและตั้งเป้าหมายการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของตนเองได้ นอกจากนี้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการใช้แอปพลิเคชันไลน์ยังช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการสื่อสารและเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น มีทัศนคติที่ดี มีกำลังใจและสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น เมื่อมีแนวร่วมและมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ สอดคล้องกับ ประภาศรี ภูมิถาวร, นงพิมล นิมิตรอานันท์, ศศิธร รุจนเวช[17] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพสำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันความรุนแรงทางด้านร่างกายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา[18] ที่พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันความรุนแรงทางด้านร่างกายสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อความฉลาดทางสุขภาพพฤติกรรมการลดน้ำหนัก และน้ำหนักของบุคลากรที่มีภาวะโภชนาการเกิน[19] ซึ่งพบว่าหลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น เกิดการพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้าน และมีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคความ

ดันโลหิตสูงในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน[20] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนจังหวัดนครปฐม[21] ที่พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของ นุชนาถ สำนัก, มาเรียม แอกูยิ, ตั้ม บุญรอด, กำไล สมรักษ์[22] ที่พบว่า หลังการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ถูกต้องและต่อเนื่อง ระดับความดันโลหิตจึงลดลง สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ[23] ที่พบว่า หลังการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลอง และใกล้เคียงกับผลการทดลองใช้แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดสุราษฎร์ธานี[24] ซึ่งพบว่าในระยะเวลา 3 เดือนไม่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในชุมชน

2. หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความดันซิสโตลิกไม่แตกต่างกัน แต่ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

ก่อนการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าเป็นเพราะกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในทางที่ดีขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรม ทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพิ่มขึ้น จึงไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริม ความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม[25] ที่พบว่าภายหลังการวิจัยกลุ่มทดลองมีความแตกฉานด้านสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวดีกว่ากลุ่มควบคุม และการศึกษาของ วีณา เที่ยงธรรม, อาภาพร เผ่าวัฒนา, อรนุช พงษ์สมบูรณ์[21] ที่พบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และ

พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก หลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าเนื่องจากผู้วิจัยไม่สามารถคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตเท่ากันหรือใกล้เคียงกันและมีปัจจัยเสี่ยงที่เหมือนกันได้ ทำให้ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันตั้งแต่ก่อนการทดลอง ประกอบกับมีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อารมณ์หรือความเครียด และระยะเวลาในการทดลอง ทำให้ภายหลังการทดลอง พบว่า ถึงแม้กลุ่มทดลองจะมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแตกต่างจากทรัพย์ทวี หิรัญเกิด, พร้อมจิตร ห่อนบุญเหิม, สุรชาติ สิทธิปกรณ์[23] ที่พบว่า หลังการทดลองใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแตกต่างจากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองต่อความเสี่ยงการเกิดความดันโลหิตสูง[26] ที่พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นในชุมชน โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างควรเพิ่มปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ ภาวะน้ำหนักเกิน การสูบบุหรี่ หรือพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ของกลุ่มตัวอย่างด้วย โดยใช้วิธีจับคู่ (Matched pair) เช่น อายุ การศึกษา หรืออาชีพ เพื่อป้องกันปัจจัยรบกวน (Confounding factors)

2. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม โดยเชิญผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่เป็นภาคีเครือข่ายร่วมทำการวิจัย เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน และควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลเป็นระยะเพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

3. การนำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลมาใช้ควรพิจารณาปรับข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัย เช่น ใช้คำที่เข้าใจง่ายไม่ซับซ้อนหรือเป็นทางการมากเกินไป ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจและไม่สามารถตอบข้อคำถามได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Regional Office for South – East Asia. Hypertension fact sheet. [Internet]. [cite 2016 September 10]. Available from: http://www.searo.who.int/entity/Noncommunicable.
2. World Health Organization. A global brief on hypertension world health day 2013. [Internet]. [cite 2016 September 10]. Available from: http://ish- world.com/global _brief_hypertension.
3. กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2558. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
4. กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขศึกษา. รายงานสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2558. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม 2559]. แหล่งที่มา: http://164.115.22.119/.
5. Cooney N, editor. Literature review: the current situation and care model of non-communicable diseases. Nonthaburi: Art Qualified; 2014. (in Thai).
6. National High Blood Pressure Education Program. Complete report: the seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. [Internet]. [cited 2016 May 25]. Available from: https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf.
7. Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N, et al. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. BMC Fam Pract 2012 Jun 1;13:49.
8. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and community strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000;15(3):259-67.
9. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008;67(12):2072-8.
10. Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization among the eldery. Soc Sci Med 2008;66(8):1809-16.
11. von Wagner C, Knight k, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health promoting behavior in a national sample of British adults. J Epidemiol Community Health 2007;61(12):1086-90.

12. Gladdar SF, Valerio M.A, Garcia CM, Hansen L. Adolescent health literacy: the importance of credible sources for online health information. J Sch Health 2012;82(1):28-36.
13. McNaughton CD, Kripalani S, Cawthon C, Mion LC, Wallston KA, Roumie, CL. Association of health literacy with elevated blood pressure: a cohort study of hospitalized patients. Med Care 2014;52(4):346-53.
14. World Health Organization. Health literacy and health promotion: definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual empowerment conference working document. [Internet]. [cited 2016 May 25]. Available from: http://www.dors.it/documentazione/testo/201409/02_2009_OMS%20Nairobi_Health%20Literacy.pdf.
15. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2556. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
16. Choeisuwan V, Tansantawee A, et al. Selected factors related to health literacy of nursing students in Royal Thai Navy College of Nursing. Royal Thai Navy Medical Journal 2018;45(2):250-66. (in Thai).
17. Poomthavorn P, Nimit-Arnun N, Roojanavech S. The effect of health literacy promoting program for overweight primary school students. Chonburi Hospital Journal 2017;42(2):171-80. (in Thai).
18. Prompukdee S, Boonchuaythanasit K, Kainakha P. Effectiveness of health education program using participatory learning process for health literacy development on physical violent prevention of secondary school students of Saraburi primary educational service area office 2. Kasetsart Education Review 2017;32(2):144-50. (in Thai).
19. Puttapunyo S, Toontom N, Putthanachote N. Effectiveness of a health behavior development program on health literacy, weight loss behavior and weight of overweight personnel in Roi Et Hospital, Mueang District, Roi Et Province, Thailand. Journal of Nursing and Education 2016;9(4):42-59. (in Thai).
20. Sarakshetrin A, Chantra R, Kwanshom R, Ruangdoung L. The effects of using health behavior changing program (food, exercise, emotion, smoking, and alcohol cessation) among village health volunteers at Klongchanak, Muang District, Suratthani Province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2017;4(1):253-64. (in Thai).

21. Thiangtham W, Powwattana A, Pongsomboon O. Primary hypertension prevention program for high risk population in a community, Nakornpathom Province. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2010;22(1-3):11-28. (in Thai).
22. Samnak N, Eukuyi M, Boonrod T, Somrak K. Modification of health behavior in a group of patients with pre-hypertension at the Pakphanang Distric, Nakorn Si Thammarat Province. Journal for Public Health Research 2011;4(2):21-8. (in Thai).
23. Hirungerd S, Hornboonherm P, Sitipakorn S. The effects of behavioral modification program on knowledge, self-care behavior and blood pressure level in prehypertension group, Kaengkhro Hospital Chaiyaphum Province. Journal of Nurses Association of Thailand North-Eastern Division 2013;31(4):97-104. (in Thai).
24. Saengde S, Limtragool P. Guidelines to promote health for pre-hypertension in community at Suratthani Province. Journal of Nursing Science & Health 2012;35(1):39-47. (in Thai).
25. Kaewsomboon T. Participatory learning strategy to promote health literacy of pre-invasive cervical carcinoma patient. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Mahidol University; 2008. (in Thai).
26. Phunsuwan N, Glangkarn S, Tewthong K. Effectiveness of change management health beliefs and health behaviors self risk essential hypertension disease at Kokmamaung Sub District, Pakham District, Buriram Province. Thaksin J 2015;18(2):70-8. (in Thai).

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
Predicting Factors of Dietary Behaviors in Patients with Coronary Artery Disease

พนารัตน์ ศรีฉายา* ปชาณัฏฐ์ นันไทยทวีกุล ยุพิน อังสุโรจน์*****

Panarat Srichaya, R.N.,* Pachanut Nunthaitaweekul, R.N., Ph.D., Yupin Aungsuroch, R.N., Ph.D.*****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจทำนายระหว่าง ความรู้เรื่องอาหาร ทัศนคติต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 40 - 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ในกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 128 คน ที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล 4 แห่ง โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความรู้เรื่องอาหาร 3) แบบวัดทัศนคติต่ออาหาร 4) แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัว 5) แบบวัดการสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง 6) แบบวัดการเข้าถึงแหล่งอาหาร และ 7) แบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หาค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดได้เท่ากับ 0.93, 0.90, 1.00, 0.95, 0.93 และ 0.98 ตามลำดับ และหาค่าความเที่ยงของแบบวัดได้เท่ากับ 0.77, 0.74, 0.95, 0.94, 0.87 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 49.28 (SD = 4.68) 2) ความรู้เรื่องอาหาร ทัศนคติต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .224, .204, .320, .319 และ .343 ตามลำดับ) และ 3) ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ อย่างมี

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
E-mail: panaratsri@yahoo.com

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหาร (Beta = .262) และการสนับสนุนจากครอบครัว (Beta = .225) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 16.2 (R^2 = .162) จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคได้

คำสำคัญ : ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร โรคหลอดเลือดหัวใจ

Abstract

The purpose of this research study was to examine the relationships and prediction of factors on dietary behaviors in patients with coronary artery disease. One hundred and twenty-eight out-patients with coronary artery disease (both males and females) aged between 40 and 59 years were recruited from Heart clinics of four tertiary hospitals in Bangkok Metropolitan with multi-stage sampling technique. The research instruments were composed of 1) demographic information, 2) knowledge of heart healthy food scale, 3) attitude to heart healthy food scale, 4) family support scale, 5) autonomy support scale, 6) heart healthy food accessibility scale, and 7) dietary behaviors scale. The content validity of these questionnaires were 0.93, 0.90, 1.00, 0.95, 0.93, and 0.98, respectively and the reliabilities were 0.77, 0.74, 0.95, 0.94, 0.87, and 0.82, respectively. Descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient and stepwise multiple regression were used to analyze data. The findings were as follows: 1. The mean score of dietary behaviors among patients with coronary artery disease was good (Mean = 49.28, SD = 4.68). 2. Knowledge of heart healthy food, attitude to heart healthy food, family support, autonomy support, and heart healthy food accessibility were positively related to dietary behaviors in patients with coronary artery disease at the level of .05 (r = .224, .204, .320, .319, and .343, respectively). 3. The factors predicted dietary behaviors in patients with coronary artery disease at a statistical significant level of .05 were heart healthy food accessibility (Beta = .262) and family support (Beta = .225). Predictive factors accounted for 16.2 percent of dietary behaviors in patients with coronary artery disease (R^2 = .162). This study can be used as a guideline for developing a program to promote healthy eating behaviors for the patients with coronary heart disease.

Keywords : predicting factors, dietary behaviors, coronary artery disease

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาทางสุขภาพที่พบมากทั้งในและต่างประเทศและกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกและประเทศไทยในขณะนี้ โดยพบว่าเป็นสาเหตุของการตายอันดับหนึ่งของโลก หากไม่เร่งป้องกันแก้ไข คาดว่าในปี 2573 หรือในอีก 16 ปี จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้เพิ่มเป็น 23 ล้านคนต่อปี[1] สอดคล้องกับสถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจของประเทศไทย จากข้อมูลสถิติของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปี พ.ศ. 2555 - 2558 พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประชากร 100,000 คน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จาก 23.4 ต่อประชากร 100,000 คน เป็น 29.9 ต่อประชากร 100,000 คน และอัตราผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2558 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 328.63 ต่อประชากร 100,000 คน เป็น 501.13 ต่อประชากร 100,000 คน[2] และเมื่อพิจารณากลุ่มอายุที่เกิด พบว่า มีแนวโน้มการเกิดโรคในกลุ่มอายุน้อยลง คือ ในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของ American Heart Association[1] พบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเริ่มพบมากที่อายุระหว่าง 40 - 59 ปี โดยพบในผู้ชาย ร้อยละ 40.5 ผู้หญิง ร้อยละ 35.5

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease) หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงหัวใจเกิดการตีบแคบ ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หากเป็นรุนแรงขึ้นจนกล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถบีบตัวได้ตามปกติจะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้[3] สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจพบได้หลายสาเหตุ ทั้งที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ เช่น กรรมพันธุ์ อายุที่มากขึ้น และสาเหตุที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น ภาวะความดันโลหิต ระดับไขมันในเส้นเลือด ภาวะน้ำหนักเกิน และพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ อาทิ การรับประทานอาหารกากใยน้อย การรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มคาเฟอีน เป็นต้น[4] ซึ่งสาเหตุที่เกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงสามารถปรับเปลี่ยนได้[5] โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค เช่น การบริโภคเนื้อสัตว์ติดมัน อาหารสำเร็จรูป มีการใช้น้ำมันและกะทิในการประกอบอาหารผัด และมีการบริโภคอาหารที่มีกากใยน้อย เช่น ผัก ผลไม้ น้อยจะทำให้มีการเพิ่มขึ้นของระดับคอเลสเตอรอล และเพิ่มการสะสมของคราบไขมันในเส้นเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุให้หลอดเลือดแดงหัวใจแข็งตัว

ปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ มีทั้งการรักษาโดยการใช้ยาและการไม่ใช้ยาขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคที่เกิด[7] อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ป่วยสามารถกลับเป็นซ้ำได้ ทั้งนี้เนื่องจากการปรับพฤติกรรมด้านต่างๆ ยังไม่เหมาะสม เช่น การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ยังบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมและน้ำตาลสูง อาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลสูง[8] ทำให้มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น และเพิ่มการสะสมของคราบไขมันในเส้นเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง ส่งผลทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หากหลอดเลือดมีการตีบแคบมากจนอุดตัน จะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และยังส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีอัตราการ

กลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเพิ่มขึ้น[3] จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การบริโภคอาหารไขมันสูงทำให้เกิดการตีบตันซ้ำได้ถึงร้อยละ 25[4,6,9] และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 69.7[5] ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม จะช่วยลดความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ และช่วยป้องกันผลกระทบด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งต่อตัวผู้ป่วยและประเทศชาติได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีโปรแกรมในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมการให้ความรู้ซึ่งเป็นการเน้นเฉพาะตัวบุคคล และเป็นการแก้ไขปัจจัยภายใน ไม่ได้ครอบคลุมปัจจัยภายนอก เช่น สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม อิทธิพลจากบุคคลสำคัญ และการเข้าถึงแหล่งอาหาร และการนำผลวิจัยไปใช้อาจไม่ครอบคลุมถึงประชากรที่มีสิ่งแวดล้อมหรือสังคมที่แตกต่างกัน และต้องได้รับความร่วมมือจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วย แสดงว่าโปรแกรมที่พัฒนานี้อาจไม่สามารถลดปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

เมื่อทบทวนวรรณกรรมด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผ่านมา พบว่า ส่วนมากเป็นการศึกษาปัจจัยด้านบุคคล เช่น เพศ อายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นต้น[10,11] ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับน้อย นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม เช่น อิทธิพลจากบุคคลภายนอก การเข้าถึงแหล่งอาหาร[11] ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าการเข้าถึงแหล่งอาหารเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมาก

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการทบทวนวรรณกรรมและตามกรอบแนวคิดแบบจำลอง PRECEDE PROCEED Model ของ Green, Kreuter[12] ซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุจากหลายปัจจัยโดยประยุกต์ใช้ในขั้นตอนที่ 4 ในส่วนของ PRECEDE ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ประเมินปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพได้ครอบคลุมทั้งบริบท บุคคล สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล โดยจำแนกออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) โดยผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากที่สุดและเป็นประโยชน์ทางการพยาบาลกับผู้ป่วยมากที่สุด รวมถึงได้เลือกปัจจัยที่ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อยมาศึกษา ดังนี้ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องอาหาร ทัศนคติต่ออาหาร ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหาร ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าจะช่วยให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ทั้งนี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถนำมา

วางแผนการดูแลและส่งเสริมการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการบริโภคอาหารให้ยั่งยืนต่อไป

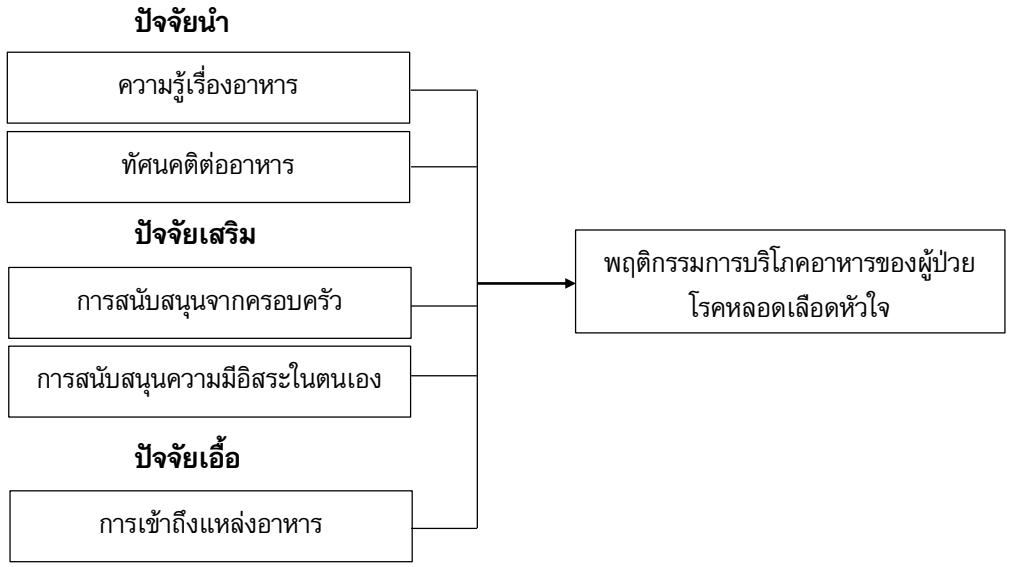
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจทำนายระหว่าง ความรู้เรื่องอาหาร ทัศนคติต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหารกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลอง PRECEDE PROCEED Model ของ Green, Kreuter [12] โดยประยุกต์ใช้ในขั้นตอนที่ 4 ของแบบจำลอง PRECEDE เท่านั้น ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องอาหาร ทัศนคติต่ออาหาร ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหาร สามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 40 - 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ในกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ได้กลุ่มตัวอย่าง 116 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 128 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติการคัดเข้าศึกษา ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวดี อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ช่วยเหลือตนเองได้และยินดีเข้าร่วมการวิจัย คุณสมบัติในการคัดออก คือ มีอาการของโรคหัวใจที่รุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตหรืออยู่ในระยะวิกฤติ เช่น อาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วผิดปกติหรือผิดจังหวะ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 7 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาวะโรคร่วม การวินิจฉัยโรค และชนิดของการรักษาที่ได้รับ

2. แบบวัดความรู้เรื่องอาหาร ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว ของ ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก[13] ข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบ มีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ข้อความที่ถูก ใช่ ให้ 1 คะแนน ไม่ใช่, ไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน ข้อความที่ผิด ใช่, ไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน ไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผล คือ > 11 คะแนน (≥ 80%) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับสูง 9 - 11 คะแนน (60 - 79%) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน < 9 คะแนน (< 60%) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้เท่ากับ 0.93 มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.77

3. แบบวัดทัศนคติต่ออาหาร ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามทัศนคติในการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ของ จิตติพร วิชิตธงไชย[14] มีข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามทางบวก 9 ข้อ คำถามทางลบ 1 ข้อ ลักษณะ

คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การให้คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ทัศนคติทางบวก ให้ 5 คะแนน ทางลบ ให้ 1 คะแนน) เห็นด้วย (ทัศนคติทางบวก ให้ 4 คะแนน ทางลบ ให้ 2 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (ทัศนคติทางบวกและลบ ให้ 3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (ทัศนคติทางบวก ให้ 2 คะแนน ทางลบ ให้ 4 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ทัศนคติทางบวก ให้ 1 คะแนน ทางลบ ให้ 5 คะแนน) การแปลผล คือ คะแนน 37 - 50 คะแนน หมายถึง ทัศนคติดี คะแนน 24 - 36 คะแนน หมายถึง ทัศนคติปานกลาง คะแนน 10 - 23 คะแนน หมายถึง ทัศนคติต่ำ ทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้เท่ากับ 0.90 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.74

4. แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวในการควบคุมอาหาร ของ ภูษณิศา ไพโรจน์[15] ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ เป็นคำถามทางบวก 16 ข้อ คำถามทางลบ 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ข้อความทางบวก ให้ 5 คะแนน ทางลบ ให้ 1 คะแนน) เห็นด้วย (ข้อความทางบวก ให้ 4 คะแนน ทางลบ ให้ 2 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (ข้อความทางบวกและลบ ให้ 3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (ข้อความทางบวก ให้ 2 คะแนน ทางลบ ให้ 4 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ข้อความทางบวก ให้ 1 คะแนน ทางลบ ให้ 5 คะแนน) การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 67 - 90 คะแนน 43 - 66 คะแนน และ 18 - 42 คะแนน ซึ่งหมายถึง การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง ปานกลาง และต่ำ ตามลำดับ ทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้เท่ากับ 1.00 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95

5. แบบวัดการสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ The Health Care Climate Questionnaire (HCCQ) ของ Schmied, Parada, Horton, Madanat, Ayala[16] มีข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ โดยมีข้อคำถามเชิงบวก 14 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 1 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ข้อความทางบวก ให้ 5 คะแนน ทางลบ ให้ 1 คะแนน) เห็นด้วย (ข้อความทางบวก ให้ 4 คะแนน ทางลบ ให้ 2 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (ข้อความทางบวกและลบ ให้ 3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (ข้อความทางบวก ให้ 2 คะแนน ทางลบ ให้ 4 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ข้อความทางบวก ให้ 1 คะแนน ทางลบ ให้ 5 คะแนน) การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 56 - 75 คะแนน 36 - 55 คะแนน และ 15 - 35 คะแนน ซึ่งหมายถึง ความมีอิสระในตนเองอยู่ในระดับสูง ปานกลาง และต่ำ ตามลำดับ ทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้เท่ากับ 0.95 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94

6. แบบวัดการเข้าถึงแหล่งอาหาร ดัดแปลงมาจากแบบประเมิน Nutrition Environment Measures Survey ของ Glanz, Sallis, Saelens, Frank[17] มีข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ใช้มาตรวัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งไป จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 23 - 30 คะแนน, 15 - 22 คะแนน และ 6 - 14 คะแนน ซึ่งหมายถึง การเข้าถึงแหล่งอาหารอยู่ในระดับสูง ปานกลาง และต่ำ ตามลำดับ ทดสอบความตรงตามเนื้อหา

โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้เท่ากับ 0.93 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80

7. แบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Heart Healthy Eating Questionnaire ของ Margaret[18] แปลเป็นภาษาไทยโดย ปชาณัฏฐ์ ตันติโกสุม[6] และนำมาดัดแปลงโดย ปาริชาติ คงเสือ[19] มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ใช้มาตรวัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยรับประทานอาหารประเภทนี้เลย เท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัติเดือนละครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติเดือนละ 2 - 3 ครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติสัปดาห์ละ 4 - 5 ครั้ง เท่ากับ 4 คะแนน ปฏิบัติทุกวัน เท่ากับ 5 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 48 - 60 คะแนน (≥ 80%), 36 - 47 คะแนน (60 - 79 %) และ < 36 คะแนน (< 60%) ซึ่งหมายถึง พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ปานกลาง และไม่ดี ตามลำดับ ทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้เท่ากับ 0.98 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงร่างการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยคัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัว ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล แจ้งการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมแล้วทำแบบสอบถาม หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม พ.ศ. 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 77.3 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 22.7 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 อายุเฉลี่ย 52.93 ปี (SD = 5.18) มีน้ำหนักอยู่ในช่วง 61 - 70 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 28.9 รองลงมา คือ มีน้ำหนักอยู่ในช่วง 71 - 80 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 28.1 โดยมีน้ำหนักเฉลี่ย 73.44 กิโลกรัม (SD = 11.71) มีส่วนสูงอยู่ในช่วง 161 - 170 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 44.5 มีส่วนสูงเฉลี่ย 166.38 เซนติเมตร (SD = 7.24) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.0 - 29.9 กิโลกรัม/เมตร^2 (อ้วนระดับ 1) มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 26.62 กิโลกรัม/เมตร^2 (อ้วนระดับ 1) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.7 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 92.2 มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 33.6 รองลงมา คือ ระดับ

มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 28.2 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 35.9 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน 10,001 บาท ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 61.7 มีภาวะโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 85.9 โดยพบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะโรคร่วม 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 41.4 โรคร่วมที่พบส่วนใหญ่ คือ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 48.4 รองลงมา ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 45.3 และ 36.7 ตามลำดับ ชนิดของการรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่ คือ การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยการใช้บอลลูน ขดลวด และอื่นๆ (PCI) คิดเป็นร้อยละ 71.1 รองลงมา คือ การรักษาด้วยยา คิดเป็นร้อยละ 21.9

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนความรู้เรื่องอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 11.21, SD = 2.42) คะแนนทัศนคติต่ออาหารโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 40.38, SD = 4.31) คะแนนการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 73.19, SD = 9.52) คะแนนการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 63.33, SD = 6.93) คะแนนการเข้าถึงแหล่งอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 24.34, SD = 3.78) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 49.28, SD = 4.68)

ตารางที่ 1 คะแนนร้อยละ และระดับของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามรายข้อ (n = 128)

ข้อ	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	คะแนน (ร้อยละ)	ระดับ
1.	ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อไก่ ปลา เนื้อวัวไร้ไขมัน เป็นต้น แทนเนื้อติดมัน	78.8	ปานกลาง
2.	ท่านรับประทานไข่แดงไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์ (นับรวมกับที่ใช้เป็นส่วนประกอบในการปรุงอาหาร)	79.2	ปานกลาง
3.	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมหวาน เช่น เม็ดขนุน ขนมหม้อแกง ข้าวเหนียวหน้าสังขยา ทองหยอด ทองหยิบ ลอดช่องขนมจาก เป็นต้น	83.0	ดี
4.	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมทอดกรอบ มันทอด เผือกทอด กล้วยทอด ปาท่องโก๋ กล้วยฉาบ/เผือกฉาบ เป็นต้น	85.2	ดี
5.	ท่านเลือกรับประทานขนมที่ไม่มีส่วนประกอบของเกลือ เช่น ขนมปังกรอบไม่ใส่เกลือ ข้าวเกรียบกุ้ง เป็นต้น	84.2	ดี
6.	ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่ใช้เกลือเป็นส่วนประกอบ เช่น ปลาตากแห้ง ปลาเค็ม ผักกาดดอง อาหารกระป๋องต่างๆ เป็นต้น	80.0	ดี
7.	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภททอด เช่น ไก่ทอด ผัดไทย หอยทอด เป็นต้น	83.2	ดี

ตารางที่ 1 คะแนนร้อยละ และระดับของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามรายข้อ (n = 128) (ต่อ)

ข้อ	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	คะแนน (ร้อยละ)	ระดับ
8.	ท่านลดปริมาณเครื่องดื่มที่ใส่นมข้นหวาน ครีมเทียม หรือน้ำตาล น้ำอัดลม หรือน้ำหวาน เป็นต้น	84.2	ดี
9.	ท่านลดการรับประทานอาหารคาว หวาน ที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ เช่น แกงเขียวหวาน แกงโฮะ กล้วยบวชชี เป็นต้น	81.2	ดี
10.	ท่านรับประทานผลไม้รสไม่หวานจัด เช่น ชมพู่ มะละกอ ฝรั่ง เป็นต้น อย่างน้อยวันละ 2 มื้อ	81.0	ดี
11.	ท่านตัดและเลาะหนังหรือส่วนที่มีไขมันของอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ก่อนที่จะนำไปปรุงอาหาร	84.0	ดี
12.	ท่านหลีกเลี่ยงหรือลดการใส่เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว น้ำตาล ปลาร้า ในการปรุงและระหว่างการรับประทานอาหาร	81.8	ดี
	รวม	**82.1**	**ดี**

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนรวมเท่ากับร้อยละ 82.1 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี และข้อที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ข้อคำถามที่ 4 มีคะแนนเท่ากับร้อยละ 85.2 รองลงมา คือ ข้อคำถามที่ 5 และข้อคำถามที่ 8 ซึ่งมีคะแนนเท่ากัน คือ มีคะแนนเท่ากับร้อยละ 84.2 ส่วนข้อที่มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง คือ ข้อคำถามที่ 1 และข้อคำถามที่ 2 และข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุด คือ ข้อคำถามที่ 1 มีคะแนนเท่ากับร้อยละ 78.8

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องอาหาร ทัศนคติต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง การเข้าถึงแหล่งอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (n = 128)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความรู้เรื่องอาหาร	0.224	.011*
ทัศนคติต่ออาหาร	0.204	.021*
การสนับสนุนจากครอบครัว	0.320	.000*
การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง	0.319	.000*
การเข้าถึงแหล่งอาหาร	0.343	.000*

* $p < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่า

1) การเข้าถึงแหล่งอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .343)

2) การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .320)

3) การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .319)

4) ความรู้เรื่องอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .224)

5) ทัศนคติต่ออาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .204)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ของตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าอำนาจการทำนาย (R^2) ค่าอำนาจการทำนายที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (n = 128)

ลำดับขั้นการทำนาย	R	R^2	R^2 change	F	p-value
1. การเข้าถึงแหล่งอาหาร	0.343	0.118	0.118	16.850	< 0.001
2. การเข้าถึงแหล่งอาหาร/ การสนับสนุนจากครอบครัว	0.402	0.162	0.044	12.072	< 0.001

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่า

ขั้นตอนที่ 1 ตัวแปรการเข้าถึงแหล่งอาหารถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแรก และสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าอำนาจในการทำนายเท่ากับ .118 (R^2 = .118) ซึ่งหมายถึง การเข้าถึงแหล่งอาหารสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 11.8

ขั้นตอนที่ 2 ตัวแปรการสนับสนุนจากครอบครัวถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวที่สอง และเพิ่มความสามารถของความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 4.4 (R^2 change = .044) โดยทำให้ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .162 (R^2 = .162) ซึ่งหมายถึง ตัวแปรการเข้าถึงแหล่งอาหารและการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 16.2

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการเข้าถึงแหล่งอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว ในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้วิธีแบบขั้นตอน (n = 128)

ตัวแปรทำนาย	B	$S.E._b$	Beta	t	p-value	Tolerance	VIF
การเข้าถึงแหล่งอาหาร	0.325	0.109	0.262	2.983	0.003	0.869	1.151
การสนับสนุนจากครอบครัว	0.111	0.043	0.225	2.560	0.012	0.869	1.151
(Constant)	33.29		-	9.998	< 0.001		
Overall F = 12.072 (p < 0.001), R = 0.402, R^2 = 16.2							

จากตารางที่ 4 พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัว โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบเท่ากับ .325 และ .111 ตามลำดับ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐานเท่ากับ .262 และ .225 ตามลำดับ และมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 16.2 ซึ่งสามารถเขียนสมการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ดังนี้

1. สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร = 33.29 + 0.325 การเข้าถึงแหล่งอาหาร + 0.111 การสนับสนุนจากครอบครัว

2. สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{พฤติกรรมการบริโภคอาหาร}} = 0.262Z_{\text{การเข้าถึงแหล่งอาหาร}} + 0.225Z_{\text{การสนับสนุนจากครอบครัว}}$$

จากสมการคะแนนมาตรฐานจะพบว่า คะแนนมาตรฐานของการเข้าถึงแหล่งอาหารที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น .262 หน่วย และคะแนนมาตรฐานของการสนับสนุนจากครอบครัวที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น .225 หน่วย

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมที่ระดับดี (โดยมีคะแนนรวมเท่ากับร้อยละ 82.1) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมีความคุ้นเคยกับการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรค ซึ่งความคุ้นเคยนั้นอาจเกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคจากบุคลากรทางการแพทย์ จึงทำให้ผู้ป่วยจดจำคำแนะนำเรื่องอาหารเฉพาะโรคได้ดี และในการศึกษาครั้งนี้

ศึกษาในโรงพยาบาลที่อยู่ในบริบทเมือง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการเข้าถึงหรือได้รับข้อมูลข่าวสาร การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคจากสื่อต่างๆ ได้มาก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจษรา บุญมีศรีทรัพย์, อาภรณ์ ดีนาน, กนกนุช ชื่นเลิศสกุล[10] พบว่า ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคโดยรวมอยู่ในระดับสูง และการศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม, อาภรณ์ ดีนาน, กนกนุช ชื่นเลิศสกุล[20] พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับมาก

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ความรู้เรื่องอาหาร ทัศนคติต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งอาหาร สามารถอภิปรายได้ดังนี้

การเข้าถึงแหล่งอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .343) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้าถึงแหล่งอาหารเฉพาะโรคได้ง่าย จะทำให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคได้ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในโรงพยาบาลที่อยู่ในบริบทเมือง ซึ่งมีแหล่งอาหารที่เพียงพอและมีขนาดใหญ่รวมทั้งยังมีให้เลือกอย่างมากมาย เช่น ห้างสรรพสินค้า หรือตลาดสดขนาดใหญ่ที่มีอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น ผักสด ผลไม้สด ปลา เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ อย่างเพียงพอและมีคุณภาพ การเดินทางสะดวก หาซื้อง่ายและอยู่ในละแวกบ้านหรือที่ทำงาน จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับโรคและมีคุณภาพสูงได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Hardin-Fanning[11] พบว่า การเข้าถึงแหล่งอาหารเฉพาะโรคมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .320) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวที่ดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคได้ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการกำลังใจและการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรค เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจและสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจษรา บุญมีศรีทรัพย์, อาภรณ์ ดีนาน, กนกนุช ชื่นเลิศสกุล[10] พบว่า การสนับสนุนของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .255) และการศึกษาของ Han, Lee, Kim[21] พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

การสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .319) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการรับรู้การสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคได้ดี ดังนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์สูง จะมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Schmidt และคณะ[16] พบว่า ถ้าคะแนนการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์สูงส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพสูงตามไปด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Yehle, Chen, Plake, Yi, Mobley[22] พบว่า การสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ต่ำ จะเกิดการกำเริบซ้ำของโรคเป็น 3.91 เท่าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์สูง

ความรู้เรื่องอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .224) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรค ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 33.6 จึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับสูง และจากประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เกิดจากการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งได้รับความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวและคำแนะนำเรื่องอาหารเฉพาะโรคจากบุคลากรทางการแพทย์ จึงทำให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉพาะโรคได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการผลการศึกษาของ Hardin-Fanning[11] พบว่า ความรู้มีผลกระทบต่อการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม, อาภรณ์ ดีนาน, กนกนุช ชื่นเลิศสกุล[20] พบว่า ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .368)

ทัศนคติต่ออาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .204) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีความรู้สึกชอบหรือมีความรู้สึกทางบวกต่ออาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ จะส่งผลให้มีแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคในระดับสูงตามไปด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความเข้าใจและมีความเชื่อว่าอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งมีความรู้สึกชอบในรสชาติอาหารเฉพาะโรค จึงทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ ปริมประภา ก้อนแก้ว, จรรจา สันตยากร, ปกรณ์ ประจัญบาน, วิโรจน์ วรรณภิระ[23] พบว่า ความรู้สึกที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ($r = .527$, $p < .001$) และการศึกษาของ Chaturvedi, Singh[24] พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัว โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 16.2 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่า การเข้าถึงแหล่งอาหาร มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากที่สุด รองลงมา คือ การสนับสนุนจากครอบครัว โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .262 และ .225 ตามลำดับ ส่วนความรู้เรื่องอาหาร ทัศนคติต่ออาหาร และการสนับสนุนความมีอิสระในตนเองไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีแหล่งอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เพียงพอ เข้าถึงง่าย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ง่ายขึ้น และผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือและกำลังใจจากครอบครัวสูง จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคได้ดี

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลอง PRECEDE ของ Green, Kreuter[12] ที่กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยทั้งภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคล ดังนั้นการวิเคราะห์สาเหตุจะต้องมีการดำเนินงานหลายด้านร่วมกัน เพื่อให้ครอบคลุมทั้งบริบท บุคคล สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล โดยจำแนกออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ ซึ่งส่งผลให้การกำหนดกลวิธีในการแก้ไขปัญหาจึงสามารถกำหนดได้ครอบคลุมปัจจัยสาเหตุทั้งหมด จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ง่ายยิ่งขึ้น[12,25]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเน้นให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ ให้ความรู้เรื่องแหล่งอาหารเฉพาะโรค ส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและยั่งยืน

2. เป็นแนวทางในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการประเมินความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ ประเมินการเข้าถึงแหล่งอาหาร และการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อช่วยในการวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมต่อไป

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ และอิทธิพลจากสื่อโฆษณาต่างๆ เป็นต้น

4. ควรทำการศึกษาในพื้นที่อื่นๆ ที่มีความแตกต่างด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น บริบทชุมชน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics 2015. [Internet]. [cited 2015 November 9]. Available from: https://www.heart.org/idc/groups/ahamah-public/@wcm/@sop/@smd/docu ments/downloadable/ucm_470707.pdf.
2. Bureau of Non Communicable Diseases. Annual report 2016. Bangkok: WVO Thai Printing; 2016. (in Thai).
3. Ignatavicius D, Workman ML. Medical-surgical nursing: patient-centered collaborative care. 8th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2015. p. 627-72.
4. Nasoongchon J. Self-care behaviors of post percutaneous transluminal coronary angioplasty and stenting patients. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Khon Kaen University; 2009. (in Thai).
5. Martinez LG, House-Fancher MA. Nursing management and coronary artery disease. In Lewis SL, Heitkemper MM, editors. Medical surgical nursing: assessment and management of clinical problem. St. Louis: Mosby; 2000. p. 1016-29.
6. Tantikosoom P. The effect of behavioral management program on blood cholesterol in patients with coronary revascularization. [Dissertation's Thesis]. Chulalongkorn University; 2010. (in Thai).
7. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. The King. Heart disease management 2010. [Internet]. [cited 2015 November 9]. Available from: http://www.thaiheart.org/html.
8. Krumholz HM, Merrill AR, Schone EM, Schreiner GC, Chen J, Bradley EH, et al. Patterns of hospital performance in acute myocardial infarction and heart failure 30-day mortality and readmission. Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2009;2(5):407-13.
9. Chandrasekar B, Bourassa MG. Incidence and risk factors predictive of unstable angina resulting from restenosis after percutaneous angioplasty of saphenous vein grafts. Am Heart J 2000;140(6):827-33.

10. Boonmeesrisap A, Deenan A, Chunlestskul K. Determinant of eating behavior of patient with coronary artery heart disease. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2009;17(3):41-53. (in Thai).
11. Hardin-Fanning F. Adherence to a Mediterranean diet in a rural Appalachian food desert. Rural Remote Health 2013;13(2):2293.
12. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2005.
13. Changlek N, Lowirakorn S, Khajarern S. Food consumptions behavior and nutritional status of atherosclerotic heart disease patient in outpatient department, Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, Thailand. Srinagarind Med J 2009;24(4):286-91. (in Thai).
14. Wichitthongchai J, Lowirakorn S. Effect of nutritional education in patients after coronary artery bypass graft surgery at Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. Srinagarind Med J 2013;28(2):220-8. (in Thai).
15. Pairoj P. Perception related to dietary control, family support of dietary control and dietary control behavior among elderly of diabetes. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Prince of Songkla University; 2007. (in Thai).
16. Schmied EA, Parada H, Horton LA, Madanat H, Ayala GX. Family support is associated with behavioral strategies for healthy eating among Latinas. Health Educ Behav 2014;41(1):34-41.
17. Glanz K, Sallis JF, Saelens BE, Frank LD. Nutrition environment measures survey in stores (NEMS-S): development and evaluation. Am J Prev Med 2007;32(4):282-9.
18. Gaughan ME. Heart healthy eating self-efficacy: an effective tool for managing eating behavior change interventions for hypercholesterolemia. Clinical Nutrition 2003;18(4)229-44.
19. Khongseua P, Tantikosoom P, Ua-Kit N. The effects of educative supportive nursing program on dietary behaviors among patients after percutaneous transluminal coronary intervention. Kuakarun Journal of Nursing 2014;21(suppl):168-85. (in Thai).
20. Nangyaem A, Deenan A, Chunlestskul K. Determinants of eating behavior of hypertensive patients. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2007;19(3):84-96. (in Thai).
21. Han SS, Lee JI, Kim YJ. Predicting factors on eating behavior in coronary artery disease patients. Taehan Kanho Hakhoe Chi 2007;37(7):1193-201.

วารสารแพทย์นาวี
Royal Thai Navy Medical Journal

ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ระดับน้ำตาลในเลือด ระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารครั้งแรกกับการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง

The Association between Sense of Coherence, Blood Sugar, Duration of Initial Oral Feeding and Recovery in Patients after Open Colorectal Resection Surgery

โจธิกา เบ็ญชา* ทิพา ต่อสกุลแก้ว สุพร ดนัยดุษฎีกุล*****

Jothika Bencha, R.N.,* Tipa Toskulkao, R.N., Ph.D. (Neuroscience),
Suporn Danaidutsadeekul, R.N., D.N.S.*****

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ระดับน้ำตาลในเลือด ระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารครั้งแรกกับการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วยทั่วไปของโรงพยาบาลตติยภูมิ 2 แห่ง ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2558 - มีนาคม พ.ศ. 2559 จำนวน 75 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก แบบบันทึกระดับน้ำตาลหลังผ่าตัด แบบบันทึกวันและระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารครั้งแรก และแบบประเมินการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดช่องท้อง วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 56.00) เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 34 - 88 ปี ร้อยละ 97.31 มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูง ร้อยละ 12.00 มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และร้อยละ 38.67 รับประทานอาหารครั้งแรกภายหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง ($r = .277$, $p < .05$) แต่ระดับน้ำตาลในเลือดและระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารครั้งแรกไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.196$, $p > .05$)

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Mahidol University
E-mail: jothikabencha@gmail.com
** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University
*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ พยาบาลและทีมสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูงจะช่วยให้การฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้องรวดเร็วขึ้น

คำสำคัญ : การฟื้นตัว การผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง ความเข้มแข็งในการมองโลก ระดับน้ำตาลในเลือด การเริ่มรับประทานอาหารครั้งแรก

Abstract

The objective of this study was to explore the association between sense of coherence, blood sugar, duration of initial oral feeding and recovery in patients after open colorectal resection surgery. The sample comprised 75 patients who had been admitted in intensive care units and general wards at two tertiary care hospitals, from January 2015 to March 2016. Data collection was performed by using a demographic data questionnaire, the sense of coherence, the blood sugar, duration of initial oral feeding, and recovery after open colorectal resection surgery record. The data were analyzed by using descriptive statistics and Pearson' s product moment correlation coefficient.

