

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล

ประจำปี พ.ศ. 2563 – 2564

ที่ปรึกษาภายในสถาบันพระบรมราชชนก

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. อ.ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา |
| 2. อ.ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา จังหวัดนนทบุรี |
| 3. อ.ดร.ทัศนีย์ เกริกกุลธร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สระบุรี |
| 4. อ.ศุภิสรา สุวรรณชาติ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา |
| 5. อ.ดร.วิไลพร รังควัด | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา |
| 6. อ.ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สุรินทร์ |
| 7. อ.ดร.พัชรี ไกรารุณ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สรรพสิทธิประสงค์ |

บรรณาธิการ

อ.ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อ.ดร.สุหทัย โตสังวาลย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

กองบรรณาธิการบุคคลภายใน

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. อ.ดร.อดิพร ลำราญบัว | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก |
| 2. อ.ดร.จิรณัฐ สมโชค ไวกู่ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก |
| 3. อ.ดร.วิภากรัตน์ สุวรรณไวกู่ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก |

กองบรรณาธิการบุคคลภายนอก

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. รศ.ดร.รัชนี สุจิตจันทร์รัตน์ | มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 2. รศ.ดร.ศิริพันธุ์ ศรีพันธุ์ | มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ |
| 3. รศ.ดร.จันทร์ทิรา เขียวชัย | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 4. ผศ.ดร.สุรีย์ ธรรมิกบวร | มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 5. ผศ.ดร.จิตาภา ผูกพันธ์ | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 6. ผศ.ดร.หทัยชนก บัวขวัญ | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 7. ผศ.ดร.มะลิ โพธิ์พิมพ์ | มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 8. อ.ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน ไร่แมน | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 9. อ.ดร.วิไลวรรณ ประธิเก | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (องครักษ์) |
| 10. อ.ดร.สรินทิพย์ ทวีเดช | มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 11. อ.ดร.ปณิดา ครอบงำ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร อุบลราชธานี |
| 12. อ.ดร.รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ | มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 13. ดร.เพ็ญศรี รักวงษ์ | โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา |
| 14. ดร.สินศักดิ์ชน อุ้นพรมมี | ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา |
| 15. ดร.เกษราภรณ์ เคนบุปผา | โรงพยาบาลสมเด็จพระศรีมหาโพธิ์ |

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำกองบรรณาธิการ

- | | |
|-------------------------|---------------------------------------|
| 1. ผศ.ธนวัฒน์ รัตนนันท์ | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา (สถิต) |
| 2. Mr. Kent Hamilton | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ภาษาอังกฤษ) |

**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้พิจารณาและกลั่นกรองผลงานวิชาการ
บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล
ปีที่ 26 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน) 2563
ได้ผ่านการพิจารณาและกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิเรื่องละ 2 – 3 ท่าน**

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกสถาบันพระบรมราชชนก

- | | |
|--|---|
| 1. อ.ดร.กุลระวี วิวัฒน์ชีวิน | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 2. พว.ดร.เกษราภรณ์ เคนบุปผา | โรงพยาบาลสมเด็จพระศรีมหาโพธิ์ |
| 3. รศ.ดร.จอม สุวรรณโณ | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |
| 4. อ.ดร.ชิดชนก มยุรภักดิ์ | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |
| 5. ผศ.ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 6. รศ.ดร.นริศลักษณ์ สุวรรณโนบล | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 7. ผศ.ดร.นัฏฐิมาพร ธนปิยวัฒน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม |
| 8. อ.ดร.ปิยธิดา จุลละปีย์ | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง |
| 9. อ.ดร.ปิยอร วจนะทินภัทร | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 10. พว.ดร.เพ็ญศรี รักษ์วงศ์ | โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา |
| 11. ผศ.ดร.วรรณวดี เนียมสกุล | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 12. อ.ดร.วิไลวรรณ ปะธิเก | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 13. ผศ.ดร.ศรัญญา จุฬาริ | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 14. รศ.ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ |
| 15. อ.ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน ไบร์แมนน์ | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 16. อ.ดร.สุดาพร สถิตยuthการ | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 17. พว.ดร.สุเพียร โภคทิพย์ | โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ |
| 18. พว.อังสนา ศิริวัฒนเมธานนท์ | โรงพยาบาลบุรีรัมย์ |
| 19. อ.ดร.อรเพ็ญ สุชะวลี | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิภายในสถาบันพระบรมราชชนก

- | | |
|----------------------------|---|
| 1. อ.ดร.จิรนุช สมโชค ไวกั | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา |
| 2. อ.ดร.ดาราวรรณ ร่องเมือง | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 3. อ.ดร.ธานี กล่อมใจ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา |
| 4. อ.ดร.นุสรา ประเสริฐศรี | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สรรพสิทธิประสงค์ |
| 5. อ.ดร.นงนภัทร รุ่งเนย | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี |
| 6. อ.ดร.พัชรีย์ ใจการุณ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สรรพสิทธิประสงค์ |
| 7. อ.ดร.ยุพาวดี ขันทบัลลัง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุราษฎร์ธานี |
| 8. อ.ดร.สาดี แฮมิลตัน | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง |

9. อ.ดร.สุพรรณิ กัณหดิลก

10. อ.ดร.สุหทัย โตสังวาลย์

11. อ.ดร.อดิพร สำราญบัว

12. อ.ดร.อรุณี ไชยฤทธิ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทบรรณาธิการ	6
บทความวิจัย	
ผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหาต่อทักษะการแก้ปัญหา ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี จริยญา แก้วสกุลทอง, มัญจวรรณ ลียุทธานนท์, และผกาสรณ์ อุไรวรรณ	7
ประสิทธิผลของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสาต่อความรู้ ทักษะ พฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน และความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสาของมารดาหลังคลอด ชนิษฐา เมฆกมล, อาริรัตน์ วิเชียรประภา, พรฤดี นิธิรัตน์, วาสนา งามการ, และสุภัค สิทธิโชติ	28
ผลการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนรับความรู้สึกระดับความรู้ และความพึงพอใจต่อการสอนผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า จารุจิต ประจิตร, อศนี วันชัย, และศุภิสรา สุวรรณชาติ	45
ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง เบญจวรรณ กล้าถิ่นกู, นงนุช โอปะ, และสุภาพร แนวบุตร	58
ประสบการณ์อาการ กลวิธีจัดการอาการและผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 พิชญานัญญ์ แก้วอำไพ, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, และนพวรรณ พินิจจรเดช	71
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่อการรับรู้ ความสามารถของตน พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก และน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีน้ำหนักตัวเกิน พาวิณี ไพรวรรณ, ชุติกร ด่านยุทธศิลป์, และอุมาพร ห่านรุ่งขโรทร	88
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือเบาหวาน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอู่ จังหวัดอำนาจเจริญ โกเวช ทองเทพ และอ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล	105

ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของยาลอม (Yalom) ต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภท 117
ลานทิพย์ พนารินทร์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และเวทิส ประทุมศรี

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์ต่อภาวะซึมเศร้า 135
ของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
ทยาวิรุ จันทรวิวัฒน์, ทศนีย์ ทิพย์สุนะนิน, และแสงนภา บารมี

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 153
ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
กัญญิกา อยู่สำราญ, ศรีสกุล ชนะพันธ์, และพานิช แก่นกาญจน์

การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองตามการรับรู้ 168
ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา
รำไพ หมั่นสระเกษ, วารินิ เอี่ยมสวัสดิกุล, และมุกดา หนูศรี

ผลการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดเพชรบุรี 187
กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, ชุตินา เทียนชัยทัศน์, กมลพรรณ วัฒนากร, จุไรรัตน์ ดวงจันทร์,
และอัจฉราวดี ศรียะศักดิ์

บทความวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยที่รักษาบาดแผลด้วยระบบดูดสุญญากาศ 202
ศรัณญา จุฬาริ, จันทรทิรา เจียรณัย, รวีวรรณ พงศ์พุดพิพัชร, และจินตนา ตาป็น

บทบาทพยาบาลในการประเมิน ป้องกัน และลดความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ 216
ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด
ภัทริกา ปัญญา

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้อง 231
จิรนุช สมโชค ไวท์, ศรัณญา จุฬาริ, และจันทรทิรา เจียรณัย

การวิเคราะห์หมโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี 251
ณัฐฐวรรณ คำแสน, สุพรรณิ เปี้ยวนาลาว, และวิภาวี พลแก้ว

บทบรรณาธิการ

เรียน ท่านผู้อ่านและสมาชิกวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา (ชื่อเดิม)

ก่อนที่บรรณาธิการจะแสดงเกี่ยวกับวารสาร ขอใช้พื้นที่นี้ในการชื่นชมและให้กำลังใจทีมสหวิชาชีพที่กำลังต่อสู้กับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งนี้ด้วยความร่วมมือร่วมใจของทุกฝ่าย ปัจจุบันความรุนแรงของการแพร่ระบาดได้ผ่อนคลายลงตามลำดับ และเนื่องจาก ปี พ.ศ. 2563 เป็นปีที่ต้องการอนามัยโลกกำหนดให้เป็นปีสากลแห่งการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อเป็นเกียรติแก่ Florence Nightingale เนื่องในโอกาสครบ 200 ปีเกิด จึงขอยกย่องและเชิดชู พี่น้อง พยาบาลทุกท่านที่ได้เสียสละและบำเพ็ญตนเพื่อประโยชน์ของส่วนรวมมาโดยตลอด

วารสารฉบับนี้ เป็นปีที่ 26 ฉบับที่ 1 ซึ่งเป็นฉบับแรกที่เผยแพร่ในรูปแบบวารสารออนไลน์เพียงอย่างเดียว และได้เปลี่ยนชื่อวารสารเป็น วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล (**Journal of Health and Nursing Education**) เพื่อให้สะท้อนองค์ความรู้ของกลุ่มวิชาชีพที่วารสารเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ และจากผลการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ฐานข้อมูล Thai-Journal Citation Index ครั้งที่ 4 ที่ผ่านวารสารได้รับการจัดให้อยู่ในกลุ่มที่ 2 โดยผ่านเกณฑ์คุณภาพ คือ มีการตีพิมพ์บทความคุณภาพดี ตรงตามสาขาและจุดประสงค์ที่กำหนด และเป็นผลงานวิจัยที่ผู้วิจัยดำเนินการด้วยตนเอง (Original study) ทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ ดิฉันและกองบรรณาธิการจึงขอขอบคุณผู้แต่งและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการผลิตผลงานที่มีคุณภาพเหล่านี้ ส่วนเกณฑ์หลักและเกณฑ์รองที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติม นั้น กองบรรณาธิการได้ดำเนินการพัฒนาเว็บไซต์และทีมจัดการวารสาร รวมทั้งเพิ่มการใช้งานระบบวารสารออนไลน์ให้ครบทุกขั้นตอน

บทความที่กองบรรณาธิการได้เลือกมาตีพิมพ์ในฉบับนี้มีสาระครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพและการศึกษาพยาบาลดังเจตนารมณ์ของวารสาร โดยบทความด้านการศึกษาพยาบาลเป็นรายงานวิจัยผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหาต่อทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาล ส่วนบทความด้านสุขภาพนั้นมีครอบคลุมทุกสาขาหลัก เช่น รายงานวิจัยประสิทธิผลของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา รายงานผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนระงับความรู้สึก รายงานผลการวิจัยด้านการพยาบาลอายุรกรรมมุ่งเน้นไปยังกลุ่มผู้ที่มีภาวะเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง ข้อเข่าเสื่อม ความดันโลหิตสูงและมะเร็ง นอกจากนี้ยังมีรายงานผลการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น และรายงานผลของการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ส่วนบทความวิชาการมีบทความเกี่ยวกับทฤษฎี (A theory-oriented paper) เรื่อง การวิเคราะห์หมั่นโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งช่วยให้ผู้อ่านได้เข้าใจคำจำกัดความ คุณลักษณะและขอบเขตของหมั่นโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น ดิฉันและกองบรรณาธิการ และทีมงานทุกคนหวังใจว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านทุกท่าน

อ.ดร.ปรางทิพย์ ทาสนาะ เอลเทอร์

บรรณาธิการ

ผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหา ต่อทักษะการแก้ปัญหานักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

จริญญา แก้วสกุลทอง, พย.ม.¹

มัญจวรรณ ลียุทธานนท์, ประ.ด.²

ผกาสรณ์ อุไรวรรณ, พย.ม.¹

(วันที่รับต้นฉบับ: 15 มกราคม 2562; วันที่แก้ไข: 19 ธันวาคม 2562; วันที่ตอบรับ: 26 ธันวาคม 2562)

บทคัดย่อ

การเสริมสร้างให้นักศึกษามีความสามารถในการแก้ปัญหาจะส่งผลต่อการปรับตัวในการใช้ชีวิตได้ในอนาคต การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีจุดประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหา (Problem-Solving Ability Program [PSAP]) ต่อทักษะการแก้ปัญหานักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 จำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน จับคู่ให้มีผลคล้ายคลึงกันด้านอายุ ระดับความเครียด และระดับทักษะการแก้ปัญหา กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม PSAP ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือในการวิจัย คือ โปรแกรม PSAP และเครื่องในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามทักษะการแก้ปัญหานักศึกษาพยาบาล โปรแกรม PSAP ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) สัมพันธภาพและความร่วมมือ 2) ปัญหาคือความท้าทาย 3) ปัญหาเราแก้ได้ 4) ทางไหนดีกว่ากัน 5) ทางออกของนักสู้ และ 6) เปลี่ยนแปลงวันนี้ เพื่อวันข้างหน้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและสถิติการทดสอบที่แบบประชากรเป็นอิสระและไม่เป็นอิสระต่อกัน ผลการวิจัย พบว่าจะเน้นเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหากลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม PSAP สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(20) = 4.88, p < .05, d = -2.27$ และคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม PSAP สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(40) = 1.39, p < .05, d = 1.17$ นักศึกษากลุ่มทดลองมีความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรม PSAP ทุกด้านอยู่ในระดับมาก ($M = 4.41, SD = 0.48$) ผลการศึกษาโปรแกรม PSAP เสริมสร้างให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการแก้ปัญหาที่ดีขึ้นได้ จึงควรนำไปปรับใช้ในการดูแลนักศึกษาที่มีปัญหาเพื่อช่วยให้เกิดการปรับตัวได้เหมาะสม

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหา, ทักษะการแก้ปัญหา, นักศึกษาพยาบาล

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน), วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี สถาบันพระบรมราชชนก

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน), วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี สถาบันพระบรมราชชนก

¹Corresponding author: จริญญา แก้วสกุลทอง, Email: jarinya@bcnsurat.ac.th

The Effects of Using a Problem-solving Ability Program to Improve Problem Solving Skills in Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing Suratthani

Jarinya Kaewsakulthong, M.N.S.¹

Matthawan Leeyutthanont, Ph.D.²

Phakason Uraiwan, M.N.S.¹

(Received: January 15th, 2019; Revised: December 19th, 2019; Accepted: December 26th, 2019)

Abstract

The promotion of nursing students' problem-solving abilities will influence how they can adapt in the future. The purpose of this quasi-experimental research was to compare the effectiveness of using, versus not using, a Problem-Solving Ability Program (PSAP) to promote problem solving skills among nursing students attending Boromarajonani College of Nursing Suratthani. The participants were forty-two freshmen nursing students who were randomly assigned into an experimental group ($n = 21$) and a control group ($n = 21$) by matching their ages, stress levels, and problem-solving skills levels. The experimental group participated in the PSAP, whereas the control group received the regular program. The research intervention was the PSAP and the data collection instrument was the Problem-Solving Skill Questionnaire. The PSAP consisted of 6 steps: 1) relationship and rapport-building, 2) viewing problems are challenges, 3) problems we can solve, 4) which choice is better, 5) the fighter's choice, and 6) changing today for tomorrow. The data was analyzed using descriptive statistics, independent t-tests, and paired t-tests. The research results found that the mean problem-solving skill score of the experiment group after participation in the PSAP was significantly higher than the score before that, $t(20) = 4.88$, $p < .05$, $d = -2.27$. The mean problem-solving skill scores of the nursing students who participated in the PSAP were significantly higher than scores of the students in the control group, $t(40) = 1.39$, $p < .05$, $d = 1.17$. The experiment group had expected that and satisfaction towards participating in the PSAP at a high level ($M = 4.41$, $SD = 0.48$). The research results concluded that the PSAP was able to improve the problem-solving skills among the nursing students. Therefore, it should be adapted for use, especially among students with problems related to problem solving to help adjust and generate more suitable outcomes.

Keywords: problem-solving ability program, problem solving skills, nursing students

¹Registered Nurses, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Praboromarajchanok Institute

²Registered Nurses, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Praboromarajchanok Institute

¹Corresponding author: Jarinya Kaewsakulthong, Email: jarinya@bcnsurat.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เพราะได้รับอิทธิพลจากกระแสโลกาภิวัตน์ และการพัฒนาที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาขึ้นมากมายที่ส่งผลกระทบต่อมนุษย์ (วรรณภา เหล่าไพศาลพงษ์, 2554) และปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้นทำให้เกิดความเครียด เพราะความเครียดเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหา ความขัดแย้ง หรือคำถาม จนเกิดสภาวะไม่สมดุลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจขึ้น ซึ่งจะเป็นสิ่งเร้ากระตุ้นให้บุคคลพยายามคิดหาคำตอบ และเมื่อสามารถตอบคำถามนั้นๆ ได้ บุคคลจะกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล (สุวิทย์ มูลคำ, 2551) การแก้ปัญหาเป็นทักษะที่สำคัญอย่างหนึ่งของมนุษย์ เพราะบุคคลเราต้องเจอกับปัญหาทุกๆ วัน ดังนั้นทักษะการคิดแก้ปัญหาจึงไม่ใช่เพียงแต่การรู้จักคิดและรู้จักใช้สมอง หรือเป็นทักษะที่มุ่งพัฒนาสติปัญญาเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังเป็นทักษะที่สามารถพัฒนาทัศนคติ วิธีคิด ค่านิยม ความรู้ ความเข้าใจในสภาพการณ์ของสังคมได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งในระบบการศึกษาจะต้องให้ความสำคัญในการพัฒนาและฝึกฝนคิดเพื่อเพิ่มโอกาสในการฝึกทักษะการคิดแก้ปัญหาให้มากขึ้น (สุวิทย์ มูลคำ, 2551)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรีธานี เปิดสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตซึ่งเป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย และความปลอดภัยของชีวิตผู้ป่วย รู้จักแก้ปัญหาด้วยการคิดวิเคราะห์โดยเชื่อมโยงทฤษฎีและความรู้ทางเทคนิคมาประยุกต์ในสถานการณ์ต่างๆ ดังนั้น นักศึกษาพยาบาลจึงควรมีความสามารถเชิงวิชาชีพ รู้จักแก้ปัญหาด้วยการคิดวิเคราะห์โดยใช้เนื้อหาทฤษฎีและความรู้ทางเทคนิคมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ การจัดการเรียนการสอนจึงต้องเสริมสร้างให้ผู้เรียนมีทักษะในการจัดการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ (ทิสนา เขมมณี, 2560) เพื่อให้ได้บัณฑิตพยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถด้านการแก้ปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนแบบองค์รวม โดยครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างถูกต้องเหมาะสม (สถาบันพระบรมราชชนก, 2546) การจัดการกับปัญหาเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้โดยการฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem-solving skills training) เป็นรูปแบบของการฝึกการแก้ปัญหาที่ทำให้บุคคลมีความคิดทางบวกต่อปัญหา รับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง มีทักษะในการใช้กระบวนการแก้ปัญหา ทำให้มองเห็นสาเหตุของปัญหาและมีทักษะในการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ในขณะแก้ปัญหา (Keen, 2011) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มการปรับพฤติกรรมแนวคิดพฤติกรรมปัญญานิยม (Miller, 1998)

การฝึกทักษะการแก้ปัญหามี 5 ขั้นตอน คือ การรับรู้ปัญหา การกำหนดปัญหา การเสนอทางเลือกในการแก้ปัญหา การตัดสินใจเลือกทางเลือก และการลงมือปฏิบัติให้เป็นผลสำเร็จพร้อมทั้งตรวจสอบผลลัพธ์ ทักษะการแก้ปัญหาคือกระบวนการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่ทำให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจกับปัญหา การฝึกแก้ปัญหาทำให้บุคคลมีความคิดในทางบวกต่อปัญหาที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่มีทักษะในการใช้กระบวนการแก้ปัญหา และเข้าใจปัญหาได้ตรงตามความเป็นจริง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim and Choi (2014) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการแก้ปัญหาและการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ความสามารถในการแก้ปัญหามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติวิชาชีพอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งระยะยาวหากพัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหาโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลได้ ก็จะทำให้เกิดความคิดอย่างมีวิจารณญาณ รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการปัญหาทางการพยาบาลให้กับผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งหากนักศึกษามีทักษะการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสมก็จะส่งผลทำให้เกิดความวิตกกังวล หรือเกิดความเครียด และการปรับตัวในการใช้ชีวิตประจำวัน

จากความสำคัญของทักษะการแก้ปัญหาในนักศึกษาพยาบาลที่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับการคิดอย่างมีเหตุผล การคิดเชิงตรรกะ กระบวนการพยาบาล และความคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อการตัดสินใจทางการพยาบาล ซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวในการใช้ชีวิตประจำวัน และถือเป็นเครื่องมือทางปัญญาที่สามารถส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลให้บรรลุเป้าหมาย รวมถึงการแก้ปัญหาในการดำเนินชีวิต อีกทั้งที่ผู้วิจัยซึ่งทำหน้าที่เป็นนักการศึกษาพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบงานด้านการสอนและเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในเรื่องการเรียนรู้ ชีวิตส่วนตัว ดังนั้นจึงได้ทำวิจัยผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหาต่อทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาประยุกต์ใช้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน และนำไปสู่การปรับใช้ในกระบวนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหา
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหากับกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาและงานสวัสดิการนักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ตามปกติ
4. เพื่อศึกษาความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหานักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหา สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. คะแนนทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญhaus สูงกว่ากลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการให้คำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา และงานสวัสดิการนักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
3. นักศึกษาพยาบาลที่มีความคาดหวังและความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหาในระดับมากขึ้นไป

คำจำกัดความ

ทักษะการแก้ปัญหา หมายถึง ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และสร้างสรรค์เป็นนามธรรมที่จะนำไปสู่การใช้ประสบการณ์กำหนดทางเลือกเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตอย่างเป็นระบบ ด้วยความรอบคอบสมบูรณ์และเหมาะสมกับตนเองที่สุด วัดโดยใช้แบบสอบถามทักษะการแก้ปัญหา

โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหา หมายถึง กิจกรรมที่ถ่ายทอดความรู้และฝึกทักษะการแก้ปัญหาให้กับนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นทักษะที่เป็นประโยชน์สำหรับการเผชิญกับความยุ่งยากของปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยทักษะการแก้ปัญหามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ไม่ว่าจะเป็นปัญหาความเครียด ปัญหาความวิตกกังวล ปัญหาด้านความโกรธ ปัญหาการควบคุมตนเองและการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ตลอดจนการปรับตัวทางสังคม (Spiegler & Guevremont, 1998) ตามแนวคิดการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาของโดโนนิวและเครสเนอร์ (O'Donohue & Krasner, 1995) ซึ่งมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การทำความเข้าใจในปัญหา (Problem orientation) ซึ่งเป็นการรับรู้ว่ามีปัญหาเกิดขึ้น และในการแก้ปัญหานั้นจะไม่เป็นการเสียเวลา หรือคุ้มค่ากับเวลาที่เสียไป

ขั้นที่ 2 การนิยามปัญหา (Problem definition) เป็นการรวบรวมข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น และทำความเข้าใจในปัญหานั้นว่าเป็นอย่างไร ตลอดจนการกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา

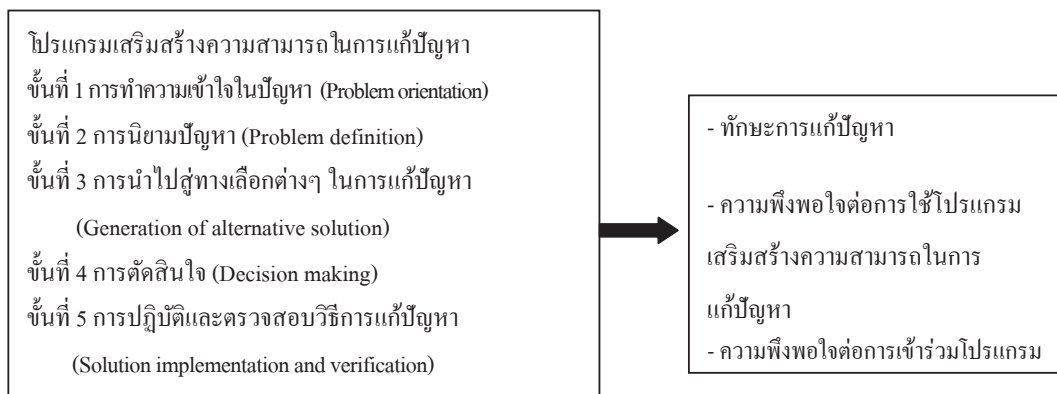
ขั้นที่ 3 การนำไปสู่ทางเลือกต่างๆ ในการแก้ปัญหา (Generation of alternative solution) เป็นการสร้างทางเลือกเพื่อกำหนดวิธีการแก้ปัญหาดังกล่าวให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งอาจเป็นการหาคำแนะนำเกี่ยวกับความคิดเห็นจากบุคคลต่างๆ

ขั้นที่ 4 การตัดสินใจ (Decision making) เป็นการเปรียบเทียบการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาได้สำเร็จ

ขั้นที่ 5 การปฏิบัติและตรวจสอบวิธีการแก้ปัญหา (Solution implementation and verification) เป็นการนำวิธีการแก้ปัญหาที่ตัดสินใจเลือกไปใช้แล้ว และพิจารณาถึงระดับของประสิทธิผลของวิธีการแก้ปัญหานั้นๆ

นักศึกษาพยาบาล หมายถึง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 รุ่นที่ 33 จำนวน 95 คน ที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2560

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1. กรอบแนวคิดการวิจัยของโดโนนิวและเครสเนอร์

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ดำเนินการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest – posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหาต่อทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ในปีการศึกษา 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ชั้นปีที่ 1 รุ่นที่ 33 จำนวน 95 คน ประจำปีการศึกษา 2560 โดยคัดเลือกประชากรแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมในการศึกษา มีคะแนนความเครียดในระดับสูงถึงรุนแรง (42-80 คะแนน) และคะแนนทักษะการแก้ปัญหาอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง (1-88 คะแนน) จากการคัดกรองโดยใช้แบบประเมินความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง และคะแนนทักษะการแก้ปัญหาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 42 คน โดยนำกลุ่มตัวอย่างที่ได้ไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ จำนวน 30 คน และนำกลุ่มตัวอย่างที่ได้ไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือและนักศึกษาที่มีคุณสมบัติดังกล่าว ทั้ง 42 คน มาแบ่งกลุ่มโดยวิธีการจับคู่จากระดับคะแนนของความเครียดและระดับคะแนนของทักษะการแก้ปัญหาจากน้อยไปหามาก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มมีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันที่สุด (พัชรินทร์ นันทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และทัศนาว ทวีคุณ, 2555) ได้มีกลุ่มทดลอง จำนวน 21 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 21 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้ดำเนินการขอการรับรองเชิงจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี (หมายเลขโครงการวิจัยที่ขออนุมัติ 2019/20) และผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ขณะอยู่ในโปรแกรม หากกลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะตึงเครียดทางอารมณ์ (Emotional distress) ผู้วิจัยจะให้การช่วยเหลือ เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยพบว่าโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหาได้ผลในการเพิ่มคะแนนความสามารถในการแก้ปัญหาของนักศึกษาและผู้วิจัยได้เข้าพบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งพบว่าอยู่ในช่วงใกล้สอบ จึงไม่สะดวกในการฝึกโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหา ผู้วิจัยขอบรมอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อนำโปรแกรมไปใช้ในการดูแลกลุ่มทดลองที่อยู่ภายใต้การดูแล และให้คู่มือฝึกทักษะการแก้ปัญหาไปปฏิบัติ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเก็บไว้เป็นความลับ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ไม่มีการเขียนชื่อของผู้ตอบในแบบสอบถาม ข้อมูลต่างๆ ที่ถูกบันทึกจะถูกทำลายภายหลังที่งานวิจัยได้ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับชั้นปี และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

2) แบบสอบถามทักษะการแก้ปัญหา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผ่านกระบวนการวิเคราะห์สังเคราะห์และทบทวนวรรณกรรม ซึ่งใช้แนวคิดการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหา 5 ขั้นตอนของโดโนนิวและเครสเนอร์ (O'Donohue & Krasner, 1995) ประกอบด้วยข้อคำถาม 35 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คะแนนเต็ม 175 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ คะแนน 1.00-44.50 แสดงว่ามีทักษะการแก้ปัญหาระดับน้อย คะแนน 44.51-88.00 แสดงว่ามีทักษะการแก้ปัญหาระดับปานกลาง คะแนน 88.01-131.50 แสดงว่ามีทักษะการแก้ปัญหาระดับสูง และคะแนน 131.51-175.00 แสดงว่ามีทักษะการแก้ปัญหาระดับสูงมาก ตัวอย่างคำถาม เช่น เมื่อเกิดปัญหานั้นจะวางแผนในการแก้ปัญหา

3) แบบสอบถามความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหานักศึกษาพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านผู้จัดกิจกรรม ด้านกิจกรรม/เนื้อหา/ความรู้ ความรู้ที่นำไปใช้ประโยชน์ และด้านสถานที่/สิ่งอำนวยความสะดวก/ระยะเวลา จำนวน 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 1-5 คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 แสดงว่ามีความคาดหวังและความพึงพอใจระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 แสดงว่ามีความคาดหวังและความพึงพอใจระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 แสดงว่ามีความคาดหวังและความพึงพอใจระดับมาก

4) แบบสอบถามความเครียด เป็นแบบวัดความเครียดของสวนปรุง ชุด 20 ข้อ (Suanprung Stress Test-20 [SPST-20]) ซึ่งพัฒนาโดยสุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุล, วนิกา พุ่มไพศาลชัย, และพิมพ์มาศ ตาปัญญา (2541) ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คะแนนเต็ม 100 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้ 0-23 คะแนน แปลว่ามีความเครียดอยู่ในระดับน้อย 24-41 คะแนน แปลว่ามีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง 42-61 คะแนน แปลว่ามีความเครียดอยู่ในระดับสูง และ 61 คะแนนขึ้นไป แปลว่ามีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยคือ โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหา ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการแก้ปัญหานักศึกษาพยาบาล (O'Donohue & Krasner, 1995) ร่วมกับการทบทวนตำรา หนังสือ และเอกสารที่เกี่ยวข้องและประยุกต์กิจกรรมที่สอดคล้องกับการแก้ปัญหา โดยมีการสร้างสัมพันธภาพและอธิบายขั้นตอนการแก้ปัญหาโดยรวม (กิจกรรมที่ 1 สัมพันธภาพและความร่วมมือ) ก่อนเข้าสู่ขั้นตอนการแก้ปัญหา ซึ่งมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การทำความเข้าใจในปัญหา (Problem orientation) ซึ่งเป็นการรับรู้ว่ามีปัญหาเกิดขึ้น และในการแก้ปัญหานี้จะไม่เป็นการเสียเวลา หรือคุ้มค่างบเวลาที่เสียไป (กิจกรรมที่ 2 ปัญหาคือความท้าทาย)

ขั้นที่ 2 การนิยามปัญหา (Problem definition) เป็นการรวบรวมข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น และทำความเข้าใจในปัญหานี้ว่าเป็นอย่างไร ตลอดจนการกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญห (กิจกรรมที่ 3 ปัญหาเราแก้ได้)

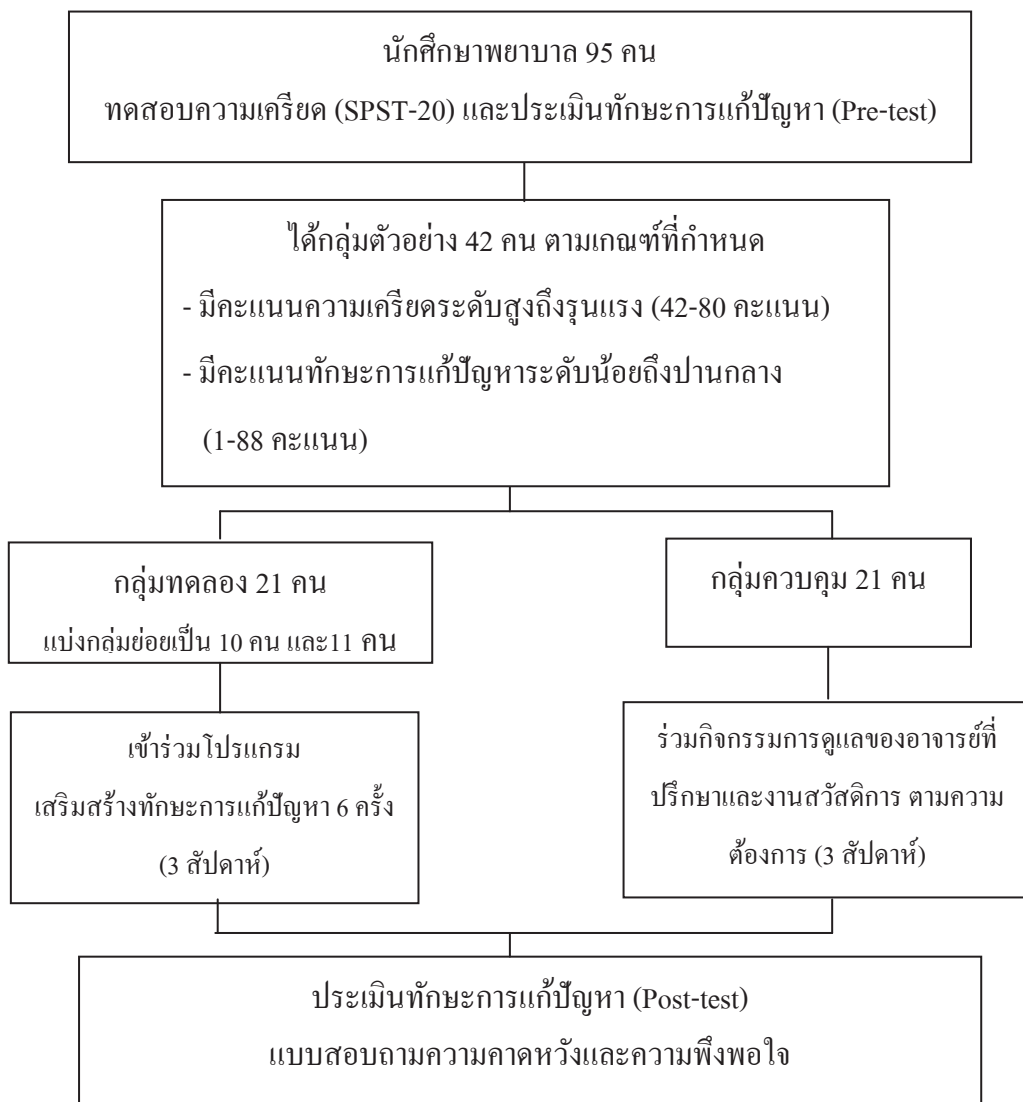
ขั้นที่ 3 การนำไปสู่ทางเลือกต่างๆ ในการแก้ปัญห (Generation of alternative solution) เป็นการสร้างทางเลือกเพื่อกำหนดวิธีการแก้ปัญหาดังกล่าวให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งอาจเป็นการหาคำแนะนำเกี่ยวกับความคิดเห็นจากบุคคลต่างๆ (กิจกรรมที่ 4 ทางไหนดีกว่ากัน)

ขั้นที่ 4 การตัดสินใจ (Decision making) เป็นการเปรียบเทียบการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหที่ดีที่สุด เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหานั้นได้สำเร็จ (กิจกรรมที่ 5 ทางออกของนักสู้)

ขั้นที่ 5 การปฏิบัติและตรวจสอบวิธีการแก้ปัญห (Solution implementation and verification) เป็นการนำวิธีการแก้ปัญหานั้นที่ตัดสินใจเลือกไปใช้แล้ว และพิจารณาถึงระดับของประสิทธิผลของวิธีการแก้ปัญหานี้ (กิจกรรมที่ 6 เปลี่ยนแปลงวันนี้ เพื่อวันข้างหน้า)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ความเหมาะสมของภาษาและความเหมาะสมของกิจกรรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาและการพยาบาล จำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และจิตแพทย์ชำนาญการ โดยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญห ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา .80 แบบสอบถามทักษะการแก้ปัญหและแบบสอบถามความคาดหวังและความพึงพอใจ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา .90 ส่วนแบบสอบถามความเครียด (SPST-20) ของสุวรรณ มหันตนิรันดร์กุล และคณะ (2541) ใช้สำหรับการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่ได้มีการพัฒนาแบบสอบถาม ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (r) มากกว่า .27 และมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .70 ซึ่งประเด็นข้อคำถามเหมาะสมกับประชากรทั่วไป ผู้วิจัยจึงนำมาใช้ทดลองกับกลุ่มนักศึกษาพยาบาลได้ จากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และประเมินก่อนและหลังดำเนินโปรแกรมด้วยแบบสอบถามทักษะการแก้ปัญห ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Polit & Hungler, 2008) เท่ากับ .84



แผนภูมิที่ 1. แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองเป็นลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ เพื่อขอเก็บข้อมูลกับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการนัดนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 รุ่นที่ 33 อธิบายเหตุผล การนัดหมายนอกเวลาเรียนและให้ข้อมูลการทำวิจัยว่าไม่มีผลต่อคะแนนในรายวิชาที่เรียน โดยขอความร่วมมือจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าร่วมและทำแบบสอบถามความเครียดและแบบสอบถามทักษะการแก้ปัญหา จึงได้นักศึกษาที่มีคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด 42 คน ผู้วิจัยได้ป้องกันความเอนเอียงที่จะเกิดขึ้นกับผลการทดลองโดยกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบว่าตนอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (Single-blinded experiment)

และคัดเลือกรวมตัวอย่างโดยกำหนดให้ทั้ง 2 กลุ่ม matching กันด้วยระดับคะแนนของความเครียด ระดับสูงถึงรุนแรง (แตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน) และระดับคะแนนของทักษะการแก้ปัญหาในรายปานกลาง (แตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน) ซึ่งเป็นคะแนนความเครียดและทักษะการแก้ปัญหาในระดับเดียวกันทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมที่คล้ายคลึงกันมากที่สุด หลังจากนั้นสุ่มโดยการจับสลากได้กลุ่มควบคุมจำนวน 21 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 21 คน

3. จัดประชุมกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ และขั้นตอนการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยมีการอธิบายเหตุผลของการเข้าร่วมโปรแกรมให้กลุ่มทดลองทราบและกำหนดข้อปฏิบัติในการไม่นำข้อมูลที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมไปเผยแพร่ จนกว่าจะเสร็จสิ้นการวิจัย เพื่อเป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเซ็นยินยอมการเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ

4. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย คือ

4.1 ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุม โดยให้ปฏิบัติตามกิจกรรมตามปกติคือ หากมีปัญหาหรือมีเรื่องทีละบากในการตัดสินใจและส่งผลกระทบต่อความเครียด นักศึกษาจะขอรับคำแนะนำหรือคำปรึกษาตามความต้องการ จากอาจารย์ที่ปรึกษา และงานสวัสดิการนักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ผ่านทางช่องทางต่างๆ เช่น การรับคำปรึกษาแบบส่วนตัว หรือปรึกษาผ่านไลน์และเฟสบุ๊ก เป็นต้น

4.2 ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลองโดยพบกลุ่มทดลอง ทำข้อตกลงเกี่ยวกับขอบเขตการให้ข้อมูล โปรแกรมและสาระความรู้ที่ได้แก่กลุ่มควบคุม และสุ่มแบบไม่เฉพาะเจาะจงแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน และ 11 คน เนื่องจากการทำกลุ่มเป็นกลุ่มปิด ควรมีสมาชิกประมาณ 6 ถึง 12 คน ต่อกลุ่ม (Yalom, 1995) หลังจากนั้นให้เข้าร่วม โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหาตามแผน ทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60 - 90 นาที ทำกิจกรรมในห้องเรียนโดยใช้ชั่วโมงนอกเวลาเรียน กลุ่มที่ 1 เข้าร่วมโปรแกรมในวันจันทร์และวันอังคาร และในกลุ่มที่ 2 เข้าร่วมโปรแกรมในวันพุธและพฤหัสบดี ใช้เวลาทั้งหมด 3 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่	ครั้งที่	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
1	1	เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และให้เกิดความเข้าใจในกิจกรรม	- แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์การวิจัย - ใช้กิจกรรมกลุ่ม “รู้จักฉัน รู้จักเธอ” เพื่อสร้างความคุ้นชิน - อธิบายขั้นตอนกิจกรรมโดยรวม ชักชวนให้เห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับ และเปิดโอกาสให้ซักถาม
	2	เพื่อประเมินและปรับทัศนคติเกี่ยวกับการแก้ปัญหา และส่งเสริมทักษะการผ่อนคลายอารมณ์	- สอบถามถึงปัญหาที่มีเหมือนกันของกลุ่มที่ทำให้กังวลใจ และให้เขียนบรรยายลงในใบงาน - แลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกต่อปัญหาและผลกระทบที่ได้รับทั้งทางบวกและทางลบ - ให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการแก้ปัญหา - ฝึกเทคนิคคลายเครียด แลกเปลี่ยนมุมมองเชิงบวก

สัปดาห์ที่	ครั้งที่	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
2	3	เพื่อรับรู้และประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นและกระตุ้นให้เกิดแรงงูใจในการแก้ปัญหา และเพื่อแนะนำทักษะการแก้ปัญหา	- ทบทวนเหตุการณ์ที่คิดว่าเป็นปัญหาเป็นรายบุคคลและลุ่มปัญหาเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในลุ่ม - แนะนำวิธีการแยกแยะปัญหา กระตุ้นการมองเชิงบวกในปัญหาที่แก้ไขได้จริง - แลกเปลี่ยนวิธีการและสร้างแรงงูใจ
	4	เพื่อให้สามารถใช้ทักษะการแก้ปัญหาตามกระบวนการ และให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพิ่มเติม	- กิจกรรมฝึกหายใจเพื่อผ่อนคลายเครียด - ฝึกทักษะการระบุปัญหา สร้างทางเลือกของการแก้ปัญหา และเปรียบเทียบผลดีผลเสียของแต่ละทางเลือก ก่อนเลือกวิธีที่ดีที่สุดและนำไปปฏิบัติจริง
3	5	เพื่อประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหาที่ผ่านมาและให้สมาชิกฝึกฝนทักษะตามกระบวนการแก้ปัญหา	- ประเมินผลหลังนำวิธีการแก้ปัญหาไปใช้ - ชมเชยให้กำลังใจ และให้ความรู้เพิ่มเติม - ฝึกฝนทักษะการแก้ปัญหาซ้ำ - กระตุ้นให้ฝึกปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน
	6	สรุปผลการเรียนรู้ กระตุ้นการนำทักษะไปใช้ ประเมินผลการทำกิจกรรมและประเมินทักษะการแก้ปัญหาหลังสิ้นสุดกิจกรรม	- ประเมินผลทักษะการแก้ปัญหาหลังนำวิธีการไปใช้ - แลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม - ประเมินผลการทำกิจกรรมและความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม - ขอบคณผู้เข้าร่วมกิจกรรม และยุติการดำเนินกิจกรรม

5. หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมผู้วิจัยนำให้ลุ่มทดลองและลุ่มควบคุม ทำแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา และแบบสอบถามความคาดหวังและความพึงพอใจ ในการเข้าร่วมกิจกรรม

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากลุ่มทดลองและลุ่มควบคุมมาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วน ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

7. หลังจากรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยวางแผนที่จะดำเนินการฝึกอบรมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหาให้แก่ลุ่มควบคุม แต่พบว่านักศึกษาพยาบาลลุ่มควบคุมอยู่ในช่วงใกล้สอบ จึงไม่สะดวกในการฝึกโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหาได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงให้ลุ่มฝึกทักษะการแก้ปัญหาไปปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อให้ได้รับการฝึกทักษะการแก้ปัญหาและเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหาได้เหมือนกับลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหาในระยะก่อนการฝึก และระยะหลังการฝึก โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way repeated analysis of variance) ภายหลังจากทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วย สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test แล้วพบว่า การแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

3. วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหากับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหา ในระยะก่อนฝึก และระยะหลังการฝึก ด้วยสถิติทดสอบค่าที่ชนิด 2 กลุ่มอิสระต่อกัน (independent t-test) ภายหลังจากทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วย สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test แล้วพบว่า การแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

4. วิเคราะห์ความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหา ของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหากับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหา ในระยะหลังการฝึก ด้วยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ดำเนินการเก็บข้อมูลในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 จำนวน 42 คน โดยเก็บข้อมูลทักษะการแก้ปัญหาของกลุ่มควบคุมซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาและงานสวัสดิการนักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี จำนวน 21 คน และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหา จำนวน 21 คน ทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในการวิจัยเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ มีผลการศึกษาดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้แก่ เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 19-20 ปี มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2.51-3.00 สำหรับความรู้สึกต่อการเป็นนักศึกษาพยาบาล ส่วนใหญ่รู้สึกเฉยๆ ซึ่งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งจากการดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหากับกลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่จะมีปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวด้านการเรียน และปัญหาด้านสัมพันธภาพ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศอายุผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และความรู้สึกต่อการเป็นนักศึกษาพยาบาล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	(n = 21)		(n = 21)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	0	0	0	0
หญิง	21	100	21	100
อายุ				
19 ปี	10	47.6	3	14.3
20 ปี	9	42.9	16	76.2
21 ปี	2	9.5	1	9.5
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน				
น้อยกว่า 2.50	0	0	1	4.8
2.51-3.00	13	61.9	10	47.6
3.01-3.50	7	33.3	10	47.6
3.51 เป็นต้นไป	1	4.8	0	0
ความรู้สึกต่อการเป็นนักศึกษาพยาบาล				
รู้สึกดี	9	42.9	1	4.8
รู้สึกเฉยๆ	11	52.4	20	95.2
รู้สึกไม่ดี	1	4.7	0	0

ทักษะการแก้ปัญหาของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง จำแนกตามขั้นตอนการแก้ปัญหา 5 ขั้นตอน พบว่าทักษะการแก้ปัญหาโดยรวมหลังการทดลอง ($M=4.26, SD=.25$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M=3.62, SD=.31$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(20)=4.88$, $p<.05$, $d=-2.27$ รายละเอียดการเปรียบเทียบรายด้านดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและระดับทักษะการแก้ปัญหาของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ทักษะการแก้ปัญหา	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ		
ขั้นที่ 1 การทำความเข้าใจในปัญหา	3.55	.43	สูง	4.11	.28	สูงมาก	-4.26*	-1.54
ขั้นที่ 2 การนิยามปัญหา	3.50	.25	สูง	4.18	.33	สูงมาก	-6.67*	-2.32
ขั้นที่ 3 การนำไปสู่ทางเลือกต่างๆ ในการแก้ปัญหา	3.60	.39	สูง	4.27	.30	สูงมาก	-2.38*	-1.93
ขั้นที่ 4 การตัดสินใจ	3.70	.35	สูง	4.32	.27	สูงมาก	-3.88*	-1.98
ขั้นที่ 5 การปฏิบัติและตรวจสอบวิธีการแก้ปัญหา	3.75	.47	สูง	4.35	.31	สูงมาก	-3.54*	-1.50
ทักษะการแก้ปัญหาโดยรวม	3.62	.31	สูง	4.26	.25	สูงมาก	-4.88*	-2.27

* $p < .05$

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาลงเสร็จสิ้นการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(40) = 1.390$, $d = 1.17$ ดังรายละเอียดตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและระดับทักษะการแก้ปัญหาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง

ทักษะการแก้ปัญหา	กลุ่มทดลอง (<i>n</i> = 21)			กลุ่มควบคุม (<i>n</i> = 21)			<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ		
ก่อนการทดลอง	3.62	.31	สูง	3.68	.36	สูง	1.377	-0.18
หลังการทดลอง	4.26	.25	สูงมาก	3.95	.28	สูง	1.390*	1.17

* $p < .05$

ความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหา

คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหานักศึกษาพยาบาลของกลุ่มทดลอง ($n = 21$) โดยสอบถามหลังทำการทดลองเสร็จสิ้น จำแนกตามรายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหาทุกด้านอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหานักศึกษาพยาบาล

รายการประเมินความคาดหวัง และพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรม	ความคาดหวัง			ความพึงพอใจ		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
ด้านผู้จัดกิจกรรม	4.51	.51	มาก	4.59	.37	มาก
ด้านกิจกรรม/เนื้อหาวิชาการ/ความรู้	4.33	.58	มาก	4.47	.40	มาก
ด้านการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์	4.45	.68	มาก	4.57	.51	มาก
ด้านสถานที่/สิ่งอำนวยความสะดวก	4.37	.60	มาก	4.32	.54	มาก
รวม	4.41	.48	มาก	4.49	.33	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

ก่อนได้รับการเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหานักศึกษาของทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทั่วไปและปัญหาที่พบคล้ายคลึงกันเกือบทุกประการ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะการแก้ปัญหานักศึกษาของทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลองก็พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน จึงศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหานักศึกษาที่ดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ซึ่งผลการศึกษาค้นพบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหานักศึกษาพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหาสูงกว่าก่อนการทดลอง จากการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหานักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี สามารถนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหานักศึกษาพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 จากผลการวิจัยดังกล่าวอภิปรายผล ได้ดังนี้

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหานักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหานักศึกษาหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหานักศึกษาโดยภาพรวมเท่ากับ 3.62 อยู่ในระดับสูง และภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหานักศึกษาโดยภาพรวมเท่ากับ 4.26 อยู่ในระดับสูงมาก เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหานักศึกษาแต่ละขั้นตอน พบว่า คะแนนเฉลี่ยของทักษะการแก้ปัญหานักศึกษาทั้ง 5 ขั้นตอน สูงกว่า

ก่อนการทดลองทุกขั้นตอน ซึ่งแสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลรู้จักแก้ปัญหาด้วยการคิดวิเคราะห์โดยใช้ความรู้ทางเทคนิคที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหาแต่ละขั้นตอน และประยุกต์ใช้ขั้นที่ 1 การทำความเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ขั้นที่ 2 การนิยามปัญหาเพื่อให้เกิดการรับรู้ปัญหาที่ตรงกับความเป็นจริง ขั้นที่ 3 การศึกษาข้อมูลเพื่อนำไปสู่การกำหนดทางเลือกต่างๆ ในการแก้ปัญหา ขั้นที่ 4 การตัดสินใจอย่างถูกต้องและเหมาะสมในการแก้ปัญหา และขั้นที่ 5 การปฏิบัติและตรวจสอบวิธีการแก้ปัญหาที่ได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติจนเกิดความเข้าใจและเกิดทักษะในการแก้ปัญหาได้จริง ทั้งนี้จากคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาที่เพิ่มขึ้นสามารถบอกได้ว่านักศึกษาประยุกต์ใช้ความรู้ในสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี

ผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดของ O' Donohue & Krasner (1995) ที่เสนอการจัดการเรียนรู้หรือกิจกรรมให้ผู้เรียนเกิดทักษะหรือกระบวนการแก้ปัญหา ซึ่งต้องให้อาสาผู้เรียนได้ฝึกคิดด้วยตนเองให้มาก โดยจัดสถานการณ์หรือปัญหาหรือกิจกรรมที่น่าสนใจ ทำท่ายให้อยากคิดอย่าลงและใกล้ตัวมากที่สุด เริ่มด้วยปัญหาที่เหมาะสมกับศักยภาพของผู้เรียนแต่ละคน หรือแต่ละกลุ่ม โดยอาจเริ่มด้วยปัญหาที่สามารถใช้ความรู้ที่มีมาประยุกต์ใช้ได้ก่อน ต่อมาจึงเพิ่มปัญหาหรือสถานการณ์ที่ยากหรือปัญหาที่แตกต่างจากที่เคยพบมา โดยในการเริ่มต้นพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาจะต้องสร้างพื้นฐานให้เกิดความคุ้นชินกับกระบวนการแก้ปัญหาจึงจะพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งยังตรงกับการศึกษาของ Tallent (1985) ที่ศึกษาผลการใช้กระบวนการแก้ปัญหาในอนาคตต่อความสามารถในการคิดแก้ปัญหาของนักเรียน โดยใช้ระยะเวลา 5 เดือน ผลการศึกษพบว่า วิธีการฝึกการคิดแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาในอนาคตมีผลต่อคะแนนรวมอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ผลการศึกษาครั้งนี้ยังเป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของ อ่ำพล พาจรทิส, มนตรี แยมกสิกร, และทิพย์เกสร บุญอำไพ (2559) ที่ทำการพัฒนารูปแบบการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาสำหรับนักเรียนโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า พบว่า รูปแบบการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาสำหรับนักเรียนโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้ามีชื่อเรียกว่า "CIAFPA" มีทั้งหมด 6 ขั้นตอน คือ เตรียมความรู้เข้าสู่ปัญหา ระบุนิยาม วิเคราะห์ปัญหา ค้นหาเพิ่มเติม เสนอและเลือกวิธีการแก้ปัญหาและประเมินผลการแก้ปัญหา ซึ่งส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนการวัดทักษะการแก้ปัญหาระหว่างการใช้รูปแบบการสอน มีแนวโน้มของพัฒนาการแก้ปัญหาของผู้เรียนสูงขึ้น โดยพิจารณาจากผลคะแนนรูปแบบการสอน 4 ครั้ง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อีกทั้งยังสอดคล้องกับ Heidari and Shabbazi (2016) ที่ทำการศึกษาผลของการฝึกทักษะการแก้ปัญหาต่อการตัดสินใจและการคิดอย่างมีวิจารณญาณของบุคลากรในกรณีฉุกเฉินทางการแพทย์ พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับความเครียดโดยใช้ทักษะการแก้ปัญหาและการตัดสินใจมีคะแนนทักษะการแก้ปัญหาแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนทักษะการตัดสินใจและทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับความเครียดโดยใช้ทักษะการแก้ปัญหาและการตัดสินใจมีความแตกต่างกับหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสรุปได้ว่าทักษะการแก้ปัญหาเป็นทักษะที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการเผชิญความเครียดและการ

ใช้ชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ สิทธิชัย ชมพูพาทย์ (2554) ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาพฤติกรรมการสอนเพื่อการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ของครูและนักเรียน โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมวิจัยครูและนักเรียนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเรียนการสอนเพื่อการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ด้านภาษาและวาทกรรม กิจกรรมและการปฏิบัติ และมีความสัมพันธ์กับสังคมดีขึ้นจากก่อนเข้าร่วมวิจัย

คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหานักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหาสูงกว่ากลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ภายใต้การดูแลตามปกติของอาจารย์ที่ปรึกษา และงานสวัสดิการนักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 จากผลการวิจัยดังกล่าวอภิปรายผล ได้ดังนี้

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหานักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหานักศึกษาพยาบาลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและระยะหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหานักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหากับกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ภายใต้การดูแลตามปกติของอาจารย์ที่ปรึกษาและงานสวัสดิการนักศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหามีคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาลงการทดลองอยู่ในระดับสูงมาก ซึ่งสูงกว่ากลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ภายใต้การดูแลตามปกติของอาจารย์ที่ปรึกษา และงานสวัสดิการ ซึ่งอยู่ในระดับสูงสอดคล้องกับแนวคิดของ O'Donohue and Krasner (1995) ที่เสนอการเริ่มต้นพัฒนาทักษะการแก้ปัญหจะต้องสร้างพื้นฐานให้เกิดความเข้าใจในขั้นตอนและกระบวนการแก้ปัญหาก็จะพัฒนาทักษะการแก้ปัญหได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ Tallent (1985) ที่พบว่าวิธีการฝึกการคิดแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหานั้นสอดคล้องกับผลต่อคะแนนรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim and Choi (2014) ที่พบว่า ปัจจัยที่เป็นตัวพยากรณ์ความสามารถในการแก้ปัญหานักศึกษาพยาบาล มี 5 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านจริยธรรม ด้านความรอบคอบ ด้านความกระตือรือร้นทางสติปัญญา ด้านประเภทของวิทยาลัย และด้านประสบการณ์การปฏิบัติงานในคลินิก และความสามารถในการแก้ปัญหามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในระยะยาวหากพัฒนาแนวคิดแบบวิชาชีพและการจัดการความคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลจะช่วยเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหาโดยรวมของนักศึกษาพยาบาล รวมทั้งปัญหาทางการพยาบาลให้กับผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

ความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหานักศึกษาพยาบาลพบว่า จากการสอบถามหลังทำการทดลอง นักศึกษาพยาบาลมีความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญห ในด้านผู้จัดกิจกรรม ด้านกิจกรรม/เนื้อหาวิชาการ/ความรู้ ด้านการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ และด้านสถานที่/สิ่งอำนวยความสะดวก โดยภาพรวมมีความคาดหวังและความพึงพอใจอยู่ในระดับมากและเมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถใน

การแก้ปัญหาทุกด้านอยู่ในระดับมาก

เมื่อพิจารณาเฉพาะประเด็นความคาดหวัง จำแนกตามรายด้าน พบว่าทั้ง 4 ด้าน มีความคาดหวังในระดับมาก แสดงให้เห็นว่านักศึกษาได้รับการชี้แจงรายละเอียดในการเข้าร่วมโปรแกรมและมีความเข้าใจถึงประโยชน์ในการเข้าร่วมการวิจัยจากคณะผู้วิจัยเป็นอย่างดีจึงมีความคาดหวังว่าภายหลังเข้าร่วมการวิจัยแล้วจะได้รับประโยชน์อะไรบ้างที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ พิษพันธุ์ไพศาล (2552) ที่ศึกษาความพึงพอใจต่อการเข้าอบรมโครงการส่งเสริมการจัดการที่ยั่งยืน ผลการศึกษาพบว่า ระดับความคาดหวังต่อการเข้าอบรมโครงการส่งเสริมการจัดการที่ยั่งยืน อยู่ในระดับมาก

เมื่อพิจารณาเฉพาะประเด็นความพึงพอใจ จำแนกตามรายด้าน พบว่าทั้ง 4 ด้าน มีความพึงพอใจในระดับมาก แสดงให้เห็นว่านักศึกษามีความประทับใจในการเข้าร่วมการวิจัย ทั้งการได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียดและขั้นตอนของการวิจัย รวมถึงการเข้าร่วมโปรแกรมทุกขั้นตอนตั้งแต่ขั้นที่ 1 การทำความเข้าใจในปัญหา ขั้นที่ 2 การนิยามปัญหา ขั้นที่ 3 การนำไปสู่ทางเลือกต่างๆ ในการแก้ปัญหา ขั้นที่ 4 การตัดสินใจ และขั้นที่ 5 การปฏิบัติและตรวจสอบวิธีการแก้ปัญหา และหากพิจารณาความพึงพอใจด้านการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ แสดงให้เห็นว่าการเข้าร่วมโปรแกรมสามารถตอบสนองความต้องการด้านการพัฒนาตนเองในการแก้ปัญหาได้ ซึ่งมีผลต่อการปรับตัวต่อภาวะเครียดที่นักศึกษามีอยู่ และทำให้เกิดความเข้าใจตนเองเกี่ยวกับปัญหาที่มีอยู่และแนวทางการแก้ปัญหาที่ถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของตนเองสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ พิษพันธุ์ไพศาล (2552) ที่ศึกษาความพึงพอใจต่อการเข้าอบรมโครงการส่งเสริมการจัดการที่ยั่งยืน ผลการศึกษาพบว่า ระดับการรับรู้ความพึงพอใจต่อการเข้าอบรมโครงการส่งเสริมการจัดการที่ยั่งยืน อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านคือด้านองค์ความรู้ ด้านประสบการณ์ ด้านการบริการ และด้านความรู้สึกล้วนมีความคาดหวังอยู่ในระดับมาก และตรงกับเมทีกา พวงแสง (2559) ที่ศึกษาความพึงพอใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรด้านการวิจัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร ผลการศึกษาพบว่าระดับความพึงพอใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่มีต่อการให้บริการหลักสูตรด้านการวิจัยโดยภาพรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือด้านวิทยากรและวิธีการถ่ายทอดความรู้ และสอดคล้องกับ รุ่งอรุณ พรเจริญ, นุชนารถ ผ่องพุฒิ, และทรงสิริ วิจิราพันธ์ (2560) ซึ่งศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่มีต่อการจัดกิจกรรมนักศึกษา พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมโดยภาพรวมและในแต่ละด้านอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ถ้ามองด้านสถานที่/สิ่งอำนวยความสะดวก และยังมี Hopkins (1985) ที่ศึกษารูปแบบของห้องเรียนที่สามารถส่งผลต่อทักษะกระบวนการแก้ปัญหาของนักเรียน พบว่า ห้องเรียนที่ส่งผลต่อทักษะกระบวนการแก้ปัญหานั้นจะต้องเป็นห้องเรียนที่มีข่าวสารน่าสนใจให้นักเรียนได้อ่านศึกษาค้นคว้าทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารอยู่เสมอ และนักเรียนได้มีโอกาสถกเถียงเกี่ยวกับความคิดเห็นของตนเองอย่างอิสระ เมื่อนักเรียนพบกับสถานการณ์จากข่าวสารและกระบวนการเช่นนั้นก็จะส่งผลต่อความสามารถในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมต่อไปได้

ในระหว่างดำเนินการวิจัยแม้ผู้วิจัยจะควบคุมกลุ่มทดลองเป็นอย่างดีโดยการให้ข้อมูล ทำข้อตกลง

และวางเงื่อนไขในการเข้าร่วมโปรแกรมไว้แล้วนั้น ก็ยังอาจมีการพูดคุยและถ่ายทอดประสบการณ์ของกลุ่มทดลองบางรายไปยังกลุ่มควบคุม ทั้งนี้เพราะเป็นนักศึกษาที่พักอยู่ในหอพักเดียวกัน และเป็นเพื่อนสนิทกัน อีกทั้งความรู้ที่กลุ่มควบคุมได้รับจากการดูแลของอาจารย์งานสวัสดิการ และประสบการณ์ก็มีส่วนทำให้กลุ่มควบคุมสามารถปรับตัวต่อการแก้ปัญหาได้ดีขึ้นตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษา พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหาเสริมสร้างให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการแก้ปัญหาที่ดีขึ้นได้ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับทักษะการคิดอย่างมีเหตุผลและการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อการตัดสินใจทางการพยาบาล ส่งผลต่อการปรับตัวในการใช้ชีวิตประจำวันและการเป็นพยาบาลที่มีทักษะในการประกอบวิชาชีพตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการศึกษา

1. การนำโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาไปใช้กับนักศึกษาทุกชั้นปี ต้องมีการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาสมรรถนะและต้องได้รับความร่วมมือจากอาจารย์ที่ปรึกษาในการนำโปรแกรมไปปรับใช้กับนักศึกษาที่อยู่ในความดูแลต่อไป
2. ควรเสนอผลการวิจัยและการจัดกิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหาให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ เช่น อาจารย์งานสวัสดิการนักศึกษา คณะกรรมการบริหารของสถาบันการศึกษา คณะอาจารย์ที่ปรึกษานักศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมให้กับนักศึกษาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการประเมินความแข็งแรงในชีวิตรก่อนและหลังการทดลองควบคู่กับการประเมินทักษะการแก้ปัญหาเพื่อให้ทราบความสามารถในการแก้ไขและเผชิญปัญหาในชีวิตของนักศึกษาว่าดีขึ้นหรือไม่
2. ควรมีการเปรียบเทียบในกลุ่มที่มีภาวะเครียดร่วมกับกลุ่มที่มีภาวะเครียดและมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการแก้ปัญหานักศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- ทิสนา แยมมณี. (2560). *ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 21). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และทัศน ทวีคุณ. (2555). *โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหาในชีวิต* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัทจุดทองจำกัด.
- เมทิกา พ่วงแสง. (2559). *ความพึงพอใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรด้านการวิจัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร, กรุงเทพฯ.