The results revealed that more than half of the sample were male (56.00%), aged between 34 to 88 years. There were 97.31% of the sample senses of coherence at a high level, 12.00% had hyperglycemia, and 38.67% had duration of initial oral feeding record within 72 hours after open colorectal resection surgery. The sense of coherence was positively correlated with recovery after open colorectal resection surgery ($r = .277$, $p < .05$); however, blood sugar and duration of initial oral feeding was not statistically correlated with recovery after open colorectal resection surgery ($r = -.196$, $p > .05$).

Based on the study findings, it is recommended that nurse and the health care team should enhance sense of coherence for this group of patients. This will help increase recovery after open colorectal resection surgery.

Keywords : recovery, open colorectal resection, sense of coherence, blood sugar, oral feeding

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงพบเป็นอันดับสามของโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสี่ของโลก สำหรับในประเทศไทยพบเป็นอันดับสองในเพศชาย อันดับสามในเพศหญิง การรักษาหลัก คือ การผ่าตัดแบบตัดต่อลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง[1] ซึ่งการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดจะใช้ระยะเวลาที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ทั้งสภาพร่างกายของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด กระบวนการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด[2] ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ได้รับการศึกษาอย่างแพร่หลาย อย่างไรก็ตามยังคงมีปัจจัยบางประการได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of coherence) ระดับน้ำตาลในเลือด และระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารภายหลังผ่าตัด ที่ไม่ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ต่อการฟื้นตัวภายหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง

ความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of coherence) เป็นการรับรู้ทั้งทางด้านความคิด เจตคติ และเป็นโครงสร้างบุคลิกภาพพื้นฐานของบุคคลที่มีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ได้[3] ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่เข้ารับการผ่าตัด ถือเป็นช่วงเปราะบางของชีวิตที่ต้องเผชิญกับความเครียดภายในระยะเวลาอันสั้นเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความเข้มแข็งในการมองโลกที่ต่ำลง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกกลัว กังวล และถ้าความตึงเครียดปรับเปลี่ยนเป็นความเครียดเมื่อเกิดอาการไม่สุขสบายจากการได้รับการผ่าตัดจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงหลังผ่าตัดในระยะ 1 สัปดาห์ ถึง 1 เดือน และมีการฟื้นตัวที่ล่าช้าในระยะยาวนานถึง 6 เดือน[4] สำหรับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารและลำไส้ มีเพียงการศึกษาระดับความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตภายหลังผ่าตัดตั้งแต่ระยะเวลา 2 สัปดาห์ จนถึง 6 เดือน ที่สะท้อนให้เห็นว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูง จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่สูง[5,6]

การผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วย โดยพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นมากกว่า 270 mg/dl ส่งผลให้เกิดการคลายตัวของหูรูดหลอดอาหารและกระเพาะอาหารส่วนต้น แรงบีบตัวของหูรูดของหลอดอาหารส่วนล่างและกระเพาะอาหารส่วนปลายน้อยลง ทำให้ความเร็วในการบีบตัวของหลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กน้อยลง การเคลื่อนผ่านของอาหารช้าลง ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกคลื่นไส้ แน่นท้อง ส่วนผู้ที่ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยมากกว่า 200 mg/dl ภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมีความเสี่ยงในการเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด[7] แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการปรึกษาจากแพทย์และวิสัญญีแพทย์ในการรับยาและการติดตามภายหลังการผ่าตัดที่เหมาะสม จะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต (Mortality rate) ได้ถึงร้อยละ 23 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยด้วยเบาหวานตั้งแต่แรกรับและเป็นผู้ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรายใหม่ มีอัตราการย้ายเข้าหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตสูงกว่า[8]

โดยปกติในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง จะได้รับการงดน้ำงดอาหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรั่วซึมของบริเวณที่มีการตัดต่อลำไส้ และภาวะแทรกซ้อนของปอด ซึ่งระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารภายหลังการผ่าตัดโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการตัดต่อลำไส้ใหญ่

และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้องมีความสำคัญ เนื่องจากลำไส้ใหญ่เป็นตำแหน่งที่มีระยะเวลาในการหยุดทำหน้าที่ยาวนาน การรับประทานอาหารจะกระตุ้นให้มีการหลั่งของฮอร์โมนภายในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร[9] จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับประทานอาหารทางปากโดยเร็วภายหลังการผ่าตัด 1 - 3 วัน และได้รับการถอดสายยางทางจมูกภายใน 12 - 24 ชั่วโมง ภายหลังการผ่าตัดมีการผายลม อุจจาระ และมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ที่รับประทานอาหารช้า สำหรับประเทศไทยยังคงมีแบบแผนหรือรูปแบบในการเริ่มรับประทานอาหารที่หลากหลาย โดยมีระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารภายหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลตติยภูมิอยู่ภายใน 48 - 96 ชั่วโมง และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญ ($r = .215$, $p < .05$)[10]

การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องเพื่อตัดต่อลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นหนึ่งในการรักษาหลักของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนาน เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด และอัตราการตายภายหลังการผ่าตัด 30 วัน ที่สูงกว่าการผ่าตัดแบบอื่นๆ เป็นผลให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีความล่าช้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดต่ำ อย่างไรก็ตามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีหลายองค์ประกอบ ทั้งสภาพร่างกายของผู้ป่วย ปัจจัยด้านกระบวนการผ่าตัด และปัจจัยภายหลังการผ่าตัด การศึกษาเพิ่มเติมปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก ระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังผ่าตัดและระยะการเริ่มรับประทานอาหารครั้งแรก ซึ่งยังไม่มีการศึกษาต่อความสัมพันธ์ของการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัด จะทำให้เกิดองค์ความรู้และนำไปสู่แนวทางปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด ตลอดจนเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัดที่ล่าช้าร่วมด้วยเช่นกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการฟื้นตัวของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความเข้มแข็งในการมองโลก ระดับน้ำตาลในเลือดและระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารครั้งแรก กับการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง

กรอบแนวคิดการวิจัย

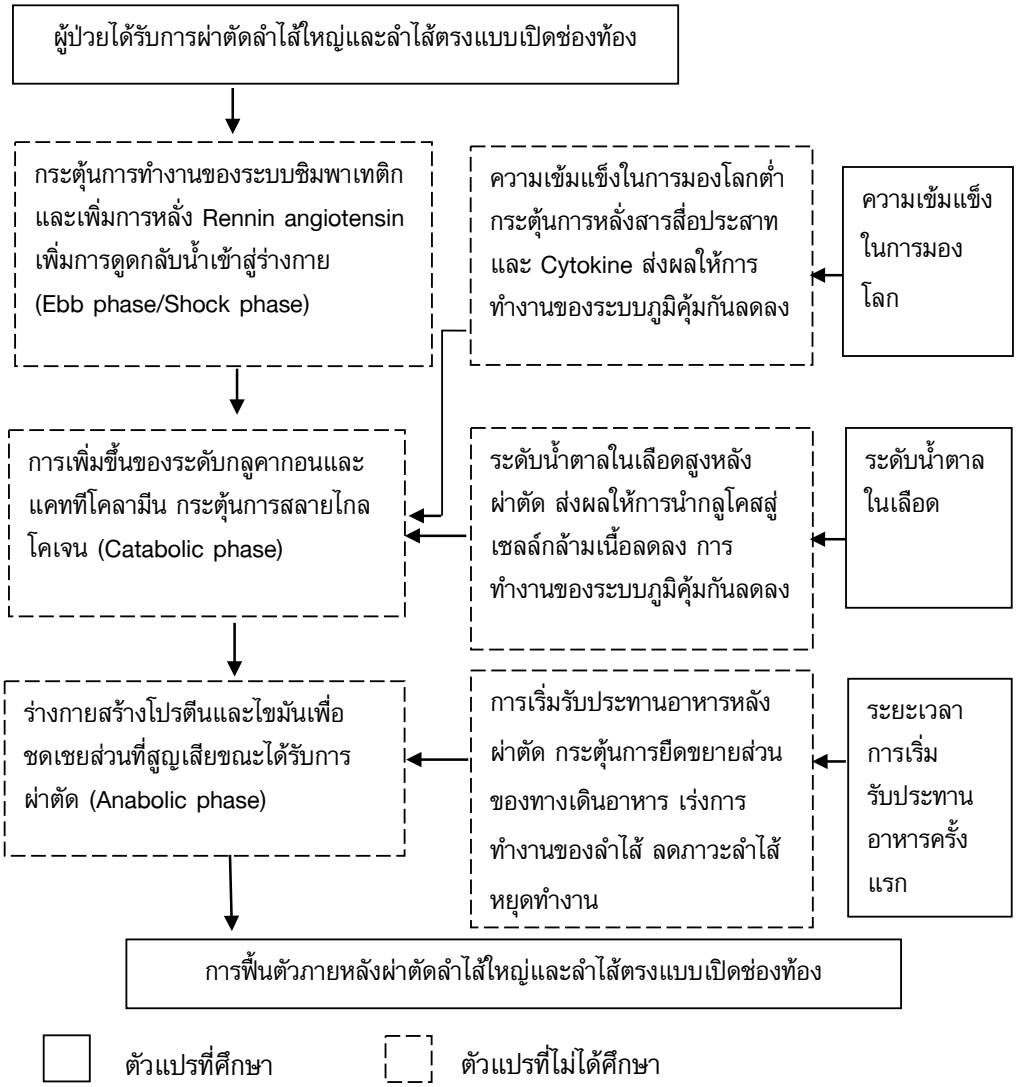
การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดตามพยาธิสรีรภาพการตอบสนองทางเมแทบอลิซึมของระบบประสาทและฮอร์โมนต่อการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง แบ่งได้เป็น 3 ขั้นตอน คือ[7,8,9,11]

1. Ebb phase หรือ Shock phase เกิดขึ้นทันทีที่มีการบาดเจ็บ โดยมีการกระตุ้นระบบซิมพาเทติก (Sympathetic) ให้หลั่งอะดรีนาลีน (Adrenaline) เพิ่มขึ้น เกิดการกระตุ้นของระบบ Rennin-angiotensin เพิ่มการดูดซึมโซเดียมจาก Distal tubule ของไตกลับเข้าระบบไหลเวียนโลหิต ในขณะเดียวกัน สมองกระตุ้นให้ Posterior pituitary หลั่ง Antidiuretic Hormone (ADH) ซึ่งเป็นผลให้ Distal tuble ดูดน้ำกลับเข้าสู่ระบบไหลเวียนเพิ่มขึ้น สิ้นสุดลงเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาชดเชย

เลือดหรือน้ำและเกลือแร่ที่เสียไป

2. Catabolic phase ภายใน 24 ชั่วโมงของการบาดเจ็บ ระดับกลูคากอน แคททีโคลามีน ฮอร์โมนจะสูงขึ้นทันที กระตุ้นให้มีการสลายไกลโคเจนเป็นน้ำตาลกลูโคส กลูโคสในเลือดจึงจะสูงกว่าปกติ การนำกลูโคสไปสู่หลอดเลือดส่วนปลายโดยเฉพาะในเซลล์กล้ามเนื้อลดลง ในขณะเดียวกันการผลิตไกลโคเจนที่ลดลง ส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง การทำงานของลิวโคไซม์และเกล็ดเลือดบกพร่อง มีผลต่อการหายของแผลผ่าตัดและมีความเสี่ยงในการเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด สำหรับผู้ที่มีความเข้มแข็งในตนเองต่ำจะมีการปรับเปลี่ยนความเครียดสู่ภาวะเครียด กระตุ้นให้เกิดการหลั่งสารสื่อประสาทจากไฮโปทาลามัสและต่อมพิทูอิตารี มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันและการหลั่งของ Cytokine อย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด การติดเชื้อ และเป็นตัวทำนายอัตราการเสียชีวิตภายหลังผ่าตัด ความรุนแรงและระยะเวลาของ Catabolic phase ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของบาดแผลและภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะสภาวะติดเชื้อ โดยสิ้นสุดเมื่อบาดแผลหายหรือถูกเย็บปิดประมาณ 3 - 7 วันหลังผ่าตัด

3. Anabolic phase เมื่อฮอร์โมนต่างๆ กลับสู่ระดับปกติ ถ้าผู้ป่วยได้รับอาหารเพียงพอ ร่างกายจะกลับมาใช้กลูโคสเป็นเชื้อเพลิงและเริ่มสร้างโปรตีนและสะสมไขมันเพื่อชดเชยส่วนที่เสียไป ซึ่งผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้องจะเกิดการหลั่งสาร Nitric oxide ซึ่งเป็นสารยับยั้งการบีบตัวของกล้ามเนื้อเรียบที่ผนังลำไส้ เป็นผลให้เกิดภาวะลำไส้หยุดทำหน้าที่หลังผ่าตัด (Postoperative ileus) โดยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ การเริ่มรับประทานอาหารภายหลังผ่าตัดล่าช้า จะทำให้ทางเดินอาหารไม่ได้รับการกระตุ้นบีบรัดตัว ในขณะเดียวกันการเริ่มรับประทานอาหารโดยเร็วตั้งแต่ระยะแรกหลังผ่าตัดเกิดการยืดขยายส่วนของทางเดินอาหาร กระตุ้นตัวรับรู้ทางกลและเคมีบริเวณชั้นเยื่อบุและชั้นกล้ามเนื้อของทางเดินอาหาร มีผลทำให้เกิดการเร่งการทำหน้าที่ของลำไส้ภายหลังการผ่าตัด ลดภาวะลำไส้หยุดการทำงาน ระยะ Anabolic phase ถือเป็นระยะพักฟื้น อาจใช้เวลาหลายสัปดาห์หรือเป็นเดือนกว่าจะสิ้นสุด ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของบาดแผลหรือชนิดของการผ่าตัด



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้องโดยประยุกต์ทฤษฎีพยาธิสรีรวิทยาการตอบสนองทางเมแทบอลิซึมต่อการผ่าตัด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบภาคตัดขวาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้องโดยได้รับยาดมสลบทั่วร่างกายหรือร่วมกับได้รับยาดมสลบทางไขสันหลังโดยการนัดหมายล่วงหน้า ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ 2 แห่ง ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางโดยกำหนดการวิเคราะห์อำนาจทดสอบสำหรับสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

เพียร์สัน ที่ระดับความเชื่อมั่น (α) .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) = .08 กำหนดค่าอิทธิพลปานกลาง (r = .30) เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาแบบเดียวกัน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 ราย แต่เนื่องด้วยข้อจำกัดของการศึกษา จึงได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 75 ราย กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เข้ารับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้องเป็นครั้งแรก เกณฑ์การยุติ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ้ำหรือเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจากทะเบียนนัดหมายผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 5 ชุด ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึก อายุ เพศ โรคประจำตัว วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ทำการผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด การวินิจฉัยโรคภายหลังผ่าตัด ชนิดของการให้ยาระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด (ตามการวินิจฉัยของแพทย์) วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวนวันนอนโรงพยาบาล

2. แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดหลังผ่าตัดโดยใช้ค่าสูงสุดในระยะเวลา 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด มีหน่วยเป็นมิลลิกรัม/เดซิลิตร (mg/dl)

3. แบบบันทึกวันและระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารครั้งแรก ระยะเวลาการคาสายทางจมูก จิบน้ำ รับประทานอาหารเหลวทางปาก และการรับประทานอาหารอ่อน พร้อมประเมินอาการภายหลังการรับประทานอาหาร โดยประเมินระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารหลังผ่าตัดเป็นชั่วโมง สำหรับเวลาที่เกินเป็นนาที จะเทียบบัญญัติไตรยางศ์จากชั่วโมงเป็นจุดทศนิยม

4. แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky[12] (The Sense of Coherence questionnaires) แปลเป็นภาษาไทยโดย กนกพร สุคำวัง[13] ประกอบด้วยข้อคำถาม 29 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามจะมีหมายเลข 1 - 7 คะแนน โดยตัวเลข 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความในคำถามมากที่สุด และหมายเลข 7 หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความในคำถามมากที่สุด มีคะแนนรวม 29 – 203 คะแนน คะแนน 29 - 86 หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับต่ำ คะแนน 87 - 114 หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับปานกลาง คะแนน 115 - 203 หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูง

5. แบบประเมินการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดช่องท้อง The Convalescence and Recovery Evaluation (CARE) พัฒนาโดย Hollenbeck และคณะ[14] แปลเป็นภาษาไทยโดย ปวงกมล กฤษณบุตร, อรพรรณ โตสิงห์, สุพร ดนัยดุษฎีกุล, เชิดศักดิ์ ไอรมณีรัตน์[15] ประกอบด้วยคำถาม 4 มิติ จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ มิติความเจ็บปวด จำนวน 9 ข้อ มิติกระเพาะอาหารและลำไส้ จำนวน 5 ข้อ มิติอารมณ์ จำนวน 2 ข้อ และมิติการทำกิจกรรม จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า ซึ่งคะแนนรวมในแต่ละมิติมีค่าระหว่าง 0 ถึง 100 คะแนน โดยนำคะแนนรวมของข้อย่อยในแต่ละมิติเทียบบัญญัติไตรยางค์ 100 คะแนน ถ้าคะแนนมากแสดงถึงการฟื้นตัวที่ดีกว่า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกและแบบประเมินการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดช่องท้องมีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.95[13] และ 0.87[15] ส่วนค่าความเที่ยงผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้องจำนวน 30 คน วิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 ทั้งสองแบบประเมิน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ รหัส Si 634/2014 วันที่อนุมัติ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2557 และ 159/2557 วันที่อนุมัติ 30 มกราคม พ.ศ. 2558

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับการผ่าตัดเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยอธิบายการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ดำเนินการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกวันก่อนผ่าตัด และบันทึกข้อมูลการผ่าตัด ระดับน้ำตาลในเลือดระยะหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารครั้งแรกและประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในวันที่ 7 หลังการผ่าตัด เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2558 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญสำหรับการทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต้น ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก ระดับน้ำตาลในเลือด และระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารครั้งแรกกับการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัด โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.00) เป็นเพศชาย อายุต่ำสุด 34 ปี อายุสูงสุด 88 ปี มีอายุเฉลี่ย 64.85 ปี (SD = 11.14) ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุ (ร้อยละ 58.67) โดยร้อยละ 33.34 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 17.33 มีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค ร้อยละ 20.00 มีโรคประจำตัวอย่างน้อยสี่โรค โดยพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 50.67) รองลงมา คือ โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 38.67) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 37.33) และโรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 12.00) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง (n = 75)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	42	56.00
หญิง	33	44.00
อายุ (ปี) ($\bar{X}$ = 64.85 ปี, SD = 11.14, Min = 34 ปี, Max = 88 ปี)		
วัยผู้ใหญ่ (22 - 40)	1	1.33
วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (41 - 60)	30	40.00
วัยผู้สูงอายุ (61 ปีขึ้นไป)	44	58.67
โรคร่วม		
ไม่มีโรคประจำตัว	25	33.34
อย่างน้อย 1 โรค	13	17.33
อย่างน้อย 2 โรค	13	17.33
อย่างน้อย 3 โรค	9	12.00
อย่างน้อย 4 โรค	15	20.00

กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงส่วน Sigmoid colon มากที่สุด ร้อยละ 30.67 รองลงมา ได้แก่ Rectum ร้อยละ 14.67 และ Transverse colon ร้อยละ 12.00 เข้ารับการผ่าตัด Anterior resection มากที่สุด ร้อยละ 28.00 รองลงมา ได้แก่ ผ่าตัด Sigmoidectomy (ร้อยละ 25.33) และ Right hemicolectomy (ร้อยละ 18.67) มีระยะการนอนโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 8.80 วัน โดยสามในสี่ (ร้อยละ 73.33) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมากที่สุด ได้แก่ ลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัด (Postoperative bowel ileus) (ร้อยละ 10.67) รองลงมา ได้แก่ แผลผ่าตัดติดเชื้อ (Surgical site infection : SSI) (ร้อยละ 9.33) ภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion) ปัสสาวะคั่ง (Urinary retention) (ร้อยละ 2.67) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้องจำแนกตามประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา (n = 75)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การวินิจฉัย		
CA sigmoid colon	23	30.67
CA rectum	11	14.67
CA transverse colon	9	12.00
CA rectosigmoid colon	8	10.67

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้องจำแนกตามประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา (n = 75)(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
CA ascending colon	7	9.33
CA descending colon	7	9.33
CA cecum	5	6.67
CA hepatic flexure	4	5.33
CA splenic flexure	1	1.33
การผ่าตัด		
Anterior resection	21	28.00
Sigmoidectomy	19	25.33
Right hemicolectomy	14	18.67
Extended right hemicolectomy	9	12.00
Left hemicolectomy	7	9.33
Subtotal colectomy	2	2.67
Transverse colectomy	2	2.67
Extended left hemicolectomy	1	1.33
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด		
ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	55	73.33
ลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัด (Postoperative bowel ileus)	8	10.67
แผลผ่าตัดติดเชื้อ (Surgical site infection)	7	9.33
ภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion)	2	2.67
ภาวะปัสสาวะคั่ง (Urinary retention)	2	2.67
ภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia)	1	1.33
ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia)	1	1.33
การรั่วของรอยต่อลำไส้ (Anastomosis leakage)	1	1.33
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (วัน) ($\bar{X}$ = 8.80, Min = 5, Max = 19)		
1 - 7	26	34.67
8 - 14	45	60.00
15 - 21	4	5.33

ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 97.31 มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูง มีเพียงร้อยละ 2.69 มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับปานกลาง ส่วนระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างหนึ่งในสาม (ร้อยละ 32.00) มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ 140 - 200 mg/dl ร้อยละ 13.33 มีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 140 mg/dl ร้อยละ 12.00 มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 200 mg/dl และร้อยละ 42.67 ไม่มีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดหลังผ่าตัด โดยมีระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารครั้งแรกอยู่ในช่วง 2.58 ชั่วโมง – 142.50 ชั่วโมง มีค่าเฉลี่ย 55.33 ชั่วโมง (SD = 26.85) และมีคะแนนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอยู่ในช่วง 42.86 - 80.82 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 66.43 คะแนน (SD = 7.92) การฟื้นตัวด้านความเจ็บปวดมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 81.36 คะแนน ส่วนการฟื้นตัวด้านกิจกรรมมีคะแนนน้อยที่สุด 37.00 คะแนน ดังตารางที่ 3 และ 4 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ระดับความเข้มแข็งในการมองโลก ระดับน้ำตาลในเลือด และระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารครั้งแรกของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง (n = 75)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ความเข้มแข็งในการมองโลก		
- ระดับปานกลาง (86 - 114)	2	2.69
- ระดับสูง (115 - 203)	73	97.31
2. ระดับน้ำตาลในเลือด		
- น้อยกว่า 140 mg/dl	10	13.33
- 140 - 200 mg/dl	24	32.00
- มากกว่า 200 mg/dl	9	12.00
- ไม่มีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดหลังผ่าตัด	32	42.67
3. ระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารครั้งแรก (วัน)		
($\bar{X}$ = 55.33 ชั่วโมง, SD = 26.85, Range = 2.58 - 142.50)		
วันที่ 1 หลังผ่าตัด	10	13.33
วันที่ 2 หลังผ่าตัด	25	33.33
วันที่ 3 หลังผ่าตัด	29	38.67
วันที่ 4 หลังผ่าตัด	8	10.67
วันที่ 5 หลังผ่าตัด	1	1.33
วันที่ 6 หลังผ่าตัด	2	2.67

ตารางที่ 4 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการฟื้นตัวหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้องสัปดาห์ที่ 1 แยกเป็นรายด้าน (n = 75)

ตัวแปรที่ศึกษา	คะแนนที่ได้	$\bar{X}$	SD
ด้านความเจ็บปวด	44.44 - 99.00	81.36	7.96
ด้านกระเพาะอาหารและลำไส้	23.30 - 86.80	66.10	15.91
ด้านอารมณ์	16.50 - 100.00	81.16	12.80
ด้านกิจกรรม	8.25 - 66.75	37.00	12.29
โดยรวม	**42.86 - 80.82**	**66.43**	**7.92**

โดยผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .277$, $p < .05$) ระดับน้ำตาลในเลือดและระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารครั้งแรกไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ระดับน้ำตาลในเลือด ระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารครั้งแรกกับการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง (n = 75)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4
1. ความเข้มแข็งในการมองโลก	1.000			
2. ระดับน้ำตาลในเลือด	-.196	1.000		
3. ระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารครั้งแรก	-.175	.002	1.000	
4. การฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง	.277*	-.196	-.196	1.000

* $p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

1. การฟื้นตัวของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงภายหลังการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องในสัปดาห์แรก

จากผลการศึกษา พบว่า การฟื้นตัวด้านความเจ็บปวดเร็วที่สุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 81.36 คะแนน เนื่องจากความปวดแบบเฉียบพลันที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการทำลายเนื้อเยื่อ โดยตำแหน่งที่มีการตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อบุช่องท้องไปยังอวัยวะภายในช่องท้องที่มีพยาธิสภาพ ทำให้เซลล์ประสาทได้รับบาดเจ็บและถูกทำลาย โดยความเจ็บปวดจะลดลงตามลำดับใน 1 - 3 วันหลังผ่าตัด[16] สอดคล้องกับการศึกษาของ ปวงกมล กฤษณบุตร และคณะ[15] และ อรพรรณ ไชยชาติ, วงจันทร์ เพชรพิเชษฐ์เชียร, ศศิธร พุมดวง[17] สำหรับการฟื้นตัวด้านกระเพาะอาหารและลำไส้มีค่าคะแนนเฉลี่ย 66.10 คะแนน เกิดภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวชั่วคราวหลังผ่าตัด ร้อยละ 10.67 เนื่องจากการตัดต่อลำไส้มีการสัมผัสเยื่อบุภายใน

ช่องท้องกระตุ้นการตอบสนองของร่างกายต่อการบาดเจ็บร่วมกับการได้รับยาระงับความรู้สึกและยาบรรเทาปวดในกลุ่มเสพติด (Opioids) ที่มีผลข้างเคียงในการลดการบีบรัดตัวของลำไส้ โดยลำไส้ใหญ่จะมีการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ภายใน 48 - 72 ชั่วโมง[18] ส่วนการฟื้นตัวทางด้านอารมณ์มีค่าคะแนนเฉลี่ยรองลงมา 81.16 คะแนน ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและสูงอายุ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการนัดหมายล่วงหน้าจึงได้รับการเตรียมพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Lien, Lin, Kuo, Chen[19] ที่พบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวจะมีความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก เมื่อการผ่าตัดสำเร็จลุล่วงและมีการฟื้นตัวตามลำดับ ระดับความวิตกกังวลจึงลดลง ทั้งนี้ในผู้ที่มีอายุมากมีประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตจะมีการเผชิญปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย นอกจากนี้สำหรับการฟื้นตัวด้านกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 37.00 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาของ Takeshi และคณะ[20] พบว่า ในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารและลำไส้ใหญ่ การทำกิจวัตรประจำวันลดลงทันทีภายหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และมีผู้ป่วยร้อยละ 49 ที่ทำกิจวัตรประจำวันลดลงภายหลังออกจากโรงพยาบาล โดยร้อยละ 97 ต้องใช้ระยะเวลาถึง 6 เดือน ในการฟื้นตัวในการทำกิจวัตรประจำวันให้เทียบเท่าก่อนผ่าตัด โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Pecorelli และคณะ[21] ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุ ระดับความเสี่ยงก่อนผ่าตัด (ASA score) > 3 และมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอย่างน้อย 1 อย่าง เช่น แผลติดเชื้อ ฝีในช่องท้อง ภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหว การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ทำให้ความสามารถในการเดินลดลง ทั้งนี้ในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมถึงร้อยละ 20 ซึ่งโดยทั่วไปผู้สูงอายุจะมีพยาธิสภาพที่เสื่อมลงตามวัย ทำให้ระบบต่างๆ ของร่างกายที่ช่วยในกลับคืนสู่สภาพปกติทำหน้าที่ลดลง ส่งผลรบกวนต่อการเคลื่อนไหวและการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัด

2. ความสัมพันธ์ของความเข้มแข็งในการมองโลก ระดับน้ำตาลในเลือด และระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารครั้งแรกกับการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูง ร้อยละ 97.31 และพบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .227$, $p < .05$) ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูงจะมีการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้องได้ดีกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับต่ำกว่า ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Siassi, Weiss, Hohenbeger, Losel, Matzel[22] ที่พบว่า ผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูงตั้งแต่ก่อนผ่าตัด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนผ่าตัดต่อเนื่องจนถึงหลังผ่าตัดระยะยาว 3 เดือน ถึง 1 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Hasfeldt, Maindat, Lauridsen, Birkelund[23] ในผู้ป่วยศัลยกรรมที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia) ที่พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความปวดหลังผ่าตัดและปริมาณการใช้ยาแก้ปวดชนิดเสพติด (Opioids) ($p < .01$) โดยในผู้ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับต่ำ จะขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกกลัว กังวล และถ้าความตึงเครียดปรับเป็นความเครียด จะกระตุ้นให้เกิดการหลั่งสารสื่อประสาทจากไฮโปทาลามัสและมีผลย้อนกลับกระตุ้น

การหลั่งฮอร์โมนจากต่อมพิทูอิตารี มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด

ระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เกือบครึ่งไม่มีการติดตามระดับน้ำตาลภายหลังผ่าตัด ส่วนผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติมีเพียงร้อยละ 12.00 ส่วนใหญ่มีการติดตามในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเบาหวาน มีการกำหนดช่วงของระดับน้ำตาลในเลือดที่แตกต่างกันในหลายการศึกษาร่วมกับการประเมินการฟื้นตัว ในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกเครื่องมือที่ประเมินมิติการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดที่เป็นองค์รวมแบบ 4 ด้าน ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมามุ่งเน้นผลลัพธ์เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดและอัตราการเสียชีวิตภายหลังผ่าตัด จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ในการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัด แตกต่างจากการศึกษาย้อนหลังของ Mohan และคณะ[24] ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่มีระดับน้ำตาลในเลือด > 180 mg/dl ภายใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (OR = 1.53, p = .03) การติดเชื้อในกระแสเลือด (OR = 1.61, p < .01) อย่างไรก็ตามภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงได้ทั้งในผู้ป่วยเบาหวานและไม่เป็นเบาหวาน และส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนสำคัญหลังผ่าตัด ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดช่วงเช้าก่อนผ่าตัด ให้อยู่ในระดับ 100 - 180 mg/dl โดยติดตามทุกๆ 6 ชั่วโมง จนกระทั่งปรับการติดตามเป็นก่อนรับประทานอาหารและก่อนนอนในผู้ป่วยเบาหวานหลังผ่าตัด ส่วนในผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวเบาหวานควรได้รับการติดตามและเฝ้าระวังในช่วงระยะ 24 - 48 ชั่วโมงภายหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ระยะเวลาการเริ่มรับประทานอาหารครั้งแรกอยู่ในช่วง 2.58 – 142. 50 ชั่วโมง มีค่าเฉลี่ย 55.33 ชั่วโมง (SD = 26.85) โดยร้อยละ 38.67 เริ่มรับประทานอาหารวันที่ 3 หลังผ่าตัด โดยไม่พบความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเป็นการประเมินการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดแบบภาพรวม แตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ ที่มีการประเมินรายด้านเฉพาะการทำงานของระบบใดระบบหนึ่ง และพบภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดร่วมด้วย ร้อยละ 10.67 ซึ่งส่งผลให้เกิดการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดล่าช้า ดังเช่นการศึกษาของ Fuji และคณะ[25] ที่พบว่าผู้ป่วยที่เริ่มรับประทานอาหารเหลวตั้งแต่วันที่ 1 ภายหลังผ่าตัดมีการฟื้นตัวทางด้านการทำหน้าที่ของกระเพาะอาหารและลำไส้เร็วกว่าผู้ที่รับประทานอาหารทางปากครั้งแรกในวันที่ 2 ภายหลังผ่าตัด โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริพรรณ ภมรพล[10] ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 37.5 เริ่มรับประทานอาหารทางปากครั้งแรกในวันที่ 3 หลังผ่าตัดและพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.215, p < 0.5)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ประเมินระดับความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง ในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับต่ำ พยาบาลควรพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องโดยส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาระดับความเข้มแข็งในการมองโลกภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดในระยะสัปดาห์แรกภายหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลที่มีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ดูแลหลัก

เอกสารอ้างอิง

1. National Cancer Institute. Hospital based registry 2016. Bangkok: Pornsub Printing; 2018.
2. Bertani E, Chiappa A, Biffi R, Bianchi P, Radice D, Branchi V, et al. Assessing appropriateness for elective colorectal surgery: clinical, oncological, and quality of life short term outcomes employing treatment approaches. Int J Colorectal Dis 2011;26(10):1317-27.
3. Chunlestskul K, Mahakayanun S, Lapuntakul N. Sense of coherence, health and instrument. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2500;8(1):12-21. (in Thai).
4. Matsushita T, Ohki T, Hamajima M, Matsushima E. Sense of coherence among patients with cardiovascular disease and cancer under surgery. Holist Nurs Pract 2007;21(5):244-53.
5. Mizuno M, Asano Y, Sumi, T, Inoue Y. Adaptation status and related factors at 2 time points after surgery in patients with gastrointestinal tract cancer. Cancer Nurs 2011;34(1):41-8.
6. Mizuno M, Kakuta M, Inoue Y. The effects of sense of coherence, demands of illness, and social support on quality of life after surgery in patients with gastrointestinal tract cancer. Oncol Nurs Forum 2009;36(3):144-52.
7. McConnell YJ, Johnson PM, Porter GA. Surgical site infections following colorectal surgery in patients with diabetes: association with postoperative hyperglycemia. J Gastrointest Surg 2009;13(3):508-15.
8. Anand N, Chang CA, Chang RY, Nguyen GC. Impact of diabetes on postoperative outcome following colon cancer surgery. J Gen Intern Med 2011;25(8):809-13.

9. Santrakul N. How to prevent and management of postoperative ileus. In Muangmean M (editor). Current problems in surgery: general surgical volume 7. Bangkok: Kosit Printing; 2009. (in Thai).
10. Phamornphon S. Factors predicting bowel function recovery in patients after open colorectal resection surgery. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Mahidol University; 2013. (in Thai).
11. Luangchana W. Textbook in surgery. Bangkok: Booknet; 2001. (in Thai).
12. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. Social Science & Medicine 1993;36(6):725-33.
13. Sukamvang K. A causal model of quality of life among the elderly with osteoarthritis. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Mahidol University; 1998. (in Thai).
14. Hollenbeck BK, Dunn RL, Wolf JS Jr, Sanda MG, Wood DP, Gilbert SM, et al. Development and validation of the convalescence and recovery evaluation (CARE) for measuring quality of life after surgery. Qual Life Res 2008;17(6):915-26.
15. Krisanabud P, Thosingha O, Danaidutsadeeku S, Iramaneera C. Factors associated with recovery among patients undergoing non-traumatic general abdominal surgery within one week. Thai Journal of Nursing Council 2012;27(1):39-48. (in Thai).
16. Brown C, Constance K, Bedard D, Purden M. Colorectal surgery patient' s pain status, activities, satisfaction and beliefs about pain management. Pain Manag Nurs 2013;14(4):184-92.
17. Chaichart O, Petpichetchian W, Phumdoung S. Patients' satisfaction toward postoperative pain management. Patients' satisfaction toward postoperative pain management. Songkla Med J 2006;24(2):101-9. (in Thai).
18. Zhuang CL, Ye XZ, Zhang CJ, Dong QT, Chen BC, Yu Z. Early versus traditional postoperative oral feeding in patients undergoing elective colorectal surgery: a meta–analysis of randomized clinical trials. Dig Surg 2013;30:225-32.
19. Lien CY, Lin HR, Kuo LT, Chen ML. Perceived uncertainty, social support and psychological adjustment in older patients with cancer being treated with surgery. J Clin Nurs 2009;18(16):2311-19.
20. Takeshi A, Koji O, Masahiko A, Takashi K, Yuichi K, Yayoi O, et al. Activities of daily living and quality of life of elderly patients after elective surgery for gastric and colorectal cancers. Ann Surg 2007;246(2):222-8.

21. Pecorelli N, Fiore Jr, Gillis C, Awasthi R, Mappin-Kasirer B, Niculiseanu P, et al. The six-minute walk test as a measure of postoperative recovery after colorectal resection: further examination of its measurement properties. Surg Endosc 2016;30:(6);2199-206.
22. Siassi M, Weiss M, Hohenbeger W, Losel F, Matzel K. Personality rather than clinical variables determines quality of life after major colorectal surgery. Dis Colon Rectum 2009;52(4):662-8.
23. Hasfeldt D, Maindat HT, Lauridsen JT, Birkelund R. Influence of patients ' sense of coherence on main postoperative variable in the post anesthesia care unit: a cross section study. Journal of the American of Nurse Anesthtists 2015;83(6):417-23.
24. Mohan S, Kaoutzanis C, Welelch KB, Vandewarker JF, Winter S, Krapohl G, et al. Postoperative hyperglycemia and adverse outcome in patients undergoing colorectal surgery: result from the Michigan surgical quality collaborative database. Int J Colorectal Dis 2015;30(11):1515-23.
25. Fuji T, Morita H, Sutoh T, Yajima R, Yamaguchi S, Tsutsumi S, et al. Benefit of oral feeding as early as one day after elective surgery for colorectal cancer: oral feeding on first versus second postoperative day. Int Surg 2014;99(3):211-5.

ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง
The Effect of Health Belief Model Program on Complication Preventive Behavior in Hypertensive Older Persons

สุภาวดี พรมแจ่ม* จิราพร เกศพิชญวัฒนา**

Supawadee Promjame, R.N.,* Jiraporn Kespichayawattana, R.N., Ph.D.**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher และ Rosenstock กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ณ ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง จำนวน 50 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 คน และกลุ่มทดลอง 25 คน จับคู่ให้มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ และระดับการศึกษา กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย แผนการดำเนินงานตามโปรแกรม คู่มือความเชื่อและความจริงที่ควรรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.85 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

E-mail: tslove-27@hotmail.com

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

2. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ดีกว่าของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะควรนำโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตามบริบทในแต่ละพื้นที่รับผิดชอบเพื่อกระตุ้นให้สามารถเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ : โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This study is quasi-experimental research with an aim to examine the effects of a health belief model program on complication preventive behavior in hypertensive older persons. The Health Belief Model developed by Strecher and Rosenstock was employed as the intervention. The target group was 50 elderly people with hypertension at the Elderly Club of Amphoe Wiset Chai Chan, Angthong, who met the eligibility criteria. The first 25 subjects were assigned to the control group and the next 25 subjects were assigned to the experimental group. They were pair-matched based on their similar characteristics in terms of gender, age, and educational attainment. The control group received routine nursing care, whereas the experimental group participated in the health belief model program for elderly people with hypertension. The research instrument was the health belief model program for complication preventive behavior in hypertensive older persons. The program consisted of a program implementation guide, a handbook of concepts and facts that elderly people with hypertension should know to prevent complications of hypertension, which were reviewed by five content experts to check content validity. The data were collected using the “Health behavior to prevent complications from hypertension” questionnaire which had a content validity index (CVI) of 0.85 and an acceptable reliability at 0.84. The data were analyzed and presented using descriptive (mean, percentage, and standard deviation) and t-test statistics.

The research results can be summarized as follows :

1. Complication preventive behavior in hypertensive older persons after participating in the health belief model program was better than that of before participating in the program with statistical significance at .05.

2. Complication preventive behavior in hypertensive older persons participating in the health belief model program was better than that of receiving routine nursing care with statistical significance at .05.

Recommendations should apply the health belief model program to older persons with hypertension in context in each responsible area for encouraging change in complication preventive behavior from hypertension.

Keyword : health belief model program, complication preventive behavior, hypertensive older persons

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ปัจจุบันพบว่า มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วโลก 1 พันล้านคน[1] คาดว่าในปี ค.ศ. 2025 จะมีเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคน[2] และยังมีอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป สูงถึง 60 - 80%[3] สำหรับประเทศไทย พบว่า มีผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41 ความชุกของโรคความดันโลหิตในผู้สูงอายุ ร้อยละ 20 และพบว่าผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 20[4] และจากสถิติของจังหวัดที่มีอัตราป่วยของผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1 ใน 10 อันดับแรก ในปี พ.ศ. 2557 คือ จังหวัดอ่างทอง พบว่า มีอัตราป่วย 3,530.15 ต่อประชากรแสนคน โดยพบว่า ชมรมผู้สูงอายุของอำเภอวิเศษชัยชาญ ตั้งแต่ในปี พ.ศ. 2547 - 2557 มีอัตราป่วยเพิ่มมากขึ้นจาก 169.6 เป็น 760.5 ต่อประชากรแสนคน พบว่า เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 4.98 และพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[5] ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดเนื่องจากผนังหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น ทำให้ตีบแข็งตัวมากขึ้น ทางการแพทย์เชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติในการไหลเวียนที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางด้านพันธุกรรม และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสูงอายุ การรับประทานอาหารที่เค็มหรือมีไขมันสูง ภาวะอ้วน ความเครียด ขาดการออกกำลังกาย หรือขาดการปฏิบัติตัวในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การดูแลรักษาโรคเรื้อรังเหล่านี้ทำได้ยาก เนื่องจากความแตกต่างกันของวิถีการดำเนินชีวิต ความเชื่อ และพฤติกรรมการปฏิบัติตน ซึ่งผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน แม้จะมีการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตเป็นประจำสม่ำเสมอ แต่ยังคงมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมกับสภาวะโรคที่เจ็บป่วยอยู่ถึงร้อยละ 97.8 ทำให้ระดับความดันโลหิตยังคงสูงควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 68.7 ส่งผลให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนคิดเป็นร้อยละ 28.96 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้แก่ มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร้อยละ 69 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 77 โรคไตวายและไตพิการ ร้อยละ 23.35 ตามมา[4] ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงจึงต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตรวมทั้งมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หรือวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งความรุนแรงของโรคไม่ให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีในภาวะที่เจ็บป่วย[6] ร่วมกับการปฏิบัติกิจกรรมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาวะโรคและแผนการรักษา[7] ประกอบด้วย การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การงดดื่มแอลกอฮอล์และการเลิกบุหรี่ ก็จะทำให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่ พบว่า เกิดจากปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสำคัญส่งผลให้เกิดอันตรายรุนแรงต่อสุขภาพและทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ คือ 1) การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค 2) ขาดการออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียดไม่เหมาะสม ขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ รวมทั้งความวิตกกังวลและความไม่สบายใจที่มีอยู่[7] สำหรับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการมาพบแพทย์ตามนัดและรับประทานยาสม่ำเสมออยู่ในระดับดี ซึ่งเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ไม่ยากนัก ไม่ยุ่งยากซับซ้อนเหมือนการปฏิบัติพฤติกรรมด้านอื่นๆ นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้เลิกพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่[8]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพนั้นมีอิทธิพลและความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล[9] ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สำหรับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดจากการรับรู้จากประสบการณ์เดิมที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือผู้อื่นที่สะสมมานานจนเกิดเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติจนเคยชิน ซึ่งค่อนข้างยากที่จะปรับเปลี่ยนความเชื่อที่มีอยู่เดิม[10] จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและส่งผลให้เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง คือ 1) ด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 47[11] ซึ่งเกิดจากผู้สูงอายุมีความเชื่อและการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องโภชนาการที่ไม่สอดคล้องกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ซึ่งไม่ได้มีอาการแสดงที่ชัดเจน เพราะมีความเชื่อว่าตนเองยังปกติและแข็งแรงดี ยังคงรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง รสเค็ม เช่นเดียวกับก่อนป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากความชอบและเคยชิน ร้อยละ 65[12] จึงไม่สนใจการรับประทานอาหารให้ถูกต้อง 2) ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 72 เกิดจากความเชื่อที่ว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นไม่ควรออกกำลังกายเพราะจะทำให้ร่างกายยิ่งทรุดโทรมเร็วขึ้น หรือการออกกำลังกายจนเหนื่อยจะยิ่งทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และเชื่อว่าการทำงานในชีวิตประจำจนรู้สึกเหนื่อยเป็นการออกกำลังกายบางคนแบกยกของหนักเกินกำลัง[13] และ 3) ด้านการจัดการความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงยังมีความเชื่อว่าทุกคนมีความเครียดเหมือนกันและไม่สามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้[14] จึงส่งผลให้มีภาวะความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น

สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคขณะเจ็บป่วย ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Strecher, Rosenstock[15] มาเป็นแนวทางในการอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคของบุคคล โดยมี

แนวคิดว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหรือไม่นั้นขึ้นกับปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมโดยบุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้พิการ เสียชีวิต เกิดความเจ็บปวดหรือกระทบต่อครอบครัว ส่งผลให้บุคคลเกิดความเกรงกลัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นๆ และเริ่มมีการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หากบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตนและการรับรู้ว่าตนเองสามารถปฏิบัติตัวได้มีมากกว่าอุปสรรคก็จะเป็นแรงผลักดันที่มีอิทธิพลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมการป้องกันเกิดขึ้น ทั้งนี้ร่วมกับบุคคลนั้นได้รับสิ่งกระตุ้นที่จำเป็นในกระบวนการตัดสินใจ ได้แก่ ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ เช่น การรับรู้สภาวะร่างกายความเจ็บป่วยหรืออาการของโรค การได้รับความรู้ คำแนะนำ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การกระตุ้นเตือน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การได้รับข้อมูลข่าวสารโดยผ่านทางสื่อต่างๆ และของรางวัล ซึ่งจะช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง

จากเหตุผลดังกล่าว จึงได้นำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Strecher, Rosenstock[15] มาพัฒนาเป็นโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียวอาจได้ผลไม่เต็มที่ หากไม่คำนึงถึงความเชื่อของบุคคลและประสบการณ์เดิมร่วมกับการวิเคราะห์ถึงอันตรายและการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคที่จะเกิดขึ้นตามความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงถือเป็นความรับผิดชอบหลักของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน ที่จะทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

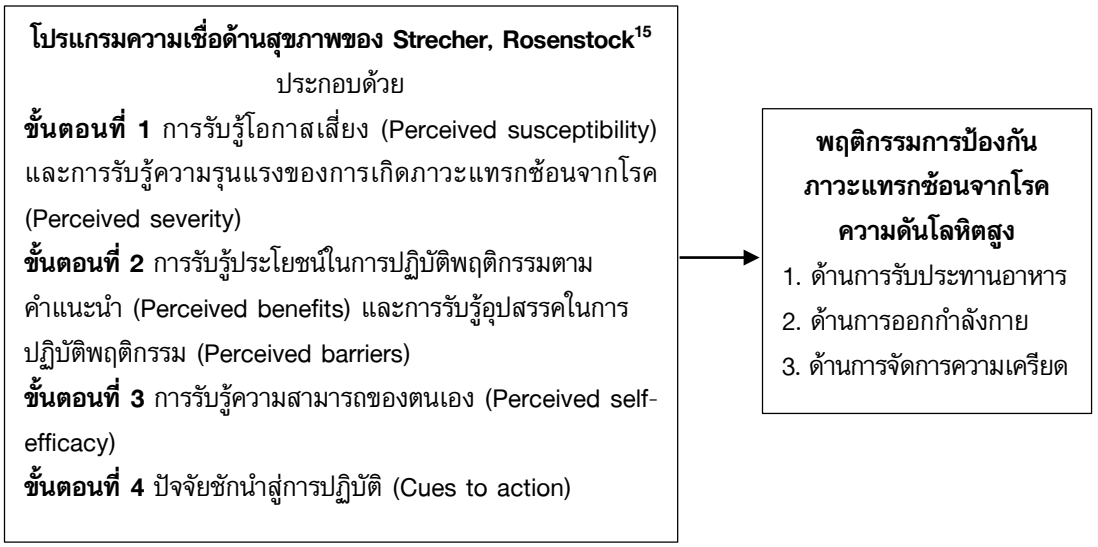
สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

2. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ดีกว่าของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher, Rosenstock[15] เป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ทัศนคติ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi–experimental research design) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

ประชากร ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและได้รับการประเมินจากแบบคัดกรองว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจากชมรมผู้สูงอายุตำบลในอำเภอวิเศษชัยชาญ ที่มีผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคมากที่สุด จากการสุ่มจับได้ชมรมผู้สูงอายุมา 2 ตำบล คือ ชมรมผู้สูงอายุตำบลไผ่จำศีลและชมรมผู้สูงอายุตำบลหลักแก้ว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) แบบวิธีจับฉลาก กำหนดการจับฉลากครั้งแรกเป็นกลุ่มทดลอง ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุตำบลไผ่จำศีล และการจับฉลากครั้งที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุตำบลหลักแก้ว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

ดังนี้ 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จากการประเมินโดยแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง สำหรับเกณฑ์ในการพิจารณาคือ หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ ในแต่ละด้านครบทั้ง 3 ด้าน ถือว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง 3) มีเกณฑ์ระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่เกิน 180/100 มิลลิเมตรปรอท 4) ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอันตราย หรือเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมวิจัย 5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ดี สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทย 6) ไม่มีปัญหาการได้ยิน หรือการมองเห็น ไม่เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท และยินดีเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรงอันเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรมและไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมแม้เพียง 1 ครั้ง ตลอดระยะเวลาการทดลองที่กำหนด

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Burn, Grove[16] กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้ที่ระดับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.5 พบว่า ต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย กลุ่มละ 22 คน ผู้วิจัยพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เป็นกลุ่มละ 25 คน เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างที่อาจยุติการเข้าร่วมในการศึกษา (Drop out) โดยการศึกษาครั้งนี้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 25 คน ดำเนินการจับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในด้านของ เพศ อายุ และระดับการศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นรายกลุ่ม ณ ห้องประชุมชมรมผู้สูงอายุตำบลหลักแก้ว และชมรมผู้สูงอายุตำบลไผ่จำศีล อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นเตรียมการทดลอง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในด้านเพศ อายุ และระดับการศึกษา รวมทั้งสิ้น 50 คน หลังจากนั้นจับฉลากเพื่อจัดกลุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อธิบายรายละเอียด แนวทางการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (Pre-test)

ขั้นดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม

ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ใช้เวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ โดยพบกับผู้วิจัย 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ณ ห้องประชุมชมรมผู้สูงอายุตำบลหลักแก้ว อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการและระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากชมรมผู้สูงอายุ และบุคลากรทางด้านสุขภาพจากหน่วยงานบริการปฐมภูมิ ได้แก่ การซักถามอาการ

ประวัติการเจ็บป่วย การวัดความดันโลหิต การให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุ มีการให้ความรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดที่เหมาะสม และการส่งต่อผู้ป่วยไปตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและให้บัตรนัดครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 8

สัปดาห์ที่ 2 - 7 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากชมรมผู้สูงอายุ และบุคคลากรทางด้านสุขภาพจากหน่วยงานบริการปฐมภูมิ

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างที่ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (Post-test) แจกคู่มือและแบบบันทึก “บันทึกพฤติกรรมผู้สูงวัย ป้องกันภัยร้ายจากโรคความดันโลหิตสูง” หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกส่วน ก่อนนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ

กลุ่มทดลอง

ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้เวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ โดยพบกับผู้วิจัย 4 ครั้ง ครั้งละ 1 - 2 ชั่วโมง ณ ห้องประชุมชมรมผู้สูงอายุตำบลไผ่จำศีล อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง และทำการเยี่ยมบ้านอีก 4 ครั้ง ซึ่งโปรแกรมมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและรายละเอียดโปรแกรมวัดความดันโลหิต สอบถามผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเชื่อเดิมจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งให้บอกถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองที่มีต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาสุขภาพ และความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือบุคคลใกล้ชิดของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์และโปสเตอร์ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด การถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบผู้ป่วยและมีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบร่วมกับคิดวิเคราะห์ แสดงความคิดเห็น แจกคู่มือและชี้แจงรายละเอียดการลงแบบบันทึกพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน และนำมาตรวจสอบความถูกต้องครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 การให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงแต่ละท่านได้มีการอภิปรายบอกเล่าประสบการณ์ตนเองและชี้ประเด็นเกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคจากการปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด พร้อมกับการหาแนวทางแก้ไขปัญหา ร่วมกับการให้คำปรึกษาและแนะนำเรื่องการตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่ พูดคุยให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การให้ข้อมูลป้อนกลับจากผลการทดลอง ทำแบบบันทึกพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และนำกลับไปบันทึกด้วยตนเองที่บ้าน โดยนำมาตรวจสอบความถูกต้องในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 การให้ความรู้ร่วมกับสาธิตและฝึกปฏิบัติ มีการให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนำเสนอเมนูเพื่อสุขภาพเน้นอาหารภูมิปัญญาในท้องถิ่นร่วมกับวิเคราะห์อาหารจากแผ่นภาพตัวอย่างอาหารที่เหมาะสมและอาหารที่ควรงดหรือหลีกเลี่ยง สาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายร่วมกับการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับตนเอง สาธิตและฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด

สัปดาห์ที่ 4 - 7 การสร้างปฏิสัมพันธ์แบบใกล้ชิดโดยการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ พูดคุยซักถามถึงอุปสรรคหรือปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นและวิธีการแก้ไข พร้อมทั้งชี้แนะให้ความรู้คำปรึกษาหรือการแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม ร่วมกันการพูดชมเชยให้กำลังใจ และติดตามผลการทำแบบบันทึกพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยนำมาตรวจสอบความถูกต้องและสรุปผลในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 8 การตรวจวัดความดันโลหิตและให้ข้อมูลย้อนกลับจากการทำแบบบันทึกพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง แจ้งผลการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต มอบรางวัลและชมเชย

ขั้นประเมินผลการทดลอง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง แสดงความคิดเห็น สรุปปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข และทำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (Post-test) แจ้งสิ้นสุดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย แบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยทบทวนเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับแนวคิดของ JNC VII[7] และดัดแปลงจากแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงของวาสนา มากผาสุก[17] มีข้อคำถาม 9 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมเสี่ยงในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด จำนวนด้านละ 3 ข้อ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ กับ ไม่ใช่ เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก เกณฑ์ในการพิจารณา คือ หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ ในแต่ละด้านครบทั้ง 3 ด้าน ถือว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัวอื่นๆ ค่าระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ที่สร้างตามแนวคิดของ Rosenstock[6] ร่วมกับ JNC VII[7] และดัดแปลงจากแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของ วิภาวรรณ จรรย์ศุภรินทร์[18] ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มี 3 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร

การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด มีข้อคำถามด้านบวก 13 ข้อ และด้านลบ 7 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ ข้อคำถามด้านบวก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) ไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) และข้อคำถามด้านลบ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (1 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) ไม่ปฏิบัติเลย (3 คะแนน) คะแนนระดับดี ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป คือ ตั้งแต่ 24 - 30 คะแนน ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 - 79 คือ ตั้งแต่ 18 - 23 คะแนน และระดับน้อย ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คือ ตั้งแต่ 0 - 17 คะแนน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Strecher, Rosenstock[15] ประกอบด้วย แผนการดำเนินงานตามโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง สื่อวีดิทัศน์ประกอบการสอนเรื่อง “ใส่ใจสุขภาพ ลดเค็ม ลดความดันโลหิต ป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาต” และสื่อโปสเตอร์ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมพฤติกรรมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด คู่มือความเชื่อและความจริงที่ควรรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและ Power point slide แบบบันทึกพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เรื่อง “บันทึกพฤติกรรมผู้สูงวัย ป้องกันภัยร้ายจากโรคความดันโลหิตสูง” และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง สร้างตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher, Rosenstock[15] และดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงของ ประณีต สิงห์ทอง[19] ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ มีข้อคำถามด้านบวก 10 ข้อ และด้านลบ 2 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ คือ ข้อคำถามด้านบวก ตอบ ใช่ (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) ไม่ใช่ (1 คะแนน) และข้อคำถามด้านลบ ตอบ ใช่ (1 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) ไม่ใช่ (3 คะแนน) คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ คะแนนสูง หมายถึง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.85 และ 0.83 จากนั้นนำไปทดลองใช้จริง (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84 และ 0.81 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ และหาค่าเฉลี่ย

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ Dependent t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงการวิจัยที่ 163.1/59 วันที่รับรอง 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย กิจกรรมที่ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงได้รับ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 69.5 ปี สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 54 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 64 และส่วนใหญ่ไม่ได้ทำอะไร อยู่บ้านเฉยๆ คิดเป็นร้อยละ 42 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 74 อาศัยอยู่กับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 52 มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นระยะเวลาน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 44 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 64 และมีค่าระดับความดันโลหิตอยู่ที่ระดับ High normal คือ ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 130 - 139 มม.ปรอท และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 85 - 89 มม.ปรอท คิดเป็นร้อยละ 78

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง	N	$\bar{X}$	SD	ระดับพฤติกรรม	df	t	p-value
ด้านการรับประทานอาหาร							
ก่อนการทดลอง	25	20.00	2.160	ปานกลาง	24	10.68*	.000
หลังการทดลอง	25	25.68	1.249	ดี			
ด้านการออกกำลังกาย							
ก่อนการทดลอง	25	8.48	1.085	ปานกลาง	24	11.85*	.000
หลังการทดลอง	25	11.12	0.726	ดี			

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง	N	$\bar{X}$	SD	ระดับพฤติกรรม	df	t	p-value
ด้านการจัดการความเครียด							
ก่อนการทดลอง	25	12.96	1.399	ปานกลาง	24	8.98*	.000
หลังการทดลอง	25	16.36	1.221	ดี			
โดยรวม							
ก่อนการทดลอง	25	41.44	2.63	ปานกลาง	24	19.22*	.000
หลังการทดลอง	25	53.16	1.67	ดี			

* $p < .05$

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 41.44 และ 53.16 ตามลำดับ โดยก่อนการทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระดับปานกลาง และภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี และพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังการทดลองโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังการได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง	N	$\bar{X}$	SD	ระดับพฤติกรรม	df	t	p-value
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	25	53.16	1.67	ดี	48	21.51*	.000
กลุ่มควบคุม	25	37.08	3.34	ปานกลาง			

* $p < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เท่ากับ 53.16 และ 37.08 โดยหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดี และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ดีกว่าของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

พบว่า ภายหลังการทดลองผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงเกิดความรู้และสามารถนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rosenstock[20] ในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคในการลดอันตรายหรือความรุนแรงอันเกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคของบุคคลที่อาจทำให้พิการ เสียชีวิต เกิดความเจ็บปวดหรือกระทบต่อครอบครัว ส่งผลให้บุคคลเกิดการรับรู้และตระหนักถึงอันตรายหรือความรุนแรงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นๆ ทั้งนี้เมื่อบุคคลนั้นได้รับสิ่งที่มากระตุ้นจากกระบวนการรับรู้และการปฏิบัติ ทำให้เกิดความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเน้นให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ โดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค เป็นการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง รวมถึงภาวะคุกคามของโรคที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ตามกระบวนการแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher, Rosenstock[15] ในการตระหนักถึงอันตรายหรือความรุนแรงอันเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากที่สุดต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ได้ถูกต้องเหมาะสมเพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ดีกว่าของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนน

พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพที่เน้นให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติตน ร่วมกับแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบ คิดวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ จึงสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง ภาวะคุกคามที่มีความรุนแรงและอันตรายของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงสร้างแรงกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อทัศนคติที่มีอยู่เดิมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคดังกล่าวได้

จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงเกิดแรงผลักดันและตระหนักรู้ถึงการที่ต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองให้ไปในทางที่ดีขึ้นในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ การวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Katz[21] ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมให้ความรู้ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงของโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการเจ็บหน้าอก พบว่ามีประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเลือกรับประทานอาหาร เลิกบุหรี่ การกระตุ้นกิจกรรมทางกาย และการปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ดีขึ้น ลดอันตรายและความรุนแรงของโรคลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรพงษ์ จริยธนกุล[22] โดยศึกษาการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 120/80 - 139/89 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคจากการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรค รวมถึงการปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดเพื่อป้องกันโรคเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับ สุพัตรา เบญจธัญญลักษณ์ และนริศรา คลื่นแก้ว[23] ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพโดยการได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร และการผ่อนคลายความเครียด มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น

ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีรูปแบบกิจกรรมที่พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงตามวิธีที่ปฏิบัติเป็นประจำของสถานบริการ ได้แก่ การซักถามอาการ ประวัติการเจ็บป่วย การวัดความดันโลหิต การให้คำแนะนำหรือคำปรึกษา ตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุ มีการให้ความรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดที่เหมาะสม และการส่งต่อผู้ป่วยไปตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่ โดยไม่ได้มีการฝึกปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งผลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและการเข้าร่วมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองและตัวแบบบุคคลที่มีสภาวะโรคเดียวกัน จึงทำให้เกิดความแตกต่าง มองเห็นพฤติกรรมที่เป็นข้อดี

ข้อเสียของบุคคลต่อการนำไปเป็นแบบอย่างในการสร้างแรงผลักดันมากระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกให้เกิดขึ้นในตัวของบุคคลให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรม รวมถึงการรับรู้ถึงสิ่งที่สำคัญในการที่บุคคลควรจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค ที่จะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถนำโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ไปใช้ในการพัฒนาบทบาทของตนเองในการเป็นผู้ปรับพฤติกรรมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ อาจเริ่มต้นจากชุมชนเล็กๆ และขยายผลต่อไปยังชุมชนอื่นๆ ได้

2. พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพควรเพิ่มเติมการหากิจกรรมมาให้ผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติทำการเรียนรู้จากตัวแบบ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดความสนใจ มองเห็นภาพได้ชัดเจน มีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป และสามารถเพิ่มเติมเรื่องการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องโดยการพัฒนารูปแบบการติดตามประเมินผล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการนำโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพนี้ไปใช้ ควรมีการใช้กลวิธีรูปแบบให้มีความแปลกใหม่น่าสนใจและปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงตามบริบทในแต่ละพื้นที่รับผิดชอบ

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมต่อเนื่องในระยะยาวตามความเหมาะสม เช่น ติดตามอีก 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินผลลัพธ์ในการเปลี่ยนแปลงและติดตามความดำรงอยู่ของพฤติกรรมในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Wang A, An N, Chen G, Li L, Alterovitz G. Predicting hypertension without measurement: a non-invasive, questionnaire-based approach. Expert Systems with Applications 2015;42(21):7601-9.
2. Potts, K. Hypertension in older people: assessment and management. Nursing and Residential Care 2014;16(3):146-9.
3. Seow LSE, Subramaniam M, Abdin E, Vaingankar JA, Chong SA. Hypertension and its associated risks among Singapore elderly residential population. Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics 2015;6(4):125-32.
4. Bureau of Non Communicable Diseases. Annual report 2014. Bangkok: WVO Thai Printing: 2014. (in Thai).

5. Medical Research Institute and Department of Medical Technology Assessment, Ministry of Public Health. Fact sheet: diabetes, hypertension, and their complications; the current situation in Thailand 2014. [cited 2014 April 28]. Available from: http://www.dms.moph.go.th/ imrta/images/data/ doc_dm_ht.pdf.
6. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health. Health Education Monographs 1974;2(4):354-86.
7. Joint National Committee VII. The 1988 report of the Joint National Committee on detection, evaluation and treatment of high blood pressure. Arch Intern Med 2003;148:102.
8. Chaikul C. Effects of self-management and family participation enhancing program on health behavior and blood pressure among elderly with hypertension. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Prince of Songkla University; 2014. (in Thai).
9. Romano V, Scott I. Using health belief model to reduce obesity amongst African American and Hispanic populations. Procedia-Social and Behavioral Sciences Volume 2014;159(23):707-11.
10. Khongchoom P. Factors predictive complication prevention behaviors among hypertension patients of Prankratai Hospital, Kamphaengphet Province. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Naresuan University; 2010. (in Thai).
11. Khrutmuang W. Factors predicting health promoting behaviors among the elderly with hypertension. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chiang Mai University; 2004. (in Thai).
12. Theangdunthia D. An application of the transtheoretical model to promote behaviors against complication among essential hypertensive patients in the hospital for tropical diseases. [Master's Thesis, Faculty of Science]. Mahidol University; 2001. (in Thai).
13. Srangthaisong D. Supportive factors and barriers to exercise behaviors of elderly: a focus- group qualitative study. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2006. (in Thai).
14. Jadjeen S. Health behavior and health status of elderly in Ban Oomlong Community, Thoen District, Lampang Province. [Master's Thesis, Faculty of Science]. Chiang Mai University; 2012. (in Thai).
15. Strecher VJ, Rosenstock IM. The health belief model. In Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, editors. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.
16. Burn N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critique, utilization. 5th ed. St. Louis, MO: Elsevier Saunders; 2009.

17. Makpasook W. The effect of the protection motivation program on self care behavior in preventing complications among high risk hypertensive elderly. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2008. (in Thai).
18. Chansuparin W. An application of the protection motivation theory and social support in modifying preventive behaviors against complications of essential hypertensive patients attending Lerdsin General Hospital. [Master's Thesis, Faculty of Science]. Mahidol University; 2001. (in Thai).
19. Singthong P. The application of Self-Efficacy Theory for developing prevention behavior against complications of hypertension patients in Chaoprayayommaraj Hospital, Suphanburi Province. [Master's Thesis, Faculty of Science]. Mahidol University; 1998. (in Thai).
20. Rosenstock IM. Model of individual health behavior. In Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, editors. Health behavior and health education: theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1990. p. 33-62.
21. Katz DA. Health beliefs toward cardiovascular risk reduction in patients admitted to chest pain observation units. Acad Emerg Med 2009;16(5):379-87.
22. Jariyatanakhun J. The effects of health promotiong behavior program by applying the health belief model theory on preventing hypertension in the high risk elderly people. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Mahasarakham University; 2011. (in Thai).
23. Benjathanyaluk S, Kluenkaew N. Self-care behaviors of hypertensive patients by family and community participation. North-Eastern Primary Health Care Journal 2007;22(4):44-5. (in Thai).

วารสารแพทย์นาวี
Royal Thai Navy Medical Journal

ผลของโปรแกรมการเสริมพลังในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี

The Effects of Primary Knee Osteoarthritis Prevention Empowerment Program for Village Health Volunteers at a Community in Phetchaburi Province

ภาวินี กุลษรเวทย์* สุธีรา ฮุ่นตระกูล นงพิมล นิมิตรอานันท์ *****

Pavinee Kunsonwet, R.N.,* Sutheera Hoontrakul, R.N., M.A.,**

Nongpimol Nimit-arnun, R.N., Dr.P.H.***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้เป็นแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 33 คน สุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) ดำเนินการในเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมพลังในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมพลังของ Wallerstein & Bernstein เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เรื่องการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ แบบประเมินการรับรู้ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และการประเมินภาวะสุขภาพทางกาย ประกอบด้วย ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1, 1, และ 1 ตามลำดับ ส่วนค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.78, 0.88 และ 0.71 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติที

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Christian University of Thailand
E-mail: pkae2009@hotmail.com

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Christian University of Thailand

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Christian University of Thailand

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรู้เรื่องการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ และการรับรู้ระดับความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนค่าเฉลี่ยค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว พบว่า ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผู้วิจัยเสนอแนะว่า โปรแกรมการเสริมพลังในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ โดยปรับเปลี่ยนการจัดกิจกรรมให้ความรู้ และการฝึกปฏิบัติการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมให้สอดคล้องกับบริบทในแต่ละพื้นที่

คำสำคัญ : การเสริมพลัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ

Abstract

This quasi–experimental study one group pretest-posttest design investigated the results of the effects of primary knee osteoarthritis prevention empowerment program for village health volunteers at a community in Phetchaburi Province. The sample were purposive sampling 33 people, village health volunteers. The experiment implemented July to August 2017. The empowerment program applied the concept of empowerment of Wallerstein & Bernstein. The research instruments included questionnaire knowledge test about osteoarthritis, evaluation of self-efficacy in the prevention of osteoarthritis, Oxford Knee Score and health status assessment were consist of body mass index (BMI) and waist circumference. The content validity were 1, 1, and 1, respectively. The reliability were 0.78, 0.88, and 0.71, respectively. The data were analyzed by descriptive statistics and paired t–test

The results: revealed that the mean scores of the village health volunteers for knowledge about osteoarthritis, self-efficacy in the prevention of osteoarthritis and Oxford Knee Score increased. The researcher suggestion: empowerment program primary knee osteoarthritis prevention can be applied in patients with osteoarthritis and must be adjusted the educated activities and practice for preventing knee osteoarthritis in accordance with the contextual or personal life of an individual.

Keywords : empowerment, village health volunteers, primary knee osteoarthritis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกระดูกและข้อเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO)[1] คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นจาก 400 ล้านคน ใน พ.ศ. 2551 เป็น 570 ล้านคน ใน พ.ศ. 2563 โดยเฉพาะโรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อมากกว่า 6 ล้านคน โดยข้อที่เสื่อมที่สุด คือ ข้อเข่า[2] เนื่องจากข้อเข่าเป็นข้อที่มีขนาดใหญ่ต้องรับน้ำหนักของร่างกายโดยตรงและทำหน้าที่เคลื่อนไหวตลอดเวลา จึงทำให้ข้อเสื่อมได้ง่าย[3] โรคข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิ (Primary knee osteoarthritis) เกิดจากความเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อ เป็นภาวะความเสื่อมที่ไม่สามารถอธิบายสาเหตุการเกิดโรคได้อย่างชัดเจน สัมพันธ์กับอายุ เพศ พันธุกรรม น้ำหนักตัว และไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยที่เกิดกับข้อเข่าโดยตรงมาก่อน พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย[2,4] อุบัติการณ์โรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า สูงขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของอายุ อายุน้อยกว่า 30 ปี พบร้อยละ 1.00 อายุ 40 ปี ร้อยละ 10.00 และมากกว่าร้อยละ 50.00 พบในผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี และแบบแผนในการดำเนินชีวิตของคนไทยที่มักนั่งคุกเข่า นั่งยองๆ หรือนั่งขัดสมาธิ ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคเข่าเสื่อม[5] รวมถึงน้ำหนักตัวมากก็เป็นปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม หากน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 1 กิโลกรัม ข้อเข่ารับน้ำหนักเพิ่มถึง 3 กิโลกรัม[6]

สถิติโรคข้อเข่าเสื่อมจังหวัดเพชรบุรี ช่วง พ.ศ. 2557 – 2559 พบว่า จำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อยู่ในช่วงอายุ 42 – 70 ปี มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ ด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีจำนวน 2,433, 2,224 และ 2,140 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 93, 103 และ 99 ราย ตามลำดับ และมีจำนวนผู้ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (Total Knee Arthroplasty : TKA) จำนวน 25, 13, 44 ราย ตามลำดับ และพบว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาอาการปวดเข่ามากกว่า 1 ครั้ง[7]

สถิติโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขนานในช่วง พ.ศ. 2557 – 2559 พบว่า มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยอาการปวดข้อเข่า ข้อเข่าบวม หรือปวดกล้ามเนื้อ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วง 38 – 65 ปี จำนวน 308, 399 และ 636 ราย ตามลำดับ และมารับการรักษามากกว่า 1 ครั้งต่อปี[8] ในจำนวนนี้รวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ารับการรักษาด้วยอาการปวดข้อเข่าด้วย จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองขนานมีจำนวนทั้งหมด 103 คน แต่มีจำนวน 54 คน ที่ทำแบบประเมินความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) ที่มีค่าคะแนน 30 – 39 คะแนน ซึ่งมีภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อม และมีอาการปวดข้อเข่าข้างใดข้างหนึ่งหรือสองข้าง และบางรายยังมีลักษณะความพิการของข้อเข่า ซึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคเนื่องจากไม่ได้ไปรับการรักษาจากแพทย์ จากสถิติข้างต้นจะเห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองขนานเข้ารับบริการด้วยอาการปวดข้อเข่ามากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มี จากการซักประวัติและตรวจร่างกาย พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะอ้วนระดับ 2 และระดับ 3 มีพฤติกรรมการใช้ข้อเข่าที่ผิดวิธี อาทิ นั่งยองๆ การเดิน และยืนนานๆ

อาชีพส่วนใหญ่ ทำนา ทำไร่ และทำใบจาก ต้องนั่งงอเข่าเป็นเวลานานๆ จึงทำให้ปวดข้อเข่า เนื่องจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้นำด้านสุขภาพ อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญและมีอิทธิพลในการนำการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชน รวมถึงสามารถ เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชนที่รับผิดชอบ ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะทำการศึกษาวิจัยในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอาการปวดข้อเข่ามากกว่าประชาชนทั่วไป เพราะต้องการทำให้เป็นต้นแบบในการดูแลตนเองและสามารถช่วยดูแลพร้อมทั้งให้คำแนะนำประชาชนที่มีอาการปวดข้อเข่าได้อย่างมั่นใจ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม[2-6,9-12] พบว่า วิธีที่ได้ผลดีที่สุดในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม คือ การลดพฤติกรรมการใช้ข้อเข่า การออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าและการลดน้ำหนัก เนื่องจากกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายค่อนข้างสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสอดแทรกเรื่องการลดน้ำหนักด้วยการออกกำลังกายด้วยยางยืดและการควบคุมอาหารด้วยธงโภชนาการในการดำเนินโครงการการเสริมพลังในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในครั้งนี้ด้วย รวมทั้งในโปรแกรมยังมีกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิโดยผ่านกระบวนการกลุ่ม

ทฤษฎีการเสริมพลัง (Empowerment theory) ของ Wallerstein, Bernstein[13,14] ได้อธิบายแนวคิดการเสริมสร้างพลัง (Empowerment concept) ว่าเป็นกระบวนการทางสังคมที่ส่งเสริมให้บุคคล องค์กร และชุมชน มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถควบคุมและกำหนดอนาคตของตัวเอง เมื่อบุคคลได้รับการเสริมพลังแล้วย่อมพัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น การเสริมพลังทางสุขภาพเป็นกลไกสำคัญประการหนึ่งที่ผลักดันแนวคิดไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลเป็นรูปธรรม เป็นกระบวนวิธีที่สามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนมาใช้ในการดูแลเสริมสร้างสุขภาพของตนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน[13,14] และกระบวนการกลุ่ม เกิดการเรียนรู้จากกลุ่ม และลงมือปฏิบัติ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองทำได้ และเกิดการรับรู้ความสามารถของตนว่าสิ่งที่ลงมือปฏิบัติสามารถทำได้จริงเห็นผลไปในทางที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีการเสริมพลังของ Wallerstein, Bernstein[14] มาใช้กับกลุ่มตัวอย่างโดยผ่านกระบวนการกลุ่ม ให้กลุ่มตัวอย่างมีการคิดวิเคราะห์ สาเหตุ ปัจจัยการเกิด และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองพร้อมทั้งกระบวนการรับรู้ความสามารถของตน ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถทำได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ

2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ

3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ระดับความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้านที่มีภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ

4. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพทางกาย ประกอบด้วย ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการทดลองใช้โปรแกรมการเสริมพลังในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ

1. กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ สูงกว่าก่อนการทดลอง

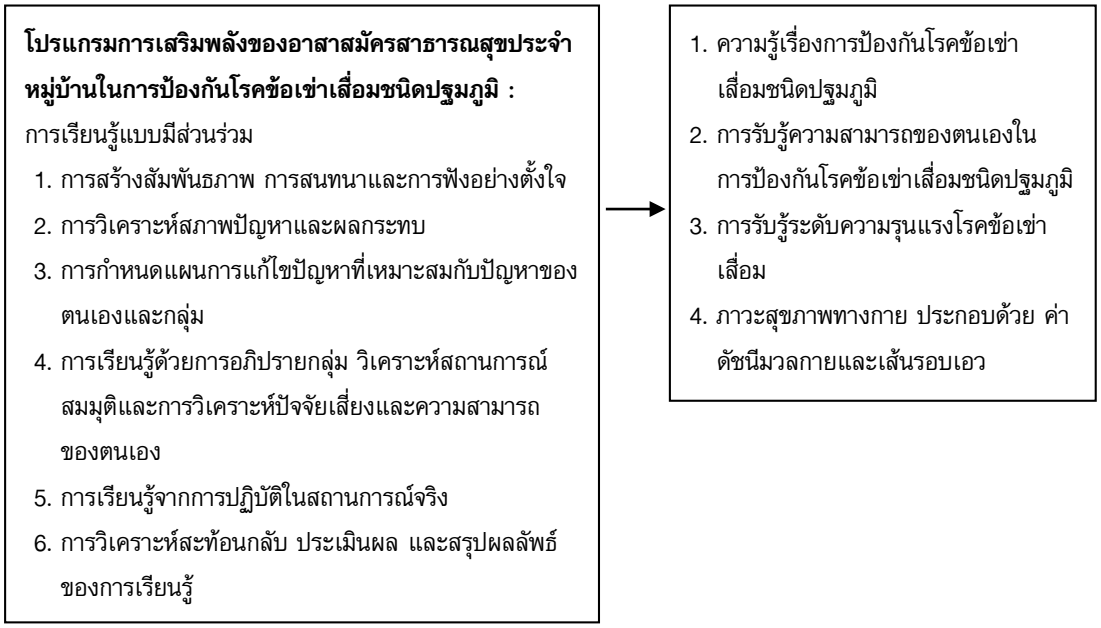
3. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ระดับความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อม สูงกว่าก่อนการทดลอง

4. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพทางกาย ประกอบด้วย ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว ลดลงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเสริมพลังของ Wallerstein, Bernstein[14] ซึ่งได้เสนอแนวคิดการเสริมสร้างพลัง (Empowerment concept) ว่าเป็นกระบวนการทางสังคมที่ส่งเสริมให้บุคคล องค์กร และชุมชน มีความเป็นตัวของตัวเองสามารถควบคุมและกำหนดอนาคตของตัวเอง การเสริมพลังเป็นการทำให้บุคคลเข้าถึงการมีส่วนร่วมในงานและได้ใช้ทักษะความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่เพื่อที่จะให้บรรลุถึงเป้าหมายที่กำหนด เมื่อบุคคลได้รับการเสริมพลังแล้วย่อมพัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น มีความคิดสร้างสรรค์ มีความกระตือรือร้น เอาใจใส่ในการปฏิบัติงาน รวมทั้งยังมีความผูกพันกับสังคม การเสริมพลังทางสุขภาพเป็นกลไกสำคัญประการหนึ่งที่ผลักดันแนวคิดไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลเป็นรูปธรรม เพราะการเสริมพลังทางสุขภาพเป็นกระบวนวิธีที่สามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนมาใช้ในการดูแลเสริมสร้างสุขภาพของตนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน มีความเชื่อมั่น มีอิสระในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาและควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคจากการใช้ชีวิตที่ไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง[15] การสร้างเสริมพลังที่เกิดความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกของการเป็นกลุ่ม และการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมในชุมชน ทั้งระดับบุคคลและชุมชน รูปแบบนี้มีจุดเด่นที่บทบาทของการคิดวิเคราะห์และการตระหนักรู้การลงมือปฏิบัติ รวมถึงการสะท้อนกลับ ซึ่งแนวคิดเดิมมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1. การฟังและการสนทนาเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหา 2. การวางแผนและกำหนดวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม 3. การเรียนรู้แบบกลุ่ม 4. การสะท้อนกลับและการประเมินผล ผู้วิจัยนำมาประยุกต์เพิ่มเป็น 6 ขั้นตอน เพื่อให้มีความละเอียดของแต่ละขั้นตอนมากขึ้น โดยมีรายละเอียด ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ การสนทนาและการฟังอย่างตั้งใจ 2) การวิเคราะห์สภาพปัญหาและผลกระทบ 3) การกำหนดแผนการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับปัญหาของตนเองและกลุ่ม 4) การเรียนรู้ด้วยการอภิปรายกลุ่ม วิเคราะห์สถานการณ์สมมุติ (Scenario) และการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและความสามารถของตนเอง 5) การ

เรียนรู้จากการปฏิบัติในสถานการณ์จริง 6) การวิเคราะห์สะท้อนกลับ การประเมินผลและสรุปผลลัพธ์ของการเรียนรู้เกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จของโปรแกรมและมีแผนงานการปฏิบัติอย่างยั่งยืน พร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการดำเนินการต่อไป ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย ประยุกต์จากแนวคิดการเสริมพลังของ Wallerstein, Bernstein[14]

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนหลัง (One group pretest-posttest design)

ประชากร

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อม คือ มีค่าระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score)[16] 30 – 39 คะแนน จำนวน 54 คน

กลุ่มตัวอย่าง

จากประชากรตัวอย่าง จำนวน 54 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) พิจารณาจากคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองขนาน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ที่มีค่าระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score)[16] 30 – 39 คะแนน 2) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป ถามตอบรู้เรื่อง สื่อสารได้ดี เข้าใจ อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป 4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในการวิจัยได้ทุกครั้ง 5) มีค่าดัชนีมวลกายไม่เกิน 34.92 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (ภาวะอ้วนระดับ 3 ตามเกณฑ์การแบ่งดัชนีมวลกายสำหรับประชากรเอเชีย)[17] เนื่องจากถ้ามีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่านี้จะเป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย เนื่องจากการออกกำลังกายบางท่าทาง ต้องมีการนอนและลุกยืนสลับกันไป

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Cohen[18] คำนวณ Power analysis โดยการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ กำหนดระดับความเชื่อมั่น เท่ากับ .05 (α = .05) กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ 0.80 ค่าอิทธิพล (Effect size) ใช้ทฤษฎีความน่าจะเป็น (Non–probability sampling) ด้วยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีค่าเกิน 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างขนาดเหมาะสมที่ต้องใช้ในการวิจัยกลุ่มละ 26 คน เนื่องจากการศึกษาวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง และใช้ระยะเวลาทดลอง 8 สัปดาห์ อาจเกิดการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างมากกว่าที่กำหนดไว้ ร้อยละ 25[19] ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 33 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือคัดกรอง คือ แบบประเมินการรับรู้ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) แปลโดย กีรติ เจริญชลวานิช และ บุญชนะ พงษ์เจริญ[16] มาใช้เพื่อคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพเกี่ยวกับข้อเข่ามีทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เรียงลำดับคะแนน ดังนี้ 4 คะแนน หมายถึง ไม่เคยมีอาการปวดข้อเข่า 3 คะแนน หมายถึง มีอาการน้อยมาก 2 คะแนน หมายถึง มีอาการบางครั้ง 1 คะแนน หมายถึง ส่วนใหญ่มีอาการ 0 คะแนน หมายถึง มีอาการตลอด การแปลผลของการประเมินระดับความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อม คะแนนรวมที่ได้ 0 ถึง 19 มีข้อบ่งชี้ : เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง ควรรับการรักษาจากศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระดูกและข้อทันที คะแนนรวมที่ได้ 20 ถึง 29 มีข้อบ่งชี้ : มีอาการโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง ควรปรึกษาศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระดูกและข้อเพื่อรับการตรวจรักษา เอกซเรย์ ข้อเข่า และประเมินอาการของโรค คะแนนรวมที่ได้ 30 ถึง 39 มีข้อบ่งชี้ : พบเริ่มมีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม ควรได้รับคำแนะนำจากศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระดูกและข้อเรื่องการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การควบคุมน้ำหนักเพื่อไม่ให้อ้วน หลีกเลี่ยงท่าหรือกิจกรรมที่จะทำให้เกิดอาการและความรุนแรงของโรคมากขึ้น และการประเมินระดับอาการของโรค คะแนนรวมที่ได้ 40 ถึง 48 ยังไม่พบอาการผิดปกติ แต่ควรตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยต่างๆ จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับชั้นการศึกษา อาชีพ ศาสนา โรคประจำตัว รายได้เฉลี่ย และความเพียงพอของรายได้ ลักษณะที่อยู่อาศัย ลักษณะส้วม การรับประทานอาหาร ระยะเวลาในการปวดข้อเข่า การออกกำลังกาย ดัชนีมวลกาย (BMI) และเส้นรอบเอว โดยการประเมินค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวใช้ค่ามาตรฐานของ **ประชากรเอเชีย** ค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หมายถึง น้ำหนักน้อย ค่าดัชนีมวลกาย 18.5 - 22.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หมายถึง น้ำหนัก