- รุ่งอรุณ พรเจริญ, นุชนารถ ผ่องพุฒิ, และทรงสิริ วิจิราพันธ์. (2560). ความพึงพอใจของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่มีต่อการจัดกิจกรรมนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร . *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 11 (2) , 130-141.
- วรรณภา เหล่าไฟศาลพงษ์. (2554). การศึกษาความสามารถในการคิดแก้ปัญหาและความสนใจในการเรียนภาษาไทยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่จัดการเรียนแบบกระบวนการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้ตามคู่มือครู. (ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- ลัทธิชัย ชมพุกาพย์. (2554). การพัฒนาพฤติกรรมการสอนเพื่อการแก้ปัญหาย่างสร้างสรรค์ของครูและนักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมนักเรียนที่มีความสามารถพิเศษทางวิทยาศาสตร์ โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์. (ปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- สุนันท์ พิชพันธ์ไพศาล. (2552). ความพึงพอใจต่อการเข้าอบรมโครงการส่งเสริมการจัดการที่ยั่งยืน (K SME CARE). (สารนิพนธ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2541). การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรง. *วารสารสวนปรง*, 13(3), 1-20.
- สุวิทย์ มูลคำ. (2551). *กลยุทธ์...การสอนคิดแก้ปัญหา* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2556). *คู่มือประกันคุณภาพวิทยาลัยสังกัดกระทรวงสาธารณสุข*. โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก. สำนักงานการพยาบาล กรมการแพทย์, นนทบุรี.
- อำพล พاجرทิส, มนตรี แยมกลีกร, และทิพย์เกสร บุญอำไพ. (2559). การพัฒนารูปแบบการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาสำหรับนักเรียนโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า. *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 11(2), 399-407.
- Hopkins, M. H. (1985). A class model for diagnosing the problem solving of elementary school students. Retrieved from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/167768>
- Keen, R. (2011). The development of problem solving in young children: a critical cognitive skill. *Annual Review of Psychology*, 62, 1-21.
- Kim, K. S., & Choi, J. H. (2014). The relationship between problem solving ability, professional self-concept, and critical thinking disposition of nursing students. *International Journal of Bio-Technology*, 6 (5), 131-142.
- Miller, D. (1998). *Enhancing adolescent competence: strategies for classroom management*. Washington: An International Thomson Publishing Company.
- Heidari, M., & Shahbazi, S. (2016). Effect of training problem-solving skill on decision-making and critical thinking of personnel at medical emergencies. *International Journal of Critical Illness & Injury Science*, 6(4), 182–187.

- O' Donohue, W., & Krasner, L. (1995). *Problem solving skill handbook of psychological skills training: clinical techniques and applications*. Boston: Allen Bacon.
- Polit, D., & Beck, C. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Spiegler, M. D., & Guevremont, D. C. (1998). *Contemporary behavior therapy* (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Tallent, M. K. (1985). The future problem-solving program: An investigation of effects on problem solving ability. Retrieved from Discover the world's research Website: https://archive.org/details/ERIC_ED297485
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed). New York: Basic Books.

ประสิทธิผลของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสาต่อความรู้ ทักษะ พฤติกรรมและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน และความคิดเห็นต่อการส่งเสริม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสาของมารดาหลังคลอด

ชนิษฐา เมฆกมล, พย.ม.¹

อารีรัตน์ วิเชียรประภา, พย.ม.¹

พรฤดี นิธิรัตน์, Ph.D.²

วาสนา งามการ, ศศ.ม.³

สุภัค สิริธิโชติ, ส.ม.⁴

(วันที่รับบทความ: 21 พฤศจิกายน 2562; วันที่แก้ไข: 26 เมษายน 2563; วันที่ตอบรับ 5 มิถุนายน 2563)

บทคัดย่อ

อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือนในประเทศไทยน้อยกว่าร้อยละ 50 ซึ่งไม่บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา (Breastfeeding Promotion by a Volunteer Mother Group Program [BPG]) ต่อความรู้ ทักษะ พฤติกรรม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน และความคิดเห็นต่อ BPG ของมารดา ต.เกาะขวางหลังคลอด เป็นการวิจัยแบบกลุ่มเดี่ยว วัดผลก่อนและหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดใน อ.เมือง จ.จันทบุรี จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ BPG ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน และความคิดเห็นต่อ BPG ของมารดาหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที่แบบประชากรไม่อิสระต่อกัน ผลการวิจัย พบว่า หลัง BPG ค่าเฉลี่ยทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนได้รับ BPG อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(29) = -3.23, p = .002$ และความคิดเห็นต่อ BPG ของมารดาหลังคลอดมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.26, SD = 0.809$) แต่สำหรับค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(29) = -1.31, p = .263$ และ $t(29) = -3.3, p = .199$ ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขควรมีการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสาเพื่อให้มารดามีทัศนคติเชิงบวกในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

คำสำคัญ: การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, แม่อาสา, การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน, มารดาหลังคลอด

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

²ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระปกเกล้า

⁴นักบริหารงานสาธารณสุขระดับต้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะขวาง

¹Corresponding author: ชนิษฐา เมฆกมล, E-mail: kanitta@pnc.ac.th

The Effectiveness of Breastfeeding Promotion by a Volunteer Mother Group Program on the Knowledge, Attitude, and Behavior Related to Exclusive Breastfeeding for 6 Months and Opinions toward Breastfeeding Promotion Among a Group of Volunteer Postpartum Mothers

Kanitta Mekkamol, M.N.S.¹

Areerat Wichainprapha, M.N.S.¹

Pornruedee Nitirat, Ph.D.²

Wasna Ngamkan, M.H.E.³

Supak Sitthichoke, M.P.H.⁴

(Received: November 21st, 2019; Revised: April 26th, 2020; Accepted: June 5th, 2020)

Abstract

Exclusive breastfeeding rate in Thailand is less than 50% which is unable to achieve the goals set by World Health Organization. This quasi-experimental research was conducted to examine the effectiveness of the Breastfeeding Promotion by a Volunteer Mother Group Program (BPG) on the knowledge, attitude, and behavior related to exclusive breastfeeding for 6 months, and opinions toward BPG. This study was a one-group pretest-posttest design. The sample included 30 postpartum and breastfeeding mothers living in the Ko Khwang district of Chanthaburi province, Thailand. The BPG intervention was created based on the concept of social support introduced by House. Data were collected before and after implementing the intervention using a questionnaire to assess the knowledge, attitude, and behavior related to exclusive breastfeeding, as well as the opinions toward BPG. Descriptive statistics and paired t-tests were used for the data analysis. The results revealed that, after implementing the intervention, attitudes towards breastfeeding were significantly more favorable than before the intervention, $t(29) = -3.23$, $p = .002$. Also, the opinions towards BPG indicated a high level of approval ($M = 4.26$, $SD = 0.809$). However, knowledge and behavior related to breastfeeding before and after the intervention were not significantly different, $t(29) = -1.31$, $p = .263$, $t(29) = -3.3$, $p = .199$, respectively. In sum, BPG increases the positive attitudes of postpartum mothers towards breastfeeding, but it does not significantly affect their knowledge and behavior. Therefore, public health personnel should promote breastfeeding using groups of volunteers to encourage mothers to have positive attitudes toward breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding, Volunteer mothers, Breastfeeding promotion, Exclusive breastfeeding for 6 months, Postpartum mother

¹Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Praboromarajchanok Institute

²Director, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

³Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokklao Hospital

⁴Public Health Executive, Primary Level, Ko Khwang Tambon Health Promoting Hospital

¹Corresponding author: Kanitta Mekkamol, E-mail: kanitta@pnc.ac.th

บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสำคัญอย่างมากสำหรับทารก เพราะนมแม่มีสารอาหารที่ครบถ้วน ช่วยสร้างภูมิคุ้มกันโรค เสริมสร้างให้ทารกมีพัฒนาการสมวัย อารมณ์ดีและเลี้ยงง่าย นอกจากนี้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถสร้างความรักความผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้เป็นอย่างดี ด้วยความสำคัญดังกล่าวองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund [UNICEF]) จึงแนะนำให้มารดาทุกคนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนหลังคลอด และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับอาหารตามวัยจนถึงอายุ 2 ปี หรือมากกว่านั้น (นิตยา ลินสุกใส, 2555)

WHO ตั้งเป้าหมายว่าในปี พ.ศ. 2568 มารดาทั่วโลกควรเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (WHO, 2014) ประเทศไทยพบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน อยู่ที่ร้อยละ 23.10 (วชิระ เฟื่องจันทร์, 2560) สำหรับจังหวัดจันทบุรี พบข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ปี พ.ศ. 2561 ในภาพรวมของอำเภอเมืองอยู่ที่ร้อยละ 42.37 เมื่อพิจารณาเป็นรายตำบลพบว่า ตำบลเกาะขวางมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นอันดับสูงสุดในเขตอำเภอเมือง คิดเป็นร้อยละ 55.63 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, 2561) ซึ่งตำบลเกาะขวางได้รับการยอมรับให้เป็นชุมชนต้นแบบของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของจังหวัดจันทบุรี และมีการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องโดยใช้กลยุทธ์ที่โดดเด่นเฉพาะพื้นที่ คือ การใช้กลุ่มแม่อาสาเป็นเครือข่ายทางสังคมในการสนับสนุนและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

จากการศึกษาของผู้วิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ได้แก่ ปัจจัยด้านกายภาพและด้านจิตใจของมารดา ซึ่งเพ็ญรุ่ง นวลแจ่ม และคณะ (2556) ศึกษาพบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครัวเรือน ความถี่ในการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ ความรู้ที่ได้รับถึงประโยชน์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระยะเวลาในการเลี้ยงและพฤติกรรมในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา และถ้ามารดารู้สึกผ่อนคลาย ไม่เครียด ได้รับความรู้และทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เพียงพอ จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน (Nasrabadi, Shahroodi, Esmaily, Tehrani, & Aval, 2019) นอกจากนี้ ปัจจัยที่สามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในมารดาที่ทำงานนอกบ้านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ทักษะและระยะเวลาที่ลาคลอด (ชิดชนก พันธุ์ป้อม, วรณา พาหุวัฒนกร, และปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, 2563) สำหรับปัจจัยด้านครอบครัวและด้านสังคม พบว่ามารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากสามีหรือญาติมีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์หลังคลอด คิดเป็น 2.285 เท่า ของมารดาที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามีหรือญาติ (สุวรรณา ชนะภัย, นิตยา ลินสุกใส, นันทนา ธนาโนวรรณ, และวรรณ พาหุวัฒนกร, 2557) สอดคล้องการศึกษาของพิมล จันเจริญ (2560) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร่วมกับการศึกษาของอารีรัตน์ วิเชียรประภา, ขนิษฐา เมฆกมล, กรรณิการ์ แซ่ตั้ง, เกษณี พรหมอินทร์, และสมลักษณ์ ศรีวิริญ (2561) ที่พัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ของมารดาหลังคลอด พบว่า รูปแบบที่พัฒนาโดยความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มารดาหลังคลอด และครอบครัว ก่อให้เกิดความสำเร็จในการส่งเสริมการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และทำให้มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ร้อยละ 62

จากปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแมดังกล่าว การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา คือ แนวทางการสนับสนุนทางด้านสังคมรูปแบบหนึ่ง ซึ่งประกอบไปด้วยการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของเครื่องใช้ การช่วยเหลือในการปฏิบัติ และด้านการประเมินค่า ตามแนวคิดของ House (1981) ซึ่งเป็นการตอบสนองมารดาหลังคลอดในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ทั้งด้านกายภาพ ด้านจิตใจ ด้านครอบครัว และด้านสังคม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสาต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน และความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ได้เป้าหมายตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของมารดาหลังคลอดต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา

คำถามของการวิจัย

1. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา มีผลต่อความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดหรือไม่
2. มารดาหลังคลอดมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา

สมมติฐานของการวิจัย

1. หลังได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา มารดาหลังคลอดมีความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. หลังได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา มารดาหลังคลอดมีทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. หลังได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา มารดาหลังคลอดมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
4. มารดาหลังคลอดมีความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสาในระดับดี

คำจำกัดความ

1. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา หมายถึง แนวทางในการสนับสนุนมารดาหลังคลอดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากกลุ่มแม่อาสา ตำบลเกาะขวาง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี 4 ด้านได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 3) การสนับสนุนด้านสิ่งของเครื่องใช้ และการช่วยเหลือในการปฏิบัติ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ตามแนวคิดของ House (1981)

2. แม่อาสา หมายถึง กลุ่มสตรีในตำบลเกาะขวาง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ที่มีความสมัครใจและอาสาเข้ามาช่วยเหลือ ส่งเสริม สนับสนุนมารดาหลังคลอดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งแม่อาสาทุกคนได้รับการอบรมความรู้และทักษะเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3. ความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หมายถึง ความรู้ในการปฏิบัติของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะ 6 เดือนหลังคลอด ได้แก่ หลักการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการดูดบ่อย ดูดถูกวิธี ดูดเกลี้ยงเต้า การอมหัวนมที่ถูกต้อง การเอาหัวนมออกจากปากลูก การอุ้มเรือ การดูแลเต้านมหัวนม การบีบเก็บน้ำนม และการแก้ไขปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

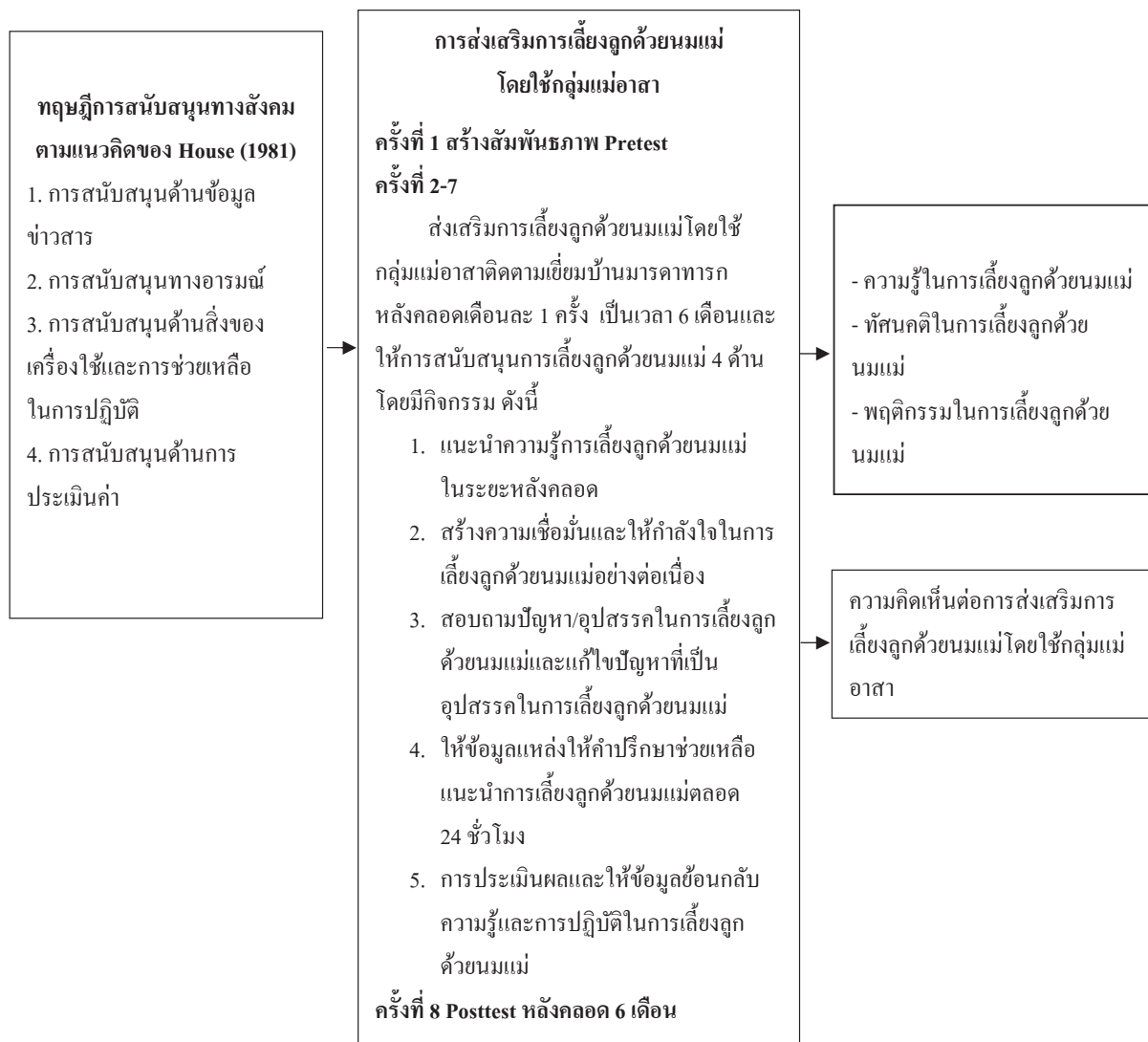
4. ทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของมารดาที่มีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะ 6 เดือนหลังคลอด เช่น คุณค่าของนมแม่ สุขภาพของแม่และลูกระหว่างการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับนมผสมความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน

5. พฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หมายถึง การแสดงออกในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เช่น การให้ลูกกินนมแม่อย่างเดียวโดยไม่ให้อาหารอื่นหรือนมผสม การบีบเก็บน้ำนม การให้ลูกกินนมแม่เมื่อแม่ไปทำงานหรือไปทำธุระนอกบ้าน

6. ความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา หมายถึง การแสดงออกด้านความรู้สึกของมารดาหลังคลอดต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยกลุ่มแม่อาสา ได้แก่ ความรู้ความสามารถของแม่อาสาในการให้ข้อมูล การปฏิบัติเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้กำลังใจ ระบายความรู้สึก การให้คำแนะนำแหล่งประโยชน์ และการติดตามประเมินผล ให้ข้อมูลย้อนกลับแก่มารดาหลังคลอด

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสาต่อความรู้ ทักษะ พฤติกรรม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสาของมารดาหลังคลอด ในตำบลเกาะขวาง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1. กรอบแนวคิดการวิจัยโดยใช้แนวคิดของเฮาส์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ประเภทกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดที่มีลูกอายุแรกเกิดถึงหกเดือน อาศัยอยู่ในตำบลเกาะขวาง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้ เป็นมารดาหลังคลอดที่มีลูกอายุแรกเกิดถึงหกเดือน มีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power (นิพัฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรพร สารทรัพย์, และ ญาณานา อารักษ์, 2562) โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Medium effect size) เท่ากับ 0.5 กำหนด

ค่า power = 0.80 และกำหนดค่า $\alpha = .05$ จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 27 ราย และผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 3 ราย (คิดเป็นร้อยละ 12) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ขึ้น ดังนั้นในงานวิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จังหวัดจันทบุรี ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ CTIREC 027 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย หลังจากเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์แล้ว จึงชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการศึกษาโดยไม่มีผลใดๆ การรายงานผลเป็นภาพรวมโดยไม่ระบุตัวบุคคล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสาตำบลเกาะขวาง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 2) การสนับสนุนทางอารมณ์ 3) การสนับสนุนด้านสิ่งของเครื่องใช้ และการช่วยเหลือในการปฏิบัติ และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่าตามแนวคิดของ House (1981) ออกแบบกิจกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา และมีการดำเนินการดังนี้

เมื่ออาสานมแม่ ตำบลเกาะขวาง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี มีคุณสมบัติ คือ ผ่านการอบรมเพื่อส่งเสริมสมรรถนะแม่อาสาในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยอบรมความรู้ภาคทฤษฎีและฝึกปฏิบัติเป็นระยะเวลา 3 วัน ที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี และผ่านการเตรียมความพร้อมในการเยี่ยมบ้าน โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา แก่แม่อาสานมแม่ ตำบลเกาะขวาง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี และวางแผนการเยี่ยมบ้านมารดาและทารกหลังคลอดโดยให้แม่อาสาติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างเดือนละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 เดือน ให้การดูแลตามแผนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา การเยี่ยมมารดาหลังคลอดแต่ละครั้งใช้เวลา 45-60 นาที ก่อนเยี่ยมแต่ละครั้ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะให้ข้อมูลมารดาหลังคลอดแก่แม่อาสาและปัญหาที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลขณะเยี่ยมจะมีบันทึกข้อมูลปัญหาและคำแนะนำ หลังเยี่ยมทุกเดือนแม่อาสาจะประชุมเพื่อรายงานผลการเยี่ยม ปัญหา การให้คำแนะนำช่วยเหลือ ประเมินผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และทบทวนแผนการเยี่ยมครั้งต่อไป กรณีที่แม่อาสามีปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้จะโทรศัพท์ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อขอคำแนะนำในการแก้ไข

โปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสามีรายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเยี่ยมมารดาหลังคลอดหลังกลับจากโรงพยาบาลเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของแม่หลังคลอด และให้ตอบแบบสอบถาม ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด (Pretest)

ครั้งที่ 2 กลุ่มแม่อาสาติดตามเยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอด 1 เดือน โดยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและครอบครัว สอบถามปัญหาอุปสรรค ให้กำลังใจ ทบทวนความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประเมินและแนะนำการดูบอย ดูดลูกวิธี สังเกตและแนะนำการจัดท่าในการให้นม การให้ลูกอมหัวนม ประเมินปัญหาที่พบได้บ่อยใน 1 เดือนหลังคลอด ได้แก่ หัวนมแตก เต้านมคัดตึง น้านมน้อย แนะนำวิธีการประยุกต์อุปกรณ์ในบ้านเพื่อใช้ในการดูแลมารดาทารก ได้แก่ หมอนรองตัวทารก หมอนรองหลังมารดา แนะนำเบอร์โทรศัพท์ของแม่อาสาสำหรับปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง แนะนำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น การจัดหาอาหารบำรุงน้านม

ครั้งที่ 3 กลุ่มแม่อาสาติดตามเยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอด 2 เดือน โดยสอบถามปัญหาอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประเมินปัญหาที่พบได้บ่อยใน 2 เดือนหลังคลอด ได้แก่ น้านมมามาก เต้านมคัดตึง ท่อน้านมอุดตัน การเรียกน้านมกลับคืน การสังเกตว่าทารกได้รับน้านมเพียงพอ แนะนำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ครั้งที่ 4 กลุ่มแม่อาสาติดตามเยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอด 3 เดือน โดยสอบถามปัญหาอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอบถามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กรณีที่มาตราต้องไปทำงาน แนะนำการบีบเก็บน้านมกรณีมารดาไปทำงานนอกบ้าน แนะนำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ครั้งที่ 5 กลุ่มแม่อาสาติดตามเยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอด 4 เดือน โดยสอบถามปัญหาอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง แนะนำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ครั้งที่ 6 กลุ่มแม่อาสาติดตามเยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอด 5 เดือน โดยสอบถามปัญหาอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง แนะนำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอบถามปัญหาและให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบ

ครั้งที่ 7 กลุ่มแม่อาสาติดตามเยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอด 6 เดือน โดยสอบถามปัญหาอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง แนะนำการให้อาหารตามวัยแก่ทารก แนะนำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอบถามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กรณีที่แม่ต้องไปทำงาน แนะนำการบีบเก็บน้านมกรณีแม่ไปทำงานนอกบ้าน

ครั้งที่ 8 ผู้วิจัยติดตามประเมินความรู้ทัศนคติ พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาในระยะ 6 เดือนหลังคลอด (Posttest) หลังจากได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา และประเมินความคิดเห็นของมารดาหลังคลอดต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามมารดาหลังคลอดเพื่อประเมินประสิทธิผลของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน

วรรณกรรม แบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา ลำดับที่ของบุตร

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด จำนวน 15 ข้อ แบบเลือกตอบถูก/ผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 15 คะแนนค่าคะแนนรวมสูง หมายถึง มารดาหลังคลอดมีความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดี

ตอนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามลักษณะมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด ค่าคะแนนเท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วยมาก ค่าคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง ค่าคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย ค่าคะแนนเท่ากับ 2 คะแนน เห็นด้วยน้อยที่สุด ค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน คะแนนเต็ม 50 คะแนนโดยให้มารดาหลังคลอดประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึก/ความคิดเห็นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอด ค่าคะแนนรวมสูง หมายถึง มารดาหลังคลอดมีทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดี

ตอนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบสังเกตพฤติกรรมของมารดาหลังคลอดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ การเลี้ยง/ไม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้นมผสม/อาหารเสริมร่วมด้วยการบีบเก็บน้ำนม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อแม่ไปทำงานนอกบ้าน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติ ได้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 5 คะแนน ค่าคะแนนรวมสูง หมายถึง มารดาหลังคลอดมีพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เหมาะสม

ตอนที่ 5 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามลักษณะมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด ค่าคะแนนเท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วยมาก ค่าคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง ค่าคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย ค่าคะแนนเท่ากับ 2 คะแนน เห็นด้วยน้อยที่สุด ค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน คะแนนเต็มรายข้อเท่ากับ 5 คะแนนโดยให้มารดาหลังคลอดประเมินความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา และนำค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นมาแปลความหมาย โดยใช้เกณฑ์การประเมินดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุดมีค่าระหว่าง 4.50-5.00 เห็นด้วยมากมีค่าระหว่าง 3.50-4.49 เห็นด้วยปานกลางมีค่าระหว่าง 2.50-3.49 เห็นด้วยน้อยมีค่าระหว่าง 1.50-2.49 เห็นด้วยน้อยที่สุดมีค่าระหว่าง 1.00-1.49

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา และแบบสอบถามมารดาหลังคลอดเพื่อประเมินประสิทธิผลของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการวิจัย 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาทารก จำนวน 1 ท่าน

และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จำนวน 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะและผู้วิจัยนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามมารดาหลังคลอดเพื่อประเมินประสิทธิผลของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสาโดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงก์ (Index of Item Objective Congruence [IOC]) ผู้วิจัยเลือกใช้ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67-1.00 จำนวน 40 ข้อ โดยแบ่งแบบสอบถามเป็น 4 ส่วนดังเสนอในหัวข้อเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แล้วนำไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ด้วยการทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .82

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะขวาง เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งประสานงานกับกลุ่มแม่อาสาและกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย
 2. ผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแจ้งเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย และชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
 3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามแผนที่วางไว้ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2562 ถึงเดือนกันยายน 2562 โดยเก็บข้อมูล Pretest ในกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด จากนั้นให้กลุ่มแม่อาสาติดตามเยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอด เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เดือนละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 เดือน ตามแผนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา จำนวน 12 คน การเยี่ยมแต่ละครั้งใช้เวลา 45-60 นาที
 4. หลังจากเสร็จสิ้นการเยี่ยมแต่ละครั้งแม่อาสารับบันทึกข้อมูลการเยี่ยมตามแบบฟอร์มของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และนำข้อมูลการดูแลให้คำแนะนำและประเมินผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เข้าร่วมประชุมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกเดือนเพื่อรายงานผล ประเมินปัญหาและทบทวนแนวทางการดูแลในการเยี่ยมครั้งต่อไป
 5. หลังจากแม่อาสาเยี่ยมมารดาหลังคลอดถึงระยะ 6 เดือน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล Posttest
- ### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอดโดยใช้ค่าความถี่และร้อยละเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมของมารดาหลังคลอดก่อนและหลังการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสาใช้สถิติ paired t-test และความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสาของมารดาหลังคลอดใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดจำนวน 30 คน พบว่ามีอายุระหว่าง 16-36 ปี ($M = 27.07$, $SD = 4.452$) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 33.30) สถานภาพสมรสคู่

(ร้อยละ 93.30) ประกอบอาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 33.30) และอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 33.30) ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 80.00) มีรายได้ครอบครัวพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 60.00) บุตรคนปัจจุบันเป็นบุตรลำดับที่ 1 (ร้อยละ 50.00) และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.33)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา หลังคลอดก่อนและหลังการได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนและหลังการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา

ช่วงเวลา	M	SD	df	t	p
ความรู้					
ก่อนได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา	10.83	2.74	29	1.31	.263
หลังได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา	11.48	1.22			
ทักษะ					
ก่อนได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา	39.42	6.21	29	-3.23	.002
หลังได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา	44.07	3.61			
พฤติกรรม					
ก่อนได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา	2.93	.78	29	-3.316	.199
หลังได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา	3.17	.53			

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(29) = -1.31, p = .263$ และ $t(29) = -3.3, p = .199$ ตามลำดับ อย่างไรก็ตามหลังได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(29) = -3.23, p = .002$

นอกจากนั้นการศึกษานี้ยังประเมินความคิดเห็นของมารดาหลังคลอดต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา พบผลการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและระดับความคิดเห็นของมารดาหลังคลอดต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา

รายการประเมิน	M	SD	ระดับความคิดเห็น
1. แม่อาสาให้ข้อมูล ความรู้ที่ทันสมัย คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่ท่าน	4.50	.509	เห็นด้วยมาก
2. แม่อาสามีความรู้ความสามารถในการให้คำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่ท่านสามารถนำไปปฏิบัติได้	4.37	.928	เห็นด้วยมาก
3. แม่อาสาให้กำลังใจและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่ท่านอย่างต่อเนื่อง ทำให้ท่านรู้สึกมีกำลังใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	4.33	.922	เห็นด้วยมาก
4. ท่านรู้สึกไว้วางใจที่จะปรึกษาแม่อาสาเกี่ยวกับปัญหาหรือวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	4.07	.828	เห็นด้วยมาก
5. แม่อาสาเปิดโอกาสให้ท่านแสดงความคิดเห็นและระบายความรู้สึกเมื่อท่านมีปัญหาหรือรู้สึกกังวลในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	4.10	.923	เห็นด้วยมาก
6. แม่อาสามีเวลาให้แก่ท่านเสมอถ้าท่านต้องการความช่วยเหลือหรือต้องการคำปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	4.00	.788	เห็นด้วยมาก
7. แม่อาสาให้การแนะนำแหล่งประโยชน์ แหล่งสนับสนุนเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	4.44	.830	เห็นด้วยมาก
8. แม่อาสาให้การติดตาม ประเมินผลวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของท่านและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมแก่ท่าน	4.20	.805	เห็นด้วยมาก
9. การติดตามเยี่ยมบ้านของแม่อาสาอย่างต่อเนื่องทำให้บุคคลในครอบครัวเห็นความสำคัญและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	4.27	.944	เห็นด้วยมาก
10. การที่แม่อาสาติดตามเยี่ยมและให้คำแนะนำแก่มารดาหลังคลอดและครอบครัวทุกเดือนจนถึง 6 เดือนหลังคลอด เป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้ท่านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง	4.40	.621	เห็นด้วยมาก
ค่าเฉลี่ยรวม	4.26	.809	เห็นด้วยมาก

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่ามารดาหลังคลอดมีความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสาในทางบวก โดยมีความเห็นด้วยมากกับสิ่งที่แม่อาสาปฏิบัติให้กับตนเอง ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ แม่อาสาให้ข้อมูล ความรู้ที่ทันสมัย คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่ท่าน ($M = 4.50$, $SD = .509$) และหัวข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ แม่อาสามีเวลาให้แก่ท่านเสมอถ้าท่านต้องการความช่วยเหลือหรือต้องการคำปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($M = 4.00$, $SD = .788$)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสาต่อความรู้ทัศนคติพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน และความคิดเห็นต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสาของมารดาหลังคลอด ผลการศึกษาความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่พบว่าภายหลังการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ค่อนข้างสูงตั้งแต่ก่อนได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา อาจเป็นเพราะมารดาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี มีอายุเฉลี่ยต่ำกว่า 30 ปี ทำให้มีโอกาสที่จะเข้าถึงแหล่งความรู้และมีโอกาสในการค้นคว้าหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เช่น หนังสือ วารสาร และอินเทอร์เน็ต เป็นต้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีบุตรเป็นลำดับที่ 2 และ 3 คิดเป็นร้อยละ 50 จึงมีความรู้และประสบการณ์เดิมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากนั้นการอาศัยอยู่ที่ตำบลเกาะขวางซึ่งเป็นตำบลนมแม่ต้นแบบ ทำให้มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารจากการรณรงค์ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ภายหลังจากการได้รับคำแนะนำของแม่อาสา มารดาหลังคลอดจึงมีความรู้เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

อย่างไรก็ตามกลับพบว่าหลังได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสา คะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดสูงกว่าก่อนการได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้จากการที่กลุ่มแม่อาสาติดตามเยี่ยมบ้านมารดาหลังคลอดทุกเดือนๆ ละ 1 ครั้ง แต่ละครั้งมีการให้ข้อมูลข่าวสารในเชิงบวกเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีการสอนให้ปฏิบัติอย่างถูกต้อง รวมถึงการให้กำลังใจและช่วยเหลืออุปสรรคต่างๆ จึงสามารถสร้างทัศนคติและความตระหนักในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการสนับสนุนของครอบครัว ทำให้ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$; อัญญา พลดเปื้อง, อัญชลี ศรีจันทร์, และสัญญา แก้วประพาพ, 2559)

สำหรับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่พบว่าไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการสนับสนุนจากแม่อาสา จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 33.33) และค้าขาย (ร้อยละ 33.33) ซึ่งลักษณะของการค้าขายของมารดาหลังคลอดจะเป็นการค้าขายที่บ้านและขายของออนไลน์ นอกจากนี้มารดาที่ไปค้าขายนอกบ้าน จะนำลูกไปด้วย ดังนั้นสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ทุกเวลาที่ลูกต้องการ ไม่จำเป็นต้องมีการบีบเก็บน้ำนม และรู้สึกว่าการบีบเก็บน้ำนมเป็นความยุ่งยากที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อาริรัตน์ วิเชียรประภา และคณะ (2560) ศึกษารูปแบบการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน พบว่าการลงมือปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มมารดาที่ออกไปทำงานนอกบ้านหรือไปทำธุระจะพาลูกไปด้วย ทำให้ลูกสามารถดูดนมจากเต้านมของมารดาได้ตลอด จึงไม่มีความจำเป็นในบีบเก็บน้ำนมไว้ให้ลูก

การศึกษานี้มีผลการศึกษาน่าสนใจ คือ พบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 53.33 ซึ่งมากกว่าร้อยละ 50 ตามเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการติดตามเยี่ยมบ้านของกลุ่มแม่อาสาเดือนละครั้งมีการประเมินปัญหาอุปสรรคให้คำแนะนำหรือให้การช่วยเหลือตามปัญหาที่พบของมารดาหลังคลอดแต่ละราย กลุ่มแม่อาสา มีการสังเกตพฤติกรรมของมารดาหลังคลอดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมในกรณีที่พบว่ามารดาหลังคลอดปฏิบัติไม่ถูกต้อง นอกจากนี้กลุ่มแม่อาสา มีการให้กำลังใจมารดาหลังคลอดและครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการให้กำลังใจเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์วิธีหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของใจเกื้อ ระติสุนทร, สุภาพ ไทยแท้, และอุไรวรรณ บรรชรธรรมจักร (2557) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจต่อพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยของมารดาวัยรุ่น พบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับมารดาหลังคลอดที่ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน พบปัญหาอุปสรรคที่สำคัญคือ แม่ลูกแยกกัน โดยแยกกันอยู่คนละอำเภอและคนละจังหวัด ไม่มีการบีบเก็บน้ำนมเพื่อส่งให้ลูก แม่มีปัญหาด้านสุขภาพ แม่ไม่มีน้ำนม ทำให้ต้องเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับนมผสม และผู้ดูแลไม่สะดวกในการเลี้ยงทารกด้วยนมแม่จึงเลี้ยงด้วยนมผสม

ภายหลังการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสาเป็นเวลา 6 เดือน ได้มีการประเมินความคิดเห็นของมารดาต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยวิธีดังกล่าว พบว่ามารดาหลังคลอดมีความคิดเห็นด้วยมากกับสิ่งที่แม่อาสาปฏิบัติกับตนเองซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 4 อาจเป็นเพราะกลุ่มแม่อาสาได้เข้าไปดูแล เป็นการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ตามแนวคิดของ House (1981) ทำให้มารดาได้รับข้อมูลข่าวสาร ที่ถูกต้องเพื่อนำไปใช้เป็นทางเลือกในการปฏิบัติหรือแก้ไขปัญหของตนเอง อีกทั้งได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการแสดงออกถึงการดูแลเอาใจใส่ จึงเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน บางคนยังได้รับการช่วยเหลือเป็นสิ่งที่เครื่องใช้ การช่วยเหลือในการปฏิบัติ ให้เวลา ช่วยดูแลในการจัดสิ่งแวดล้อม หรือบริการต่างๆ ตามความจำเป็น นอกจากนี้ ยังมีการประเมินค่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดทำให้มีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อไป สิ่งเหล่านี้ทำให้มารดาหลังคลอดมีความรู้สึกเชิงบวกต่อสิ่งที่ได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอมอร บุตรอุดม (2555) ที่พบว่า ความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและการสนับสนุน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มารดายอมรับและมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้ให้บริการควรให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อม โดยเฉพาะประเด็นปัญหาหลักที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ เพื่อให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จ และสามารถให้นมแม่ได้อย่างต่อเนื่องจนถึงระยะเวลาอันควร

ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ แม่อาสาให้ข้อมูลความรู้ที่ทันสมัย คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่ท่าน ($M = 4.50$, $SD = .509$) อาจเป็นเพราะแม่อาสาได้รับการอบรมและได้ข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยอยู่เสมอ ในขณะที่หัวข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ แม่อาสาใช้เวลาให้แก่ท่าน

เสมอถ้าท่านต้องการความช่วยเหลือหรือต้องการคำปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($M = 4.00$, $SD = .788$) สามารถอธิบายได้จากลักษณะของแม่อาสา ซึ่งเป็นผู้มีจิตอาสาทำงานนี้ทั้งยังต้องประกอบอาชีพและดูแลครอบครัวเหมือนคนทั่วไป ทำให้บางครั้งอาจไม่มีเวลาให้กับแม่หลังคลอดตามที่ต้องการได้ทุกครั้ง

สรุปและข้อเสนอแนะ

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสาทำให้ทัศนคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดดีขึ้นแต่ไม่มีผลต่อการเพิ่มความรู้ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดที่ตำบลเกาะขวาง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดทางด้านขนาดกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีขนาดเล็ก และเป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากในระยะเวลาเก็บข้อมูลในเดือนมีนาคม-กันยายน 2562 มีกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดจำนวน 30 ราย ดังนั้นไม่สามารถนำข้อสรุปการวิจัยในกลุ่มมารดาหลังคลอดกลุ่มนี้ไปใช้อ้างอิงกับกลุ่มมารดาหลังคลอดอื่นได้ คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์และการทำวิจัยในอนาคต ดังนี้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรนำแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสาไปใช้ในการส่งเสริมมารดาหลังคลอดในชุมชนอื่นๆ ให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานอย่างน้อย 6 เดือนตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนด
2. สถาบันการศึกษาควรนำแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสาไปใช้ในการเรียนการสอนนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์และการพยาบาลชุมชน ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชน
3. นักวิจัยควรศึกษาประสิทธิผลของส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสาในชุมชนที่ไม่ใช่ชุมชนต้นแบบการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งควรมีก่อนเปรียบเทียบเพื่อยืนยันผลการศึกษาให้ชัดเจนยิ่งขึ้นและควรทำวิจัยต่อบทเรียนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้กลุ่มแม่อาสาใน ตำบลเกาะขวาง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี เพื่อให้ทราบรูปแบบการดำเนินการที่ชัดเจน ปัจจัยความสำเร็จและข้อควรพัฒนาเพื่อนำไปพัฒนาการดำเนินงานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ใจเกื้อ ระติสุนทร, สุภาพ ไทยแท้, และอุไรวรรณ บวรธรรมจักร. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจต่อพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยของมารดาวัยรุ่น. *วารสารเกื้อการุณย์*, 21(2), 139-154.
- จิตชนก พันธุ์ป้อม, วรรณภา พาหุวัณนกร, และปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือนในมารดาที่ทำงานนอกบ้าน. *วารสารวิทยาศาสตร์การพยาบาลแห่งประเทศไทย*, 38(1); 47-59.

- นิตยา สีนสุกใส. (2555). ความสำคัญและประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ใน กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, พรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒนา, สุพินดา เรืองจิรัชเชียร, และสุดาภรณ์ พัยคมเรือง. (บรรณาธิการ), *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (พิมพ์ครั้งที่ 2; น.1-20). กรุงเทพฯ: ฟรี-วัน.
- นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรวิพร สาส์รพีเชิร, และญาดา นภาอารักษ์. (2562). การคำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Sample size calculation using G*POWER program *วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*, 5(1), 496-507.
- พิมล จันเจริญ. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเตย อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา. สืบค้นจาก <http://www.govesite.com/uploads/2017.pdf>
- เพ็ญรุ่ง นวลแจ่ม, พรพิมล ภูมิฤทธิกุล, ชนิดา มัททวางกูร, วราภรณ์ คำรศ, กุลธิดา จันทร์เจริญ, เนตร หงส์ไกรเลิศ, นารี รมย์นุกูล, จูติมา อุดมศรี, และสมหญิง เหง้ามูล. (2556). ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ พฤติกรรมและระยะเวลาการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาของมารดาในเขตภาษีเจริญ. สืบค้นจาก <http://rcfcd.com/?p=2121>
- วชิระ เพ็งจันทร์. (2560). การขับเคลื่อนนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของไทย. สืบค้นจาก http://hp.anamai.moph.go.th/article_attach/.pdf
- สุวรรณา ชนะภักย์, นิตยา สีนสุกใส, นันทนา ธนาโนวรรณ, และวรรณ พาหุวัฒนกร. (2014). ความรู้ทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และการสนับสนุนจากสามีและพยาบาล ในการทำนายนการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 สัปดาห์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 32(1), 51-60.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี. (2561). *สถิติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จังหวัดจันทบุรี*. สืบค้นจาก https://cti.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- อารีรัตน์ วิเชียรประภา, ขนิษฐา เมฆกมล, กรรณิการ์ แซ่ตั้ง, เกษณี พรหมอินทร์, และสมลักษณ์ ศรีวิริญ. (2560). รูปแบบการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยานาน 6 เดือน: กรณีศึกษามารดาหลังคลอด ตำบลบ่อ อำเภอลอง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(2), 29-41.
- อารีรัตน์ วิเชียรประภา, ขนิษฐา เมฆกมล, กรรณิการ์ แซ่ตั้ง, เกษณี พรหมอินทร์, และสมลักษณ์ ศรีวิริญ. (2561). การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียวยานาน 6 เดือน: กรณีศึกษามารดาหลังคลอด ตำบลบ่อ อำเภอลอง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(1), 170-184.
- อัญญา ปลดเปลื้อง, อัญชลี ศรีจันทร์, และสัณญา แก้วประพาพ. (2559). ผลของโปรแกรมการส่งเสริม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการสนับสนุนของครอบครัวต่อความรู้ทัศนคติและพฤติกรรม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 11(2), 41-52.

เอมอร บุตรอุดม. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมกับการยอมรับและพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของมารดาหลังผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 18(1); 29-38.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, M.A: Addison-Wesley.

Nasrabadi, M., Shahroodi, M.V., Esmaily, H., Tehrani, H., & Aval, M.G. (2019). Factors affecting exclusive breastfeeding in the first six months of birth: An exploratory-descriptive Study. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*. 7(3), 1747-1762.

World Health Organization, UNICEF. (2014). *Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding Policy Brief*. Retrieved from http://www.who.int/nutrition/publications/Globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/

ผลการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนระดับความรู้สึกต่อระดับความรู้และความพึงพอใจต่อการสอน ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า

จารุจิต ประจิตร, พย.ม.¹

อัสนี วันชัย, Ph.D.²

ศุภิสรา สุวรรณชาติ, พย.ม.³

(วันที่ส่งบทความ: 3 มิถุนายน 2562; วันที่แก้ไข: 1 ธันวาคม 2562; วันที่ตอบรับ: 4 ธันวาคม 2562)

บทคัดย่อ

การให้ข้อมูลด้วยการบอกเล่าข้างเตียงโดยไม่มีสื่อการสอน ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนส่งผลให้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องและต้องเลื่อนการผ่าตัด การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน ขณะและหลังได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง และความพึงพอใจต่อวีดิทัศน์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง จำนวน 30 ราย เครื่องมือในการวิจัย คือ สื่อวีดิทัศน์ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .91 เก็บข้อมูลด้วยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน ขณะและหลังได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ที่ผ่านการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (Kuder-Richardson 20) เท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบทีแบบประชากรไม่เป็นอิสระต่อกัน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังหลังได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ ($M=16.17$, $SD=1.97$) สูงกว่าก่อนได้รับการสอน ($M=9.37$, $SD=3.20$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(29)=-10.09$, $p<.01$, $d=2.55$ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ในระดับมากที่สุด ($M=4.67$, $SD=0.52$) ควรมีการส่งเสริมให้ใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อให้ข้อมูลผู้ป่วย

คำสำคัญ: การสอนก่อนระดับความรู้สึก, สื่อวีดิทัศน์, ระดับความรู้, ความพึงพอใจต่อการสอน

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช พิษณุโลก สถาบันพระบรมราชชนก

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

³Corresponding author: ศุภิสรา สุวรรณชาติ, E-mail: supisara@knc.ac.th

The Effects of Video Media Use in Patients Undergoing Anesthesia for Surgery on the Patients Knowledge and Satisfaction with the Media

Jarujit Prajit, M.N.S.¹

Ausanee Wanchai, Ph.D.²

Supisara Suwannachat, M.N.S.³

(Received: June 3rd, 2019; Revised: December 1st, 2019; Accepted: December: 4th, 2019)

Abstract

Bedside teaching without teaching materials may lead to incomplete information being provided to the patients, which, in turn, can result in improper patient behavior and having to postpone surgery. The purposes of this quasi-experimental research were to examine the effects of providing information using video media on patient knowledge related to self-care behaviors before, during, and after receiving spinal anesthesia and patient satisfaction with the video media. The participants were 30 patients who received spinal anesthesia in the hospital. The research instrument was video instruction media which contained information that had been validated by five experts. The content validity index was calculated to be .91. Data were collected using a knowledge test about self-care behaviors prior to (before), at the time of (during), and after receiving spinal anesthesia. The test was administered to 30 patients with similar characteristics. The reliability of the test (Kuder-Richardson 20) was equal to .80. Data were analyzed by using independent t-test. It was found that after receiving information using the video media, the mean scores for knowledge about self-care behaviors before, during, and after receiving spinal anesthesia ($M = 16.17$, $SD = 1.97$) were significantly higher than the scores before being taught using the video media ($M = 9.37$, $SD = 3.20$, $t(29) = -10.09$, $p < .01$, $d = 2.55$). Patients were very satisfied with the video media, with the ratings being in the highest level ($M = 4.67$, $SD = 0.52$). Therefore, due to the positive effects and the patients' acceptance of the video media, video instructional material should be used to provide information and education to patients.

Keywords: teaching before anesthesia, video media, knowledge level, satisfaction to media

¹Registered Nurse, Professional Level, DebaratanaNakhonratchasima Hospital

²Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Phitsanulok, Praboromarajchanok Institute

³Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Nakhonratchasima, Praboromarajchanok Institute

³Corresponding author: Supisara Suwannachat, E-mail: supisara@knc.ac.th

บทนำ

การให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลังเป็นการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนล่างของร่างกาย เพื่อการผ่าตัดบริเวณต่ำกว่าช่องท้องส่วนล่าง เช่น การผ่าตัดขา ผ่าตัดสะโพก การผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลาไม่เกิน 2-3 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่นัดมาผ่าตัดและต้องได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลังแต่ละรายจะได้รับการประเมินภาวะสุขภาพและเตรียมความพร้อมตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ ที่ประกอบไปด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วยตามความเสี่ยง การเยี่ยมผู้ป่วยและให้ข้อมูล การตรวจอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พร้อมใช้งาน การตรวจสอบเวชภัณฑ์และยา การประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ และการประเมินผู้ป่วยซ้ำก่อนให้ยาระงับความรู้สึกวันผ่าตัด การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย จะทำให้พยาบาลสามารถวางแผนและปฏิบัติตามแผนการพยาบาลได้ประสบความสำเร็จมากที่สุด เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดอุบัติการณ์หรือเลื่อนการผ่าตัดจากความไม่พร้อมด้านร่างกายและจิตใจ แต่การประเมินภาวะสุขภาพ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกจะต้องมีความเหมาะสมกับอัตรากำลังผู้ให้บริการ และลักษณะของผู้ป่วย และต้องเป็นรูปแบบที่ตอบสนองความต้องการและปัญหาที่แท้จริงของผู้รับบริการ (ลัดดาวัลย์ พรรณสมัย, จันศรี อุจันทิก, วราภรณ์ จินเจนกิจ, นุชนาฏ บุญอม, ปานทิพย์ ปุรณานนท์, และอัจฉรา มีนาสันติรักษ์, 2560) ดังนั้นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกด้วยการให้ข้อมูลจึงควรตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการโดยไม่เพิ่มภาระงานแก่ผู้ให้บริการ

ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกมีความต้องการข้อมูลในระยะก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับมาก ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคือ ข้อมูลทักษะการปฏิบัติตัว (Skill training) รองลงมาคือ ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทผู้ป่วย (Patient's role) ข้อมูลสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการ (Situation or procedure) ข้อมูลการสนับสนุนทางด้านจิตใจ (Psychosocial support) และข้อมูลความรู้สึก ความไม่สบายต่างๆ ที่จะต้องเผชิญในระยะก่อน ระหว่างและหลังการผ่าตัด (Sensation discomfort) ตามลำดับ อธิบายได้ว่าผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ ขั้นตอน วิธีการและระยะเวลาแต่ละกิจกรรม ขั้นตอนการดูแลรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงมีความต้องการทราบเกี่ยวกับความรู้สึกไม่สบายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นเพื่อเตรียมตัวล่วงหน้า ส่วนข้อมูลด้านการสนับสนุนด้านจิตใจนั้น เป็นความคาดหวังของผู้ป่วยต่อบุคลากรว่าจะช่วยเหลือดูแลอย่างไร หากผู้ป่วยเผชิญกับความไม่สบายต่างๆ (ชลีพร วชิรชนากร และ ปุณยณัฐ จุลนวล, 2560) ดังนั้น พยาบาลจึงควรให้ข้อมูลตามความต้องการ ความคาดหวังของผู้รับบริการจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบ ว่า ต้องงดสูบบุหรี่ 2 สัปดาห์หรืออย่างน้อย 1 วันก่อนผ่าตัด ไม่ทราบระยะเวลาในการให้ยาระงับความรู้สึก และไม่ทราบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง (อรนุช จึงสมาน และกรวิวิ พสุธารชาติ, 2559) ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการสอนหรือให้ข้อมูลและความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวในการระงับความรู้สึกทางไขสันหลังจากทีมวิชาชีพ (เพ็ญศิริ พุ่มหิรัญ, วรณิ องค์กรวิบูลย์, และวัลภา อานันทสกุล, 2561) และผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลน้อยกว่าความต้องการ (ชลีพร วชิรชนากร และ ปุณยณัฐ จุลนวล, 2560)

การได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่

1) ผู้รับข้อมูล (ผู้ป่วย) ความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลแตกต่างกันตามอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ผ่าตัด 2) ผู้ให้ข้อมูล หมายถึงวิสัญญีพยาบาล ต้องมีความรู้ รอบรู้ มีการวางแผนการให้คำแนะนำที่ดี มีทักษะการสื่อสาร จากงานวิจัยพบว่าพยาบาลไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกเรื่อง เนื่องจากมีภาระงานมาก ระยะเวลาในการให้ข้อมูลมีจำกัด (จุลพิร วชิรชนากร, และปณณช จุลนวล, 2560) 3) รูปแบบหรือวิธีการให้ข้อมูล การเลือกรูปแบบหรือวิธีการให้ข้อมูลควรมีการประเมินความเหมาะสมและความต้องการในผู้ป่วยแต่ละราย วิธีการที่มีประสิทธิภาพมากคือ การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล นอกจากการอธิบายให้ผู้ป่วยฟังอย่างเดียว ควรมีสื่อการสอนอื่นประกอบด้วย เช่น แผ่นพับ รูปภาพ วิดีทัศน์ เป็นต้น การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นและสามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้องมากกว่าการสอนแบบบรรยาย (บุญธิดา ลิมาพงษ์ภาส และคณะ, 2558) และกลุ่มที่ดูสื่อโทรทัศน์วิสัญญี มีความรู้เรื่อง การถอดฟันปลอม ก่อนการผ่าตัดอย่างเคร่งครัด มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ดู และมีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมและมีการปฏิบัติตัวก่อนการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดที่ถูกต้อง (เพ็ชรรัตน์ อธิยาชัยงาม และฉันทฤทัย ยี่เขียน, 2558) ผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่า วิดีทัศน์มีประโยชน์ในการให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยครองของเด็กมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด (Marcischak, 2017) และทำให้มีความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดลดลงหลังได้ดูวีดิทัศน์ (Marcischak, 2017; Hoybye, Vesterby, & Jorgensen, 2016)

โรงพยาบาลเพชรบูรณ์นครราชสีมามีผู้ป่วยมารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกจำนวนมาก และบางส่วนมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวไม่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ในปีงบประมาณ 2560 มีผู้ป่วยมารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกจำนวน 4,859 ราย โดยเป็นการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังจำนวน 1,275 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.24 ของกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดทุกวิธี (งานข้อมูลและสารสนเทศ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลเพชรบูรณ์, 2560) และจากการรวบรวมปัญหาที่พบในผู้ป่วยที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 - 2560 พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เช่น ไม่งดอาหารและน้ำ ไม่งดยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด ไม่ถอดฟันปลอม ไม่ถอดเครื่องประดับ ร้อยละ 0.91, 1.40 และ 1.91 ตามลำดับ ส่งผลให้ต้องเลื่อนผ่าตัดร้อยละ 0.30, 0.62 และ 0.90 ตามลำดับ การเลื่อนผ่าตัดทำให้เกิดผลกระทบหลายประการ เช่น ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและโรงพยาบาล เพิ่มภาระงานสูญเสียเปล่าในการเตรียมผ่าตัดและอาจทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในงานบริการ (อรนุช คลังบุญครอง, 2558)

โรงพยาบาลเพชรบูรณ์นครราชสีมาวิสัญญีพยาบาล จำนวน 8 คน มีภาระรับผิดชอบให้บริการวิสัญญีประจำห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น กรณีผู้ป่วยนัดผ่าตัดล่วงหน้า (Elective case) วิสัญญีพยาบาลจะไปตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่จะผ่าตัดในวันรุ่งขึ้นที่หอผู้ป่วยทุกราย แต่เนื่องจากมีภาระงานประจำจึงมีข้อจำกัดในการเยี่ยมประเมินและให้ความรู้ผู้ป่วย วิสัญญีพยาบาลจะเริ่มเยี่ยมผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 15.00-16.30 น.

ผู้ป่วยที่ต้องเยี่ยมอยู่ในหอผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความเร่งรีบในการให้ข้อมูล การให้ข้อมูลด้วยการบอกเล่าที่ข้างเตียงผู้ป่วยและไม่มีสื่อการสอน อีกทั้งยังมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถของวิสัญญีพยาบาลแต่ละคน ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนและอาจส่งผลให้มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังให้ยาระงับความรู้สึกไม่เพียงพอ ทำให้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และอาจต้องเลื่อนหรืองดการผ่าตัดตามมา สอดคล้องกับ อรณุช คลังบุญครอง (2557) ที่พบว่าการจัดสรรวิสัญญีพยาบาล 1-2 คนไปเยี่ยมผู้ป่วยเฉลี่ย 25 ราย ในเวลาหนึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงครึ่ง และผู้ป่วยนอนพักที่หอผู้ป่วยแตกต่างกัน ทำให้เกิดความเร่งรีบในการให้ข้อมูล การให้ข้อมูลใช้วิธีบอกเล่าข้างเตียงผู้ป่วยและไม่มีสื่อการสอน และวิสัญญีพยาบาลมีความแตกต่างกันด้านความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในการสอน จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน

จากการสอบถามผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการให้ยาระงับความรู้สึก และได้รับการติดตามเยี่ยมโดยวิสัญญีพยาบาล จำนวน 10 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะว่า การติดตามเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัดมีความจำเป็นต้องปฏิบัติเพราะมีประโยชน์ทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การเตรียมตัวก่อนระงับความรู้สึกที่ถูกต้อง มีความรู้เกี่ยวกับแผลและการดูแลแผล การจัดการความปวดหลังผ่าตัด ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตัวหลังระงับความรู้สึก การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ซึ่งทำให้ช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติได้ และควรมีสื่อให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การทำเล่มเอกสารที่มีภาพประกอบหรือวีดิทัศน์ เป็นต้น

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาวิธีการให้ข้อมูลด้วยการใช้สื่อวีดิทัศน์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง มีความพร้อมทางร่างกายและจิตใจก่อนรับการระงับความรู้สึก ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้คุณภาพการบริการพยาบาลมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน ขณะและหลังได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง ของผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลังก่อนและหลังการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนใช้ทฤษฎีการปรับตัวของตนเอง (Self regulatory models) ของ Laventhal and Johnson ทฤษฎีการควบคุมตนเอง อาศัยแนวคิดจากทฤษฎีการประมวลข้อมูล (Information processing theory) ในการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ โดยอธิบายถึงกระบวนการของความคิดความเข้าใจที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลประมวลข้อมูลจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก

ผสมผสานข้อมูลนั้นเข้ากับข้อมูลที่เก็บไว้ในความทรงจำ (Memory) กลายเป็นแบบแผนความคิดความเข้าใจ (Cognitive structure) ทฤษฎีการควบคุมตนเองเชื่อว่า ความหมายของประสบการณ์หนึ่งสำหรับแต่ละบุคคลนั้นไม่เหมือนกัน บุคคลจะเป็นคนตัดสินว่า อะไรสำคัญที่สุดสำหรับตน จะดูแลตนเองหรือจัดการกับเหตุการณ์ที่เผชิญนั้นอย่างไร และตนพอใจกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยใช้หลักการให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลที่เกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก คำแนะนำหรือสิ่งที่ต้องปฏิบัติ โดยใช้วิธีการสอนผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เป็นโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (Cognitive structure) (วิลยา ธรรมพนิชวัฒน์, 2553) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2561-กุมภาพันธ์ 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่มาให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลังแบบนัดหมายล่วงหน้า ในช่วงที่ทำการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก Polit and Hungler (1995) ที่กำหนดว่าการวิจัยกึ่งทดลองควรมีกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 20-30 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) เป็นผู้ป่วยที่มาให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลังแบบนัดหมายล่วงหน้า ไม่มีปัญหาการได้ยินหรือการมองเห็น มีความเสี่ยงในการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกตาม American Society of Anesthesiologists Physical status classification 1-2 (เป็นคนปกติ แข็งแรงดี หรือควบคุมโรคประจำตัวได้ดี) สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ และให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกรออกจากกรวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดจนไม่สามารถให้ข้อมูลหรือย้ายไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ KHE 2018-027 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยและเมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถยุติการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตามความต้องการโดยไม่เสียสิทธิใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับ เผยข้อมูลของผู้ป่วยเฉพาะส่วนที่เป็นข้อสรุปการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้แจ้งชื่อ หมายเลขโทรศัพท์และสถานที่ติดต่อของผู้วิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อถึงผู้วิจัยได้โดยตรง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และกลุ่มโรคที่ผ่าตัด ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

1.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง จำนวน 18 ข้อ เป็นแบบทดสอบแบบบรรยายข้อความ ให้ตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คำนวณผลรวมเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับ 1. การเตรียมตัวก่อนระงับความรู้สึก 9 ข้อ 2. การปฏิบัติตัวขณะระงับความรู้สึก 3 ข้อ 3. การปฏิบัติตัวหลังระงับความรู้สึก 3 ข้อ 4. การจัดการความปวด 3 ข้อ

1.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ จำนวน 6 ข้อ ตัวเลือกตอบเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scales) 5 ระดับ มีช่วงคะแนน 1-5 จากพึงพื่อน้อยที่สุดจนถึงพึงพอใจมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายเพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ยในช่วงคะแนนดังนี้ 4.21-5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 3.41-4.20 หมายถึง พึงพอใจมาก 2.61-3.40 หมายถึง พอใจปานกลาง 1.81-2.60 หมายถึง พึงพื่อน้อย 1.00-1.80 หมายถึง พึงพื่อน้อยที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ วิดีทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนระงับความรู้สึก การปฏิบัติตัวขณะระงับความรู้สึก การปฏิบัติตัวหลังระงับความรู้สึก และการจัดการความปวด รายละเอียดของเนื้อหาได้จากการทบทวนวรรณกรรม ถ่ายทำจากสถานที่และบรรยากาศจริง ความยาว 7.28 นาที มีองค์ประกอบของข้อมูล 3 ส่วนได้แก่

2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (Procedural information) เป็นข้อมูลที่อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความหมายของการให้ยาระงับความรู้สึก ด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง วัตถุประสงค์และข้อบ่งชี้ในการใช้ข้อดี ขั้นตอนและวิธีการที่ผู้ป่วยต้องประสบขณะได้รับยาระงับความรู้สึก ด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง

2.2 ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (Sensory information) เป็นข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยขณะได้รับยาระงับความรู้สึก ด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง เช่น ความรู้สึกเจ็บขณะฉีดยา

2.3 ข้อมูลการให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (Behavioral and coping instruction) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง และวิธีการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการปวด เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ วิทยาลัยแพทย์ 2 ท่าน วิทยาลัยพยาบาล 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) เท่ากับ .91 นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการระงับความรู้สึก ด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง 30 ราย หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรครอนบาค์ 20 ได้ค่าความเที่ยง .80

2. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ วิทยาลัยแพทย์ 2 ท่าน วิทยาลัยพยาบาล 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .88 นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง 30 ราย หาค่าความเที่ยงโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .82

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ วีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลังผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นได้นำวีดิทัศน์ที่ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง จำนวน 10 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้ในวีดิทัศน์ หลังจากนั้นไปทดลองใช้ไม่มีประเด็นปัญหาอะไรต้องแก้ไขเพิ่มเติม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการ ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการดังนี้ ตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยจากตารางการผ่าตัด เยี่ยมผู้ป่วยตอนเย็นก่อนวันผ่าตัด 1 วัน ที่หอผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จะได้รับการติดต่อให้เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดการวิจัยตามเอกสารให้ข้อมูลแก่อาสาสมัคร เมื่อผู้ป่วยตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเป็นอาสาสมัครให้กลุ่มตัวอย่างกรอกข้อมูลในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง แล้วจึงดำเนินการสอนรายบุคคลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและอธิบายเพิ่มเติม หลังจากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยเยี่ยมผู้ป่วยเป็นรายบุคคลหลังวันผ่าตัด 1 วัน และให้ทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยข้อมูลทั่วไปและระดับความพึงพอใจต่อวีดิทัศน์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง ก่อนและหลังการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t – test

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนาพบว่า ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60) อายุเฉลี่ย 39.46 ปี (SD = 12.93) กลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 60 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 70) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 40) ประกอบอาชีพเป็นลูกจ้างหรือพนักงานบริษัทมากที่สุด (ร้อยละ 33.30) และกลุ่มโรคที่เข้ารับการผ่าตัดคือโรคศัลยกรรมกระดูกและข้อ (ร้อยละ 50)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง หลังได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ ($M = 16.17, SD = 1.97$) สูงกว่าก่อนได้รับการสอน ($M = 9.37, SD = 3.20$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(29) = -10.09, p < .01, d = 2.55$ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ หลังได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลังก่อนและหลังการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์

ตัวแปร	ก่อนสอน		หลังสอน		95% CI for Mean Difference	t	df
	M	SD	M	SD			
ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนระงับความรู้สึก	5.53	1.55	8.07	1.39	-3.25, -1.81	-7.28**	29
ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะระงับความรู้สึก	0.97	0.93	2.77	0.50	-2.16, -1.44	-10.26**	29
ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังระงับความรู้สึก	1.20	0.96	2.57	0.73	-1.78, -0.96	-6.82**	29
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด	1.67	0.84	2.77	0.43	-1.43, -0.77	-6.81**	29
ความรู้โดยภาพรวม	9.37	3.20	16.17	1.97	-8.18, -5.42	-10.09**	29

** $p < .01$

ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง ($n = 30$) มีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน ขณะและหลังได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลังมากที่สุด ($M = 4.67, SD = 0.52$) ด้านที่ได้คะแนนสูงสุดคือ สื่อวีดิทัศน์เสียงฟังชัด ($M = 4.77, SD = 0.43$) รองลงมาคือ ภาพชัด และความรู้ในสื่อวีดิทัศน์ สามารถนำไปใช้ได้ ค่าเฉลี่ยเท่ากัน ($M = 4.70, SD = 0.54$) ด้านที่ได้คะแนนต่ำที่สุดคือ ภาพในวีดิทัศน์ เข้าใจง่าย ($M = 4.60, SD = 0.50$) แต่อยู่ในระดับมากที่สุด รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน ขณะและหลังได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง

ความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
เสียงฟังชัด	4.77	0.43	มากที่สุด
เสียงเข้าใจง่าย	4.63	0.56	มากที่สุด
ภาพชัด	4.70	0.54	มากที่สุด
ภาพเข้าใจง่าย	4.60	0.50	มากที่สุด
ความยาวของวิดีโอเหมาะสม	4.63	0.56	มากที่สุด
การนำความรู้ไปใช้	4.70	0.54	มากที่สุด
ความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์โดยรวม	4.67	0.52	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน ขณะและหลังได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง ของผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง ก่อนและหลังการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง หลังได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์สูงกว่าก่อนได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริทิพย์ สงวนวงษ์วาน และกัลยา อุนรัตน์ (2562) และการศึกษาของบุญธิดา ลิมาพงษ์ภาส และคณะ (2558) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยด้วยการใช้สื่อวีดิทัศน์ เป็นการสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจจากการได้รับข้อมูลทั้งความรู้และประสบการณ์ตรง ที่ถูกต้องตามสถานการณ์จริง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจ สื่อวีดิทัศน์มีความเหมาะสมกับการเรียนรู้ และสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง รายละเอียดเนื้อหาได้จากการทบทวนวรรณกรรมครอบคลุมความรู้ที่สำคัญและจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องรู้ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความหมายของการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง วัตถุประสงค์และข้อบ่งชี้ในการใช้ ข้อดี ขั้นตอน และวิธีการที่ผู้ป่วยต้องประสบขณะได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง ข้อมูลบอกความรู้สึก ที่อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยขณะได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง เช่น ความรู้สึกเจ็บขณะฉีดยา ข้อมูลการให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองและวิธีการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการปวด วีดิทัศน์ถ่ายทำจากสถานที่และบรรยากาศจริง มีความยาว 7.28 นาที สื่อได้ทั้งภาพและเสียงในเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยได้เห็นภาพและได้ยินเสียงไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งเป็นการรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้งสอง ซึ่งดีกว่าการรับรู้โดยผ่านประสาทสัมผัสอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับบัญชา วิชาญวดี (2558) ที่กล่าวว่า การสอนโดยการบรรยายให้ผู้เรียนนั่งฟังอย่างเดียวทำให้คนจำได้น้อยที่สุด ผ่านไปสองสัปดาห์คนที่ฟังบรรยายจดจำได้เพียง 5 เปอร์เซ็นต์ การอ่านทำให้จดจำได้ 10 เปอร์เซ็นต์ แต่ถ้าใช้วิธีการสอนโดยใช้สื่อที่เป็นภาพเคลื่อนไหว เช่น ภาพยนตร์ วีดิทัศน์จะทำให้สามารถจดจำได้ 20 เปอร์เซ็นต์ ดังนั้นการสอนโดยใช้วีดิทัศน์เป็นสื่อจึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ สื่อวีดิทัศน์สามารถย่อ ขยายภาพ ทำให้ภาพเคลื่อนไหวช้า เร็วหรือหยุดนิ่งได้ รวมทั้งแสดงกระบวนการที่มีความต่อเนื่องเป็นลำดับขั้นตอนได้ วีดิทัศน์เป็นสื่อที่สามารถทำให้ผู้เรียนได้เห็นภาพ ซึ่งอาจเป็นภาพนิ่ง หรือภาพเคลื่อนไหว และทำให้ผู้เรียนได้ยินเสียงที่สอดคล้องกับภาพนั้น ๆ สามารถใช้ในการสาธิตอย่างได้ผล ช่วยให้ผู้เรียนเห็นสิ่งที่ควรเห็น ดังนั้นการใช้วีดิทัศน์เป็นเครื่องมือในการให้ข้อมูล จึงทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นและคุ้มค่า ใช้งานง่ายเนื่องจากสามารถใช้ผ่านเครื่องมือสื่อสารต่าง ๆ ได้ มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่จะได้รับข้อมูลครบถ้วน คงที่และไม่คลาดเคลื่อน (สิวพร ถือชาติ, อุษาวดี อัครวิเศษ, วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล,

และอัฐพร ตระการสง่า, 2562) จึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังได้รับการสอนด้วยการใช้สื่อวีดิทัศน์

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์อยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เป็นเพราะวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง ถ่ายทำจากสถานที่และบรรยากาศจริง ผ่านการตัดต่อให้มีความยาวที่เหมาะสม ภาพและเสียงชัด เข้าใจง่าย ข้อมูลที่ปรากฏอยู่ในวีดิทัศน์ เป็นข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความหมายของการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง วัตถุประสงค์และข้อบ่งชี้ในการใช้ ข้อดี ขั้นตอน และวิธีการที่ผู้ป่วยต้องประสบขณะได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง ข้อมูลบอกความรู้สึก ที่อธิบายความรู้สึกของผู้ป่วยขณะได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง เช่น ความรู้สึกเจ็บขณะฉีดยา ข้อมูลการให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติในการดูแลตนเองและวิธีการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการปวด การได้รับข้อมูลที่ตรงกับความต้องการผ่านภาพและเสียงที่คมชัด การใช้สื่อวีดิทัศน์จำลองสถานการณ์จริง มีทั้งภาพและเสียง ทำให้วีดิทัศน์เป็นสื่อการสอนที่น่าสนใจ สามารถหยุด เร่งหรือลดความเร็วในการนำเสนอ เปิดดูซ้ำได้ มีความสม่ำเสมอในการนำเสนอเนื้อหาทำให้เข้าใจได้ดี (สุทธัญญา นวลประสิทธิ์, พวงเพชร วุฒิพงศ์, และกษิรา จันทรมณี, 2553) จึงทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์อยู่ในระดับมากที่สุด

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง โดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เก็บรวบรวมข้อมูลความรู้ก่อนสอนในวันก่อนผ่าตัด และเก็บข้อมูลความรู้หลังสอนในวันแรกหลังการผ่าตัด ระหว่างการทดลองผู้ป่วยพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยที่มีความหลากหลาย ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมขณะทำการทดลองได้ ดังนั้นความรู้ที่เพิ่มขึ้นจึงอาจไม่ได้เป็นผลจากการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์เพียงอย่างเดียว ดังนั้นจึงควรมีการวิจัยซ้ำด้วยการมีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อยืนยันผลการวิจัยให้เด่นชัดขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลังเพิ่มขึ้น และมีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์อยู่ในระดับมากที่สุด ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และการทำวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำสื่อวีดิทัศน์ไปใช้ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลังและควรมีช่วงเวลาให้ผู้ผู้ป่วยได้ดูวีดิทัศน์ทบทวนหรือจัดทำวีดิทัศน์ออนไลน์เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดาวน์โหลดมาศึกษาทบทวนได้

หลายครั้ง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น

2. ควรมีการพัฒนาวิดีโอทัศนในส่วนของผู้ป่วยให้ข้อเสนอแนะ เช่น มีภาพแอนิเมชันแสดงให้เห็นขั้นตอนบางอย่างที่ภาพถ่ายอาจไม่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทดสอบซ้ำด้วยการมีกลุ่มเปรียบเทียบ
2. ควรมีการนำโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนโดยใช้สื่อวิดีโอทัศนไปใช้ในการวัดผลตัวแปรอื่น ๆ เช่น ความวิตกกังวล ความสามารถในการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังได้รับยาระงับความรู้สึก เป็นต้น
3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนโดยใช้สื่อวิดีโอทัศนในการให้ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

- งานข้อมูลและสารสนเทศ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลเทพรัตน์. (2560). *สถิติและตัวชี้วัดคุณภาพงานบริการวิสัญญี ประจำปีงบประมาณ 2560*. นครราชสีมา: โรงพยาบาลเทพรัตน์.
- ชูลีพร วชิรชนากร, และปยุตญช จุลนวล. (2560). ความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดทางนรีเวช. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(4), 51-59.
- บัญชา วิชาญวุฒิ. (2558, 14 มีนาคม). Learning Pyramid. สืบค้นจาก <https://www.gotoknow.org/posts/587428>
- บุญธิดา ลิมาพงษ์ภาส, กาญจนา โกกิละนันท์, นางสาว ธิติไพศาล, มนัสนันท์ ศิริสกุลเวโรจน์, วรรัตน์ แยมโสภี, ณภัทร ไพบูลย์, ... อัจฉรา ประสิทธิ์สุขสม. (2558). ผลของการสอนก่อนผ่าตัดโดยใช้สื่อวิดีโอทัศนต่อความรู้และการปฏิบัติตนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 9(1), 1-7.
- เพ็ชรรัตน์ อธิยาชัยงาม, และชัชฎาภรณ์ ยี่เทียน. (2558). ความรู้ ความวิตกกังวล และความคิดเห็นก่อนการระงับความรู้สึกเพื่อทำการผ่าตัดของผู้ป่วยที่คู่มือสถานีโทรทัศน์วิสัญญี. *วิสัญญีสาร*, 41(2), 92-102.
- เพ็ญศิริ พุ่มหิรัญ, วรณิ องค์กรพิเศษไพบุลย์, และวัลภา อานันทสกุล. (2561). การศึกษาความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง. *รามาชิตพยาบาลสาร*, 24(1), 69-79.
- ลัดดาวัลย์ พรรณสมัย, จันศรี อุจันทิก, วราภรณ์ จินเจนกิจ, นุชนาฏ บุญโฮม, ปานทิพย์ ปุณณานนท์, และอัจฉรา มินาสันติรักษ์. (2560). รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้การระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดของวิสัญญีพยาบาล. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 14(3), 76-83.

- วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. (2553). ทฤษฎีการควบคุมตนเอง: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเด็กและครอบครัว. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(4), 23-33.
- ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน, และกัลยา อุ๋นรัตนะ. (2562). ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ผสมภาพแอนิเมชันให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังผสมยาแก้ปวดในการผ่าตัดคลอดหน้าท้อง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(3), 488-498.
- ศิวพร ถือชาติ, อุษาวดี อัครวิเศษ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, และอัฐพร ตระการสง่า. (2562). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม ปรนัยในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 37(2), 78-89.
- สุธัญญา นวลประสิทธิ์, พวงเพชร วุฒิพงศ์, และกษิรา จันทรมณ. (2553). ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์โปรแกรมการดูแลตนเองต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยตาต้อกระจกและญาติผู้ดูแล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(2), 78-86.
- อรนุช คลังบุญครอง. (2558). ศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเพื่อลดความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยที่ต้องรับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 7(3), 86-94.
- อรนุช จิงสมาน, และกรวีร์ พสุธารชาติ. (2559). การศึกษาความรู้เกี่ยวกับวิสัญญีของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกแผนกสูติรีเวช โรงพยาบาลรามารับดี. *วิสัญญีสาร*, 42(1), 1-10.
- Hoybye, T. M., Vesterby, M., & Jorgensen B. L. (2016). Producing patient avatar identification in animation video information on spinal anesthesia by different narrative strategies. *Health Informatics Journal*, 22(2), 370-382.
- Marcischak, T. (2017). *The effectiveness of video education on pre-operative parental knowledge and anxiety* (Doctoral dissertation). Retrieved from West Virginia University: <https://researchrepository.wvu.edu/etd/6163>
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Nursing research: Principle and methods*. Philadelphia: JB Lippincott.

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง

เบญจวรรณ กล้าถิ่นภู, พย.ม.¹

นงนุช โอปะะ, Ph.D.²

สุภาพร แนวนบุตร, Dr.P.H.³

(วันที่รับต้นฉบับ: 13 มิถุนายน 2561; วันที่แก้ไข: 19 มิถุนายน 2561; วันที่ตอบรับ: 21 มิถุนายน 2561)

บทคัดย่อ

เบาหวานเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข การศึกษาวิจัยถึงทดลองนี้ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมภาวะแทรกซ้อนไตวายเรื้อรังแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีผลอัตราการกรองของไตระยะที่ 3 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเมว่งก็คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือในการวิจัยคือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย การให้ความรู้ การบันทึกการรับประทานยา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มย่อย และการโทรศัพท์เตือน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและยา และแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และแบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในแต่ละด้านได้เท่ากับ .76 และ .73 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที่ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และอัตราการกรองของไต สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(29) = -4.83, p < .001$; $t(29) = -5.69, p < .001$; $t(29) = 4.72, p < .001$ ตามลำดับ ส่วนค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันซิสโตลิก ความดันไดแอสโตลิก และระดับไขมันแอลดีแอลในเลือด ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(29) = -3.89, p < .001$; $t(29) = 4.31, p < .001$; $t(29) = 3.72, p < .001$; $t(29) = 3.22, p < .01$ ตามลำดับ แสดงว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้มีผลในการควบคุมภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงควรนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง ระดับ 4 และ 5 เพื่อชะลอการเสื่อมของไต

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวาน, ภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง, โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, การควบคุมภาวะแทรกซ้อน

¹นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยนเรศวร

²รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹Corresponding author: เบญจวรรณ กล้าถิ่นภู, Email: apple4404@hotmail.com

Effects of a Behavioral Modification Program in Complication Control of Diabetes Patients with Chronic Kidney Complications

Benjawan Klatinpoo, M.N.S.¹

Nongnut Oba, Ph.D.²

Supaporn Neawbood, Dr.P.H.³

(Received: June 13th, 2018; Revised: June 19th, 2018; Accepted: June 21st, 2018)

Abstract

Diabetes Mellitus (DM) is an important problem in public health. The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of a Behavioral Modification Program (BMP) on controlling chronic kidney disease (CKD) complications among persons with DM. Thirty persons with type 2 DM and stage 3 CKD were purposively recruited from Mae Wong Hospital. The intervention was a BMP which included health education, medicine taking self-reporting, subgroup learning & sharing, and mobile phone alerts. Data were collected using a two-section behavioral questionnaire related to consumption behavior and medication taking behavior and a clinical data collection form. All research tools were validated by three experts. The both aspects of the questionnaire were tested for Cronbach's α coefficient, which were found to be .76 and .73, respectively. The data was analyzed using descriptive statistics and paired t-tests. The results indicated that the mean scores for protein consumption behavior, medication taking behavior, and renal infiltration rate were statistically significantly higher than before the experiment, $t(29) = -4.83, p < .001$; $t(29) = -5.69, p < .001$; $t(29) = 4.72, p < .001$, respectively. On the other hand, the mean scores for fasting blood sugar, systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and low-density lipoprotein were statistic significantly lower than before the experiment, $t(29) = -3.89, p < .001$; $t(29) = 4.31, p < .001$; $t(29) = 3.72, p < .001$; $t(29) = 3.22, p < .01$, respectively. These results imply that the BMP can improve CKD complications among persons with DM. Therefore, the program should be adopted for persons with DM and CKD complications in stage 4 and 5 to slow down progression of this complication.

Keywords: diabetes patients, chronic kidney complications, behavior modification programs, complication control.

¹Graduate student, Master of Nursing Science Program in Community Nursing Practitioner, Faculty of Nursing, Naresuan University, Thailand

²Associate Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University, Thailand

³Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University, Thailand

¹Corresponding author: Benjawan Klatinpoo, Email: apple4404@hotmail.com

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก จากข้อมูลสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association: ADA, 2012) ได้รายงานไว้ว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 4 ล้านคนต่อปี เฉลี่ย 8 วินาทีต่อ 1 คน สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยเบาหวานทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2554 - 2556 จำนวน 621,411, 674,826, และ 698,720 ราย ตามลำดับ พบว่า มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2558) จากรายงานสถิติสาธารณสุข ผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555 - 2557 จำนวน 7,749, 9,647, และ 11,389 ราย ตามลำดับ พบว่า อัตราตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2558) จากสถิติข้างต้นจะเห็นว่า อัตราการเกิดและอัตราการตายโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นสูงอย่างต่อเนื่อง ทำให้รัฐต้องสูญเสียทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มตามขึ้นไปด้วย และในกรณีผู้ป่วยเบาหวานควบคุมโรคได้ไม่ดี จะมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนในทุกระบบของร่างกายและทำให้อัตราทุพพลภาพและอัตราตายด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555)

จากการคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลแม่วงก์ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าในปี พ.ศ. 2557 พ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2559 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 1,476, 1,528 และ 1,668 คน ตามลำดับ พบว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังจำนวน 140 คน (ร้อยละ 9.80), 211 คน (ร้อยละ 13.82) และ 268 คน (ร้อยละ 16.07) ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2559) โดยมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระดับ 3 จำนวน 179 คน (ร้อยละ 66.79) ระดับ 4 จำนวน 54 คน (ร้อยละ 20.15) และระดับ 5 จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.37) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังระดับ 3 มีจำนวนมากที่สุด (โรงพยาบาลแม่วงก์, 2559) จากข้อมูลสรุปได้ว่า อัตราความชุกในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของโรงพยาบาลแม่วงก์มีจำนวนมากที่สุด ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตทุกระยะ

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลและให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อนให้ครอบคลุมทุกมิติ ได้เห็นความสำคัญและมีความสนใจในการจัดทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง 2) การรับประทานยาอย่างถูกต้อง 3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มย่อย และ 4) การโทรศัพท์กระตุ้นเตือน ซึ่งอาจส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงและทำให้อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น และอาจชะลอความเสื่อมของไตได้ ซึ่งข้อมูลจากผลการวิจัยจะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังต่อไป

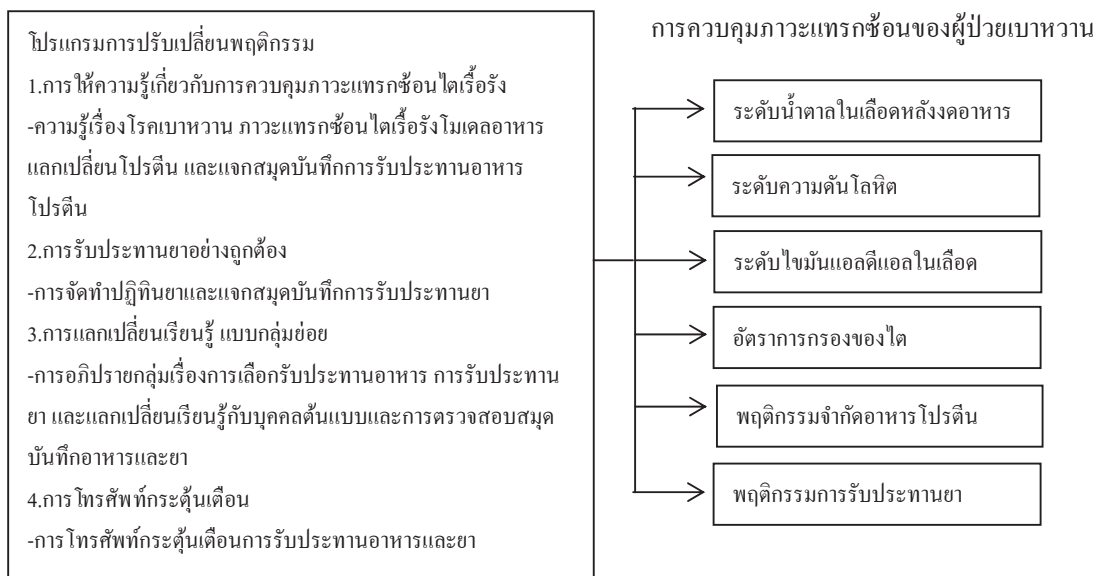
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมจำกัดอาหารโปรตีน และพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
2. เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ไขมันแอลดีแอล และอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนพฤติกรรมจำกัดอาหารโปรตีน และพฤติกรรมการรับประทานยา หลังการทดลองสูงขึ้นก่อนการทดลอง
2. ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ไชมันแอลดีแอล และอัตราการกรองของไตหลังการทดลองดีขึ้นก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1. กรอบแนวคิดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยเป็นการศึกษาแบบ 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและหญิงในทะเบียนโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีมีผลอัตราการกรองของไตระยะที่ 3 ที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเม่วงก์ ตำบลเม่วงก์ อำเภอเม่วงก์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 179 คน (โรงพยาบาลเม่วงก์, 2559)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย กำหนดโดยการคำนวณหาค่าอิทธิพล (Effect size) ของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ตามสูตรของ (Glass, 1976 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) การประมาณค่าอิทธิพลใช้ขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ ค่า d มากกว่า 0.8 กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ระดับ $\alpha = 0.05$ และ Power analysis ($1 - \beta = 0.80$) จากการเปิดตารางกลุ่มตัวอย่าง (Pilot & Hungler, 1987 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) ได้ขนาดตัวอย่าง 25 คน เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายเพิ่มอีก 5 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างทำโดยวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

(Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ คือ 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าอัตราการกรองของไตระหว่าง 30-59 มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร 2) มีอายุ 35-70 ปี 3) สามารถสื่อสารเข้าใจอ่านออกเขียนได้ 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา 5) ผู้ป่วยที่รับประทานยาเม็ดลดระดับน้ำตาลเท่านั้น 6) ยินดีให้ความร่วมมือและเข้าร่วมโปรแกรมตลอดการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ COA 662/2017 ก่อนดำเนินการทดลอง กลุ่มทดลองทุกคนจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอนการทำวิจัย การปฏิบัติตน และประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยยินดีเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง ต้องลงลายมือชื่อในใบยินยอมก่อนเข้าร่วม และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาตามปกติ การรวบรวมและการนำเสนอข้อมูลกระทำโดยการปกปิดชื่อและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการ และผลการวิจัยแสดงผลภายในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง ประกอบไปด้วย 2 ชนิด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

- 1.1 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 1.2 สมุดบันทึกการรับประทานอาหารโปรตีน
- 1.3 สมุดบันทึกการรับประทานยา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ประเภท ดังนี้

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ป่วยประกอบด้วย 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นโรค และส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมกรับประทานอาหารโปรตีนและการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบ 1 คำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 13 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามของแบบประเมินมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับพฤติกรรมปฏิบัติตน

- ระดับคะแนน 5 หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นประจำ (ทุกวัน 7 วันต่อสัปดาห์)
- ระดับคะแนน 4 หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยครั้ง (5 – 6 วันต่อสัปดาห์)
- ระดับคะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นบางครั้ง (3 – 4 วันต่อสัปดาห์)
- ระดับคะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นนานๆ ครั้ง (1 – 2 วันต่อสัปดาห์)
- ระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมหรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้น

เกณฑ์การแปลผลระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3 จากคะแนนเฉลี่ย เป็น 5 ระดับ โดยใช้ค่าพิสัยหารด้วยจำนวนชั้น = (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/5

(บุญชม ศรีสะอาด, 2541)

ระดับน้อยที่สุด	หมายถึง	มีคะแนนระหว่าง	1.00-1.80	คะแนน
ระดับน้อย	หมายถึง	มีคะแนนระหว่าง	1.81-2.60	คะแนน
ระดับปานกลาง	หมายถึง	มีคะแนนระหว่าง	2.61-3.40	คะแนน
ระดับมาก	หมายถึง	มีคะแนนระหว่าง	3.41-4.20	คะแนน
ระดับมากที่สุด	หมายถึง	มีคะแนนระหว่าง	4.21-5.00	คะแนน

2.2 แบบบันทึกการเก็บข้อมูลภาพรวมทางคลินิก เป็นแบบบันทึกการเก็บรวบรวมข้อมูล ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก และอัตราการกรองของไต ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลแม่वंกัในปี พ.ศ. 2560

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรง (Content validity) ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยศึกษาค้นคว้าจากงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ แพทย์ทั่วไป 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในคลินิกโรคเรื้อรัง 1 ท่าน หาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามพฤติกรรม การรับประทานอาหารโปรตีน เท่ากับ .85 และ CVI ของแบบสอบถามการรับประทานยา เท่ากับ .83

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นโดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบสอบถามพฤติกรรม การรับประทานอาหารโปรตีน ได้ค่าเท่ากับ .76 และได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบสอบถามการรับประทานยา ได้ค่าเท่ากับ .73

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. นำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่वंกั และติดต่อประสานงานหัวหน้าคลินิกโรคเรื้อรัง และทีมสุขภาพของโรงพยาบาลแม่वंกั เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงานและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2. จัดทำแผนการสอนและจัดทำแผนดำเนินการวิจัยที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมในการติดตามและประเมินกลุ่มทดลอง

3. พบกลุ่มทดลอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การเข้าร่วมโครงการวิจัย และเซ็นใบยินยอม โดยใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์

ขั้นตอนการวิจัย

สัปดาห์ที่ 1 แนะนำตัวเองและบอกวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมกลุ่มทดลองและให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ จัดกิจกรรมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง และการสาธิตโมเดลอาหารแลกเปลี่ยนและการฝึกสาธิตย้อนกลับ และให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการควบคุมภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง โดยให้ความรู้เป็นรายกลุ่มใหญ่ เนื้อหาประกอบด้วย สาเหตุการเกิดผลกระทบ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาที่ถูกต้อง โดยให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต โดยใช้ปฏิทินยา เป็นอุปกรณ์ช่วยเตือนในการรับประทานยา และมีการบันทึกการรับประทานยา

กิจกรรมที่ 3 การโทรศัพท์กระตุ้นเตือน โดยผู้วิจัยจะดำเนินการโทรศัพท์กระตุ้น ติดตามผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 10 โดยการทบทวนด้านการรับประทานอาหารโปรตีน และการรับประทานยา และสอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน การติดต่อทางโทรศัพท์แต่ละครั้งใช้ระยะเวลาไม่เกิน 15 นาทีต่อคนต่อครั้ง

กิจกรรมที่ 4 การอภิปรายกลุ่มและแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มย่อย โดยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน แล้วอภิปรายกลุ่มเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร การรับประทานยา และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลต้นแบบนำปฏิทินยา และการตรวจสอบสมุดบันทึก และให้สมาชิกภายในกลุ่มมีการซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มเกิดขึ้น ในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยา และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนในการแก้ไขปัญหา ใช้เวลากลุ่มละ 50 นาที

สัปดาห์ที่ 12 การเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง
การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาประมวลผลในโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด อัตราการกรองของไต พฤติกรรมการจำกัดอาหารโปรตีน และพฤติกรรมรับประทานยา ระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่ประชากรไม่อิสระต่อกัน (Paired t - test)

ผลการวิจัย

ผลการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน และวิเคราะห์ข้อมูลจากข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.0) ส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 61 – 70 ปี (ร้อยละ 56.3) รองลงมาคือ 51 – 60 ปี (ร้อยละ 36.7) ส่วนมากได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 80.0) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 20.0) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 40.0) รองลงมาคือรับจ้าง (ร้อยละ 26.7) กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.0) มีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3 – 4 ปี และหนึ่งในสาม (ร้อยละ 33.3) อยู่ในช่วง 1 – 2 ปี

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการจำกัดอาหารโปรตีน และพฤติกรรมการรับประทานยา ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง(n = 30)		หลังการทดลอง(n = 30)		Paired t-test	p-value
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมการจำกัดอาหารโปรตีน	3.27	0.64	3.95	0.29	-4.83	.001
พฤติกรรมการรับประทานยา	4.22	0.43	4.77	0.26	-5.69	.001

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจำกัดอาหารโปรตีน และพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(29) = -4.83, p < .001$ และ $t(29) = -5.69, p < .001$ ตามลำดับ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร ระดับความดันโลหิตระดับไขมันในเลือด อัตราการกรองของไต ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังก่อน และหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง(n = 30)		หลังการทดลอง(n = 30)		Paired t-test	p-value
	M	SD	M	SD		
ระดับน้ำตาลในเลือด	3.27	0.64	3.95	0.29	-4.83	.001
หลังอาหาร	130.00	19.04	117.27	18.81	-3.89	.001
ความดันซิสโตลิก	135.93	11.20	127.33	13.69	4.31	.001
ความดันไดแอสโตลิก	77.50	8.12	72.30	7.49	3.72	.001
ระดับไขมันแอลดีแอลในเลือด	110.73	27.73	96.78	20.62	3.22	.01
อัตราการกรองของไต	40.61	8.58	46.23	12.03	4.72	.001

จากตารางที่ 2 พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันซิสโตลิก ความดันไดแอสโตลิกและค่าเฉลี่ยระดับไขมันแอลดีแอลในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(29) = -3.89, p < .001$; $t(29) = 4.31, p < .001$; $t(29) = 3.72, p < .001$; $t(29) = 3.22, p < .01$ ตามลำดับ ส่วนอัตราการกรองของไตสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(29) = 4.72, p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการจำกัดอาหารโปรตีน และพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เป็นไปตามสมมุติฐานที่ 1 และระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิก และระดับไขมันแอลดีแอลในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลอง แต่ระดับอัตราการกรองของไตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ 2 ซึ่งเป็นผลจากกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง และการสาธิตโมเดลอาหารแลกเปลี่ยน

ผู้วิจัยได้ให้ความรู้และแจกคู่มือแบบบันทึกแก่ผู้ป่วย หลังได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว และเพิ่มความตระหนัก เห็นความสำคัญของการควบคุมภาวะแทรกซ้อนจากไตเสื่อม ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลที่ต้องใช้ในการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม จึงมีพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาที่เหมาะสม และโมเดลอาหารที่อยู่ในโปรแกรมช่วยเป็นแนวทางในการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ซึ่งรายการอาหารนี้ จะมีระดับคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน โซเดียมและน้ำตาลน้อยกว่าอาหารทั่วไป จึงทำให้ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร ความดันซิสโตลิก ความดันไดแอสโตลิก ระดับไขมันแอลดีแอลในเลือดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และอัตราการกรองของไตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวีร์พร สีหอแก้ว (2551) ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการจัดการกับความเครียดและโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับน้ำตาลในเลือด หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้านทุกด้านและโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีระดับน้ำตาลในเลือด หลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของสงกรานต์ บุญพระบาง (2558) ที่พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .01 ตามลำดับ และพฤติกรรมดังกล่าวของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนอัตราการกรองของไตพบว่าหลังการทดลองอัตราการกรองของไตของกลุ่มทดลองสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และอัตราการกรองของไตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Murphy, Jenkins, Chamney, McCann, and Sedgewick (2008) ได้

ศึกษาการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องในการจัดการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง โดยแบ่งการดูแลเป็นระยะของไตเรื้อรัง คือ ระยะที่ 1-3 พบว่า การประเมินภาวะในระยะเริ่มแรกสามารถชะลอการเสื่อมของไต โดยพยาบาลต้อง ประเมินเกี่ยวกับภาวะโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน เพราะสาเหตุเหล่านี้ มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การประเมินระดับความดันโลหิต และน้ำหนัก การดูแลเรื่องยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่มีผลดีต่อไต การควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้

กิจกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้อง

ผู้วิจัยดำเนินการให้ความรู้เรื่องการรับประทานยา เพื่อชะลอการเสื่อมของไต โดยใช้ปฏิทินยา เป็นอุปกรณ์ช่วยเตือนในการกินยา และมีการบันทึกการรับประทานยา ซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ได้ รับประทานยาโรคเรื้อรังหลายชนิดและได้รับยาปริมาณมาก และมักมีปัญหาในการใช้ยาทำให้มีโอกาสเกิดยาเหลือ ใช้จำนวนมากจึงมีการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา โดยการจดบันทึกการใช้ยาด้วยตนเองของผู้ป่วย (ปราณิสรา นิมอนงค์, 2558) ส่งผลให้พฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วยสูงขึ้น (ดังตารางที่ 1) และส่งผลให้ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังคอกอาหาร ความดันซิสโตลิก ความดันไดแอสโตลิก ระดับไขมันแอล ไลดีแอลในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอัตราการกรองของไต หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 2) จึงสอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วย เบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไต มีดังต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยเบาหวานควรควบคุม โรคเบาหวานให้ระดับ A1C น้อยกว่าร้อยละ 7 หรือ Fasting Blood Sugar น้อยกว่า 130 mg/dL 2) การควบคุม ความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท 3) การควบคุมระดับไขมันในเลือด 4) จำกัดอาหารประเภท โปรตีนให้ได้ 0.8 กรัม/ น้ำหนักตัว (กก.)/วัน 5) การใช้ยา ACEI/ ARB 6) การเลิกบุหรี่ ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ต้องได้รับคำแนะนำให้งดสูบบุหรี่ (สารัช สุนทรโยธิน และปณิณัฐ บุรณะทรัพย์ขจร, 2555) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิตชนก ลีทวีสุข (2558) ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเชิงทอง พบว่าพฤติกรรมการใช้ ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเชิงทอง ด้านความสม่ำเสมอในการใช้ยา การปฏิบัติเมื่อเกิด อาการไม่พึงประสงค์จากยา การปฏิบัติเมื่อพบยาเสื่อมสภาพ การปฏิบัติเมื่อพบยาหมดอายุ การเก็บรักษา ยา การบริหารยา การปฏิบัติเมื่อไม่ทราบวิธีใช้ยา และการตรวจสอบวิธีใช้ยาก่อนใช้ มีระดับพฤติกรรมเหมาะสม ร้อยละ 100, 90.5, 80.5, 77.0, 70.1, 64.4, 59.6 และร้อยละ 52.9 ตามลำดับ

การโทรศัพท์กระตุ้นเตือน

การโทรศัพท์กระตุ้นเตือนผู้ป่วย ชำๆ เป็นการสร้างความตระหนัก ทักษะการรับรู้ปัญหาอุปสรรค ในการปฏิบัติตัวจากการถูกย้ำเตือนบ่อยครั้ง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรับประทาน อาหาร โปรตีนได้อย่างเหมาะสมและรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง จึงส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การจำกัดอาหารโปรตีน และพฤติกรรมรับประทานยา สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 และ .001 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฌญจิรา ประสาทแก้ว (2555) ศึกษาผลของโปรแกรม การเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และค่าความดันโลหิตของผู้ที่เป็น

ความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และค่าความดันโลหิตซิสโตลิกดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ รังสิมา รัตนศิลา (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรม ประกอบด้วย การให้ความรู้และคำแนะนำ การเยี่ยมบ้าน การติดตามและกระตุ้นทางโทรศัพท์ และกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อน ได้รับโปรแกรมฯ ($p < .05$) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($p < .05$) การโทรศัพท์กระตุ้นเตือน จึงทำให้สามารถติดต่อสื่อสารได้สะดวกและรวดเร็ว ส่งผลให้การดูแลสุขภาพที่บ้านเพิ่มความคล่องตัวมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง (ณัฏฐิรา ประสาทแก้ว, แสงทอง ชีระทองคำ, และวันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2555)

กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบบกลุ่มย่อย

โดยผู้วิจัยจะแบ่งออกเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10 คน โดยใช้เวลากลุ่มละ 50 นาที ในการอภิปรายกลุ่ม เรื่องการเลือกรับประทานอาหาร การรับประทานยา และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลต้นแบบนำปฏิทินยา และการตรวจสอบสมุดบันทึกและให้สมาชิกภายในกลุ่มมีการซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มเกิดขึ้น ในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานและการรับประทานยา และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนในการแก้ไขปัญหา ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ที่จะประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังจึงส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจำกัดอาหารโปรตีน และพฤติกรรมการรับประทานยา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ รังสิมา รัตนศิลา (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรม ประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($p < .05$) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุกาญจน์ อยู่คง (2558) พบว่าโปรแกรมการกำกับตนเอง ประกอบด้วยการบรรยายประกอบสไลด์ การอภิปรายกลุ่ม การฝึกทักษะเลือกรับประทานอาหาร มีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้รับรู้ความสามารถตนเอง ($p < .05$) มีความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหาร ($p < .05$) และมีพฤติกรรมควบคุมอาหารซึ่งดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในงานวิจัยนี้ส่งผลให้พฤติกรรมจำกัดอาหารโปรตีน และพฤติกรรมรับประทานยาสูงขึ้น และส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิก และระดับไขมันแอลดีแอลในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลอง และอัตราการครองชีพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

สรุปและข้อเสนอแนะ

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มย่อย และการโทรศัพท์เตือน ทำให้พฤติกรรมควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และชะลอการเสื่อมของไตได้ดีขึ้น รวมถึงลดโอกาสเสี่ยงต่อไตวายระยะสุดท้าย ดังนั้นคณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง ระดับ 4 และ 5 เพื่อชะลอการเสื่อมของไต
2. ควรศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง ระดับ 4 เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม เพื่อชะลอการเสื่อมของไต

เอกสารอ้างอิง

- จิตชนก ลีทวีสุข. (2558). ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคไตเรื้อรังในชุมชนเชิงทอง (วิทยานิพนธ์ปริญญาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- ณัฐจิรา ประสาทแก้ว, แสงทอง ชีระทองคำ, และวันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2555). ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ต่อความเชื่อด้านสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 42(3), 19-31.
- คุณฐิ จันทรบุดย์, นงนุช โอบะ, และวิรัช สิริกุลเสถียร. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังในเครือข่ายสถานบริการสุขภาพอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 11(1), 1-2.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- รังสิมา รัตนศิลา, ขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ, สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์, สิริประภา กลั่นกลั่น, และพัชราพร เกดมงคล. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 29(1), 67-68.
- โรงพยาบาลแม่वंก. (2559). แผนสถิติและทะเบียนผู้ป่วยของ *โรงพยาบาลแม่वंก*. นครสวรรค์: โรงพยาบาลแม่वंก.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). *คู่มือการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น*. กรุงเทพมหานคร: ยูเนียนอุลตร้าไวโอเล็ต.
- สารัช สุนทรโยธิน, และปฎิณัฐ บุรณะทรัพย์ขจร. (2555). *Diabetes Mellitus ตำราโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุกาญจน์ อยู่คง, มลีนี สมภพเจริญ, ธาราดล เก่งการพานิช, และทัศนีย์ รวีวรกุล. (2558). *ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สุวีร์พร สีหอแก้ว. (2551). *ผลของชุดกิจกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- สงกรานต์ บุญพระบาง, นงนุช โอปะะ, และวิรัช สิริกุลเสถียร. (2560). ผลของโปรแกรมการมุ่งใจต่อพฤติกรรมสุขภาพ และอัตราการกรองของไตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 11(1), 38-39.
- สำนักงานสาธารณสุขนครสวรรค์. (2559). *สรุปผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อปีงบประมาณ 2559*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). *แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน* (ตา ไต เท้า). กรุงเทพฯ: โอวาท.
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *รายงานประจำปี 2557*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- American Diabetes Association. (2012). Standards of medical care in diabetes 2012. *Diabetes care*, 35(1), 11-63.
- Murphy, F., Jenkins, K., Chamney, M., McCann, M., & Sedgewick, J. (2008). CE: Continuing education article patient management in CKD stages 1 to 3. *Journal of Renal Care*, 34(3), 127-135.

ประสบการณ์อาการ กลวิธีจัดการอาการและผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4*

พิชญานัญญ์ แก้วอำไพ, พย.ม.¹

สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, ป.ร.ค.²

นพวรรณ พินิจจรเดช, ป.ร.ค.³

(วันที่รับต้นฉบับ: 6 พฤษภาคม 2562; วันที่แก้ไข: 9 พฤษภาคม 2562; วันที่ตอบรับ: 10 พฤษภาคม 2562)

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ในการประเมิน และจัดการอาการที่ชัดเจน การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ประสบการณ์อาการ กลวิธีจัดการอาการ และผลลัพธ์ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 78 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามประสบการณ์อาการ กลวิธีจัดการอาการและผลลัพธ์ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 พัฒนามาจาก The Memorial Symptom Assessment Scale ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ทดสอบค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่า .78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์อาการสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อ่อนเพลีย (ร้อยละ 66.7) ปวดตามร่างกาย (ร้อยละ 65.4) ปัสสาวะเป็นฟอง (ร้อยละ 48.7) ปัสสาวะบ่อย (ร้อยละ 41) และผิวแห้ง (ร้อยละ 41) กลุ่มตัวอย่างจัดการกับอาการอ่อนเพลีย ด้วยการนอนและนั่งพัก อาการปวดตามร่างกาย ใช้วิธีนวด อาการผิวแห้งใช้วิธีทาโลชั่น แต่ไม่ได้จัดการกับอาการปัสสาวะเป็นฟองและปัสสาวะบ่อย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นิยมจัดการอาการด้วยตนเองก่อนการเข้าหรือพึ่งพาหัตถการทางการแพทย์ ภายหลังการจัดการอาการพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการดีขึ้น ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผน พัฒนากลวิธีจัดการอาการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล เพื่อการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง, ประสบการณ์อาการ, กลวิธีจัดการอาการ, ผลลัพธ์

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล

² รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล

³ อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล

¹ Corresponding author: พิชญานัญญ์ แก้วอำไพ, E-mail: phitchayanat@knc.ac.th

Symptom Experiences, Symptom Management Strategies, and Outcomes in Patients with Stage 3 and 4 Chronic Kidney Disease*

Phitchayanat Kaewampai, M.N.S.¹

Suchira Chaiviboontham, Ph.D.²

Noppawan Phinitkhajorndech, Ph.D.³

(Received: May 6th, 2019; Revised: May 9th, 2019; Accepted: May 10th, 2019)

Abstract

The number of patients suffering from chronic kidney disease (CKD) is increasing, but there is no pattern of assessment and management of their symptoms. This descriptive research was aimed at investigating the symptom experiences, symptom management strategies, and outcomes in patients with stage 3 and 4 CKD. The study's participants were patients with stage 3 and 4 CKD in a tertiary care hospital in Nakhon Ratchasima province, Thailand. Seventy-eight patients were purposively selected. Data were collected using the Symptom Experiences, Symptom Management Strategies, and Outcomes in Patients with Stage 3 and 4 CKD Questionnaire developed from the Memorial Symptom Assessment Scale. The questionnaire's reliability was tested with 30 subjects whose demographic and clinical characteristics were similar to the subjects in the main study. The resulting Cronbach's alpha coefficient was .78. Descriptive statistics were used to analyze the data. The study findings revealed that the top five symptom experiences were lack of energy (66.7%), pain (65.4%), frothy urine (48.7%), frequent urination (41%), and dry skin (41%). The patients' symptom management strategies for addressing the lack of energy were sleeping and resting; for pain, it was massage; and for dry skin, it was applying body lotion. There were no strategies mentioned for managing frequent nighttime urination and frothy urine. Most of the patients tended to self-manage their symptoms before using medication or relying on medical procedures. The effective outcomes after applying these strategies are also reported. The study findings could be used to develop care plans for symptom management strategies which best serves the patients' needs for more effective care and leading to better quality of life.