ปกติ ค่าดัชนีมวลกาย 23 - 24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หมายถึง รูปร่างท้วมหรืออ้วนระดับ 1 ค่าดัชนีมวลกาย 25 - 29.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หมายถึง อ้วนหรืออ้วนระดับ 2 ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หมายถึง อ้วนมากหรืออ้วนระดับ 3 ส่วนเส้นรอบเอวเป็นค่าที่ได้จากการวัดรอบเอวด้วยสายวัดมาตรฐาน ค่ามาตรฐานปกติผู้ชายความยาวเส้นรอบเอวต้องไม่เกิน 90 เซนติเมตร และผู้หญิงความยาวเส้นรอบเอวต้องไม่เกิน 80 เซนติเมตร

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เรื่องการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือของ รัตติกา ชื่นสมบัติ[9] เป็นลักษณะคำถามให้เลือกตอบ โดยกำหนดคำตอบเป็นถูกและผิด มีจำนวน 15 ข้อ การให้คะแนนรายข้อขึ้นอยู่กับระดับความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งออก 2 ระดับ คือ ตอบผิดให้ 0 คะแนน และถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน การแปลผลความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ตอบถูกมากกว่า 11 ข้อ หมายถึง มีความรู้เรื่องการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับสูง คะแนนระหว่างร้อยละ 60 - 80 ตอบถูก 6 - 10 ข้อ หมายถึง มีความรู้เรื่องการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ตอบถูกน้อยกว่า 6 ข้อ หมายถึง มีความรู้เรื่องการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากเครื่องมือของรัตติกาล ชื่นสมบัติ[9] รวมทั้งสิ้นจำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0 – 10 (Numeric scale) โดยปลายสุดด้านซ้ายมือตรงกับตำแหน่ง 0 กำกับด้วยวลี “ไม่มั่นใจเลย” และทางด้านขวาสุดตรงตำแหน่ง 10 กำกับด้วยวลี “มั่นใจมากที่สุด” ค่าคะแนนต่ำสุด - สูงสุด เท่ากับ ต่ำกว่า 108 - มากกว่า 144 คะแนน เกณฑ์การประเมินแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ค่าคะแนนมากกว่า 144 หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมระดับสูง ค่าคะแนนระหว่าง 108 - 143 หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง ค่าคะแนนน้อยกว่า 108 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score)[16]

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกกระบวนการกลุ่มและแบบบันทึกกิจกรรมที่ปฏิบัติที่บ้าน ประกอบไปด้วย เวลาการออกกำลังกายในแต่ละครั้ง และจำนวนครั้งการออกกำลังกายต่อสัปดาห์ รวมถึงการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อของวันในหนึ่งสัปดาห์ และการชั่งน้ำหนักวัดรอบเอวทุกสัปดาห์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.1 โปรแกรมการเสริมพลังในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ใช้เวลาดำเนินการทั้งหมด 8 สัปดาห์ มีดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการ 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การสนทนาและการฟังอย่างตั้งใจ ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์สภาพปัญหาและผลกระทบ สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการ 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดแผนการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับปัญหาของตนเองและกลุ่ม และขั้นตอนที่ 4 การเรียนรู้ด้วยการอภิปรายกลุ่ม วิเคราะห์สถานการณ์สมมุติ (Scenario) และการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและความสามารถของตนเอง

ในสัปดาห์ที่ 3, 4, 6, 7 ดำเนินการขั้นตอนที่ 5 การเรียนรู้จากการปฏิบัติในสถานการณ์จริง และสัปดาห์ที่ 5 และ 8 ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์สะท้อนกลับ ประเมินผล และสรุปผลลัพธ์ของการเรียนรู้ ในสัปดาห์ที่ 5 เป็นสัปดาห์ประเมินปัญหาของกลุ่มตัวอย่างหลังจากปฏิบัติจริงที่บ้านในสัปดาห์ที่ 3, 4 พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขให้เหมาะสม เพื่อนำกลับไปปฏิบัติต่อในสัปดาห์ที่ 6, 7 ส่วนในสัปดาห์ที่ 8 เป็นการสะท้อนกลับและการประเมินผลในการทำกิจกรรมทั้งหมดที่ผ่านมา ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมและสะท้อนกลับให้กลุ่มตัวอย่างเห็นสิ่งที่ได้เรียนรู้จากพฤติกรรม

3.2 คู่มือแนวทางการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

3.3 แนวคำถามที่ใช้ในกระบวนการกลุ่มเป็นคำถามปลายเปิด มีจำนวน 9 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

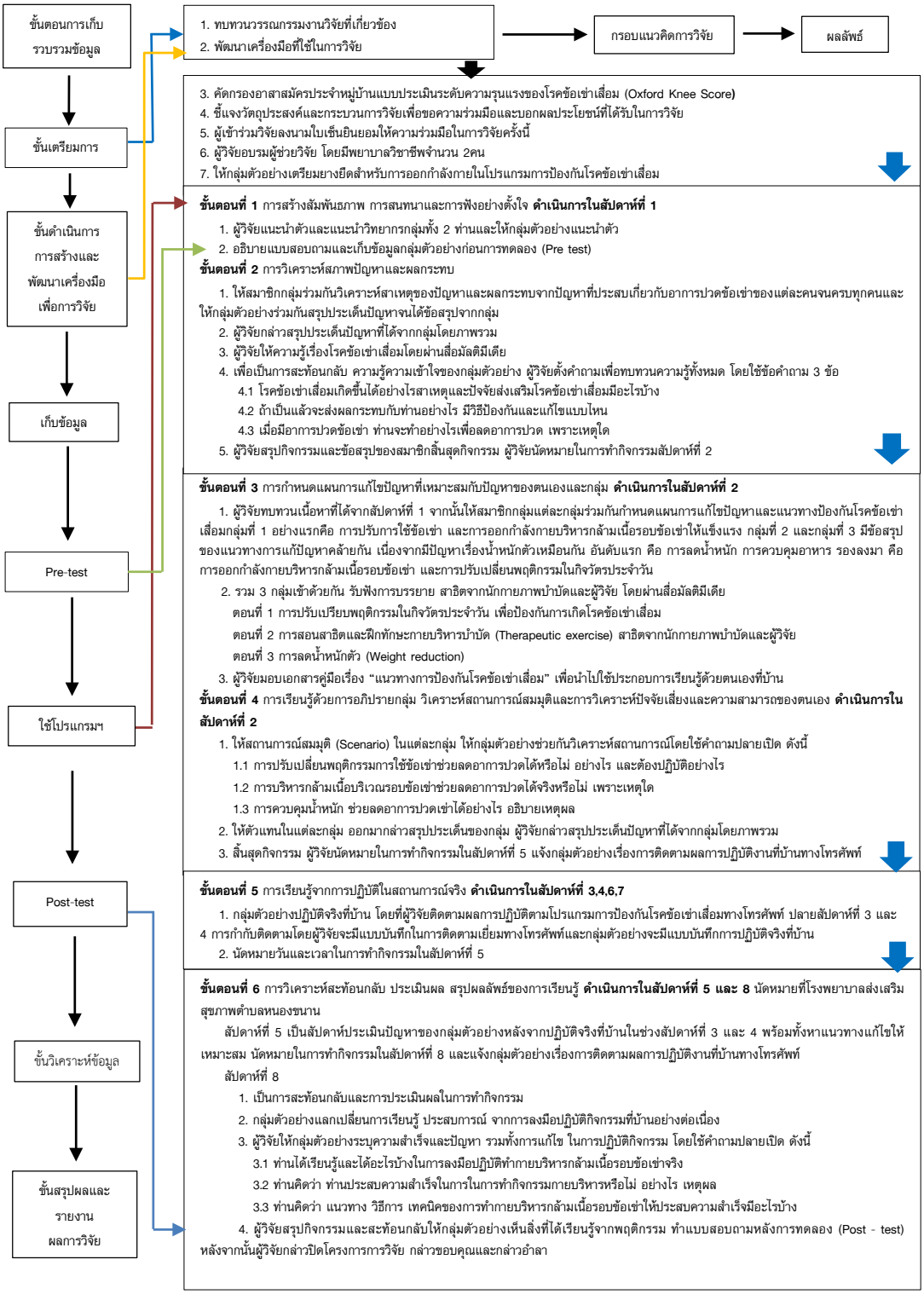
ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เรื่องการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ และแบบประเมินการรับรู้ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม โดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา นำมาแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษาอีกครั้ง จำนวน 4 ท่าน แล้วนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) และดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (IOC)

แบบประเมินความรู้เรื่องการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ มีค่า CVI = 1, IOC = 1 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ มีค่า CVI = 0.88, IOC = 1 และแบบประเมินการรับรู้ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม มีค่า CVI = 1, IOC = 1 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือทั้ง 3 ฉบับ ได้เท่ากับ 0.78, 0.88 และ 0.71 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การทำวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมกรรมการวิจัยมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน เอกสารเลขที่ น.20/2559 วันที่รับรอง 26 เมษายน พ.ศ. 2560 โดยผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์การยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ การรับรู้ระดับความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อม ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t-test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.94 มีอายุอยู่ในช่วง 46 - 55 ปี ร้อยละ 42.42 โดยมีอายุเฉลี่ย 52.73 ปี ค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ภาวะอ้วนระดับ 2 (25 – 29.99) ร้อยละ 51.52 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีรูปร่างอ้วน ร้อยละ 42.42 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 63.63 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.57 มีอาชีพหลัก คือ ทำไร่/ทำนา ร้อยละ 57.57 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 45.46 ซึ่งส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 54.55 ที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่อยู่บ้านชั้นเดียว ร้อยละ 54.55 ลักษณะของห้องส้วม ส่วนใหญ่ใช้ส้วมซึมแบบนั่งยอง ร้อยละ 72.72 การใช้ชีวิตประจำวัน พบว่า ส่วนใหญ่ ทำไร่ ทำสวน ร้อยละ 39.39 รองลงมา คือ ทำงานบ้านทั่วไป ร้อยละ 36.36 โรคประจำตัว พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.66 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 33.33 เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการบำบัด พบว่า อาการปวดข้อเข่าใกล้เคียงกันระหว่างอาการปวดข้อเข่า 1 ข้าง (ข้างซ้ายหรือข้างขวา) และ 2 ข้าง ร้อยละ 57.57 และ 42.43 ตามลำดับ แต่พบว่ามีอาการปวดข้อเข่าข้างขวามากกว่าข้างซ้าย ระยะเวลาที่ปวดข้อเข่า พบว่า อยู่ในช่วงไม่เกิน 2 ปี ร้อยละ 69.69 การบำบัดอาการปวดข้อเข่าที่ใช้ในปัจจุบัน ส่วนใหญ่พบว่า รับประทานยาแผนปัจจุบัน (แก้ปวดอย่างเดียว) ร้อยละ 33.33 ใช้ยานวดอย่างเดียว ร้อยละ 27.27 และไม่เคยรักษาอาการปวดเข่า ร้อยละ 15.16 พฤติกรรมการบริโภค พบว่า ส่วนใหญ่ชอบดื่มน้ำอัดลม/ชา/กาแฟ ร้อยละ 48.48 รสชาติของอาหาร ส่วนใหญ่ชอบรับประทานอาหารรสหวาน ร้อยละ 42.42 ทุกคนปรุงอาหารรับประทานเอง และการออกกำลังกาย พบว่าส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 81.80

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 33)

ระดับความรู้เรื่องการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	
	n = 33	ร้อยละ	n = 33	ร้อยละ
ระดับสูง (11 – 15)	28	84.85	33	100.00
ระดับปานกลาง (6 – 10)	5	15.15	0	0
รวม	**33**	**100.00**	**33**	**100.00**
	($\bar{X}$ = 12.18, SD = 1.15)		**($\bar{X}$ = 14.38, SD = 0.82)**	

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 12.18, SD = 1.15) เมื่อพิจารณาตามระดับความรู้เรื่องการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ พบว่า อยู่ในระดับสูง 28 คน ร้อยละ 84.85 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง 5 คน ร้อยละ 15.15

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิเพิ่มขึ้น ($\bar{X}$ = 14.38, SD = 0.82) กล่าวคือ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100.00

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 33)

ระดับความสามารถของตนในการป้องกันการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	
	n = 33	ร้อยละ	n = 33	ร้อยละ
ระดับสูง	8	24.25	20	60.60
ระดับปานกลาง	20	60.60	13	39.40
ระดับต่ำ	5	15.15	0	0.00
รวม	**33**	**100.00**	**33**	**100.00**
	($\bar{X}$ = 113.85, SD = 25.29)		**($\bar{X}$ = 147.45, SD = 10.46)**	

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 113.85, SD. = 25.29) เมื่อพิจารณาตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ พบว่า อยู่ในระดับสูง จำนวน 8 คน ร้อยละ 24.25 อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 20 คน ร้อยละ 60.60 และอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 5 คน ร้อยละ 15.15

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิโดยรวมเพิ่มขึ้น ($\bar{X}$ = 147.45, SD = 10.46) เมื่อพิจารณาตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากเดิม จำนวน 8 คน เป็น 20 คน ร้อยละ 60.60 และ

มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนในระดับต่ำ จำนวน 5 คน ร้อยละ 15.15 เพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลางทั้งหมด

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการรับรู้ระดับความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 33)

การรับรู้ระดับความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	
	n = 33	ร้อยละ	n = 33	ร้อยละ
เริ่มมีความเสี่ยง (30 – 39)	33	100.00	22	66.66
ไม่พบอาการผิดปกติ (40 - 48)	0	00.00	11	33.34
รวม	**33**	**100.00**	**33**	**100.00**
	($\bar{X}$ = 32.12, SD = 2.31)		**($\bar{X}$ = 38.27, SD = 2.47)**	

จากตารางที่ 3 พบว่า การรับรู้ระดับความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ค่าระดับคะแนน 30 - 39 ตามเกณฑ์คัดเข้า มีจำนวน 33 คน ร้อยละ 100 ($\bar{X}$ = 32.12, SD = 2.31)

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ระดับความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับที่ไม่พบอาการผิดปกติ มีจำนวนเพิ่มขึ้น และมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมลดลง ($\bar{X}$ = 38.27, SD = 2.47) จากจำนวน 33 คน ลดลงเหลือ 22 คน

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 33)

ดัชนีมวลกาย (BMI) กิโลกรัม/เมตร^2	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 33)	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 33)
ปกติ (18.5 – 22.99)	11	17
ภาวะก่อนอ้วน ระดับ 1 (23 – 24.99)	0	2
ภาวะอ้วน ระดับ 2 (25 – 29.99)	17	11
ภาวะอ้วน ระดับ 3 (≥ 30)	5	3
รวม	**33**	**33**
	($\bar{X}$ = 26.15, SD = 3.98)	**($\bar{X}$ = 25.59, SD = 3.87)**

จากตารางที่ 4 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในภาวะอ้วนระดับ 2 ($\bar{X}$ = 26.15, SD = 3.98) เมื่อพิจารณา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยค่าดัชนีมวลกายปกติ จำนวน 11 คน ภาวะอ้วนระดับ 2 จำนวน 17 คน และภาวะอ้วนระดับ 3 จำนวน 5 คน

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยค่าดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะอ้วนระดับ 2 เช่นเดิม แต่มีค่าเฉลี่ยค่าดัชนีมวลกายลดลง ($\bar{X}$ = 25.59, SD = 3.87) เมื่อพิจารณา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ จากจำนวน 11 คน เพิ่มเป็น 17 คน ภาวะอ้วนระดับ 1 จากเดิมก่อนเข้าโปรแกรมฯ ไม่พบ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพิ่มเป็น 2 คน ภาวะอ้วนระดับ 2 จากจำนวน 17 คน

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ลดลงเหลือ 11 คน และภาวะอ้วนระดับ 3 มีจำนวน 5 คน ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ลดลงเหลือ 3 คน

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบเส้นรอบเอวของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 33)

เส้นรอบเอว (ซม.)	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 33)	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 33)
ปกติ (ผู้หญิง ≤ 80, ผู้ชาย ≤ 90)	11	14
ผิดปกติ (ผู้หญิง > 80, ผู้ชาย > 90)	22	19
รวม	**33 ($\bar{X}$ = 87.54, SD = 9.68)**	**33 ($\bar{X}$ = 84.30, SD = 8.65)**

จากตารางที่ 5 ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 87.54, SD = 9.68) เมื่อพิจารณา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเส้นรอบเอวปกติ จำนวน 11 คน มีเส้นรอบเอวผิดปกติ จำนวน 22 คน

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ครบ 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวปกติเพิ่มขึ้น ($\bar{X}$ = 84.30, SD = 8.65) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีเส้นรอบเอวปกติ เพิ่มขึ้นเป็น 14 คน และเส้นรอบเอวผิดปกติลดลงเหลือ 19 คน

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ระดับความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อม ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 33)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความรู้เรื่องการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม	12.18	1.15	14.36	0.82	-10.35	.000***
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม	113.85	25.29	147.45	10.46	-9.96	.000***
การรับรู้ระดับความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อม	32.12	2.31	38.27	2.47	-15.23	.000***
ค่าดัชนีมวลกาย	26.15	3.97	25.17	3.88	15.83	.000***
เส้นรอบเอว	87.54	9.68	84.30	8.65	9.04	.000***

*** $p < .001$

จากตารางที่ 6 พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ และการรับรู้ระดับความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อม มีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ รวมถึงค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การอภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 ภายหลังการทดลองใช้โปรแกรมการเสริมพลังในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1

อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้มีการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์อาการปวดข้อเข่าและแนวทางการแก้ไขอาการปวดข้อเข่าของตนเองและสมาชิกในกลุ่ม รวมถึงการวิเคราะห์สาเหตุการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ผลกระทบ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมองเห็นภาพที่ชัดเจนขึ้น และที่สำคัญการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม แนวทางการป้องกันและการแก้ไขอาการปวดข้อเข่าที่ถูกต้อง โดยผ่านสื่อวีดิทัศน์ การนำเสนอภาพนิ่ง (Power point) จากผู้วิจัยและได้รับคู่มือการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม ประเมินได้จากค่าระดับคะแนนการทำแบบประเมินความรู้เรื่องการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนความรู้สูงเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ทุกคน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นงพิมล นิมิตรอานันท์, ศศิธร รุจนเวช[10] การสังเคราะห์วรรณกรรมเรื่องการบำบัดรักษาแบบไม่ใช้ยาในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ โดยมีระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานอยู่ในระดับ 1 พบว่า แนวทางปฏิบัติที่ดีในการบำบัดอาการปวดข้อเข่าโดยไม่ใช้ยา มี 3 แนวทาง ซึ่งการให้ความรู้และฝึกทักษะเพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลสุขภาพด้วยตนเองเป็นแนวทางหนึ่งของการป้องกันและรักษาอาการปวดข้อเข่าโดยไม่ใช้ยา สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิรพรรณ เขียวขำ[11] ได้ศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุในอำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าก่อนให้การดูแลตามปกติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตนาวลี ภักดีสมัย, พนิษฐา พานิชาชีวะกุล[12] ได้ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาปวดข้อเข่าของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านบาก อำเภอจังหารจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า เมื่อผู้สูงอายุได้รับความรู้เรื่องโรค การฝึกการบริหารข้อและกล้ามเนื้อรอบข้อ และการมีคู่มือในการปฏิบัติการบริหาร จะช่วยให้ผู้สูงอายุมั่นใจและสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการบริหารเพื่อลดอาการปวด เพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่าและลดการใช้ยาลงได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาพ อารีเอื้อ, นภาภรณ์ ปิยขจรโรจน์[5] ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการออกกำลังกายที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อมกลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ 3 ครั้ง และโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้วยตนเองที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการบริหารกล้ามเนื้อต้นขามีความรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้น

สมมุติฐานที่ 2 ภายหลังการทดลองใช้โปรแกรมการเสริมพลังในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2

อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ทำกิจกรรมร่วมกันโดยผ่านกระบวนการกลุ่มมีการคิดวิเคราะห์สาเหตุการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ปัจจัยการเกิดและและผลกระทบที่เกิดตามมา โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของสมาชิกทุกคนในกลุ่ม รวมถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับอาการปวดข้อเข่าของแต่ละคน และการได้รับ

ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมจากผู้วิจัย การสอนสาธิตจากนักกายภาพบำบัด เมื่อลงมือปฏิบัติจริงด้วยตนเองทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงและเมื่อลงมือปฏิบัติแล้วทำให้อาการปวดข้อเข่าดีขึ้น หรือบางคนไม่มีอาการปวดข้อเข่าอีกเลยจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่น มั่นใจในการในแนวทางการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมว่าทำแล้วได้ผลลัพธ์ที่ดี ก็จะทำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมต่อเนื่อง และยังสามารถให้คำแนะนำกับประชาชนที่มีอาการปวดข้อเข่าได้อย่างมั่นใจ ประเมินได้จากค่าระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถของตน พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนสูงขึ้นทุกคน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เกศิณี วงศ์สุบิน, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, ธราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช[20] ที่ศึกษาผลการเสริมสร้างพลังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิชุดา กลิ่นหอม[21] ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาคโลหิต พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการเสริมพลังของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาคโลหิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาคโลหิตสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการเสริมพลังของอาสาสมัครเยาวชนด้านสุขภาพในการบริจาคโลหิต สอดคล้องกับงานวิจัยของ ยุพา พูลสวัสดิ์[22] ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการเสริมพลังให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการใช้ยาที่บ้านในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดราชบุรี พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มทดลองมีความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมคิด อ่อนปรางค์[23] ศึกษาเกี่ยวกับการเสริมพลังในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกเบาหวาน อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีการรับรู้การมีพลังอำนาจในตนเองด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมและจัดการสถานการณ์เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่ 3 ภายหลังการทดลองใช้โปรแกรมการเสริมพลังในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ระดับความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 3

อธิบายได้ว่า โปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมที่ให้กลุ่มตัวอย่างนำไปปฏิบัติจริงที่บ้าน ประกอบไปด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ข้อเข่า เช่น ไม่นั่งยองๆ ไม่นั่งขัดสมาธิ และการขึ้นลงบันไดเท่าที่จำเป็น การออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าอาทิตย์ละ 4 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที และการควบคุมน้ำหนักตามหลักธงโภชนาการ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะอ้วนระดับ 2 และระดับ 3 ในโปรแกรมนี้จึงจัดให้มีการออกกำลังกายควบคู่ไปพร้อมกับการบริหารข้อเข่า และมีโปรแกรมการเลือกรับประทานอาหารในแต่

ละมื้อ จำนวน 6 สัปดาห์ ให้กลุ่มตัวอย่างทำอย่างสม่ำเสมอ มีการกำกับติดตามทางโทรศัพท์ อาทิตย์ละ 1 ครั้ง ถึงจะเป็นระยะเวลาสั้นๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดข้อเข่าลดลง จะเห็นได้จากระดับค่าคะแนนความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมในแต่ละคน มีระดับค่าคะแนนสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมทุกคน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภูริชญา วีระศิริรัตน์, กฤติกา หงษ์โต, พรพิมล เหมือนใจ, จันทร์ทิพย์ นามสว่าง[24] ศึกษาผลการจัดการทางกายภาพบำบัดในพระสงฆ์ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ผลการศึกษาครั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการรักษา พบว่า มีค่าระดับความรุนแรงของอาการปวด และ WOMAC function ลดลงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ เอกพล ริยะกาศ, โรจนี จินตนาวัฒน์, กนกพร สุคำวัง[25] ได้ศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกต่อความรุนแรงของโรคในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ลดลงกว่าก่อนออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุในกลุ่มที่ออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิกลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายด้วยการเดินแบบนอร์ดิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาพ อารีเอื้อ, นภาภรณ์ ปิยขจรโรจน์[5] ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการออกกำลังกายที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อม พบว่าผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาระดับความรุนแรงของโรคทั้งความปวดข้อฝืด/ขัด และข้อจำกัดด้านร่างกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิรพรรณ เขียวขำ[11] ศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ในอำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ภายหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าต่ำกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตฑาพร ลือลาภ และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์[26] ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะต่อความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมและน้ำหนักตัวในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีน้ำหนักเกิน พบว่า ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่ 4 ภายหลังการทดลองใช้โปรแกรมการเสริมพลังในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพทางกาย คือ ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผู้วิจัยอธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามโปรแกรม กล่าวคือ มีการควบคุมอาหารด้วยธงโภชนาการ ปริมาณอาหารใน 1 วัน มีพลังงานไม่เกิน 1,200 กิโลแคลอรี่ ประกอบไปด้วย ข้าว แป้ง 6 ทัพพี ผัก 3 - 4 ทัพพี ผลไม้ 2 - 3 ส่วน เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ 5 ช้อนโต๊ะ นมพร่องมันเนย 1 แก้ว น้ำมันพืช 3 - 4 ช้อนชา น้ำตาลทรายไม่เกิน 3 ช้อน กลุ่มตัวอย่างทุกคนปรุงอาหารรับประทานเอง จึงทำให้สามารถควบคุมอาหารได้ตามธงโภชนาการได้ ส่วนเรื่องการออกกำลังกาย อุปกรณ์ที่ใช้ คือ ยางยืด เวลาดึงยางและยืดยางออกจะทำให้เกิดแรงต้านมีผลต่อกล้ามเนื้อที่ใช้ในการดึงยางค้างไว้สักครู่แล้วปล่อยจะเกิดแรงดึงกลับจากการถูกดึงให้ยืดออก ซึ่งเป็นผลดีต่อการ

บำบัดรักษาระบบการทำงานของกล้ามเนื้อ รวมทั้งช่วยป้องกันการเสื่อมสภาพของเส้นประสาท กล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อ และกระดูก ทำสัปดาห์ละ 4 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ซึ่งการออกกำลังกายนี้ ทำไปพร้อมกับการบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า เมื่อออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นประจำ จะช่วยฝึกความอดทนของกล้ามเนื้อและช่วยเพิ่มมวลรวมของกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักและเส้นรอบเอวลดลงทุกคน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ประภาพร วงศ์สุวรรณ[27] การลดน้ำหนักในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการช่วยให้ผู้ป่วยลดอาการปวดข้อเข่า เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ป้องกันและชะลอไม่ให้การดำเนินโรคเลวลง คือ การลดน้ำหนักโดยใช้หลายวิธีรวมกัน ได้แก่ การกำหนดพลังงานจากอาหาร การให้ความรู้ การให้คำปรึกษาเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย ร่วมกับการฝึกทักษะการออกกำลังกาย มีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้วิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง สอดคล้องกับงานวิจัยของ นงพิมล นิมิตรอานันท์, ศศิธร รุจนเวช[10] พบว่า การลดน้ำหนักตัว (Weight reduction) ในกรณีที่น้ำหนักตัวเกิน คือ มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI มากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร) ต้องลดน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานหรืออย่างน้อยควรลดให้ได้มากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวเดิม หรือลดน้ำหนักที่อัตรามากกว่าร้อยละ 0.24 ของน้ำหนักตัวเดิมต่อสัปดาห์ โดยเฉพาะขณะที่มีอาการปวดข้อ และคงรักษาน้ำหนักตัวในระดับที่ต่ำไว้โดยมีแผนงานปรับเปลี่ยนโภชนาการร่วมกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตฑาพร ลือลาภ และ ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์[26] ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะต่อความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมและน้ำหนักตัวในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีน้ำหนักเกิน พบว่า ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมน้ำหนักเกินภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุดเด่นจากการนำแนวคิดการเสริมพลังของ Wallerstein, Bernstein[14] มาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและรับรู้ความสามารถของตนได้เป็นอย่างดี เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม แนวทางการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และลงมือปฏิบัติจริงทำให้เห็นถึงผลการปฏิบัติว่าทำแล้วอาการปวดข้อเข่าลดลงจากเดิม สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถของตน และมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และยังสามารถนำความรู้ที่มีสอนหรือให้คำแนะนำต่อประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบหรือประชาชนทั่วไปที่มีปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบในการแนะนำประชาชนได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมการเสริมพลังในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในประชาชนที่มีความเสี่ยง และหรือกลุ่มเป้าหมายระยะแรกของโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ โดยปรับเปลี่ยนการจัดกิจกรรมให้ความรู้ และการฝึกทักษะการออกกำลังกายรอบข้อเข่าที่สอดคล้องกับบริบทในแต่ละพื้นที่

2. พยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพควรจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ข้อเข่า การออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อรอบๆ ข้อเข่า และการควบคุมน้ำหนักแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพที่ดีแก่ประชาชนในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อม และร่วมออกแบบกิจกรรมเพื่อการบำบัดที่สอดคล้องกับวิถีชุมชนของตน

2. ควรมีการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อน - หลัง และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นเพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมต่อความรู้ในการป้องกัน การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

เอกสารอ้างอิง

1. WHO Scientific Group on the Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Millennium. The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millennium. World Health Organ Tech Rep Ser 2003;919:i-x.
2. Pereira D, Peleteiro B, Araújo J, Branco J, Santos RA, Ramos E. The effects of osteoarthritis definition on prevalence and incidence estimates: a systematic review. Osteoarthritis Cartilage 2011;19:1270–85.
3. Nimit-arnun N. The epidemiological situation and risk assessment of knee osteoarthritis among Thai people. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014;15(3):185–94. (in Thai).
4. Cooper C, Dennison E, Edwards M, Litwic A. Epidemiology of osteoarthritis. Medicographia 2013;35(2):145–51.
5. Aree-Ue S, Piyakhachornrot N. Outcomes of health education and home-based exercise programs for patients with knee osteoarthritis. Thai Journal of Nursing Council 2008;23(3):72-84. (in Thai).
6. Woratanarat P. Lifestyles and knee osteoarthritis. Bangkok: Charansanitwong Printing; 2014.
7. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระจอมเกล้า. สถิติโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2559]. แหล่งที่มา: http://www.phrachomklao.go.th /index.php/static.
8. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขนาน. สถิติเวชระเบียน. เพชรบุรี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขนาน; 2559.

9. Cheunsombat R. Development of clinical nursing practice guidelines for exercise in older adults with osteoarthritis of the knee. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Mahidol University; 2010. (in Thai).
10. Nimit-arnun N. Roojanavech S. An integrative review of non-phamacological therapy in the patients with primary knee osteoarthritis. APHEIT Journal 2014;3(1):35-49. (in Thai).
11. Khiewkhum J. Application of clinical nursing practice guideline on reducing severity of knee osteoarthritis in the elderly at Cha-um District in Petchaburi Province. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Christian University of Thailand; 2010. (in Thai).
12. Pukdeesamai R. Panichacheewakul P. Improving care for elderly with knee pain at Ban Bak Tambol Health Promotion Hospital Changhan District, Roi Et Province. Journal of Nursing Science & Health 2011;34(4):46-55. (in Thai).
13. Wallerstein N, Bernstein E. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. Health education Quarterly 1988;15(4):379-94.
14. Wallerstein N, Bernstein E. Introduction to community empowerment participatory education and health. Health Education Quarterly 1994;21(2):141-8.
15. อมร สุวรรณนิมิตร. การพยาบาลปฐมภูมิกับการสร้างเสริมพลังอำนาจชุมชน. มหาสารคาม: อภิชาติการพิมพ์; 2553.
16. Charoencholvanich K, Pongcharoen B. Oxford knee score and SF-36: translation & reliability foruse with total knee arthroscopy patients in Thailand. J Med Assoc Thai 2005;88(9):1194-202.
17. ลัดดา เหมาะสุวรรณ, อุไรพร จิตต์แจ้ง. คู่มือเครื่องชี้วัดทางโภชนาการและโรคที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2555.
18. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates; 1988.
19. จรณิต แก้วกังวาล, ประตาป สิงหศิวานนท์. ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางคลินิก. ใน พรรณี ปิติสุทธิธรรม, ชยันต์ พิเชียรสุนทร, บรรณาธิการ. ตำราการวิจัยทางคลินิก. กรุงเทพมหานคร: คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
20. Wongsubin K, Kaeodumkoeng K, Kengganpanich T, Kengganpanich M. Effect of empowerment program on prevention and control of dengue hemorrhagic fever among village health volunteers in Pongnamron Sub-Distric, Pongnamron Distric, Chanthaburi Province. J PrapokklaoHospClin Med Educat Center 2016;33(3):196–209. (in Thai).
21. Klinhom W. The effects of empowering youth health volunteers for blood donation program. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Christian University of Thailand; 2016. (in Thai).

22. Poonsawas Y. The outcomes of empowerment program of village health volunteers in home medication usage amongst the elderly with chronic illnesses in Ratchaburi Province. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Christian University of Thailand; 2014. (in Thai).
23. Onprang. S. The effectiveness of the empowerment model on self-care of diabetics at a diabetic clinic in Amphoe Muang, Changwat Nonthaburi. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Mahasarakham University; 2009. (in Thai).
24. ภูริชญา วีระศิริรัตน์, กฤติกา หงษ์โต, พรพิมล เหมือนใจ, จันทร์ทิพย์ นามสว่าง. ผลของการจัดการทางกายภาพบำบัดในพระสงฆ์ที่มีภาวะข้อเข่าสื่อม. โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน): คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558.
25. Riyakad A, Chintanawat R, Sucamvang K. Impact of nordic walking exercise on the severity of knee osteoarthritis in elderly people. Thai Journal of Nursing Council 2015;30(4):94-106. (in Thai).
26. Leularb K, Choowattanapakorn T. Effects of information-motivation-behavioral skill program on the severity of knee osteoarthritis and body weight on overweight older persons with knee osteoarthritis. Kuakarun Journal of Nursing 2016;23(2):149-64. (in Thai).
27. ประภาพร วงศ์สุวรรณ. การลดน้ำหนักในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน. ม.ป.ท.: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.

ทัศนคติต่อผู้สูงอายุของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง

Attitude Towards Older Adults in Adults Persons Residing in Urban Community

สุนทรี จี้ใจหล้า* สุจินดา จารุพัฒน์ มารุโอ นพวรรณ เปียซื่อ*****

Suntaree Jeejaila, R.N.,* Suchinda Jarupat Maruo, Ph.D. (Life Science and Human Technology),

Noppawan Piaseu, Ph.D. (Nursing)***

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติต่อผู้สูงอายุและเปรียบเทียบทัศนคติต่อผู้สูงอายุของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ ลักษณะครอบครัว รายได้ส่วนบุคคล รายได้ครอบครัว ระดับการศึกษา การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ และความสามารถในการทำกิจวัตรของผู้สูงอายุที่ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 15 - 59 ปี จำนวน 400 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร รวม 6 เขต เลือกตัวอย่างแบบสะดวกตามเกณฑ์คัดเข้า เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลและแบบสอบถามทัศนคติต่อผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและสถิติอ้างอิง ได้แก่ Independent t-test, Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis test และ ANOVA

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง โดยทัศนคติต่อผู้สูงอายุในด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ด้านสังคมและวัฒนธรรมอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี ส่วนทัศนคติด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างไม่ดี กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อผู้สูงอายุแตกต่างกันตามปัจจัยส่วนบุคคล ด้านรายได้ส่วนบุคคล ($p = .003$) รายได้ครอบครัว ($p = .001$) และความสามารถในการทำกิจวัตรของผู้สูงอายุที่ดูแล ($p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ทัศนคติต่อผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกันตามเพศ อายุ ศาสนา อาชีพ และลักษณะครอบครัว ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะต่อพยาบาลและทีมสุขภาพ ในการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุด้านร่างกายผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรได้ด้วยตัวเอง

* Student in Master of Nursing Science Program (Community Nurse Practitioner), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. E-mail: ying_jee@hotmail.com

** Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. E-mail: Suchinda.jar@mahidol.ac.th

*** Corresponding Author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. E-mail: noppawan.pia@mahidol.ac.th

คำสำคัญ : ทัศนคติต่อผู้สูงอายุ ปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ประชาชนวัยผู้ใหญ่ ชุมชนเมือง

Abstract

This descriptive study aimed to describe the attitude towards older adults and compare the attitude towards older adults in adult persons residing in urban communities based on personal factors including gender, age, religion, occupation, family characteristics, personal income, family income, education, type of home ownership, experience of care for older adults and functional ability of older adults. Through convenience sampling with inclusion criteria, the sample included 400 adults aged 15 - 59 years residing in six areas in Bangkok. Instruments included questionnaires on demography and attitude towards older adults. Data were then analyzed using descriptive statistics and inferential statistics including Independent t-test, Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis test and ANOVA.

Results revealed that the sample had overall attitude towards older adults at the moderate level. The attitude for family and environment as well as social and cultural dimensions were at rather good levels whereas the attitude for physical and mental dimension was rather poor. The sample had different attitude towards older adults in different personal factors including personal income ($p = .003$), family income ($p = .001$), and functional ability of older adults ($p < .001$). However, there was no statistical difference in attitude towards older adults in the sample with different gender, age, religion, occupation, and family characteristics. Results suggested that nurses and health team should promote attitude towards older adults on physical and mental dimension in adult persons, particularly in those with low personal income and family income, including those with experiences of taking care older adults with dependence.