Keywords: chronic kidney disease, symptom experiences, symptom management strategies, Outcomes

*Master Thesis, Master of Nursing Science in adult nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

¹Master's student, Master of Nursing Science, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

²Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

³Lecturer, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

¹Corresponding author: Phitchayanat Kaewampai, E-mail: phitchayanat@knc.ac.th

บทนำ

โรคไคเรื้อรังเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก จากรายงานของกรมควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention, United States of America [CDC], 2017) พบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่มากกว่าร้อยละ 15 หรือประมาณ 30 ล้านคนเป็นโรคไคเรื้อรัง และต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต การศึกษาระบาดวิทยาโรคไคเรื้อรังในชุมชนของประเทศไทย (Thai – SEEK Study) พบว่ามีความชุกของโรคไคเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 17.6 (Ingsathit et al., 2010) จากรายงานของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2559) มีจำนวนผู้ป่วยโรคไคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไตมากกว่า 100,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 200,000 คนในอีก 5 ปีข้างหน้า ผู้เสียชีวิตจากไตวาย 13,536 คน ประมาณ 1 ใน 3 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร คือเสียชีวิตขณะอายุน้อยกว่า 60 ปี (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2558) ผู้ป่วยแต่ละรายมีภาระค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยประมาณ 40,000 บาทต่อเดือน (จุฬามาศ เทียนสะอาด, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, และนพวรรณ พินิจจรเดช, 2560) พบว่าส่วนใหญ่รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ดังนั้นการป้องกันเพื่อชะลอความเสื่อมของโรคจึงมีความสำคัญและควรเริ่มทำในระยะต้นๆ ของโรคจึงจะได้ผล (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558)

โรคไคเรื้อรังเกิดจากภาวะที่เนื้อไตถูกทำลายอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน การทำงานของไตเสื่อมลงจนในที่สุดเกิดภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยพบว่าการทำงานของไตลดลงอย่างช้าๆ อาจใช้เวลาหลายเดือนหรือเป็นปี และเป็นการสูญเสียหน้าที่แบบถาวร จากรายงานของ CDC (2017) พบว่าโรคไคเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมักจะไม่ได้แสดงอาการในระยะแรก อาจตรวจพบเพียงความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการเท่านั้น อาการมักจะปรากฏเมื่อเป็นโรคไคเรื้อรังระยะที่ 3 หรือมีค่าอัตราการกรองของไตลดลงน้อยกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร ซึ่งไตเสียหายที่ไปมากกว่าร้อยละ 70-80 (ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2557; Agarwal, 2010; Lee & Jeon, 2015) การชะลอความเสื่อมของไต ทำได้โดยลดปัจจัยเสี่ยง ค้นหาผู้ป่วย และดูแลให้ได้รับการรักษาในระยะแรกเพื่อประคับประคองการทำงานที่ของไต และดูแลให้ไตส่วนที่เหลือทำงานอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558) ดังนั้นสิ่งที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ป่วยควรมีความรู้เกี่ยวกับอาการเริ่มแรกและจัดการกับอาการเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างเหมาะสม (มณีนรัตน์ จิรปภา, 2557) อาการแสดงเริ่มแรกของผู้ป่วยโรคไคเรื้อรังที่มักพบคือ อาการอ่อนล้า/อ่อนเพลีย ปวดตามร่างกาย ผิวหนังแห้งคัน เบื่ออาหาร หายใจลำบาก ง่วงซึม วิดกกังวล เป็นต้น (เพ็ญศรี จิตจันทร์, เขมารดี มาสิงบุญ, และสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2554; Lee & Jeon, 2015)

การศึกษาเกี่ยวกับอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคไคเรื้อรังระยะที่ 3, 4 ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาพบเพียง 5 เรื่อง เป็นการศึกษาในต่างประเทศจำนวน 3 เรื่อง (Agarwal, 2010; Lee & Jeon, 2015; Murphy, Murtagh, Carey, & Sheerin, 2009) และการศึกษาในประเทศไทยจำนวน 2 เรื่อง (เพ็ญศรี จิตจันทร์ และคณะ, 2554; อนุชา ไทยวงษ์, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, 2560) ผู้ป่วยโรคไคเรื้อรังระยะที่ 3 หรือ 4 ส่วนใหญ่มาพบแพทย์ด้วยอาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น อาการอ่อนเพลีย

เหนื่อยง่าย อาการทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เช่น แสบร้อน/กระตุกที่ขา ขาปลายมือปลายเท้า ตะคริวเคลื่อนไหวไม่สะดวก ปวดตามร่างกาย กระดุกและข้อ อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น การรับรสเปลี่ยนแปลง/เบื่ออาหาร ท้องผูก คลื่นไส้อาเจียน รู้สึกไม่สุขสบายท้อง อาการทางระบบทางเดินหายใจ เช่น หายใจลำบาก อาการทางระบบผิวหนัง เช่น คันผิวหนัง ผื่นแพ้ (ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2557) การศึกษาเกี่ยวกับกลวิธีจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต และเป็นการศึกษาเพียงอาการใดอาการหนึ่ง เช่น อาการเบื่ออาหาร อาการอ่อนล้าเป็นต้น (กรวรรณ ปานแพ, อรวรรณ ศรียุคศุข, และรัตนาวรรณสุนทรพจน์, 2554; ดวงรัตน์ มนโธสง, 2553) ซึ่งไม่ครอบคลุมอาการที่พบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 จากการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ทำให้ทราบว่าในประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์อาการและกลวิธีจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 น้อยมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์อาการใน 4 มิติ คือ มิติการเกิดอาการ ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน ค่อนข้างน้อย งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งและมีการจัดการอาการโดยการให้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับการรักษาโดยแพทย์ (พนัชญา ชันติจิตร, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, และบัวหลวง ลำแดงฤทธิ์, 2556; เพลินพิศ ธรรมนิภา, พรหมทิพย์ คนซื่อ, และสุนันต์ ชีรศักดิ์วิชา, 2557)

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่อยู่ในวัยทำงาน (อายุระหว่าง 18 - 60 ปี) และมารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีจำนวนเพิ่มขึ้น ข้อมูลจากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2557 ถึง ปี พ.ศ. 2559 พบผู้ป่วยจำนวน 125 ราย 93 ราย และ 325 ราย ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารของวัยทำงานที่เปลี่ยนไป เลือกรับประทานอาหารสำเร็จรูปมากขึ้น ซึ่งมีปริมาณโซเดียมสูง กระตุ้นให้ไตเสื่อมลงตั้งแต่อายุน้อย (ศิริลักษณ์ ถูทอง, 2561) จากข้อมูลสถานการณ์ข้างต้น จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 มีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อมระยะสุดท้ายและมีโอกาสเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ยังไม่มีรูปแบบการประเมินอาการและการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างชัดเจน การประเมินอาการผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มรวมถึงการดูแลให้ได้รับการจัดการอาการอย่างเหมาะสมเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล (มณีรัตน์ จิรปภา, 2557) ที่จะช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบาย ชะลอการเสื่อมของไตรวมถึงป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง ภาวะซีดและภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับเมตาบอลิกอื่นๆ ของร่างกาย ช่วยยืดระยะเวลาในการเข้ารับการบำบัดทดแทนไตทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข และลดการใช้ทรัพยากรที่จะต้องสูญเสียไปในการรักษาระยะท้ายของโรค (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์อาการและกลวิธีจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ซึ่งยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเพื่อช่วยให้เข้าใจอาการและวิธีจัดการอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ได้ชัดเจนมากขึ้น เป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลให้การสนับสนุนช่วยเหลือหรือปรับเปลี่ยนวิธีการรวมทั้งเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4
2. เพื่อศึกษากลวิธีการจัดการอาการแต่ละอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์การจัดการอาการ (Outcomes) ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จากกรอบแนวคิดดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องเผชิญกับอาการต่างๆ ที่เกิดจากการดำเนินของโรคทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นจากนั้นจะมีการประเมินอาการตามมิติของความถี่ ความรุนแรงของอาการ และการตอบสนองที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจึงหาวิธีการในการจัดการกับอาการเพื่อลดความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานของอาการ โดยกลวิธีการจัดการกับอาการมีหลากหลายชนิด ซึ่งการจัดการอาการผู้ป่วยอาจได้มาจากการประสบการณ์ของผู้ป่วยเอง ทีมสุขภาพ หรือสมาชิกในครอบครัว และจะมีการประเมินผลลัพธ์ของการใช้กลวิธีนั้น หากกลวิธีการที่ใช้สามารถบรรเทาอาการได้ผู้ป่วยจะใช้กลวิธีนั้นต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างเดือนเมษายน 2559 – กุมภาพันธ์ 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ อายุ 18-60 ปี รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 ยินดีและลงนามสมัครเข้าร่วมการศึกษด้วยความเต็มใจ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย การคำนวณกลุ่มตัวอย่างมาจากประชากรผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 125 ราย โดยใช้ตารางของ Yamane (Yamane, 1967 cited in Israel, Glenn D., 1992) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 78 ราย ซึ่งเพียงพอสำหรับการศึกษานี้

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารการรับรองการทำวิจัยในคนเลขที่โครงการ ID 09-58-06ย และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เลขที่ 083/2015 เมื่อผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามแล้ว กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาของแพทย์ ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อหรือนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ปีเกิด อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง เชื้อชาติ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคร่วม ประวัติการทำหัตถการ/การผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และยาที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ ซึ่งแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยจะบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง ส่วนแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผู้วิจัยจะเป็นผู้ลงบันทึกซึ่งจะรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติการรักษาของผู้ป่วย

2. แบบสอบถามประสิทธิผลการกลืนอาหาร กลืนจัดการอาหารและผลลัพธ์ในผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาการและกลืนจัดการอาหารในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และดัดแปลงเครื่องมือมาจากแบบสอบถามประสิทธิผลการมีอาหารของผู้ป่วย (The Memorial Symptom Assessment Scale [MSAS]) ของ Portenoy et al. (1994) โดยคัดเลือกอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตซึ่งมีทั้งหมด 27 อาการ และเพิ่มอาการอื่นๆ อีก 1 ข้อ (ถ้ามี) ประเมินความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดย

ข้อคำถามเกี่ยวกับความถี่ของอาการ มีจำนวน 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ คือ 1-4 โดยที่ 1 หมายถึง เกิดอาการน้อยมาก 2 หมายถึง เกิดอาการบางครั้ง 3 หมายถึง เกิดอาการบ่อยครั้ง 4 หมายถึง เกิดอาการตลอดเวลา

ข้อคำถามเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการ มีจำนวน 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ คือ 1-4 โดยที่ 1 หมายถึง อาการรุนแรงน้อย 2 หมายถึง อาการรุนแรงปานกลาง 3 หมายถึง อาการรุนแรงมาก 4 หมายถึง อาการรุนแรงมากที่สุด

ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือรบกวนผู้ป่วยมีจำนวน 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ คือ 0-4 โดยที่ 0 หมายถึง อาการนั้นไม่ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน 1 หมายถึง อาการนั้นทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานเล็กน้อย 2 หมายถึง อาการนั้นทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานเป็นครั้งคราว 3 หมายถึง อาการนั้นทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานบ่อยครั้ง 4 หมายถึง อาการนั้นทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานเกือบตลอดเวลา

คะแนนที่เป็นไปได้ในแต่ละมิติคือ 0 – 112 คะแนน คะแนนที่มาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้สึกทุกข์ทรมานมากและอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมาก ข้อคำถามเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการจะเป็นคำถามปลายเปิดเป็นกลวิธีที่ใช้ในการแก้ไข บรรเทาอาการที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์เป็นแบบตัวเลือก 2 คำตอบคือ อาการดีขึ้น และอาการไม่ดีขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามประสบการณ์อาการ กลวิธีจัดการอาการและผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลเฉพาะทาง ด้านโรคไตจำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ .98 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเฉพาะส่วนของประสบการณ์อาการไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ค่าที่ได้นำมาคำนวณหาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า .78 สำหรับการศึกษาครั้งนี้คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อผู้วิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา แล้ว ผู้วิจัยประสานขอข้อมูลรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของโรงพยาบาล จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบแพทย์และพยาบาลหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล

2. เมื่อถึงวันตรวจตามนัด ขณะกลุ่มตัวอย่างรอรับการตรวจบริเวณแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 15–20 นาที ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัยจะเซ็นใบยินยอมไว้เป็นหลักฐาน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในสถานที่ที่มีเสียงรบกวนน้อยที่สุด ใกล้ห้องตรวจและเก็บข้อมูลครั้งละ 1 คน โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หากผู้ป่วยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ในระหว่างการตอบแบบสอบถามหากแพทย์เรียกตรวจ ผู้วิจัยแจ้งผู้ป่วยว่าสามารถเข้าไปตรวจได้ ไม่ต้องกังวล ภายหลังตรวจเสร็จขณะรอรับยา ผู้วิจัยจึงจะขอให้ตอบแบบสอบถามต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดความกังวลใจ เมื่อผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามให้เรียบร้อย

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย โดยประสานขอข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกอายุรกรรม เมื่อได้ข้อมูลจึงนำมาลงบันทึกในแบบสอบถามด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive research) ในรูปแบบการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด สูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ข้อมูลประสบการณ์อาการ และวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับ
กลวิธีจัดการอาการและผลลัพธ์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาอย่างง่าย

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน 2559 – กุมภาพันธ์ 2560 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 78 คน ได้แบบสอบถามกลับมาครบถ้วน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด สูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีอายุเฉลี่ย 46.87 ปี (อายุ 18-60 ปี, $SD = 11.75$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51.3) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 57.7) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52.6) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	40	51.30
ชาย	38	48.70
อายุ ($M = 46.87$ ปี, $SD = 11.75$, $Max-Min = 18-60$ ปี)		
สถานภาพสมรส		
คู่ (จดทะเบียน)	45	57.70
โสด	15	19.20
อยู่ด้วยกัน (ไม่ได้จดทะเบียน)	8	10.30
แยกกันอยู่/หย่าร้าง/เลิก	7	9.00
หม้าย	3	3.80
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	41	52.60
มัธยมศึกษา	21	26.90
วิชาชีพ/อนุปริญญา	8	10.30
ปริญญาตรี	6	7.70
ไม่ได้เรียน	2	2.60

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังเฉลี่ย 23.08 เดือน ($SD = 15.01$) น้ำหนักเฉลี่ย 66.70 กิโลกรัม ($SD = 14.18$) ส่วนสูงเฉลี่ย 160.38 เซนติเมตร ($SD = 8.78$) โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 88.50) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามลักษณะข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไต ($M = 23.08$ เดือน, $SD = 15.01$, $Max = 73$, $Min = 3$)		
น้ำหนัก ($M = 66.7$ กิโลกรัม, $SD = 14.18$)		
ส่วนสูง ($M = 160.38$ เซนติเมตร, $SD = 8.78$)		
โรคร่วม *		
ความดันโลหิตสูง	69	88.50
ภาวะไขมันในเลือดสูง	38	48.70
เบาหวาน	25	32.10
หลอดเลือดหัวใจ	3	3.80
เกาท์	3	3.80
มะเร็ง	3	3.80

*สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

กลุ่มตัวอย่างทุกคน (ร้อยละ 100) ได้รับการตรวจอัตราการกรองของไต (Estimated glomerular filtration rate [eGFR]) และครีเอตินิน รองลงมา คือ โซเดียม (Sodium [Na]) โพแทสเซียม (Potassium [K]) และ คลอไรด์ (Chloride [Cl]) ในจำนวนที่เท่ากันคือร้อยละ 97.44 ส่วนการตรวจอัลบูมิน (Albumin [Alb]) ได้รับการตรวจน้อยที่สุด (ร้อยละ 16) รองลงมาคือการตรวจส่วนประกอบของเม็ดเลือดแดงฮีโมโกลบิน (Hemoglobin [Hgb]) จำนวนเม็ดเลือดขาว (White blood cell [WBC]) และจำนวนเกล็ดเลือด (Platelet [PLT]) ในจำนวนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 29 รายละเอียดของผลการตรวจดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของผู้ที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการตรวจจำแนกตามข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	จำนวน	(ร้อยละ)	Mean (SD)	Min-max
eGFR (ปกติ > 90 ml./min./ 1.73 m ²)	78	(100.00)	32.02 (13.44)	15.00-59.00
Cr (ปกติ 0.6-1.2 mg/dl)	78	(100.00)	2.56 (1.53)	1.10-8.77
BUN (ปกติ 12-20 mg/dl)	50	(64.10)	31.63 (13.69)	14.50-75.00
Alb (ปกติ 3.5-5 g/L)	16	(20.51)	4.04 (0.61)	2.30-4.80
Na (ปกติ 135-145 mEq/l)	76	(97.44)	137.97 (3.19)	121.00-144.00
K (ปกติ 3.5-5.5 mEq/l)	76	(97.44)	4.20 (0.55)	2.88-5.98
Cl (ปกติ 95-105 mEq/l)	76	(97.44)	102.59 (3.95)	84.00-112.00
Hgb (ปกติ 12-16 g/dl)	29	(37.18)	10.42 (1.96)	6.40-14.50
Hct (ปกติ 37-47 %)	35	(44.87)	32.82 (6.62)	19.10-50.00
WBC (ปกติ 5,000-10,000 cell/mm ³)	29	(37.18)	9,182.75 (3,627.97)	4,600-22,000
PLT (ปกติ 140,000-400,000 cell/mm ³)	29	(37.18)	249,172.41 (68,340.04)	153,000-438,000

ประสบการณ์อาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4

ประสบการณ์อาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรกที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ ได้แก่ รู้สึกอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง (ร้อยละ 66.70) มีอาการปวดตามร่างกาย/ปวดกล้ามเนื้อ/ปวดกระดูก (ร้อยละ 65.40) ปัสสาวะเป็นฟอง (ร้อยละ 48.70) ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (ร้อยละ 41) ผิวแห้ง (ร้อยละ 41) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของประสบการณ์อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4

ประสบการณ์อาการ	จำนวน	ร้อยละ
1. รู้สึกอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง	52	66.70
2. มีอาการปวดตามร่างกาย/ปวดกล้ามเนื้อ/ปวดกระดูก	51	65.40
3. ปัสสาวะเป็นฟอง	38	48.70
4. ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน	32	41.00
5. ผิวแห้ง	32	41.00

ความถี่ของอาการสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ปัสสาวะเป็นฟอง ($M = 3.05$, $SD = 1.27$) ชาปลายมือ/ปลายเท้า ($M = 2.54$, $SD = 1.02$) ปัสสาวะสีเข้ม ($M = 2.50$, $SD = 1.30$) เบื่ออาหาร ($M = 2.40$, $SD = 1.51$) คิดช้า/ตอบสนองช้า ($M = 2.38$, $SD = .87$)

ความรุนแรงของอาการสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ปัสสาวะเป็นฟอง ($M = 3.05$, $SD = 1.27$) หายใจลำบาก/แน่นหน้าอก ($M = 2.13$, $SD = 1.35$) ผิวน้ำ ($M = 2.00$, $SD = 1.41$) ผื่น ($M = 1.91$, $SD = .96$) ชาปลายมือ/ปลายเท้า ($M = 1.88$, $SD = 1.11$)

ความทุกข์ทรมานของอาการสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ผิวน้ำ ($M = 1.50$, $SD = 2.12$) วิดกกังวล ($M = 1.48$, $SD = 1.16$) หายใจลำบาก/แน่นหน้าอก ($M = 1.38$, $SD = 1.76$) วิงเวียนศีรษะ/มึนงง/บ้านหมุน ($M = 1.24$, $SD = 1.12$) เบื่ออาหาร ($M = 1.20$, $SD = 1.78$) ค่าต่ำสุดสูงสุดของคะแนนเฉลี่ยความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมานของทุกอาการอยู่ระหว่าง 1.00-3.05 คะแนน, 1.00-3.05 คะแนน และ 0.00-1.50 คะแนน ตามลำดับ

กลวิธีจัดการอาการและผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4

กลวิธีจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในอาการที่มีประสบการณ์สูงสุด 5 อันดับแรก ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละของกลวิธีจัดการอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 จำแนกตามประสบการณ์อาการ

ประสบการณ์อาการ	กลวิธีจัดการอาการ
1. รู้สึกอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง (ร้อยละ 66.7)	นอน นั่งพัก เดินออกกำลังกาย ดื่มน้ำ ทำงานเบาๆ ใช้น้ำอุ่น คุยกับคนอื่น ให้เลือด ทายาหม่อง ใช้น้ำหอม
2. มีอาการปวดตามร่างกาย/ปวดกล้ามเนื้อ/ ปวดกระดูก (ร้อยละ 65.4)	นวด นั่งพัก นวดน้ำมัน ลูกเปลี่ยนท่า รับประทานยาแก้ปวด นอน รับประทานยาสมุนไพร ออกกำลังกาย ใช้ลูกประคบ ใช้เครื่องนวด ไฟฟ้า ใช้น้ำมันวดภายนอก นวดกดจุด รับประทานยาชุด ใช้หมอน รองบริเวณที่ปวด
3. ปัสสาวะเป็นฟอง (ร้อยละ 48.7)	ไม่ทำอะไร รับประทานไข่ขาว
4. ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (ร้อยละ 41)	ไม่ทำอะไร ก่อนนอนดื่มน้ำน้อยลง
5. ผื่น ($SD = 1.41$)	ทาโลชั่น ทาครีม ทาน้ำมันทาผิว ดื่มน้ำ ไม่ทำอะไร

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วัยผู้ใหญ่ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังมาแล้วเฉลี่ย 23.08 เดือน โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการตรวจเลือดเพื่อประเมินการทำงานของไต สำหรับประสบการณ์อาการพบว่าทั้งหมด 27 อาการ แต่มีเพียง 5 อาการเท่านั้นที่พบได้บ่อยที่สุดและมีกลวิธีจัดการอาการที่หลากหลาย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายและโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือเบาหวานและความดันโลหิตสูงสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของอนุชา ไทยวงษ์ และคณะ (2560) อาจเป็นเพราะสาเหตุของการเกิดของโรคไตเรื้อรังที่สำคัญมาจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งพบในกลุ่มเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (สุพัตรา ศรีวิเศษชากร, 2560) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 46.87 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Ong-ajyooth, Vareesangthip, Khonputsa, and Aekplakorn (2009) ซึ่งทำการศึกษาในคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 3,117 คน พบความชุกของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในช่วงอายุ 40-59 ปี เท่ากับร้อยละ 7.5 ซึ่งแตกต่างจากบางงานวิจัยที่มักพบผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (เพ็ญศรี จิตจันทร์ และคณะ, 2554; อนุชา ไทยวงษ์ และคณะ, 2560) เนื่องจากการศึกษานี้กำหนดช่วงอายุกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 18-60 ปี ทำให้อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังอยู่ระหว่าง 3 - 73 เดือน ($SD = 15.01$) โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 88.5) สอดคล้องกับสถิติองค์การอนามัยโลกที่ว่าประชากรวัยผู้ใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.13 พันล้านคนเทียบเท่ากับประชากรวัยผู้ใหญ่ 1 คน ใน 3 คน ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งความดันโลหิตสูงเป็นได้ทั้งสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังและอาจเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการเสื่อมของไต หลอดเลือดที่มีแรงดันเลือดสูงจะส่งผลให้ไตสูญเสียการควบคุมแรงดันของหลอดเลือดฝอยการกรองปัสสาวะผิดปกติมีโปรตีนรั่ว ไตอักเสบ จนเกิดพังผืด (Fibrosis) ไตจึงเสื่อมลง (มณีนันท์ จิรปภา, 2557) จึงอาจพบว่าผู้ป่วยจะมีการแสดงชัดเจนมากขึ้นในระยะที่ 3 และ 4 โรคร่วมที่พบบรองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวานที่ทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดกลomerulus (Glomerulus) หลอดเลือดแข็งขึ้นทำให้เกิดแรงต้านทานภายในหลอดเลือดที่สูงขึ้น ไตจึงได้รับเลือดน้อยลงจนเกิดไตเสื่อม ซึ่งโรคเหล่านี้หากขาดการควบคุมและการจัดการกับโรคที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด (ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2557)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการแต่ละรายได้รับการตรวจแต่ละชนิดและจำนวนครั้งแตกต่างกัน ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาตามความเหมาะสม แต่ทุกรายได้รับการตรวจค่าอัตราการกรองของไตและค่าครีเอตินินในทุกครั้งที่มาพบแพทย์เนื่องจากเป็นวิธีการประเมินความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่สะดวกเหมาะที่จะใช้ในทางปฏิบัติ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558) และได้รับการตรวจส่วนประกอบของเม็ดเลือดแดง การตรวจเม็ดเลือดแดงอัดแน่นผลต่ำกว่าปกติ อาจเนื่องจากความผิดปกติของฮอร์โมน ทำให้การสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง และ เม็ดเลือดแดงอายุสั้นลง ทำให้เกิดอาการอ่อนล้า อ่อนเพลียจากภาวะโลหิตจาง บางรายอาจมีอาการเบื่ออาหารร่วมด้วยทำให้ปัจจัยในการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง จึงได้รับยาบำรุงเลือดเพื่อช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดง กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจประเมินการทำงานของไตเป็นประจำและแพทย์ได้ป้องกันภาวะผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น โดยการให้ยาที่ใช้ในการควบคุมสมดุลกรดด่าง ผลการตรวจสมดุลแร่ธาตุ อิเล็กโทรลัยต์จึงอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ผลการศึกษาประสบการณ์อาการพบว่า ประสบการณ์อาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้มากที่สุด ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง (ร้อยละ 66.70) อธิบายได้ว่า พยาธิสภาพของโรคไตเรื้อรัง ทำให้ไตเสียหน้าที่ใน

การสร้างฮอร์โมนอีริโทรพอยติน (Erythropoietin) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย Hgb และ Hct ต่ำกว่าค่าปกติเมื่อใดก็ตามทำให้เกิดความผิดปกติของการสร้างฮอร์โมนอีริโทรพอยติน กระตุ้นไขกระดูกให้สร้างเม็ดเลือดแดงลดลง เกิดภาวะโลหิตจางส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้าอ่อนเพลียตามมา (เพ็ญศรี จิตจันทร์ และคณะ, 2554) นอกจากนี้ยังพบว่า อาการปวดตามร่างกาย/ปวดกล้ามเนื้อ/ปวดกระดูก เป็นอาการที่พบได้บ่อยรองลงมาจากอาการอ่อนเพลีย ซึ่งอาการนี้เกิดจากร่างกายสลายแคลเซียมจากกระดูกเข้าสู่กระแสเลือด จึงพบภาวะกระดูกเปราะหักง่าย มีการอักเสบบริเวณรอบข้อ และปวดกระดูกและข้อ การเคลื่อนไหวไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อาการของโรคกระดูกจะปรากฏขึ้นเมื่อเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นต้นไป (ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2557) อาการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเป็นฟอง พบเป็นลำดับถัดมา และยังพบว่าอาการปัสสาวะเป็นฟองมีความถี่และความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นมากที่สุด ซึ่งอาการปัสสาวะเป็นฟองเป็นตัวบ่งบอกพยาธิสภาพที่ไตตั้งแต่ระยะแรก และมักเกิดร่วมกับอาการบวมตามร่างกาย แขน ขา ปลายมือ ปลายเท้า เนื่องจากค่าอัลบูมินในเลือดต่ำและมีของเสียคั่งในร่างกาย (มณีรัตน์ จิรปภา, 2557) กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการปัสสาวะเป็นฟอง มีความถี่และความรุนแรงของอาการมากเป็นลำดับ 1 อาจเนื่องจากเป็นอาการที่เกิดขึ้นตลอดเวลาและไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ในมิติของความทุกข์ทรมานพบว่าอาการผิวซีด พบเป็นลำดับที่ 1 อาจเกิดจากภาวะโลหิตจาง สอดคล้องกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่ามีค่าเฉลี่ยของ Hgb และ Hct ต่ำกว่าปกติเมื่อพิจารณาอาการที่พบ ส่วนใหญ่มีความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตระยะเริ่มต้น อายุเฉลี่ยค่อนข้างน้อยและยังได้รับยาบางชนิดเพื่อป้องกันและชะลอไม่ให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น

สำหรับกลวิธีจัดการอาการ เมื่อเรียงลำดับจากมากไปน้อย 5 อันดับแรกได้แก่ กลวิธีจัดการอาการอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง กลวิธีจัดการอาการปวดตามร่างกาย/ปวดกล้ามเนื้อ/ปวดกระดูก กลวิธีจัดการอาการปัสสาวะเป็นฟอง กลวิธีจัดการอาการปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน และกลวิธีจัดการอาการผิวแห้ง จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษากลวิธีจัดการอาการเหล่านี้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ผู้วิจัยจึงใช้การอภิปรายผลกลวิธีจัดการอาการในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นที่เกิดอาการแบบเดียวกัน

กลุ่มตัวอย่างจัดการอาการอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง ด้วยการนอนพักมากที่สุด อาจเนื่องจากเป็นวิธีการที่สะดวกและได้ผลดี สามารถทำได้ง่ายด้วยตนเอง เช่นเดียวกับวิธีการนึ่งพัก อีกทั้งการนอนหลับเป็นกลไกวิธีการทางธรรมชาติที่ทำให้ร่างกายและสมองได้พัก รักษาสมดุลของฮอร์โมนต่างๆ พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของอาการอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง มาจากการนอนพักผ่อนไม่เพียงพอ (ดวงรัตน์ มนโธสง, 2553) นอกจากการนอน นึ่งพักแล้ว กลุ่มตัวอย่างเลือกจัดการอาการด้วยการออกกำลังกาย ซึ่งช่วยให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ได้เพียงพอ ร่างกายหลั่งสารเอ็นเคอร์ฟิน (Endorphin) ทำให้รู้สึกสดชื่นและยังทำให้หลับสบายขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลวิธีจัดการอาการปวดตามร่างกาย/ปวดกล้ามเนื้อ/ปวดกระดูก ที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุดคือ การนวด แตกต่างจากการศึกษาของเพลินพิศ ธรรมนิภา และคณะ (2557)

ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างจัดการกับอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ/ข้อ โดยการรับประทานยาแก้ปวด ซึ่งสามารถลดความทุกข์ทรมานและทำให้อาการปวดหมดไป แต่วิธีการนวด ประคบร้อนเย็น นอนพัก จะเป็นเพียงการทุเลาอาการเท่านั้น อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมะเร็งมีการดำเนินของโรคที่รุนแรงกว่าจำเป็นต้องใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวด นอกจากนี้จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางรายใช้ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณอื่นๆ ในการจัดการอาการ จึงควรได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมจากแพทย์ผู้ดูแลก่อนการใช้ เนื่องจากอาจเกิดผลเสียต่อไตและส่งผลกระทบต่อการรักษาได้ (มณีนันท์ จีรปปภา, 2557)

สำหรับอาการทางระบบทางเดินปัสสาวะ คือ อาการปัสสาวะเป็นฟอง และอาการปัสสาวะบ่อย ตอนกลางคืน เกิดจากมีการสูญเสียไฮโดรอิเล็กตรอน (Diurnal rhythm) และพบว่าการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนแอนติไคยูเรติก (Antidiuretic hormone) ในพลาสมา ทำให้ได้เพิ่มการสร้างน้ำปัสสาวะช่วงเวลากลางคืน (ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2557) และโรคร่วมของกลุ่มตัวอย่าง เช่น โรคเบาหวานที่ทำให้ต้องขับน้ำตาลออกมาทางปัสสาวะมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างเลือกที่จะไม่ทำอะไร อาจเป็นเพราะไม่สามารถจัดการกับอาการนี้ได้ด้วยตนเองและทราบว่าเป็นอาการที่สามารถพบได้หากโรคยังคงดำเนินอยู่ อย่างไรก็ตามวิธีการจัดการอาการปัสสาวะเป็นฟอง ปัสสาวะบ่อยด้วยการไม่ทำอะไรที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ยังไม่ถูกต้อง เพราะอาการดังกล่าวบ่งบอกถึงภาวะความเสื่อมของไตมากขึ้น จึงควรได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมโดยแนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตให้เป็นปกติ มาพบแพทย์และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด (ศิริลักษณ์ ฤงทอง, 2561)

สำหรับอาการผิวหนัง เป็นอาการที่เกิดจากต่อมไขมันใต้ผิวหนังทำงานลดลง เนื่องจากพิษของภาวะยูเรเมีย (Uremic toxins) และจากกระบวนการแคลเซียม ฟอสเฟต พรีซิพิตชัน (calcium-phosphate precipitation) กระตุ้นให้มีการหลั่งฮิสตามีน (Histamine) จะทำให้เกิดอาการคันตามมา (ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์, 2557) ซึ่งเป็นอาการที่สัมพันธ์กัน กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้การทาโลชั่น ครีม น้ำมันทาผิว เพื่อจัดการกับอาการผิวหนัง ส่วนอาการคันกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเกา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพนัญญา ขันดิจิตร และคณะ (2556) ที่พบว่ากลวิธีจัดการกับอาการคันได้ดีที่สุดคือการใช้มือ/ผ้า/ไม้เกาหลัง เกาเบาๆ บริเวณที่คัน ทั้งนี้การจัดการอาการคันด้วยการเกาอาจทำให้ผิวหนังมีการอักเสบและติดเชื้อมากขึ้น จึงควรแนะนำให้หลีกเลี่ยงการเกา ตัดเล็บให้สั้น ทำความสะอาดร่างกายด้วยสบู่ชนิดอ่อน ทาโลชั่น บางๆ เพื่อป้องกันผิวหนังแห้ง ถ้าอาการไม่รุนแรงให้รับประทานยาในกลุ่มยาแก้แพ้ตามคำแนะนำของแพทย์ แต่หากรุนแรงควรแก้ไขโดยการไปพบแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาบรรเทาอาการอย่างเหมาะสม

ผลลัพธ์การจัดการอาการ แบ่งเป็น 2 ตัวเลือก คือ อาการดีขึ้นภายหลังจัดการอาการ และอาการไม่ดีขึ้นภายหลังจัดการอาการพบว่า ผู้ป่วยใช้หลายวิธีร่วมกัน ทำให้อาการดีขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่นิยมจัดการอาการด้วยตนเองก่อนการใช้ยาหรือพึ่งพาหัตถการทางการแพทย์ในการบรรเทาอาการ บางอาการเมื่อเกิดแล้วส่งผลต่ออีกอาการ ผู้ป่วยบางรายมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อจัดการกับอาการ มีการแสวงหาภูมิปัญญาพื้นบ้านหรือแม้กระทั่งยาสมุนไพรมาเพื่อการจัดการอาการ การจัดการอาการที่เกิดขึ้นจึงต้องมีการผสมผสานหลากหลายวิธีด้วยกัน และบางอาการใช้หลักการทางพระพุทธศาสนาช่วยบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นอีกด้วย

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 พบว่ามีประสบการณ์อาการ 27 อาการ อาการที่ผู้ป่วยรับรู้มากที่สุด 5 ลำดับแรกได้แก่ รู้สึกอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง ปวดตามร่างกาย/ปวดกล้ามเนื้อ/ปวดกระดูก ปัสสาวะเป็นฟอง ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน และผิวแห้ง เมื่อแบ่งตามมิติความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน พบว่าปัสสาวะเป็นฟองมีความถี่และความรุนแรงสูงสุด ผิวซีดมีความทุกข์ทรมานสูงสุด ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายมีกลวิธีจัดการอาการที่แตกต่างกันและใช้หลากหลายวิธีร่วมกัน พยาบาลสามารถประเมินอาการที่พบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะนี้และควรให้ความสำคัญต่อการจัดการอาการที่พบบ่อยทั้ง 5 อาการ โดยเฉพาะอาการปัสสาวะเป็นฟองที่ผู้ป่วยไม่มีการจัดการอาการใดๆ ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรให้ข้อมูลอาการเริ่มแรกของโรคไตเรื้อรัง พร้อมทั้งแนะนำวิธีการจัดการอาการที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอื่นๆ เพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของไตและมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ
2. ควรมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่จัดการอาการโดยการ “ไม่ทำอะไร” ซึ่งอาจวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อให้ข้อมูลกับผู้ป่วยจัดทำคู่มือ แผ่นพับ รวมถึงการที่แพทย์ พยาบาลให้คำแนะนำที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในการดูแลตนเอง และมาพบแพทย์ก่อนวันนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ

ด้านการทบทวน

1. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาประสบการณ์อาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อให้ได้ข้อมูลด้านการรับรู้ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยมากขึ้น
2. จากผลการศึกษานี้ ควรมีการศึกษาเชิงทดลองการพัฒนาโปรแกรมในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นและนำไปใช้จริง

เอกสารอ้างอิง

- กรวรรณ ปานแพ, อรวรรณ ศรียุคศุข, และรัตนา ชวนะสุนทรพจน์. (2554). ประสบการณ์การมีอาการเบื่ออาหาร กลวิธีการจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(2), 59-66.
- จุฑามาศ เทียนสะอาด, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, และนพวรรณ พินิจจรเดช. (2560). การรับรู้ภาวะจากอาการภาระค่าใช้จ่าย กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 23(1), 60-77.
- ดวงรัตน์ มนโธสง. (2553). *ประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า กลวิธีการจัดการกับอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์. (2557). Chronic Kidney Diseases. ใน บัญชา สถิระพจน์, อำนาง ชัยประเสริฐ, เวนาณิตย์ นาทา, ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, อุปถัมภ์ ศุภสินธุ์, และพรรณบุปผา ชูวิเชียร (บรรณาธิการ), *Essential Nephrology, second edition* (หน้า 451-471). กรุงเทพฯ: น้าอักษร.
- พนัญญา ชันติจิตร, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, และบัวหลวง ลำแดงฤทธิ์. (2556). อาการคันผิวหนัง กลวิธีจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 31*(1), 34-42.
- เพ็ญศรี จิตต์จันทร์, เขมรดี มาสิงบุญ, และสุภาภรณ์ ค้วงแพง. (2554). ปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารสภาการพยาบาล, 26*(2), 86-99.
- เพลินพิศ ธรรมนิภา, พรรณทิพย์ คนซื่อ, และสุนิตย์ ธีรศักดิ์วิชา. (2557). การรับรู้อาการและการจัดการกับอาการข้างเคียงของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับการบำบัดด้วยเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 32*(1), 28-38.
- มณีรัตน์ จิรปภา. (2557). การชะลอไตเสื่อมจากวัยผู้ใหญ่ถึงวัยผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 20*(2), 5-16.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2558). *คำแนะนำการดูแลโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: เบอริงเกอร์ อินเทลโลมี.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2560). สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและโรคหลอดเลือด) ในประเทศไทยในระยะ 5 ปี (2553-2557). *วารสารควบคุมโรค, 43*(4), 379-390.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สถิติสาธารณสุข ปี 2558*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2558). *รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556*. นนทบุรี: เดอะกราฟิกซิสเต็มส์.
- ศิริลักษณ์ ถูทอง. (2561). บทบาทพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 1*(1), 46-57.
- อนุชา ไทยวงษ์, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35*(3), 120-128.
- Agarwal, R. (2010). Developing a self-administered CKD symptom assessment instrument. *Nephrology, Dialysis, Transplantation, 25*(1), 160–166. doi: 10.1093/ndt/gfp426
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *National Chronic Kidney Disease Fact Sheet, 2017*. Retrieved from https://cdc.gov/kidneydisease/pdf/idney_factsheet.pdf
- Dodd, M., Jason, S., Facione, N., Faucet, J., Froelicher, S.E., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advance Nursing, 33*(5), 668-676. doi: org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697

- Ingsathit, A., Thakkinstian, A., Chaiprasert, A., Sangthawan, P., Gojaseni, P., Kiattisunthorn, K., ... Singh, A. K. (2010). Thai-SEEK Group. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant*, 25(5), 1567-75. doi: 10.1093/ndt/gfp669
- Israel, G. D. (1992). *Determining Sample size*. Retrieved from http://www.gjimt.ac.in/web/wp-content/uploads/2017/10/2_Glenn-D.-Israel_Determining-Sample-Size.pdf
- Lee S. J., & Jeon, J. (2015). Relationship between symptom clusters and quality of life in patients at stages 2 to 4 chronic kidney disease in Korea. *Applied Nursing Research*, 28(4), 13-19. doi.org/10.1016/j.apnr.2015.03.004
- Murphy, E. L., Murtagh F. E., Carey, I., & Sheerin, N. S. (2009). Understanding symptoms in patients with advanced chronic kidney disease managed without dialysis: use of a short patient-completed assessment tool. *Nephron Clinical Practice*, 111(1), 74-80. doi: 10.1159/000183177
- Ong-ajyooth, L, Vareesangthip K, Khonputsa P & Aekplakorn W. (2009). Prevalence of chronic kidney disease in Thai adults: a national health survey. *BMC Nephrology*, 10(35). doi.org/10.1186/1471-2369-10-35
- Portenoy, R. K., Thaler H. T., Kornblith, A. B., Lepore, J. M., Friedlander-Klar, H., Kiyasu, E., ... Scher, H. (1994). The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *European Journal of Cancer*, 30(9), 1326-1336.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก ต่อการรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก และน้ำหนักตัว ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีน้ำหนักตัวเกิน

พาวิณี ไพรวรรณ, พย.บ.¹

ชุลีกร คำนุทธศิลป์, ศ.ค.²

อุมพร ห่านรุ่งชโรทร, Ph.D.²

(วันที่รับต้นฉบับ: 19 มิถุนายน 2561; วันที่แก้ไข: 29 มิถุนายน 2561; วันที่ตอบรับ: 3 กรกฎาคม 2561)

บทคัดย่อ

น้ำหนักตัวเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก (Self-Efficacy Promoting Program for Weight Control [SEPP-WC]) ต่อการรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก และน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีน้ำหนักตัวเกิน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 24 ราย โดยจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย และคะแนนอาการปวดเข่า เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรม SEPP-WC และแผนการสอนเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตน ($\alpha = .79$) แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก ($\alpha = .81$) และเครื่องชั่งน้ำหนัก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม SEPP-WC เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(23) = -16.91, p < .05$, $t(23) = -12.92, p < .05$ แต่มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(23) = 6.09, p < .05$ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(23) = 12.34, p < .05$, $t(23) = 6.46, p < .05$ แต่ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวต่ำลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(23) = -14.59, p = .15$ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรม SEPP-WC ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักให้กับผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานได้ จึงควรนำไปจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพดังกล่าวเพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนัก

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม, น้ำหนักตัวเกิน, โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน, การรับรู้ความสามารถของตนเอง, พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

¹พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าฉนวน จังหวัดสุโขทัย

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹Corresponding author: พาวิณี ไพรวรรณ, Email: phawinee.rn1@gmail.com

Effects of a Self- Efficacy Promoting Program on Perceived Self Efficacy, Weight Control Behaviors, and Body Weight Among Overweight Patients with Osteoarthritis

Phawinee Phaiwan, B.N.S.¹

Chuleekorn Danyuthasilpe, Dr.P.H.²

Umaporn Hanrungharotorn, Ph.D.²

(Received: June 19th, 2018; Revised: June 29th, 2018; Accepted: July 3rd, 2018)

Abstract

Body weight is one of the most important risk factors of osteoarthritis. This quasi- experimental research aimed to study the effect of a Self-efficacy Promoting Program for Weight Control (SEPP-WC) on perceived self-efficacy, weight control behaviors, and body weight among overweight patients with osteoarthritis. Forty-eight participants were purposively selected based on criteria and then assigned into the experimental or comparison group (24 persons per group). The researcher used the matching pair technique to assure similar attributes in terms of gender, age, body mass index, and the osteoarthritis scores. The research interventions were the SEPP-WC and care plan. Data were collected using the Perceived Self-efficacy Questionnaire ($\alpha = .79$), Weight Control Behavior Questionnaire ($\alpha = .81$), and a weighing scale. The experimental group received the SEPP-WC for 12 weeks, while the comparison group received routine care. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test and paired t-test. The results revealed that, after the intervention, the experimental group had statistically significant higher mean scores for perceived self-efficacy and weight control behaviors, $t(23) = -16.91, p < .05$, $t(23) = -12.92, p < .05$, but their mean scores for body weight control were statistically significant lower, $t(23) = 6.09, p < .05$. The experimental group had statistically significant higher mean scores for perceived self-efficacy and weight control behaviors than the comparison group, $t(23) = 12.34, p < .05$, $t(23) = 6.46, p < .05$, but the mean score for their body weights were not statistically significant lower, $t(23) = -14.59, p = .15$. The findings indicate that the SEPP-WC can be successfully applied to enhance the confidence of overweight patients with osteoarthritis with regard to weight control.

Keywords: osteoarthritis patients, overweight, a self-efficacy promoting program, self- efficacy, weight control behavior

¹Registered Nurse, Health Promotion Hospital, Thachanuan district Sukhothai province

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University.

¹Corresponding author: Phawinee Phaiwan, Email: phawinee.rn1@gmail.com

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม (Knee Osteoarthritis) เป็นโรคข้อเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ (ราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2554) ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทั่วโลกกว่า 400 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 50 ในอีก 20 ปีข้างหน้า (World Health Organization, 2015) สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่า 6 ล้านคน โดยพบในเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ถึงร้อยละ 40 และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี (มูลนิธิโรคข้อ, 2558) ในเขตภาคเหนือตอนล่างพบโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นลำดับที่ 6 ของสิบอันดับโรคที่ทำให้เกิดทุพพลภาพ (ระบบข้อมูลเขตสุขภาพที่ 2, 2559) และในเขตอำเภอคลองไกรลาศจังหวัดสุโขทัยมีอัตราป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมต่อประชากรแสนคน ระหว่างปี พ.ศ. 2557 -2559 เท่ากับ 1,065 1,334 และ 1,390 ตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิมากกว่าร้อยละ 80 (กลุ่มงานเวชสถิติโรงพยาบาลกงไกรลาศ, 2559) โรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิเกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่กระดูกอ่อนผิวข้อ ทำให้มีการเพิ่มแรงเสียดสีและแรงเค้น เกิดการส่งเสริมการทำลายกระดูกอ่อนผิวข้อ (Muak, 2010 อ้างถึงใน กิตทาพร ลือลาภ, 2557) ปัจจัยเสี่ยงของโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ได้แก่ อายุ (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2558) น้ำหนักตัว (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ทำให้ข้อถูกกดทับมากขึ้น เช่น การนั่งคุกเข่า การนั่งยอง ๆ และการนั่งพับเพียบเป็นระยะเวลานาน หรือการยกของหนัก (วิวัฒน์ จนะวิศิษฐ์, 2554) หากมีการลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว จะช่วยชะลอความเสื่อมของข้อเข่าลง

การควบคุมน้ำหนักและการออกกำลังกายเป็นวิธีการที่ช่วยชะลอความเสื่อมของโรคข้อเข่าเสื่อม (วิธดา อรรถเมธากุล, 2556) สำหรับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินควรได้รับการส่งเสริมให้ลดน้ำหนัก ร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวเดิมต่อสัปดาห์ หรือประมาณ 0.5 – 1 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ (สำนักโภชนาการ, 2555) อย่างไรก็ตาม ผลจากการลดน้ำหนักโดยการเลือกควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียว อาจทำให้ผู้ป่วยเสียมวลกล้ามเนื้อ และทำให้กล้ามเนื้อรอบเข่าไม่แข็งแรง อาการปวดเข่ากำเริบมากขึ้น จึงทำให้เคลื่อนไหวน้อยลง หรือไม่ยอมเคลื่อนไหว ส่งผลให้มีการเสื่อมของข้อและมีกล้ามเนื้อลีบ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายกล้ามเนื้อรอบเข่า (Quadriceps femoris)ควบคู่กับการควบคุมอาหาร เพื่อเพิ่มความแข็งแรงและช่วยผ่อนแรงกระดูกที่กระทบกับข้อเข่าโดยตรง ชะลอความเสื่อมและยืดอายุการใช้งานของข้อเข่า (ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์, 2552)

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เข้ารับบริการโรงพยาบาลกงไกรลาศในรอบ 1 ปี (จากวันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2559) ร้อยละ 66.7 (กลุ่มงานเวชสถิติโรงพยาบาลกงไกรลาศ, 2559) และการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการประกอบอาชีพทำการเกษตร ต้องยกของหนัก เดินไกล และยังมีขนบธรรมเนียมที่ต้องนั่งคุกเข่า นั่งพับเพียบ หรือขัดสมาธิบ่อย ๆ (กลุ่มงานเวชสถิติโรงพยาบาลกงไกรลาศ, 2559) ซึ่งเป็นท่าที่ทำให้ข้อเข่าถูกกดทับเอ็นกล้ามเนื้อถูกยืดมากที่สุดและทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงข้อเข่าติดขัด หากผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีรูปร่างอ้วนแล้ว ข้อเข่าจะต้องแบกรับน้ำหนักส่วนเกินมากขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหว

ของข้อผิดพลาด และเกิดการอักเสบของกล้ามเนื้อรอบเข่าตามมาได้ (รัตนาวลี ภักดีสมัย และพนัญญา พานิชชีวะกุล, 2555)

Bandura (1997) ได้เสนอแนวคิดว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการมุ่งมั่นในการปฏิบัติไปสู่จุดหมายเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองจะมีอิทธิพลต่อการเลือกกิจกรรมต่าง ๆ และพยายามที่จะกระทำกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง (Bandura, 1997 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) ซึ่งจากการศึกษาของ สุภาณี แสงกระจ่าง (2557) พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของเบรนดูราเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองที่เป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีน้ำหนักต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และจากการศึกษาของ วรรัตน์ สุขคุ้ม (2551) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อมเรื้อรังและความสำเร็จในการนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะมาปรับพฤติกรรมการบริโภคและการควบคุมน้ำหนักดังกล่าว ผู้วิจัยจึงจัดทำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนขึ้นเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีน้ำหนักเกิน จากการได้รับความสามารถของตนเองถึงการควบคุมน้ำหนัก โดยการรับประทานอาหารตามหลักทรงโภชนาการเพื่อลดน้ำหนัก บริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าให้มีความแข็งแรงสม่ำเสมอ ส่งผลให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีขึ้น จนสามารถควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน กล้ามเนื้อรอบเข่าแข็งแรงจนสามารถช่วยพยุงข้อเข่าได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ไม่เกิดภาวะพึ่งพาและเป็นภาระแก่ครอบครัวและชุมชน

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถแห่งตน พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก และน้ำหนักตัว ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก และน้ำหนักตัว หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานของการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก มีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักสูงกว่าก่อนการทดลอง

3. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก

มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวน้อยกว่าก่อนการทดลอง

4. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

5. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

6. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง สองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลปกติจากโรงพยาบาลชุมชน ระยะเวลา 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อาศัยอยู่ในเขตอำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย มารับบริการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 – เดือนกันยายน 2559 รวมจำนวน 624 คน คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ.05 ระดับอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ .80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 21 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Pilot & Hungler, 1999 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยันทรากร, 2553) ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 24 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มเลือก 2 ตำบล จาก 11 ตำบล และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ และระยะเวลาเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมไม่เกิน 5 ปี 2) ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 23.00 – 39.99 kg/m² 3) ไม่มีประวัติฉีดยา Corticosteroid หรือ Hyaluronate เข้าข้อเข่าหรือฝังเข็มที่ข้อเข่าเพื่อรักษาข้อเข่าเสื่อมภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา และ 4) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) มีคะแนนอาการปวดเข่าตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปใน 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา ประเมินความปวด 0-10 คะแนน จาก Numeral Rating Scales (NRS) 2) มีคะแนนทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini – Mental State Examination - THAI 2002) ผลคะแนนปกติของการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือสูงกว่า ตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป 3) ย้ายที่อยู่อาศัยนอกพื้นที่ทำการทดลองไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ และ 4) กลุ่มตัวอย่างไม่ประสงค์จะทำกิจกรรมตามโครงการวิจัย จากนั้นได้คัดเลือกตำบลที่ศึกษา โดยวิธีการสุ่มเลือก 2 ตำบล จาก 11 ตำบล ได้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตำบลละ 72 คน จัดเรียงลำดับผู้ป่วยตามน้ำหนักตัว จากน้ำหนักมากไปหาน้อย จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

แบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยกำหนดช่วงที่ใช้ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างทุก ๆ 3 คน ได้กลุ่มละ 24 คน รวมทั้งหมด 48 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในการศึกษาครั้งนี้ มีลักษณะใกล้เคียงกันโดยจับคู่ (Match pairs) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่อง 1) เพศ 2) อายุห่างกันไม่เกิน 3 ปี 3) ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับเดียวกันแตกต่างกันไม่เกิน 1 กก./ม.2 และ 4) คะแนนอาการปวดเข่าอยู่ในระดับเดียวกัน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 0667/60 และได้รับการอนุมัติได้เก็บข้อมูลจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด แสดงรายละเอียดผ่านเอกสารชี้แจง (Participant information sheet) ก่อนดำเนินการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอนการทำวิจัย การปฏิบัติตน และประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยยินดียินดีเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง ต้องลงลายมือชื่อในใบยินยอมก่อนเข้าร่วม และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การรวบรวมและการนำเสนอข้อมูลกระทำโดยการเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการ และผลการวิจัยแสดงผลภายในภาพรวมเท่านั้น และนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก ที่ผู้วิจัยประยุกต์ตามแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมสถานะด้านร่างกายและอารมณ์ เป็นกิจกรรมที่ให้กลุ่มทดลองได้เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ก่อนดำเนินกิจกรรม 2) กิจกรรมประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้กลุ่มทดลองมีการฝึกประสบการณ์เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักอย่างสม่ำเสมอ 3) กิจกรรมการได้เห็นประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของผู้อื่น โดยจัดกิจกรรมกลุ่มในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม และ 4) กิจกรรมการใช้คำพูดชักจูง ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะเป็นแหล่งสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลองจากการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวและการออกกำลังกายรอบเท่านั้น เป็นแรงเสริมให้มีความกระตือรือร้นที่จะกระทำพฤติกรรมที่คาดหวัง ตามสภาพการณ์ที่กลุ่มทดลองต้องเผชิญ และรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นไม่ยากเกินความสามารถ จะนำไปสู่การกระทำเพื่อเปลี่ยนแปลงและคงอยู่ของพฤติกรรม ทำให้กลุ่มทดลองมีความหวังและเพียรพยายามจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ

1.2 แผนการสอน เป็นแผนการสอนที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนตำราและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ความรู้แก่กลุ่มทดลองตามกิจกรรมในโปรแกรมฯ ใช้ในกิจกรรมสถานะด้านร่างกายและอารมณ์ กิจกรรมประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง กิจกรรมการได้เห็นประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของผู้อื่น และกิจกรรมการใช้คำพูดชักจูง

1.3 ภาพไว้นิเทศการออกกำลังกล้ามเนื้อรอบเข่า 6 ท่า พร้อมคำบรรยายได้ภาพ เป็นตัวแบบสัญลักษณ์ใช้ในการกิจกรรมการได้เห็นความสำเร็จของผู้อื่น ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับภาพไว้นิเทศนี้ไปปฏิบัติตามเมื่ออยู่ที่บ้าน เนื่องจากช่วยเสริมแรงเน้นความสำคัญของท่าทางการบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าทั้ง 6 ท่า ทำให้กลุ่มทดลองมีกระบวนการตั้งใจ กระบวนการเก็บจำ และกระบวนการกระทำในที่สุด

1.4 คู่มือส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อทบทวนความรู้ความเข้าใจด้วยตนเองที่บ้านของกลุ่มทดลอง ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรค ความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา การรับประทานอาหารตามหลักธงโภชนาการ และการออกกำลังกล้ามเนื้อรอบเข่า ใช้ในกิจกรรมกิจกรรมประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง

1.5 แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลอง ใช้ในกิจกรรมการใช้คำพูดชักจูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความถาม เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย ความถี่ของอาการปวดเข่า ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้และรายจ่าย โรคประจำตัว อาชีพ และท่าทางในกิจวัตรประจำวันที่ทำบ่อย รวม 12 ข้อ

2.2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง พัฒนามาจาก กิตทาพร ลือลาภ (2557) และ สุภาณี แสงกระจ่าง (2557) ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถในการรับประทานอาหารตามหลักธงโภชนาการ และการรับรู้ความสามารถด้านการออกกำลังกล้ามเนื้อรอบเข่า รวม 9 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง และน้อย

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนัก พัฒนามาจาก วรรัตน์ สุขคุ้ม (2551) รัตนาวลี ภักดีสมัย และพนัสฐา พานิชวิระกุล (2555) ประกอบด้วยพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 20 ข้อ และพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักด้านการออกกำลังกล้ามเนื้อรอบเข่า จำนวน 14 ข้อ ลักษณะของข้อความแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เสมอ ประจําบ่อยครั้ง บางครั้ง/นาน ๆ ครั้ง และไม่ทำเลย

2.4 เครื่องชั่งน้ำหนัก ชนิดสปริงสเกล ที่ได้รับการตรวจสอบมาตรฐานจากหน่วยสอบเครื่องมือโรงพยาบาลกองโกลาตจ.สุโขทัย โดยใช้วิธีการชั่งเปรียบเทียบให้เท่ากับคําน้ำหนักมาตรฐานและสามารถบอกคําน้ำหนักที่ชั่งได้ในระดับทศนิยม 1 ตำแหน่ง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีค่าดังนี้ 1) โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักเท่ากับ .902) แผนการสอนเท่ากับ .84 3) ภาพไว้นิเทศการออกกำลังกล้ามเนื้อรอบเข่าเท่ากับ .97 4) คู่มือส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8) ทบทวนการควบคุมน้ำหนัก สาธิตทบทวนเมนูอาหารตามหลักธง

โภชนาการ และสาธิตบทวนการออกกำลังกล้ามเนื้อรอบเข่า แก่กลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มได้ปฏิบัติตาม
ครั้งที่ 7 (สัปดาห์ที่ 12) กลุ่มทดลองสรุปปัญหา อุปสรรคและนำเสนอแนวทางการควบคุม
น้ำหนักอย่างต่อเนื่องเป็นรายบุคคล

2. กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 24 คน ดำเนินการตามโปรแกรมฯ โดยได้รับการพยาบาลแบบปกติ
โดยครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 และครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 12 ได้รับการชั่งน้ำหนักตัว วัดระดับความดันโลหิต อัตรา
การเต้นของหัวใจ ได้รับความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม สาเหตุอาการ การรักษาและผลกระทบจากโรคข้อเข่า
เสื่อม ซึ่งแนะนำให้เห็นผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกล้ามเนื้อรอบเข่าและ
ตอบแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก
การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติ
พรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก
และค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองด้วย สถิติทดสอบทีแบบกลุ่ม
ตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test) และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของ
ตน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก และค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง
กับกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติทดสอบทีแบบกลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

ผลการวิจัย

การวิจัยทั้งสองครั้งนี้เก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 24 คน ลดความ
แตกต่างของกลุ่มตัวอย่างด้วยการเลือกตัวอย่างแบบจับคู่ 4 ตัวแปร คือ เพศ อายุ ห่วงกันไม่เกิน 3 ปี ค่าดัชนี
มวลกายอยู่ในระดับเดียวกันแตกต่างกันไม่เกิน 1 กก./ม.² และคะแนนการปวดเข่าอยู่ในระดับเดียวกัน
จากข้อมูลในตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มมีดังนี้

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.5) อายุอยู่ในช่วง 65–69 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 33.6) ค่า
ดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 1 จำนวนร้อยละ 40.2 และอ้วนระดับ 2 จำนวนร้อยละ 33.6 ส่วนใหญ่มีอาการปวดเข่า
วันละ 3 ครั้ง ร้อยละ 37.5 ในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.5 อายุอยู่ในช่วง
65–69 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 33.6) ค่าดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 1 จำนวนร้อยละ 40.2 และอ้วนระดับ 2 จำนวน
ร้อยละ 33.6 เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง และส่วนใหญ่มีอาการปวดเข่าวันละ 3 ครั้ง (ร้อยละ 41.7) ดังแสดง
ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย และความถี่ของอาการปวดเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 24)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 24)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	3	12.50	3	12.50
หญิง	21	87.50	21	87.50
อายุ (ปี)				
50 – 54	6	25.20	6	25.20
55 – 59	5	21.00	5	21.00
60 – 64	5	21.00	5	21.00
65 - 69	8	33.60	8	33.60
ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)				
23.0 – 24.9 (น้ำหนักเกิน)	6	25.20	6	25.20
25.0 – 29.9 (อ้วนระดับ 1)	10	40.20	10	40.20
ตั้งแต่ 30 ขึ้นไป (อ้วนระดับ 2)	8	33.60	8	33.60
ความถี่ของอาการปวดเข่า (ครั้งต่อวัน)				
1 (ครั้งต่อวัน)	2	8.30	0	00.00
2 (ครั้งต่อวัน)	6	25.00	5	20.80
3 (ครั้งต่อวัน)	9	37.50	10	41.70
4 (ครั้งต่อวัน)	1	4.20	5	20.80
มากกว่า 4 ขึ้นไป	6	25.0	4	16.70

2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(23) = -16.91, p < .05$ และ $t(23) = -12.92, p < .05$ ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(23) = 6.09, p < .05$ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก และ น้ำหนักตัว ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก

พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t-test</i>	<i>p-value</i>	ระดับ
การรับรู้ความสามารถของตน						
ก่อนทดลอง	24	2.08	.37	-16.91	.000*	ปานกลาง
หลังทดลอง	24	3.62	.20			มากที่สุด
พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก						
ก่อนทดลอง	24	2.50	.28	-12.92	.000*	น้อย
หลังทดลอง	24	3.78	.47			มาก
น้ำหนักตัว						
ก่อนทดลอง	24	67.54	8.36	6.09	.000*	
หลังทดลอง	24	66.12	8.25			

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

3. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(23) = 12.34, p < .05$ และ $t(23) = 6.46, p < .05$ ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(23) = -14.59, p = .15$ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก	n	M	SD	t-test	p-value ($p < .05$)
การรับรู้ความสามารถของตน					
กลุ่มทดลอง	24	3.62	.20	12.34	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	24	2.78	.26		
พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักโดยรวม	24	2.50	.28	-12.92	.000*
กลุ่มทดลอง	24	3.78	.47	6.46	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	24	3.08	.24		.000*
น้ำหนักตัว					
กลุ่มทดลอง	24	66.12	8.25	-14.59	.15
กลุ่มเปรียบเทียบ	24	69.68	8.66		

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

สมมุติฐานที่ 1 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนสูงกว่าก่อนการทดลอง

จากผลการศึกษาพบว่า กิจกรรมจากโปรแกรมฯ ส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนสูงกว่าก่อนการทดลอง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม จึงมีความรู้เรื่องสาเหตุการเกิดของโรค การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ได้เห็นพฤติกรรมการดูแลข้อเข่า ได้มีความรู้เรื่องการควบคุมอาหารตามหลักโภชนาการ การลดน้ำหนักของตัวแบบจนสำเร็จได้ผลลัพธ์ตามต้องการ จึงเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มสูงขึ้น หลังประเมินความสามารถของตนแล้วที่มีความคล้ายคลึงกับตัวแบบ ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ อารีเอื้อ และนภาพรณ ปิยะจรโรจน์ (2551) ที่พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับข้อมูลโรคข้อเข่าเสื่อมและการออกกำลังกายที่บ้าน ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนบดี ชุ่มกลาง และรุจิรา ดวงสงค์ (2555) พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองจากผลการปฏิบัติตัว สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สมมุติฐานที่ 2 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักสูงกว่าก่อนการทดลอง

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักสูงกว่าก่อนการทดลอง ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมฯ ประยุกต์ใช้ตามแนวคิดของแบนดูรา เรื่องประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารเช้าเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว จากการสร้างเสริมให้กลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นว่าตนจะควบคุมน้ำหนักได้สำเร็จจากการชักจูงการแนะนำให้คล้อยตาม ทำให้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักมากขึ้น กลุ่มทดลองจึงมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักที่ดีขึ้น ซึ่งก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักด้านการรับประทานอาหารเช้า ($M = 2.81, SD = .36$) อยู่ในระดับปานกลาง และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักด้านการรับประทานอาหารเช้าเพิ่มขึ้นเป็น ($M = 3.53, SD = .52$) ซึ่งอยู่ในระดับมาก และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักด้านการรับประทานอาหารเช้า ($M = 2.96, SD = .21$) อยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรัตน์ สุขคุ้ม (2551) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมุติฐานที่ 3 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวน้อยกว่าก่อนการทดลอง

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวน้อยกว่าก่อนการทดลอง เพราะกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.0 – 29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (อ้วนระดับ 1) ได้ตั้งเป้าหมายในการควบคุมน้ำหนักภายใน 3 เดือน หรือประมาณ 0.5 – 1 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ (สำนักโภชนาการ, 2555) ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) ทำให้กลุ่มทดลองได้มีโอกาสสังเกตลักษณะที่คล้ายกับตนเอง มองภาพความสำเร็จในการลดน้ำหนักและควบคุมน้ำหนักให้เป็นสิ่งนำทาง จึงทำให้น้ำหนักลดลงตามเป้าหมาย อีกทั้งกลุ่มทดลองได้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจุบจิบ ($M = 3.67, SD = .56$) ไม่ดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม ($M = 3.63, SD = .57$) เป็นต้น ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวก่อนเข้าโปรแกรมฯ เท่ากับ 67.54 ($SD = 8.36$) และหลังเข้าโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวลดลงเท่ากับ 66.12 ($SD = 8.25$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตทาพร ลือลาภ (2557) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมน้ำหนักเกิน ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สมมุติฐานที่ 4 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนสูงขึ้น มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง จากการคิด วิเคราะห์ แสดงความคิดเห็น ค้นหาปัญหาของตนเอง และมีส่วนร่วมใน

การเสนอแนวทางแก้ไขปัญหา ซึ่งพบปัญหาว่ากลุ่มทดลองไม่สามารถออกกำลังกายได้อีก 6 ท่า โดยเฉพาะท่ายืนเกาะเก้าอี้ เนื่องจากการย่อและเหยียดเข่าตรง นั้นทำได้ยากมากเนื่องจากกลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน มีอาการปวดจากข้อเข่าเสื่อมและมีข้อเข่าฝืด ผู้วิจัยจึงกระตุ้นให้กำลังใจ และแนะนำการฝึกการออกกำลังกายที่ถูกต้องเป็นประจำ ซึ่งสนับสนุนให้กลุ่มทดลองเสริมสร้างความเชื่อมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ และเกิดการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตน ($M=3.62, SD=.20$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตน ($M=2.78, SD=.26$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาณี แสงกระจ่าง (2557) ที่พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามทฤษฎีการรับรู้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบรนดราเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองที่เป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีน้ำหนักตัวต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สมมุติฐานที่ 5 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจาก กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท (ร้อยละ 58.3) ทำให้ต้องเลือกอาหารราคาประหยัด เต็มไปด้วยแป้ง และคุณค่าทางโภชนาการอาจไม่เพียงพอ ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มทดลองได้ฝึกประสบการณ์การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการที่เหมาะสม ตามพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันตามค่าดัชนีมวลกายของตนเอง จนกลุ่มทดลองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารพวกแป้ง และไขมัน เช่น ควบคุมปริมาณข้าว ไม่ให้เกิน 3 ทัพพี/มื้อ ($M=3.79, SD=.59$) หลีกเลี่ยงอาหารจำพวกไขมัน เช่น แกงกะทิ ขาหมูตุ๋น แครบหมู ($M=3.00, SD=1.32$) หลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ทุเรียน ลำไย มะม่วงสุก ($M=3.13, SD=1.39$) ทำให้พฤติกรรมดังกล่าวดีขึ้น และเกิดความพยายามควบคุมน้ำหนักและนำไปปฏิบัติตามด้วยตนเองจนสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ทำให้หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักโดยรวม ($M=3.78, SD=.47$) มีคะแนนเฉลี่ย ด้านการรับประทานอาหาร ($M=3.54, SD=.52$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร อุดสาหะกิจ (2550) พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สมมุติฐานที่ 6 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $t(23) = -14.59, p = .15$ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมฯ 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ($M=66.12, SD=8.25$) กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยน้ำหนักตัว ($M=69.68, SD=8.66$) จากการเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ที่เป็นเนื้อแดง และไม่รับประทานหนังสัตว์ทุกชนิด ($M=3.88, SD=1.329$) เพิ่มการรับประทานอาหารประเภทผักสด หรือผักต้มมากขึ้น ($M=4.58, SD=.93$) จึงพบว่ากลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของ

ซัชญา ประจุทะเก (2556) ศึกษาการควบคุมน้ำหนักในผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วน พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลอง ที่เป็นผู้สูงอายุโรคอ้วน มีค่าดัชนีมวลกายลดลง มากกว่าก่อนการทดลองและแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่อย่างไรก็ตามน้ำหนักของกลุ่มทดลองยังลดลงไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ได้ทุกราย เมื่อพิจารณาน้ำหนักตัวที่ลดลงหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีน้ำหนักลดลง (ร้อยละ 3-5) จากน้ำหนักตัวเดิม จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 33.33) และมีน้ำหนักลดลงน้อยกว่าร้อยละ 3 ของน้ำหนักตัวเดิม จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 66.67) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักได้ทีละเวลา 6 เดือนขึ้นไป (Jensen, 2013)

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อน และหลังทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก ต่อการรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก และน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีน้ำหนักตัวเกิน มีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพ สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก ไปใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานเพื่อควบคุมน้ำหนัก และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอให้แข็งแรง

ด้านการศึกษาพยาบาล

ในสถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก ไปใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนเนื้อหาทางวิชาการเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

ด้านบริหาร

ควรนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพการบริการ แก่ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีน้ำหนักตัวเกินในหน่วยงาน

ด้านวิจัย

การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการติดตามประเมินผลของโปรแกรมฯ อย่างน้อย 6 เดือน – 1 ปี เพื่อเป็นการประเมินผลความคงอยู่ของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักและน้ำหนักตัว และควรมีการนำผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก ไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ เพื่อให้เห็นว่าโปรแกรมฯ สามารถใช้ควบคุมน้ำหนัก และเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบเข่าของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานได้ทุกกลุ่มวัย

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กิตทาพร ลือลาภ. (2557). *ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมและน้ำหนักตัวในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีน้ำหนักเกิน* สืบค้นจาก <http://dcms.thailis.or.th/tdc/advance.php>
- กลุ่มงานเวชสถิติโรงพยาบาลกองโกลาต. (2559). *รายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลกองโกลาต. สุโขทัย: โรงพยาบาลกองโกลาต.*
- ชัชฎา ประจวบตะเก. (2556). *ผลของโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่เป็นโรค โดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น. สืบค้นจาก <http://dcms.thailis.or.th/tdc/advance.ph>
- ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์. (2552). *ปวดข้อ-ข้อเสื่อม และการประยุกต์กระบวนการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอน พี เพรส.
- ธนบดี ชุ่มกลาง, และรุจิรา ดวงสงค์. (2555). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการบรรเทาความปวดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา*. *วารสารวิจัยมข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 12(1), 46-56.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- มูลนิธิโรคข้อ ในสมเด็จพระเทพพระรัตนราชกัลยา สยามบรมราชกุมารี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *รื้อฟื้นความรู้ โรคข้อเข่าเสื่อม*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโรคข้อแห่งประเทศไทย.
- ระบบข้อมูลเขตสุขภาพที่ 2. (2559). *การคัดกรองและป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม 2559*. สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php>
- รัตนาวลี ภักดีสมัย และพนัญญา พานิชชีวะกุล. (2555). *ปัญหาและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่าและข้อเข่าฝืดในตอนเช้า และการลดการใช้ยาแก้ปวดของผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <http://dcms.thailis.or.th/tdc/advance.php>
- ราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. (2554). *แนวการปฏิบัติสาธารณสุขเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม*. สืบค้นจาก <http://www.chiangmaihealth.go.th>
- วรรัตน์ สุขคุ้ม. (2551). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่อพฤติกรรมการบริโภค ขนาครอบเอวและค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

- วิธดา อรรถเมธากุล. (2556). *โภชนาการ*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี. สืบค้นจาก <http://www.bcnr.ac.th/article/ntt.pdf>
- วิวัฒน์ วณะวิศิษฐ์. (2554). ข้อเสนอ. ใน วิวัฒน์ วณะวิศิษฐ์, ภัทรวิทย์ วรรณรัตน์, ชูศักดิ์ กิจคุณาเสถียร, สุกิจ เลาหเจริญสมบัติ, และสรศักดิ์ สุขผล (บรรณาธิการ). *ออโรโซปีดิกส์* (พิมพ์ครั้งที่ 3 ฉบับเรียบเรียงใหม่; น. 325-340). กรุงเทพฯ: ภาควิชาออโรโซปีดิกส์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *โครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2556). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาณี แสงกระจ่าง. (2557). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนัก และภาวะสุขภาพในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม*. สืบค้นจาก <http://dcms.thailis.or.th/tdc/advance.php>
- สุภาพารีเอื้อ, และนภภรณ์ ปิยะจรโรจน์. (2551). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการออกกำลังกายที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 3(3), 72-84.
- สำนักโภชนาการ. (2555). *แนวทางการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคอ้วน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2555*. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- Jensen, M. D. (2013). *Guideline for the management of overweight and obesity in adults*. Retrieved from <https://circ.ahajournals.org>
- World Health Organization. (2015). *World health statistics 2015*. Retrieved from http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือ เบาหวาน : กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอู่ จังหวัดอำนาจเจริญ

โกเวช ทองเทพ, ส.ม.¹

อ้อมใจ แด่เจริญวิริยะกุล, ป.ร.ด.²

(วันที่รับบทความ; 12 ธันวาคม 2562; วันที่แก้ไข: 18 ธันวาคม 2562; วันที่ตอบรับ: 25 ธันวาคม 2562)

บทคัดย่อ

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและเสียชีวิตได้ งานวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัจจัยกระบวนการใช้ปัจจัยหลักหรือปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมในการวินิจฉัย และประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันผิดปกติ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ทรัพยากรและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจากบุคคลต่าง ๆ 2) ความสามารถร่วมกันทำนายของปัจจัยต่าง ๆ ต่อระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และเอชดีแอล) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และหรือโรคเบาหวาน ในตำบลบ้านอู่ จังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน จำนวน 127 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .78 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 50 ปี ($SD=10.6$) มีปัจจัยนำในระดับมาก ($M=2.62$, $SD=0.66$) ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ระดับปานกลาง ($M=2.11$, $SD=0.82$, $M=1.96$, $SD=0.85$) ปัจจัยนำสามารถทำนายระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดได้ ร้อยละ 3.5 ($R^2=.035$, $p<.05$) ปัจจัยเอื้อ สามารถทำนายระดับเอชดีแอลในเลือดได้ ร้อยละ 4.6 ($R^2=.046$, $p<.05$) ปัจจัยเสริม สามารถทำนายระดับคอเลสเตอรอลในเลือดได้ ร้อยละ 17.7 ($R^2=.177$, $p<.05$) สรุปได้ว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีผลต่อระดับไขมันในเลือด ซึ่งการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ทำให้ควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเรื้อรังได้

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย, ไขมันในเลือด, โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอู่ จังหวัดอำนาจเจริญ

²อาจารย์ ภาควิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

²Corresponding author: อ้อมใจ แด่เจริญวิริยะกุล, Email: ornjai@g.swu.ac.th

Factors Related to Serum Lipids in Hypertension and/or Diabetes Patients : A case study at Ban Um Health Promoting Hospital, Amnat Charoen Province

Kowach Thongthap, M.P.H.¹

Ormjai Taejarernwiriyaikul, Ph.D.²

(Received: December 12th, 2019; Revised: December 18th, 2019; Accepted: December 25th, 2019)

Abstract

Dyslipidemia is one of the main causes of cardiovascular disease and death. This predictive correlational research aimed to study 1) a set of factors based on the predisposing, reinforcing, and enabling constructs in educational diagnosis, and evaluation (PRECEDE) framework, consisting of a predisposing factor (perceived dyslipidemia), an enabling factor (available resources and activities to promote health in a community), and a reinforcing factor (receiving information about health care from others) and 2) the potential for these factors to predict three serum lipid levels (total cholesterol, triglycerides, and HDL) of patients with hypertension and/or diabetes in Ban Um health promoting hospital, Amnat Charoen Province. The sample consisted of 127 patients with hypertension and/or diabetes. Data were collected using a questionnaire developed by the researchers. Its reliability was established by Cronbach's Alpha Coefficient (at .78). The data were analyzed using descriptive statistics and multiple regressions. The study results revealed that average age of the participants was 50 years ($SD = 10.6$), had high levels of the predisposing factor ($M = 2.62$, $SD = 0.66$), and moderate levels of enabling and reinforcing factors ($M = 2.11$, $SD = 0.82$, $M = 1.96$, $SD = 0.85$, respectively). It was determined that the predisposing factor could predict triglyceride levels for 3.5% ($R^2 = .035$, $p < .05$), the enabling factor could predict HDL level for 4.6% ($R^2 = .046$, $p < .05$), and the reinforcing factor could predict cholesterol level for 17.7% ($R^2 = .177$, $p < .05$). This suggests that the predisposing factor, enabling factor, and reinforcing factor could control serum lipid levels. Therefore, modifying these factors could enable practitioners and patients to control serum lipids at optimal levels which would reduce complications in chronic patients.

Keywords: predicting factors, serum lipid, hypertension, diabetes

¹Public Health Technical Officer, Professional Level, Ban Um Health Promoting Hospital, Amnat Charoen Province

²Lecturer, Department of Health Promotion, Faculty of Physical Therapy, Srinakharinwirot University

²Corresponding Author: Ormjai Taejarernwiriyaikul, Email: ormjai@g.swu.ac.th

บทนำ

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลกและประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุใหญ่ของการเจ็บป่วยระยะยาว ความพิการและเสียชีวิต เป็นภาระการดูแลรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายของประเทศชาติ โดยเฉพาะภาวะไขมันผิดปกติ (Dyslipidemia) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Cardiovascular disease) ส่งผลให้เสียชีวิตหรือมีความพิการเกิดขึ้นก่อนวัยอันควรของบุคคล และมีผลมายังครอบครัวที่ต้องสูญเสียรายได้หรือมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากการเจ็บป่วย ตลอดจนชุมชนและประเทศชาติที่ต้องขาดแรงงานบุคคลสำคัญในการพัฒนาประเทศและสูญเสียค่าใช้จ่ายในสวัสดิการการรักษาด้วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (ณัฐวิธรณ พันธ์มุง, อลิสร่า อยู่เลิศลบ, และสราญรัตน์ ลัทธิ, 2561; World Health Organization, 2018) จากการสำรวจพบว่า ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีความชุกประมาณการอย่างน้อย 1 ใน 500 คนของประชากรไทย อีกทั้งพบว่ามี ความชุกมากในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีความเสี่ยงในอัตราสูงมากที่จะเกิดภาวะไขมันผิดปกติ (ณัฐวิธรณ พันธ์มุง และคณะ, 2561; Aekplakorn et al., 2014;) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือด ได้แก่ อายุ เพศ การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (สมใจ จางวาง, เทพกร พิทยภินัน, และนิรชร ชูติพัฒนะ, 2559; สุปรานีย์ พุสุวรรณ, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร, และจรัส สิงห์แก้ว, 2559; อาภรณ์ ดินาน และจรรยา ทรัพย์เรือง, 2559; Ariyanti & Besral, 2019; Opoku et al., 2019) ซึ่งยังขาดอีกหลายปัจจัย และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือดยังมีจำนวนน้อยและศึกษาเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างบางกลุ่ม เช่น ข้าราชการ ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง เป็นต้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอุมอำเภอนา จังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานมีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี และพบว่าผู้ป่วยทั้งสองโรคนี้มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย โดยประยุกต์แนวคิดกระบวนการใช้ปัจจัยหลักหรือปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมในการวินิจฉัย และประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The predisposing, reinforcing, and enabling constructs in educational diagnosis, and evaluation model [PRECEDE model]) ของ Lawrence Green (Green, & Kreuter, 1991) เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จะเกิดขึ้นได้ หรือเปลี่ยนแปลงได้ต้องมาจาก 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิเคราะห์ทั้งปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล (สหปัจจัย) ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับไขมันในเลือด คือ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันผิดปกติ 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ มีทรัพยากรเกี่ยวกับสุขภาพในชุมชน และกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร

และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากบุคคลต่างๆ เพื่อหาแนวทางในการจัดการปัจจัยเสี่ยง และการส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1) เพื่อศึกษาปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันผิดปกติ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ทรัพยากรเกี่ยวกับสุขภาพในชุมชน และกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จากบุคคลต่างๆ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวาน

2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ และความสามารถร่วมกันทำนายของปัจจัยต่าง ๆ ต่อระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และเอชดีแอล) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวาน

สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีผลต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวานอย่างน้อย 1 โรคที่อยู่ในทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานในปี 2561 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอู่ อำเภอนา จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 186 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร ของ Thorndike (1978) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 127 คน และสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยวิธีจับสลาก (Simple random sampling)

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ตามเอกสารรับรอง เลขที่ PTHP 2017-001 และผู้วิจัยขออธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิ่งที่ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องปฏิบัติอย่างละเอียดให้กับกลุ่มตัวอย่างรับทราบ และให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรตามความสมัครใจที่จะให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการทบทวนแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ PRECEDE Model และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพการสมรส โรคประจำตัว

2. แบบสอบถามปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันผิดปกติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ทรัพยากร และกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากบุคคลต่าง ๆ ข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ได้แก่ มาก ให้คะแนน 3 ปานกลาง ให้คะแนน 2 น้อย ให้คะแนน 1 การแปลความหมาย แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งมีระดับคะแนน ดังนี้
ระดับมาก คือ ได้คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.35 - 3.00
ระดับปานกลาง คือ ได้คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.68 - 2.34
ระดับน้อย คือ ได้คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.67

3. เครื่องตรวจวัดไขมันแบบพกพา Cardiochek P.A รุ่น REF 1708

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการพยาบาล และด้านสาธารณสุข มีการหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามด้วยวิธีหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (The index of item objective congruence [IOC]) ได้เท่ากับ .87 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย คำนวณหาความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .78 ซึ่งเป็นค่าที่สามารถยอมรับได้ เนื่องจากการพัฒนาเครื่องมือขึ้นใหม่ (บุญใจ ศรีสถิตย์ นรากร, 2553)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอ้อม อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยจะอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและขออนุญาตเก็บข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม และวัดระดับไขมันในเลือดในกลุ่มตัวอย่าง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยส่งหนังสือแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินงานของการศึกษาผ่านคณะกรรมการบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่จะลงเก็บข้อมูล
2. ติดต่อขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอ้อม เพื่อขอข้อมูลจำนวนประชากร และกลุ่มตัวอย่าง
3. ทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจัดทำฉลากสุ่มรายชื่อจากทะเบียนโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอ้อม ขึ้นมาทีละหมายเลขจนกระทั่งครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ
4. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อนัดหมาย

ขอเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการแก่กลุ่มตัวอย่าง ในวันที่มีการตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

5. ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูล วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างโดยละเอียด หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะลงนามในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

6. ในวันที่นัดหมาย ทำการวัดระดับไขมันในเลือด ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามโดยมีผู้วิจัยคอยช่วยเหลือ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่ออก

7. ผู้วิจัย ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามและรวบรวมแบบสอบถามนำมาวิเคราะห์ทางวิธีทางสถิติ

8. การตรวจวัดระดับไขมันในเลือดโดยพยาบาลวิชาชีพของ รพ.สต. ทำการเจาะเลือดจากปลายนิ้ว ปริมาณ 30-40 ไมโครลิตร และวัดระดับไขมันในเลือดด้วยเครื่องตรวจวัดไขมันแบบพกพา Cardiochek P.A รุ่น REF 1708 ผลิตในปี ค.ศ. 2015 โดยบริษัท PTS Diagnostics ประเทศสหรัฐอเมริกา ใช้หลักการวัดแสงที่สะท้อนจากผิววัตถุ (Reflectance photometer) วัดระดับคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และเอชดีแอลในเลือดครบส่วน (Whole blood)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจุบัน ปัจจุบัน และปัจเจกเสริมด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกกับระดับไขมันในเลือด ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression analysis) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอู่ อำเภอนา จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 127 คน ช่วงเดือนมกราคม ถึง พฤษภาคม 2562 ได้ผล ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.3) และเพศชาย (ร้อยละ 30.7) ช่วงอายุ 60-79 ปี จำนวน 75 คน (ร้อยละ 59.1) มีอายุเฉลี่ย 50 ปี (SD 10.61) อายุต่ำสุด 32 ปี อายุสูงสุด 79 ปี นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 99 คน (ร้อยละ 78) ระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 112 คน (88.2) มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 1,000 บาทต่อเดือน จำนวน 90 คน (ร้อยละ 70.9) ประกอบอาชีพเกษตรกรรวม จำนวน 106 คน (ร้อยละ 83.5) ดัชนีมวลกาย (Body mass index [BMI]) เฉลี่ย 24.9 กก/ม² (SD = 4.7) มีโรคประจำตัวทั้ง 2 โรคคือความดันโลหิตสูง และเบาหวาน จำนวน 99 คน (ร้อยละ 78) รองลงมาความดันโลหิตสูงอย่างเดียว จำนวน 18 คน (ร้อยละ 14.1) โรคเบาหวานอย่างเดียว จำนวน 10 คน (ร้อยละ 7.9)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลระดับไขมันในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยมีระดับคอเลสเตอรอล เฉลี่ย 161.1 มก./ดล. ($SD = 52.1$) ไตรกลีเซอไรด์เฉลี่ย 157.8 มก./ดล. ($SD = 83.3$) และเอชดีแอลเฉลี่ย 42.4 มก./ดล. ($SD = 16.6$)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันผิดปกติในระดับมาก ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ทรัพยากร และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ในระดับปานกลาง ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการได้รับคำแนะนำ การดูแลสุขภาพจากบุคคลต่างๆ ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับปัจจัยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

ปัจจัย	M	SD	การแปลผล
ปัจจัยนำเข้า	2.62	0.66	ระดับมาก
ปัจจัยเอื้อ	2.11	0.82	ระดับปานกลาง
ปัจจัยเสริม	1.96	0.85	ระดับปานกลาง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน พบว่า ระดับคอเลสเตอรอลในเลือด มีความสัมพันธ์แบบผกผันกับปัจจัยเสริม $r(127) = -.337, p < .05$ ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด มีความสัมพันธ์แบบผกผันกับปัจจัยนำเข้า $r(127) = -.188, p < .05$ และระดับเอชดีแอล มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเอื้อ $r(127) = .215, p < .05$

ส่วนที่ 5 ข้อมูลค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่พยากรณ์ระดับไขมันในเลือดด้วยวิธีการเลือกแบบแบบขั้นตอน (Stepwise Selection)

5.1 ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายระดับคอเลสเตอรอลในเลือด พบว่าปัจจัยเสริม สามารถทำนายระดับคอเลสเตอรอลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .177, p < .05$) ซึ่งปัจจัยเสริมสามารถอธิบายการผันแปรระดับคอเลสเตอรอลในเลือดได้ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าทำนายระดับคอเลสเตอรอลในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน

ตัวแปรอิสระ	b	Seb	beta (β)	t	p-value
ปัจจัยเสริม	-4.125	1.134	-.299	-3.637*	.000
ค่าคงที่ (Constant)	181.253	33.421		5.423	.000
$R = .421; R^2 = .177; \text{Adjusted } R^2 = .164$					

* $p < .05$

5.2 ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด พบว่าปัจจัยนำ สามารถทำนายระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .035$, $p < .05$) สามารถอธิบายการผันแปรระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดได้ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าทำนายระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

ตัวแปรอิสระ	b	Seb	beta (β)	t	p-value
ปัจจัยนำ	-3.096	1.445	-.188	-2.141*	.034
ค่าคงที่ (Constant)	217.907	28.979		7.519	.000

$R = .188$; $R^2 = .035$; Adjusted $R^2 = .028$

* $p < .05$

5.3 ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายระดับเฮคติแอลในเลือด พบว่ามีปัจจัยเอื้อสามารถทำนายระดับเฮคติแอลในเลือดได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .035$, $p < .05$) สามารถอธิบายการผันแปรระดับเฮคติแอลในเลือดได้ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าทำนายระดับเฮคติแอลในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน

ตัวแปรอิสระ	b	Seb	beta (β)	t	p-value
ปัจจัยเอื้อ	.809	.328	.215	2.462*	.015
ค่าคงที่ (Constant)	25.377	7.067		3.591	.000

$R = .215$; $R^2 = .046$; Adjusted $R^2 = .039$

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันผิดปกติในระดับมาก ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการได้รับคำแนะนำ การดูแลสุขภาพจากบุคคลต่างๆ ในระดับปานกลาง นอกจากนี้

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมสามารถร่วมกันทำนายระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยคือปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีผลต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และหรือเบาหวาน สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยไขมันในเลือด ดังนี้ คอเลสเตอรอล ($M = 161.1$, $SD = 52.1$ มก./ดล.) ไตรกลีเซอไรด์ ($M = 157.8$, $SD = 83.3$ มก./ดล.) และเอชดีแอล ($M = 42.4$, $SD = 16.6$ มก./ดล.) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาค่าเฉลี่ยระดับไขมันในผู้ป่วยเบาหวานของ Narindrarangkura, Bosl, Rangsin, and Hatthachote (2019) และมีดัชนีมวลกายเฉลี่ยอยู่ในภาวะอ้วน ($M = 24.9$, $SD = 4.7$ กก./ม²) สอดคล้องกับการศึกษาของยุภา โฟพา, ชฎาภา ประเสริฐทรง, และวนิดา ครุรงฤทธิชัย (2558) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติไม่สามารถควบคุมได้ในตำบลโสนลอย อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ในผู้ที่มีระดับไขมันชนิดร้ายแอลดีแอลมากกว่า 100 มก./ดล. จำนวน 65 ราย มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระดับอ้วน ($BMI = 26.50$ กก./ม²) เช่นเดียวกัน และส่วนใหญ่มิโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวาน รวมทั้งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ariyanti and Besral (2019) และ Opoku et al. (2019) ที่ว่าดัชนีมวลกายมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับไขมันในเลือดของโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน

ระดับปัจจัยนำของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน อยู่ในระดับมาก และระดับปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของจิราวรรณ เจนจบ และสุพัฒนา คำสอน (2559) และราตรี อร่ามศิลป์, พัทธยา เกิดกุล, สายใจ จารุจิตร, และวรรณศิริ ประจันโน (2561) แสดงว่าในกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการได้รับคำแนะนำ ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร การดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ ได้รับวัตถุสิ่งของและทรัพยากร และมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันผิดปกติในระดับมาก

ปัจจัยทำนายระดับไขมันในเลือดแยกตามปัจจัยได้ ดังนี้ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันผิดปกติ มีความสัมพันธ์แบบผกผัน และสามารถทำนายระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดได้ แสดงว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันผิดปกติเพิ่มขึ้น จะมีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดลดลง 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีทรัพยากร และกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายระดับเอชดีแอลในเลือดได้ แสดงว่า ในชุมชนมีทรัพยากร และกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะมีระดับเอชดีแอลในเลือดเพิ่มขึ้น และ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์แบบผกผัน และสามารถทำนายระดับคอเลสเตอรอลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น จะมีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพคำแนะนำในการปฏิบัติตนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งการมีทรัพยากร และกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

ทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจและกำลังใจจากบุคลากรด้านสาธารณสุข ผู้ป่วยด้วยตนเอง ครอบครัว เพื่อนบ้าน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพตนเองกับผู้ป่วยอื่นจะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะไขมันผิดปกติและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งส่งผลต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานได้ (ดวงพร กตัญญูตานนท์ และคณะ, 2560; ยุกา โฟพา และคณะ, 2558)

สรุปและข้อเสนอแนะ

ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันผิดปกติ การมีทรัพยากร และกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการได้รับคำแนะนำ การดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้น การควบคุมปัจจัยและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงสามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ดังนี้ คอเรสเตอรอล ต่ำกว่า 200 มก./ดล. ไตรกลีเซอไรด์ ต่ำกว่า 150 มก./ดล. และเอชดีแอล มากกว่า 40 มก./ดล. ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เสียชีวิตหรือความพิการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมมือกับทุกองค์กรในชุมชนจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะไขมันผิดปกติ และเสริมสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วย และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในชุมชน รวมทั้งมีการคัดกรองภาวะไขมันในเลือดสูงต่อเนื่องทุกปี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ หรือเบาหวาน
2. พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันผิดปกติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ หรือเบาหวานที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

เอกสารอ้างอิง

- จิราวรรณ เจนจบ, และสุพัฒนา คำสอน. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาตินเรศวรวิจัย ครั้งที่ 12* (หน้า 721 – 734). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ณัฐฉัตร พันธ์มุง, อลิสร่า อยู่เลิศลบ, และสรณัฐรัตน์ ลัทธิต. (2561). *ประเด็นสารธรรมะวันหัวใจโลก* ปีพ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

ดวงพร กตัญญูตานนท์, วัชรนิย์ จันทร์ปัญญาสุธี, ธิดา ปาเป้า, เสาวณี เบ้าจันหาร, ธรพร น้อยเปรม, สาวิกา พาลี, และจันทร์เพ็ญ แสงจันทร์. (2560). พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สถานีอนามัยแห่งหนึ่งในตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 6(2), 53-62.

บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

ยุภา โฟพา, ชฎาภา ประเสริฐทรง, และวนิดา ครุฑฤทธิชัย. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 16(1), 123-130.

ราตรี อร่ามศิลป์, พัทยา เกิดกุล, สายใจ จารุจิตร, และวรรณศิริ ประจันโน. (2561). พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(1), 68-77.

สมใจ จางวาง, เทพกร พิทยภินัน, และนิรชร ชูดีพัฒนะ. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(1), 110-128.

สุปรานีย์ ฟูสุวรรณ, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร, และจรัส สิงห์แก้ว. (2559). ปัจจัยทำนายระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในชุมชน. *วารสารพยาบาลสาร*, 42(2), 79-89.

อาภรณ์ คีนาน, และจริยา ทรัพย์เรือง. (2559). ปัจจัยทำนายปริมาณไขมันในร่างกายของผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 7(2), 89-104.

Aekplakorn, W., Taneepanichskul, S., Kessomboon, P., Chongsuvivatwong, V., Putwatana, P., Sritara, P., . . . Chariyalertsak, S. (2014). Prevalence of Dyslipidemia and Management in the Thai Population, National Health Examination Survey IV, 2009. *Journal of Lipids*, 2014, 249584. doi:10.1155/2014/249584

Green, R. W. & Kreuter, M. W. (1991). Health promotion planning: An education and environment approach . (2nd ed.) Toronto: May Field Publishing Comp.

Narindrarangkura, P., Bosl, W., Rangsin, R. & Hatthachote P. (2019). Prevalence of dyslipidemia associated with complications in diabetic patients: a nationwide study in Thailand. *Journal of Lipids in Health and Disease*, 18(90), 1-8.

Opoku, S., Gan, Y., Fu, W., Chen, D., Addo-Yobo, E., Trofimovitch, D., . . . Lu, Z. (2019). Prevalence and risk factors for dyslipidemia among adults in rural and urban China: findings from the China National Stroke Screening and prevention project (CNSSPP). *Journal of BMC Public Health*, 19(1500), 1-15.

- Ariyanti, R. & Besral, B. (2019). Dyslipidemia Associated with Hypertension Increases the Risks for Coronary Heart Disease: A Case-Control Study in Harapan Kita Hospital, National Cardiovascular Center, Jakarta. *Journal of Lipids*, 2019 (Special Issue), 1-6.
- World Health Organization. (2018). *Noncommunicable diseases country profiles 2018*. Geneva: World Health Organization.

ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ของยาลอม (Yalom) ต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภท

ลานทิพย์ พนารินทร์, พย.บ.¹

ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ประ.ด.²

ดวงใจ วัฒนสินธุ์, ประ.ด.²

เวทิส ประทุมศรี, พ.บ.³

(วันที่รับบทความ: 29 มีนาคม 2561; วันที่แก้ไข: 7 เมษายน 2561; วันที่ตอบรับ: 9 เมษายน 2561)

บทคัดย่อ

ความหวังช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีเป้าหมาย มีกำลังใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวอยู่ในสังคมได้ การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ของ Yalom ต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 24 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ของ Yalom เป็นเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับดูแลตามปกติ ประเมินความหวังในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน โดยใช้แบบวัดความหวัง (Herth Hope Index) ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ และการทดสอบรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอร์โรนี ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความหวังในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $F(1,22)=8514.37, p < .001$ โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวังในระยะก่อนการทดลอง ($M=32.17, SD=1.75$) แตกต่างจากในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ($M=38.33, SD=1.37$) และระยะติดตามผล 1 เดือน ($M=40.67, SD=1.78$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $F(2, 22)=150.74, p < .001$ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ของ Yalom นี้ช่วยเพิ่มความหวังในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นพยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถศึกษาและนำโปรแกรมฯ นี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

คำสำคัญ: ความหวัง, กลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์, ผู้ป่วยจิตเภท

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³จิตแพทย์ โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

²Corresponding author: ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, E-mail: pornpath@buu.ac.th

The Effect of Yalom's Supportive Group Psychotherapy on Hope Among Patients with Schizophrenia

Lantip Panarin, B.N.S.¹

Pornpat Hengudomsub, Ph.D.²

Duangjai Vatanasin, Ph.D.²

Wetid Pratoomsri, M.D.³

(Received: March 29th, 2018; Revised: April 7th, 2018; Accepted: April 9th, 2018)

Abstract

Hope assists patients with Schizophrenia to lead meaningful lives. Hope helps strengthen the patients' willpower in order to cope with life challenges and adapt themselves in society. The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effect of Yalom's supportive group psychotherapy on hope among patients with schizophrenia. The sample consisted of 24 patients with schizophrenia who met the inclusion criteria. They were randomly assigned into either the experimental or control groups ($n = 12$ in each group). Patients in the experimental group participated in the Yalom's supportive group psychotherapy and attended 2 sessions a week over a 4-week period. Each session took about 60 to 90 minutes. Patients in the control group received routine care in the same clinical setting. The Herth Hope Index scale was employed to measure hope at pre-test, post-test, and one-month follow-up time points. This scale yielded a Cronbach alpha of .81. Descriptive statistics, t-test, two-way analysis of variance with repeated measure, and Bonferroni method for pairwise comparison were employed to analyze the data. The results showed that the mean scores for hope in the experimental group at the post-test and one-month follow-up time points were significantly different from the control group, $F(1, 22) = 8514.37$, $p < .001$. In the experimental group, the mean scores for hope at the pre-test time point ($M = 32.17$, $SD = 1.75$) were different from the post-test ($M = 38.33$, $SD = 1.37$) and one-month follow-up ($M = 40.67$, $SD = 1.78$) time points, which is statistically significant, $F(2, 22) = 150.74$, $p < .001$. The study's findings suggest that the Yalom's supportive group psychotherapy can increase hope among patients with schizophrenia. Therefore, nurses and health care providers should learn and apply this program to enhance hope among patients with schizophrenia.

Keywords: hope, Yalom's supportive group psychotherapy, patients with schizophrenia

¹Registered Nurse, Professional level, Buriram Hospital, Buriram

²Assistant Professor, Department of Psychiatric and Mental Health Nursing, Burapha University

³Psychiatrist, Buddhasothorn Hospital, Chachoengsao

²Corresponding author: Pornpat Hengudomsub, E-mail: pornpath@buu.ac.th

บทนำ

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม (American Psychiatric Association [APA], 2013) ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทจะมีความคิดผิดเพี้ยน บิดเบือนไปจากข้อเท็จจริง มีการรับรู้ผิดปกติและมีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม โดยไม่ได้มีสาเหตุมาจากโรคทางกาย โรคทางสมอง พืชจากยาหรือสารเสพติด (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558; สมภพ เรืองตระกูล, 2557) ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่และมีบุคลิกภาพเสื่อมถอยลงเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาของการเป็นโรค โดยพบว่ามีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพมากที่สุดเมื่อป่วยเป็นระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาว ซึ่งเกิดผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิต การอยู่ร่วมกันในสังคมและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (กรมสุขภาพจิต, 2559) มีภาวะพึ่งพาสูง มีผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ทำให้เกิดการสูญเสียทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติไม่สามารถประกอบอาชีพและดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ (สัมพันธ มณีรัตน์, 2546)

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลต่อการรับรู้ตัวตนของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักรับรู้ว่าการที่ตนเองเจ็บป่วยด้วยอาการทางจิตเป็นสิ่งที่บั่นทอนความหวัง รู้สึกไร้ค่า ไร้ความสามารถและไม่เป็นที่ยอมรับของคนอื่น ผลกระทบจากความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีความหวังลดลงได้ การศึกษาของ วัชรภรณ์ ลือโรสงค์ (2553) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าเป็นเพื่อนบ้านและญาติ มองตนเองในด้านที่ไม่ดี มีท่าทีรังเกียจ ไม่มีใครอยากพูดคุยหรือรับฟังคำพูดของตน รู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากผู้อื่น ไม่เหมือนบุคคลอื่นทั่วไป เกิดความรู้สึกอับอายและไร้ค่า ร้อยละ 47 พบว่า อาการด้านลบส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทขาดแรงจูงใจในการเข้าสังคม แยกตัวและถูกแบ่งแยกจากสังคม (ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ, และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2556)

ความหวังเป็นอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคล (Miller, 1985) ช่วยให้ผู้บุคคลมีความเข้มแข็งทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นความเชื่อมั่นที่จะได้รับหรือประสบแต่สิ่งที่ดีในอนาคต และเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการแทบเท่าที่ยังมีชีวิตอยู่ (Herth, 1989; 1992) การศึกษาของ Chiba, Kawakami, Miyamoto, and Andresen (2010) พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับสถานะและกระบวนการในการฟื้นตัวของผู้ป่วย การที่บุคคลมีความหวังในระดับสูงทำให้มีพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกว่าบุคคลที่มีความหวังในระดับต่ำ จากการศึกษาของ สุจิตรา วรสิงห์ (2557) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความหวังอยู่ในระดับปานกลาง การส่งเสริมและเพิ่มความหวังในผู้ป่วยจิตเภทนับเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้ชีวิตกับครอบครัวและสังคมต่อไปได้อย่างปกติ

การเสริมสร้างความหวังเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีเป้าหมายและเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญ การทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์เป็นวิธีการหนึ่งที่มี

ประสิทธิภาพและสามารถช่วยเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยจิตเภทให้เพิ่มมากขึ้น โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มในการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความเข้าใจ ยอมรับความเจ็บป่วยมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เข้าใจ ยอมรับและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ (ชนิกรรดา ไทยสังคม, 2545) และเพื่อให้ผู้ป่วยมีความหวังในการดำเนินชีวิตต่อไป (กฤษณา สังขมณีจินดา, 2554) จึงเป็นวิธีหนึ่งที่น่าสนใจในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการใช้กลุ่มจิตบำบัดเป็นการให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการเข้าใจตนเองและผู้อื่น รู้จักการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพกาย จิตสังคม อีกทั้งช่วยปรับปรุงพฤติกรรมให้ดีขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมาย คือ การยอมรับการเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยมีความหวังมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตสามารถดำรงชีวิตและดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติสุขในสังคม (วรรณษา จำปาศรี และเพ็ญภา แดงค้อมยุทธ, 2555)

โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom เป็นโปรแกรมที่ช่วยเสริมสร้างและพัฒนาความหวังในผู้ป่วยจิตเภทให้เพิ่มขึ้นได้ โดยการช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ เกิดความเข้าใจและยอมรับกับการเจ็บป่วย มีกำลังใจที่ดีในการต่อสู้เผชิญปัญหา ซึ่งโปรแกรมนี้มีการบำบัดเป็นขั้นตอน เมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom แล้ว จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เกิดการเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น มีความเข้าใจตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ได้ระบายความรู้สึก มีการช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจซึ่งกันและกัน ซึ่งก่อให้เกิดกำลังใจที่ดี มีความเชื่อมั่น มีความหวังในชีวิตเพิ่มขึ้น เกิดแรงผลักดันที่จะต่อสู้กับภาวะความเจ็บป่วยทางจิตโดยโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้ มีความกระตือรือร้นในการแสวงหาแนวทางในการดูแลตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม และให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่บนความเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom เพื่อเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยจิตเภทในครั้งนี้ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความหวังของ Herth (1992) และแนวคิดการทำกลุ่มจิตบำบัดของ Yalom (1995) ที่เน้นการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน เพื่อมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้ เข้าใจตนเองและผู้อื่น รู้จักสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ได้ระบายความรู้สึก มีการช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจซึ่งกันและกัน มีกำลังใจและเกิดความหวังในความสามารถของตนเองที่จะต่อสู้กับภาวะความเจ็บป่วยเพื่อให้มีชีวิตที่ดีขึ้น โปรแกรมในงานวิจัยนี้ประกอบด้วย 7 กิจกรรมเพื่อพัฒนาความหวังใน 3 ด้านได้แก่ 1) ด้านการรับรู้ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้น 2) ด้านความพร้อมภายในและความรู้สึกเชื่อมั่น และ 3) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

กรอบแนวคิด

วิจัยนี้ใช้แนวคิดความหวังของ Herth (1992) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยพบว่าความหวังในผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสลดลงได้เนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องเผชิญ การเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยจิตเภทนี้ เน้นการช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีกำลังใจ เกิดความเข้าใจและยอมรับกับการเจ็บป่วย เพิ่มความหวังที่จะมีสภาพชีวิตที่ดีขึ้นมีกำลังใจในการต่อสู้เผชิญปัญหา มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างและสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับภาวะการเจ็บป่วยทางจิตที่ตนมีต่อไปได้ ความหวังตามแนวคิดของ Herth (1992) เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลที่จะได้รับหรือประสบแต่สิ่งที่ดีในอนาคต แบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ 1) ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต (Inner sense of temporality and future) เป็นการรับรู้ภายในต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและอาจเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นการรับรู้ในทางบวกและรู้สึกว่าสิ่งที่ต้องการสามารถเป็นไปได้จริงในอนาคต 2) ความพร้อมภายในทางบวกและการคาดหวัง (Inner positive readiness and expectancy) เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นและพยายามที่จะทำเพื่อบรรลุเป้าประสงค์ เป็นความรู้สึกพร้อมที่จะทำตามแผนเพื่อให้บุคคลบรรลุถึงสิ่งที่ต้องการ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น (Inner connectedness with self and others) เป็นการเห็นความสำคัญของการพึ่งพาระหว่างกัน ความเกี่ยวข้องผูกพันระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น โดยความหวังเป็นปัจจัยสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภทและเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการฟื้นฟูสภาพจิตใจ เพราะความหวังเป็นแรงผลักดันให้บุคคลลุกขึ้นต่อสู้กับสภาวะการเจ็บป่วยได้ (Ochocka, Nelson, & Janzen, 2005) และโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom นี้พัฒนาโดยใช้แนวทางตามแนวคิดของ Yalom (1995) ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงว่า การทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองส่งผลต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภท

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความหวังระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน ในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลบุรีรัมย์ที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความหวังในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลบุรีรัมย์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. คะแนนเฉลี่ยความหวังในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom และระยะติดตามผล 1 เดือน ในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลบุรีรัมย์สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความหวังก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (Repeated measures design with two groups) ใน 3 ระยะคือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการตรวจตามนัดในคลินิก รักรักษ์ใจกลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลบุรีรัมย์ แบบผู้ป่วยนอกทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2560 จากสถิติในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยจำนวน 2,258 คน เฉลี่ยประมาณเดือนละ 188 คนโดยทำการศึกษาเป็นระยะเวลา จำนวน 3 เดือน คือในระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรเป้าหมาย โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ มีช่วงอายุระหว่าง 20-59 ปี มีภูมิลำเนาที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์เป็นผู้ป่วยที่ได้ผ่านการตรวจวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ American Psychiatric Association (2013). โดยได้รับการวินิจฉัยมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี จิตแพทย์ประเมินและให้ความเห็นว่าสามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ ผู้ป่วยสามารถสนทนาได้ตอบ รู้เรื่อง มีการรับรู้การรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลปกติ ประเมินโดยแบบประเมินสภาพจิต (Mental status questionnaire) ของ Kanh et al. 1960 (อ้างถึงใน อรรถนพ ทองคำ, 2546) มีคะแนนไม่ต่ำกว่า 8 จาก 10 คะแนน และไม่มีปัญหาทางการได้ยินสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตในระยะไม่สงบ โดยมีคะแนนจากการประเมินสภาพจิต (Mental status questionnaire) ได้คะแนนต่ำกว่า 8 คะแนนจาก 10 คะแนน

สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยจัดทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการตรวจตามนัดและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นำรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทที่ได้คัดเลือกไว้แล้วนำมาใส่หมายเลข แล้วนำไปใส่ในกล่องเพื่อแล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ และทำการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์การวิจัยหรือไม่ จนกว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 24 คน จากนั้นทำการสุ่มเข้ากลุ่ม (Random assignment) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ของ Yalom ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากคลินิกรักรักษ์ใจ กลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลบุรีรัมย์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 03-02-2560 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เลขที่ บร.0032.1023 ลงวันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2560 ผู้วิจัยได้ชี้แจงอธิบายรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนและระยะเวลาการรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยของกลุ่มตัวอย่างการตอบรับหรือ

ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ตามความสมัครใจ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม และจะนำมาใช้ประโยชน์เพื่องานวิจัยเท่านั้น ในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาหรือการบริการพยาบาลที่ได้รับแต่อย่างใด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

1.1 แบบประเมินสภาพจิต ใช้แบบประเมินสภาพจิต (Mental status questionnaire) ของ Kanh et al. (1960 อ้างถึงใน อรรถพ ทองคำ, 2546) ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นการประเมินการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคลตามปกติ ทั้งนี้คะแนนอย่างน้อย 8 คะแนน ถึง 10 คะแนน แสดงถึงมีการรับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคลปกติ

1.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท สร้างโดยผู้วิจัย ลักษณะข้อคำถามมีทั้งคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความในช่องว่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ จำนวนปีที่เป็นโรคจิตเภท และการอาศัยอยู่ร่วมกับสมาชิกครอบครัว

1.3 แบบวัดความหวัง พัฒนาโดย สุนทรี วัฒนเบญจโสภณ (2543) ตามแนวคิดของ Herth (1992) มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ แบ่งข้อคำถามออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านความรู้สึกลึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต จำนวน 4 ข้อ ด้านความรู้สึกร่วมและคาดหวังในทางบวก จำนวน 4 ข้อ และด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น จำนวน 4 ข้อ มีข้อความทางบวก 10 ข้อ และข้อความทางลบ 2 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าเท่ากับ 4 คะแนน เห็นด้วย มีค่าเท่ากับ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย มีค่าเท่ากับ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน โดยข้อความทางลบจะถูกกลับค่าคะแนนก่อนนำไปรวมคะแนน คะแนนที่สูงกว่าบ่งชี้ว่ามีความหวังสูง แบ่งช่วงคะแนนด้วยวิธีการหาอันตรายค่าขึ้นเป็น 3 ระดับ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) แปลค่าคะแนนของแบบวัดความหวังนี้เป็น มีความหวังอยู่ในระดับต่ำ มีความหวังอยู่ในระดับปานกลาง และมีความหวังอยู่ในระดับสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของ Yalom เพื่อเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ใช้แนวคิดการทำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของ Yalom (1995) โดยเน้นถึงสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ว่าการมีสัมพันธ์ภาพที่บิดเบี้ยวไปและไม่เหมาะสมส่งผลให้เกิดปัญหาขึ้นกับตัวผู้ป่วยและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องได้ และแนวคิดความหวังของ Herth (1992) โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวังและเชื่อมั่นที่จะได้รับหรือประสบสิ่งที่ดีได้ในอนาคตแบ่งเป็น 3 ระยะ คือระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ ระยะทำงานร่วมกัน และระยะการยุติกลุ่ม ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 “การสร้างสัมพันธ์ภาพ การเรียนรู้เกี่ยวกับกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองและโรคจิตเภท”

กิจกรรมที่ 2 “การสำรวจตนเองและการเรียนรู้ปัญหาร่วมกัน” กิจกรรมที่ 3 “การเห็นคุณค่าแห่งตนและการสร้างความเชื่อมั่น” กิจกรรมที่ 4 “การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา” กิจกรรมที่ 5 “การตั้งเป้าหมายในชีวิตและการคิดบวก” กิจกรรมที่ 6 “การแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อจำเป็นและการพึ่งพาห่วงกัน” และกิจกรรมที่ 7 “การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนคิดการบำบัดที่ได้รับและแนวทางการนำไปประยุกต์ใช้”

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และนักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ .80 และแบบวัดความหวังของ สุนทรี วัฒนเบญจโสภา (2543) ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญมาก่อนหน้านี้ และผ่านการนำไปศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชที่โรงพยาบาลตราด จำนวน 80 ราย (สุจิตรา วรสิงห์, 2557) คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .80 และผู้วิจัยได้ทำการทดสอบกับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการคลินิกโรคใจ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่มีไข้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดที่คลินิกโรคใจกลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลบุรีรัมย์ และคัดกรองด้วยการทำแบบประเมินสภาพจิต ผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเอง และมีผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินกิจกรรมจำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ดำเนินกิจกรรมการบำบัดรายกลุ่มในลักษณะกลุ่มปิดทั้งหมด 7 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที ทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดี เวลา 13.30-15.00 น. สถานที่คือห้องคลินิกให้การดูแลทางสังคมจิตใจ (Psychosocial clinic) คลินิกโรคใจ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ มีการติดตามผลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้น 1 เดือน รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมมีดังนี้

1. กลุ่มทดลอง

1.1 ระยะก่อนการทดลอง ในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความหวังครั้งที่ 1 (Pre-test) ก่อนการทดลองโปรแกรมฯ พร้อมนัดหมายครั้งต่อไป

1.2 สัปดาห์ที่ 1-4 เป็นระยะทดลองโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom ประกอบด้วย

ด้วย 7 กิจกรรมที่พัฒนาและเสริมสร้างความหวังให้ผู้ป่วยจิตเภท มี 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น (Initiating phase) เน้นการสร้างสัมพันธ์ทางประหว่งผู้นำกลุ่มและสมาชิกและระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง เป็นกิจกรรมที่ 1 ซึ่งช่วยสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง เกิดความรู้สึกปลอดภัยในการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน สมาชิกกล้าพูดถึงความคิดความรู้สึกของตนออกมา เป็นขั้นเริ่มต้นที่นำไปสู่ระยะต่อไปของกระบวนการกลุ่ม ระยะที่ 2 ระยะทำงานร่วมกัน (Working phase) มี 5 กิจกรรม ที่เน้นการพัฒนาและส่งเสริมความหวังให้สมาชิกใน 3 ด้าน คือ 1) ด้านการรับรู้ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้น 2) ด้านความพร้อมภายในและความรู้สึกเชื่อมั่น 3) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น ได้แก่ กิจกรรมที่ 2 ถึงกิจกรรมที่ 6 สมาชิกเกิดการเรียนรู้และมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Cohesiveness) โดยผู้นำกลุ่มเป็นผู้เอื้ออำนวย (Facilitator) กระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม ช่วยเสริมสร้างให้สมาชิกเกิดความเชื่อมั่นและมีความหวังได้ ระยะที่ 3 ระยะยุติกลุ่ม (Terminal phase) กิจกรรมที่ 7 ซึ่งเป็นกิจกรรมสุดท้ายของโปรแกรมฯ ส่งเสริมให้สมาชิกได้ช่วยกันสรุปประเด็นสำคัญ ตลอดจนข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้จากกลุ่มเตรียมเพื่อยุติการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มสรุปเพิ่มเติมอีกครั้งเพื่อให้สมาชิกเกิดความมั่นใจและมีความเชื่อมั่นในการเผชิญปัญหาด้วยตนเองต่อไปได้

1.3 ในสัปดาห์ที่ 4 เป็นระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมฯ ครบแล้ว ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินแบบวัดความหวัง ครั้งที่ 2 (Post-test) ทันทีหลังการทดลองเสร็จสิ้น ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองที่ให้ความร่วมมือในการทดลองครั้งนี้ นัดหมายกลุ่มทดลองครั้งต่อไปอีก 1 เดือนพร้อมกันในวันนัดมาพบแพทย์

1.4 สัปดาห์ที่ 8 เป็นระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองตามที่นัดหมายไว้ หลังจากกล่าวทักทาย ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบประเมินวัดความหวัง ครั้งที่ 3 เป็นอันเสร็จสิ้นการวิจัย

2.กลุ่มควบคุม

2.1 ระยะก่อนการทดลอง ในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนการทดลอง ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุม ผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความหวัง ครั้งที่ 1 (Pre-test) ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และนัดหมายกลุ่มควบคุมเพื่อพบกันครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 4 สัปดาห์พร้อมกันในวันนัดมาพบแพทย์

2.2 สัปดาห์ที่ 1-4 ในระยะทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติโดยบุคลากรในทีมสุขภาพจิต คลินิกโรคใจ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ได้แก่ การตรวจคัดกรอง ประเมินอาการและระดับความรุนแรงด่วนของอาการเจ็บป่วย การให้สุขภาพจิตศึกษา ตลอดจนคำแนะนำเป็นรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีข้อคำถาม

2.3 ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 เป็นระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมตามนัดหมายไว้ กล่าวทักทายและทำการประเมินแบบวัดความหวัง ครั้งที่ 2 (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 4 และวัดความหวังครั้งที่ 3 ในสัปดาห์

ที่ 8 เป็นการวัดหลังการทดลองระยะติดตามผล 1 เดือน ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและยุติสัมพันธภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามในระลอกก่อนและหลังการทดลอง สร้างคู่มือลงรหัสข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์แล้วนำไปคำนวณด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความหวังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระลอกก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ t (Independent t -test) และเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความหวังภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระลอกก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะหลังติดตามผล 1 เดือน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) เมื่อพบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความหวัง ทำการเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอรอนี (Bonferroni) โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 44.25 ปี ($SD = 8.35$) เป็นเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 50) จบระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 66.70) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 41.70) และเกษตรกร (ร้อยละ 33.30) มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 75.10) ระยะเวลาป่วยด้วยโรคจิตเภทโดยเฉลี่ยเท่ากับ 17.92 ปี ($SD = 11.12$) โดยเป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ มากกว่า 20 ปี (ร้อยละ 41.70) ระยะเวลาการเจ็บป่วยในระยะ 1-5 ปี (ร้อยละ 16.70) จากการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท และการพักอาศัย ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความหวังผู้ป่วยจิตเภทในระลอกก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังแสดงในตารางที่ 1 โดยคะแนนในระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลองมีค่าสูงสุด ($M = 40.67$, $SD = 1.78$)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความหวังผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
ก่อนการทดลอง	32.17	1.75	32.42	2.28
หลังการทดลอง	38.33	1.37	33.67	2.60
ติดตามผล 1 เดือน	40.67	1.78	33.50	2.91

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent *t*-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความหวังระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($t(22) = .302, p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง

กลุ่ม	จำนวน	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Mean difference</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i>
กลุ่มทดลอง	12	32.17	1.75	.25	.302	22	.77
กลุ่มควบคุม	12	32.42	2.76				

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอร์โรนี ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความหวังในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M_{diff} = 6.17, SE = .46, p < .001$) ส่วนระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M_{diff} = 8.50, SE = .65, p < .001$) และในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M_{diff} = 2.33; SE = .58; p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะเวลา	<i>M_{diff}</i>	<i>SE</i>	<i>p-value</i>
ก่อนการทดลอง และ หลังการทดลอง	6.17	.46	<.001
ก่อนการทดลอง และ ติดตามผล 1 เดือน	8.50	.65	<.001
หลังการทดลอง และ ติดตามผล 1 เดือน	2.33	.58	<.001

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความหวังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $F(1, 22) = 8514.37, p < .001$ โดยวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองที่แตกต่างกันส่งผลต่อคะแนนความหวัง, $F(2, 44) = 44.72, p < .001$ แสดงว่ามีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความแปรปรวนของคะแนนความหวังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
การทดลอง	1	88831.12	88831.12	8514.37	< .001
ความคลาดเคลื่อนภายในกลุ่ม	22	229.53	10.43		
เวลา	2	303.08	151.54	79.33	< .001
กลุ่มกับระยะเวลา	2	170.86	85.43	44.72	< .001
ความคลาดเคลื่อน	44	84.06	1.91		

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยความหวังในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ผลการวิจัยพบว่าความแปรปรวนของคะแนนความหวังในกลุ่มควบคุมนั้นแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ, $F(2, 22) = 2.42, p > .001$ ส่วนกลุ่มทดลองพบว่าความแปรปรวนของคะแนนความหวังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $F(2, 22) = 150.74, p < .001$ ดังแสดงในตารางที่ 5 ซึ่งจากตารางนี้ แสดงว่ามีอย่างน้อย 1 คู่ที่มีคะแนนเฉลี่ยความหวังแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงทำการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอร์โรนี