Keywords : attitudes towards older adults, personal factors, experience of care for older adults, urban community

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันลักษณะของสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมเมืองมากขึ้น จากความเจริญทั้งในด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมและนวัตกรรมตามนโยบายประเทศไทย 4.0 นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงลักษณะโครงสร้างของครัวเรือนในประเทศไทย มีครอบครัวลักษณะใหม่เกิดขึ้นและมีความหลากหลาย เช่น ครัวเรือนคนเดียว ครอบครัวข้ามรุ่น เพิ่มเติมขึ้นจากครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายตามแบบเดิม โดยครอบครัวเดี่ยวเป็นประเภทครอบครัวที่พบมากที่สุดในประเทศไทย (ร้อยละ 49.9) รองลงมาเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 35.7) ถึงแม้ว่าครัวเรือนในปัจจุบันมีลักษณะครอบครัวเดี่ยวเป็นหลัก ลักษณะของครอบครัวขยายเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ดังข้อมูลสถิติของครัวเรือนที่พบว่า ครอบครัวขยายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.2 ในปี พ.ศ. 2530 เป็นร้อยละ 51.6 ในปี พ.ศ. 2556[1] ประกอบกับอายุขัยของประชากรไทยยืนยาวขึ้น โดยเพศหญิงอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 77.5 ปี ในปี พ.ศ. 2553 - 2558 เป็น 78.9 ปี ในปี พ.ศ. 2558 - 2563 ในขณะที่เพศชาย อายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 71.3 ปี ในปี พ.ศ. 2553 - 2558 เป็น 73.1 ปี ในปี พ.ศ. 2558 - 2563[2] อีกทั้งประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 12.2 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 14.9 ในปี พ.ศ. 2557[3] สอดคล้องกับโครงสร้างประชากรที่ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และในอนาคตจะเป็นสังคมผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพัง นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจที่เสื่อมถอยลง ส่งผลกระทบต่อความต้องการการดูแลและค่าใช้จ่ายในการดูแลของครอบครัวที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งการสูญเสียเชิงเศรษฐกิจของประเทศในระยะยาวอาจทำให้ประชาชนบางส่วนมีมุมมองเชิงลบต่อผู้สูงอายุ[4]

อย่างไรก็ตามแนวคิดพื้นฐานของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545 - 2564 มีสาระสำคัญว่า ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน และสังคม ให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเพื่อสร้างจิตสำนึกให้สังคมไทยตระหนักถึงผู้สูงอายุและให้ความสำคัญของการเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุ[5] รวมถึงแผนปฏิบัติการนานาชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (Madrid International Plan of Action on Ageing : MIPAA) เป็นข้อสรุปจากการประชุมสมัชชาโลกครั้งที่ 2 ขององค์การสหประชาชาติ ที่เรียกร้องให้มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ นโยบาย และการปฏิบัติในทุกระดับ ทุกภาคส่วน เพื่อให้ผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 สามารถใช้ศักยภาพของตนได้อย่างเต็มที่[6] และจากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2554 พบว่า ประชาชนที่มีความคิดเห็นว่าควรเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุมีสัดส่วนที่ลดลงจากร้อยละ 91.4 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 87.1 ในปี พ.ศ. 2554[7] จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานโดยเฉพาะในด้านการสร้างเสริมทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุอาจยังมีข้อจำกัดโดยเฉพาะในประชากรวัยผู้ใหญ่อาจยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากร รวมถึงปัจจัยเชิงนิเวศวิทยาระดับบุคคลและครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ รายได้ส่วนบุคคล ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ลักษณะครอบครัว รวมทั้งลักษณะทางสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุและความ

สามารถในการทำกิจวัตรของผู้สูงอายุที่ดูแล น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับทัศนคติของประชาชนที่มีต่อผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ทัศนคติต่อผู้สูงอายุในกลุ่มประชากรหลากหลายกลุ่มทั้งในและต่างประเทศส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ[8] ดังการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ที่ทำงานด้านสุขภาพในชุมชนและความเชื่อที่มีต่อผู้สูงอายุเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาใน 213 ชุมชน ที่มีผู้ทำงานด้านสุขภาพอยู่ใน 12 หน่วยบริการปฐมภูมิ และ 29 ศูนย์สุขภาพครอบครัวในเมืองมาริลลา รัฐเซาเปาโล ประเทศบราซิล ในปี ค.ศ. 2010 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น สถานภาพสมรสคู่ ได้รับการศึกษามากกว่า 12 ปี มีประสบการณ์การทำงานกับผู้สูงอายุนานกว่า 6 ปี พบว่า ผู้มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุในครอบครัว และได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีทั้งทัศนคติทางบวก คือ มีความรอบรู้ และมีความเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ และทัศนคติทางลบ คือ ทัศนคติที่ว่าผู้สูงอายุค่อนข้างเชื่องช้าและเข้มงวด[9] นอกจากนี้ปัจจัยด้านการได้รับการศึกษาและอาชีพ อาจมีผลต่อทัศนคติต่อผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความเต็มใจและเจตนาที่จะทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลในประเทศซาอุดิอาระเบีย และผลการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่า ศาสนา การเลี้ยงดู และการให้คุณค่า มีผลต่อความเต็มใจที่นักศึกษาพยาบาลจะเลือกการดูแลผู้สูงอายุเป็นอาชีพ และเป็นเหตุผลในการเลือกที่ดีที่สุด เช่นเดียวกับปัจจัยด้านศาสนา และวัฒนธรรมการเลี้ยงดู ที่มีผลให้ทัศนคติต่อผู้สูงอายุแตกต่างกัน[10]

ข้อมูลเชิงประจักษ์จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อผู้สูงอายุของประชาชนวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย โดยเฉพาะที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองยังมีจำกัด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาทัศนคติต่อผู้สูงอายุของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมทัศนคติต่อผู้สูงอายุในยุคของสังคมสูงอายุในปัจจุบัน รวมทั้งจะเป็นข้อมูลในการเตรียมความพร้อมการดูแลผู้สูงอายุและการเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถรับมือกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตให้ลดลงและตรงประเด็นมากขึ้น สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สร้างจิตสำนึกให้สังคมไทยได้ตระหนักถึงผู้สูงอายุ และตระหนักถึงความสำคัญของการเป็นผู้สูงอายุในสังคมไทยต่อไป[11]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาทัศนคติต่อผู้สูงอายุของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง

2. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อผู้สูงอายุของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ ลักษณะครอบครัว รายได้ส่วนบุคคล รายได้ครอบครัว ระดับการศึกษา การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ และความสามารถในการทำกิจวัตรของผู้สูงอายุที่ดูแล

สมมติฐานการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ อายุ ศาสนา อาชีพ ลักษณะครอบครัว รายได้ส่วนบุคคล รายได้ครอบครัว ระดับการศึกษา การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ และความสามารถในการทำกิจวัตรของผู้สูงอายุที่ดูแลแตกต่างกันมีทัศนคติต่อผู้สูงอายุแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบจำลองนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Social ecological model)[12] ที่กล่าวว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมต่อกันตลอดเวลา เป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เวลา และสิ่งแวดล้อม โดยองค์ประกอบของพัฒนาการมนุษย์มีโครงสร้างของระบบสังคมเป็นสามระดับที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติต่อผู้สูงอายุของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ประกอบด้วยปัจจัยดังนี้ 1) ระบบจุลภาค (Micro system) คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ รายได้ส่วนบุคคล ระดับการศึกษา 2) ระบบกึ่งกลางระหว่างครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ภายนอก (Meso system) คือ ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ รายได้ครอบครัว การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย และลักษณะครอบครัว และ 3) ระบบภายนอก (Exo system) คือ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ และความสามารถในการทำกิจวัตรของผู้สูงอายุที่ดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 15 - 59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร เลือกตัวอย่างแบบสองขั้นตอน (Two-stage sampling) ตามเขตพื้นที่การปกครองของ กรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวน 6 พื้นที่ รวม 50 เขต ในขั้นที่หนึ่งเลือกเขตแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 1 เขตต่อพื้นที่ โดยเลือกเขตที่มีจำนวนชุมชนเมืองมากที่สุด ได้แก่ เขตดุสิต เขตสวนหลวง เขตบางเขน เขตประเวศ เขตจอมทอง และเขตภาษีเจริญ ขั้นที่สอง เลือกตัวอย่างแบบสะดวกตามสัดส่วนและเกณฑ์การคัดเข้า (Convenience sampling with proportion and inclusion criteria) รวมจำนวน 400 คน ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) อายุระหว่าง 15 - 59 ปี 2) สามารถเข้าใจและสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย และ 3) อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองในเขตกรุงเทพมหานครเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ใช้หลักการของ Kelsey[13] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 384 คน เพื่อทดแทนในกรณีที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 5 โดยประมาณ รวมทั้งหมดเป็น 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ ลักษณะครอบครัว รายได้ส่วนบุคคล รายได้ครอบครัว ระดับการศึกษา การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ และความสามารถในการทำกิจวัตรของผู้สูงอายุที่ดูแล ลักษณะการตอบเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 0.91

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อผู้สูงอายุ พัฒนาโดยผู้วิจัย จากแนวคิดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มุ่งเน้นการส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ทัศนคติต่อผู้สูงอายุด้านร่างกายและจิตใจ จำนวน 12 ข้อ 2) ทัศนคติต่อผู้สูงอายุด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อม จำนวน 6 ข้อ และ 3) ทัศนคติต่อผู้สูงอายุด้านสังคมและวัฒนธรรม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (0 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) เฉยๆ (2 คะแนน) เห็นด้วย (3 คะแนน) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยผู้วิจัยได้ทำการกลับค่าคะแนนเชิงลบก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

ระดับคะแนนเฉลี่ย 3.21 - 4.00	หมายถึง มีทัศนคติต่อผู้สูงอายุในระดับดี
ระดับคะแนนเฉลี่ย 2.41 - 3.20	หมายถึง มีทัศนคติต่อผู้สูงอายุในระดับค่อนข้างดี
ระดับคะแนนเฉลี่ย 1.61 - 2.40	หมายถึง มีทัศนคติต่อผู้สูงอายุในระดับปานกลาง
ระดับคะแนนเฉลี่ย 0.81 - 1.60	หมายถึง มีทัศนคติต่อผู้สูงอายุในระดับค่อนข้างไม่ดี
ระดับคะแนนเฉลี่ย 0.00 - 0.80	หมายถึง มีทัศนคติต่อผู้สูงอายุในระดับไม่ดี

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ดังกล่าวข้างต้น ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.91 นำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.81

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 09-57-60ย ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยได้รับการยินยอมตนด้วยการลงนาม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับไม่มีการระบุชื่อ ผลการศึกษานำเสนอในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยนำหนังสือแนะนำจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการเขตพื้นที่ทั้ง 6 เขต เพื่อขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขอความอนุเคราะห์ในการนัดหมายวันเวลาเพื่อเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล ณ ที่ทำการเขต

2. ชี้แจงให้ประชาชนในแต่ละเขตที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการ และระยะเวลาของการตอบแบบสอบถาม รวมถึงอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

3. คัดเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและแจ้งข้อมูลรายละเอียดของการศึกษาให้กับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self report) ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10 นาทีต่อคน ทำการเก็บข้อมูลเขตละ 2 - 5 วัน วันละ 30 – 40 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบทัศนคติต่อผู้สูงอายุตามปัจจัยด้านเพศ ลักษณะครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney test การเปรียบเทียบทัศนคติต่อผู้สูงอายุตามปัจจัยด้านอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย รายได้ส่วนบุคคล รายได้ครอบครัว ความสามารถในการทำกิจวัตรของผู้สูงอายุที่ดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติ One-way ANOVA และเปรียบเทียบรายคู่ด้วยสถิติ Scheffe การเปรียบเทียบทัศนคติต่อผู้สูงอายุตามปัจจัยด้านประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test และการเปรียบเทียบทัศนคติต่อผู้สูงอายุตามปัจจัยด้านศาสนา วิเคราะห์ด้วยสถิติ Kruskal-Wallis test

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.2) อายุเฉลี่ย 34.6 ± 11.0 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 90.5) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 24.0) ใกล้เคียงกับพนักงานบริษัทเอกชน (ร้อยละ 23.2) รายได้ส่วนบุคคลเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001 - 15,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด (ร้อยละ 37.0) รองลงมาอยู่ในช่วง 15,001 - 25,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 23.2) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากที่สุด คือ 45,001 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 26.8) รองลงมาอยู่ในช่วง 15,001 - 25,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 20.2) ลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 82.8) การศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 33.2) รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 26.2) บ้านที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง (ร้อยละ 56.8) ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 53.8) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุนั้น ผู้สูงอายุที่ดูแลส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำกิจวัตร คือ ติดสังคม (ร้อยละ 75.7) รองลงมา คือ ติดบ้าน (ร้อยละ 17.8) น้อยที่สุด คือ ติดเตียง (ร้อยละ 6.5)

ค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้สูงอายุในด้านร่างกายและจิตใจ (1.55 ± 0.36) อยู่ในเกณฑ์ที่ค่อนข้างไม่ดี ในขณะที่ด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อม (3.11 ± 0.46) และด้านสังคมและวัฒนธรรม (2.75 ± 0.34) อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี ในขณะที่ทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุโดยรวม (2.31 ± 0.23) อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ทัศนคติต่อผู้สูงอายุของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองจำแนกรายด้านและโดยรวม (n = 400)

ทัศนคติต่อผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
ด้านร่างกายและจิตใจ	1.55	0.36	0.42	2.92
ด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อม	3.11	0.46	1.67	4.00
ด้านสังคมและวัฒนธรรม	2.75	0.34	1.90	4.00
ทัศนคติโดยรวม	**2.31**	**0.23**	**1.75**	**3.14**

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายข้อของทัศนคติด้านร่างกายและจิตใจ พบว่า ความคิดเห็นต่อผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ประสบการณ์เจ็บป่วยของผู้สูงอายุเป็นประโยชน์ (3.20 ± 0.65) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยต้องได้รับการดูแลรักษา (0.86 ± 0.71) ทัศนคติด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อม พบว่า ความคิดเห็นต่อผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ บุตรหลานควรตอบแทนบุญคุณผู้สูงอายุ (3.53 ± 0.60) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องยุ่งยากของครอบครัว (2.07 ± 1.02) สำหรับด้านสังคมและวัฒนธรรม พบว่า ความคิดเห็นต่อผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุควรได้รับสวัสดิการมากกว่ากลุ่มอื่น (3.31 ± 0.64) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ผู้สูงอายุควรหยุดทำงานเมื่ออายุ 60 ปี (1.65 ± 1.16) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ทัศนคติต่อผู้สูงอายุของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองจำแนกรายข้อ (n = 400)

ทัศนคติต่อผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ด้านร่างกายและจิตใจ		
ประสบการณ์เจ็บป่วยของผู้สูงอายุเป็นประโยชน์	3.20	0.65
ผู้สูงอายุเข้าใจปัญหาสุขภาพได้ดี	2.32	0.92
ผู้สูงอายุมีความรอบรู้	2.29	0.83
ผู้สูงอายุเป็นภาระต้องพึ่งพิงผู้อื่น	1.96	1.08
ผู้สูงอายุหงุดหงิดขี้โมโหง่าย เอาแต่ใจ	1.51	0.90
ผู้สูงอายุมีความเป็นตัวของตัวเองสูง	1.46	0.85
ผู้สูงอายุใช้เวลาในการคิดวิเคราะห์ช้า	1.18	0.84
ความเจ็บป่วยมักมาพร้อมกับวัยที่สูงขึ้น	1.03	0.80
ผู้สูงอายุขี้ลืมและชอบถามซ้ำๆ	1.01	0.77
ผู้สูงอายุมีความเสื่อมทางด้านร่างกาย	0.95	0.80
ผู้สูงอายุต้องได้รับการช่วยเหลือดูแล	0.87	0.76

ตารางที่ 2 ทัศนคติต่อผู้สูงอายุของประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองจำแนกรายข้อ (n = 400) (ต่อ)

ทัศนคติต่อผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วย ต้องได้รับการดูแลรักษา	0.86	0.71
ด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อม		
บุตรหลานควรตอบแทนบุญคุณผู้สูงอายุ	3.53	0.60
บุตรหลานควรเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ	3.36	0.63
ผู้สูงอายุไม่ควรไปอยู่บ้านพักคนชรา	3.32	0.78
ผู้สูงอายุไม่ควรอยู่ที่บ้านเพียงลำพัง	3.20	0.72
บุตรหลานมีหน้าที่ให้ค่าใช้จ่ายผู้สูงอายุ	3.14	0.72
การดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องยุ่งยากของครอบครัว	2.07	1.02
ด้านสังคมและวัฒนธรรม		
ผู้สูงอายุควรได้รับสวัสดิการมากกว่ากลุ่มอื่น	3.31	0.64
ผู้สูงอายุเป็นต้นแบบการดำเนินชีวิตของบุตรหลาน	3.17	0.60
การทำกิจกรรมจิตอาสา ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า	3.12	0.59
ผู้สูงอายุเป็นที่พึ่งทางใจให้แก่ผู้อ่อนวัยกว่า	3.09	0.68
ผู้สูงอายุเป็นผู้สืบสานประเพณีและวัฒนธรรม	3.06	0.73
ผู้สูงอายุควรออมเงินเพื่อเป็นหลักประกันในชีวิต	3.06	0.72
ผู้สูงอายุได้รับการทอดทิ้งมากขึ้น	3.05	0.87
ผู้สูงอายุไม่ค่อยกระตือรือร้นในกิจกรรมทางสังคม	2.06	0.90
ผู้สูงอายุเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ยาก	1.96	0.92
ผู้สูงอายุควรหยุดทำงานเมื่ออายุ 60 ปี	1.65	1.16

กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อผู้สูงอายุแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามรายได้ส่วนบุคคล รายได้ครอบครัว และความสามารถในการทำกิจวัตรของผู้สูงอายุที่ดูแลที่แตกต่างกัน ($p = .003$, $p < .001$, $p < .001$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 3) เมื่อเปรียบเทียบพหุคูณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ส่วนบุคคล 5,000 บาท/เดือนหรือน้อยกว่า กับกลุ่มที่มีรายได้ส่วนบุคคล 35,001 - 45,000 บาท/เดือน มีทัศนคติต่อผู้สูงอายุแตกต่างกัน ($p = .018$) เช่นเดียวกับกลุ่มที่มีรายได้ส่วนบุคคล 5,001 - 15,000 บาท/เดือน กับ 35,001 - 45,000 บาท/เดือน ที่มีทัศนคติต่อผู้สูงอายุแตกต่างกัน ($p = .039$) กลุ่มที่มีรายได้ครอบครัว 5,001 - 15,000 บาท/เดือน กับกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัว 45,001 บาท/เดือนขึ้นไป มีทัศนคติต่อผู้สูงอายุแตกต่างกัน ($p = .031$) เช่นเดียวกับกลุ่มที่มีรายได้ครอบครัว 15,001 - 25,000 บาท/เดือน กับ 45,001บาท/เดือนขึ้นไป มีทัศนคติต่อผู้สูงอายุแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ (p = .047) กลุ่มตัวอย่างที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดสังคม กับกลุ่มที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านมีทัศนคติต่อผู้สูงอายุแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) (ตารางที่ 4) อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยส่วนบุคคลในด้านของเพศ อายุ ศาสนา อาชีพ ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย และประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ที่แตกต่างกันมีทัศนคติต่อผู้สูงอายุไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบทัศนคติต่อผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ส่วนบุคคล รายได้ครอบครัว และความสามารถในการทำกิจวัตรของผู้สูงอายุที่ดูแลโดยใช้สถิติ One-way ANOVA (n = 400)

ตัวแปร	SS	df	MS	F	p
รายได้ส่วนบุคคล					
ระหว่างกลุ่ม	.944	5	.189		
ภายในกลุ่ม	19.760	394	0.051	3.734	.003
รวม	**20.869**	**399**			
รายได้ครอบครัว					
ระหว่างกลุ่ม	1.109	5	.222		
ภายในกลุ่ม	19.760	394	.050	4.424	< .001
รวม	**20.869**	**399**			
ความสามารถในการทำกิจวัตร					
ระหว่างกลุ่ม	.880	2	.440		
ภายในกลุ่ม	9.848	182	.054	8.128	< .001
รวม	**10.727**	**184**			

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบพหุคูณค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อผู้สูงอายุจำแนกตามรายได้ส่วนบุคคล รายได้ครอบครัว และความสามารถในการทำกิจวัตรของผู้สูงอายุที่ดูแลโดยใช้สถิติ Scheffe (n = 400)

กลุ่ม	กลุ่ม	p
รายได้ส่วนบุคคล		
≤ 5,000 บาท	35,001 - 45,000 บาท	.018
5,001 - 15,000 บาท	35,001 - 45,000 บาท	.039
รายได้ครอบครัว		
5,001 - 15,000 บาท	≥ 45,001 บาท	.031
15,001 - 25,000 บาท	≥ 45,001 บาท	.047
ความสามารถในการทำกิจวัตร		
ผู้สูงอายุที่ติดสังคม	ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อผู้สูงอายุในด้านร่างกายและจิตใจ อยู่ในเกณฑ์ที่ค่อนข้างไม่ดี สามารถอธิบายได้จากข้อคำถามรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ดีและค่อนข้างไม่ดี ได้แก่ ผู้สูงอายุหงุดหงิด ขี้โมโหง่าย เอาแต่ใจ ผู้สูงอายุมีความเป็นตัวของตัวเองสูง ผู้สูงอายุใช้เวลาในการคิดวิเคราะห์ช้า ความเจ็บป่วยมักมาพร้อมกับวัยที่สูงขึ้น ผู้สูงอายุขี้ลืมและชอบถามซ้ำๆ ผู้สูงอายุมีความเสื่อมทางด้านร่างกาย ผู้สูงอายุต้องได้รับการช่วยเหลือดูแล และผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยต้องได้รับการดูแลรักษา สามารถอธิบายได้จากอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางที่มีสุขภาพแข็งแรง จึงอาจยังไม่รับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ[14] ที่สำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการสูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงตามปกติของชีวิต (ร้อยละ 94.0) เมื่อเข้าวัยสูงอายุจะมีกำลังกล้ามเนื้อถดถอยลง (ร้อยละ 89.5) และเมื่อเข้าวัยสูงอายุกระดูกจะบางลงกว่าในวัยหนุ่มสาว (ร้อยละ 88.9)

ทัศนคติต่อผู้สูงอายุในด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในเกณฑ์ที่ค่อนข้างดี อาจเพราะลักษณะสังคมไทยมีการใช้ชีวิตความเป็นอยู่ที่มีลักษณะความเป็นครอบครัวที่มีความผูกพันและการกตัญญูรู้คุณ อธิบายได้จากข้อคำถามรายข้อที่ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ที่ดีและค่อนข้างดี โดยกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่า บุตรหลานควรตอบแทนบุญคุณเป็นผู้ดูแลและมีหน้าที่ให้ค่าใช้จ่ายผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุไม่ควรไปอยู่บ้านพักคนชราและไม่ควรอยู่ที่บ้านเพียงลำพัง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[14] ที่สำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ โดยบุคคลที่ควรมีหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่า ควรเป็นหน้าที่หลักของบุตร (ร้อยละ 67.1) และเห็นว่าผู้สูงอายุควรอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับบุตรหลาน (ร้อยละ 80.3) ส่วนเรื่องที่ไม่เห็นด้วยมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุควรไปอยู่อาศัยในวัด (ร้อยละ 88.6) และผู้สูงอายุควรไปอยู่บ้านพักคนชรา (ร้อยละ 86.5)

ทัศนคติต่อผู้สูงอายุในด้านสังคมและวัฒนธรรม ในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี อาจเพราะสังคมในยุคปัจจุบันเป็นยุคที่ระบบเศรษฐกิจมีความเจริญเติบโตรวมถึงเทคโนโลยีที่ก้าวทันสมัยมากขึ้น ประชาชนเข้าถึงข้อมูลความรู้และสามารถนำมาวางแผนการดำเนินชีวิตได้ดีจึงนำไปสู่การเตรียมตัวก่อนเข้าวัยสูงอายุได้ดี และวัฒนธรรมของสังคมไทยที่มีรูปแบบการให้ความเคารพตามลำดับอาวุโส และมีประเพณีต่างๆ ที่สืบทอดปฏิบัติต่อๆ กันมา เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสวัสดิการว่าผู้สูงอายุควรได้รับสวัสดิการมากกว่ากลุ่มอื่นและควรออมเงินเพื่อเป็นหลักประกันในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ[14] ที่พบว่าประชาชนส่วนใหญ่เห็นว่า ภาครัฐควรให้เบี้ยยังชีพรายเดือนแก่ผู้สูงอายุ (ร้อยละ 98.5) ผู้สูงอายุควรได้รับการยกเว้นภาษีรายได้ (ร้อยละ 93.1) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีความคิดเห็นว่า ผู้สูงอายุเป็นต้นแบบการดำเนินชีวิตของบุตรหลาน เป็นที่พึ่งทางใจให้แก่ผู้อ่อนวัยกว่า เป็นผู้สืบสานประเพณีและวัฒนธรรม และการทำกิจกรรมจิตอาสาทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา[14] คือ ผู้สูงอายุเป็นตัวอย่างที่ดีแก่รุ่นลูกหลานและเป็นบุคคลที่มีคุณค่าแก่สังคม(ร้อยละ 90.6) ในส่วนของการ

ทำงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างไม่ดีต่อการหยุดทำงานเมื่ออายุ 60 ปี ใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่ผ่านมา[14] คือ ประชาชนประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่มีความเห็นว่าควรกำหนดอายุเกษียณที่ 60 ปี (ร้อยละ 55.4) ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้จากแนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม ที่ชี้ให้เห็นว่า สิ่งแวดล้อมในระบบภายนอก คือ สังคมและวัฒนธรรม (Exo system) และระบบกึ่งกลางระหว่างครอบครัว (Meso system) มีปฏิสัมพันธ์หรืออิทธิพลต่อกลุ่มตัวอย่างมากกว่าเมื่อเทียบกับระบบจุลภาค (Micro system) คือ ด้านร่างกายและจิตใจ

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้ส่วนบุคคล รายได้ครอบครัว และความสามารถในการทำกิจวัตรของผู้สูงอายุที่ดูแลที่แตกต่างกัน มีผลต่อทัศนคติต่อผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายตามแนวคิดเชิงนิเวศวิทยาจากอิทธิพลซึ่งกันและกันของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมในระบบจุลภาค คือ รายได้ส่วนบุคคล ปัจจัยระบบครอบครัวและสิ่งแวดล้อมภายนอก คือ รายได้ครอบครัว ส่งผลต่อทัศนคติโดยรวมที่มีต่อผู้สูงอายุ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และคณะ[15] ที่สำรวจความรู้และทัศนคติของบุคคล 2 วัย คือ วัยทำงานและวัยนักเรียนต่อผู้สูงอายุวัยต้นและผู้สูงอายุวัยปลายในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่า ประชากรทั้งสองวัยมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุทั้งสองช่วงอายุ แต่จะมีมุมมองที่ดีต่อผู้สูงอายุวัยต้นมากกว่า นอกจากนี้นักเรียนที่มีสถานะทางเศรษฐสังคมดี มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุวัยต้นมากกว่านักเรียนที่มีสถานะทางเศรษฐสังคมไม่ดี แต่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวในกลุ่มวัยทำงานและระบบภายนอก (Exo system) สำหรับปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ปัจจัยด้านความสามารถในการทำกิจวัตรของผู้สูงอายุที่ดูแลมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง สามารถอธิบายได้จากระดับของความสามารถในการทำกิจวัตร 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม 2) กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน และ 3) กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งมีอิทธิพลต่อกลุ่มตัวอย่างและส่งผลต่อทัศนคติโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อผู้สูงอายุ เพราะความแตกต่างของลักษณะผู้สูงอายุที่ต้องดูแลนั้นมีผลต่อการใช้ความสามารถหรือปัจจัยหลายอย่างที่ต้องดูแลที่ต่างกัน เช่น การให้การช่วยเหลือในเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกายหรือการทำกิจวัตรประจำวัน หากเป็นผู้สูงอายุที่ติดเตียงผู้ดูแลอาจต้องมีพื้นฐานด้านการดูแลที่มากกว่าผู้สูงอายุที่ติดสังคมที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากกว่า ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ บุษยา วงษ์ชวลิตกุล และคณะ[16] ที่ศึกษาความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทัศนคติเชิงบวกต่อการทำงานที่มีผู้สูงอายุเข้าร่วมกลุ่มด้วย และการมีกิจกรรมสันทนาการของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาในครั้งนี้มีปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ ศาสนา อาชีพ ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ที่ไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย เพราะความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลเหล่านั้นไม่ส่งผลต่อทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practice) พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถให้ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ รวมถึงการส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะในรายที่ซับซ้อน และสร้างเสริมทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุของประชาชน โดยเฉพาะทัศนคติในด้านร่างกายและจิตใจของผู้ที่มีรายได้ส่วนบุคคลและรายได้ครอบครัวน้อย รวมทั้งผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรได้ด้วยตนเอง

2. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล (Nursing research) ทำการศึกษาให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มอื่น และครอบคลุมปัจจัยพื้นฐานของบุคคลเพื่อศึกษาถึงความแตกต่างของทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุในประชากรที่หลากหลาย ทั้งนี้เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานด้านการส่งเสริมให้ประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี รวมทั้งขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาและสำนักงานเขตพื้นที่ของกรุงเทพมหานครที่เอื้อเฟื้อสถานที่ในการเก็บข้อมูลการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Peak K, Aimaem V, Tangthanasert R. Thai population situation report 2015. Institute for Population and Social Research of Mahidol University. Jan 2015;16-49.
2. Palangrit S. Epidemiology and population health. Bangkok: Thammasart University; 2010. (in Thai).
3. National Statistic Office of Thailand. Population survey of the elderly in Thailand 2014. Bangkok: The Government Complex Commemorating His Majesty the King's 80th Birthday Anniversary; 2014. (in Thai).
4. Taweesit S, Bunyamanon S, editors. The value of the elderly in Thai society. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2010. (in Thai).
5. National Elderly Committee of Thailand. Plan and performance of elderly. 2nd ed. Bangkok: Thepwanis printing; 2010. (in Thai).
6. Ministry of Social Development and Human Security. World assembly of elderly 2nd ed. Bangkok: National Population Fund; 2012. (in Thai).
7. National Statistic Office of Thailand. Population survey of the elderly in Thailand 2011. Bangkok: The government Complex Commemorating His Majesty the King's 80th Birthday Anniversary; 2011. (in Thai).
8. Foundation for Thai Elderly Research and Development Institute. Annual report on the situation of the Thai elderly 2011. Bangkok: Phong phanit-chareanpol; 2011. (in Thai).

9. Ferreira VM, Ruiz T. Community health workers' attitudes and beliefs toward the elderly in 2012. [Internet]. [cited 2013 November 18]. Available from: https://pdfs.semanticscholar.org/e933/ea7ad59c081ba89591964e29ed5cec1aac58.pdf. Accessed.
10. Zakari N. Attitudes toward the elderly and knowledge of aging as correlates to the willingness and intention to work with elderly among Saudi nursing students. (Master of Nursing Sciences Thesis). Saudi Arabia: King Saud University; 2005.
11. Ministry of Social Development and Human Security. The national elderly plan 2002-2021. Bangkok: Theppen-vanich Inc; 2009. (in Thai).
12. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Health Education Quarterly 1988;15(4):351-77.
13. Kelsey JL, Whittemore AS, Evans AS, Thompson WD. Methods in observational epidemiology. New York: Oxford University Press; 1996.
14. National Statistic Office of Thailand. Thailand statistics 2011. Bangkok: The Government Complex Commemorating His Majesty the King's 80th Birthday Anniversary; 2011. (in Thai).
15. Tangchonthip K, Vapattanawong p, Chamchan C, Kanungsukkasem U, Vong-Ek P, Punpuing S. Value of Thai elderly: perspectives from two generations. In Thawisit S, Boonyamanond S, editors. Value of the elderly from the eyes of Thai society. Nakhon Pathom: Prachakorn-Sangkom; 2010. p. 29-61. (in Thai).
16. Vongchavalitkul B, Sanguanwongwan W, Chatchaisucha S, Limsarun T, Thaisamak S, Ruengkhajhon K. Knowledge and attitude of the elderly caregiver: a case study of Thammapakorn and Watmuang elderly care center Nakhonratchasima Province. Business Administration 2016;5(2):74-92. (in Thai).

สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตจังหวัดขอนแก่น
Situation and Factors Associated with Depression among Diabetes MellitusType II Patients in Khon Kaen Province

จิตรา ธำรงชัยชนะ* วงศา เล้าหศิริวงศ์ วิลัยพร ถิ่นคำรพ*****

Jitra Thamrongchaichana, R.N.,* Wongsa Laohasiriwong, R.N., Ph.D., Wilaiphorn Thinkamrop, Ph.D.*****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวางเพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 407 คน จาก 26 อำเภอ ในเขตจังหวัดขอนแก่น โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุลอจิสติก นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted odds ratio (adj.OR) และช่วงความเชื่อมั่น 95%CI และ p-value

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.06 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 32.68 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 18.92 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน มีความรู้เกี่ยวกับเบาหวานในระดับต่ำ มีความเครียดวิตกกังวลในระดับสูง และเล่นการพนัน

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ผู้สูงอายุ มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ต้องการความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเบาหวาน และการช่วยเหลืออย่างเป็นระบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งการเสริมพลังและช่วยให้มีส่วนร่วมในสังคมเพื่อช่วยลดความเครียดวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

* Student in Master of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kean University
E-mail: jitratham2516@gmail.com

** Associate Professor, Faculty of Public Health, Khon Kean University

*** Lecturer, Faculty of Public Health, Khon Kean University

Abstract

This cross-sectional study aimed to determine the depression situations and its associated factors among Type II diabetes mellitus patients in Khon Kaen province. A total of 407 patients of Type II diabetes mellitus patients were selected by using multistage random sampling proportional to size of the population from 26 districts in Khon Kaen province. The multiple logistic regressions were applied to determine the factors associate with depression among the Type II diabetes mellitus patients and illustrated with the adjusted odd ratio (adj.OR) confidence interval (95%CI) and p-value.

The results indicated that majority of participants were female (68.06%), of which 32.68% were in agricultural sectors. The participants have the depression were 18.92%. The factors associated with depression of Type II diabetes mellitus patients significance at $p < .05$ were; age 60 years old and older, no career or housewife, had the low levels of knowledge on diabetes, had high level of stress and the gamble.

The vulnerable Type II diabetes mellitus patients for depression among found in this study were the elder persons with low socioeconomic status. They need information to help improving knowledge and systematic support for behavior modification in order to improve the blood glucose level control. Social integration and empowerment were in need to help reducing stress and depression.

Keywords : depression, diabetes mellitus type II

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงของสภาพเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมในสังคมปัจจุบัน ส่งผลต่อรูปแบบในการดำเนินชีวิตและสภาวะสุขภาพของประชาชนที่มีผลกระทบมาจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ อันเนื่องมาจากพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลและมีภาวะเครียด ซึ่งจากการรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก พบว่าในปี ค.ศ. 2011 มีผู้ป่วยเบาหวาน 366 ล้านคน หรือร้อยละ 8.30 ของผู้สูงอายุ และคาดประมาณได้ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นมากกว่า 552 ล้านคน จากสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในปัจจุบัน 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุป่วยเป็นเบาหวาน ประมาณ 71.40 ล้านคน และประมาณการว่าจะเพิ่มมากขึ้นถึง 120.90 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2030 จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี ของจังหวัดขอนแก่น พบว่า มีอัตราผู้ป่วยด้วยเบาหวาน ในปี พ.ศ. 2556 - 2558 ดังนี้ 44,798 ราย, 49,290 ราย และ 53,201 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราการป่วยด้วยเบาหวาน เท่ากับ 2,916.70, 3,189.90 และ 3,436.50 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ จะเห็นได้จากการรายงานภาวะผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งโรคนี้เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม มีภาวะความเครียด และการขาดการออกกำลังกาย

ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคต่างๆ ได้มากขึ้น[1] จากสถิติโรงพยาบาลที่จัดบริการสุขภาพในระดับเล็กแต่มีศักยภาพในระดับทุติยภูมิ (Secondary care) พบว่า อัตราผู้ป่วยด้วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2555 เท่ากับ 2,472.96, 2,567.53, 2,720.11, 2,798.18, 2,839.24 และ 2,870.00 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ[2]

เบาหวานมีผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เกิดผลเสียโดยตรง เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่ารักษาพยาบาล เกิดผลเสียทางอ้อมเกี่ยวกับเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ขาดรายได้จากการทำงาน ทำให้สมรรถภาพในการทำงานลดน้อยลง ประชาชนสุขภาพเสื่อมถอย ประเทศชาติขาดรายได้ สิ่งเหล่านี้ย่อมก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจ[1] ความผิดปกติทางด้านจิตใจและอารมณ์เป็นความผิดปกติทางด้านจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดชนิดหนึ่ง ประมาณร้อยละ 10 ในผู้ป่วยโรคทางกายที่รับการรักษาในโรงพยาบาลฝ่ายกายและมีปัญหาทางจิตใจจนส่งผลต้องไปปรึกษาจิตแพทย์ เป็นความผิดปกติทางด้านอารมณ์ซึมเศร้ามากที่สุด[3]

กรมสุขภาพจิต[4] ได้รายงานอัตราของผู้ป่วยซึมเศร้าของประเทศไทยต่อประชากรหนึ่งล้านคน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 - 2553 ซึ่งอาจมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุกปี ดังนี้ 94.90, 174.78, 163.76 และ 140.55 จากสถิติดังกล่าวข้างต้น พบว่า แนวโน้มอัตราของผู้ป่วยซึมเศร้าพบในปริมาณเพิ่มมากขึ้น ถ้าประเมินด้วยแบบสอบถามในการประเมินตนเอง มีความชุกร้อยละ 31.00 ในขณะที่ถ้าใช้ Standardized diagnostic interview พบอัตราความชุกในการเกิด ร้อยละ 11.00[5] นอกจากนี้ Van den Akker, Schuurman, Metsemakers, Buntinx[6] ได้ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับเบาหวาน จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเป็นเบาหวานจะทำให้ฮอร์โมนและสารสื่อประสาท (Serotonin) ลดลงจากเดิมทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท ในสมองสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ อัตราการเป็นโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานพบมากกว่าในคนทั่วไปถึง 3 เท่า หากเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเครียดหรือภาวะซึมเศร้า การควบคุมระดับน้ำตาลจะไม่ได้ผลดีเนื่องจากฮอร์โมนที่เกิดจากความเครียดจะมีผลยับยั้งอินซูลินรวมทั้งพฤติกรรมของผู้ป่วยยังส่งผลให้ระดับน้ำตาลสูง กรมสุขภาพจิต ได้รายงานอัตราของผู้ป่วยซึมเศร้าของประเทศไทยต่อประชากรหนึ่งล้านคน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 - 2553 ซึ่งอาจมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุกปี และในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานในเขตจังหวัดขอนแก่น

จากสภาพปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตจังหวัดขอนแก่น ว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในเขตจังหวัดขอนแก่น เพื่อนำปัจจัยที่เป็นปัญหามาวางแผนและหาแนวทางในการแก้ไขไม่ให้ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนและนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและเป็นข้อมูลให้ญาติและครอบครัวนำไปดูแลและส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสมาชิกครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

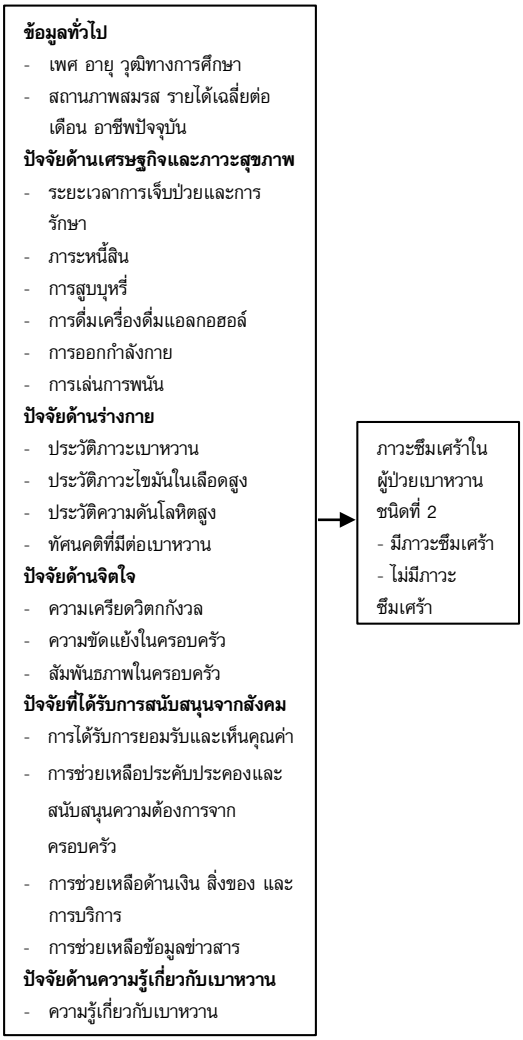
1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตจังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตจังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนงานวิจัยของ นพรัตน์ ไทยแท้[7] ดาวรุ่ง เกิดสิน[8] ชลวิภา สุลักขณานุรักษ์, วโรดม ใจสนุก และเบญจา มุกตพันธุ์[9] ประอรทิพย์ สุทธิสาร[10] ธิติพันธ์ ธานีรัตน์[11] ฤทธิรงค์ บูรพันธ์[12] ธีระ ภักดิ์จรุง[13] กัณณิกา โคตรบรรเทา[14] และอารมณ์ อร่ามเมือง[15] มาเป็นกรอบในการศึกษา โดยสามารถสังเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยที่ได้รับการสนับสนุนจากสังคม และปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์จากแบบสัมภาษณ์ (Structured questionnaire interview) ซึ่งจะประกอบด้วย ลักษณะทางประชาชนที่ศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ในเขตจังหวัดขอนแก่น จำนวน 94,120 คน กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่างสำหรับกรณีวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ Multivariate ใช้สถิติ Multiple logistic regression

$$n = \frac{P(1-P)(Z_{1-\alpha}+Z_{1-\beta})^2}{[B(1-B)(P_0-P_1)^2]}$$

จากการศึกษาของ ชลวิภา สุลักขณานุรักษ์, วโรดม ใจสนุก, และเบญจา มุกตพันธุ์[9] ในเรื่องความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและความเครียดกับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน ของโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบสัดส่วนของความสัมพันธ์ภาวะซึมเศร้ากับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนี้

เมื่อ

P_0 = สัดส่วนของความสัมพันธ์ภาวะไม่ซึมเศร้ากับระดับน้ำตาลในเลือด เท่ากับ 0.70

P_1 = สัดส่วนของความสัมพันธ์ภาวะซึมเศร้ากับระดับน้ำตาลในเลือด เท่ากับ 0.88

B = สัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.75

P = ค่าสัดส่วนของปัจจัยที่ศึกษา คำนวณจาก $(1-B)P_0+BP_1 = (1-0.75)x0.70+0.70x0.88 = 0.79$

α = ระดับนัยสำคัญ กำหนด 0.05 $Z_{1-\alpha}$ = ค่ามาตรฐานจากตารางแจกแจงปกติมาตรฐานมีค่าเท่ากับ 1.96)

β = อำนาจการทดสอบ กำหนด 0.20 ($Z_{1-\beta}$ = ค่ามาตรฐานจากตารางแจกแจงปกติมาตรฐานมีค่าเท่ากับ 0.84)

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{0.79(1-0.79)(1.96+0.84)^2}{\left[0.75(1-0.75)(0.70-0.88)^2\right]}$$

n = 271.01 ปัดไปที่ 271 คน

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตจังหวัดขอนแก่น มีปัจจัยอิสระที่จะนำเข้า Model หลายปัจจัยเพื่อให้การควบคุมผลของปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่อาจส่งผลระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ผู้วิจัยสนใจดังที่กล่าวมา กล่าวคือ ค่าพารามิเตอร์ ที่จะนำเข้าประมาณค่าในโมเดล (Regression model) ทั้งหมด เพื่อป้องกันการได้ค่าประมาณการที่เกินความเป็นจริง (Over fitting) จึงทำการปรับขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ Multiple logistic regression ตามสูตรของ Hsieh, Bloch, Larsen[16] และจำเป็นต้องปรับอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอิสระด้วยค่า Variance Inflation Factor หรือ VIF ซึ่งมีค่าตามสูตร ดังนี้

$$n\,p = \frac{n_1}{1-\rho^2{}_{1,2,3.....p}}$$

np = ขนาดตัวอย่างที่ปรับด้วย ρ

n_1 = ขนาดตัวอย่างขั้นต้นที่ได้จากการคำนวณ

$\rho_{1,2,3.....p}$ = Multiple correlation coefficients หรือค่าสหสัมพันธ์เชิงพหุ ระหว่างปัจจัยอิสระที่สนใจกับปัจจัยอิสระอื่นๆ ที่เหลือ

ตารางที่ 1 ขนาดตัวอย่างที่ได้จากการปรับเปลี่ยน (vary) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Rho หรือ โรว์)

ρ	**VIF**	**N*p*** (ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว)
0.1	1.11	271.01
0.2	1.25	305.19
0.3	1.43	348.79
0.4	**1.67**	**406.98**
0.5	2.00	488.58
0.6	2.50	610.72
0.7	3.33	815.39
0.8	5.00	1,224.31
0.9	10.00	2,448.61

ผู้วิจัยเลือก p = 0.4 เนื่องจากค่า VIF = 1.67 แสดงว่า ปัจจัยแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กับปัจจัยตัวอื่นๆ อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ กล่าวคือ ค่า VIF ของ Xi เท่ากับ 1/tolerance มีค่าอยู่ระหว่าง 1 ถึง ∞ ถ้าค่า VIF มีค่ามาก หมายความว่า ปัจจัยอิสระ Xi มีความสัมพันธ์กับปัจจัยอิสระตัวอื่นๆ มาก หากค่า VIF มีค่าน้อยมากหรือเข้าใกล้ 1 หมายความว่า ปัจจัยแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กับปัจจัยตัวอื่นๆ น้อยมาก ถ้าค่า VIF มากกว่า 10 หมายความว่า มีหลักฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่มาก[17] เมื่อเปรียบเทียบจากตารางแล้วจึงได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้วเท่ากับ 407 คน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ย้ายออกจากพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมหรือไม่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้ป่วยขึ้นทะเบียนเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับย้ายจากจังหวัดอื่น

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้ ยึดหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในตัวบุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) 3) หลักยุติธรรม (Justice) และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 602066 โดยเริ่มตั้งแต่ 30 เมษายน พ.ศ. 2559 - 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2561