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความหวังในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
กลุ่มทดลอง					
Interval	2	462.89	231.44	150.74	< .001
Error	22	33.78	1.54		
กลุ่มควบคุม					
Interval	2	11.06	5.53	2.42	> .001
Error	22	50.28	2.28		

ผลการทดสอบรายคู่คะแนนเฉลี่ยความหวังในผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง ในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธีบอนเฟอร์โรนี พบว่า คะแนนเฉลี่ยความหวังในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในระยะก่อนการ

ทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีที่กับระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยความหวังในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะเวลา	M	ผลต่างค่าเฉลี่ย		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
ก่อนการทดลอง	32.17	-	6.13*	8.50*
หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที	38.30	-	-	2.37*
ระยะติดตามผล	40.67	-	-	-

* $p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom มีคะแนนเฉลี่ยความหวังในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom (Yalom, 1995) มีความหวังสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom เป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่มที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนเรียนรู้สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม โดยกิจกรรมของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นในการพัฒนาความหวังใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้น ด้านความพร้อมภายในและความรู้สึกเชื่อมั่น และด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น

ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom นี้ครบทุกครั้งสามารถเรียนรู้และรับรู้ความรู้สึกภายในของตนเองที่เกิดขึ้นได้ รู้สึกว่าตนเองมีความพร้อมและมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ทั้งมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นในทิศทางที่ดีขึ้น เกิดการเรียนรู้ภายในกลุ่ม มีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ส่งเสริมกำลังใจซึ่งกันและกัน ไม่ย่อท้อในการเผชิญปัญหา ผู้ป่วยจิตเภทมีทัศนคติที่ดีในการดำเนินชีวิต เรียนรู้การปรับตัวทางสังคมที่สามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตประจำวันต่อไปได้ ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมครบทุกกิจกรรมจึงมีคะแนนเฉลี่ยความหวังในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่าผู้ป่วยจิตเภท

ที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของ Yalom นี้มีความหวังเพิ่มสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแล

อย่างไรก็ตามปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของ Yalom ที่มีต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภท แต่ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ ศิริภัทรา จูทามณี (2552) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เข้าร่วมในกลุ่มบำบัดระดับประคองมีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นและการศึกษาของ วรธนา จำปาศรี (2554) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองมีการรับรู้ตราบาปลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุนทรี วัฒนเบญจโสภณ (2543) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาภายหลังเข้ากลุ่มจิตบำบัดแบบประคองมีระดับความหวังสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มจิตบำบัดแบบประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาของ ชลียา วามะสุน และคณะ (2551) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความหวังมีคะแนนความหวังและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับแนวคิดของ ปัทมาภานูพิศุทธิ์ และคณะ (2559) ที่กล่าวว่า การเสริมสร้างความหวังเป็นหัวใจสำคัญในการช่วยให้บุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวชฟื้นคืนสู่สภาวะที่ดีในชีวิต

จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของ Yalom สามารถเสริมสร้างความหวังให้กับผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านกระบวนการกลุ่มซึ่งมุ่งเน้นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการมีสัมพันธภาพร่วมกับผู้อื่น ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม จะเห็นได้จากเมื่อผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้งจะมีการขับเคลื่อนของกระบวนการกลุ่มที่ทำให้เกิดปัจจัยบำบัดจากการทำกลุ่ม เช่น ความเป็นสากล (Universality) โดยผู้ป่วยรับรู้ว่ามีปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้เกิดกับตนเพียงคนเดียว คนอื่นก็มีปัญหาเช่นกัน เกิดความรู้สึกเป็นปึกแผ่น (Group cohesiveness) รู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน มีการประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน มีสัมพันธภาพที่ดี มีความไว้วางใจกัน กล้าเปิดเผยความคิดความรู้สึกของตนเอง รวมทั้งเกิดปัจจัยบำบัดอื่น ๆ ที่ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของตนเอง โดยเกิดกำลังใจในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค มีทัศนคติที่ดีในการดำเนินชีวิต มีทักษะการเผชิญปัญหาที่ดีมากขึ้น มีการปรับตัวทางสังคมที่ดี มีความหวังในชีวิตมากขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้สามารถควบคุมอาการทางจิตของตนเอง ไม่มีอาการกำเริบหรือกลับมาป่วยซ้ำ สามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติ

โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองของ Yalom ประกอบด้วย 7 กิจกรรมที่ช่วยพัฒนาและเสริมสร้างความหวังให้ผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมี 3 ระยะ ระยะแรกเริ่มกลุ่มเป็นกิจกรรมที่ 1 “การสร้างสัมพันธภาพ การเรียนรู้เกี่ยวกับกลุ่มจิตบำบัดระดับประคองและโรคจิตเภท” กิจกรรมนี้ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เรียนรู้สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก ช่วยผ่อนคลาย รู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจได้ ระยะที่ 2 เป็นระยะทำงานร่วมกัน ซึ่งเน้นการพัฒนาและเสริมสร้างความหวังใน 3

ด้าน คือ ความหวังด้านการรับรู้ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้น ความหวังด้านความพร้อมภายในและความรู้สึกเชื่อมั่น และ ความหวังด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 2 “การสำรวจตนเองและการเรียนรู้ปัญหาาร่วมกัน” เป็นการสำรวจตนเองเกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในปัจจุบัน แลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของตนเองไปในทางที่เหมาะสม กิจกรรมที่ 3 “การเห็นคุณค่าแห่งตนและการสร้างความเชื่อมั่น” เป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างความรู้สึกรับรู้คุณค่าของผู้ป่วยผ่านกรณีศึกษา ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตกำเริบแล้วสามารถกลับมาดำเนินชีวิตและดูแลตนเองได้ตามปกติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจที่จะดำเนินชีวิตบนความเจ็บป่วยทางจิตต่อไปได้อย่างปกติ มีแนวทางในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น กิจกรรมที่ 4 “การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา” กิจกรรมนี้ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาและสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมได้ ซึ่งช่วยพัฒนาทักษะการอยู่ร่วมกันในสังคม กิจกรรมที่ 5 “การตั้งเป้าหมายในชีวิตและการคิดบวก” มุ่งเน้นการส่งเสริมความคิดทางบวก ให้สมาชิกเกิดความเชื่อมั่นที่จะทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจให้รู้สึกเข้มแข็งให้สามารถผ่านสิ่งที่เลวร้ายหรืออุปสรรคไปได้ นำมาซึ่งความหวังในการทำให้มีชีวิตที่ดีขึ้น และกิจกรรมที่ 6 “การแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อจำเป็นและการพึ่งพาช่วยเหลือกัน” เรียนรู้วิธีการปฏิบัติตัวในการอยู่ร่วมกัน การขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นหรือแหล่งสนับสนุนอื่นหากสมาชิกไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง

กระบวนการกลุ่มแต่ละกิจกรรมดังกล่าวส่งเสริมให้เกิดปัจจัยบำบัด เช่น การให้ข้อมูล (Imparting of information) การระบายความรู้สึก (Catharsis) การได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สมาชิกรู้สึกว่าได้ทำคุณประโยชน์ (Altruism) ส่งผลให้มีกำลังใจที่ดีขึ้น การมีความเป็นสากล เกิดความเป็นปึกแผ่น สมาชิกมีความรู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันมากขึ้น เป็นต้น โดยผู้นำกลุ่มเป็นผู้เอื้ออำนวย (Facilitator) กระตุ้นและส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันภายในกลุ่ม และระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะสุดท้าย ได้แก่ กิจกรรมที่ 7 “การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนคิดเกี่ยวกับการบำบัดที่ได้รับและแนวทางการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน” กิจกรรมนี้ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดีขึ้นมีความมั่นใจในการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากโปรแกรมนี้ไปปรับใช้ได้จริง

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ของ Yalom ใน 7 กิจกรรมนี้ช่วยพัฒนาและเสริมสร้างความหวังทั้ง 3 ด้านให้ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีความหวังในชีวิตเพิ่มขึ้นได้ ทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ดังจะเห็นจากการทดสอบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความหวังในแต่ละช่วงเวลาพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยความหวังของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ของ Yalom ตามแนวคิดความหวังของ Herth (1992) และแนวคิดกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ของ Yalom (1995) เป็นวิธีการบำบัดที่สามารถเพิ่มความหวังซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเชื่อมั่น มั่นใจและมีความหวังที่จะต่อสู้กับภาวะความเจ็บป่วยทางจิตได้ แม้ว่าจะสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมไปแล้ว แต่

ในระยะติดตามผลก็ยังพบว่าความหวังยังคงเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองสามารถนำความรู้ ประสบการณ์ที่ได้รับในการเข้าร่วมโปรแกรมนี้นำไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตได้ จึงทำให้ความหวังยังคงเพิ่มขึ้นแม้จะยุติการเข้าร่วมโปรแกรมไปแล้ว ดังนั้นการเสริมสร้างความหวังจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยฟื้นฟูสมรรถนะทางกายและจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัวอยู่กับภาวะความเจ็บป่วยทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและข้อเสนอแนะ

โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองของ Yalom ช่วยพัฒนาและเสริมสร้างความหวังให้ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีความหวังในชีวิตเพิ่มขึ้นทุกด้าน ซึ่งนอกจากความหวังนี้จะยังคงอยู่หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว ยังเพิ่มขึ้นในระยะติดตามผลอีกด้วย ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองของ Yalom มาประยุกต์ใช้เพื่อช่วยพัฒนาและเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

2. ด้านการศึกษา คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองของ Yalom ไปประยุกต์ใช้ประกอบการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้เพื่อช่วยเสริมสร้างความหวังในจิตเภท ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

3. ด้านการวิจัย สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆต่อไป โดยในระยะติดตามประเมินผลการใช้โปรแกรมควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามให้นานขึ้น เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยสามารถนำทักษะที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มๆ นี้ไปใช้กับเพื่อเสริมสร้างและพัฒนาความหวังในชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน รวมถึงเจ้าหน้าที่คลินิกโรคจิตตลอดจนผู้ป่วยจิตเภทในคลินิกโรคจิต กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการศึกษาจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2559). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559 Annual Report 2016.

กรุงเทพฯ: บางกอกบล็อก.

กฤษณา สังขมณีจินดา. (2556). ผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุขไชโยะ, และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2556). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 58*(1), 89-100.
- ชนิกรดา ไทยสังคม. (2545). *การใช้จิตบำบัดกลุ่มในการเพิ่มความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของผู้ติดยาเสพติด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ชลียว วามะลุน, จิรัฏฐ์จรัสสี, พัทธนี เทพอาภรณ์ และศิริลักษณ์ เกษวิจิตร. (2551). การเสริมสร้างความหวังและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะซึมเศร้า: กรณีศึกษาศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี. *วารสารโรคมะเร็ง, 28*(2), 55-63.
- ปัทมา ภาณุพิศุทธิ์, สกาวรัตน์ พวงถัดดา, อาริยา เตชะไพสิฐพงศ์, และปภาจิต บุตรสุวรรณ. (2559). ประสิทธิภาพโปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อความหวังและคุณภาพชีวิตสำหรับบุคคลที่อยู่กับโรคจิตเวช: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 30*(1), 34-51.
- ประคอง วรรณสูตร. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณษา จำปาศรี. (2554). *ผลของการใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับรองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- วรรณษา จำปาศรี, และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2555). ผลของการใช้กลุ่มจิตบำบัดระดับรองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26*(2), 51-62.
- วัชรภรณ์ ลือโฮงศ์. (2553). *การตราบาปทางสังคม: กรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, อุบลราชธานี.
- ศิริภัทรา จุฑามณี. (2552). *ผลของกลุ่มบำบัดระดับรองต่อการคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2557). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.
- สัมพันธ์ มณีรัตน์. (2546). *ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สุจิตรา วรสิงห์. (2557). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สุนทร วัฒนเบญจโสภณ. (2543). *ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบระดับรองต่อการความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อรรณพ ทองคำ. (2546). *การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมาเป็นซ้ำ* (การค้นคว้าอิสระปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)* (5th Edition). Arlington: American Psychiatric Publisher.
- Chiba, R., Kawakami, N., Miyamoto, Y., & Andresen, R., (2010). Reliability and validity of the Japanese version of self-identified stage of recovery for people with long term mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 195-202. Retrieved from <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=124&sid=c4f271e0-51f3-49ce-8588-43eabe3ab9b0%40sessionmgr113>
- Herth, K. (1989). The relationship between level of hope and coping response and other variables in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 16(1), 67-72.
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1251-1259. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1430629>
- Miller, J. F. (1985). Hope. *American Journal of Nursing*, 85(1), 23-25.
- Ochocka, J., Nelson, G. & Janzen, R. (2005). Moving forward: negotiating self and external circumstances in recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(4), 315-322. Retrieved from https://scholars.wlu.ca/psyc_faculty/14
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books.\

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์ต่อภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ทยาวิรุ จันทรวีวัฒน์, พย.ม.¹

ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, ป.ร.ด.²

แสงนภา บารมี, พย.ม.¹

(วันที่ส่งบทความ: 18 กรกฎาคม 2562; วันที่แก้ไข: 29 พฤศจิกายน 62; วันที่ตอบรับ: 4 ธันวาคม 2562)

บทคัดย่อ

ในการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ปัญหาทางใจจะคงอยู่เป็นระยะเวลานานหากไม่ได้รับการแก้ไขเชิงลึก การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนรับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 28 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนดไว้ แล้วสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลอง 13 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 15 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์และแบบวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวแบบวัดซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายুরะหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $F(1, 26) = 12.0$, $p = .002$, $\eta^2 = 0.44$ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และในกลุ่มทดลองระดับภาวะซึมเศร้าก่อนรับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $F(2, 52) = 54.4$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.66$ โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์มีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มที่ศึกษานุเคราะห์สาธารณสุขควรนำไปดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในบริบทของชุมชน

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม, ทฤษฎีแซทเทียร์, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

¹Corresponding author: ทยาวิรุ จันทรวีวัฒน์, Email: tayawee@knc.ac.th

The Effect of a Group Counseling Program Based on Satir's Model on Depression in Older Adults in Muang District, Nakhon Ratchasima Province

Tayawee Juntarawiwat, M.N.S¹

Thassanee Thipsungnoen, Ph.D.²

Sangnapa Baramee, M.N.S¹

(Received: July 18th, 2019; Revised: November 29th, 2019; Accepted: December 4th, 2019)

Abstract

In providing nursing care for older adults who suffer from depressive symptoms, the mental problems will persist for the long term if they are not resolved in depth. This quasi-experimental research aimed to compare the average scores of a group participating in a counselling program based on the Satir model and a group receiving regular care by comparing their average scores on the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) form at three time points: before, after participating in the program, and at a 1-month post-program follow up. The participants were 28 older people recruited from a Sub-District Health Promoting Hospital in Nakhon Ratchasima province during a hospital visit. They were purposively selected based on inclusion criteria and then randomly assigned to the experimental ($n = 13$) or comparison ($n = 15$) group. The research instruments were comprised the group counseling program based on the Satir model and The Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) form. The data were analyzed using one factor repeated measure ANOVA. The results revealed that there was a significant difference in depressive symptoms between the experimental and the comparison groups, $F(1, 26) = 12.0$, $p = .002$, $\eta^2 = 0.44$. Older adults in the experimental group reported a lower score for depressive symptoms than this in the comparison group. In the experimental group, there was a significant difference in the scores for depressive symptoms at the before, after and one-month post-experiment, $F(2, 52) = 54.4$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.66$ time points. The group counseling program based on the Satir model elicited significant decreases in depression among the older adults in the study. Therefore, public health officers should apply the program to caring for older adults with depression in the community context.

Keywords: group counseling program, Satir's model, depression, older adults

¹Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Praboromarajchanok Institute

²Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Praboromarajchanok Institute

¹Corresponding author: Tayawee Juntarawiwat, Email: tayawee@knc.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ เนื่องมาจากประชากรผู้สูงอายุได้มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ประชากรรวมเพิ่มด้วยอัตราที่ช้าลง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560) และคาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) ซึ่งจะมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป คิดเป็นมากกว่าร้อยละ 20 (กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

จากอุบัติการณ์ของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ปัญหาและภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตก็สูงขึ้นเช่นกัน รวมถึงปัญหาภาวะซึมเศร้าที่เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นเป็นอันดับต้นๆ และส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก จากรายงานวิจัยการวิเคราะห์อภิมานของ Volkert, Schulz, Harter, Wlodarczyk, and Andreas (2013) ที่ศึกษาความชุกปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศตะวันตก 16 ประเทศ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากที่สุดถึงร้อยละ 19.4 และเป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 16.5 จากงานวิจัยเชิงสำรวจของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program) ซึ่งเป็นวิจัยเชิงสำรวจครัวเรือนแบบภาคตัดขวาง พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 28.6 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22.6 และผู้สูงอายุในชุมชนเป็นโรคซึมเศร้าถึง ร้อยละ 1-5 (สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2560)

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในช่วงบั้นปลายของชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและความผิดปกติของความคิด มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น (Taylor, 2014) เป็นสาเหตุสำคัญของการไร้ซึ่งความสามารถและเป็นสาเหตุของความทุกข์ ทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่อง และอาจจะเป็นผลจากโรคร่วมอื่นๆ (The Best Practice Advocacy Centre New Zealand, 2020) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทุก ๆ ด้านของชีวิตผู้สูงอายุ เช่น ส่งผลกระทบต่อพลังงาน ความอยากอาหาร การนอนหลับ การสนใจในการทำงาน งานอดิเรก และสัมพันธภาพ (Robinson, Smith, & Segal, 2018) ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ในต่างประเทศจากงานวิจัยการวิเคราะห์อภิมาน ได้แก่ ปัจจัยความพิการ การเจ็บป่วยด้วยโรคใหม่ ภาวะสุขภาพไม่ดี เคยมีประวัติเป็นซึมเศร้ามาก่อน การรับรู้สุขภาพและความสูญเสีย การนอนผิดปกติ และเป็นเพศหญิง (Cole & Dendukuri, 2003)

สำหรับประเทศไทยปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวและความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน (ชัยวัฒน์ อินธิยา, โสภณ แสงอ่อน, และพัชรินทร์ นันทจันทร์, 2559) ปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหากไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือรักษาอย่างถูกวิธีจะทำให้ภาวะซึมเศร้ามีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งกลายเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เกิดภาวะทุพพลภาพทำให้ไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้จึงส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทำให้รู้สึก

ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทยได้มีแนวทางการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนตามมาตรฐานแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะโรคซึมเศร้า ตั้งแต่การคัดกรอง ประเมิน วินิจฉัย บำบัดรักษาและการส่งต่อ ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูอย่างองค์รวม จากการสำรวจสถิติข้อมูลรายงานแบบผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าและการทำวิจัยตนเองของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่ง

หนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา ในปีงบประมาณ 2561 โดยคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พบว่ายังมีผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตาย โดยในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 ราย ปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย จากการสอบสวนสาเหตุการตายพบว่ามีปัญหาซึมเศร้ามานานและไม่ได้รับการบำบัดรักษา ผลการสำรวจภาวะซึมเศร้าในปีพ.ศ. 2561 โดยแบบคัดกรอง 2Q 9Q และ 8Q โดยคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำรพ.สต. พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด (ร้อยละ 25)

ดังนั้นเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจากการดูแลตามปกติมุ่งเน้นที่สร้างความรู้ ทักษะจิตต่อภาวะซึมเศร้า ขาดการมุ่งเน้นส่งเสริมให้ผู้สูงอายุแก้ปัญหาเชิงลึกด้วยศักยภาพของผู้สูงอายุเอง จึงได้นำแนวคิดทฤษฎีของแซทเทียร์มาใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลง และป้องกันความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งการบำบัดมุ่งเน้นไปที่การให้ผู้ป่วยได้ค้นหาศักยภาพของตนเอง สะท้อนให้เห็นและใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ เน้นเปลี่ยนมุมมองทางบวก เรียนรู้จากปัญหา เน้นให้มองเห็นคุณค่าในตนเอง มีการปรับตัวที่ดี ตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม เกิดความสมดุลสอดคล้องกลมกลืนภายในจิตใจมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติของหน่วยงานก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนการเข้ารับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติของหน่วยงาน

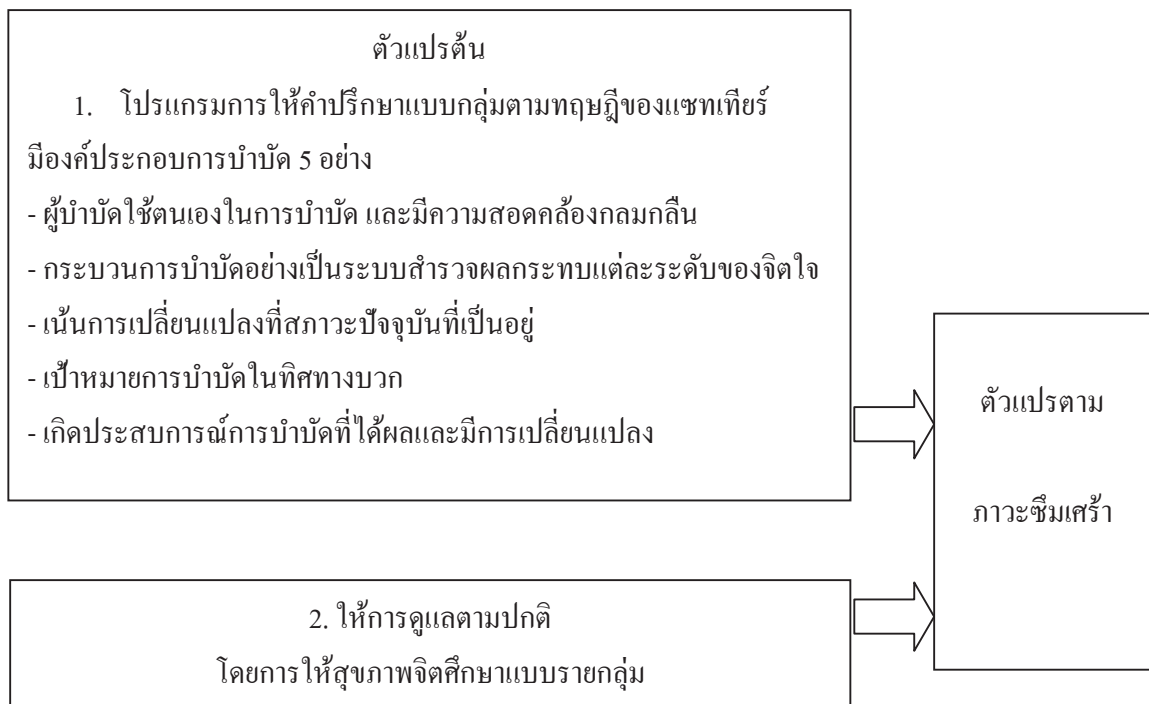
2. ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนหลังการเข้ารับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์ทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างจากก่อนเข้าโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กระบวนการให้คำปรึกษาทฤษฎีแซทเทียร์อยู่ในกลุ่มมนุษยนิยม มีความเชื่อเกี่ยวกับคน การปรับตัว และการเปลี่ยนแปลง โดยมองว่าคนจะทำดีที่สุด คนทุกคนมีคุณค่าเท่าเทียมกัน ความเชื่อเกี่ยวกับการปรับตัวมองว่าทุกคนมีบุคลิกอยู่ภายในที่สามารถช่วยให้ปรับตัวและเติบโตได้ และความเชื่อเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจเป็นไปได้เสมอ (นงพะงา ลิมสุวรรณ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2550) หลักการบำบัดสำคัญของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดแซทเทียร์ เพื่อส่งเสริมการดึงศักยภาพภายในตนเองมาแก้ไขปัญหเชิงลึก โดยมีกระบวนการเพื่อให้เกิด

การเปลี่ยนแปลงและเกิดการเติบโตในรูปแบบของอุปมาอุปไมยที่เรียกว่าภูเขาน้ำแข็ง (Iceberg metaphor) ทำความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่ภายในจิตใจลึกกลงไป สร้างความเชื่อมโยงกันในทุกระดับของภูเขาน้ำแข็ง สำรวจผลกระทบต่องิตใจทุกระดับ มีการตั้งเป้าหมาย เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (นางพาง ลัมสุวรรณ และนิดา ลัมสุวรรณ, 2555) ช่วยให้บุคคลได้รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem) มากขึ้น เกิดการยอมรับตนเอง ช่วยสนับสนุนมีทางเลือกในการตัดสินใจมากขึ้น (Better choice maker) รับผิดชอบต่องิตใจของตนเอง (Responsible) และช่วยให้บุคคลมีความสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น (Congruent) เชื่อมโยงกับคนอื่น รู้สึกสงบ ไม่ใช่ชีวิตตามอารมณ์ สามารถเผชิญปัญหา และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข (Banmen, 2002)

โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีของแซทเทียร์ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากงานวิจัยของ ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน (2557) โดยการเพิ่มเติมพลวัตรกลุ่มและกระบวนการกลุ่มลงไปเพื่อให้เกิดแรงผลักดัน รวมทั้งเนื้อหาในกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม ให้เกิดแบบแผนพฤติกรรมกลุ่มที่ครอบคลุม เป็นการบำบัดแบบรายกลุ่ม (Group counselling) ครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 8 ครั้ง อธิบายกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1. กรอบแนวคิดการวิจัยโดยใช้แนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2561 ถึง กันยายน 2561 สถานที่เก็บข้อมูล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งจังหวัดนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 558 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2556) ดังนี้จากสูตร

$$n = \frac{2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 Sp^2}{d^2}$$

กำหนดค่าที่ได้ $n_1 = 6$, $n_2 = 6$, $M_1 = 18.5$, $M_2 = 13.8$, $Sp_1 = 2.07$, $Sp_2 = 3.25$ กำหนดค่า $Z_{\alpha/2} = 1.96$, $Z_{\beta} = 0.84$ จากงานวิจัยของ พิลลัษณ์ นิธิภากรณ์ (2547) ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 5.34 คน ได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 15 คน เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างที่อาจขาดหายไปในช่วงการทดลอง (Drop out) ตามหลักการทำกระบวนการกลุ่ม ขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมควรมีจำนวนสมาชิกประมาณ 5-15 คน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2552) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้สามารถเดินทางมาร่วมกิจกรรมได้ สื่อสารได้เข้าใจ ไม่เจ็บป่วยเป็นโรคร้ายแรงที่อยู่ในระยะที่แสดงอาการ เช่น โรคปอด โรคหัวใจและโรคเอดส์ มีคะแนนความซึมเศร้าตั้งแต่ 13 - 24 คะแนน (เล็กน้อยถึงปานกลาง) และไม่ได้รับยาต้านรักษาอาการซึมเศร้า ไม่มีภาวะสมองเสื่อม สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ มีความคิดฆ่าตัวตายได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า และได้รับยาจิตเวช

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน โดยการจับคู่ (Pair-matching) กลุ่มละ 15 คน โดยให้มีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างคล้ายคลึงกันมากที่สุด ได้แก่ เพศ อายุ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง จับฉลากสุ่มอย่างง่ายเข้าเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม กลุ่มเปรียบเทียบ 15 คนได้รับการดูแลปกติ ซึ่งในระหว่างดำเนินการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองขอยุติการวิจัยจำนวน 2 คน คงเหลือกลุ่มทดลอง 13 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 15 คน รวมเป็น 28 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ตามเอกสารรับรองเลขที่ COA 007/2561 อนุมัติวันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย และประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมกลุ่มจะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งการเก็บรักษาความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆ การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์และสรุปผลการศึกษาในภาพรวมใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อผู้ป่วย ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจยินยอมหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมกลุ่มการศึกษาสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใดๆ ขณะทำการวิจัยกลุ่มตัวอย่างเกิดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัย หรือผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยพิจารณาส่งต่อเพื่อการรักษา ทั้งนี้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลจะเป็นผู้ติดต่อโดยตรงกับกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์ สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีของแซทเทียร์ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากงานวิจัยของทศนีย์ทิพย์สูงเนิน (2557) ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีของแซทเทียร์ต่อการเห็นคุณค่าในตนเองและความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ และได้รับอนุญาตจากเจ้าของโปรแกรมให้นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ รายละเอียดของโปรแกรมมีดังนี้

กิจกรรมที่ 1 *สานรักสานความสัมพันธ์* เพื่อสร้างความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เกิดบรรยากาศที่เป็นกันเอง สร้างความไว้วางใจ ผ่อนคลายและเพื่อให้สมาชิกทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา เวลาจำนวนครั้ง และสถานที่ในการให้คำปรึกษาและการเข้ากลุ่มให้คำปรึกษา ใช้เวลา 60-90 นาที

กิจกรรมที่ 2- 6 *ประสานพลังกาย พลังใจเผชิญปัญหา* เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่ม ระบายความรู้สึกโดยเล่าถึงความในใจหรือความรู้สึกที่ไม่สบายใจที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ตามระดับขั้นรูปแบบของอุปมาอุปไมยที่เรียกว่าภูเขาน้ำแข็งและค้นหาสาเหตุของปัญหาที่จะนำมาสู่การวางแผนช่วยเหลืออย่างเหมาะสม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันและให้สมาชิกกลุ่มเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ใช้เวลา 60-90 นาที

กิจกรรมที่ 7 *สะท้อนชีวิตใหม่ จากพลังใจเปี่ยมสุข* ให้สมาชิกเจ้าของปัญหาทุกคน บอกผลการนำแนวทางแก้ปัญหาลงมือไปใช้ในชีวิตประจำวัน ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน สะท้อนมุมมองทางบวกจากพลังกลุ่มเน้นเสริมสร้างกำลังใจให้สมาชิกสามารถมีพลังในการดำเนินชีวิตเผชิญกับปัญหา ณ ปัจจุบัน ใช้เวลา 60-90 นาที

กิจกรรมที่ 8 *เติมพลังชีวิต พิชิตปัญหา* วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาทุกคนแลกเปลี่ยนผลที่ได้รับจากการให้คำปรึกษา ตอกย้ำการเปลี่ยนแปลง และการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้นและยุติการ

ให้คำปรึกษา ใช้เวลา 60-90 นาที

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ศาสนา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้แหล่งที่มาของรายได้ ปัญหาสุขภาพ

2.2 แบบวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (The Thai Geriatric Depression Scale [TGDS]) เป็นแบบวัดที่พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยได้รวมกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทและสมอง จิตแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ และนักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศ มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยแปลผลคะแนนดังนี้ คะแนน 0 - 12 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุปกติ คะแนน 13 - 18 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีความเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) คะแนน 19 - 24 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีความเศร้าปานกลาง (Moderate depression) คะแนน 25 - 30 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีความเศร้ารุนแรง (Severe depression) การทดสอบความเที่ยงตรงคืนฉบับมีค่าความเที่ยงตรงในเพศหญิง เท่ากับ .94 เพศชายเท่ากับ .91 โดยมีค่าความเที่ยงตรงรวมเท่ากับ .93 (สาวตรี สิงหา, 2559)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน และพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช 1 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) มีค่าเท่ากับ .85 และนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .92 และเครื่องมือที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ .85

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการทดลอง

1.1 การเตรียมตัวผู้นำกลุ่ม การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มจำนวน 2 คน ดำเนินการตามโปรแกรมการบำบัดจำนวน 8 ครั้ง ได้เตรียมตัวตั้งแต่การศึกษาค้นคว้าบททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และศึกษาทฤษฎีเกี่ยวกับแนวคิดแซทเทียร์โดยการเรียนจากอาจารย์ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ซึ่งเป็นเจ้าของโปรแกรม ผ่านการสังเกตการณ์การบำบัด และฝึกทดลองกระบวนการบำบัดด้วยแนวคิดแซทเทียร์กับผู้สูงอายุ ณ บ้านพักคนชรา เป็นระยะเวลา 1 เดือน และมีการเตรียมเอกสารคู่มือการบำบัด วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการดำเนินการบำบัด

1.2 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้ช่วยวิจัยเป็นนักศึกษาพยาบาล ทำหน้าที่ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายรายละเอียดโปรแกรมฯ แบบสอบถาม แบบประเมิน ตลอดจน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย และประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมกลุ่มจะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งการเก็บรักษาความลับ สอบถามความสมัครใจยินยอมหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมกลุ่มการศึกษา เมื่อยินดีเข้าร่วมกลุ่มวิจัย ให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ขั้นตอนทดลอง

2.1 ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลก่อนเริ่มการทดลองในสัปดาห์แรกให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยเก็บข้อมูลพร้อมกันเป็นกลุ่มที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และก่อนเริ่มกิจกรรมแต่ละกลุ่มได้มีการสร้างสัมพันธภาพแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอนลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เพื่อสร้างบรรยากาศด้วยความอบอุ่นเป็นกันเองและผ่อนคลายมากที่สุด

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีของแซทเทียร์ 1 กลุ่ม จำนวน 13 คน กำหนดจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งในวันอังคารและวันเสาร์ ครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 8 ครั้ง รวมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และซึ่งเป็นเวลาเดียวกับที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่ศึกษา 1 กลุ่ม จำนวน 15 คน เป็นการให้สุศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ฝึกทักษะการจัดการภาวะซึมเศร้าด้วยการออกกำลังกาย การนวด เป็นต้น

3. ขั้นตอนหลังการทดลอง

3.1 ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองผู้วิจัยกล่าวปิดโครงการวิจัยและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

3.2 ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบทดสอบวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย ฉบับเดียวกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3.3 ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลองระยะติดตาม 1 เดือนให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบทดสอบวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย ฉบับเดียวกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยติดตามเก็บข้อมูลเป็นกลุ่มที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติทีอิสระ และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติความแปรปรวนแบบทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way ANOVA repeated measure)

ผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เริ่มการศึกษามีกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 15 คน ในระหว่างดำเนินการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองขอยุติการวิจัยจำนวน 2 คน คงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 28 คน เป็นกลุ่มทดลอง 13 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 15 คน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติไค-สแควร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศชาย ร้อยละ 23.0 เพศหญิงร้อยละ 76.9 มีอายุเฉลี่ย 74.6 ปี ($SD=8.30$) ทุกคนจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 100) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) และมีปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ 100) ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 53.8) ว่างงาน (ร้อยละ 69.2) และมีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 69.2) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศชายร้อยละ 20.0 เพศหญิงร้อยละ 80.0 มีอายุเฉลี่ย 72.7 ปี ($SD=7.78$) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 46.6) ทุกคนจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 100) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ว่างงาน (ร้อยละ 66.6) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 700 บาท (ร้อยละ 53.8) ความไม่เพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 66.6) มีปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ 100) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง ($n=13$)		กลุ่มเปรียบเทียบ ($n=15$)	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
1. เพศ (คน)				
ชาย	3	23	3	20
หญิง	10	76.9	12	80
2. อายุ (เฉลี่ย)	74.6 ($SD=8.30$)		72.7 ($SD=7.78$)	
3. สถานภาพสมรส				
คู่	7	53.8	7	46.6
อยู่ร้าง	1	7.69	2	13.3
หม้าย	5	38.4	6	40.0
4. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	13	100.0	15	100.0
5. นับถือศาสนาพุทธ	13	100.0	15	100.0
6. อาชีพ				
ว่างงาน	9	69.2	10	66.6
รับจ้าง	1	7.69	2	13.3
เกษตรกร	3	23.0	3	20.0

(มีต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 13)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 15)	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
7. ความพึงพอใจของรายได้				
ไม่เพียงพอ	9	69.2	10	66.6
เพียงพอ	4	30.7	5	33.3
8. มีปัญหาสุขภาพ	13	100.0	15	100.0

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

คะแนนภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(26) = 0.18, p = .854, d = 0.044$) ส่วนหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(26) = 4.54, p < .001, d = 1.70$ และ $t(26) = 2.88, p = .008, d = 1.09$ ตามลำดับดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระยะก่อนรับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะเวลา	คะแนนภาวะซึมเศร้า				<i>t</i>	<i>p</i>
	กลุ่มทดลอง (<i>n</i> = 13)		กลุ่มเปรียบเทียบ (<i>n</i> = 15)			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	17.6	2.46	17.5	2.07	.18	.854
หลังได้รับโปรแกรมฯ ทันที	7.23	4.92	14.8	3.98	-4.54	.000
หลังได้รับโปรแกรมฯ 1 เดือน	9.07	4.70	13.6	3.60	-2.88	.008

จากการทดสอบสถิติตามข้อตกลงเบื้องต้นความแปรปรวนแบบทางเดียวแบบวัดซ้ำพบว่า ใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test ทดสอบกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มมีการแจกแจงแบบปกติทั้งหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที ($p = .136$) และระยะติดตามผล 1 เดือน ($p = .20$) ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีการแจกแจงแบบปกติ ทั้งหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที ($p = .17$) และระยะติดตามผล 1 เดือน ($p = .20$) และการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น Compound symmetry โดยใช้สถิติวิเคราะห์ Mauchly's Test of Sphericity ได้ค่า $p = .92$ คือ ระดับความสัมพันธ์ของการวัดตัวแปรตามแต่ละคู่มีความสัมพันธ์เท่า ๆ กัน และความแปรปรวนในการวัดซ้ำแต่ละครั้งมีขนาดเท่า ๆ กัน ($p > .05$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way ANOVA repeated measure)

Source of Variation	Sum Square	df	Mean Square	F	p
Between group	1058.953	27			
Group	334.286	1	334	12.0	.002
Error	724.667	26			
Within group	1347.286	56			
Time	766.433	2	383	54.4	.000
Time* group	214.433	2	107	15.2	.000
Error	366.400	52	7.05		

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันทีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $F(1, 26) = 12.0, p = .002, \eta^2 = 0.44$ โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและในกลุ่มทดลองคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $F(2, 52) = 54.4, p < .001, \eta^2 = 0.66$ โดยภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีต่ำกว่าระยะติดตามผล 1 เดือน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในช่วงเวลาวัดที่ต่างกันรายคู่ (ก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน)

ช่วงเวลา (A)	ช่วงเวลา (B)	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน ภาวะซึมเศร้า (A-B)	SE	p-value
Time1	Time2	10.5	1.31	<.05
	Time3	8.61	1.30	<.05
Time2	Time1	-10.5	1.30	<.05
	Time3	-1.84	1.19	>.05
Time3	Time1	-8.61	1.30	<.05
	Time2	1.84	1.19	>.05

Time1 หมายถึง คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

Time2 หมายถึง คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที

Time3 หมายถึง คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผล 1 เดือน

จากตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในช่วงเวลาวัดที่ต่างกันรายคู่ คือ ก่อนได้รับโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุก่อนได้รับโปรแกรมฯและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ก่อนได้รับโปรแกรมฯและระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันทีมีคะแนน น้อยกว่าระยะติดตามผล 1 เดือนแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์ต่อภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุ มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยจนเสร็จสิ้นโครงการทั้งหมดจำนวน 28 คน เป็นกลุ่มทดลอง 13 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 15 คน นำมาอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานดังต่อไปนี้

สมมติฐานที่ 1 คือกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนน ภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง จำนวน 13 คน ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและปานกลาง มีความกังวล ไม่สบายใจ หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร มีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป รู้สึก สิ้นหวัง เพราะคิดว่าตัวเองไม่มีคุณค่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดของ แซทเทียร์ พบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้ามลดลง ส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ จะเห็น ว่าภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างชัดเจน

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทั้งความรู้สึก อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมมีภาวะซึมเศร้า ลดลง เกิดจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงและเติบโตภายในจิตใจ ในรูปแบบของอุปมาอุปไมยที่เรียกว่า ภูเขาน้ำแข็ง ผู้สูงอายุได้มีการระบายความรู้สึกและเล่าถึงความไม่สบายใจ สำนวณสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่ภายใน จิตใจลึกกลงไป มองเห็นและตระหนักรู้ในตนเองผ่านความเชื่อมโยงกันในทุกระดับของภูเขาน้ำแข็ง สำนวณพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความรู้สึก สำนวณผลกระทบต่อจิตใจทุกระดับ มีการตั้งเป้าหมาย มุมมองใหม่ให้กับตนเองผู้สูงอายุได้ค้นหาศักยภาพของตนเอง สะท้อนให้เห็นและใช้ศักยภาพของตนเอง อย่างเต็มที่เน้นเปลี่ยนมุมมองทางบวก เรียนรู้จากปัญหาเน้นให้มองเห็นคุณค่าในตนเอง มีการปรับตัวที่ดี ตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม เกิดความสมดุลสอดคล้องกลมกลืนภายในจิตใจมากขึ้น (นางพาง ลัมสุวรรณ, และคณะ, 2550) ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงสีหน้าจากการไร้ซึ่งความหวัง เปลี่ยนเป็นสีหน้าแห่งรอยยิ้ม มีพลังในการดำเนินชีวิต มองเห็นทางเลือกที่หลากหลายในการช่วยแก้ไข ปัญหาอย่างมีเหตุมีผล ยอมรับทุกสิ่งทุกอย่างมีเกิดและดับลงโดยไม่ยึดติดมองเห็นคุณค่าและสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีความพึงพอใจชีวิตที่ผ่านมาทั้งสุขและทุกข์จนไม่มีการเบื่ออาหารนอนไม่หลับ

หรือความคิดที่จะทำร้ายตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของอรณลิน สิงขรณ์และคณะ (2559) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้แซทเทียร์โมเดลเป็นฐานต่ออาการซึมเศร้าในผู้หญิงไทย โรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้แซทเทียร์โมเดลเป็นฐานมีค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติของหน่วยงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แนวคิดแซทเทียร์มีเป้าหมายช่วยให้บุคคลได้รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมากขึ้น มีความภูมิใจในตนเอง มั่นใจและพอใจในตนเอง ตลอดจน เกิดการยอมรับตนเอง โดยการบำบัดจะช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีทางเลือกที่ต้องการตัดสินใจมากขึ้น แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง รับผิดชอบต่อจิตใจของตนเอง และช่วยให้บุคคลมีความสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น (นงพงา ลัมสุวรรณ และนิดา ลัมสุวรรณ, 2555) สามารถเปิดเผยเชื่อมโยงกับคนอื่น กลมกลืนไม่ขัดแย้ง รู้สึกสงบ ไม่ใช่ชีวิตตามอารมณ์มีพลัง สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ทำให้สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข เป้าหมายคือการสร้างบริบทที่ส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการเพื่อเติมเต็มความเป็นมนุษย์มากขึ้น (Haber, 2002)

กระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นกระบวนการที่มีแบบแผน กิจกรรมจะสร้างความรู้สึกลึกซึ้งเป็นอันเดียวกันภายในกลุ่ม ความรู้สึกคล้ายคลึงกันเข้าอกเข้าใจกันทำให้เกิดความไว้วางใจกัน ระบายปัญหาความรู้สึกอย่างอิสระทำให้ความรู้สึกทุกข้อใจ อาการซึมเศร้าลดลงและกระบวนการกลุ่มที่สนับสนุนการช่วยเหลือซึ่งกันและกันรับฟังปัญหา แลกเปลี่ยนแนวทางแก้ไขปัญหาก็ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มองเห็นความจริงของชีวิต สร้างความหวัง เกิดการยอมรับทุกๆ สิ่งที่เกิดขึ้นจากแรงผลักดันที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มตามพลวัตรกลุ่ม (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2552) เป็นพลังของกระบวนการกลุ่ม ประกอบกับผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกลุ่มด้วยความยืดหยุ่น คำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุเป็นหลัก มีความไวต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุ ด้วยการสะท้อนความรู้สึกของผู้สูงอายุออกมา สำรวจและสร้างความตระหนักรู้ในพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความรู้สึกด้วยบุคลิกของผู้วิจัยทำที่ที่อบอุ่น เปิดใจกว้างยอมรับ โดยไม่ตัดสินพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ค้นหาและดึงศักยภาพผู้สูงอายุขึ้นมาอันเป็นพลังภายในที่มีค่ามหาศาล เสริมแรงทางบวกด้วยการชื่นชม ให้กำลังใจอย่างจริงใจ ภายใต้บรรยากาศกลุ่มแบบเป็นกันเอง ผ่อนคลาย ปลอดภัยเหล่านี้จึงช่วยเพิ่มความมั่นใจ ความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุมากขึ้นมีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าลงได้ สะท้อนถึงแนวคิดพื้นฐานแซทเทียร์ ที่สำคัญที่สุดเกี่ยวกับการรักษาคูณาของการเคารพสิทธิของบุคคลและให้ความสำคัญกับลักษณะของบุคคลในการบำบัดมากกว่าเทคนิค รวมถึงความซื่อสัตย์จริงใจการแสดงออกทางอารมณ์ระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยเป็นปัจจัยในการบำบัดรักษา (Brothers, 2013) ดังนั้นการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดของแซทเทียร์โมเดลเป็นการบูรณาการผสานกระบวนการของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเติบโตทั้งผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดให้มีความสุขกลมกลืนของชีวิตอย่างสมบูรณ์

ส่วนสมมติฐานที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีที่ต่ำกว่าระยะติดตามผล 1 เดือนเนื่องจากกิจกรรมของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดของแซทเทียร์มีการฝึกปฏิบัตินำไปใช้ในชีวิตจริงจากแนวทางทางเลือกที่ผู้สูงอายุได้ตัดสินใจเลือก และรับผิดชอบในผลของทางเลือกนั้นด้วยตนเองทำให้เกิดความตระหนักในการลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความรู้สึกไปในทางที่เติบโตในบริบทของตนเอง มีการสะท้อนผลการฝึกปฏิบัติในทุกครั้งของการบำบัด รวมถึงการสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองในทางบวก โดยการเชื่อมั่นอย่างแรงกล้าว่าทุกคนมีศักยภาพที่จะเปลี่ยนแปลงได้เสมอ กิจกรรมบำบัดจะต้องฝึกประสบการณ์เพื่อนำมาสู่การเปลี่ยนแปลง มองปัญหาไม่ใช่ปัญหา แต่วิธีการแก้ปัญหาต่างหากที่เป็นปัญหา (Brothers, 2013) ดังนั้นการบำบัดจึงมุ่งเน้นไปที่การปรับปรุงการเผชิญปัญหาแทนที่จะเป็นเพียงแก้ปัญหาคำเดียว ความรู้สึกเป็นของเราสามารถเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงได้ การบำบัดกำหนดเป้าหมายเชิงบวกและแก้ไขประสบการณ์เชิงลบ เป็นแนวทางในการบำบัดนำมาสู่การเปลี่ยนแปลง (Banmen, 2002)

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์เป็นแนวทางการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีแซทเทียร์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ผลลัพธ์การบำบัดสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ศึกษาได้ รูปแบบกระบวนการบำบัดสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจเชิงลึกด้วยการดึงศักยภาพพลังชุมชนทรัพยากรภายในของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลออกมาและพลังพลวัตรกลุ่มในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้เปลี่ยนแปลงจากการแก้ไขปัญหามาแบบเก็บกดไว้เกิดทางเลือกมุมมองชีวิตใหม่เข้าใจตนเอง ความต้องการ ความคาดหวัง ความปรารถนา นำไปสู่การมีเป้าหมายมองเห็นทางออกในการแก้ไขปัญหามองเห็นคุณค่าในตนเอง ยอมรับตนเองและเกิดความสอดคล้องในดำเนินชีวิตเป็นไปในทางทิศทางบวกขึ้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. บุคลากรสาธารณสุขควรนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีของแซทเทียร์ ไปใช้ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าในบริบทของชุมชน
2. บุคคลที่สนใจควรศึกษาวิจัยผลลัพธ์ต่อเนื่องของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีของแซทเทียร์ในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในระยะยาว 6 เดือน และ 12 เดือนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. นนทบุรี: วัชรินทร์ พี.พี.
- เจริญสุข ประพนาศรี. (2560). ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีของแซทเทียร์ (Satir) ที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค. สืบค้นจาก <http://www.edu-journal.ru.ac.th/index.php/abstractData/viewIndex/1717.ru>

- ชัยวัฒน์ อินໄ໊ยา, โสภณ แสงอ่อน, และพัชรินทร์ นินทจันทร์. (2559). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1), 17-33.
- ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน. (2557). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีของแซทเทียร์ต่อการเห็นคุณค่าในตนเองและความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ. เอกสารไม่ตีพิมพ์. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา.
- นางพวงลิ้มสุวรรณและนิดา ลิ้มสุวรรณ. (2555). การทำจิตบำบัดโดยใช้ Satir Model. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(3), 251-258.
- นางพวง ลิ้มสุวรรณ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2550). Satir Model. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52(1), 1-6.
- นภา จิรัฐจินตนา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 20(3), 49-61.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยและสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558*. นครปฐม: พรินเตอร์ จำกัด 999.
- พินลักษ์ณ์ นิติภากรณ์. (2547). ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2552). *การทำกลุ่มบำบัดสำหรับพยาบาล*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- สาวิตรี สิงหาด. (2559). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 18(3), 15-16.
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2560). *แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุสำหรับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล*. สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ: นนทบุรี.
- อรณลิน สิงขรณ์, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, รพีพรรณ กาญจนการุณ, และวิภากรณ์ ปัญญาดี. (2559). ผลของโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้ซาเทียร์โมเดลเป็นฐาน ต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(3), 21-35.
- อรุณ จิรววัฒน์กุล. (2556). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัทวิทยพัฒน์.
- Banmen, J. (2002). The Satir model: Yesterday and today. *Contemporary Family Therapy*, 24(1), 7-22.
- Brothers, B. J. (2013). *Virginia Satir: foundational ideas*. New York: Routledge.
- Callaghan, M., (2007). *The Wisdom Box*. Retrieved from <https://satirpacific.org/uploads/photos/Wisdom-Box/29-2007-Spring.pdf>

- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1147-1156.
- Haber, R. (2002). Virginia Satir: An integrated, humanistic approach. *Contemporary Family Therapy*, 24(1), 23-34.
- Robinson, L., Smith, M. & Segal, J. (2018). *Depression in older adults: signs, symptoms, treatment*. Retrieved from <https://www.helpguide.org/articles/depression/depression-in-older-adults.htm>
- Taylor, W. D. (2014). Depression in the elderly. *New England Journal of Medicine*, 371(13), 1228-1236.
- The Best Practice Advocacy Centre New Zealand. (2020). *Best Practice Journal issue 11*. Retrieved from https://bpac.org.nz/BPJ/2008/February/docs/bpj11_depression_pages_19-25.pdf
- Volkert, J., Schulz, H., Harter, M., Włodarczyk, O. & Andreas, S. (2013). The prevalence of mental disorders in older people in western countries: A meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 339-353.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

กัญณิกา อยู่สำราญ, สม.¹

ศรีสกุล ชนะพันธ์, วท.บ.¹

พานิช แก่นกาญจน์, วท.บ.¹

(วันที่รับต้นฉบับ: 13 สิงหาคม 2562; วันที่แก้ไข: 11 ตุลาคม 2562; วันที่ตอบรับ: 16 ตุลาคม 2562)

บทคัดย่อ

ความรู้ด้านสุขภาพจะช่วยส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ (อายุ 60-80 ปี) ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนสูง ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 172 คน ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วยสถิติพิกเชอร์ เอกแซค เทส กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 67.22 ปี ($SD=5.59$) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.65) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.21) ไม่เคยได้รับการอบรมการดูแลสุขภาพตนเองจากหน่วยงานต่าง ๆ (ร้อยละ 64.53) อ่านหนังสือออกเขียนได้ (ร้อยละ 87.79) มีอินเทอร์เน็ตใช้ในครอบครัว (ร้อยละ 63.37) ใช้เป็นแต่ไม่คล่อง (ร้อยละ 49.54) ใช้เพื่อผ่อนคลาย (ร้อยละ 39.45) และมีความรู้ด้านสุขภาพในการตัดสินใจระดับสูง (ร้อยละ 51.16) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านอากาศ ระดับดี ($M = 2.48$, $SD = 0.53$) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ประเด็นความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การตัดสินใจ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อในการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ควรมีการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

¹อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

¹Corresponding author: กัญณิกา อยู่สำราญ, E-mail: kannika_yoo@vu.ac.th

The Relationship Between Health Literacy and Self - care Health Behaviors Among Older Adults in Muen Wai Sub-district, Muang District, Nakhon Ratchasima Province

Kannika Yoosamran, M.P.H¹

Srisakul Chanaphant, M.Sc.¹

Panich Keankarn, M.Sc.¹

(Received: August 13th 2019; Revised: October 11th 2019; Accepted: October 16th 2019)

Abstract

Health literacy helps to promote health and maintain good health conditions among older adults with health problems. This research was a descriptive study. The objectives were to study health literacy, self-care health behaviors, and examine the relationships between health literacy and self-care health behaviors. The participants were 172 older adults, aged 60 to 80 years old, in the area of the Ponesung health-promoting hospital in the Muen Wai sub-district, Muang District, of Nakhon Ratchasima Province, Thailand. They were recruited by simple random sampling. Data were collected using questionnaires to assess their health literacy and self-care health behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics with a fisher's exact test distribution with significance level of .05. The analysis found that the average age of the participants was 67.22 years ($SD = 5.59$). Most of them were female (54.65%), had graduated primary school (62.21%), had never received training in health self-care from any other organization (64.53%), were able to read and write Thai (87.79%), had access to the internet in their homes (63.37%), were able to use the internet but not proficiently (49.54%), used the internet for relaxation (39.45%), and had high level of health literacy in terms of health-care decision-making. They had good levels of self-care health behaviors in terms of weather and environmentally related issues, were ($M = 2.48$, $SD = 0.53$). The study found a statistically significant relationship between the older adult's self-care health behaviors and their health literacy, in terms of knowledge and understanding, access to health information, communication, decision-making, self-management, and health care media literacy ($p < .001$). Therefore, creating and implementing programs to promote access to health information among older adults is recommended.

Keywords: health literacy, self-care health behavior, older adult

¹Lecturer, Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University

¹Corresponding author: Kannika Yoosamran, E-mail: kannika_yoo@vu.ac.th

บทนำ

องค์การสหประชาชาติได้นิยามว่า ประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกินร้อยละ 10 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 และอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 14 ปีพ.ศ. 2558 ประชากรโลกมี 7,349 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 901 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด ถือได้ว่าประชากรรวมทั้งโลกได้เข้าเกณฑ์ที่เรียกได้ว่าเป็น สังคมสูงวัย (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2559) และปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุ พบว่า โรคที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียสุขภาพะ 2 อันดับแรกในผู้ชาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 10.3 และ 8.8 ตามลำดับ ส่วนในผู้หญิง คือ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 11.8 และ 10.8 ตามลำดับ (สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2557) จากการศึกษาอัตราการพึ่งพิงของประชากรสูงอายุต่อคนวัยทำงาน ของสำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทย พ.ศ. 2543, 2553, และ 2563 วัยทำงาน 100 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุ 14.3 คน, 19.7 คน และ 30.3 คน ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าปัจจุบันประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และวัยทำงานต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งผู้สูงอายุตามความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living) พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 0.5–10.1 มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ถึงร้อยละ 20.7 (วิชัย เอกพลกร, 2559)

การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินการใช้ข้อมูล และสื่อสารด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต ถ้ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ จะมีผลต่อการเพิ่มอัตราเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น แต่ถ้าหากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงหรือเพียงพอ จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราป่วย ลดอัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ สุขภาพที่ดีไม่ได้เกิดจากความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐานที่แสดงถึงการอ่านและเข้าใจตัวเลขเท่านั้น แต่จะต้องมีความสามารถในการเข้าใจพิจารณาและแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพเพื่อการตัดสินใจใช้ข้อมูลสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพของตนเองและเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ รวมทั้งการแสวงหาข้อมูลและการพิจารณาตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพ (อภิญญา อินทรรัตน์, 2557) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นเสมือนกุญแจสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจุบันระบบบริการสุขภาพเน้นบริการเชิงรุก โดยการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทำให้ประชาชนเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้นดังนั้นการเตรียมความพร้อมรับมือกับสังคมผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อนำมาวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพ และเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

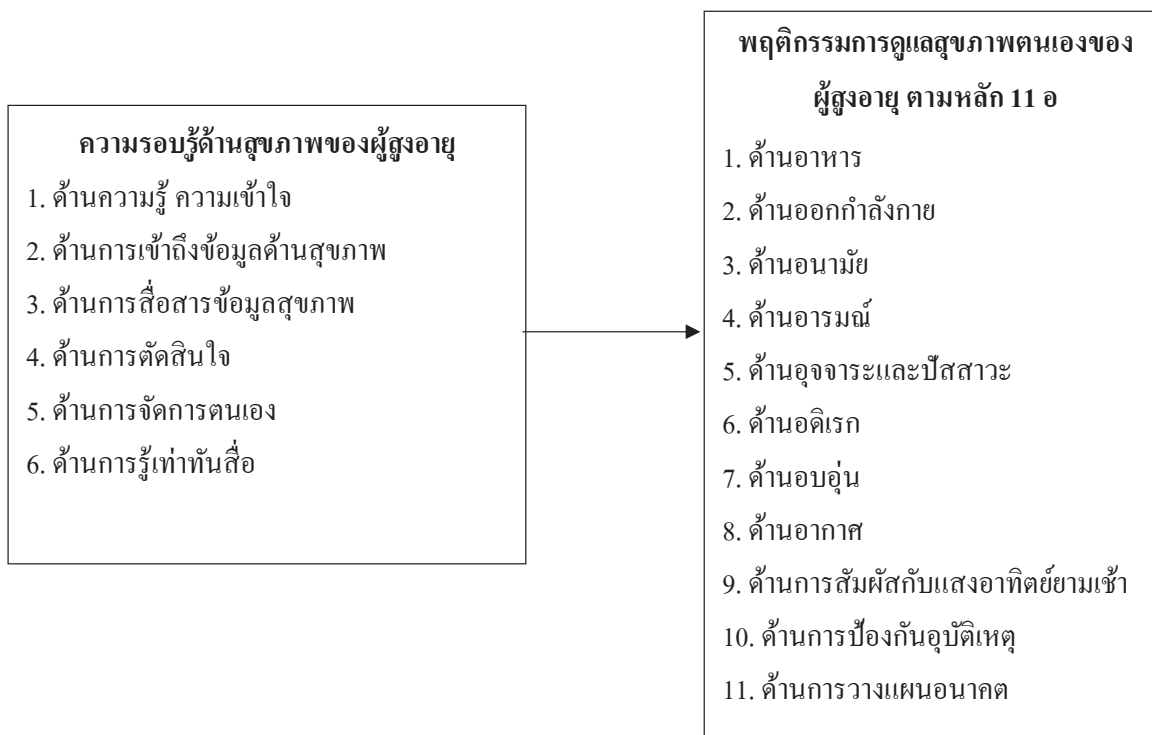
1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ การจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) หมายถึง ความสามารถ และทักษะ ในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, 2558) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามหลัก 11 อ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560)



ภาพที่ 1. กรอบแนวคิดการวิจัยโดยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักป๋ม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-80 ปี ที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์สูง ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1,526 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์สูง, 2560) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือเป็นผู้สูงอายุที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตตำบลหมื่นไวย มีความยินดีและสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม ไม่เป็นผู้มีภาวะทุพพลภาพ วิกฤติจิต ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียง ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือผู้สูงอายุที่มีการย้ายถิ่นฐานในระหว่างดำเนินการเก็บข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G POWER ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนาจากพื้นฐานแนวคิด Power analysis (Cohen, 1988) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง คือ .30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 143 ราย และได้ปรับเปลี่ยนขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อชดเชยอัตราการสูญเสียซึ่งประมาณการไว้เท่ากับร้อยละ 20 จึงต้องเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 29 ราย เป็น 172 ราย หลังจากนั้นได้กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วนโดยเทียบตามบัญชีรายชื่อครัวเรือนจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 1,526 คน ซึ่งต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง 172 คน ดังนั้นในจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด 9 หมู่บ้านซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุ 243, 154, 218, 122, 101, 176, 125, 187 และ 200 ราย ตามลำดับ จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27, 17, 25, 14, 11, 20, 14, 21 และ 23 รายตามลำดับ รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 172 รายต่อจากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านตามจำนวนที่ได้แบ่งแล้วด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากจากรายชื่อ

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมาเลขที่ HE-016-2561 รับรองวันที่ 25 เมษายน 2561 ผู้วิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิโดยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย มีการให้ข้อมูลก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ปกปิดข้อมูลที่ไม่ต้องการเปิดเผย และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแบบสอบถามของแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2558) ร่วมกับหลัก 11 อ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (2560) โดยแบบสอบถามนี้มีเนื้อหาครอบคลุมตัวแปรที่ต้องการศึกษา ทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามตามปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความรู้ ความเข้าใจ มีจำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบให้เลือก 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ มีการแปลผลแบ่งเป็นระดับ 3 ระดับ ดังนี้ระดับสูง มีค่าคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนร้อยละ 60-79 และระดับต่ำ มีค่าคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ด้านการตัดสินใจ ด้านการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีจำนวนด้านละ 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ มีการแปลผลแบ่งเป็นระดับ 3 ระดับ ดังนี้ระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 และระดับต่ำ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มีจำนวน 33 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ มีการแปลผลแบ่งเป็นระดับ 3 ระดับ ดังนี้ ระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 และระดับต่ำ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาตามที่ต้องการ วัดและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เนื้อหาและตรงตามทฤษฎีหรือแนวคิดที่กำหนดจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาข้อคำถาม (Item-Objective Congruence Index [IOC]) ของแบบสอบถาม มีค่าเท่ากับ .99 หลังจากแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชากรผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ แต่ละด้านมีค่าความเชื่อมั่นดังนี้ ด้านความรู้ ความเข้าใจ คำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร-ริชาร์ด สูตรที่ 20 ได้ค่า $\alpha = .57$ ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ด้านการตัดสินใจ มีค่าความเชื่อมั่น ด้านการจัดการตนเองมีค่าความเชื่อมั่น และด้านการรู้เท่าทันสื่อ คำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .86, .70, .85, และ .78 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้เท่ากับ .78 ซึ่งเป็นค่าที่อยู่ในช่วงระดับที่ยอมรับได้ถึงระดับดี

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมาแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอเก็บข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์สูง ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ชุมชนโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เตรียมความพร้อมให้กับผู้ช่วยวิจัย โดยรับสมัครจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 คน โดยต้องเป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในหมู่บ้านที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ชี้แจงผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธี การใช้เครื่องมือ การบันทึกคำตอบในแต่ละข้อ และมีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงผู้ช่วยวิจัย ให้ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงข้อมูลจากการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลจะเก็บเป็นความลับ และเปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเฉพาะส่วนที่เป็นข้อสรุป การวิเคราะห์ข้อมูลเท่านั้น

3. กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นส่วนตามขนาดของประชากรผู้สูงอายุของแต่ละหมู่บ้าน ในเขตความรับผิดชอบตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านตามจำนวนที่ได้แบ่งแล้ว ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากจากรายชื่อ

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ตามการนัดหมายล่วงหน้า ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลือกวัน เวลาที่สะดวก ผู้เก็บข้อมูลอธิบายโครงการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย ก่อนที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล การตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 15 นาที ผู้เก็บข้อมูลวิจัยสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร ผ่อนคลาย กลุ่มตัวอย่างที่มีข้อจำกัด เช่น อ่านหนังสือไม่ได้ ผู้เก็บข้อมูลจะใช้วิธีสัมภาษณ์ตามคำถามในแบบสอบถาม

5. ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้าพบว่าข้อมูลไม่มีความสมบูรณ์ในบางประเด็น ผู้ช่วยวิจัยของหมู่บ้านนั้นต้องติดตามเป็นการเฉพาะรายบุคคลอย่างเร่งด่วน แต่ถ้าไม่สามารถดำเนินการได้หรือพิจารณาแล้วว่ามีค่าความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจะนำข้อมูลชุดนั้นออกจากการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนาสถิติ ได้แก่การแจกแจงความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ใช้สถิติ Fisher's exact test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-80 ปี จำนวน 172 คน โดยใช้แบบสอบถาม และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.65) อายุเฉลี่ย 67.22 ปี ($SD = 5.59$) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 72.09) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.21) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ไม่มีงานทำหรือว่างงาน (ร้อยละ 34.31) มีบุตร 2 คน (ร้อยละ 40.70) มีบุคคลที่พักอาศัยอยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 79.25) รายได้มีความเพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ

(ร้อยละ 55.23) แหล่งที่มาของรายได้มาจากเบี้ยยังชีพ (ร้อยละ 90.12) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.30) เมื่อเจ็บป่วยจะใช้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ร้อยละ 77.33) ไม่เคยได้รับการอบรมการดูแลสุขภาพตนเองจากหน่วยงานต่าง ๆ (ร้อยละ 64.53) อ่านหนังสือออก เขียนได้ (ร้อยละ 87.79) มีอินเทอร์เน็ตใช้ในครอบครัว (ร้อยละ 63.37) ความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ต ส่วนใหญ่จะใช้เป็นแต่ไม่คล่อง (ร้อยละ 49.54) โดยมีวัตถุประสงค์ในการใช้เพื่อผ่อนคลาย (ร้อยละ 39.45) และพบว่าในชุมชนหรือพื้นที่ใกล้เคียงไม่มีห้องสมุด (ร้อยละ 62.21)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ แยกตามรายด้าน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ	คะแนน	คะแนนเฉลี่ยรายด้าน		ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	สูง จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)
ด้านความรู้ ความเข้าใจ	0-11	6.05	3.03	60(34.90)	27(15.70)	85(49.42)
ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ	13-39	26.33	4.82	28(16.28)	122(70.93)	22(12.79)
ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	12-36	25.91	4.61	37(21.51)	127(73.84)	8(4.65)
ด้านการตัดสินใจการดูแลสุขภาพ	9-27	21.53	3.79	88(51.16)	81(47.09)	3(1.74)
ด้านการจัดการตนเองการดูแลสุขภาพ	12-36	24.71	4.22	26(15.12)	132(76.74)	14(8.14)
ด้านการรู้เท่าทันสื่อการดูแลสุขภาพ	12-36	26.33	5.55	53(30.81)	107(62.21)	12(6.98)

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 49.42) ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.93) ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 73.84) ด้านการตัดสินใจการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 51.16) ด้านการจัดการตนเองการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.73) ด้านการรู้เท่าทันสื่อการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.21)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ แยกตามราย ด้าน

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	M	SD	แปลผล
ด้านอาหาร	2.08	0.32	ปานกลาง
ด้านออกกำลังกาย	2.10	0.47	ปานกลาง
ด้านอนามัย	2.30	0.50	ปานกลาง
ด้านอารมณ์	2.27	0.49	ปานกลาง
ด้านอุจจาระและปัสสาวะ	2.12	0.41	ปานกลาง
ด้านอดิเรก	2.15	0.43	ปานกลาง
ด้านอบอุ่น	2.30	0.46	ปานกลาง
ด้านอากาศ	2.48	0.53	ดี
ด้านการสัมผัสกับแสงอาทิตย์ยามเช้า	2.27	0.48	ปานกลาง
ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	2.44	0.56	ดี
ด้านการวางแผนอนาคต	2.40	0.50	ดี

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง 8 ด้าน ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อุจจาระและปัสสาวะ อดิเรก อบอุ่น และการสัมผัสแสงอาทิตย์ยามเช้า ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับดี จำนวน 3 ด้าน ได้แก่ อากาศ การป้องกันอุบัติเหตุ และการวางแผนอนาคต

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพ		พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ			p-value
		ดี จำนวน	ปานกลาง จำนวน	ไม่ดี จำนวน	
ด้านความรู้ ความเข้าใจ	สูง	135	39	6	0.000*
	ปานกลาง	36	18	0	
	ต่ำ	14	68	3	
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	สูง	39	15	0	0.001*
	ปานกลาง	117	96	4	
	ต่ำ	29	14	5	

(มีต่อ)

ความรู้ด้านสุขภาพ		พฤติกรรมดูแลสุขภาพ			p-value
		ดี จำนวน	ปานกลาง จำนวน	ไม่ดี จำนวน	
ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	สูง	74	14	0	0.000*
	กลาง	108	106	1	
	ต่ำ	3	5	8	
ด้านการตัดสินใจการดูแลสุขภาพ	สูง	169	40	0	0.000*
	กลาง	16	84	5	
	ต่ำ	0	1	4	
ด้านการจัดการตนเองการดูแลสุขภาพ	สูง	39	9	0	0.000*
	กลาง	138	100	4	
	ต่ำ	8	16	5	
การรู้เท่าทันสื่อการดูแลสุขภาพ	สูง	110	16	0	0.000*
	กลาง	64	65	6	
	ต่ำ	11	14	3	

*ใช้ Fisher's exact test ($p < .05$)

จากตารางที่ 3 พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุด้านความรู้ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ($p < .001$) ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ($p < .001$) ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ($p < .001$) ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการตัดสินใจการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ($p < .001$) ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการจัดการตนเองการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ($p < .001$) และความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุด้านรู้เท่าทันสื่อการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ($p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัย

ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพในการตัดสินใจการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ด้านการจัดการตนเองการดูแลสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และด้านความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับต่ำ ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ($p < .001$) สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

จากงานวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับต่ำ เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 67.22 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ทำให้มีข้อจำกัดด้านความสามารถในการอ่านและเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพจึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอาณัติ วรรณศรี, จเร วิชาติไทย, Roy Batterham, อนุชิต หิรัญกิตติ และบรรจง สร้อยคำ (2558) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาความตระหนักรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลเมืองศรีไค อำเภอรามอินทรา จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุมีความตระหนักรู้ด้านสุขภาพความรู้ความเข้าใจน้อยที่สุดคือ ด้านการใช้สมุนไพรและอาหารเสริม แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ วิรุทธ ศรีทุมสุข และคณะ (2560) ซึ่งได้ทำการศึกษาเรื่องความฉลาดทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลนาพันสาม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรคสูง ร้อยละ 99.8

ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามต้องการจากโทรทัศน์ วิทยุเป็นประจำยังสามารถสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง จากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นประจำ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ วิรุทธ ศรีทุมสุข และคณะ (2560) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องความฉลาดทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพต่ำ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการหาข้อมูลด้านสุขภาพแต่ส่วนใหญ่หาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลเดียว ซึ่งอาจจะมีความน่าเชื่อถือไม่มากพอเหมือนกับการหาข้อมูลจากหลาย ๆ แหล่ง แล้วนำมาสรุปเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แน่นอนและถูกต้อง

ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจะพูดคุยกันคนในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ และมีการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน อ่านเอกสารที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเป็นบางครั้ง สามารถชักชวนคนในครอบครัวของตน เพื่อนบ้านให้ปฏิบัติตามได้ในบางครั้ง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วิรุทธ ศรีทุมสุข และคณะ (2560) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องความฉลาดทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลนาพันสาม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี พบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

ด้านการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง เนื่องจาก มีความสามารถในการอ่านและเขียนได้ และมีความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ต และยังสามารถสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง จากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นประจำ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถนำข้อมูลทางสุขภาพที่เข้าถึงมาประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ วิรุทธ ศรีทุมสุข และคณะ (2560) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องความฉลาดทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลนาพันสาม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจ

ด้านการจัดการตนเองการดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการกำหนดแผน เป้าหมายของตนเอง และได้ทำตามแผน เป้าหมาย ที่กำหนดไว้ เป็นบางครั้ง จึงส่งผลต่อการจัดการตนเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรยุทธ ศรีทุมสุข และคณะ (2560) ได้ทำการศึกษาเรื่องความฉลาดทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลนาพันสาม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี พบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเองการดูแลสุขภาพสูง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Geboers, Winter, Spoorenberg, Wynia, and Reijneveld (2016) ได้ทำการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีการจัดการตนเองต่ำ

ด้านการรู้เท่าทันสื่อการดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างสามารถนำข้อมูลที่นำเสนอมาปฏิบัติตามได้ และสามารถเปรียบเทียบ เพื่อปฏิบัติตาม หรือหลีกเลี่ยงได้และประเมินข้อมูลที่นำเสนอมาก่อน แล้วถึงจะนำไปใช้ให้แก่กับครอบครัวและชุมชนได้ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วีรยุทธ ศรีทุมสุข และคณะ (2560) ได้ทำการศึกษาเรื่องความฉลาดทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลนาพันสาม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี พบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อการดูแลสุขภาพปานกลาง และสอดคล้องกับบทความของ Levin-Zamir and Bertschi (2018) ว่าการรู้เท่าทันสื่อมีความสำคัญมากในการเพิ่มขีดความสามารถของ ผู้คนในการดูแลสุขภาพของตนเอง

พฤติกรรมกรดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

จากงานวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านอากาศ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ และด้านการวางแผนอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ และคณะ (2558) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 11 อ ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและระยะทางระหว่าง 2 พื้นที่ห่างกันประมาณ 53 กิโลเมตร สภาพอากาศปลอดโปร่งไม่แออัดทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านดังกล่าวดี ส่วนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านอดิเรก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ และคณะ (2558) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 11 อ ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรสคู่ ส่งผลให้ได้รับแรงสนับสนุนจากคู่สมรสซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิดผูกพัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เมื่อผู้สูงอายุมีเวลาว่างก็จะใช้อินเทอร์เน็ตเป็นการผ่อนคลาย ทำให้ไม่สามารถไปทำงานอดิเรกอื่นๆ ได้ ทำให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านอดิเรกอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้แก่ด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านอนามัย ด้านอารมณ์ ด้านอุจจาระปัสสาวะ ด้านอบอุ่น ด้านการสัมผัสกับแสงอาทิตย์ยามเช้าอยู่ในระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mahdizadeh, and Solhi (2018) พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง แต่แตกต่างจากการศึกษาของ จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ และคณะ (2558) เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 11 อ

ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับดี เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมการดูแลสุขภาพตนเองจากหน่วยงานต่างๆ ยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเองต่ำ แต่ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ และด้านการจัดการตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจส่งผลต่อการปฏิบัติตัวการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

จากงานวิจัยพบว่าความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ด้านการตัดสินใจการดูแลสุขภาพ ด้านการจัดการตนเองการดูแลสุขภาพ และด้านการรู้เท่าทันสื่อการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุมีความรู้ที่อยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากมีข้อจำกัดของความสามารถในการอ่านและเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ แต่ผู้สูงอายุสามารถพิจารณาการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจากแหล่งต่าง ๆ ได้ รวมไปถึงมีความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งยังตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนที่จะนำไปใช้ในการตัดสินใจการดูแลสุขภาพของตนเอง และนำไปสื่อสารกับคนในครอบครัว และเพื่อนบ้านให้เข้าใจ จนสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง ผู้สูงอายุสามารถกำหนดแผน เป้าหมายให้กับตนเอง และสามารถดำเนินการได้ตามแผนและเป้าหมายที่วางไว้ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2558) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุดอ่อนของงานวิจัยในครั้งนี้ คือมีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณอย่างเดียว ส่วนจุดแข็ง มีระเบียบวิธีที่ใช้ในการวิจัยที่มีคุณภาพ ได้แก่ การได้มาของกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา และ เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา และแบ่งตามสัดส่วนตามขนาดของประชากรผู้สูงอายุ หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้เป็นตัวแทนที่ดี

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการตัดสินใจการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ด้านการจัดการตนเองการดูแลสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และด้านความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับต่ำ ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านอากาศ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ และด้านการวางแผนอนาคตอยู่ในระดับดี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านอนามัย ด้านอารมณ์ ด้านอุจจาระปัสสาวะ ด้านอบอุ่น และด้านการสัมผัสกับแสงอาทิตย์ยามเช้า อยู่ในระดับ

ปานกลาง ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กัน จากผลการวิจัยนี้จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรมีการจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ด้านการจัดการตนเองการดูแลสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อการดูแลสุขภาพ และด้านความรู้ ความเข้าใจ
2. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมการดูแลสุขภาพตนเองจากหน่วยงานต่างๆ ดังนั้นควรมีการจัดโปรแกรมการอบรมผู้สูงอายุจากหน่วยงานของรัฐ อย่างสม่ำเสมอ
3. ควรมีการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มประชากรอื่นๆ เช่น ครอบครัวของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นประโยชน์ในการแนะนำผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, และดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 9(2), 1-8.
- จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ, จริยา เก้าพิมาย, วลีพร สอนจำนงค์, วิจิตร เถิงนอก, แสงระวี เพื่อกเถาว์, และอรณี ยุงกลาง. (2558). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 11 อ.ของผู้สูงอายุ. *วารสารศรีนครินทร์เวชสาร*, 30(5), 482-490.
- ชมพูนุท พรหมภักดี. (2559). *การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุประเทศไทย*. สืบค้นจาก จาก <http://library.senate.go.th>
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์สูง. (2560). *รายงานจากโปรแกรม HosXp*. นครราชสีมา.
- วิชัย เอกพลกร. (2557). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วีรยุทธ ศรีทุมสุข, จิรภา เขียวอ่อน, เบญจรัตน์ ดีฉ่ำ, พิชญา เนียมเกิด, อำพรณ เจริญสุข, จิตาพร กล่อมสกุล, ... , ณัฐริกา นวมศิริ. (2560, กรกฎาคม). ความฉลาดทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลพันสาม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติราชภัฏเพชรบุรี วิจัยเพื่อแผ่นดินไทยที่ยั่งยืน ครั้งที่ 7 “สหวิทยาการ สู่ไทยแลนด์ 4.0”*. มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี, เพชรบุรี.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2557). *รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2554*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). *หลักการ 11 เพื่อสุขภาพกายใจที่ดีของผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/.html>
- แสงเดือน กิ่งแก้ว, และนุสรา ประเสริฐศรี. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(3), 43-54.

- อาณัติ วรรณศรี, จเร วิชาติไทย, Roy Batterham, อนุชิต หิรัญกิตติ, และบรรจง ศรี้อยคำ. (2558). *การพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุใน ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ อุบลราชธานี*. สืบค้นจาก https://www.researchgate.net/profile/Arnat_Wannasri2/publication/279525733.pdf
- อภิญญา อินทรรัตน์. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 174-178.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: United State of America.
- Geboers, B., Winter, A. F., Spoorenberg, S. L. W., Wynia, K., & Reijneveld, S. A. (2016). The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. *Qualitfy of Life Research*, 25(11), 2869-2877. doi:10.1007/s11136-016-1298-2
- Levin-Zamir, D., & Bertschi, I. (2018). Media health literacy, ehealth literacy, and the role of the social environment in context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1643-1655. doi:10.3390/ijerph15081643
- Mahdizadeh, M. & Solhi, M. (2018). Relationship between self-care behaviors and health literacy among elderly women in Iran, 2015. *Electron Physician*, 10(3), 6462–6469. doi:10.19082/6462
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072-2078.

การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองตามการรับรู้ ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา

রাইপা হমনসরগে, พย.ม.¹

วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, ประ.ด.²

มุกดา หนูยศรี, ประ.ด.²

(วันที่ส่งบทความ: 11 ตุลาคม 2562 วันที่แก้ไข: 14 ตุลาคม 2562 วันที่ตอบรับ: 16 ตุลาคม 2562)

บทคัดย่อ

โรงเรียนส่วนใหญ่เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง แต่ปัญหาสุขภาพของนักเรียนยังคงมีอยู่ การวิจัยเชิงพรรณานี้เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ตามการรับรู้ของครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง ดังกล่าว แบ่งเป็น 3 กลุ่ม จำนวนกลุ่มละ 101 คน สุ่มตัวอย่างโรงเรียนแบบแบ่งชั้น และสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือเป็นแบบสอบถามผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง จำนวน 3 ฉบับ แยกตามการรับรู้ของครู นักเรียนและผู้ปกครองนักเรียน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .90 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .98 .98 และ .99 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา One way ANOVA, Tamhane's T2, Least Significant Difference และ Kruskal-Wallis H test ผลการวิจัยพบว่า ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน รับรู้ผลการดำเนินงานโดยรวมและรายองค์ประกอบ อยู่ในระดับมาก อย่างไรก็ตามทั้งสามกลุ่มรับรู้ผลการดำเนินงานโดยรวม องค์ประกอบที่ 5 และ 7 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $F(2, 300) = 3.716, p = .025, \eta^2 = .007, F(2,300) = 9.286, p = .000, \eta^2 = .029, F(2, 300) = 5.252, p = .006, \eta^2 = .012$ ตามลำดับ ครูมีการรับรู้โดยรวมสูงกว่าผู้ปกครองนักเรียน ($p = .038$) แต่การรับรู้ของนักเรียนไม่แตกต่างจากครูและผู้ปกครองนักเรียน ($p > .05$) ครูรับรู้องค์ประกอบที่ 5 และ 7 สูงกว่านักเรียน ($p = .002, p = .010$) และผู้ปกครองนักเรียน ($p = .000, p = .003$) แต่การรับรู้ของนักเรียนไม่แตกต่างจากผู้ปกครองนักเรียน ($p > .05$) โรงเรียนควรพัฒนาการดำเนินงานทุกองค์ประกอบให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ และโภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย เพื่อยกระดับไปสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร

คำสำคัญ: การรับรู้, ผลการดำเนินงาน, โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง, โรงเรียนระดับประถมศึกษา

¹นักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

²รองศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

¹Corresponding Author: ไรไฟ หมนัสระเกศ, E-mail: rumpai@knc.ac.th

A Comparison Study of the Results of Gold Health-promoting Schools as Perceived by Stakeholders at Primary Schools in Nakhon Ratchasima Province

Rumpai Munsraket, M.N.S.¹

Warinee Iemsawasdikul, D.N.S.²

Mukda Nuysri, Ph.D.²

(Received: October 11th, 2019; Revised: October 14th, 2019; Accepted: October 16th, 2019)

Abstract

Most schools have been awarded the title of Gold Health-promoting Schools (GHSs), but many health problems still persist among the students. The objectives of this descriptive research were to study and compare the results of the health promotion programs at GHSs as perceived by the teachers, students, and students' parents at primary schools in Nakhon Ratchasima Province. The sample was comprised of those three groups with 101 persons per group. The schools were selected using stratified random sampling technique and the sample was selected by simple random sampling technique. The research tools included three self-generated questionnaires about results of GHSs as perceived by teachers, students, or students' parents. The content validity index of the combined tools was .90, and the Cronbach's alpha coefficient were .98, .98 and .99, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, one way ANOVA, Tamhane's T2, Least Significant Difference, and Kruskal-Wallis H tests. The research revealed that teachers, students, and parents all had high levels of perceived results of the health promotion programs, overall, and all of the elements of the programs, as well. However, there were significantly different overall perceptions regarding the elements themselves, particularly with regard to the fifth and seventh element, $F(2, 300) = 3.716, p = .025, \eta^2_p = .007, F(2,300) = 9.286, p = .000, \eta^2_p = .029, F(2, 300) = 5.252, p = .006, \eta^2_p = .012$, respectively. Teachers had a significantly more perception of the overall elements than parents ($p = .038$), but the students' perceptions were not significantly different from those of the teachers or the students' parents ($p > .05$). Teachers also had a significantly more perception of the fifth and seventh elements in comparison to both the students and the students' parents ($p = .002, p = .010$), but students' perceptions were similar to their parents' perceptions ($p > .05$). Schools should revise their programs and how they are implemented so that they are more efficient, especially in regard to creating a healthy school environment and nutritional and food safety, in order to attain the diamond health-promoting school award.

Keywords: perception, operation result, gold health-promoting school, primary school

¹Master of Nursing Science degree student (Community Health Nurse Practitioner) School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

²Associate Professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

¹Corresponding Author: Rumpai Munsraket, E-mail: rumpai@knc.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรมากกว่า 66 ล้านคน เป็นเด็กวัยเรียน อายุระหว่าง 6-13 ปี มากกว่า 6 ล้านคน จังหวัดนครราชสีมามีเด็กวัยเรียนมากกว่า 2 แสนคน การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาเด็กให้เป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี เพื่อเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศและการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่น ผู้สูงอายุ ในอนาคต ปัจจุบันจำนวนเด็กวัยเรียนประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2561) นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เช่น ปัญหาทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) จากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง (นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, อุดมศักดิ์ นาคกุล, ดนัย จินคำ, และนิธิเจน กิตติรัชกุล, 2558) ระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสากล โลหิตจาง ฟันผุ เหนื่อยเด็ก อ้วนเสี่ยงต่อการมีสุขภาพจิตไม่ดี ภูมิคุ้มกันโรคต่ำ ติดเชื้อง่าย มีโอกาสเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้นเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ (งานอนามัยเด็กวัยเรียน ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา, 2559) ปัญหาสุขภาพดังกล่าวมีผลให้เด็กวัยเรียนมีพัฒนาการไม่สมบูรณ์ เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สุขภาพไม่ดี ขาดโอกาสในการประกอบอาชีพ ส่งผลกระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ การพัฒนาเด็กวัยเรียนให้ได้รับการศึกษาควบคู่ไปกับการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะช่วยให้เด็กวัยเรียนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ และเป็นกำลังสำคัญของประเทศต่อไป (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

การสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนทำได้โดยใช้แนวคิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เพราะเด็กต้องใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในโรงเรียน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และกระทรวงศึกษาธิการ จึงลงนามความร่วมมือในการพัฒนาสุขภาพเด็กและเยาวชนร่วมกัน โดยใช้โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 10 องค์ประกอบ ตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ทำให้โรงเรียนมีระบบและกลไกในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของนักเรียน ครู บุคลากรทุกคนในโรงเรียน และชุมชน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

จังหวัดนครราชสีมานำกลยุทธ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาดำเนินงานในโรงเรียนทุกแห่งอย่างจริงจังตั้งแต่ พ.ศ. 2550 จนถึงปัจจุบัน มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยแบ่งระดับการประเมินเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับทองแดง ระดับเงิน ระดับทอง และระดับเพชร ซึ่งผลการประเมินในปีงบประมาณ 2559 พบว่ามีโรงเรียนที่เปิดสอนในระดับชั้นอนุบาลถึงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายทุกสังกัด จำนวน 1,504 แห่งได้รับเกียรติบัตรเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง มากที่สุดจำนวน 1,161 แห่ง (ร้อยละ 77.25) รองลงมาคือ ระดับเงิน จำนวน 181 แห่ง (ร้อยละ 12.04) ระดับทองแดง จำนวน 71 แห่ง (ร้อยละ 4.72) และระดับเพชร จำนวน 17 แห่ง (ร้อยละ 1.13) ส่วนที่เหลืออยู่ในขั้นพื้นฐาน (กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2560) แต่ผลการตรวจราชการในปีงบประมาณ 2560 พบว่า เด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี ในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มสูงขึ้น เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 มีระดับสติปัญญาเฉลี่ย (IQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติ

แต่ก่อนไปทางต่ำกว่าค่ากลางของมาตรฐานสากล และพบปัญหาขาดสารอาหารและโลหิตจางลดลงจากเดิมเพียงเล็กน้อย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2561) รายงานดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า แม้โรงเรียนส่วนใหญ่ผ่านการรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง แต่ปัญหาสุขภาพของนักเรียนยังคงมีอยู่

โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองต้องมีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โดยมีผลการประเมินในขั้นดีมาก ไม่น้อยกว่า 8 องค์ประกอบ และมีผลการประเมินในขั้นดีใน 2 องค์ประกอบที่เหลือ หลังจากผ่านการประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ติดต่อกัน 2 ปี สามารถพัฒนาการดำเนินงานไปสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรได้ ซึ่งมีเกณฑ์มาตรฐานสูงกว่าโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง โดยเน้นวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพนักเรียน และผลการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงศึกษาธิการ ประกอบด้วย 3 มาตรฐาน 19 ตัวชี้วัด (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ผลการดำเนินงานส่งผลทำให้นักเรียนมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีภาวะทุพโภชนาการลดลง (อ้วน ผอม เตี้ย) มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้มากขึ้น ทั้งที่บ้านและในโรงเรียน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ดังนั้น โรงเรียนควรพัฒนาระดับการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองไปเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร เพื่อให้มีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของนักเรียนได้มากยิ่งขึ้น การพัฒนาต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ซึ่งการศึกษาและเปรียบเทียบผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองในโรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา ตามการรับรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรง ได้แก่ ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน สามารถสะท้อนผลการดำเนินงานของโรงเรียนได้ว่าการดำเนินงานในแต่ละองค์ประกอบระดับใด มีส่วนใดที่ยังเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขและพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมของครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน ซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมสำคัญในการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพโดยตรง ผลการวิจัยจะได้ข้อมูลที่น่าไปใช้ในการวางแผนยกระดับการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองไปสู่การเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร

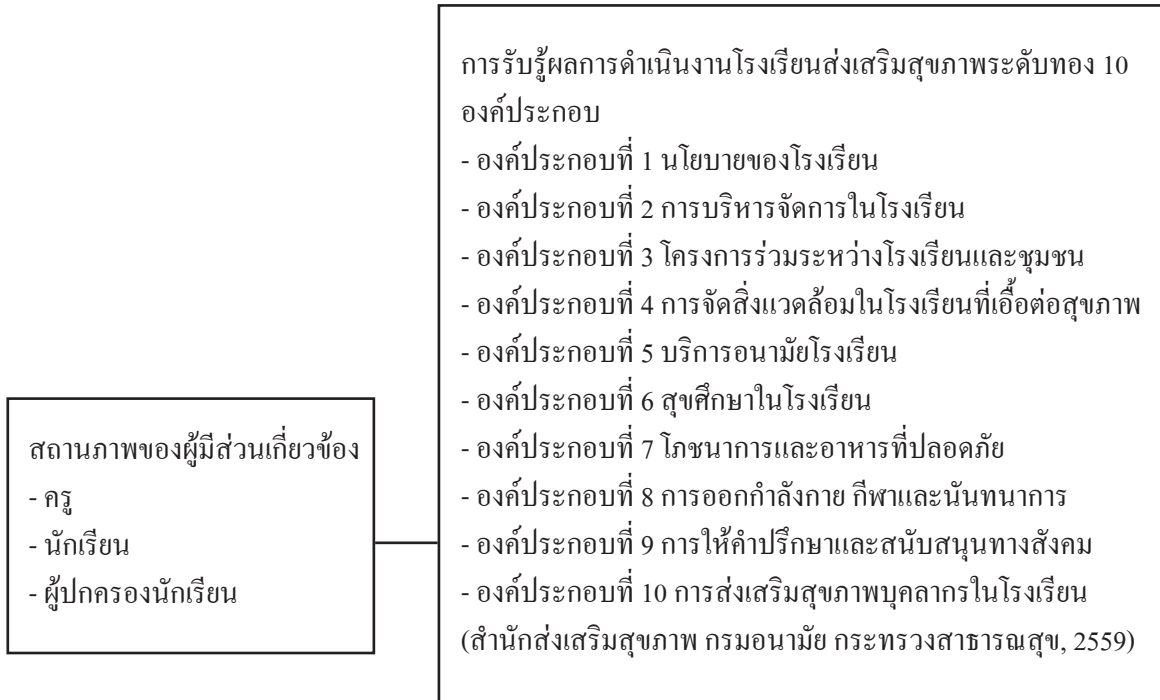
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองตามการรับรู้ของครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน โรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองตามการรับรู้ของครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน โรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานการวิจัย

ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองตามการรับรู้ของครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน โรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา ไม่แตกต่างกัน

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1. กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร มี 3 กลุ่ม ได้แก่ ครู จำนวน 6,245 คน นักเรียนระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 5 และ 6 จำนวน 21,323 คน และผู้ปกครองนักเรียน จำนวน 21,323 คน โรงเรียนระดับประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา ที่ได้รับเกียรติบัตรโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง จำนวน 657 แห่ง จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แนวคิดการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA) สำหรับ 3 กลุ่มที่มีขนาดเท่ากัน กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) .05 อำนาจการทดสอบ (Power of analysis) = .95 ขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Medium effect size) = .25 ได้กลุ่มตัวอย่าง 252 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จึงแจกแบบสอบถามมากกว่าจำนวนที่ต้องการ ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายขณะเก็บข้อมูล (Prasanth, Rajani, & Mathai, 2013) รวมกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 303 คน แบ่งเป็นครู นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 และผู้ปกครองนักเรียน กลุ่มละ 101 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มโรงเรียนแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) และสุ่มกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงเรียนด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หมายเลข 32/2561 และได้รับอนุญาต

จากผู้อำนวยการโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างให้เก็บข้อมูลวิจัย การรายงานผลการวิจัยไม่อ้างอิงถึงบุคคลใด กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนให้นำหนังสือแสดงความยินยอมไปให้ผู้ปกครองลงนามให้ความเห็นชอบก่อน เข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ปฏิเสธการตอบแบบสอบถามหรือหยุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้ทุกเมื่อ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง มี 3 ฉบับ แต่ละฉบับมี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลเฉพาะของแต่ละกลุ่ม แบบสอบถาม สำหรับครู ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ และข้อมูลทั่วไปของโรงเรียน จำนวน 5 ข้อ แบบสอบถาม สำหรับนักเรียน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ และข้อมูลทั่วไปของห้องเรียน จำนวน 3 ข้อ แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครองนักเรียน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ และข้อมูลทั่วไปของ ครอบครัว จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง สำหรับทุกกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างตาม กรอบแนวคิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2559) 10 องค์ประกอบ จำนวน 109 ข้อ โดยการใช้คำถามปลายปิด ชนิดมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (1-5 คะแนน) โดย 1 คะแนน หมายถึง มีการดำเนินงานในระดับน้อยที่สุด 5 คะแนน หมายถึง มีการดำเนินงานในระดับมากที่สุด ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ย คือ 1.00 -1.49 หมายถึง มีการดำเนินงานในระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีการดำเนินงานในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง (ส่วนที่ 2) สำหรับครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเชี่ยวชาญด้าน การพยาบาลอนามัยโรงเรียน การพยาบาลชุมชน และบริหารการพยาบาล ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index [CVI]) เท่ากับ .90 และตรวจสอบความเที่ยงโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ กับครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียนที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จากโรงเรียนระดับประถมศึกษา ทั้ง 4 ขนาด ในเขตพื้นที่การศึกษาเขตที่ 1-7 กลุ่มละ 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .98, .97 และ .98 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับการอนุญาตให้เก็บรวบรวม ข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้วิจัยประสานงานกับผู้รับผิดชอบที่ผู้อำนวยการโรงเรียนมอบหมาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการคัดเลือกและสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จาก ครู นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 และผู้ปกครองนักเรียน รวมทั้ง ขอความร่วมมือในการนำหนังสือ แสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามก่อนตอบแบบสอบถาม

2.แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างครู สำหรับกลุ่มตัวอย่างนักเรียนให้นำหนังสือแสดงความยินยอมไปให้ผู้ปกครองลงนามก่อนเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นให้นักเรียนอ่านเอกสารชี้แจงให้เข้าใจก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย และให้นักเรียนตอบแบบสอบถามรายบุคคลโดยอิสระ ส่วนการเก็บข้อมูลจากผู้ปกครองนักเรียน ทำโดยฝากหนังสือแสดงความยินยอมและแบบสอบถามให้นักเรียนนำไปให้ผู้ปกครองลงนามก่อนที่จะตอบแบบสอบถาม ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามฉบับละ 45-60 นาที ผู้ตอบส่งแบบสอบถามคืนโดยใส่ซองปิดผนึกและนำไปใส่ในกล่องรับคืนแบบสอบถาม

3.หลังการแจกแบบสอบถาม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยรับแบบสอบถามคืนทางไปรษณีย์หรือไปรับด้วยตนเอง กรณีที่ครบกำหนดแล้วแต่ยังไม่ได้รับคืน ผู้วิจัยจะติดตามกับผู้รับผิดชอบของแต่ละโรงเรียนทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง คือในสัปดาห์ที่ 1 และ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั่วไปของโรงเรียน/ห้องเรียน/ครอบครัวและการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองของครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน โดยใช้สถิติพรรณนา การเปรียบเทียบการรับรู้ผลการดำเนินงานของครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายแบบไม่ปกติ ใช้สถิติการทดสอบครัสคาลวาลิสเชซ (Kruskal-Wallis H test) ข้อมูลที่มีการกระจายแบบปกติ ใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA) และทดสอบความแตกต่างรายคู่ กรณีความแปรปรวนไม่เท่ากัน โดยใช้สถิติทดสอบเทมเฮนที่ 2 (Tamhane's T2) และกรณีความแปรปรวนเท่ากัน ใช้สถิติทดสอบผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุด (Least-significant different [LSD])

ผลการวิจัย

การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองตามการรับรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน กลุ่มละ 101 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามได้รับแบบสอบถามคืน จำนวน 303 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเฉพาะของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนาพบว่า

1. ข้อมูลทั่วไปของครูและโรงเรียน ครูส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.15) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 69.31) อายุเฉลี่ย 44.60 ปี ($SD = 11.49$) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 38.62) ระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี (ร้อยละ 58.42) มีประสบการณ์ทำงานที่โรงเรียนเฉลี่ย 10.39 ปี ($SD = 9.06$) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานอยู่ระหว่าง 1-10 ปี (ร้อยละ 67.33) มีตำแหน่งครูประจำชั้น (ร้อยละ 82.18) มีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 96.04) โดยร่วมกิจกรรม/โครงการ มากที่สุด (ร้อยละ 77.32) รองลงมา ได้แก่ การให้ข้อมูลการดำเนินงาน/พัฒนา/ปรับปรุง (ร้อยละ 58.76) มีจำนวนครูทั้งหมดในโรงเรียน จำนวน 1-50 คน (ร้อยละ 60.40) มีจำนวนบุคลากรอื่นๆ ทั้งหมดในโรงเรียน จำนวน

1-10 คน (ร้อยละ 54.46) มีจำนวนนักเรียน จำแนกตามขนาดโรงเรียน 1,501 คนขึ้นไป (ร้อยละ 39.62) ส่วนใหญ่เป็นโรงเรียนประถมศึกษา (ร้อยละ 93.07) และตั้งอยู่ในเขตเทศบาล (ร้อยละ 76.24)

2. ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนและห้องเรียน นักเรียนผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.19) อายุ 12 ปี (ร้อยละ 48.52) และ 11 ปี (ร้อยละ 47.52) ระดับการศึกษาประถมศึกษาชั้นปีที่ 5 (ร้อยละ 51.49) ตำแหน่งสารวัตรนักเรียน (ร้อยละ 26.73) มีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 77.23) โดยร่วมกิจกรรม/โครงการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนมากที่สุด (ร้อยละ 58.97) รองลงมา ได้แก่ ช่วยเหลือครูในการให้บริการสุขภาพนักเรียน (ร้อยละ 50.00) ส่วนใหญ่มีจำนวนครูที่สอนในห้องเรียน 6-10 คน (ร้อยละ 64.36) และมีจำนวนนักเรียนในห้องเรียน 31-40 คน (ร้อยละ 58.42)

3. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองนักเรียนและครอบครัว ผู้ปกครองนักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.25) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 87.13) อายุเฉลี่ย 44.47 ปี ($SD = 8.04$) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 54.46) ระดับการศึกษาสูงสุด ปริญญาตรี (ร้อยละ 29.71) มีอาชีพรับราชการ (ร้อยละ 33.67) เป็นกรรมการผู้ปกครองนักเรียน (ร้อยละ 28.71) รองลงมาเป็นกรรมการชุมชน (ร้อยละ 11.88) มีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน (ร้อยละ 61.39) โดยร่วมให้ข้อมูลการดำเนินงาน/พัฒนา/ปรับปรุง/ประเมินผล และร่วมดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคในชุมชน เท่ากัน (ร้อยละ 53.22) รองลงมา ได้แก่ ร่วมกิจกรรม/โครงการส่งเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 51.61) มีจำนวนสมาชิกทั้งหมดในครอบครัว 1-5 คน (ร้อยละ 81.19) บำนาญในเขตเทศบาล (ร้อยละ 59.41) และมีความสัมพันธ์ในครอบครัวแบบอบอุ่น (ร้อยละ 99.01)

การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองตามการรับรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยใช้สถิติพรรณนา พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ผลการดำเนินงานโดยรวม ของครู ($M = 4.15$, $SD = .48$) นักเรียน ($M = 4.01$, $SD = .48$) และผู้ปกครองนักเรียน ($M = 3.96$, $SD = .59$) และรายองค์ประกอบทุกองค์ประกอบ ($M = 3.99-4.22$, $SD = .50-.72$, $M = 3.82-4.21$, $SD = .52-.75$, $M = 3.87-4.09$, $SD = .63-.78$) อยู่ในระดับมาก โดยครูมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สูงสุด ในองค์ประกอบที่ 5 ($M = 4.42$, $SD = .51$) นักเรียนและผู้ปกครองนักเรียน มีค่าเฉลี่ยการรับรู้สูงสุด ในองค์ประกอบที่ 10 ($M = 4.21$, $SD = .63$ และ $M = 4.09$, $SD = 0.74$) ส่วนค่าเฉลี่ยการรับรู้ต่ำสุดของ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม อยู่ในองค์ประกอบที่ 3 ซึ่งอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองโดยรวมและรายองค์ประกอบ
ของ ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน

ผลการดำเนินงาน	การรับรู้ของครู (n = 101)			การรับรู้ของนักเรียน (n = 101)			การรับรู้ของผู้ปกครอง นักเรียน (n = 101)		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
1. นโยบายของโรงเรียน	4.06	.61	มาก	3.91	.63	มาก	3.87	.69	มาก
2. การบริหารจัดการในโรงเรียน	3.99	.71	มาก	3.91	.63	มาก	3.87	.72	มาก
3. โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน	3.99	.72	มาก	3.82	.75	มาก	3.87	.78	มาก
4. การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อ สุขภาพ	4.02	.52	มาก	3.91	.55	มาก	3.88	.63	มาก
5. บริการอนามัยโรงเรียน	4.42	.51	มาก	4.15	.57	มาก	4.08	.69	มาก
6. สุขศึกษาในโรงเรียน	4.22	.57	มาก	4.16	.59	มาก	4.07	.74	มาก
7. โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย	4.22	.50	มาก	4.02	.52	มาก	3.99	.61	มาก
8. การออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ	4.18	.65	มาก	4.06	.62	มาก	4.05	.70	มาก
9. การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทาง สังคม	4.20	.58	มาก	4.03	.69	มาก	3.96	.74	มาก
10. การส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรใน โรงเรียน	4.22	.67	มาก	4.21	.63	มาก	4.09	.74	มาก

การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองตามการรับรู้ของครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน โดยรวมและองค์ประกอบที่ 1, 2, 3, 4, 5, 7 และ 8 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ One way ANOVA ส่วนการรับรู้องค์ประกอบที่ 6, 9 และ 10 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis H test ผลการวิจัย พบว่า ทั้ง 3 กลุ่ม มีการรับรู้ผลการดำเนินงาน องค์ประกอบที่ 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10 ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) แต่มีการรับรู้โดยรวมและองค์ประกอบที่ 5 และ 7 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $F(2, 300) = 3.716$, $p = .025$, $\eta^2 p^2 = .007$, $F(2, 300) = 9.286$, $p = .000$, $\eta^2 p^2 = .029$, และ $F(2, 300) = 5.252$, $p = .006$, $\eta^2 p^2 = .012$ ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองโดยรวมและรายองค์ประกอบของครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน

องค์ประกอบที่	ค่าสถิติ	p
1. นโยบายของโรงเรียน	$F = 2.616$	.075
2. การบริหารจัดการในโรงเรียน	$F = .689$	.503
3. โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน	$F = 1.413$	.245
4. การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ	$F = 1.813$	.165
5. บริการอนามัยโรงเรียน	$F = 9.286$	.000*
6. สุขศึกษาในโรงเรียน	$\chi^2 = 1.881$	.390
7. โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย	$F = 5.252$	.006*
8. การออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ	$F = 1.316$	.270
9. การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทางสังคม	$\chi^2 = 5.374$	.068
10. การส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงเรียน	$\chi^2 = 2.062$	.357
โดยรวม	$F = 3.716$	.025*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ผลการดำเนินงานรายคู่ ระหว่างครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน โดยรวม และองค์ประกอบที่ 5 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Tamhane's T2 ส่วนองค์ประกอบที่ 7 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ LSD ผลการวิจัย พบว่า ครู รับรู้โดยรวม สูงกว่าผู้ปกครองนักเรียน ($p = .038$) แต่นักเรียนมีการรับรู้ไม่แตกต่างจากครู ($p = .092$) และผู้ปกครองนักเรียน ($p = .915$) ครูรับรู้ผลการดำเนินงาน องค์ประกอบที่ 5 และ 7 สูงกว่านักเรียน ($p = .002, p = .010$) และผู้ปกครองนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .000, p = .003$) แต่นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน รับรู้ไม่แตกต่างกัน ($p = .758, p = .699$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความแตกต่างรายคู่ของการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองโดยรวม และองค์ประกอบที่ 5 และ 7 ระหว่างครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน

ผลการดำเนินงาน	Mean Difference	p
องค์ประกอบโดยรวม		
ครู-นักเรียน	16.000	.092
ครู-ผู้ปกครองนักเรียน	20.832	.038*
นักเรียน-ผู้ปกครองนักเรียน	4.832	.915
องค์ประกอบที่ 5 บริการอนามัยโรงเรียน		
ครู-นักเรียน	3.980	.002*
ครู-ผู้ปกครองนักเรียน	5.168	.000*
นักเรียน-ผู้ปกครองนักเรียน	1.188	.758
องค์ประกอบที่ 7 โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย		
ครู-นักเรียน	3.584	.010*
ครู-ผู้ปกครองนักเรียน	4.119	.003*
นักเรียน-ผู้ปกครองนักเรียน	0.535	.699

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองตามการรับรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน มีการรับรู้ผลการดำเนินงาน องค์ประกอบที่ 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10 อยู่ในระดับมาก และไม่แตกต่างกัน เป็นไปตามสมมติฐาน การรับรู้โดยรวม และองค์ประกอบที่ 5 และ 7 อยู่ในระดับมาก และแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย ครูมีการรับรู้โดยรวม สูงกว่าผู้ปกครองนักเรียน แต่นักเรียนมีการรับรู้ไม่แตกต่างจากครูและผู้ปกครองนักเรียน ครูมีการรับรู้องค์ประกอบที่ 5 และ 7 สูงกว่านักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน แต่นักเรียนมีการรับรู้ ไม่แตกต่างจากผู้ปกครองนักเรียน เป็นไปตามสมมติฐานเพียงบางส่วน อภิปรายผลตามลำดับ ดังนี้

ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน มีการรับรู้ผลการดำเนินงาน องค์ประกอบที่ 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10 อยู่ในระดับมาก และไม่แตกต่างกัน อภิปรายผลได้ว่า

องค์ประกอบที่ 1 นโยบายของโรงเรียน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 3 กลุ่ม รับรู้ อยู่ในระดับมาก และไม่แตกต่างกัน เนื่องจาก ในจังหวัดนครราชสีมา กำหนดให้ทุกโรงเรียนดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2560) โรงเรียนต้องกำหนดนโยบาย เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน มีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

เสริมสุขภาพ จึงมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย/แผนงาน/โครงการของโรงเรียน ดังนั้น ทั้ง 3 กลุ่ม จึงรับรู้ อยู่ในระดับมาก และไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา เกี้ยวสกุลชัย, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และมุกดา หนูยศรี (2562) ซึ่งพบว่า ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน โรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดลำปาง รับรู้ผลการดำเนินงานองค์ประกอบด้านนโยบายของโรงเรียน อยู่ในระดับมาก และไม่แตกต่างกัน เพราะโรงเรียนต้องดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม

องค์ประกอบที่ 2 การบริหารจัดการในโรงเรียน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 3 กลุ่ม มีการรับรู้ อยู่ในระดับมาก และไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา เกี้ยวสกุลชัย, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และมุกดา หนูยศรี (2562) ที่ศึกษาใน ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน โรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดลำปาง เนื่องจาก โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองต้องมีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ โดย ประชุมชี้แจงและประชาสัมพันธ์กิจกรรม/โครงการเป็นระยะๆ เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินงานจากผู้เกี่ยวข้อง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2561) ประกอบกับ ครูได้ร่วมนิเทศ กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามระบบของโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง นักเรียนเป็นคณะกรรมการดำเนิน กิจกรรม/โครงการส่งเสริมสุขภาพ จึงมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการโครงการต่างๆ และผู้ปกครองนักเรียน ร่วมให้การสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน ดังนั้น ทั้ง 3 กลุ่ม จึงรับรู้ผลการดำเนินงานองค์ประกอบ ด้านการบริหารจัดการ อยู่ในระดับมาก และไม่แตกต่างกัน

องค์ประกอบที่ 3 โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 3 กลุ่ม มีการรับรู้ อยู่ในระดับมาก และไม่แตกต่างกัน เนื่องจาก โรงเรียนต้องจัดโครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน อย่างเป็นระบบ ครบทุกขั้นตอน โดยมีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและขอความร่วมมือกับผู้ เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ครูและชุมชนจึงเป็นแกนหลักสำคัญในการดำเนินงานร่วมกัน (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา, 2561) ประกอบกับ ครูเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม/โครงการ และเป็นผู้ประสานงานกิจกรรม/โครงการ นักเรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคในชุมชน เป็นแกนนำสุขภาพ และได้ รับมอบหมายจากครูประจำชั้นให้เข้าร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนจัดขึ้นร่วมกับชุมชน ช่วยครูถ่ายทอดความรู้ และทักษะด้านสุขภาพที่ได้รับจากโรงเรียนไปสู่ผู้ปกครอง และชุมชน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ผู้ปกครองนักเรียน มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกัน โรคในชุมชน และเป็นกรรมการชุมชน ดังนั้น ทั้ง 3 กลุ่ม จึงรับรู้ผลการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก และ ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาความคิดเห็นของ ผู้บริหาร และครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การ ศึกษาประถมศึกษา นครพนม เขต 1 (ไครศรี วงศ์สุวรรณ, 2554) เนื่องจากโรงเรียนมีการประสานงานกับ ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย คณะกรรมการโรงเรียนตระหนักและเห็นความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และการ ให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่

องค์ประกอบที่ 4 การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 3 กลุ่ม มีการรับรู้ อยู่ในระดับมาก และไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ของ ครู นักเรียน และผู้ปกครอง นักเรียน โรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดลำปาง ของ สุจิตรา เกี้ยวสกุลชัย, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และ

มุกดา หนุ่ยศรี (2562) และการศึกษา ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดร้อยเอ็ด ของ สุรัชญา โยคะสัย (2561) เนื่องจากการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ ต้องจัดให้ครอบคลุมทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ และสังคม และให้ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง และยั่งยืน (วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, 2561) โรงเรียนต้องให้ความสำคัญกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามเกณฑ์ มาตรฐาน (สุพล ตติยนันทพร, 2559) ประกอบกับ ครูส่วนใหญ่เป็นครูประจำชั้น จึงมีบทบาทมอบหมายให้นักเรียนดูแลสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะภายในห้องเรียน นักเรียน เป็นคณะกรรมการดำเนินกิจกรรม/โครงการ ส่งเสริมสุขภาพ จึงมีส่วนร่วมในกิจกรรม/โครงการส่งเสริมสุขภาพ เป็นแกนนำสุขภาพ เป็นหัวหน้าห้อง รองหัวหน้าห้อง และเป็นหัวหน้าเวร ช่วยครูดูแลสิ่งแวดล้อมตามที่ได้รับมอบหมาย ช่วยสอดส่องดูแลไม่ให้มีการดื่มแอลกอฮอล์ สารเสพติด และบุหรี่ยในโรงเรียน จัดทำโครงการเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยในวิชาที่เรียน ผู้ปกครองนักเรียน เป็นคณะกรรมการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และเป็นกรรมการ ผู้ปกครองนักเรียน มารับ-ส่งนักเรียนทุกวัน และได้ใช้สถานที่ของโรงเรียนในโอกาสต่างๆ

ดังนั้น ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน จึงรับรู้การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ อยู่ในระดับมาก และไม่แตกต่างกัน ยกเว้น การรับรู้ในรายชื่อ ได้แก่ โรงเรียนมีส่วนนั่งราบสำหรับผู้พิการ ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ และประชาชนทั่วไป ทั้ง 3 กลุ่ม มีการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้เกี่ยวกับ ห้องน้ำห้องส้วม มีวัสดุอุปกรณ์ สะอาด อยู่ในสภาพดี พร้อมใช้งาน ครู และผู้ปกครองนักเรียน รับรู้ อยู่ในระดับมาก แต่นักเรียนรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง และมีอุบัติเหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน จนไม่สามารถเรียนได้ ไม่เกินร้อยละ 5 ครูรับรู้ อยู่ในระดับมาก แต่นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน รับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง

องค์ประกอบที่ 6 สุขศึกษาในโรงเรียน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 3 กลุ่ม มีการรับรู้ อยู่ในระดับมาก และไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา เกี้ยวสกุลชัย, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และมุกดา หนุ่ยศรี (2562) ที่ศึกษาใน ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน โรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดลำปาง เนื่องจาก โรงเรียนให้ความสำคัญกับการให้สุขศึกษา (สุพล ตติยนันทพร, 2559; สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา, 2561) ประกอบกับ ครูเป็นครูประจำชั้น ครูอนามัยโรงเรียน และครูสอนสุขศึกษา จึงมีบทบาทโดยตรงในการสอนสุขศึกษาและฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตามแนวสุขบัญญัติ อีกทั้งมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง นักเรียนเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของโรงเรียน จึงได้รับการสอนสุขศึกษาและฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพ ประกอบกับ นักเรียนเป็นแกนนำสุขภาพ และเป็นผู้นำนักเรียนด้านส่งเสริมสุขภาพต้องเป็นแบบอย่างที่ดี และนำความรู้ด้านสุขศึกษาและข่าวสารไปเผยแพร่ต่อให้เพื่อน ผู้ปกครอง ครอบครัว และชุมชน ส่วน ผู้ปกครองนักเรียน มีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรม/โครงการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน และดูแลให้นักเรียนนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน อีกทั้งได้รับรู้เรื่องการให้สุขศึกษาจากนักเรียน ดังนั้น ทั้ง 3 กลุ่ม จึงรับรู้ อยู่ในระดับมาก และไม่แตกต่างกัน

องค์ประกอบที่ 8 การออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 3 กลุ่ม มีการรับรู้

อยู่ในระดับมากและไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษา การรับรู้ของ ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดลำปาง ของ สุจิตรา เกี้ยวสกุลชัย, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และมุกดา หนูยศศรี (2562) และการศึกษาใน โรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดร้อยเอ็ด ของ สุรัชฎา โยคะสัย (2561) เนื่องจาก จังหวัดนครราชสีมาส่งเสริมการออกกำลังกายในโรงเรียน โดยจัดสถานที่และอุปกรณ์ ออกกำลังกาย จัดกิจกรรมและเวลาว่างให้นักเรียนและบุคลากรได้ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง จัดตั้งชมรม หรือกลุ่มออกกำลังกายในโรงเรียน และเชิญชวนให้ผู้ปกครองและชุมชนมีส่วนร่วม (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา, 2561) ประกอบกับ ครูเป็นครูประจำชั้น ครูอนามัยโรงเรียน ครูสอนสุขศึกษา และ ครูสอนพลศึกษา จึงมีหน้าที่โดยตรงในการจัดกิจกรรมและดูแลให้นักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมทุกคน นักเรียน เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักที่ต้องเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายและทดสอบสมรรถภาพทางกายตามแผน ผู้ปกครองนักเรียน เป็นกรรมการผู้ปกครองนักเรียน ร่วมดำเนินกิจกรรม/โครงการส่งเสริมสุขภาพของ โรงเรียน จึงได้รับข้อมูลจากการประชาสัมพันธ์ของโรงเรียนและนักเรียน และเห็นกิจกรรมที่จัดขึ้น ขณะไปปรับส่งนักเรียน ดังนั้น ทั้ง 3 กลุ่ม จึงมีการรับรู้ อยู่ในระดับมาก และไม่แตกต่างกัน

องค์ประกอบที่ 9 การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางสังคมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 3 กลุ่ม มีการรับรู้ อยู่ในระดับมาก และไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษา การรับรู้ของ ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดลำปาง ของ สุจิตรา เกี้ยวสกุลชัย, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และมุกดา หนูยศศรี (2562) และการศึกษาใน โรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดร้อยเอ็ด ของ สุรัชฎา โยคะสัย (2561) เนื่องจาก โรงเรียนดำเนินงานด้านการให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางสังคมอย่างจริงจัง และได้รับความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2561) ครูประจำชั้น/ครูแนะแนวทำหน้าที่ด้านการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตและแนะแนว นักเรียนเป็นผู้รับบริการ การให้คำปรึกษาโดยตรงจากครูประจำชั้น ประกอบกับ เป็นแกนนำสุขภาพ ช่วยค้นหาเพื่อนนักเรียน ที่มีปัญหาสุขภาพ ผู้ปกครองนักเรียน มีหน้าที่เฝ้าระวังปัญหาและพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียน รวมทั้ง ให้การช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของนักเรียนร่วมกับทางโรงเรียน ดังนั้น ทั้ง 3 กลุ่ม จึงมีการรับรู้ อยู่ในระดับมาก และไม่แตกต่างกัน