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 7 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิทางการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพปัจจุบัน เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ระยะเวลาการเจ็บป่วยและการรักษา ภาระหนี้สิน การเล่นการพนัน การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 3 ปัจจัยด้านร่างกาย ประกอบด้วย ประวัติภาวะเบาหวาน ประวัติภาวะไขมันในเลือดสูง ประวัติความดันโลหิตสูง เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 16 ข้อ ยกเว้นบางข้อที่ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ และสามารถเขียนคำตอบในช่องว่างได้ และทัศนคติที่มีต่อเบาหวาน จำนวน 12 ข้อ โดยเป็นแบบเลือกตอบเพียงข้อเดียวเท่านั้น เป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมาก เกณฑ์การให้คะแนนโดยถ้าตอบว่า น้อย ได้ 1 คะแนน ปานกลาง ได้ 2 คะแนน มาก ได้ 3 คะแนน การแปลคะแนนนำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ยและผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์สัมบูรณ์ (Absolute criteria) เป็นเกณฑ์ในการแปลความหมาย คะแนน 1.00 - 1.66 หมายถึง ทัศนคติที่มีต่อเบาหวานในระดับน้อย คะแนน 1.67 - 2.33 หมายถึง ทัศนคติที่มีต่อเบาหวานในระดับปานกลาง คะแนน 2.34 - 3.00 หมายถึง ทัศนคติที่มีต่อเบาหวานในระดับมาก[18]

ตอนที่ 4 ปัจจัยด้านจิตใจ จำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วย ความเครียดวิตกกังวล ความขัดแย้งในครอบครัว และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยเป็นแบบเลือกตอบเพียงข้อเดียวเท่านั้น เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด เกณฑ์การให้คะแนนโดยถ้าตอบว่า ไม่เลย ได้ 1 คะแนน เล็กน้อย ได้ 2 คะแนน ปานกลาง ได้ 3 คะแนน มาก ได้ 4 คะแนน มากที่สุด ได้ 5 คะแนน การแปลผลคะแนนนำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ยและผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์สัมบูรณ์ (Absolute criteria) เป็นเกณฑ์ในการแปลความหมาย คะแนน 1.00 - 2.33 หมายถึง การปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 2.34 - 3.67 หมายถึง การปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 3.68 - 5.00 หมายถึง การปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง

ตอนที่ 5 ปัจจัยที่ได้รับการสนับสนุนจากสังคม จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า การช่วยเหลือประคับประคองและสนับสนุนความต้องการจากครอบครัว การช่วยเหลือด้านเงิน สิ่งของและบริการ และการช่วยเหลือข้อมูลข่าวสาร โดยเป็นแบบเลือกตอบเพียงข้อเดียวเท่านั้น เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมายคะแนนเช่นเดียวกับตอนที่ 4

ตอนที่ 6 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความหมาย สาเหตุ อาการของเบาหวาน โรคแทรกซ้อนเบาหวาน การรักษาและป้องกัน เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 2 ตัวเลือก คือ ใช่กับไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนนโดยถ้าตอบถูก ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ถูก ได้ 0 โดยใช้เกณฑ์การให้ค่าระดับคะแนน ผู้ที่ได้คะแนนความรู้สูงกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ถือว่ามีความรู้สูง ผู้ที่ได้คะแนนความรู้อยู่ระหว่างร้อยละ 60 ถึง 79 ถือว่ามีความรู้ปานกลาง และ

ผู้ที่ได้คะแนนความรู้ต่ำกว่าร้อยละ 60 ถือว่ามีความรู้ต่ำ

ตอนที่ 7 แบบประเมินโรคซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต[19] ด้วยการสัมภาษณ์จากพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้แบบประเมินนี้ โดยการใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) มีข้อคำถาม จำนวน 2 ข้อ และ 9 ข้อ โดยแบบประเมินโรคซึมเศร้า (2Q) มีคำตอบ 2 ระดับให้เลือก คือ มีและไม่มี จากแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) แปลความหมายคะแนน ดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 7 หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า คะแนน 7 - 12 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย คะแนน 13 - 18 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 19 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัย จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงและแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรนอกกลุ่มที่ใช้ในการวิจัย โดยผู้วิจัยใช้พื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างในเขตจังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน จากนั้นนำไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)[17] ซึ่งได้ค่าความเที่ยงปัจจัยด้านเศรษฐกิจและภาวะสุขภาพ เท่ากับ 0.88 ปัจจัยด้านร่างกาย เท่ากับ 0.81 ปัจจัยด้านจิตใจ เท่ากับ 0.81 ปัจจัยที่ได้รับการสนับสนุนจากสังคม เท่ากับ 0.92 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน เท่ากับ 0.91 และแบบประเมินโรคซึมเศร้า เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อผ่านการรับรองโครงการวิจัยแล้ว ได้ยื่นหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการดำเนินการ

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดขอนแก่น ใช้เทคนิคการสุ่มแล้วทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่ชัดเจน สามารถนำรายชื่อมาเรียงลำดับและหาช่วงของการสุ่ม (Sampling interval) ได้ การสุ่มแบบเป็นระบบนี้ทุกตัวอย่างมีโอกาสถูกเลือกเท่าๆ กัน จึงเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรได้

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองและจะมีพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตร่วมออกเก็บแบบสัมภาษณ์

4. นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน ให้รหัสคะแนน และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา

คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิทางการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพปัจจุบัน กรณีข้อมูลแจงนับใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) กรณีข้อมูลต่อเนื่องใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

สถิติอนุมาน

1. ใช้สถิติ Simple logistic regression เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude analysis) โดยวิเคราะห์ทีละคู่ (Bivariate) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตามและปัจจัยต้นทีละคู่ โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของปัจจัยอื่นๆ ผลที่ได้คือ Crude odds และ p-value พิจารณาค่า p-value < .25 เพื่อทำการคัดเลือกปัจจัยอิสระเข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายปัจจัย[17]

2. ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Multiple logistic regressions) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตจังหวัดขอนแก่น และปัจจัยอิสระ (Final model) โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายปัจจัย นำปัจจัยที่ผ่านการคัดเลือกในขั้นตอนการวิเคราะห์อย่างหยาบ (Crude analysis) เข้าสู่โมเดล Multivariate ในการวิเคราะห์ผลที่ได้ คือ Adjusted Odds Ratio ช่วงความเชื่อมั่น 95%CI และ p-value < .05[20]

3. การวิเคราะห์หาโมเดลที่ดีที่สุด (The best model) ใช้วิธีการตัดปัจจัยออกทีละปัจจัย (Backward elimination) โดยขจัดปัจจัยที่มีค่า p-value > .05 ออกทีละปัจจัย จนกว่าจะไม่สามารถตัดปัจจัยใดๆ ออกจากโมเดลได้เนื่องจากไม่มีปัจจัยใดที่มีค่า p-value > .05 ถือเป็นโมเดลสุดท้ายที่จะอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2[21]

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของจังหวัดขอนแก่น จำนวน 407 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.06 มีอายุเฉลี่ย 62.38 ปี (± 9.06 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 73.46 ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 79.60 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 32.68 มีค่ามัธยฐานรายได้เท่ากับ 3,900 บาท (รายได้ต่ำสุด - สูงสุด เท่ากับ 0 - 17,000) ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ คุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 407)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	277	68.06
ชาย	130	31.94
2. อายุ		
< 50 ปี	37	9.09
50 - 59 ปี	103	25.31

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ คุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 407) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
60 - 69 ปี	184	45.21
≥ 70 ปี	83	20.39
Mean (SD) 62.38 (9.06) Median (Min : Max) 62 (40 : 86)		
3. รายได้		
< 3,000 บาท	164	40.29
3,000 – 5,000 บาท	126	30.96
≥ 5,000 บาท	117	28.75
Mean (SD) 4,053.81 (3,000.55) Median (Min - Max) 3,900 (0 - 17,000)		
4. สถานภาพสมรส		
สมรส	299	73.46
หม้าย	71	17.44
โสด	28	6.88
หย่า/ร้าง	9	2.22
5. วุฒิทางการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	43	10.56
ประถมศึกษา	313	76.90
มัธยมศึกษาตอนต้น	36	8.85
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	12	2.95
อนุปริญญา/ปวส.	3	0.74
6. อาชีพปัจจุบัน		
เกษตรกรรม	133	32.68
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	124	30.47
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	69	16.95
รับจ้าง	39	9.58
แม่บ้าน	30	7.37
อื่นๆ	12	2.95

จากการวิเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 18.92 แบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ ร้อยละ 12.78 รองลงมา คือ มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง และระดับรุนแรง ร้อยละ 5.89 และร้อยละ 0.25 ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะซึมเศร้า (n = 407)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (< 7 คะแนน)	330	81.08
มีภาวะซึมเศร้า (≥ 7 คะแนน)	77	18.92
มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ (7 - 12 คะแนน)	52	12.78
มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (13 - 18 คะแนน)	24	5.89
มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (≥ 19 คะแนน)	1	0.25

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายปัจจัย (Multivariate) ใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัว (Backward elimination) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีอยู่ 8 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยอายุ โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 4.94 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อายุน้อยกว่า 60 ปี (OR = 4.94, 95%CI: 2.03-12.00)

2. ปัจจัยอาชีพปัจจุบัน โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 2.49 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอาชีพ (OR = 2.49, 95%CI: 1.27-4.87)

3. ปัจจัยปัญหาภาระหนี้สิน โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีปัญหาภาระหนี้สิน มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 3.75 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีปัญหาภาระหนี้สิน (OR = 3.75, 95%CI: 1.75-8.05)

4. ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความรู้เกี่ยวกับเบาหวานในระดับต่ำ มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 8.91 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความรู้เกี่ยวกับเบาหวานในระดับสูง (OR = 8.91, 95%CI: 4.23-18.77)

5. ปัจจัยผลตรวจ HbA1C ครั้งล่าสุด โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับ HbA1C ได้ไม่ดี มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 5.37 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับ HbA1C ได้ดี (OR = 5.37, 95%CI: 1.18-24.39)

6. ปัจจัยการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในระดับต่ำ มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 12.27 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในระดับสูง (OR = 12.27, 95%CI: 5.10-29.48)

7. ปัจจัยความเครียดวิตกกังวล โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเครียดวิตกกังวลในระดับสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 6.28 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเครียดวิตกกังวลในระดับต่ำ (OR = 6.28, 95%CI: 2.80-14.09)

8. ปัจจัยการเล่นพนัน โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เล่นการพนัน มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 2.48 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่เล่นการพนัน (OR = 2.48, 95%CI: 1.05-5.86) ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการวิเคราะห์แบบหลายปัจจัย (Multivariate analysis) (n = 407)

ปัจจัย	จำนวน	ภาวะซึมเศร้า	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
1. อายุ						
< 60 ปี	140	8.57	1	1		< 0.001
≥ 60 ปี	267	24.34	3.43	4.94	2.03-12.00	
2. อาชีพปัจจุบัน						
มีงานทำ	253	12.25	1	1		0.069
ไม่มีอาชีพ/แม่บ้าน	154	29.87	3.05	2.49	1.27-4.87	
3. ปัญหาภาระหนี้สิน						
ไม่มีปัญหา	173	12.72	1	1		0.003
มีปัญหา	234	23.50	2.11	3.75	1.75-8.05	
4. ความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน						
ระดับสูง	255	8.63	1	1		< 0.001
ระดับต่ำ (ปานกลาง/ต่ำ)	152	36.18	6.01	8.91	4.23-18.77	
5. ระดับ HbA1C ครั้งล่าสุด						
ควบคุมดี (HbA1C < 7 %)	390	17.44	1	1		0.023
ควบคุมไม่ดี (HbA1C ≥ 7%)	17	52.94	5.32	5.37	1.18-24.39	
6. การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า						
ระดับสูง	362	13.81	1	1		< 0.001
ระดับต่ำ	45	60.00	9.36	12.27	5.10-29.48	
7. ความเครียดวิตกกังวล						
ระดับต่ำ (ปานกลาง/ต่ำ)	347	14.99	1	1		< 0.001
ระดับสูง	60	41.67	4.05	6.28	2.80-14.09	
8. การเล่นพนัน						
ไม่เล่น	347	17.58	1	1		0.041
เล่น	60	26.67	1.70	2.48	1.05-5.86	

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. จากการศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตจังหวัดขอนแก่น ด้วยแบบสัมภาษณ์ 9Q พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า จำนวน 77 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.92 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งมีความชุกของภาวะซึมเศร้าสอดคล้องกับการศึกษาของ วิชุดา อุ่นแก้ว และ

ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์[22] ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22.80 และร้อยละ 19.10 แต่แตกต่างกับการศึกษาของ อาคม บุญเลิศ[23] ที่ศึกษาเรื่องความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 36.90

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งพบว่า เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 23.10 และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 65.60 จะเป็นกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือมีอาชีพเป็นแม่บ้าน ทำให้ไม่สามารถหารายได้ช่วยเหลือครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคซึมเศร้าประมาณ 10 เท่าของผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 60 ปี[24]

นอกจากนี้ความขัดแย้งภายในครอบครัวยังส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 21.82 ความขัดแย้งภายในครอบครัวในระดับสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น[25] นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งเราจะพบว่าสถานการณ์ในปัจจุบันปัญหาทางด้านความรุนแรงในครอบครัวมีเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้เกิดความเครียดในระดับที่สูงทำให้กลุ่มผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคซึมเศร้า 11 เท่าของผู้ป่วยที่มีความเครียดปานกลางและต่ำ[22]

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตจังหวัดขอนแก่น มีดังนี้

2.1 ปัจจัยอายุ โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 4.94 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อายุน้อยกว่า 60 ปี (95%CI: 2.03-12.00) สอดคล้องกับการวิจัยของ ดาวรุ่ง เกิดสิน[8] ที่พบว่า วัยผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92.8) ซึ่งโดยบริบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือผู้สูงอายุมักจะอยู่เพียงลำพัง โดยที่บุตรจะเป็นคนไปทำงานในเมืองใหญ่เพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว และผู้สูงอายุมักจะมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ด้วยปัจจัยทางด้านร่างกายที่มีภาวะโรคแทรกซ้อน ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และการอยู่ลำพัง ส่งผลให้เกิดภาวะความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามมาได้[23]

2.2 ปัจจัยอาชีพปัจจุบัน โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีอาชีพหรือเป็นแม่บ้านมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 2.49 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอาชีพ (95%CI: 1.27-4.87) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีร้อยละ 37.84 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน ไม่มีรายได้ เนื่องจากส่วนหนึ่งอาจเป็นกลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ โดยมีผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 10.57 สอดคล้องกับการวิจัยของ ดาวรุ่ง เกิดสิน[8] ที่ศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่อ่านไม่ออกจะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูง โดยผู้สูงอายุที่อ่านไม่ออก อ่านออกเขียนไม่ได้ และอ่านเขียนได้ มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 37.50, 19.23 และ 14.05 ตามลำดับ ปัญหาดังกล่าวทำให้ไม่สามารถหารายได้ช่วยเหลือครอบครัว จนเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อิทธิพล พลเยี่ยม[26] ที่ศึกษาเรื่องความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ

ซึมเศร้าในผู้อายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการหรือธุรกิจส่วนตัวจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรรมและงานบ้าน ซึ่งสาเหตุเกิดจากอาชีพรับราชการมักต้องเคร่งเครียดในการทำงานประกอบกับงานส่วนใหญ่ต้องนั่งอยู่กับที่ไม่ได้ออกแรงในการทำงาน ไม่มีการเคลื่อนไหว จึงมักป่วยด้วยโรคในระบบประสาทและสมอง

2.3 ปัจจัยปัญหาภาระหนี้สิน โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีปัญหาภาระหนี้สิน มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 3.75 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีปัญหาภาระหนี้สิน (95%CI: 1.75-8.05) โดยทั่วไปแล้วการมีภาระหนี้ ถือเป็นสิ่งเร้าทำให้เกิดความเครียด ทั้งนี้เนื่องจากมีแรงกดดันทั้งภาระหนี้และดอกเบี้ยจากหนี้ที่กู้ยืมมา หากบุคคลนั้นมีภาวะโรคร่วมด้วย โดยเฉพาะเบาหวานที่จำเป็นจะต้องมีการรับประทานยาเป็นจำนวนมากตามอาการ นอกจากนี้ยังต้องควบคุมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ทั้งหมดนี้เป็นสิ่งที่จะส่งผลให้เกิดภาวะความเครียดกับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ประอรทิพย์ สุทธิสาร[10] ที่ศึกษาเรื่อง ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิ สามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความรู้เกี่ยวกับเบาหวานในระดับต่ำ มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 8.91 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความรู้เกี่ยวกับเบาหวานในระดับสูง (95%CI: 4.23-18.77) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรู้เกี่ยวกับเบาหวานมากกว่า จะมีการปฏิบัติตัวดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับเบาหวานน้อยกว่า[13] การรักษาเบาหวานจะต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติเป็นการลดภาวะแทรกซ้อนของโรค[15] ดังนั้นการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง รวมถึงญาติพี่น้องมีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และมีการปฏิบัติอย่างจริงจัง จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความสบายใจ มีกำลังใจในการรักษาตนเอง และยังสามารถลดความเครียด ความวิตกกังวลที่มีต่อเบาหวานได้อีกทางหนึ่งด้วย[10]

2.5 ปัจจัยผลตรวจ HbA1C ครั้งล่าสุด โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับ HbA1C ได้ไม่ดี มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 5.37 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับ HbA1C ได้ดี (95%CI: 1.18-24.39) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานนั้นเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการประเมินผลการรักษาและพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย โดยจะให้ความสำคัญกับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหรือค่า HbA1C ซึ่งเป็นตัวสะท้อนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานได้เป็นอย่างดี หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ก็จะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และอาจจะมีภาวะโรคแทรกซ้อนที่จะทำให้การรักษายุ่งยาก และทำให้ผู้ป่วยเกิดสภาวะกดดันจากผู้ให้บริการ จากการปรับยารับประทานที่ต้องมีจำนวนมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด สุขภาพร่างกายแย่ลง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าไม่อยากอยู่หรือเป็นภาระต่อครอบครัว สอดคล้องการศึกษาของ ธิติพันธ์ ธานีรัตน์[11] และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1C ไม่ปกติ (≥ 7%)

มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ ชลวิภา สุลักขณานุรักษ์ และคณะ[9] พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.6 ปัจจัยการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในระดับต่ำ มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 12.27 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในระดับสูง (95%CI: 5.10-29.48) ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าต้องเผชิญเหตุการณ์ในชีวิตที่ไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขได้ด้วยตัวเอง กดดันจากปัญหาเหตุการณ์ต่างๆ ทำให้สูญเสียความภาคภูมิใจและคุณค่าในตัวเองหากขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัวจะทำให้มองโลกในแง่ลบและส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้[10] การที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าทั้งจากครอบครัวและสังคมจะทำให้เกิดความเครียดและเมื่อความเครียดนั้นสะสมมากขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุมักเห็นว่าตนเองนั้นถูกญาติพี่น้องและลูกหลานทอดทิ้ง ไม่ได้รับการดูแลและเห็นคุณค่า นั้นคือการได้รับการสนับสนุนและเห็นคุณค่าจากครอบครัวจะส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในที่สุด[26]

2.7 ปัจจัยด้านความเครียดวิตกกังวล โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเครียดวิตกกังวลในระดับสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 6.28 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเครียดวิตกกังวลในระดับต่ำ (95%CI: 2.80-14.09) จะสังเกตได้ว่าผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการป่วยของตนเอง ทั้งจากอาการ การเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการเจ็บป่วย[26] การปฏิบัติตนเพื่อให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้นหรือทุเลาลง ล้วนส่งผลต่อความเครียดและความวิตกกังวลของโรคจนอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้[25] สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชลวิภา สุลักขณานุรักษ์ และคณะ[9] พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเครียดในระดับสูง มีภาวะซึมเศร้าเป็น 11.08 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเครียดในระดับต่ำ (95%CI: 5.40-22.72)

2.8 ปัจจัยการเล่นพนัน โดยผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เล่นการพนัน จะมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 2.48 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่เล่นการพนัน (95%CI: 1.05-5.86) จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการเล่นพนัน พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติและแรงจูงใจในการเล่นพนัน คือ การคิดว่าการเล่นการพนันเป็นช่องทางการหาเงินหรือรายได้มาสู่ตนเองและครอบครัว นอกจากนี้ยังมีเหตุจากการเสียการพนันไปแล้วต้องการอยากได้เงินคืนจึงเลิกไม่ได้ จึงทำให้เกิดภาระหนี้สินท่วมท้น อันส่งผลทำให้เกิดปัญหาทั้งสุขภาพและสัมพันธภาพของครอบครัวตามมา เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า การคิดฆ่าตัวตาย และการทะเลาะวิวาทในครอบครัว[8]

ในส่วนของปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตจังหวัดขอนแก่น ได้แก่ เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ทัศนคติที่มีต่อเบาหวาน สัมพันธภาพในครอบครัว การช่วยเหลือประคับประคองและสนับสนุนความต้องการจากครอบครัว การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วย และการช่วยเหลือด้านเงินสิ่งของ และการบริการ อธิบายได้ว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำและไม่ส่งผลต่อภาวะ

ซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ประอรทิพย์ สุทธิสาร[10] ที่ได้หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสภาพเศรษฐกิจสังคมกับการเกิดภาวะซึมเศร้า แล้วไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสภาพเศรษฐกิจสังคมกับการเกิดภาวะซึมเศร้า และสอดคล้องกับ ชลวิภา สุลักขณานุรักษ์ และคณะ[9] ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์แบบกลับทางกับระดับน้ำตาลสะสมในเลือด การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการสนับสนุนจากครอบครัว อย่างไรก็ตามควรให้ความสำคัญในการคัดกรองและรักษาภาวะซึมเศร้า และแนะนำการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของโรคซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครสำหรับดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือจัดกลุ่มสำหรับผู้ป่วยเบาหวานให้เป็นลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้มีการพบปะพูดคุย อันนำไปสู่การยอมรับในสังคมซึ่งจะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสมาชิกในครอบครัวต้องให้ความใส่ใจ ให้กำลังใจ และสร้างคุณค่าให้กับผู้ป่วยเบาหวาน ไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว โดยการสร้างอาชีพเพื่อให้เกิดรายได้ จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีงานทำ ไม่ไปหมกมุ่นกับการพนัน สามารถช่วยเหลือภาระค่าใช้จ่ายหรือหนี้สินของครอบครัวได้จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวดี เพราะมีการพูดคุย ร่วมคิด ร่วมทำร่วมแก้ปัญหา สมาชิกทุกคนมีคุณค่าในตัวเอง ซึ่งจะเป็นเกราะป้องกันภาวะความเครียดวิตกกังวลที่เป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะซึมเศร้าและอาจจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายต่อไป

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรมีการให้สุขศึกษาหรือสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเบาหวาน การรับสถานะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานอย่างถูกต้อง ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนการควบคุมระดับน้ำตาลอย่างถูกต้องต่อเนื่อง รวมทั้งการควบคุมอาหารและการออกกำลังอย่างเหมาะสม จนเป็นความเคยชิน จนนำไปสู่พฤติกรรมการที่ฝังรากลึกเป็นกิจวัตรหรือวิถีการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเบาหวาน

4. มีการเสริมสร้างครอบครัวที่เข้มแข็ง ชุมชนเข้มแข็ง และมีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง จะสามารถช่วยลดปัญหาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชนเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

5. ควรมีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานทั้งทางกาย จิตและวิญญาณ โดยให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบ หรือแนวทางในการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเบาหวาน และเป็นการสร้างคุณค่าให้กับผู้ป่วยเบาหวานอีกทางหนึ่งด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นำผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ไปทำการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อลดปัญหาภาวะซึมเศร้า

2. ควรทำการศึกษาโมเดลการทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีรูปแบบการศึกษาแบบไปข้างหน้าหรือการ

ติดตามประเมินผู้ป่วยเบาหวานในระยะยาว (Cohort study) ควบคู่ไปกับการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า สภาพครอบครัว และชุมชนที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุขปี 2559. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559. หน้า 26-30.
2. กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสาธารณสุขที่สำคัญ จังหวัดขอนแก่น. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2555. หน้า 46-52.
3. Arunpongpaisal S, Rangseekajee P, Pajanasoontorn N, Virasisri S, Paholpak S, Krisanaprakornkit T. Development of Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI) as a depressive measurement for northeastern Thai population. J Psychiatr Assoc Thailand 2006;51(4):330-48.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตของคนไทยประจำปี 2554. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2554. หน้า 12-5.
5. Bai Y, Chiou C, Chang Y, Lam H. Correlates of depression in type 2 diabetic elderly patients: a correlational study. Int J Nurs Stud 2008;45(4):571-9.
6. Van den Akker M, Schuurman A, Metsemakers J, Buntinx F. Is depression related to subsequent diabetes mellitus. Acta Psychiatrica Scandinavica 2004;110(3):178-83.
7. Thaithae N. Factors influencing depression among non-insulin-dependent diabetes mellitus patients Kuchinarai District, Kalasin Province. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Khon Kaen University; 2010. (in Thai).
8. Kerdsin D. The prevalence of depression in women who received the service in the clinic. Hospital Square Chaiyaphum Province. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Khon Kaen University; 2005. (in Thai).
9. Sulukananuruk C, Jaisanook W, Muktabhant B. Association of depression and stress with HbA1C level of Type 2 diabetic patients attending the diabetes clinic of Nampong Hospital. Khon Kaen Province. Srinagarind Medical Journal 2013;31(1):34-46. (in Thai).
10. Suttisan P. Depression and life context of diabetic patients in diabetes clinic at Nongkhai Hospital. [Master's Thesis, Faculty of Health Sciences]. Chiang Mai University; 2007. (in Thai).

11. Thaneerat T. Prevalence of depression in blood glucose and related factors in type 2 diabetic patients receiving outpatient clinic. [Master's Thesis, Faculty of Science]. Chulalongkorn University; 2009. (in Thai).
12. Burapan R. Factors affecting non-glycemic control of type 2 diabetic patients, Udon Thani Province. [Master's Thesis, Faculty of Health Sciences]. Khon Kaen University; 2013. (in Thai).
13. Pakjarung T. Use of family processes with family support in the control of type 2 diabetes mellitus community health center, Sammakorn District, Khon Sawan District, Chaiyaphum Province. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Khon Kaen University; 2005. (in Thai).
14. Kortbantou K. Effects of participatory learning programs and the use of family-based social support on knowledge and behavioral health behaviors in type 2 diabetic patients, knowledge and family support behaviors, Chiang Khan Hospital. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Khon Kaen University; 2008. (in Thai).
15. Arammong A. Effects of support and education on participatory learning for caregivers in diabetes care. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Mahidol University; 2008. (in Thai).
16. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Statistics in Medicine 1998;17(14):1623-34.
17. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok. U & I Media; 2010. (in Thai).
18. Hedelin B, Strandmark M. The meaning of depression from the life-world perspective of elderly women. Issues in Mental Health Nursing 2001;22(4):401-20.
19. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2559]. แหล่งที่มา: http://www.sro.moph.go.th/ewtadmin//ewt/saraburi_web/ewt_dl_ link. nid=4033.
20. Kanjanawasee S. Applied statistics for behavioral research. 6th ed. Bangkok: Educational Research and Psychology, Faculty of Education, Chulalongkorn University; 2012. (in Thai).
21. Best JW. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
22. Arunkaw W, Kruhirunrat P. Prevalence of depression in the elderly in the district hospital. Muang District, Nong Bua Lamphu Province. The Journal of Community Development and Life Quality Khon Kaen University 2015;3(4):577-89. (in Thai).

23. Bunloet A. Prevalence and factors associated with depression among the elderly community residents with chronic diseases in Samliam Urban Primary Care Unit, Khon Kaen. Srinagarind Med J 2016;31(1):25-33.
24. Suwanaloup N. Mental health status of housewives Suphan Buri Province in economic crisis. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Mahidol University; 2001. (in Thai).
25. Sangbumrung P. Prevalence and risk factors of depression in pregnant women. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Khon Kaen University; 2008. (in Thai).
26. Polyiam I. Prevalence and associated factors of depression in elderly patients with non-communicable disease, Roi Et Province. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Mahidol University; 2008. (in Thai).

ผลของความดันบรรยากาศสูงต่อสมรรถภาพปอดในนักดำน้ำอาชีพ

Effect of Hyperbaric Environment on Pulmonary Function in Professional Divers

พิชญ์พงศ์ พูลผล*, พรชัย สิทธิศรัณย์กุล*****

Peachapong Poolpol, M.D.,*, Pornchai Sithisarankul, M.D., M.P.H., Dr.P.H.*****

บทคัดย่อ

การดำน้ำเป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้หลายประการ นักดำน้ำควรปฏิบัติตามกฎการดำอย่างเคร่งครัดเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ความดันบรรยากาศใต้น้ำที่สูงกว่าในสภาวะแวดล้อมปกติมีผลโดยตรงต่อความดันย่อยของก๊าซที่ใช้ในการหายใจ ส่งผลให้เกิดการตอบสนองของร่างกายโดยเฉพาะระบบหายใจ นักดำน้ำอาชีพต้องปฏิบัติงานใต้น้ำอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน อาจได้รับผลกระทบจนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอด จึงควรได้รับการตรวจสุขภาพทั้งก่อนเริ่มปฏิบัติงานและตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อประเมินความพร้อมในการปฏิบัติงาน จากการศึกษาระยะยาวพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอดของนักดำน้ำอาชีพ แต่ยังคงเป็นที่ถกเถียงกันเรื่องทิศทางของการเปลี่ยนแปลงของค่า FVC และ FEV_1 ว่าจะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง ในขณะที่ค่า FEV_1% กลับมีแนวโน้มที่ลดลงถึงร้อยละ 2 ใน 5 ปี บ่งบอกว่าอาจเกิดการกักเก็บของอากาศในปอด นอกจากนี้ยังพบการลดลงของ $FEF_{25-75\%}$ ในช่วง 23 - 146 มิลลิลิตรต่อปี ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่านักดำน้ำอาจมีโรคของหลอดลมขนาดเล็กร่วมด้วย การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวถือเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บของปอดจากการเปลี่ยนแปลงความดันได้

คำสำคัญ : การดำน้ำ นักดำน้ำอาชีพ สมรรถภาพปอด ตรวจสุขภาพ

* Resident in Preventive Medicine (Maritime Medicine), Naval Medical Department, Royal Thai Navy

** Graduate student in Health Research and Management Program, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. E-mail: friendorus@docchula.com

*** Professor, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. E-mail: psithisarankul@gmail.com

Abstract

Diving may cause a number of adverse effects on health. Divers should strictly follow the rules to ensure their safety and avoid any possible adverse outcomes. The in-water hyperbaric environment directly affects partial pressure of the breathing gas, which results in changes of body systems, in particular respiratory system. Professional divers who work under hyperbaric conditions for a lengthy period may experience substantial effect to change their lung function. Pre-placement and periodic health examinations are essential to evaluate their readiness to work. Recent evidences about changes of lung function in Forced Vital Capacity (FVC) and Forced Expiratory Volume in 1st second (FEV_1) are still inconclusive. Nevertheless, most studies demonstrate a slight depletion, 2% over 5 years, in FEV_1/FVC ratio (FEV_1%) which might suggest air trapping in divers' lungs. Furthermore, maximum mid-expiratory flow ($FEF_{25-75\%}$) significantly decreases between 23 to 146 ml/year, which reflects possibility of small airway diseases in divers. The findings raise the concern of increasing risks of pulmonary barotrauma in divers.

Keywords : diving, professional diver, lung function, medical examination

บทนำ

ปัจจุบันการดำน้ำเป็นได้ทั้งกิจกรรมเพื่อสันทนาการและการประกอบอาชีพ การดำน้ำสันทนาการ คือ การดำน้ำเพื่อการพักผ่อนซึ่งนักดำน้ำทุกคนต้องผ่านการอบรมเพื่อให้ดำน้ำอย่างปลอดภัย เนื่องจากการดำน้ำสามารถก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ ส่วนการดำน้ำอาชีพ คือ การดำน้ำที่นำมาซึ่งรายได้ การดำน้ำอาชีพแบ่งได้ตามประเภทของงาน เช่น การดำน้ำเพื่อการเก็บกู้ซากเรือดำน้ำ การดำน้ำเพื่อการวางสายใต้น้ำ การดำน้ำเพื่อการศึกษาทางโบราณคดี ซึ่งต้องผ่านการอบรมที่แตกต่างกันตามลักษณะงาน เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูง[1]

นักดำน้ำอาชีพซึ่งต้องปฏิบัติงานใต้น้ำเป็นประจำ มีโอกาสที่จะสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่เปลี่ยนแปลงไป โดยที่ความลึกของน้ำทะเลทุก 10 เมตร ความดันโดยรอบจะเพิ่มขึ้น 1 บรรยากาศ หรือเป็น 2 เท่าของความดันบรรยากาศมาตรฐาน เป็นผลจากความดันน้ำที่เพิ่มขึ้น[2] เมื่อความดันโดยรอบร่างกายสูงขึ้นจะส่งผลให้ระบบหายใจของนักดำน้ำมีการตอบสนองต่อความดันที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นหากสมรรถภาพปอดของนักดำน้ำผิดปกติจะส่งผลให้เกิดอันตรายกับนักดำน้ำในขณะปฏิบัติงานได้ บทความนี้เป็นการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของความดันบรรยากาศสูงต่อสมรรถภาพปอดในนักดำน้ำอาชีพ โดยอธิบายเกี่ยวกับสรีรวิทยาของการดำน้ำกับระบบหายใจ ความสำคัญของการตรวจสมรรถภาพปอดในนักดำน้ำ และผลกระทบระยะยาวของการดำน้ำกับสมรรถภาพปอดในนักดำน้ำอาชีพ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการดูแลสุขภาพของนักดำน้ำ

สรีรวิทยาของการดำน้ำกับระบบหายใจ

สภาวะแวดล้อมที่มีความดันบรรยากาศสูง จะส่งผลให้ระบบหายใจต้องทำงานมากขึ้น หลอดลมมีความต้านทานสูงขึ้น นักดำน้ำจึงต้องใช้แรงมากขึ้นในการขยับของทรวงอก ซึ่งการตอบสนองดังกล่าวสามารถเกิดได้ทั้งจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับความดัน[3,4] อากาศที่นักดำน้ำใช้หายใจจะเป็นอากาศที่ถูกอัดในขวดอากาศ ซึ่งจะมีความหนาแน่นสูงขึ้นเมื่ออยู่ใต้น้ำ เพราะความดันที่เพิ่มขึ้นทำให้ปริมาตรลดลง อากาศจึงมีความหนาแน่นเพิ่มขึ้น เมื่อนักดำน้ำหายใจด้วยอากาศที่มีความหนาแน่นสูงนี้ จะส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของความต้านทานของหลอดลม (Airway resistance) นักดำน้ำจึงใช้แรงในการหายใจมากขึ้น[3]

อากาศที่ใช้หายใจในภาวะปกติ ประกอบด้วย ก๊าซออกซิเจนประมาณร้อยละ 21 และก๊าซไนโตรเจนประมาณร้อยละ 78 ก๊าซดังกล่าวสามารถทำให้เกิดอันตรายได้เมื่อหายใจในสภาวะใต้น้ำ โดยความดันย่อยของก๊าซที่ใช้ในการหายใจจะสูงขึ้นเมื่อความดันโดยรอบร่างกายเพิ่มขึ้นตามกฎของดาลตัน[2] ตัวอย่างเช่น นักดำน้ำที่หายใจด้วยอากาศอัดที่ระดับความลึกของน้ำทะเล 40 เมตร ความดันย่อยของก๊าซออกซิเจนจะมีค่าเท่ากับการหายใจด้วยก๊าซออกซิเจนบริสุทธิ์ที่ระดับน้ำทะเล เมื่อความดันย่อยของก๊าซออกซิเจนสูงขึ้นจนเกิดภาวะออกซิเจนในเลือดสูง ส่งผลให้มีการเพิ่มของภาวะเครียดจากการออกซิเดชัน (Oxidative stress) และเกิดภาวะอักเสบของทางเดินหายใจได้[4] ขณะที่นักดำน้ำอยู่ใต้น้ำ ก๊าซไนโตรเจนจะเกิดการอิ่มตัวในเนื้อเยื่อต่างๆ ของนักดำน้ำ และในขณะที่นักดำน้ำขึ้นสู่ผิวน้ำ ก๊าซไนโตรเจนที่อิ่มตัวอยู่ในเนื้อเยื่อจะถูกขับออกในรูปของฟองก๊าซขนาดเล็กในหลอดเลือดดำ (Venous gas microemboli) ฟองก๊าซดังกล่าวจะถูกส่งไปยังปอดเพื่อขับออกผ่านระบบหายใจ ฟองก๊าซไนโตรเจนนี้สามารถก่อให้เกิดการลดลงของความสามารถในการแลกเปลี่ยนก๊าซ (Diffusion capacity) กระตุ้นให้เกิดภาวะอักเสบกับเนื้อเยื่อปอดและเพิ่มความดันในหลอดเลือดแดงใหญ่ของปอดได้ (Pulmonary hypertension)[4]

ปัจจัยอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับความดันซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระบบหายใจได้ คือ การตอบสนองของร่างกายเมื่อแช่อยู่ในน้ำ (Water immersion) และการที่อุณหภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลงเมื่ออยู่ใต้น้ำ โดยการตอบสนองของร่างกายเมื่อแช่อยู่ในน้ำ ส่งผลให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้เลือดในส่วนของแขนและขาไหลไปรวมกันที่ช่องอก ปริมาตรของเลือดในช่องอก (Intrathoracic blood volume) จึงสูงขึ้น ส่งผลให้ cardiac output และ central venous pressure สูงขึ้น เมื่อเลือดไหลเข้าปอดมากขึ้น ปริมาตรของอากาศในปอดจะลดลง ความสามารถในการขยายของปอดลดลง ในขณะที่ความต้านทานของหลอดลมสูงขึ้น[4,5] นักดำน้ำจะมีอุณหภูมิร่างกายที่ลดลงจากการสูญเสียความร้อน เนื่องจากน้ำมีการนำความร้อนและพาความร้อนบริเวณรอบร่างกาย นักดำน้ำจะเริ่มเกิดอาการสั่นเมื่ออุณหภูมิของน้ำต่ำกว่า 21 องศาเซลเซียส ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดรัดตัว เลือดจะไหลไปยังทรวงอกมากขึ้น นักดำน้ำจะหายใจเร็วขึ้น ส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถทำงานได้เต็มประสิทธิภาพ[6]

ภาวะเหล่านี้จะเกิดร่วมกันเมื่อนักดำน้ำปฏิบัติงานใต้น้ำ แต่มักไม่ค่อยแสดงอาการทางปอดที่ผิดปกติเนื่องจากนักดำน้ำไม่ได้ดำน้ำบ่อยครั้ง

ยกเว้นการเกิดภาวะปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema) ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้แม้จะดำน้ำเพียงครั้งเดียว[7] แต่เมื่อนักดำน้ำใช้ระยะเวลาในการอยู่ใต้น้ำที่นานหรือมีจำนวนครั้งในการดำน้ำที่มาก โดยเฉพาะในนักดำน้ำอาชีพ ก็อาจส่งผลกระทบระยะยาวต่อการทำงานของปอดได้[4] ซึ่งพบว่าเมื่อร่างกายสัมผัสกับสภาวะแวดล้อมที่ความดันบรรยากาศสูงเป็นระยะเวลาหลายปีจะมีแนวโน้มที่ทำให้สมรรถภาพปอดเปลี่ยนแปลงไป[8]

ความสำคัญของการตรวจสมรรถภาพปอดในนักดำน้ำ

ปริมาตรของก๊าซจะแปรผกผันกับความดันตามกฎของบอยล์[6] เมื่อมีการลดความดันก๊าซเหล่านี้จะขยายขนาดขึ้น ซึ่งปอดเป็นอวัยวะที่มีก๊าซสะสมอยู่มากที่สุดในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงความดันที่เกิดจากการดำน้ำ จึงมีผลกระทบต่อก๊าซในปอดมากที่สุด โดยโรคในกลุ่มอาการปอดพองเกิน (Pulmonary overinflation syndromes) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการบาดเจ็บของปอดจากการเปลี่ยนแปลงความดัน (Pulmonary barotrauma) ในขณะที่นักดำน้ำขึ้นสู่ผิวน้ำ โรคนี้เกิดขึ้นเมื่อความดันโดยรอบร่างกายลดลง อากาศเกิดการขยายตัว โดยการขยายตัวที่มากเกินจะเกิดเมื่อมีอากาศถูกกักไว้ในปอด อาจเกิดจากการกลั้นหายใจ หรือพยาธิสภาพภายในปอดที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ เช่น โรคหอบหืด การอุดตันของเสมหะในผู้ที่มีปอดอักเสบ หรือสาเหตุอื่นๆ ส่งผลให้เกิดการฉีกขาดของถุงลมขนาดเล็กในปอด ซึ่งโรคนี้มักจะพบบ่อยในนักดำน้ำที่มีการขึ้นสู่ผิวน้ำฉุกเฉิน หรือการขึ้นสู่ผิวน้ำที่เร็วกว่าที่ควร[9]