องค์ประกอบที่ 10 การส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงเรียน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 3 กลุ่ม มีการรับรู้ อยู่ในระดับมาก และไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษา การรับรู้ของ ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดลำปาง ของ สุจิตรา เกี้ยวสกุลชัย, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และมุกดา หนูยศศรี (2562) และการศึกษาใน โรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดร้อยเอ็ด ของ สุรัชฎา โยคะสัย (2561) เนื่องจาก โรงเรียนในจังหวัดนครราชสีมา มีการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร ตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้แก่บุคลากรผ่านช่องทางต่างๆ ทุกสัปดาห์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2561) ประกอบกับ ครูส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ จึงเริ่มมีการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการจึงมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลที่ดี และโรงเรียนอยู่ในเขตเทศบาล จึงสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ง่าย นักเรียนรับรู้การส่งเสริมสุขภาพ

ของบุคลากรจากการประชาสัมพันธ์ของโรงเรียน เห็นครูเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเห็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพจากครู ประกอบกับ นักเรียนเป็น รอง/ผู้ช่วยหัวหน้าห้อง และเป็นหัวหน้าห้อง จึงมีความใกล้ชิดกับครูประจำชั้น ผู้ปกครองนักเรียน มีส่วนร่วมให้ข้อมูลการดำเนินงาน/พัฒนา/ปรับปรุง/ประเมินผลการดำเนินงานของโรงเรียน เป็นคณะกรรมการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และกรรมการผู้ปกครองนักเรียน ดังนั้น ทั้ง 3 กลุ่ม จึงมีการรับรู้ อยู่ในระดับมาก และไม่แตกต่างกัน

ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน มีการรับรู้ผลการดำเนินงานโดยรวม องค์ประกอบที่ 5 และ 7 อยู่ในระดับมาก และแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย ครูมีการรับรู้โดยรวม สูงกว่าผู้ปกครองนักเรียน แต่นักเรียนมีการรับรู้ ไม่แตกต่างจาก ครูและผู้ปกครองนักเรียน ครูมีการรับรู้ องค์ประกอบที่ 5 และ 7 สูงกว่านักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน แต่นักเรียนมีการรับรู้ ไม่แตกต่างจาก ผู้ปกครองนักเรียน อภิปรายผลได้ว่า

ผลการดำเนินงานโดยรวม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 3 กลุ่ม มีการรับรู้ อยู่ในระดับมาก และแตกต่างกัน โดยครูมีการรับรู้สูงกว่าผู้ปกครองนักเรียน แต่นักเรียนมีการรับรู้ไม่แตกต่างกับ ครู และผู้ปกครองนักเรียน เนื่องจาก โรงเรียนต้องดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ครูจึงเป็นผู้มีส่วนร่วมสำคัญในการดำเนินงาน เห็นได้จาก ครูมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากที่สุด ร้อยละ 96.04 มากกว่านักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน ซึ่งมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ร้อยละ 77.23 และร้อยละ 61.39 ตามลำดับ ครูจึงรับรู้ผลการดำเนินงานโดยรวมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มอื่น นักเรียนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานน้อยกว่าครู แต่มากกว่าผู้ปกครองนักเรียน ประกอบกับนักเรียนเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักต้องเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่โรงเรียนจัดขึ้น จึงรับรู้ผลการดำเนินงานโดยรวม มีค่าเฉลี่ยรองลงมาและไม่แตกต่างจากครู ส่วนผู้ปกครองนักเรียน มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน น้อยกว่าครูและนักเรียน ประกอบกับ ผู้ปกครองนักเรียนมากกว่า ร้อยละ 58.41 มีอาชีพรับจ้าง ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว เกษตรกรรม อาจไม่มีเวลาให้ความสนใจการดำเนินงานเท่าที่ควร และบางส่วนอาจได้รับข้อมูลข่าวสารการดำเนินงานจากโรงเรียนไม่ครบถ้วน ทำให้การรับรู้โดยรวม มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ดังนั้น ครูจึงรับรู้โดยรวม สูงกว่าผู้ปกครองนักเรียน แต่นักเรียนมีการรับรู้ไม่แตกต่างกับ ครู และผู้ปกครองนักเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรัชฎา โยคะสัย (2561) ซึ่งพบว่า ครู โรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดร้อยเอ็ด มีการรับรู้ผลการดำเนินงานโดยรวม อยู่ในระดับมาก สูงกว่านักเรียนและผู้ปกครองนักเรียน เพราะครูมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากกว่ากลุ่มอื่น และ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประจักษ์ ลือฉาย (2551) ซึ่งพบว่า ผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาภาคพลินธุ์ เขต 3 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับมาก และสูงกว่า ครูผู้สอน นักเรียน และกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ครูผู้สอน มีระดับความคิดเห็นสูงกว่านักเรียน และกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และนักเรียนมีระดับความคิดเห็น สูงกว่ากรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพราะมีมุมมองด้านประสิทธิผลการดำเนินงาน ปัจจัยในการบริหาร ทำเลที่ตั้ง และขนาดของโรงเรียน ที่แตกต่างกัน

องค์ประกอบที่ 5 บริการอนามัยโรงเรียน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 3 กลุ่ม มีการรับรู้ผลการดำเนินงานอยู่ในระดับมากและแตกต่างกัน โดยครูมีการรับรู้สูงกว่านักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน แต่นักเรียนมีการรับรู้ไม่แตกต่างจากผู้ปกครองนักเรียน เนื่องจาก ผู้บริหารและครูให้ความสำคัญกับการจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นให้นักเรียนทุกคนตามแนวคิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และนโยบายด้านสาธารณสุขของจังหวัด (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2561) ประกอบกับ ครูส่วนใหญ่เป็น ครูประจำชั้น ครูอนามัยโรงเรียน และครูประจำห้องพยาบาล ต้องทำหน้าที่ให้บริการอนามัยโรงเรียน จึงรับรู้ อยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยสูงสุด นักเรียนเป็นแกนนำสุขภาพ และเป็นผู้นำนักเรียนด้านส่งเสริมสุขภาพ มีหน้าที่ช่วยเหลือครูให้บริการสุขภาพนักเรียน และค้นหาเพื่อนที่มีปัญหาสุขภาพและต้องการความช่วยเหลือ แต่นักเรียน ร้อยละ 48.51 ศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาจได้รับการอนามัยโรงเรียนยังไม่ครบทุกอย่าง และเป็นผู้รับบริการอนามัยโรงเรียนโดยตรง อาจได้รับการบางอย่างไม่เป็นไปตามความคาดหวัง จึงรับรู้ อยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยรองลงมา ผู้ปกครองนักเรียนไม่ได้รับการอนามัยโรงเรียนโดยตรง แต่ได้รับข้อมูลจากการประชาสัมพันธ์ของโรงเรียน ครูประจำชั้น ครูอนามัยโรงเรียน และนักเรียน เพื่ออนุญาตให้นักเรียนเข้ารับบริการที่จัดขึ้น ติดตามผลการตรวจสุขภาพ เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการได้รับวัคซีน และรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยของนักเรียน จึงรับรู้ อยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ดังนั้น ครูจึงรับรู้ สูงกว่านักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน แต่นักเรียน รับรู้ไม่แตกต่างกับผู้ปกครองนักเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรัชญา โยคะสัย (2561) พบว่า ครู โรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดร้อยเอ็ด มีการรับรู้ผลการดำเนินงานบริการอนามัยโรงเรียน อยู่ในระดับมาก สูงกว่านักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน เพราะครูมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากกว่ากลุ่มอื่น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประจักษ์ ลือฉาย (2551) ซึ่งพบว่า ผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษากาฬสินธุ์ เขต 3 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการดำเนินงานองค์ประกอบด้านบริการอนามัยโรงเรียน อยู่ในระดับมาก และสูงกว่า ครูผู้สอน นักเรียน และกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ครูผู้สอน มีระดับความคิดเห็นสูงกว่านักเรียน และกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และนักเรียนมีระดับความคิดเห็นสูงกว่ากรรมการส่งเสริมสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 7 โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 3 กลุ่ม มีการรับรู้ผลการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก และแตกต่างกัน โดยครูมีการรับรู้สูงกว่านักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน แต่นักเรียนมีการรับรู้ ไม่แตกต่างจากผู้ปกครองนักเรียน เนื่องจาก โรงเรียนในจังหวัดนครราชสีมา มุ่งเน้นส่งเสริมสุขภาพให้เด็กโคราช สูงดี สมส่วน เติบโตสมวัย จึงเน้นการให้บริการโภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย โดยใช้โปรแกรมอาหารกลางวันโรงเรียนไทย (Thai school lunch) ร่วมกับมีมาตรการห้ามจัดบริการหรือจำหน่ายน้ำอัดลมและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง และขนมกรุบกรอบในโรงเรียน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2561) ประกอบกับ ครูเป็นครูประจำชั้น มีหน้าที่ดูแลให้นักเรียนทุกคน ให้ได้รับโภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย เฝ้าระวังภาวะโภชนาการ และการเจริญเติบโตของนักเรียน และจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ ครูอนามัยโรงเรียน มีหน้าที่ดูแลโรงอาหารและสถานที่รับประทานอาหาร

อาหารให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ครูจึงมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเกือบทุกขั้นตอน จึงรับรู้ผลการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยสูงสุด นักเรียนเป็นสาววัยรุ่นนักเรียน หัวหน้าที่ห้อง และรอง/ผู้ช่วย หัวหน้าที่ห้อง ต้องช่วยดูแลเพื่อนนักเรียนให้ได้รับอาหารกลางวันและนม ช่วยครูสอดส่องดูแลโรงอาหาร ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟอาหาร ทั้งยังเป็นผู้รับบริการอาหารกลางวันและนมโดยตรงอาจได้รับการบางส่วนไม่ตรงกับความคิดหวังเห็นได้จากการรับรู้ว่า โรงเรียนไม่จัดจำหน่าย หรือบริการอาหารว่าง ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ และไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ อยู่ในระดับปานกลาง นักเรียนจึงรับรู้ อยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยรองลงมา ผู้ปกครองนักเรียน มีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรม/โครงการส่งเสริมสุขภาพ และได้รับข้อมูลบางส่วนจากการบอกเล่าของนักเรียนเกี่ยวกับผลการดำเนินงานบางส่วนที่ไม่เป็นไปตามความคิดหวัง หรืออาจได้รับข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน เห็นได้จากการรับรู้ว่า นักเรียนได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กป้องกันโรคโลหิตจาง อย่างน้อย ร้อยละ 80 ขึ้นไป อยู่ในระดับปานกลาง จึงรับรู้ อยู่ในระดับมาก และมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ดังนั้น ครูจึงรับรู้ สูงกว่านักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน แต่นักเรียน รับรู้ไม่แตกต่างกับผู้ปกครองนักเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรัชญา โยคะสัย (2561) พบว่า ครู โรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดร้อยเอ็ด มีการรับรู้องค์ประกอบด้านโภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย อยู่ในระดับมาก สูงกว่าผู้ปกครองนักเรียน แต่นักเรียนและผู้ปกครองนักเรียน มีการรับรู้ไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ ประจักษ์ ลือฉาย (2551) พบว่า ผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษากาฬสินธุ์ เขต 3 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ องค์ประกอบด้านโภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย อยู่ในระดับมาก และสูงกว่า ครูผู้สอน นักเรียน และกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ครูผู้สอน มีระดับความคิดเห็นสูงกว่านักเรียน และกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และนักเรียนมีระดับความคิดเห็นสูงกว่า กรรมการส่งเสริมสุขภาพ

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยในครั้งนี้สรุปว่า ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน มีการรับรู้ผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองโดยรวมและรายองค์ประกอบทุกองค์ประกอบ อยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามการรับรู้ของครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน พบว่า การรับรู้องค์ประกอบที่ 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10 ไม่แตกต่างกัน แต่การรับรู้โดยรวม และองค์ประกอบที่ 5 และ 7 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย ครูมีการรับรู้โดยรวมสูงกว่าผู้ปกครองนักเรียน แต่นักเรียน มีการรับรู้ ไม่แตกต่างจากครูและผู้ปกครองนักเรียน ครูมีการรับรู้องค์ประกอบที่ 5 และ 7 สูงกว่านักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน แต่นักเรียนมีการรับรู้ไม่แตกต่างจากผู้ปกครองนักเรียน

ข้อจำกัดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างนักเรียนเป็นกลุ่มอ่อนไหว ดังนั้น ต้องได้รับคำอธิบายกระบวนการ และขั้นตอนการวิจัยให้ชัดเจน และได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้ง ต้องอ่านและเขียนหนังสือได้เป็นอย่างดี จึงจะสามารถให้ข้อมูลได้อย่างถูกต้องครบถ้วน

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ สำหรับผู้บริหารโรงเรียน คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังนี้

1.1 ควรทบทวนกระบวนการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพทุกองค์ประกอบ และหาแนวทางพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมรับรู้และเข้าใจแนวทางการดำเนินงานเป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อพัฒนาระดับไปสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร

1.2 ควรพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงาน องค์ประกอบที่ 4 การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ โดย 1) ปรับปรุงห้องน้ำห้องส้วมให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม รวมทั้งจัดให้มีส้วมนั่งราบสำหรับผู้พิการ ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ และประชาชนทั่วไป อย่างน้อย 1 ที่ต่อโรงเรียน 2) สำรวจชนิดและจำนวนอุบัติเหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน และหาแนวทางปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุในโรงเรียน

1.3 ควรพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานองค์ประกอบที่ 7 โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย โดย 1) สำรวจปัญหาและสาเหตุที่ทำให้นักเรียนชั้นปีที่ 1 ขึ้นไป ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ป้องกันโรคโลหิตจางไม่ครอบคลุม และหาแนวทางในการดูแลให้นักเรียนทุกคนได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กให้ครอบคลุม 2) โรงเรียนควรทบทวนมาตรการไม่ให้มีการจัดบริการหรือจำหน่ายอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ และไม่มีคุณค่าทางโภชนาการในโรงเรียนให้เข้มงวดยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาการพัฒนาขบวนการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองไปสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ในรูปแบบของเครือข่ายความร่วมมือในระดับอำเภอ จังหวัด และระดับเขตบริการสุขภาพ

2.2 ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุในโรงเรียน และแนวทางการเสริมธาตุเหล็กให้ครอบคลุมนักเรียนทุกคน

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2560). เอกสารสรุปผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2560. นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.

ไครศรี วงศ์สุวรรณ. (2554). ศึกษาการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในเครือข่ายอำเภอธาตุพนมสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครพนมเขต 1 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยนครพนม, นครพนม.

งานอนามัยเด็กวัยเรียน ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย. (2559). สถานการณ์เด็ก “เด็กนครชัยบุรินทร์ เติบโตสมวัย ไม่อ้วน สายตาดี มีสติ รู้คิด มีทักษะชีวิต จิตสดใส”. สืบค้นจาก <http://hpc9.anamai.moph.go.th/images/pdf59/kid/satanakann.pdf>

- นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, อุดมศักดิ์ นาคกุล, ดนัย ชินคำ, และนิธิเจน กิตติรัชกุล. (2558). *การประเมินบริการอนามัยโรงเรียนระดับประถมศึกษา*. สืบค้นจาก <http://www.hitap.net/research/82165>
- ประจักษ์ ลือฉาย. (2551). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพนักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษากาฬสินธุ์ เขต 3 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร)*. มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร, สกลนคร.
- วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล. (2561). การสร้างเสริมสุขภาพในสถานศึกษา. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 11(2), 1-11. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JSH/article/view/149457/142040>
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *สื่อยอดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร พ.ศ. 2557*. สืบค้นจาก http://hpc9.anamai.moph.go.th/download/article_20160308155223.pdf
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แนวทางการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเด็กวัยเรียนและเยาวชน (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มือการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2558 (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สุพลตตินันทพร. (2559). *นโยบายสาธารณสุขโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*. สืบค้นจาก <https://drive.google.com/file/d/0B86X9Q2JSjpheXgtaG5ibnF4Rk0/view>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2560). *แนวทาง/นโยบายสำคัญสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*. สืบค้นจาก <http://www.muangdho.com/sso/attachments/article/65/%E0%B8%99%E0%B9%82>
- สุจิตรา เกี้ยวสกุลชัย, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และมุกดา หนูยศรี. (2562). การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ตามการรับรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโรงเรียนระดับประถมศึกษาจังหวัดลำปาง. *วารสารพยาบาล*, 68(3), 39-47. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/233349/160190>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2561). *สถิติประชากรศาสตร์ และการเคหะ*. สืบค้นจาก <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2561). *เอกสารรับการตรวจราชการรอบ 1/2561*. สืบค้นจาก <http://www.korathealth.com/korathealth/download/attractfile/15154252026.pdf>
- สุรัชญา โยคะสัย. (2561). *การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองตามการรับรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โรงเรียนระดับประถมศึกษา จังหวัดร้อยเอ็ด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร)*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- Prasanth, S., Rajani, V., & Mathai, A. K. (2013). *Common mistake in adjusting sample size for anticipated dropouts in clinical trials*. Retrieved from <https://www.makrocare.com>

ผลการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดเพชรบุรี

กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, ประ.ด.¹

ชุติมา เทียนชัยทัศน, ประ.ด.¹

กมลพรรณ วัฒนากร, ประ.ด.¹

จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, ประ.ด.¹

อจันราวดี ศรียะศักดิ์, Ph.D.¹

(วันที่รับบทความ: 20 กุมภาพันธ์ 2562; วันที่แก้ไข: 29 พฤศจิกายน 2562; วันที่ตอบรับ: 4 ธันวาคม 2562)

บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศไทยมีอัตราสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อความรู้เรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ และความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของโรงเรียนที่เป็นตัวแทนของแต่ละอำเภอในจังหวัดเพชรบุรี รวม 8 แห่ง จำนวน 230 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายชั้น เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ รูปแบบการจัดกิจกรรมป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น แบบวัดความรู้เรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ แบบสอบถามเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และแบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่า KR20 เท่ากับ .82 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้รูปแบบนักเรียนมีความรู้เรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(299) = 9.37, p < .05, d = 0.65$, $t(299) = 7.54, p < .05, d = 0.68$ และ $t(299) = 10.62, p < .05, d = 0.72$ ตามลำดับ รูปแบบดังกล่าวนี้สามารถเพิ่มความรู้ เจตคติ และความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้ จึงควรนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ สร้างแรงจูงใจและพัฒนาทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรกับกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

คำสำคัญ: รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น, มัธยมศึกษาตอนต้น, จังหวัดเพชรบุรี

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

¹Corresponding author: กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, E-mail: kanokpik@gmail.com

Effect of a Teenage Pregnancy Prevention Program on Secondary School Students in Phetchaburi Province

Kanokporn Oumpram, Ph.D.¹

Chutima Teanchaithut, Ph.D.¹

Kamonpun Wattanakorn, Ph.D.¹

Churairat Duangchan, Ph.D.¹

Atcharawadee Sriyask, Ph.D.¹

(Received: February 20th, 2019; Revised: November 29th, 2019; Accepted: December 4th, 2019)

Abstract

The teenage pregnancy rate in Thailand remains higher than that defined by World Health Organization. This study aimed to examine the effect of a teenage pregnancy prevention program on knowledge about sex and pregnancy prevention, attitudes toward sexual intercourse, and intention to prevent teenage pregnancy, before and after participating in the program. The participants were 230 female secondary school students selected by a multi-stage random sampling technique from representative schools in eight districts of Phetchaburi province. The research instruments were a teenage pregnancy prevention program and three questionnaires: the knowledge about sex and pregnancy prevention, the attitude toward early sexual intercourse, and the intention to prevent teenage pregnancy questionnaires. The instruments were validated by three experts. The reliability of the three questionnaires was established by KR-20 at .82 and Cronbach's α coefficient at .88 and .88, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and Paired t-tests. The paired t-tests indicated that, after participating with the program, the students had significantly higher scores on the knowledge about sex and pregnancy prevention, attitude toward sexual intercourse, and intention to prevent teenage pregnancy questionnaires, $t(299) = 9.37, p < .05, d = 0.65$, $t(299) = 7.54, p < .05, d = 0.68$ and $t(299) = 10.62, p < .05, d = 0.72$, respectively. This indicated that this program is capable of enhancing the knowledge, positive attitudes, and intention to prevent teenage pregnancy among secondary school students. Therefore, it should be used as part of activities to promote knowledge, motivation, and skills to prevent teenage pregnancy in secondary school students.

Keywords: teenage pregnancy prevention program, secondary school, Phetchaburi province

¹Registered Nurses, Senior Professional Level, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Praboromarajchanok Institute

¹Corresponding author: Kanokporn Oumpram, E-mail: kanokpik@gmail.com

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ทั่วโลกให้ความสำคัญและตื่นตัวที่จะหามาตรการป้องกันและแก้ไข (บุญฤทธิ์ สุจริตน์, 2557) ข้อมูลล่าสุดจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) ในปี ค.ศ. 2013 ได้รายงานอัตราการเกิดมีชีพเฉลี่ยทั่วโลกในมารดาอายุ 15-19 ปี ปี พ.ศ. 2549 – 2553 อยู่ที่ 48.9 ต่อประชากรหญิงในกลุ่มเดียวกัน 1,000 คน โดยอัตราการเกิดมีชีพในมารดาอายุ 15-19 ปี มีความแตกต่างกันอย่างมากในแต่ละภูมิภาค และในกลุ่มประเทศที่มีรายได้เฉลี่ยแตกต่างกัน ในประเทศที่มีรายได้เฉลี่ยสูง (High income country) มีอัตราการเกิดมีชีพในมารดาอายุ 15-19 ปี เฉลี่ยเพียง 20 ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี ในขณะที่ประเทศที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำ (Low income country) มีอัตราการเกิดมีชีพในมารดาอายุ 15-19 ปี เฉลี่ยสูงถึง 112 ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี

ในประเทศไทย จากสถิติของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการตั้งครรภ์ในมารดาที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี หรือมารดาวัยรุ่นมีมากถึงร้อยละ 14.2 (สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ซึ่งมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก กำหนดไว้ที่จะต้องไม่เกินร้อยละ 10 (World Health Organization, 2013) เรื่องนี้เป็นประเด็นที่สังคมกำลังให้ความสนใจและเร่งทำการป้องกันแก้ไข จากการทบทวนวรรณกรรมในช่วงปี พ.ศ.2550-2559 พบว่า มีการประยุกต์ใช้แนวคิดทางสังคมวิทยา ในการแก้ปัญหาการป้องกันตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีแนวทางการป้องกันประกอบด้วย การอบรมสั่งสอนของครอบครัวเกี่ยวกับการเลือกคบเพื่อน การสอนให้รู้คุณค่าของความเป็นหญิง ความรู้เกี่ยวกับเพศอนามัยเจริญพันธุ์และคุมกำเนิด (ประจวบ แหลมหลัก และคณะ, 2556) นอกจากนี้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรมีการดำเนินงานแบบบูรณาการสูงงานประจำในการป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และตัววัยรุ่นเอง โดยมุ่งเน้นให้เกิดความรู้เกี่ยวกับเพศภาวะ การมีเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด การสอนเรื่องเพศศึกษา การสื่อสารเรื่องเพศ การปลูกฝังค่านิยมเรื่องเพศ และการให้บริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีประสิทธิภาพ พบว่า เรื่องเพศในสังคมไทย ยังมีช่องว่างทางความคิดระหว่างวัยรุ่นกับวัยผู้ใหญ่ ทศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น มีผลต่อการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นอุปสรรคที่ทำให้วัยรุ่นไม่ได้เรียนรู้เรื่องเพศศึกษาอย่างเหมาะสม และไม่สามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิด การดำเนินงานเพื่อลดการตั้งครรภ์วัยรุ่น ต้องทำให้วัยรุ่นมีความฉลาดรู้เรื่องเพศ และมีเพศสัมพันธ์อย่างมีความรับผิดชอบ จึงควรมีการปรับวิธีการดำเนินงานของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (พัทธินยา เพ็ญตา และคณะ, 2561)

จังหวัดเพชรบุรีเป็นจังหวัดนำร่องโครงการ “ก้าวอย่างอย่างเข้าใจ” ซึ่งเป็นโครงการภายใต้ความร่วมมือระหว่างกระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมการจัดกระบวนการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาและการป้องกันเอดส์ในกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา แต่ยังคงพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 จากร้อยละ 15.4 เป็นร้อยละ 20.8 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ในปี พ.ศ. 2552 และในปี พ.ศ. 2553 มีอัตราการคลอดบุตรของมารดาที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี สูงสุดอยู่ใน 10 อันดับแรกของประเทศไทย คือ ร้อยละ 17.7 (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2555) และจากข้อมูลการตรวจ

ราชการระดับจังหวัด รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จังหวัดเพชรบุรี มีรายงานการคลอดมีชีพของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่า อัตราการคลอดมีชีพของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน มีอัตรา 46.24, 44.29 และ 45.12 ตามลำดับ และการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน มีอัตรา 1.96, 1.27 และ 1.62 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการคลอดมีชีพของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและสูงกว่าตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีได้สรุปปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุตามเป้าหมายเกิดจากขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกันอย่างจริงจังในแต่ละภาคส่วน จึงมีการดำเนินการผลักดันและสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด โดยสนับสนุนการเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้ง 5 กระทรวงหลัก คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน และกระทรวงมหาดไทย ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทั้งทางด้านนโยบายหรือแนวทางการปฏิบัติ เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น (แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

จากข้อมูลที่กำลังมาคละผู้วิจัยได้สังเกตเห็นถึงปัญหการตั้งครรภ์วัยรุ่น ในจังหวัดเพชรบุรี จึงมีการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ขาดการบูรณาการในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ทั้งในด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนในปัจจุบันส่วนใหญ่จะเน้นการให้ความรู้ตามบทเรียน แต่ขาดการจูงใจและการฝึกทักษะที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้ และจากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า รูปแบบการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (Information motivation behavioral skills) สามารถทำให้นักเกิดความรู้ที่ถูกต้องและสามารถสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ (ศรีพรธน์ถาวรรัตน์, 2555) คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น ในกลุ่มนักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โดยคณะผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Fisher and Fisher (1992) การให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (Information Motivation Behavioral Skills Model [IMB model]) ร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความพร้อมในการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และสังคมในการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มาพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยมีการให้ข้อมูลความรู้ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มวัยรุ่น สร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และพัฒนาทักษะที่จำเป็นเพื่อให้วัยรุ่นหญิงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ที่เหมาะสม และลดอัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในจังหวัดเพชรบุรีต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นระหว่างก่อนและหลังการทดลองในนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดเพชรบุรี

สมมติฐานการวิจัย

นักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหลังการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้เรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบ

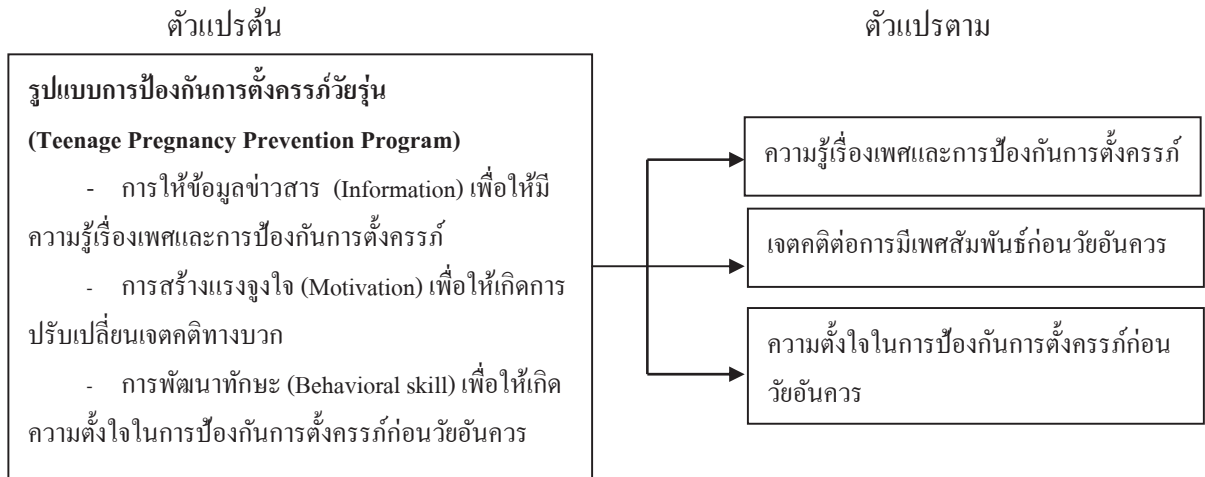
กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Fisher and Fisher (1992) การให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (IMB model) มาเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการให้ข้อมูลความรู้ การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อเพิ่มความรู้เรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ สร้างเจตคติที่ดีต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการกำหนดกรอบเนื้อหาการส่งเสริมสุขภาพทางเพศของ WHO ร่วมกับการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยในแต่ละกิจกรรมประกอบด้วย

1) การให้ข้อมูลความรู้ (Information) ได้แก่ ความรู้เรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การคบเพื่อนต่างเพศและการจัดการกับอารมณ์ทางเพศ การสื่อสารกับผู้ปกครอง ทักษะการตัดสินใจ การปฏิเสธและการต่อรอง การคุมกำเนิด และแหล่งข้อมูลความรู้เรื่องเพศ โดยใช้เทคนิคการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การสอนแบบเล่นปนเรียนในรูปแบบเกม การบรรยายประกอบการใช้สื่อ และการให้ความรู้ผ่านไลน์

2) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) มีการสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ ใช้เทคนิคการสอนแบบกระบวนการกลุ่ม โดยใช้กลุ่มเพื่อนสนิทเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจในการเรียนรู้ โดยการสร้างประสบการณ์ตรงและวิเคราะห์ประสบการณ์การใช้สื่อ เช่น ภาพข่าว วิดีทัศน์ การส่งเสริมให้เห็นประโยชน์และโทษของพฤติกรรมผลทางบวกของพฤติกรรมที่เหมาะสมและผลทางลบของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

3) การพัฒนาทักษะ (Behavioral skill) มีการฝึกทักษะการตัดสินใจ การปฏิเสธและการต่อรอง โดยใช้เทคนิคการสอนแบบกระบวนการกลุ่ม ให้ผู้เรียนร่วมอภิปรายแสดงความคิดเห็น และร่วมกันตัดสินใจแก้ปัญหา ทำให้เกิดแรงกระตุ้นจากกลุ่มเพื่อนในการเรียนรู้ และการชักชวนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติเป็นพฤติกรรมตามๆ กัน การเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติจริงซึ่งจะส่งผลให้เกิดประสบการณ์ใหม่ สามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 1. กรอบแนวคิดการวิจัย

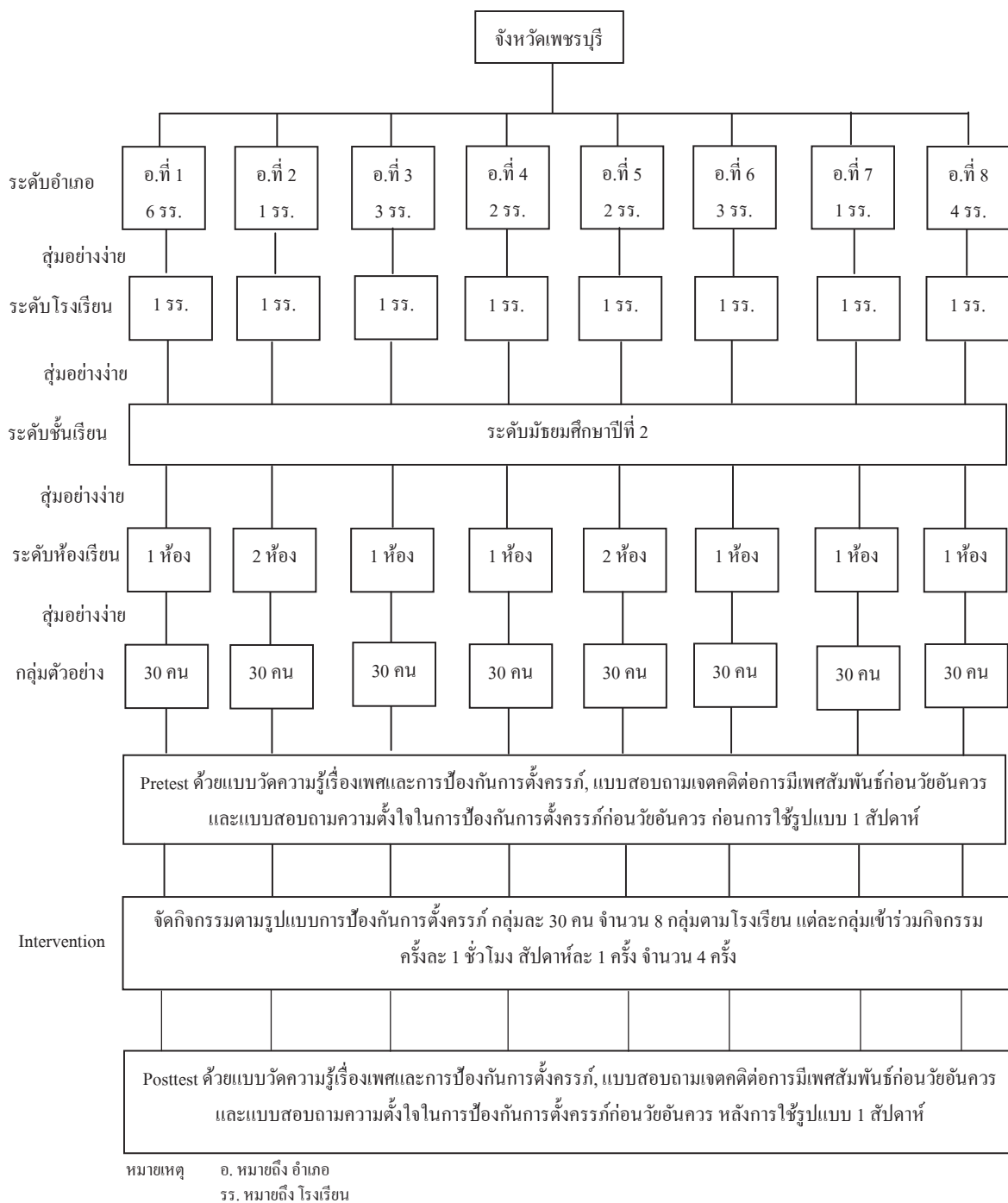
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-posttest design) โดยมีแบบแผนการทดลองดังภาพที่ 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในปีการศึกษา 2559 จากโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษาในเขตจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 10,860 คน (สำนักงานศึกษาธิการ จังหวัดเพชรบุรี, 2560) กำหนดคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3 ในปีการศึกษา 2559 2) เพศหญิง อายุระหว่าง 12 – 18 ปี 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย สามารถอ่านออก เขียนได้ 4) สามารถเข้าร่วมการทดลองในกิจกรรมตามโปรแกรมจนครบ 4 ครั้ง เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ในกรณีที่ไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองในกิจกรรมตามโปรแกรมครบ 4 ครั้ง

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากค่าอำนาจทดสอบทางสถิติ (Power analysis) โดยคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) จากการศึกษาของชลดา กิ่งมาลา, ทศนีย์ รวีวรกุล, และอาภาพร เผ่าวัฒนา (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้ขนาดอิทธิพล เท่ากับ .65 ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 และค่าอำนาจทดสอบทางสถิติ เท่ากับ .80 เปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน (Cohen, 1988) จากการอ้างอิงการวิจัยกึ่งทดลองควรมีกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 20-30 คน (Polit & Hungler, 1999) เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage sampling) เพื่อให้ได้โรงเรียนซึ่งเป็นตัวแทนจากทั้ง 8 อำเภอในเขตจังหวัดเพชรบุรี และเป็นตัวแทนของนักเรียนหญิงในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอละ 30 คน รวมเป็น 240 คน ในระหว่างการทดลองมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมจนครบ 4 ครั้ง จึงคัดออก คงเหลือกลุ่มตัวอย่างตลอดการทดลองทั้งสิ้น 230 คน คิดเป็นร้อยละ 95.83



ภาพที่ 2. แบบแผนการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี (เลขที่ คจม.พบ.02/2560 ลงวันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2560) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง (Vulnerable group) ผู้วิจัยได้แจ้งกับผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวัตถุประสงค์

ขั้นตอน และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม และชี้แจงเกี่ยวกับการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ อธิบายถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างว่าหากต้องการออกจากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์จะออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลกับผู้วิจัยและไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อบุคคลนั้นๆ การอภิปรายหรือเผยแพร่ข้อมูล จะนำเสนอเชิงวิชาการในภาพรวมของกลุ่มประชากร เมื่อผู้ปกครองยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ขออนุญาตให้ผู้ปกครองลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบฟอร์ม

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภท คือ

1. แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อำเภอดำรงวิทยะสถานการศึกษา อายุ การนับถือศาสนา บุคคลที่ร่วมพักอาศัย สถานภาพสมรสของบิดามารดา

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นแบบถามตอบถูกและผิดเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งเป็น 3 หัวข้อ ได้แก่ การคบเพื่อนต่างเพศหรือการมีแฟน (ข้อ 1-10) พฤติกรรมทางเพศ (ข้อ 11-21) และการใช้ถุงยางอนามัยและการคุมกำเนิด (ข้อ 22-30)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร จำนวน 13 ข้อ ทั้งทางบวกและลบ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรคัดแปลงจากแบบสอบถามของ ศิริวรรณ ทุมเชื้อ (2558) จำนวน 12 ข้อ เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เป็นจริงอย่างยิ่ง ไม่จริง ไม่แน่ใจ จริง และจริงอย่างยิ่ง

2. รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สำหรับนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คณะผู้วิจัยได้สร้างรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Fisher and Fisher (1992) การให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (IMB model) ร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพในการประเมินสถานการณ์การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ที่เป็นข้อมูลจากวัยรุ่นหญิง ผู้ปกครอง ครู และบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นำมาพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น ประกอบด้วยกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจ การให้ข้อมูลความรู้และการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ที่มีเนื้อหาความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพทางเพศตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การจัดกิจกรรมโดยคณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตามรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นในแต่ละโรงเรียนจะมีการแบ่งกลุ่มในการทำกิจกรรมกลุ่มละ 5-6 คน ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง โดยแต่ละครั้งจะมีกิจกรรมที่เป็นการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รายละเอียดกิจกรรมตามรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น

ครั้งที่/ เวลา	การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information)	การพัฒนาการสร้างแรงจูงใจ (Motivation)	การพัฒนาทักษะ (Behavioral skill)
1	การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น		
(1 ชม.)	ให้ความรู้โดยทบทวนเรื่องพัฒนาการทางเพศ การตั้งครรภ์ ข้อดีข้อเสียของการมีเพศสัมพันธ์ และผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	สร้างแรงจูงใจจากการชมวิดิทัศน์การคลอด และร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	ฝึกทักษะการตัดสินใจ พฤติกรรมทางเพศ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
2	การคบเพื่อนต่างเพศ และการจัดการกับอารมณ์ทางเพศ		
(1 ชม.)	ให้ความรู้เรื่องการคบเพื่อนต่างเพศ การล่วงละเมิดทางเพศ และการจัดการกับอารมณ์ทางเพศที่เหมาะสม	สร้างแรงจูงใจ โดยให้ผู้เรียนสัมภาษณ์ผู้ชายเกี่ยวกับการวางตัวของผู้หญิง และนำผลมาอภิปรายในชั้นเรียน และใช้ภาพข่าวการถูกข่มขืนของเด็กผู้หญิงจากบุคคลใกล้ชิด เพื่อกระตุ้นวิเคราะห์เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศ	ฝึกทักษะการวิเคราะห์โดยให้สถานการณ์จำลองในการแก้ปัญหาการจัดการอารมณ์ทางเพศอย่างเหมาะสม
3	การสื่อสารกับผู้ปกครอง ทักษะการตัดสินใจ การปฏิเสธและการต่อรอง		
(1 ชม.)	ให้ความรู้เรื่องเทคนิคการสื่อสารเรื่องเพศกับผู้ปกครอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธ และการต่อรอง	สร้างแรงจูงใจโดยให้นักเรียนสัมภาษณ์มารดา พี่สาวหรือญาติที่เป็นผู้หญิงเกี่ยวกับประสบการณ์การคุมกำเนิด และนำผลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการสื่อสารกับมารดา มาอภิปรายร่วมกันในชั้นเรียน และวิเคราะห์ผลกระทบของการตัดสินใจ	ฝึกทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิเสธ และการต่อรอง สถานการณ์จำลอง

ครั้งที่/ เวลา	การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information)	การพัฒนาการสร้างแรงจูงใจ (Motivation)	การพัฒนาทักษะ (Behavioral skill)
4 (1 ชม.)	การคุมกำเนิด และแหล่งข้อมูลเรื่องเพศ ให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด การต่อรอง กับคู่นอนในการใช้ถุงยางอนามัย และ แหล่งข้อมูลเรื่องเพศ และการคุมกำเนิด	สร้างแรงจูงใจโดยใช้ประสบการณ์ จากการสัมภาษณ์มารดา ที่สาวหรือ ญาติที่เป็นผู้หญิงเกี่ยวกับประสบการณ์ การคุมกำเนิด และนำผลการสัมภาษณ์ มาอภิปรายร่วมกันในชั้นเรียน	ฝึกทักษะการใช้ถุงยางอนามัย และการต่อรองกับคู่นอนใน การใช้ถุงยางอนามัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีการดำเนินการดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น แบบสอบถามเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และแบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และแบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .88 เท่ากัน ส่วนแบบวัดความรู้เรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น มีค่า KR20 เท่ากับ .82

2. รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมและความครบถ้วนครอบคลุม จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพยาบาลครอบครัว 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแบบแผน IMB 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นตัวแทนจากกระทรวงสาธารณสุข 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญที่เป็นตัวแทนจากกระทรวงศึกษาธิการ 1 ท่าน นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปทดลองใช้กับนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 30 คน หลังการทดลองใช้ มีการปรับภาษาให้เหมาะสมกับวัยรุ่น และปรับสื่อการสอน เช่น ใบงาน ให้ชัดเจนขึ้น แล้วจึงนำไปใช้จริงวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อประสานงานกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตจังหวัดเพชรบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงเรียน ได้แก่ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาเพชรบุรี ผู้อำนวยการโรงเรียน และครูประจำชั้น/ ผู้ปกครอง เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย กระบวนการในการเก็บข้อมูล และการเป็นผู้ประสานงานของแต่ละโรงเรียนที่เป็นหน่วยวิจัย เนื่องจากการวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ผู้วิจัยได้ทำหนังสือชี้แจงและขออนุญาตจากผู้ปกครองเป็นลายลักษณ์อักษร

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้ปกครองแล้ว ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานไปยังผู้ประสานงานในแต่ละ

โรงเรียนให้นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรมและเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย กระบวนการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ตลอดจนชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียนและผลกระทบอื่นๆ ข้อมูลทุกอย่างจะเก็บไว้เป็นความลับและนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์เท่านั้น การนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมทางวิชาการ ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงถึงนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและจะมีการทำลายข้อมูลหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี

3. เก็บข้อมูลก่อนการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยคณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

4. คณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการจัดกิจกรรมในแต่ละโรงเรียน โดยแบ่งกลุ่มในการทำกิจกรรมกลุ่มละ 5-6 คน ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ในแต่ละครั้งจะมีกิจกรรมที่เป็น การให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ

5. หลังดำเนินการจัดกิจกรรมครบทั้ง 4 กิจกรรมแล้ว ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยคณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยข้อมูลทั่วไปใช้ค่าสถิติพื้นฐานด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

การศึกษาผลการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดเพชรบุรี โดยวิธีการวิจัยถึงทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง ในการเปรียบเทียบความรู้เรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนหญิงในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 240 คน ถูกคัดออกระหว่างการทดลอง 10 คน คงเหลือ 230 คน คิดเป็นร้อยละ 95.83 มีอายุในช่วง 13 – 16 ปี อายุเฉลี่ย 13.17 ปี ($SD = .60$) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.2)พักอาศัยอยู่กับบิดา/มารดา (ร้อยละ 79.6)และบิดามารดามีสถานภาพแต่งงานและอาศัยอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 47) รองลงมา มีสถานภาพ หย่า/แยกกันอยู่ (ร้อยละ 35.7) ผลการเปรียบเทียบการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระหว่างก่อนและหลังการจัดการใช้รูปแบบ ด้วยสถิติทดสอบทีแบบกลุ่มตัวอย่างไม่อิสระต่อกัน (Paired t-test) ได้ผลดังนี้

หลังการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ มีเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $t(299) = 9.37, p < .05, d = 0.65$; $t(299) = 7.54, p < .05, d = 0.68$ และ $t(299) = 10.62, p < .05, d = 0.72$ ตามลำดับ ดังค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

รายการ	ก่อน		หลัง		Mean Difference	df	t	p
	การใช้รูปแบบ		การใช้รูปแบบ					
	M	SD	M	SD				
1. ความรู้เรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น	6.40	1.69	7.50	1.52	1.10	229	9.37*	.000
2. เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร	28.57	5.49	32.30	4.93	3.73	229	7.54*	.000
3. ความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร	31.35	12.21	40.14	10.64	8.79	229	10.62*	.000

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่านักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหลังการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้เรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ มีเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้เนื่องจาก การใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้ประยุกต์แนวคิด IMB model (Fisher & Fisher, 1992) มาเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการให้ข้อมูลความรู้ การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้ดังนี้

การที่นักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษามีความรู้เรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น อาจกล่าวได้ว่าเป็นผลมาจากรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น เนื่องจากกิจกรรมที่ทำประกอบด้วย การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การสอนแบบเล่นปนเรียนในรูปแบบเกม การบรรยายประกอบการใช้สื่อ การนำเสนอ และมีการสรุปสุดท้ายโดยผู้วิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเพศ การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่งผลให้ภายหลังการทดลอง ผู้เรียนมีความรู้เรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลข่าวสารที่มีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมายทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง (ชลดา กิ่งมาลา, พัทธนิษฐ์วิวรกุล, และอาภาพร เผ่าวัฒนา, 2558; พัทธนิษา เชียงตา และคณะ, 2561)

การจัดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจให้มีเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรที่ถูกต้องโดยการสอนแบบกระบวนการกลุ่มที่ใช้กลุ่มเพื่อนสนิทส่งเสริมในการเรียนรู้ สร้างแรงจูงใจโดยการสร้างประสบการณ์

ตรงและวิเคราะห์ประสบการณ์ การใช้สื่อจากภาพข่าว วิดีทัศน์ และมีกิจกรรมที่หลากหลายให้นักเรียนได้ร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดเวลาในแต่ละกิจกรรม ในการจัดกิจกรรมนักเรียนให้ความสนใจเป็นอย่างมาก เช่น การร่วมอภิปรายเกี่ยวกับผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ข้อดี-ข้อเสียของการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น การคุมกำเนิด เป็นต้น และภายหลังการจัดกิจกรรมในแต่ละครั้งมีการสรุปผลการจัดกิจกรรมร่วมกัน ทำให้ผู้เรียนมีเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การพัฒนาความรู้ที่เพิ่มขึ้นเป็นผลให้ผู้เรียนรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น นำไปสู่การมีความรู้สึกลึกซึ้งด้านบวกต่อพฤติกรรมที่ตนเองได้เรียนรู้ จนเกิดเจตคติที่ดีในสิ่งที่ตนเองรับรู้ นำไปสู่ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ให้สำเร็จ (เยาวลักษณ์ แสทวิสุข และพรณี บัญชรหัตถกิจ, 2554)

การจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะที่มีความจำเป็นในการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ การฝึกทักษะการตัดสินใจ การปฏิเสธและการต่อรองในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และทักษะการใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง โดยการจัดกิจกรรมให้ผู้เรียนแสดงบทบาทสมมติในสถานการณ์จำลองที่กำหนดให้ การกล่าวชื่นชม และให้กำลังใจเมื่อผู้เรียนสามารถแสดงพฤติกรรมการปฏิเสธและการต่อรองการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและการใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง ซึ่งการฝึกทักษะต่างๆนี้ ทำให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจในการมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ นอกจากนี้การพัฒนาทักษะโดยกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ถูกนำมาใช้เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพสำหรับช่วยเหลือเยาวชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พบว่าสามารถทำให้ผู้เรียนมีความรู้ ทักษะ ความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร มีความคิดวิเคราะห์แยกแยะปัญหา เกิดความตระหนักในคุณค่ารักเคารพในตนเองเพิ่มขึ้น (พัชนียา เชียงตา และคณะ, 2561)

จากแนวคิดของ Fisher and Fisher (1992) การให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (IMB model) ที่เชื่อว่า การได้ข้อมูลข่าวสารที่มีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมาย การสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดทัศนคติทางบวก และการพัฒนาทักษะเพื่อให้เกิดความมั่นใจ จะส่งผลให้เกิดความมั่นใจและความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นในนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น สามารถปรับเปลี่ยนความรู้เรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นได้ต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

การมีความรู้เรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ มีเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ และมีความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อาจสามารถช่วยลดปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศไทยรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบที่สามารถเพิ่มความรู้ เจตคติ และความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้ จึงมีความเหมาะสมในการนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มหญิงก่อนวัยรุ่นหรือวัยรุ่น โดยคณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. สถาบันการศึกษาและหน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นไปใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ สร้างแรงจูงใจและพัฒนาทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรให้กับกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นทั้งเพศหญิงและเพศชาย

2. ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการออกแบบการวิจัยเป็นกลุ่มทดลองแบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้การทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นมีประสิทธิภาพมากขึ้นและควรมีการติดตามกลุ่มตัวอย่างภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อประเมินความยั่งยืนของความรู้ แรงจูงใจและพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณท่านฉัตรพร ราษฎร์ดุษดี ผู้อำนวยการจังหวัดเพชรบุรี ท่านรองผู้ว่าราชการจังหวัดเพชรบุรีทุกท่าน และคณะกรรมการบริหารงานจังหวัดแบบบูรณาการจังหวัดเพชรบุรี ที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย และขอบคุณผู้บริหาร ครู และนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนในเขตจังหวัดเพชรบุรีทั้ง 8 โรงเรียน ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2555). *สถานะการมีบุตรของวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2554*.

กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

ชลดา กิ่งมาลา, ทศนีร์ วิวิธกุล และอาภาพร เผ่าวัฒนา. (2558). ผลของโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 31(3), 25-34.

บุญฤทธิ์ สุจริตน์. (2557). *การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: นโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และติดตามประเมินผล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

ประจวบ แหลมหลัก, วชิรินทร์ คำมาเร็ว, ธวัชชัย เสาหิน, ทิพย์วี สมบัติปัญญา, สุรัชย์ ชิตมูล, และสงกรานต์ จันทร์ทะระ. (2556). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: ปัญหาและแนวทางการแก้ไขทางสังคม. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 14(3), 3-11.

แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562* คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ. เอกสารประกอบแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี เขตสุขภาพที่ 5 วันที่ 25-26 กรกฎาคม 2562.

พัชนียา เชียงดา, ศิริวรรณ ทูมเชื้อ, มณฑนา มณีโชติ, สุภัตสร เลาหะนะ, พรพรรณ พุ่มประยูร, และศิริธร ยิ่งแรงเรือง. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเขตเทศบาลเมืองสระบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 34(2), 101-111.

- เยาวลักษณ์ แสนทวีสุข และพรณี บัญชรหัตถกิจ. (2554). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ร่วมกับการสร้างแรงจูงใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมทางเพศที่พึงประสงค์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัย มข.(บศ.)*, 11(4), 67-76.
- สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดเพชรบุรี. (2560). *ข้อมูลการศึกษาจังหวัดเพชรบุรี ปีการศึกษา 2559*. เพชรบุรี: สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดเพชรบุรี.
- สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สถานการณ์การอนามัยเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2559*. สืบค้น จาก http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/index/RH@2559.pdf
- ศิริวรรณ ทุมเชื้อ. (2558). พฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในจังหวัดสระบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(1), 97-109.
- ศรีพรรณ ถาวรรัตน์. (2555). *ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้น (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fisher, W. A., & Fisher, J. D. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111(3), 455-474.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- World Health Organization. (2013). *World health statistics 2013: a wealth of information on global public health*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/82058/WHO_HIS_HSI_13.1_eng.pdf;jsessionid=3815E4AEFAD3DE932DF33ECB40C14DCC?sequence=1
- World Health Organization. (2013). *10 facts on maternal health*. Retrieved from http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/en/index.html

การพยาบาลผู้ป่วยที่รักษาบาดแผลด้วยระบบดูดสุญญากาศ

ศรัญญา จุฬาริ, ป.ร.ค.¹

จันทร์ทิรา เจียรณัย, Ph.D.²

รวีวรรณ พงศ์พิฒพิษฐ์, พย.ม.³

จินตนา ตาปิ่น, พย.ม.⁴

(วันที่รับต้นฉบับ: 9 มิถุนายน 2562 ; วันที่แก้ไข: 18 พฤศจิกายน 2562; วันที่ตอบรับ: 4 ธันวาคม 2562)

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันวิทยาการด้านการรักษาบาดแผลมีความก้าวหน้ามากขึ้น การรักษาแผลด้วยแรงดูดสุญญากาศเป็นวิธีการหนึ่งที่ได้รับการนิยมนิยม และถือเป็นนวัตกรรมการดูแลแผลขั้นสูงที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผล และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยและครอบครัว บทความนี้มีวัตถุประสงค์นำเสนอเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลบาดแผลด้วยวิธีแรงดูดสุญญากาศโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ใน 5 ประเด็น ดังนี้ 1) หลักการทำงานของระบบสุญญากาศ 2) ประโยชน์ของการรักษาแผลด้วยแรงดูดสุญญากาศ 3) ข้อห้ามในการใช้แรงดูดสุญญากาศในการรักษาแผล 4) กลไกการหายของแผลจากการทำงานของระบบสุญญากาศ และ 5) บทบาทพยาบาลในการดูแลบาดแผลด้วยวิธีใช้แรงดูดสุญญากาศ

คำสำคัญ: การดูแลบาดแผล, แรงดูดสุญญากาศ, บทบาทพยาบาล

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

²รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

³อาจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

⁴อาจารย์ สาขาการจัดการทางการพยาบาล สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

¹Corresponding author: ศรัญญา จุฬาริ, Email: saranya.c@sut.ac.th

Nursing Care of Patients Receiving Wound Vacuum Assisted Closure Suction System for Treatment

Saranya Chularee, Ph.D.¹

Chantira Chiaranai, Ph.D.²

Raweewan Pongpoottipatchara, M.N.S.³

Jintana Tapin, M.N.S.⁴

(Received: June 9th, 2019; Revised: November 18th, 2019; Accepted: December 4th, 2019)

Abstract

Nowadays, the development of advanced wound healing technology has progressed. The vacuum assisted closure suction (VAC) system is a popular method for treating wounds. It is considered an advanced wound care innovation that helps promote wound healing which will result in better quality of life for patients and families. This article is aimed to present an approach to wound care for patients receiving treatment with a wound VAC system using empirical evidence with regard to the following 5 topics: 1) the functional principles of VAC, 2) the benefits to wound healing with VAC, 3) the contraindications to the use of VAC, 4) the mechanism of wound healing when using VAC, and 5) the nurses' role in caring for patients receiving treatment with a VAC system.

Keywords: wound care, vacuum assisted closure suction system, nurses' role

¹Assistant Professor, School of Adult and Elderly Nursing, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

²Associate Professor, School of Adult and Elderly Nursing, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

³Instructor, School of Adult and Elderly Nursing, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

⁴Instructor, School of Nursing Management, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

¹Corresponding author: Saranya Chularee, Email: saranya.c@sut.ac.th

บทนำ

โดยธรรมชาติคนเรามีผิวหนังทำหน้าที่ปกคลุมห่อหุ้มร่างกายป้องกันการแทรกซึมของเชื้อโรคต่างๆ เข้าสู่ร่างกายช่วยรับความรู้สึกและควบคุมอุณหภูมิของร่างกายเมื่อเกิดบาดแผลขึ้นในร่างกายไม่ว่าจะตำแหน่ง ขนาดและความลึกเท่าใดก็ตาม ต่างส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้มีบาดแผลเรื้อรัง (กมลวรรณ เจนวิธิสุข, 2556) ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีบาดแผลนั้น สิ่งสำคัญที่มีผลต่อการหายของแผลคือ การส่งเสริมภาวะโภชนาการ การป้องกันและรักษาภาวะติดเชื้อ การแก้ไขปัญหาคาบพร่องสารน้ำและเกลือแร่ภายในร่างกายและการดูแลแผลที่มีประสิทธิภาพ (Lee, 2012)

ปัจจุบันมีการพัฒนาวิทยาการด้านการรักษาบาดแผลที่ก้าวหน้ามากขึ้น หลักการดูแลรักษาแผลแนวใหม่ (Advance wound care) เชื่อว่าการควบคุมพื้นแผลให้มีความชุ่มชื้นที่พอเหมาะจะช่วยให้แผลหายเร็วขึ้นกว่าการปล่อยให้แผลแห้งและช่วยลดการอักเสบติดเชื้อ การรักษาแผลด้วยแรงดูดสุญญากาศ (Vacuum assisted closure suction [VAC]) เป็นวิธีการหนึ่งที่ได้รับการนิยมนำมาใช้ในการทำงานของเครื่องดูดสุญญากาศจะกระตุ้นปฏิกิริยาทั้งแบบ Macro strain (Physical response) และแบบ Micro strain (Biological response) อีกทั้งยังสามารถดูดสารคัดหลั่งออกจากบาดแผลผ่านทางเครื่องดูด เพื่อให้สภาวะเหมาะสมกับการเจริญของเซลล์และการหายของบาดแผล (เก่งกาจ วินัยโกศล, 2556) การรักษาแผลด้วยแรงดูดสุญญากาศจึงถือเป็นการดูแลแผลขั้นสูงที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผล ช่วยลดอัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตและช่วยลดอัตราการระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยเร็วอีกด้วย (Miskey, Hotouras, Ribas, & Ramar, 2016)