โรคในกลุ่มอาการปอดพองเกิน ได้แก่ ภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศ (Pneumothorax) ภาวะลมรั่วในช่องอก (Pneumomediastinum) ภาวะลมรั่วในเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (Subcutaneous emphysema) หรือภาวะฟองก๊าซอุดตันในหลอดเลือดแดง (Arterial gas embolism) ซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคสมองขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้[6] นักดำน้ำอาชีพจึงจำเป็นต้องมีการตรวจสมรรถภาพปอดทั้งก่อนเริ่มปฏิบัติงานและตรวจประจำปี เพื่อประเมินความสามารถในการออกแรงใต้น้ำและหาลักษณะของการอุดกั้นของทางเดินหายใจเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของปอดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงความดัน[10,11] โดยการประเมินความพร้อมของสุขภาพปอดในนักดำน้ำเริ่มต้นตั้งแต่การสอบถามประวัติเกี่ยวกับอาการของโรคทางเดินหายใจและปอด ประวัติโรคประจำตัวเกี่ยวกับปอดตั้งแต่เด็กจนถึงปัจจุบัน การได้รับบาดเจ็บที่ทรวงอก รวมถึงประวัติการเคยเป็นโรคโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศ จากนั้นมีการตรวจร่างกายทางระบบหายใจโดยแพทย์ การตรวจสมรรถภาพปอดเบื้องต้น โดยจำเป็นต้องมีการตรวจค่า FEV_1 (Forced Expiratory Volume in 1st second หรือปริมาตรอากาศสูงสุดใน 1 วินาทีแรก ที่ได้จากการหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงที่สุด) ค่า FVC (Forced Vital Capacity หรือปริมาตรอากาศสูงสุด ที่ได้จากการหายใจออกอย่างเร็วและแรงที่สุด) ค่า PEF (Peak Expiratory Flow หรืออัตราการไหลของอากาศสูงสุด ที่ได้จากการหายใจออกอย่างเร็วและแรงที่สุด) โดยเกณฑ์ปกติของค่า FEV_1 และ PEF ควรจะมากกว่าร้อยละ 80 ของค่าคาดคะเน และค่า FEV_1% (อัตราส่วนของค่า FEV_1 ต่อ FVC) ควรมากกว่าร้อยละ 70 ส่วนการถ่ายภาพรังสีทรวงอกจะทำเฉพาะในนักดำน้ำเพื่อการประกอบอาชีพเท่านั้น สำหรับนักดำน้ำทั่วไปอาจไม่มีความจำเป็น โดยเฉพาะในคนที่ไม่มีอาการของโรคทางเดินหายใจ

และปอดและประวัติและการตรวจร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศที่เกิดขึ้นเอง (Spontaneous pneumothorax) จะไม่ได้รับอนุญาตให้ดำน้ำจนกว่าจะได้รับการรักษาด้วยการเชื่อมเยื่อหุ้มปอดแล้ว[10] ในประเทศไทยโรคปอดอุดกั้นหรือเรื้อรัง โรคหืดหอบ โรคถุงลมโป่งพอง โรคโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศ และโรคของปอดที่มีโพรงหรือถุงอากาศภายในเนื้อปอด เป็นโรคที่เป็นข้อห้ามทำงานประดาน้ำ ตามประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน[12]

ผลกระทบระยะยาวของการดำน้ำกับสมรรถภาพปอดในนักดำน้ำอาชีพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาส่วนใหญ่เกี่ยวกับผลกระทบระยะยาวของการดำน้ำ จะให้ความสำคัญกับนักดำน้ำอาชีพเป็นหลัก เนื่องจากนักดำน้ำอาชีพมักจะใช้ระยะเวลาอยู่ใต้น้ำนาน ความลึกในการดำน้ำที่ลึกกว่าปกติ จำนวนครั้งในการดำน้ำมาก หรือลักษณะก๊าซที่ใช้ในการหายใจแตกต่างไปจากนักดำน้ำเพื่อสันทนาการ มีบันทึกว่านักดำน้ำอาชีพปฏิบัติงานอยู่ใต้น้ำนานที่สุดถึง 74 วัน และดำน้ำลึกที่สุดที่ 534 เมตร[13] ในปัจจุบันการศึกษาเรื่องสมรรถภาพปอดในนักดำน้ำอาชีพเป็นเรื่องที่ยังไม่มีข้อสรุปแน่ชัด โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรของสมรรถภาพปอด พบว่า มีหลายการศึกษาที่ผลของการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอดในนักดำน้ำแตกต่างกัน ในการศึกษาระยะยาวจะใช้ระยะเวลาติดตามผลตั้งแต่ 1 - 12 ปี โดยที่ส่วนใหญ่ติดตามอยู่ที่ประมาณ 5 ปี ดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 1 เนื่องจากนักดำน้ำอาชีพมักจะต้องได้รับการตรวจร่างกายประจำทุกปี

มีการศึกษา พบว่า นักดำน้ำจะมีปริมาตรความจุปอดที่มากเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป (ค่า FVC สูงกว่าร้อยละ 100 ของค่าคาดคะเน) ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากการที่นักดำน้ำจำเป็นต้องมีความพร้อมของร่างกายที่สมบูรณ์ (Healthy worker effect) มากกว่าผลจากการปรับตัวของนักดำน้ำเนื่องจากการฝึกฝน (Adaptation due to training effect of diving)[14,15] ส่วนผลของการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพปอดนั้นยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ โดยมีเพียง 3 การศึกษาที่รายงานว่าเมื่อติดตามไปจนถึงช่วงระยะเวลาหนึ่ง ค่า FVC เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 73 มิลลิลิตรต่อปี หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.68 ของค่าคาดคะเนต่อปี[16-18] และค่า FEV_1 เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 76 มิลลิลิตรต่อปี หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.60 ของค่าคาดคะเนต่อปี[17,18] แม้ว่าค่า FVC และค่า FEV_1 จะเพิ่มขึ้น แต่ค่าอัตราส่วนของ FEV_1 ต่อ FVC (FEV_1%) กลับมีค่าลดลง อาจเป็นผลมาจากที่ค่า FEV_1 ที่เพิ่มขึ้นไม่เท่ากับการเพิ่มขึ้นของค่า FVC[17] การลดลงนี้อาจเป็นผลมาจากการหายใจด้วยก๊าซที่มีความหนาแน่นสูง ทำให้ความต้านทานของทางเดินหายใจเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งการลดลงนี้บ่งบอกว่านักดำน้ำอาจมีการจำกัดการไหลของอากาศในหลอดลม (Airflow limitation) หรือมีการกักเก็บของอากาศในถุงลม (Air trapping) จึงเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดการบาดเจ็บของปอดจากการเปลี่ยนแปลงความดัน และลดความสามารถในการออกแรงขณะดำน้ำ จากแนวโน้มที่ค่า FEV_1% ลดลงนี้อาจทำให้นักดำน้ำต้องเข้ารับการตรวจเพื่อประเมินหาโรคปอดอุดกั้น (Obstructive lung disease) เพิ่มเติม[10]

ในทางกลับกันหลายการศึกษา พบว่า มีการลดลงของค่า FVC และ FEV_1 ที่มากกว่าการลดลงตามอายุ โดยที่ค่า FVC ลดลงอยู่ในช่วง 22 - 60 มิลลิลิตรต่อปี[19,20] ค่า FEV_1 ลดลงอยู่

ในช่วง 28 - 73 มิลลิลิตรต่อปี[15,19,21,22] และพบว่าค่า $FEF_{25-75\%}$ มีค่าลดลงอยู่ในช่วง 23 - 146 มิลลิลิตรต่อปี ถึงแม้ว่าค่า $FEF_{25-75\%}$ จะแปรปรวนไปตามค่าของ FVC อยู่ค่อนข้างมาก แต่ก็พบว่าลดลงมากเมื่อเทียบกับการลดลงของค่า FVC ซึ่งค่า $FEF_{25-75\%}$ บ่งบอกว่าอาจมีพยาธิสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของหลอดลมขนาดเล็กที่เป็นผลจากการดำน้ำ[15,16,19,21,23]

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอดและข้อมูลการดำน้ำ พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีความสัมพันธ์กัน ยกเว้นมีเพียงบางการศึกษาเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งในการดำน้ำ[18,19,23] หรือความลึกสูงสุดในการดำน้ำ[24] จึงเป็นที่น่าสนใจว่าการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอดนี้เป็นผลมาจากการดำน้ำหรือไม่ โดยข้อมูลการดำน้ำที่แต่ละการศึกษามีการเก็บรวบรวม ได้แก่ จำนวนครั้งในการดำน้ำก่อนการศึกษา จำนวนครั้งในการดำน้ำระหว่างการศึกษา ความลึกเฉลี่ยและความลึกสูงสุดในการดำน้ำ ระยะเวลาเฉลี่ยในการดำน้ำแต่ละครั้ง ระยะเวลาสะสมทั้งหมดในการดำน้ำ ซึ่งโดยปกตินักดำน้ำจะมีสมุดบันทึกข้อมูลการดำน้ำประจำตัว

การศึกษาที่ยาวนานที่สุดเป็นการศึกษาของ Skogstads และคณะ[15,19,23] เป็นการศึกษาในรูปแบบ Prospective cohort โดยทำการศึกษาในนักดำน้ำอาชีพเริ่มต้น 87 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบอาชีพตำรวจ แล้วศึกษาติดตามไปข้างหน้าที่ระยะเวลา 1 ปี 3 ปี 6 ปี และ 12 ปี ในการศึกษาที่ 12 ปี เหลือนักดำน้ำที่ยังอยู่ในการศึกษา 37 คน พบว่า ผลการตรวจสมรรถภาพปอดแรกเริ่มของนักดำน้ำมีค่า FVC ที่มากกว่าค่าคาดคะเน คล้ายกับการศึกษาอื่นๆ ที่กล่าวว่านักดำน้ำมีปริมาตรความจุปอดมากกว่าประชากรทั่วไป และเมื่อติดตามไปที่ 3 ปี พบว่า ค่า FEV_1 และค่า $FEF_{25-75\%}$ มีค่าลดลง แต่ค่า FVC ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากค่าเริ่มต้น อย่างไรก็ตามเมื่อติดตามไปที่ 6 ปี พบว่า ค่า FVC และค่า FEV_1 ลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ โดยที่ค่า $FEF_{25\%}$ และ $FEF_{75\%}$ มีค่าลดลงและสัมพันธ์กับผลรวมของจำนวนครั้งในการดำน้ำ นอกจากนี้เมื่อติดตามไปที่ 12 ปี พบว่า ค่า FVC FEV_1 และค่า $FEF_{25-75\%}$ ลดลง โดยที่ค่า $FEF_{25-75\%}$ เท่านั้นที่ลดลงโดยสัมพันธ์กับจำนวนครั้งในการดำน้ำ

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ระบบหายใจของนักดำน้ำมีการตอบสนองต่อสภาวะแวดล้อมที่แตกต่างไปจากปกติ โดยเฉพาะเรื่องความดันที่เพิ่มขึ้น ผลของการตอบสนองนี้ส่งผลต่อระบบหายใจซึ่งต้องทำงานหนักขึ้น ความต้านทานของหลอดลมสูงขึ้น นักดำน้ำต้องใช้แรงในการหายใจมากขึ้น และเมื่อใช้การทดสอบสมรรถภาพปอดในการประเมินผลนี้ พบว่า ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนสำหรับการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอด แต่ก็มีแนวโน้มที่นักดำน้ำอาจเป็นโรคปอดอุดกั้นได้ในอนาคต ซึ่งอาจส่งผลเสียแก่นักดำน้ำได้

กรมแพทย์ทหารเรือ เป็นหน่วยงานหลักของรัฐบาลที่ดูแลเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพนักดำน้ำและผู้ปฏิบัติงานในห้องปรับแรงดันบรรยากาศสูง แพทย์เวชศาสตร์ใต้น้ำผู้ที่ออกใบรับรองแพทย์สำหรับนักดำน้ำ ควรมีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงผลการตรวจสุขภาพของนักดำน้ำที่มารับการตรวจ เนื่องจากปัจจุบันการตรวจสุขภาพจะมุ่งเน้นไปที่การตรวจเพื่อหาข้อห้ามสำหรับการดำน้ำในผู้ที่จะดำน้ำ ต่อจากนี้แพทย์ควรต้องพิจารณาถึงแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงผลการตรวจสมรรถภาพปอดด้วย เพื่อป้องกันการเกิดโรคในนักดำน้ำและการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอดอย่างถาวร

แนวทางการศึกษาต่อในเรื่องการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพปอดในนักดำน้ำในอนาคตของประเทศไทย

1. วิพากษ์งานวิจัยเกี่ยวกับข้อเด่น (Strength) ของแต่ละการศึกษาในเรื่องของสมรรถภาพปอดที่เปลี่ยนแปลงในนักดำน้ำอาชีพ

2. วิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) เกี่ยวกับสมรรถภาพปอดที่เปลี่ยนแปลงในนักดำน้ำอาชีพ โดยคัดเฉพาะการศึกษาที่มีคุณภาพที่ดีเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอดในนักดำน้ำอาชีพอย่างเป็นระบบ

3. ศึกษาติดตามเกี่ยวกับสมรรถภาพปอดที่เปลี่ยนแปลงไปในผู้ที่ปฏิบัติงานใต้น้ำเปรียบเทียบกับค่าอ้างอิงในประชากรไทย และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้สัมผัสปัจจัยที่มีแรงดันบรรยากาศสูงโดยขจัดตัวกวนหลักที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพปอด พร้อมทั้งหาความสัมพันธ์ของลักษณะงานกับการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอด

4. ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอดในผู้ที่ปฏิบัติงานในห้องปรับแรงดันบรรยากาศสูงเปรียบเทียบกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ที่ปฏิบัติงานใต้น้ำเพื่อสังเกตและพิจารณาถึงความแตกต่างของสมรรถภาพปอดที่อาจไม่ได้สัมพันธ์เฉพาะความดันที่เปลี่ยนแปลงไปเท่านั้น แต่อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่นด้วย

5. ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอดในนักดำน้ำสันทนาการที่ดำน้ำเป็นประจำ เนื่องจากนักดำน้ำกลุ่มนี้ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อประเมินความพร้อมในการดำน้ำ

ตารางที่ 1 การศึกษาระยะยาวของสมรรถภาพปอดในนักดำน้ำ

ผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์) รูปแบบการศึกษา ประเทศที่ศึกษา	ประเภทและขนาดตัวอย่าง	กลุ่มเปรียบเทียบ	สูบบุหรี่ (%)	อายุ ปี (SD)	ปีที่ติดตาม	FVC (ลิตร)	FVC in % predicted	FEV_1 (ลิตร)	FEV_1 in % predicted	FEV_1 % (%)	$FEF_{2\ 5\text{-}75\%}$ (ลิตร/วินาที	$FEF_{25\text{-}75\%}$ in % predicted	ผลการศึกษา และความสัมพันธ์ (+) เพิ่มขึ้น (-) ลดลง
Watt[20] (1985) Retrospective longitudinal United Kingdom	Commercial divers กลุ่มที่ 1 : 224 กลุ่มที่ 2 : 123	ก่อนและหลังการศึกษา	34.8	30 พิสัย 22-45	3-4	5.56 -0.24# -0.06/ปี	117 -3# -0.75/ปี	4.51 -0.12# -0.04/ปี	115 0	81.4 +1.4** +0.35 /ปี	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	• (-) FVC • (-) FEV_1 (ยกเว้น FEV_1ในกลุ่มที่1) • FVC ลดลงเร็วกว่าการลดลงของค่าคาดคะเน • FVC เริ่มต้นมากกว่าค่าคาดคะเน • FVC ที่ลดลง สัมพันธ์กับค่า FVC เริ่มต้น • ไม่พบความสัมพันธ์กับข้อมูลการดำน้ำอื่น
			33.3	33 พิสัย 23-45	5-9	5.57 -0.40# -0.04/ปี	119 -6# -0.67/ปี	4.49 -0.27# -0.03/ปี	116 -3# -0.33/ปี	80.9 +1 +0.11 /ปี	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	

*p < .05, **p < .01, #p < .001

FVC - Forced Vital Capacity, FEV_1 - Forced Expiratory Volume in 1 second, FEV_1% - FEV1/FVC ratio, $FEF_{25\text{-}75\%}$ - Forced Expiratory Flow at 25 - 75% of volume

ตารางที่ 1 การศึกษาระยะยาวของสมรรถภาพปอดในนักดำน้ำ (ต่อ)

ผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์) รูปแบบการศึกษา ประเทศที่ศึกษา	ประเภทและขนาดตัวอย่าง	กลุ่มเปรียบเทียบ	สูบบุหรี่ (%)	อายุ ปี (SD)	ปีที่ติดตาม	FVC (ลิตร)	FVC in % predictd	FEV_1 (ลิตร)	FEV_1 in % predicted	FEV_1% (%)	$FEF_{25-75\%}$ (ลิตร/วินาที)	$FEF_{25-75\%}$ in % predicted	ผลการศึกษา และความสัมพันธ์ (+) เพิ่มขึ้น (-) ลดลง
Thorsen[21] (1993) Prospective cohort Norway	24 deep saturation divers (300-450 ม.)	เปรียบเทียบกันเองใน 2 กลุ่ม	21	30.3 (4.5)	4	-0.080 -0.02/ปี	106	-0.294# -0.073/ปี	101	ไม่มีข้อมูล	-0.584# -0.146/ปี	85	• (-) $FEV_{1\backslash}$ • (-) $FEF_{25-75\%}$ • FEV_1 ลดลง 210 มล. อย่างมีนัยสำคัญเฉพาะในปีแรก • FVC เริ่มต้นมากกว่าค่าคาดคะเน • ไม่พบความสัมพันธ์กับข้อมูลการดำน้ำ
	28 commercial saturation divers (70-150 ม.)		25	31.1 (4.5)	3	-0.012/ปี	104	-0.035/ปี	97	ไม่มีข้อมูล	-0.104/ปี	82	

*p < .05, **p < .01, #p < .001

FVC – Forced Vital Capacity, FEV_1 - Forced Expiratory Volume in 1 second, FEV_1% - FEV1/FVC ratio, $FEF_{25-75\%}$ - Forced Expiratory Flow at 25 - 75% of volume

ตารางที่ 1 การศึกษาระยะยาวของสมรรถภาพปอดในนักดำน้ำ (ต่อ)

ผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์) รูปแบบการศึกษา ประเทศที่ศึกษา	ประเภทและขนาดตัวอย่าง	กลุ่มเปรียบเทียบ	สูบบุหรี่ (%)	อายุ ปี (SD)	ปีที่ติดตาม	FVC (ลิตร)	FVC in % predicted	FEV_1 (ลิตร)	FEV_1 in % predicted	FEV_1% (%)	$FEF_{25-75\%}$ (ลิตร/วินาที)	$FEF_{25-75\%}$ in % predicted	ผลการศึกษา และความสัมพันธ์ (+) เพิ่มขึ้น (-) ลดลง
Skogstad[15, 19, 23] (2000) Prospective Longitudinal study	81 professional divers and candidates	ก่อนและหลังการศึกษา	36	25.2 (4.4)	3	6.26 +0.05 +0.017/ปี	>100*	5.17 -0.1** -0.033/ปี	>100*	ไม่มีข้อมูล	5.20 -0.37** -0.123/ปี	ไม่มีข้อมูล	• (-) FEV_1 (-) $FEF_{25-75\%}$ • FVC เริ่มต้นมากกว่าค่าคาดคะเน • ไม่พบความสัมพันธ์กับข้อมูลการดำน้ำ
(2002) Prospective cohort	77 professional divers	ก่อนและหลังการศึกษาและ 64 non-smoking policemen	42.9	24.9 (4.4)	6	6.23 -0.13* -0.022/ปี	ไม่มีข้อมูล	5.15 -0.17* -0.028/ปี	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	5.20 -0.21* -0.035/ปี	ไม่มีข้อมูล	• (-) FVC (-) FEV_1 • (-) $FEF_{25-75\%}$ • $FEF_{25\%}$และ $FEF_{75\%}$ ที่ลดลงสัมพันธ์กับจำนวนครั้งในการดำน้ำ
(2008) Prospective cohort Norway	37 professional divers	ก่อนและหลังการศึกษา	29.7	24.6 (4.2)	12	6.16 -0.43* -0.036/ปี	ไม่มีข้อมูล	5.11 -0.49* -0.041/ปี	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	5.21 -0.67* -0.056/ปี	ไม่มีข้อมูล	• (-) FVC (-) FEV_1 • (-) $FEF_{25-75\%}$ • $FEF_{25-75\%}$ ที่ลดลงสัมพันธ์กับจำนวนครั้งในการดำน้ำ

*p < .05, **p < .01, #p < .001

FVC – Forced Vital Capacity, FEV_1- Forced Expiratory Volume in 1 second, FEV_1%- FEV1/FVC ratio, $FEF_{25-75\%}$- Forced Expiratory Flow at 25-75% of volume

ตารางที่ 1 การศึกษาระยะยาวของสมรรถภาพปอดในนักดำน้ำ (ต่อ)

ผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์) รูปแบบการศึกษา ประเทศที่ศึกษา	ประเภทและขนาดตัวอย่าง	กลุ่มเปรียบเทียบ	สูบบุหรี่ (%)	อายุ ปี (SD)	ปีที่ติดตาม	FVC (ลิตร)	FVC in % predicted	FEV_1 (ลิตร)	FEV_1 in % predicted	FEV_1% (%)	$FEF_{25-75\%}$ (ลิตร/วินาที)	$FEF_{25-75\%}$ in % predicted	ผลการศึกษา และความสัมพันธ์ (+) เพิ่มขึ้น (-) ลดลง
Chong[17] (2008) Longitudinal retrospective Singapore	116 Navy divers	ก่อนและหลังการศึกษา	53.4	31.26 (5.34)	5	ไม่มีข้อมูล	86.1 +3.4** 0.68/ปี	ไม่มีข้อมูล	87.2 +3.0** +0.6/ปี	87 -2.0** -0.4/ปี	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	• (+) FVC • (+) FEV_1 • (-) FEV_1% • (+) PEF +10.9%** ไม่พบความสัมพันธ์กับข้อมูลการดำน้ำ
Sames[22] (2009) Longitudinal retrospective New Zealand	336 occupational divers	ก่อนและหลังการศึกษา	27.4	35.6 (8.6)	5.6	ไม่มีข้อมูล	-0.41 -0.07%/ปี	ไม่มีข้อมูล	-1.51* -0.27%/ปี	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	• (-) FEV_1 • (-) PEF -2.65%* • การเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น อาจเป็นผลมาจาก healthy worker effect

*p < .05, **p < .01, #p < .001

PEF - Peak Expiratory Flow, FVC - Forced Vital Capacity, FEV_1 - Forced Expiratory Volume in 1 second, FEV_1% - FEV1/FVC ratio, $FEF_{25-75\%}$ - Forced Expiratory Flow at 25 - 75% of volume

เอกสารอ้างอิง

1. Health and Safety Executive. HSE and diving. [Internet]. [cited 2017 November 17]. Available from: http://www.hse.gov.uk/diving/index.htm.
2. Edmonds C, Bennett M, Lippmann J, Mitchell S. Diving and subaquatic medicine: CRC Press; 2015.
3. Moon RE, Cherry AD, Stolp BW, Camporesi EM. Pulmonary gas exchange in diving. J Appl Physiol 2009;106:668-77.
4. Tetzlaff K, Thomas PS. Short- and long-term effects of diving on pulmonary function. Eur Respir Rev Eur Respir Rev 2017 Mar 29;26(143).
5. Hostler D, Pendergast DR. Long-term diving-related lung damage: an editorial perspective. Undersea Hyperb Med 2016;43(6):629-31.
6. United States Navy (U.S. Navy). U.S. Navy diving manual, Revision 7. SS521-AG-PRO-010. Washington, D.C: U.S. Government Printing Office; 2016.
7. Moon RE, Martina SD, Peacher DF, Potter JF, Wester TE, Cherry AD, et al. Swimming-induced pulmonary edema: pathophysiology and risk reduction with sildenafil. Circulation 2016;133(10):988-96.
8. Pougnet R, Pougnet L, Lucas D, Uguen M, Henckes A, Dewitte JD, et al. Longitudinal change in professional divers' lung function: literature review. Int Marit Health 2014;65(4):223-9.
9. Lafere P, Germonpre P, Balestra C. Pulmonary barotrauma in divers during emergency free ascent training: review of 124 cases. Aviat Space Environ Med 2009;80(4):371-5.
10. Health and Safety Executive. The medical examination and assessment of commercial divers (MA1). [Internet]. [cited 2017 October 31]. Available from: http://www.ndc.nl/downloadables/ma1.pdf.
11. UK Sport Diving Medical Committee. Medical conditions. [Internet]. [cited 2017 October 31]. Available from: http://www.ukdmc.org/medical-conditions/.
12. ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่อง โรคที่ห้ามทำงานประดาน้ำ พ.ศ. 2553. (1 ตุลาคม 2553). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 127 ตอนพิเศษ 115 ง. หน้า 36-7.
13. Comex SA. Centre d'Essais Hyperbares. 1965 - 2000; 36 years of deep diving and submarine techniques development. [Internet]. [cited 2017 November 18]. Available from: https://web.archive.org/web/20071013071223/http://www.comex.fr/suite/ceh/histo/historique%20CEH%20anglais.pdf.
14. Adir Y, Shupak A, Laor A, Weiler-Ravell D. Large lungs in divers: natural selection or a training effect? Chest 2005;128(1):224-8.

15. Skogstad M, Thorsen E, Haldorsen T. Lung function over the first 3 years of a professional diving career. Occup Environ Med 2000;57(6):390-5.
16. Konarski M, Klos R, Nitsch-Osuch A, Korzeniewski K, Prokop E. Lung function in divers. Adv Exp Med Biol 2013;788:221-7.
17. Chong SJ, Tan TW, Lim JY. Changes in lung function in Republic of Singapore Navy divers. Send to Diving Hyperb Med 2008;38(2):68-70.
18. Fitzpatrick DT, Conkin J. Improved pulmonary function in working divers breathing nitrox at shallow depths. Aviat Space Environ Med 2003;74(7):763-7.
19. Skogstad M, Thorsen E, Haldorsen T, Kjuus H. Lung function over six years among professional divers. Occup Environ Med 2002;59(9):629-33.
20. Watt SJ. Effect of commercial diving on ventilatory function. Br J Ind Med 1985;42(1):59-62.
21. Thorsen E, Segadal K, Kambestad BK, Gulsvik A. Pulmonary function one and four years after a deep saturation dive. Scand J Work Environ Health 1993;19(2):115-20.
22. Sames C, Gorman DF, Mitchell SJ, Gamble G. The long-term effects of compressed gas diving on lung function in New Zealand occupational divers: a retrospective analysis. Diving Hyperb Med 2009;39(3):133-7.
23. Skogstad M, Skare O. Pulmonary function among professional divers over 12 years and the effect of total number of dives. Aviat Space Environ Med 2008;79(9):883-7.
24. Davey IS, Cotes JE, Reed JW. Relationship of ventilatory capacity to hyperbaric exposure in divers. J Appl Physiol Respir Environ Exerc Physiol 1984;56(6):1655-8.

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่
Nursing Care for Older Persons with Loneliness

รพีพรรณ สารสมัคร*

Rapeephan Sansamak, R.N., M.N.S.*

บทคัดย่อ

ความว้าเหว่เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ แต่มักจะถูกมองข้ามและเข้าใจผิดคิดว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย แต่ในความเป็นจริงเมื่อเกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบทั้งต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง ยิ่งไปกว่านั้นความว้าเหว่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและความคิดพฤติกรรมเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย และการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและอธิบายความหมาย อาการและอาการแสดง สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดความว้าเหว่ การประเมินความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ และบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่

คำสำคัญ : ความว้าเหว่ การพยาบาล ผู้สูงอายุ

Abstract

The loneliness is a common health problem in the elderly population but is often overlooked and misunderstood due to aging changes. It may affect the physical, psychological, social and spiritual needs leading to decrease in the quality of life. In addition, it be loneliness bring about to depress by a high risk of suicide and increase the mortality in the elderly. The aims of this article were to review and explain the meaning, signs and symptoms, cause, risk factors, assessment of loneliness, and the role of nurse for caring the elderly with this condition.

Keywords : loneliness, nursing care, older person

* Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani University

E-mail: sansamak.r@gmail.com

บทนำ

ความว้าเหว่เป็นความรู้สึกทุกข์ใจไม่สบายใจของบุคคล เมื่อขาดการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม รวมถึงการไม่ได้รับสัมพันธภาพทางสังคมที่ตนพึงพอใจ ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า มีความรู้สึกโดดเดี่ยวและอยากแยกตัวจากสังคม จากแนวโน้มของสังคมที่เปลี่ยนแปลงและลักษณะโครงสร้างของประชากรในปัจจุบัน พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากเผชิญกับความรู้สึกว้าเหว่และยังเป็นภาวะซ่อนเร้นในผู้สูงอายุซึ่งไม่สามารถมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก นอกจากนี้ ปัญหาความว้าเหว่ยังมักถูกมองข้ามหรือถูกละเลยไม่เห็นความสำคัญของปัญหา ส่งผลให้ไม่ได้รับการแก้ไขและส่งผลกระทบที่รุนแรงตามมา ปัจจุบันพบปัญหาความว้าเหว่ในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนสูงถึงร้อยละ 39 ซึ่งมากกว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่กำลังเผชิญปัญหาดังกล่าว และพบผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราที่เผชิญกับปัญหาว้าเหว่ถึงร้อยละ 40[1] สอดคล้องกับการศึกษาของ Hick[2] ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวในสถานสงเคราะห์มักจะประสบปัญหากับความว้าเหว่ โดยมีปัจจัยส่งเสริม คือ การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง มีความต้องการการพึ่งพาเพิ่มขึ้น ซึ่งบุคคลที่มีความว้าเหว่มักจะรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ไม่มีความสุข มีความทุกข์ทรมานใจ รู้สึกอ้างว้าง ไม่มีสมาธิ มักตำหนิตนเอง ปฏิเสธสัมพันธ์กับผู้อื่น และแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด จากการศึกษาของ ธนัญพร พรหมจันทร์[3] ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้า ความว้าเหว่และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและที่พักผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบความชุกของภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 7.1 และความว้าเหว่ระดับสูงถึงปานกลาง ร้อยละ 35.9 และพบว่า ร้อยละ 48.5 มีการเห็นคุณค่าในตัวเองปานกลางถึงต่ำ จะเห็นได้ว่าความว้าเหว่เป็นปัญหาที่พบได้จริง และเป็นปัญหาที่ควรให้ความสำคัญ เนื่องจากความว้าเหว่ในระดับสูงจะก่อให้เกิดปัญหาเรื้อรัง[4] ที่นำไปสู่ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสื่อมถอยทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ในด้านร่างกาย ส่งผลให้มีความเสื่อมถอยในด้านการรู้คิด การนอนหลับ การปฏิบัติกิจกรรมทางกายลดลง ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นขณะหัวใจบีบตัว เนื่องจากความว้าเหว่มีความสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมนของต่อมหมวกไต (Epinephrine) ทำให้หลอดเลือดหดตัว ลดการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกัน ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ในด้านจิตใจ ความว้าเหว่ทำให้ผู้สูงอายุมีความพยายามในการรักษาอารมณ์ด้านบวกลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้า และความคิดพฤติกรรมเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย[5] และในด้านสังคมและเศรษฐกิจ ความว้าเหว่มีความสัมพันธ์กับการแยกตนเองของผู้สูงอายุทำให้ขาดสัมพันธภาพกับผู้อื่น ซึมเศร้า สิ้นหวังและนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด[6] ครอบครัวต้องสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก รวมทั้งสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้สูงอายุ ส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจภายในครอบครัว และประเทศชาติต้องรับภาระในด้านการรักษา จัดหาบุคลากรทีมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ จัดหาสวัสดิการสังคมและงบประมาณในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care)

ผู้เขียนได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายองค์ความรู้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่ โดยอธิบายความหมายของความว้าเหว่ อาการและอาการแสดงของความว้าเหว่ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดความว้าเหว่ การประเมินความว้าเหว่ และบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่ให้ดีขึ้นต่อไป

ความหมายของความว้าเหว่

Peplau, Perlman[4] ให้ความหมายว่า ความว้าเหว่เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ จากการไม่ได้รับสัมพันธภาพที่พึงพอใจจากบุคคลในเครือข่ายที่มีความสัมพันธ์ทางสังคม (Person's network of social relations) ทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ

Weiss[5] ให้ความหมายว่า ความว้าเหว่เป็นความทุกข์ใจอย่างมาก เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่คลุมเครือ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ไร้สาเหตุชัดเจน มีการแยกตัวจากบุคคลอื่น รู้สึกตนเองว่าไม่มีคุณค่า ไม่มีใครรักและเอาใจใส่ มีความรู้สึกโดดเดี่ยว และอยากแยกตัวจากสังคม

Cocioppo[6] ให้ความหมายว่า ความว้าเหว่เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่เกิดความรู้สึกว่างเปล่า มีการพลัดพราก รู้สึกไม่สบาย เมื่อขาดการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม

Hicks[2] อธิบายว่า ความว้าเหว่ หมายถึงการที่บุคคลขาดสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว คน สัตว์ สิ่งของ ผ่านประสบการณ์การสูญเสีย ทำให้เกิดการแสดงออก คือ อาการโศกเศร้าเป็นทุกข์ และแยกตัวออกจากสังคม

Ebersole[7] กล่าวว่า ความว้าเหว่ หมายถึงสภาวะการที่บุคคลจะเผชิญเมื่อเกิดความรู้สึกห่างเหินและแยกตัวเองออกจากสังคม ปฏิเสธการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นทำให้มีความรู้สึกโดดเดี่ยวและอ้างว้าง

สรุปได้ว่า ความว้าเหว่เป็นความรู้สึกทุกข์ใจไม่สบายใจของบุคคล เมื่อขาดการ สนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม รวมถึงการไม่ได้รับสัมพันธภาพทางสังคมที่ตนพึงพอใจ ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า มีความรู้สึกโดดเดี่ยวและอยากแยกตัวจากสังคมในที่สุด

อาการและอาการแสดงของบุคคลที่มีความว้าเหว่

Hicks[2], Peplau, Perlman[4], Shultz[8] จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่สามารถจำแนกได้ 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

ด้านอารมณ์[2,4] (Emotional) ผู้ที่มีความว้าเหว่มักจะรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดกำลังใจ หดหู่ใจไม่เห็นคุณค่าในตนเอง เกิดความกลัว กระวนกระวายใจ เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกซึมเศร้า โดยความรู้สึกว้าเหว่เริ่มเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพทางสังคมของบุคคล เช่น การหย่าร้าง การเป็นหม้าย และส่งผลไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

ด้านการรู้คิด[4] (Cognitive function) ผู้ที่มีความว้าเหว่ มักจะตำหนิตัวเอง การเรียนรู้ ความจำ การแปลความหมายของข้อมูลและกระบวนความคิดบิดเบือน เกิดความลังเล ตัดสินใจไม่ได้ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

ด้านพฤติกรรม[8] (Behavior) ผู้ที่มีความว้าเหว่จะมีความคิดว่าตนเองอยู่ลำพังเพียงคนเดียว ไม่มีคนใส่ใจหรือสนใจ ขาดสมาธิ มีอคติ แยกตนเองจากสังคม เก็บตัว ส่วนใหญ่อยู่คนเดียว และทำกิจกรรมตามลำพัง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมและคนรอบข้าง และอาจมีพฤติกรรมการใช้ยาหรือสารเสพติด

ด้านร่างกาย[8] (Physical) ผู้ที่มีความว้าเหว่จะมีอาการเบื่อหน่าย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ปวดท้อง มึนงง ปวดเวียนศีรษะ น้ำหนักลด และรับประทานอาหารได้น้อย

จะเห็นได้ว่าความว้าเหว่เป็นปัญหาทางจิตที่รุนแรงปัญหาหนึ่งก่อให้เกิดความไม่สบายใจเป็นทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดความรักความเอาใจใส่ รู้สึกท้อแท้สิ้นหวังในชีวิต นำไปสู่การใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่คนเดียวมากขึ้น ซึ่งปัจจัย

ดังกล่าวนำไปสู่ความรู้สึกการไม่เป็นส่วนหนึ่งในสังคม เกิดความรู้สึกด้านลบเพิ่มขึ้น ทั้งความรู้สึกไร้พลัง อ้างว้าง โดดเดี่ยว รู้สึกไม่มั่นคงและปลอดภัย ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานใจ ผู้สูงอายุที่ปรับตัวได้ จะสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวได้ ความว้าเหว่อาจพัฒนาไปจนเกิดภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดความว้าเหว่

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดความว้าเหว่ของผู้สูงอายุ สามารถสรุปแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

ปัจจัยส่วนบุคคล

1) เพศ[9] ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความว้าเหว่มากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีลักษณะอารมณ์ที่อ่อนไหวง่ายกว่าเพศชาย มีความต้องการพึ่งพามากกว่า เปราะบางมากกว่าเมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม ทั้งบุคคลและสถานที่

2) อายุ[10] ความว้าเหว่จะมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น[8] เนื่องจากอายุมีความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นคู่ชีวิต เพื่อนในวัยเดียวกัน และสุขภาพที่เสื่อมถอยตามอายุที่มากขึ้นส่งผลทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการสูญเสียบุคคลสำคัญ ทฤษฎีพัฒนาการของ Erikson[9] อธิบายการปรับตัวในวัยสูงอายุว่า การปรับตัวในวัยสูงอายุจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ ขึ้นอยู่กับผลของพัฒนาการในวัยที่ผ่านมา ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความว้าเหว่มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า

3) สถานภาพโสดหรือหย่าร้างหรือหม้าย[11] เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์เกิดความว้าเหว่ การสูญเสียที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ คือ การเสียชีวิตของคู่ชีวิตและสถานภาพหม้าย มีแนวโน้มที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว้าเหว่ค่อนข้างสูง

ปัจจัยด้านร่างกาย[12] การเสื่อมถอยของสภาพร่างกายของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยทำนายความว้าเหว่ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการได้ยินและการมองเห็น มีความว้าเหว่มากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาดังกล่าว โดยเฉพาะผู้ที่มีการทำงานของร่างกายลดลงทำให้ผู้สูงอายุอาจเกิดความรู้สึกอึดอัดหรืออาย ผิดหวังในตนเอง ขาดความมั่นใจในตนเอง ล้วนเป็นสาเหตุของความว้าเหว่ได้[2]

ปัจจัยด้านจิตสังคม[11,12]

1) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลง ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราส่วนใหญ่มีการติดต่อกับสังคมลดลงและการขาดแคลนการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางสังคมที่นำไปสู่ความว้าเหว่ เพราะปัจจัยดังกล่าวนำไปสู่ความรู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งในสังคม รู้สึกไม่มีใครเหลียวแล มีความรู้สึกด้านลบเพิ่มขึ้น อ้างว้างโดดเดี่ยวและเห็นคุณค่าในตนเองลดลงจนเป็นสาเหตุของความว้าเหว่[11]

2) การอยู่คนเดียว ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว การอยู่คนเดียวทำให้ผู้สูงอายุขาดความรัก ความเอาใจใส่ จึงรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังในชีวิต นำไปสู่การใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่คนเดียวมากขึ้น เกิดการแยกตัวออกจากสังคมและนำไปสู่ความว้าเหว่ในที่สุด[11]

การประเมินความว้าเหว่

การใช้เครื่องมือประเมินความว้าเหว่เป็นสิ่งที่ช่วยคัดกรองความว้าเหว่ในระยะแรก เพื่อค้นหาความผิดปกติตั้งแต่เริ่มต้น ซึ่งจะช่วยป้องกันความว้าเหว่ที่อาจเกิดขึ้นได้ สำหรับเครื่องมือประเมินความว้าเหว่ในผู้สูงอายุที่มีการนำมาใช้ใน

ประเทศไทยนั้น ส่วนมากเป็นแบบประเมินที่พัฒนามาจากฉบับต่างประเทศได้มีการแปลเป็นภาษาไทย โดยพัฒนามาใช้ในผู้สูงอายุเพื่อคัดกรองแยกอาการของความว้าเหว่ ในบทความนี้จะขอกล่าวถึงแบบประเมิน ดังต่อไปนี้

1. The de Jong–Gierveld Loneliness Scale สร้างขึ้นโดย de Jong–Gierveld[13] จากประเทศสหรัฐอเมริกา แต่ได้พัฒนาและถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในประเทศเนเธอร์แลนด์และแถบยุโรป ข้อดีของแบบวัดนี้ คือ สามารถใช้วัดความว้าเหว่ได้ทุกกลุ่มอายุและมีความละเอียด เนื่องจาก de Jong–Gierveld มองความว้าเหว่เป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนมีสาเหตุมากมายแตกต่างกันไปแต่ละบุคคล จึงได้สร้างเครื่องมือวัดความว้าเหว่นี้ขึ้นมา เป็นแบบประเมินหลายมิติ (Multidimensional measure) เพื่อค้นหาความว้าเหว่ทั้งด้านอารมณ์และสังคมของบุคคล โดยแบบประเมินจำแนกออกเป็น 3 มิติ คือ 1) ด้านอารมณ์และความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการขาดสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดและมีความหมาย เช่น ความรู้สึกว่างเปล่า ความรู้สึกถูกทอดทิ้ง 2) ด้านความรู้สึกปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับความว้าเหว่ เช่น การตีความหมายของความว้าเหว่ หรือปฏิกิริยาของบุคคลเมื่อเกิดความว้าเหว่ 3) ด้านอารมณ์ระดับต่างๆ เช่น เสียใจ ทุกข์ใจ รู้สึกผิดและโทษตัวเอง เป็นต้น

เดิมแบบประเมินมีข้อคำถาม 40 ข้อ แต่ล่าสุดได้มีการพัฒนาให้สั้นลงเป็น 6 ข้อ อย่างไรก็ตามข้อคำถามของ de Jong–Gierveld[14] ถามถึงด้านอารมณ์ต่างๆ ที่หลากหลายมากจนเกินไป ซึ่งอาจไม่ใช่ปัจจัยที่ทำให้เกิดความว้าเหว่ที่แท้จริง เช่น การขาดสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดและมีความหมาย[13]

2. Single Question Self-rating ของ Fees, Martin, Poon[15] เป็นเครื่องมือประเมินตนเองที่ใช้ง่ายกับทุกกลุ่มประชากร มีข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามเดี่ยว 1 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ไม่เคย บางครั้ง และบ่อยครั้ง แบบวัดชนิดนี้มีข้อดี คือ ใช้คำถามที่ตรงไปตรงมาถึงความรู้สึกว้าเหว่ เช่น บุคคลมีความว้าเหว่บ่อยแค่ไหน เป็นต้น อีกทั้งยังเป็นเครื่องมือที่สะดวกในการนำไปใช้และผู้เข้าร่วมงานวิจัยเกิดความรู้สึกยอมรับได้ในข้อคำถาม[10] เหมาะสำหรับใช้กับผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นแบบประมาณค่าที่เรียบง่าย อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้มาไม่แสดงถึงข้อมูลในเชิงลึก เช่น ลักษณะความว้าเหว่ สาเหตุและผลกระทบของความว้าเหว่ รวมถึงความหมายของความว้าเหว่ของบุคคล ซึ่งผู้สูงอายุอาจให้ความหมายที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล[10] อีกทั้งการหาค่าความตรงและความเที่ยงได้ยากเนื่องจากเป็นคำถามในเชิงทัศนคติ เป็นต้น

3. The UCLA Loneliness Scale Version 3 (The University of California at Los Angelis Loneliness Scale) เป็นเครื่องมือที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในประเทศไทย ฉบับแรกสร้างขึ้นเมื่อ ค.ศ. 1978 มีข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 9 ข้อ และเชิงลบ 11 ข้อ ได้รับการยอมรับทั้งมีความคงที่ภายใน (Internal constancy) มีความตรงเชิงจำแนก (Discriminate validity)[15] มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.89 - 0.97[16] ในประเทศไทยได้พัฒนาแบบสอบถามนำมาใช้ เช่น การศึกษาของ พัชรี แวงวรรณ[17] ศึกษาผลของกิจกรรมการเล่นอังกะลุงร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความว้าเหว่ของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา ดัดแปลงจากแบบวัดความว้าเหว่ของ วัลลภา โคสิตานนท์[18] ที่ประยุกต์จากแบบวัดความว้าเหว่ของ University of California Los Angeles ฉบับที่ 3 (The UCLA Loneliness Scale Version 3) ของ Russel ให้มีข้อคำถามทั้งหมด

24 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 9 ข้อ และทางลบ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคย นานๆ ครั้ง บางครั้ง และบ่อยครั้ง การแปลคะแนนความว้าเหว่ของผู้สูงอายุ แปลความหมายของคะแนนความว้าเหว่โดยแสดงเป็นพิสัยคะแนน ดังนี้

24 คะแนน – 48 คะแนน ความว้าเหว่ของผู้สูงอายุในระดับต่ำ

49 คะแนน – 72 คะแนน ความว้าเหว่ของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง

73 คะแนน – 96 คะแนน ความว้าเหว่ของผู้สูงอายุในระดับสูง

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่

พยาบาลมีบทบาทในการใช้ความรู้ทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เหตุผลทางคลินิก และจริยธรรมในการตัดสินเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่แบบองค์รวม ปัจจุบันการดูแลสุขภาพเน้นคุณภาพของการบริการ พัฒนาองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ให้เกิดการพัฒนาเพิ่มมากขึ้น โดยการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่มุ่งเน้นไปยังการลดปัจจัยและสาเหตุที่ทำให้เกิดความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาทั้งความรู้ความสามารถ การศึกษาค้นคว้า วิจัย และพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่ โดยผู้เขียนได้ทบทวนวรรณกรรมและสรุปแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่ ออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้[19,20,21]

1. ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความว้าเหว่

(1) พยาบาลมีหน้าที่ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและชุมชน การทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นโดยองค์กรภาครัฐและเอกชน หรือกิจกรรมของชุมชนและชมรมผู้สูงอายุ

(2) แนะนำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นงานชุมนุมศิษย์เก่า งานบวช งานแต่งงาน เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมตามประเพณีเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุได้พบปะสังสรรค์กับผู้อื่นในสังคม ทำให้ได้รับความสุข เกิดความกระชุ่มกระชวยและยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี

(3) ส่งเสริมการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์โดยเฉพาะเมื่ออยู่คนเดียว เช่น การอ่านหนังสือ การฟังเพลง การชื่นชมธรรมชาติ การทำงานศิลปะ และการทำงานอดิเรก เป็นต้น การทำกิจกรรมคนเดียวดังที่กล่าวมานี้ สามารถป้องกันและลดความว้าเหว่ลงได้เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้สึกประสบความสำเร็จ ควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง และได้ช่วยเหลือตนเอง ไม่พึ่งพาผู้อื่น ทำให้ป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดความว้าเหว่ได้

(4) ให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับความว้าเหว่ และระดับความรุนแรงแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว

(5) ดูแลให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และค้นหาวิธีการป้องกันความว้าเหว่โดยเฉพาะการใช้ศิลปะและหัตถกรรม (Art and Craft) เข้ามามีส่วนในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ การประดิษฐ์สิ่งต่างๆ ด้วยมือ เช่น การเย็บปักถักร้อย การจักรสาน การทำกระเป๋า การประดิษฐ์บัตรอวยพร เป็นต้น หรืองานด้านศิลปะต่างๆ ที่ทำขึ้นด้วยมือ เช่น การแกะสลักผลไม้ การประดิษฐ์ดอกไม้ การวาดรูประบายสี เป็นต้น เป็นกิจกรรมส่งเสริมทักษะ ความสามารถในการใช้มือสร้างงานฝีมือ นอกจากนี้ยังเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่าให้ความสุขทางใจ เกิดสุนทรียะขณะปฏิบัติ และเกิดความภาคภูมิใจในผลงานของตน ส่งผลให้

ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น อีกทั้งสามารถจัดกิจกรรมได้ทั้งบริบทของชุมชน บ้านพักคนชราหรือโรงพยาบาล

2. ผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่ในระดับต่ำถึงปานกลาง

(1) ประเมินปัญหาความว้าเหว่ของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการพยาบาล กล่าวคือ พยาบาลจำเป็นต้องมีความตระหนักในความสำคัญของปัญหา และมีความรู้ ความเข้าใจในปัญหาทั้งการเข้าใจในความหมายของความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดความว้าเหว่ของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลที่มีบริบทแตกต่างกัน ผลกระทบที่มีโอกาสเกิดขึ้นในผู้สูงอายุทั้งสุขภาพกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ[4]

(2) วินิจฉัยปัญหา เป็นการแยกความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุปกติกับผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่ โดยใช้ข้อมูล หลักฐานทางคลินิก ความรู้ทางพยาธิสรีระ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่นๆ ตลอดจนประสบการณ์ทางคลินิก โดยการวินิจฉัยผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่มักอาศัยการประเมินผู้สูงอายุ 4 ด้าน มาประกอบกัน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการรู้คิด ด้านพฤติกรรม และด้านร่างกาย[4,8]

(3) การบำบัดทางการพยาบาล พยาบาลมีบทบาทในการใช้ความรู้ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เหตุผลทางคลินิกและจริยธรรมในการตัดสินเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่แบบองค์รวม โดยปัจจุบันมีการบำบัดพยาบาลหลายวิธีด้วยกัน เช่น อังกะลุงลดความว้าเหว่[17] การสนับสนุนทางสังคมลดความว้าเหว่[22] เป็นต้น

(4) การประเมินผล เป็นการประเมินหลังจากผู้สูงอายุได้รับการบำบัดทางการพยาบาลแล้วเป็นระยะๆ เนื่องจากเป้าหมายการพยาบาลมีทั้งระยะสั้นและระยะยาว นอกจากนี้ยังรวมถึงการเฝ้าระวังการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงหรือสิ่งแวดล้อมอื่นที่อาจทำให้เกิดความว้าเหว่เพิ่มขึ้น

(5) การประสานงานและการส่งต่อ เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวหรือปัญหาทางสุขภาพอื่นร่วมด้วย รวมถึงความว้าเหว่นั้นมีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ พยาบาลมีบทบาทคาดการณ์ปัญหาที่ซับซ้อนอันเป็นผลจากความว้าเหว่และโรคร่วมไม่ว่าจะเป็นความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ความดันโลหิตสูง ภูมิคุ้มกันต่ำ เป็นต้น จึงเป็นหน้าที่พยาบาลในการวางแผนป้องกันแก้ไขได้อย่างถูกต้องและทันเหตุการณ์ พยาบาลจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือ ส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสุขภาพ รวมถึงครอบครัวของผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

3. ผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่ในระดับสูง

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย การพยาบาลส่วนใหญ่จะเน้นการค้นหาวิธีแก้ไขภาวะแยกตัวและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

(1) ประสานงาน (Collaboration) พยาบาลจำเป็นต้องเป็นผู้ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ดังนั้นการการประสานงานกับทีมสุขภาพและครอบครัวของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่สำคัญเช่นเดียวกัน การประสานความร่วมมือกับพยาบาล แพทย์ บุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญในการวางแผนและให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่ ตลอดจนประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งพยาบาลมีหน้าที่ประสานความร่วมมือกับครอบครัวของผู้สูงอายุและแหล่งประโยชน์ในชุมชนในการวางแผนให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่ในระดับสูงได้รับการดูแลช่วยเหลือจาก

ครอบครัวและสังคม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม รักษาระดับกิจกรรมทางสังคมไว้ จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่ในระยะนี้เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองทำให้สามารถจัดการกับปัญหาความว้าเหว่ได้[9,23] ลดพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า แยกตัว และฆ่าตัวตายได้[10]

(2) เสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (Mentoring)[23] พยาบาลควรดูแลให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเห็นความสำคัญของปัญหา อีกทั้งฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุและครอบครัวในการจัดการกับความว้าเหว่ด้วยตนเองด้วยวิธีต่างๆ ตามความต้องการของผู้สูงอายุ เช่น การทำกิจกรรมสังคม การทำงานอดิเรก การร้องเพลง การทำสวน เป็นต้น โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของการเปลี่ยนแปลงจากความสูงอายุ เช่น การมองเห็น การได้ยิน การรับรู้ และความจำ นอกจากนี้พยาบาลมีบทบาทฝึกทักษะการเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาร่วมกับความว้าเหว่เช่นเดียวกัน ทั้งนี้การฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุและครอบครัว ในการดูแลตนเองของพยาบาลนั้นจำเป็นต้องใช้ความรู้ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นหลักในการพัฒนาความสามารถและสมรรถนะของผู้สูงอายุและครอบครัว สอน ชี้แนะผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความสามารถในการจัดการปัญหาความว้าเหว่และปัญหาร่วมโดยการถ่ายทอดประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

(3) ให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่ในระดับสูง[9] (Consultation) พยาบาลสามารถสร้างระบบให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟู โดยส่งเสริมการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ หรือกลุ่มทางศาสนาที่ผู้สูงอายุนับถือ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เป็นอาสาสมัครช่วยเหลือองค์กรต่างๆ เช่น โรงพยาบาล วัด ส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในโครงการหรือโปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น หลักสูตรการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รู้จักแหล่งประโยชน์อื่นๆ เช่น สถานดูแลกลางวัน ชุมชนคนวัยเกษียณ เป็นต้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาความว้าเหว่ของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่จำเป็นโดยเฉพาะการให้การพยาบาลผู้สูงอายุจำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจในผู้สูงอายุแต่ละบุคคล ดังนั้นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความว้าเหว่ของผู้สูงอายุทำให้พยาบาลเข้าใจปัญหาความว้าเหว่ของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลและจัดการปัญหาได้อย่างตรงจุด เนื่องจากความว้าเหว่เป็นความรู้สึกของบุคคลที่ไม่พึงพอใจกับสัมพันธภาพทางสังคมที่ตนได้รับ ส่งผลให้เกิดการแสดงออกของพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ได้แก่ การแยกตนเอง การมองตัวเองด้อยค่า ขาดที่พึ่ง รู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่จะมีพฤติกรรมที่ชอบอยู่คนเดียว ไม่สุงสิงกับใคร มีเพื่อนน้อย หลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เมื่อได้เข้าร่วมทำกิจกรรมจะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้ระบายความรู้สึกนึกคิด รับรู้ถึงความสามารถของตนและมองตนเองมีคุณค่ามากขึ้น ส่งผลให้ความว้าเหว่ลดลง พยาบาลมีบทบาทในการใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เหตุผลทางคลินิกและจริยธรรม ในการตัดสินเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่แบบองค์รวม

และมีหน้าที่ประสานความร่วมมือกับครอบครัวของผู้สูงอายุ แหล่งประโยชน์ ในการวางแผนให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและพยายามรักษาระดับกิจกรรมทางสังคมไว้ จะทำให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเองและสามารถจัดการกับปัญหาความว้าเหว่ได้[9,24]

เอกสารอ้างอิง

1. Hacihasanoglu R, Yildirim A, Karakurt P. Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. Arch Gerontol Geriatr 2012;54(1):61-6.
2. Hicks TJ Jr. What is your life like now? Loneliness and elderly individuals residing in nursing homes. J Gerontol Nurs 2000;26(8):15-9.
3. Promjun T. Depress loneliness and self-esteem of the elderly in Bangkae home and private homes for the aged in Bangkok. [Master's Thesis, Faculty of Medicine]. Chulalongkorn University; 2013. (in Thai).
4. Peplau A, Perlman D. Loneliness: a sourcebook of current theory research and therapy. New York: Wiley-Interscience; 1982.
5. Weiss RS. Reflection on the present state of loneliness research. In Hojatand M, Crandall R, editors. Loneliness: theory, research, and applications. London: SAGE Publications; 1989. p.1-16.
6. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. Psychol Aging 2006;21(1):140-51.
7. Ebersole, P. Loneliness, compassion, and nursing. Geriatr Nurs 2002;23(5):236-7.
8. Shultz CM. Phycholsocial nursing: a holistic life-cycle approach. St. Louis: Mosby-Year Book; 1993.
9. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. Proc Natl Acad Sci USA 2013;110(15):5797-801.
10. Victor CR, Scambler SJ, Bowling A, Bond J. The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. Ageing and Society 2005;25(3):357-75.
11. Newall NE, Chipperfield JG, Bailis DS. Predicting stability and change in loneliness in later life. J Soc Pers Relat 2014;31(3):335-51.

12. Drageset J, Kirkevold M, Espehaug B. Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud 2011;48(5):611-9.
13. Gierveld Jde J, van Groenou MB, Hoogendoorn AW, Smit JH. Quality of marriages in later life and emotional and social loneliness. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2009;64(4):497-506.
14. Dykstra PA. van Tilburg T, de Jong Gierveld J. Changes in older adult loneliness: results from a seven-year longitudinal study. Res Aging 2005;27(6):725-47.
15. Fees BS, Martin P, Poon LW. A model of loneliness in older adult. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 1999;54(4):231-9.
16. Russell DW. UCLA loneliness scale (version 3): reliability, validity, and factor structure. J Pers Assess 1996;66(1):20-40.
17. Wangwan P. The effect of using ankalung activity with group process on loneliness in older persons in residential home. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2010. (in Thai).
18. Kositanon W. The effect of group rational emotive behavior therapy on decreasing loneliness in the elderly. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 1999. (in Thai).
19. Cox HC, Hinz MD, Newfield SA, Scott-Tilley D. Cox's clinical applications of nursing diagnosis: adult, child, women's, mental health, gerontic, and home health care considerations. 5th ed. Pennsylvania: F.A. Davis Company; 2007. p. 402-5.
20. Weiten W, Dunn DS, Hammer EY. Psychology applied to modern life: adjustment in the 21st century. 9th ed. Connecticut: Cengage Learning; 2009. p. 323-8.
21. Carpenito-Moyet LJ. Nursing diagnosis: application to clinical practice. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2008.
22. Sansamak R. The effect of public mild social support program on loneliness in older persons resided in public welfare for the aged. Journal of The Royal Thai Army Nurse 2017;18(1):251-9. (in Thai).
23. Young JE. Loneliness, depression and cognitive therapy: theory and application. In Peplau LA, Perlman D, editors. Loneliness. New York: John Wiley; 1982. p. 379-405.
24. Sar AH, Gokturk GY, Tura G, Kazaz N. Is the internet use an effective method to cope with elderly loneliness and decrease loneliness symptom? Procedia-Social and Behavioral Sciences 2012;55(5):1053-9.

10 EFFECTIVE WAYS
to help you improve your
ENGLISH COMMUNICATION SKILLS

Jovelyn Q. Jundante*

What makes English an important language? If you are reading this right now, you are on the right page and it will be best to read this towards the end of this article. Nowadays, English is one of the most spoken language in the world and it is an official language of the United Nations, the European Union, and many other international organizations and businesses.

The World Economic Forum estimates approximately 1.5 billion people around the world speak English; less than 400 million use it as a first language and that means over 1 billion use it as a secondary language. [1] Because so many people can speak the language, it helps connect us in a global world and it can also help us improve our personal and professional life. Whether you are just starting out in learning English, or you need some motivation to keep you going, understanding the value of the language will help you reach fluency and will make you a better English language learner.

So, if you aim to become a good English speaker, then take a look into the following tips below and surely, these will help you create good habits for better learning and help you make a plan to achieve what you really want:



1. Motivate yourself. Motivation is the key to success. You need to make yourself become interested in studying English because if you are not interested at all, you can never start learning and will never succeed. So, it is important to have a goal and imagine yourself in the big picture that you can talk to native speakers just like how you talk in your first language. Imagine other people wanting to speak English as well as you do. Make an atmosphere in which you want to learn and not because you need to. It will be easier to learn when you are learning because you want and you love to. Remember that a lot of people become successful because they love what they do. So, love and embrace English as much as you can and stay motivated.

* Acting English Teacher, Academic Affairs Division, Naval Medical Department, Royal Thai Navy

2. Create an English environment. In a country where English is not an official language, it can be hard to learn especially when you have little chance to use it. Some people study abroad especially in countries where English is a primary language and they have a chance to improve their English but when they come back to their home country where English is not being used, they tend to forget and feel less confident. One of the things that you need to do is to surround yourself in English. Try to listen to the news in English everyday as well as songs, watch movies and read books. It will not only maintain the English environment but you will also learn a lot of vocabularies, English phrases and helpful expressions. Of course, you certainly use the computer on every day. Why don't you switch everything to English**?** Choose English as your default language for the operating system, office programs, and all other applications on your computers as well as your mobile phones. For that, you make yourself become accustomed with English.



Therefore, when you have English around you and even if you are not actively listening to it, believe me, your subconscious mind is absorbing everything.

3. Bear in mind that learning English requires action. Language learning is not just about planning to improve but actually doing it. We spend a lot of time thinking and talking about what we want but sometimes we just end up still thinking about it. Thinking about learning a language is the same as doing nothing.



Sometimes, it is very hard to do things, even if they will benefit us. We tend to say, *"Soon, I will be good at English"* but we never start even a single step. That is why not many people speak English well. It is time to use English and not only read about it. You will only be successful if you have the willpower to do it. Just like driving a car or playing an instrument, you can only learn these skills if you do it. What are you waiting for? Begin now.



4. Think in English. One of the hardest things when speaking a new language is the way we process it in our minds. We tend to think in our native language and then try to speak English. It means that we always translate

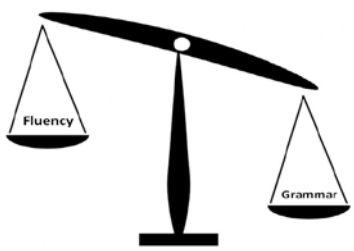
between languages. Translating is such a hard thing to do. The best solution is to think in English. You can do this all the time. You can try to use English when you are talking about how your day went, what you did and the best part of your day. Make it a routine. You can also practice by telling a story that you know well and use English when you talk about it but always remember that you should not translate from your language to English. Think in English in order for you to become fluent. In that way, you never have to use your native language and you will be surprised how easier it is to speak in English.



5. Don't depend so much on gadgets. Technology is one of the things that we enjoy using right now and admit it, it makes our lives easier. With regards to English language, we can download different application that can help us to improve. We can search for the meaning of the words instantly and can translate them to any kind of language that we want. We can also use a voice translation. How can we resist all these benefits?

I am not saying that you should not use it but use it in a way that it will benefit you. Do not totally depend on technologies like saying *"Why do I have to learn English if I can just use my phone whenever I can?"* The reality is, technological dependence is destructive. There are a lot of dangers of technological dependence both on an individual and on a societal level—and we need to reject that dependence if we're going to keep innovating.[2]

Technology does help us but it is up to us on how to properly use it. We should not rely on technologies but rely on our own skills and capabilities.



6. Focus on fluency, grammar will follow. Have you ever experienced that when you speak English you know what you want to say in your mind but you cannot express it? That is about fluency. To become fluent is being able to speak English easily and continuously. This is the thing that you need to focus on. Some people know a lot of grammar rules but they couldn't express themselves. Thus, put emphasis on how to speak fluently instead of correctly. You can fill in the correct grammar and word rules as you learn them because you still need to have an understanding of grammar. To become fluent, you need to know not just words but also

commonly used phrases. As you know, there are hundreds of new words and phrases that are created everyday and it is good to be updated with the English trend. You need to know around 500 words and a few grammar rules to do basic communication in English.[3]

Try to constantly learn new words. Keep a notebook with you. When you feel like you're using the same word too frequently, look for synonyms. Soon, you will start using more and more new words. Also, try to use resources that are not too easy or too difficult. It should match your level. You need to use materials that challenge you but don't frustrate you. Don't force yourself. Don't rush things and never expect that you will move in the next level right away. Take a break and also find a way to relax from time to time.

7. Keep Learning. According to Albert Einstein, *"learning is not a product of schooling but the lifelong attempt to acquire it."* It means that we all need to be lifelong learners. We need to continually keep our minds sharp and we need to continue to grow and develop. In fact, I always believe that no one is too old to learn.



When people think about learning a new language, they always say: "*I am too old to learn a new language!"* As people get older, they feel their minds aren't as fresh as they used to be, thus they find it difficult to remember new details. Nevertheless, the argument that children have better memory and greater ability to learn languages is a myth. Saying that you're too old to learn something is just an excuse. Your brain still has power to process information. You have something that children don't have: commitment, focus, and determination.[4]

It doesn't matter how old you are and it is always never too late to learn a new language. It is all about determination and your eagerness to keep learning English.

8. Talk to yourself. Whether you think it is strange, talking to yourself is a helpful tool. Look in the mirror. You can get few minutes of your time and spend it talking to yourself. The purpose of this is to watch your mouth, face and your body language as you speak. You can pretend that you are having a conversation with your friend, your boss or being interviewed by an interviewer. But you should also be cautious with your pronunciation because it can affect the meaning of what you are going



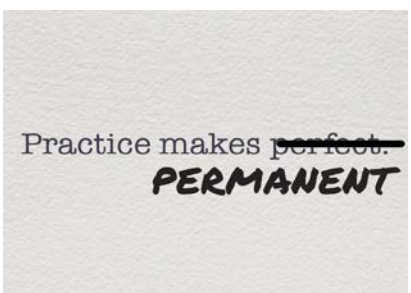
to say. You can also record yourself using your phone, take a video of yourself and try to take note on your weak points and find a way on how to improve it. Try it and it will surely be fun. It is always hard in the beginning but when you get accustomed to English, everything will fall into place.



9. Share. Should you share others what you learn or keep your knowledge to yourself? Of course, the best answer is to share it because it helps you stay motivated and helps you grow. You could actually learn something from everybody in your life and they say, "two heads think better than one". When different skills and experiences collide, new ideas and solution emerge. Sharing what you learn will definitely boost your confidence and will help you master your skills.

Learning together means growing together. It means exchanging ideas and understanding different perspectives to what we already know and sharing knowledge will make you become better at what you do. Think of the teacher. A teacher shares knowledge to the students and as she teaches constantly, she will be able to master her lessons and learns more along the way. With sharing, you will acquire new sets of skills and knowledge and you will certainly improve over time.

Therefore, learn English with a friend. It will also be good if you have someone you can practice with and you can motivate each other to study. When you share, you generate ideas. Sharing knowledge is beneficial to everyone so start communicating to others and continue sharing your knowledge.



10. Speak! Speak! Speak! Speak English whenever you can. For sure you are familiar with the phrase *"use it or lose it".* Obviously, it means that if you don't continuously practice or use an ability like speaking a foreign language, you may eventually forget or lose that skill. Therefore, you need to practice English more often because they say, *"practice makes perfect".* I know perfect may sound demanding for everyone, and we also believe that nothing is perfect. Instead, we can say "practice makes permanent".

Perfect and permanent are two very different things. From an early age in school, sports and other activities, children are taught that practice makes perfect, but that's simply not true. Practice certainly makes you *better* at something, but perfection is not always attainable.[5]

Therefore, you should improve your English by practicing effectively. One effective way is through repetition-doing it over and over again until it become a habit. We know that we always make mistakes and it is totally normal. Never be afraid because mistakes make us better and we all can learn from our mistakes. So just keep practicing and believe me, eventually, everything will be automatic and English will just come out naturally.

Now that you have 10 ways to master the English language, it is essential to have the will and the eagerness to learn it. Start working harder to get to your goals. Make it permanent and make it happen.

References

1. Breene K. Which countries are best at English as a second language?. [Internet]. [cited 2016 November 15]. Available from: https://www.weforum.org/agenda/2016/11/which-countries-are-best-at-english-as-a-second-language-4d24c8c8-6cf6-4067-a753-4c82b4bc865b/.
2. Johansson A. We need to reduce our dependence on technology if we want to keep innovating. [Internet]. [cited 2018 July 25]. Available from: https://thenextweb.com/contributors/2018/07/25/we-need-to-reduce-our-dependence-on-technology-if-we-want-to-keep-innovating/.
3. Kos B. The only way to really improve your English skills. [Internet]. [cited 2015 January 10]. Available from: https://agileleanlife.com/way-really-improve-english-skills/.
4. Petersen J. 7 Reasons you're not too old to learn a language. [Internet]. [cited 2016 July 17]. Available from: https://www.iwillteachyoualanguage.com/blog/not-too-old-learn-language.
5. Lawlor J. Practice makes permanent: how to establish and maintain positive habits. [Internet]. [cited 2013 October 24]. Available from: https://jessicalawlor.com/2013/10/practice-makes-permanent/.

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ลงในวารสารแพทย์นาวี

วารสารแพทย์นาวี เป็นวารสารของกรมแพทย์ทหารเรือที่มีระบบการประเมินบทความต้นฉบับโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่ได้รับการแต่งตั้งจากกรมแพทย์ทหารเรือ อย่างน้อยเรื่องละ 2 ท่าน ด้วยวิธีการปิดบังชื่อผู้ประเมินและผู้เขียนบทความ

นโยบายของกองบรรณาธิการ

1. ต้นฉบับที่ผู้เขียนส่งมาเพื่อการพิจารณาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดวารสารหนึ่งมาก่อน
2. ต้นฉบับที่ผู้เขียนส่งมาเพื่อการพิจารณาต้องไม่อยู่ระหว่างเสนอขอตีพิมพ์ในวารสารอื่น
3. เนื้อหาในต้นฉบับควรเกิดจากการสังเคราะห์ความคิดขึ้น โดยผู้เขียนเองไม่ได้ลอกเลียน หรือตัดทอนมาจากผลงานวิจัยของผู้อื่น หรือจากบทความอื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต หรือปราศจากการอ้างอิงที่เหมาะสม
4. ผู้เขียนต้องเขียนต้นฉบับตามรูปแบบและตามข้อกำหนดในระเบียบการส่งต้นฉบับ
5. ผู้เขียนได้แก้ไขความถูกต้องของเรื่องที่ส่งมาตีพิมพ์ตามข้อเสนอแนะของผู้พิจารณากลั่นกรอง (Peer Review) แล้ว
6. หลังจากผู้เขียนได้แก้ไขเรื่องแล้ว กองบรรณาธิการได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการได้กำหนดระเบียบการส่งต้นฉบับไว้ให้ผู้เขียนยึดเป็นแนวทางในการส่งต้นฉบับสำหรับการตีพิมพ์ลงวารสารแพทย์นาวี และกองบรรณาธิการสามารถตรวจสอบต้นฉบับก่อนการตีพิมพ์เพื่อให้วารสารมีคุณภาพสามารถนำไปใช้อ้างอิงได้

1. ประเภทของบทความ ได้แก่

1.1 บทความวิจัย (Research article) ได้แก่ บทความผลงานวิจัยที่ทำขึ้นใหม่ มีหัวข้อตามลำดับดังนี้

1) ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2) ชื่อผู้เขียน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมระบุตำแหน่งทางวิชาการ
3) ที่อยู่หรือหน่วยงานสังกัดของผู้เขียน ให้ระบุที่อยู่ ระบุชื่อหน่วยงานหรือสถาบัน และ E-mail ของผู้เขียน
4) บทคัดย่อ เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เขียนสรุปสาระสำคัญของเรื่อง อ่านและเข้าใจง่าย บทคัดย่อภาษาไทยรวมกับบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่เกิน 300 คำ หรือ 1 หน้ากระดาษ A4 โดยให้นำบทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) โดยบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีเนื้อหาตรงกันใช้อักษรตัวตรง จะใช้ตัวเอนเฉพาะศัพท์วิทยาศาสตร์

5) คำสำคัญ ระบุคำสำคัญภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ ไม่ควรเกิน 5 คำ

6) ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา เป็นส่วนของเนื้อหาที่บอกความเป็นมาและเหตุผลนำไปสู่การศึกษาวิจัยและควรอ้างอิงงานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

7) วัตถุประสงค์การวิจัย ให้ชี้แจงถึงจุดมุ่งหมายของการศึกษา

8) วิธีการศึกษา ต้นฉบับด้านวิทยาศาสตร์ควรอธิบายเกี่ยวกับเครื่องมือ อุปกรณ์ สารเคมี และวิธีการที่ใช้ในการวิจัย ต้นฉบับด้านสังคมศาสตร์ควรอธิบายวิธีดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล

9) ผลการวิจัย เป็นการเสนอสิ่งที่ได้จากการวิจัยเป็นลำดับ อาจแสดงด้วยตาราง กราฟ แผนภาพประกอบการอธิบาย ทั้งนี้ถ้าแสดงด้วยตารางควรเป็นตารางแบบไม่มีเส้นขอบตารางด้านซ้ายและขวา หัวตารางแบบธรรมดาไม่มีสี ตารางควรมีเฉพาะที่จำเป็น ไม่ควรมีเกิน 5 ตาราง สำหรับรูปภาพประกอบควรเป็นรูปที่ชัดเจนและมีคำบรรยายใต้รูป

10) สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ เป็นการสรุปผลที่ได้จากการวิจัย ควรมีการอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือเปรียบเทียบการทดลองของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นด้วยตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิม รวมทั้งแสดงให้เห็นถึงการนำผลไปใช้ประโยชน์ และการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

11) กิตติกรรมประกาศ เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ที่ช่วยเหลือให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ (อาจมีหรือไม่มีก็ได้)

12) เอกสารอ้างอิง เป็นการอ้างอิงเอกสารในเนื้อหาให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) ไม่ควรเกิน 25 รายการ ให้ยึดหลักเกณฑ์ ตามข้อ 7.

1.2 บทความวิชาการ (Academic article) เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะจากวารสารต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ นำมาวิเคราะห์ วิจารณ์ เปรียบเทียบ เพื่อให้เกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นยิ่งขึ้น ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ ประกอบด้วย บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ เนื้อหา วิจารณ์ บทสรุป และเอกสารอ้างอิง

1.3 สิ่งประดิษฐ์ (Innovations) กล่าวถึงสิ่งประดิษฐ์ ซึ่งจะเน้นรายละเอียดของส่วนประกอบ และการทดลองใช้สิ่งประดิษฐ์ ข้อดี ข้อเสีย ที่เกิดขึ้นโดยมีการทดลองตามขั้นตอน มีสถิติสนับสนุนวิจารณ์ เหมือนกับการเขียนบทความวิจัย

1.4 รายงานผู้ป่วย (Case reports) เป็นผู้ป่วยที่น่าสนใจต่างๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ รายงานผู้ป่วยมีประวัติการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เสนอข้อคิดเห็น สรุป วิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง

1.5 บทความพิเศษ (Special topic) เป็นบทความภาษาอังกฤษที่น่าสนใจและทันสมัยที่เกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ทางทะเล หรือวิทยาการด้านการแพทย์ การพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ประกอบด้วย บทนำ เนื้อหา บทสรุป และเอกสารอ้างอิง

2. ขนาดของต้นฉบับ

พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 จัดพิมพ์ด้วยโปรแกรมไมโครซอฟท์เวิร์ด (Microsoft word) โดยใช้รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 15 พิมพ์แบบเสมอหน้า-หลัง (Justified) เว้นระยะขอบทุกด้านของหน้ากระดาษอย่างน้อย 1 นิ้ว และให้ใส่เลขหน้าทุกหน้าที่หัวมุมบนขวา ความยาวบทความไม่ควรเกิน 12 หน้า (ไม่รวมเอกสารอ้างอิง)

3. การส่งบทความต้นฉบับ

สามารถ Submission บทความใน Website : https://www.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal

4. การตรวจแก้ไขและยอมรับการตีพิมพ์

- การติดต่อผู้เขียนเพื่อการตรวจแก้ไขหรือตอบรับ/ปฏิเสธการตีพิมพ์จะกระทำผ่านทางระบบวารสารออนไลน์ (Thai Journal Online System : ThaiJo)
- เรื่องที่ผ่านการพิจารณาให้ตีพิมพ์จากผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก อย่างน้อย 2 ท่าน จึงจะยอมรับให้ตีพิมพ์ในวารสาร
- กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขเรื่องที่จะส่งไปลงพิมพ์ทุกเรื่องตามที่เห็นสมควร ในกรณีจำเป็นจะส่งต้นฉบับที่แก้ไขแล้วคืนผู้เขียนเพื่อขอความเห็นชอบอีกครั้งก่อนพิมพ์

5. เกณฑ์การประเมินบทความ

กองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเบื้องต้นเกี่ยวกับความถูกต้องของรูปแบบทั่วไป ถ้าไม่ผ่านการพิจารณาจะส่งกลับเพื่อทำการแก้ไข ถ้าผ่านจะเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก หลังจากนั้นจะส่งผลการประเมินคืนผู้เขียน เพื่อให้เพิ่มเติมข้อมูลหรือแก้ไข และเมื่อบทความได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนจะได้รับวารสารแพทย์นาวีฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ จำนวน 1 ฉบับ

6. การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง

หากอ้างผลงานหรือคัดลอกข้อความของผู้แต่งคนใดคนหนึ่งโดยเฉพาะ การอ้างอิงให้ใส่หมายเลขกำกับไว้ด้านบน (ตัวยก) ที่ข้างท้ายของชื่อเจ้าของผลงานหรือข้อความที่คัดลอกมา ไม่ต้องใส่วงเล็บตัวเลข โดยตัวเลขนั้นๆ หมายถึง ลำดับที่ของการเรียงเอกสารอ้างอิงไว้ข้างท้ายบทความ การเรียงหมายเลขให้เริ่มต้นด้วยเลข 1 ซึ่งให้ตรงกับหมายเลขของเอกสารอ้างอิงท้ายข้อความนั้น แล้วเรียงลำดับไปเรื่อยๆ หากมีการอ้างอิงหรือมีการคัดลอกข้อความนั้นซ้ำอีก ให้ใช้หมายเลขเดิม

7. เอกสารอ้างอิง

วารสารแพทย์นาวีใช้การอ้างอิงระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) การอ้างอิงเอกสารไม่เกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ ตำราบางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

- รายชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษให้เริ่มต้นด้วยนามสกุลของผู้เขียนคนแรก ตามด้วยอักษรตัวแรกของชื่อต้นและชื่อกลาง ไม่ต้องใส่เครื่องหมายวรรคตอนต่อท้ายนามสกุล ใช้เครื่องหมายจุลภาค (Comma) หลังชื่อทุกคนหากผู้เขียนมีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกแล้วตามด้วย และคณะ หรือ et al.
- หากเอกสารอ้างอิงเป็นภาษาไทยให้ผู้เขียนปรับเป็นภาษาอังกฤษ แล้วต่อท้ายเอกสารอ้างอิงว่า (in Thai)

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

- **หนังสือ**

  ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

  ตัวอย่าง

  1. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; 2554.
  2. Marquis BL, Hunton CL. Leadership role and management function in nursing: theory and application. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 2000.

- **บทความจากหนังสือหรือตำรา**

  ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ใน ใส่ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของเรื่อง.

  ตัวอย่าง

  ธเนศ ธีรชัยธัญญศักดิ์. การค้นหาและช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางทะเล. ใน ชัยภัทร แกล้วกล้า, ปิยะวัฒน์ วงษ์วานิช, อติพงษ์ สุจิรัตน์, ธนวัฒน์ ศุภนิตยานนท์, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์ทางทะเล. นนทบุรี: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง; 2557. หน้า 306-16.

- **วิทยานิพนธ์/ดุษฎีนิพนธ์**

  ชื่อผู้แต่ง. ชื่อวิทยานิพนธ์. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต/วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต]. ชื่อสถาบันการศึกษา; ปีที่พิมพ์.

  ตัวอย่าง

  Kitrungreungkul L. The outcomes of self-management on drug adherence program in HIV group and AIDS patients. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Christian University of Thailand; 2012. (in Thai).

- **รายงานจากการประชุมทางวิชาการ (Proceedings)**

  ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่จัดประชุม; สถานที่จัด. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของเรื่อง.

  ตัวอย่าง

  อเนก แป้นแหลม. การบริหารจัดการเครื่องมือด้านสุขาภิบาลหน่วยแพทย์กองทัพเรือ. ใน เอกสารประกอบการอบรมโครงการฟื้นฟูองค์ความรู้ทางวิชาการบุคลากรหน่วยแพทย์ปฐมภูมิ กองทัพเรือ; 26-28 มีนาคม 2561. โรงแรมมณเฑียร ริเวอร์ไซด์. สมุทรปราการ: ทูทวินพริ้นติ้ง; 2561. หน้า 59-62.

● **วารสาร (Journal)**

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่องในวารสาร. ชื่อย่อวารสาร ปีที่พิมพ์ของวารสาร(Year);Volume(Number): หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของเรื่อง.

ตัวอย่าง

1. Spahn JM, Reeves RS, Keim KS, Laquatra I, Kellogg M, Jortberg B, et al. State of the evidence regarding behavior change theories and strategies in nutrition counseling to facilitate health and food behavior change. J Am Diet Assoc 2010;110(6):879-91.
2. Wacharasin C, Khamngoen R, Rattanamanee K, Sriprasarn C, Chivanon N. Suffering among parents having children with leukemia. Journal of Nursing and Health Care 2017;35(3):78-88. (in Thai).

● **สื่อหรือวัสดุอิเล็กทรอนิกส์**

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. [ประเภทของสื่อ]. [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]. แหล่งที่มา: address ของแหล่งสารสนเทศ

ตัวอย่าง

1. ไททัศน์ คัมภีระพันธุ์. คู่มือปฏิบัติการในเรือ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 กรกฎาคม 2556]. แหล่งที่มา: http://www.marinerthai.com.
2. World Health Organization. Colorectal Cancer Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. [Internet]. [cited 2016 Jauary 4]. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx?cancer=colorectal.

8. ลิขสิทธิ์

ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารกรมแพทย์ทหารเรือถือเป็นกรรมสิทธิ์ของกรมแพทย์ทหารเรือ ห้ามนำข้อความทั้งหมดหรือบางส่วนไปพิมพ์ซ้ำเว้นเสียแต่ว่าจะได้รับอนุญาตจากกรมแพทย์ทหารเรือเป็นลายลักษณ์อักษร

9. ความรับผิดชอบ

เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนทั้งนี้ไม่รวมความผิดพลาดอันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์

วารสารแพทย์นาวี
Royal Thai Navy Medical Journal

แบบฟอร์มส่งบทความวิชาการ/บทความวิจัย เพื่อตีพิมพ์ในวารสารแพทย์นาวี

1. ชื่อ - สกุลผู้นิพนธ์ (ภาษาไทย).....

ชื่อ - สกุลผู้นิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ).....

ตำแหน่ง..... สถาบันที่สังกัด.....

- ในกรณีที่ผู้นิพนธ์กำลังศึกษาในระดับดุษฎีบัณฑิต/มหาบัณฑิต โปรดระบุ

ชื่อหลักสูตร.....สาขาวิชา.....แขนงวิชา(ถ้ามี) .....

คณะ.....สถาบันการศึกษา.....

2. ประเภทของบทความ ☐ บทความวิจัย ☐ บทความวิชาการ ☐ สิ่งประดิษฐ์ ☐ รายงานผู้ป่วย

3. ชื่อเรื่อง

(ภาษาไทย).....

.....

(ภาษาอังกฤษ).....

.....

4. สถานที่ติดต่อผู้นิพนธ์

ที่อยู่ เลขที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์..... E-mail.....

5. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

☐ บทความฯ ที่ส่งมาไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดวารสารหนึ่งมาก่อนและไม่อยู่ระหว่างเสนอขอตีพิมพ์ในวารสารอื่น

☐ เนื้อหาในบทความฯ เกิดจากการสังเคราะห์ความคิดขึ้นโดยผู้นิพนธ์เอง ไม่ได้ลอกเลียนหรือตัดทอนมาจากผลงานของผู้อื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต/ปราศจากการอ้างอิง หรือได้ผ่านการตรวจสอบการลอกเลียนงานวรรณกรรมด้วยระบบอักขราวิสุทธิ์/โปรแกรมอื่นที่เทียบเคียง พร้อมแนบหลักฐาน (ถ้ามี)

☐ เตรียมต้นฉบับบทความตามรูปแบบที่วารสารกำหนดใน “คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ”

☐ **<u>บทความวิจัย</u>**ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว

☐ บทความฯ ที่ส่งมาได้รับความเห็นชอบจากผู้นิพนธ์ร่วมทุกท่านแล้ว

☐ ยินดีแก้ไขบทความตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) และบรรณาธิการเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด

6. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บทความฯ ที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นลิขสิทธิ์ของวารสารแพทย์นาวี ไม่สามารถนำไปตีพิมพ์ซ้ำในวารสารฉบับอื่นได้

ลงชื่อ .....

(.....)

ผู้ส่งบทความ (ผู้นิพนธ์หลัก)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

7. ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก (ดุษฎีนิพนธ์/วิทยานิพนธ์)

ได้ตรวจสอบบทความนี้แล้วขอรับรองว่าองค์ประกอบและเนื้อหาของบทความนี้มีความสมบูรณ์และถูกต้องตามหลักวิชาการ เห็นควรให้ตีพิมพ์เผยแพร่ได้

ลงชื่อ .....

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....





วิสัยทัศน์ กรมแพทย์ทหารเรือ

“เป็นองค์กรชั้นนำด้านการแพทย์ทหาร การบริหารจัดการ
และเวชศาสตร์ทางทะเลในภูมิภาคอาเซียน”

พันธกิจ

1. เตรียมความพร้อมของกำลังพลกองทัพเรือด้านสุขภาพ
2. ให้บริการทางการแพทย์สนับสนุนปฏิบัติการทางการทหารของกองทัพเรือ
3. ให้บริการสุขภาพแก่กำลังพลและครอบครัวกองทัพเรือเป็นหลัก
   และสนับสนุนนโยบายรัฐบาลในการรักษาพยาบาลประชาชน
4. ดำเนินการฝึก ศึกษา อบรมเหล่าทหารแพทย์ รวมทั้งวิจัยและพัฒนาด้านการแพทย์

ค่านิยม

รับผิดชอบในงาน ให้บริการด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ ไม่หยุดพัฒนา

สำนักงานกองบรรณาธิการ
กองวิทยาการ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทย์ทหารเรือ
504/56 ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบุคคโล
เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600

Website: https://www.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal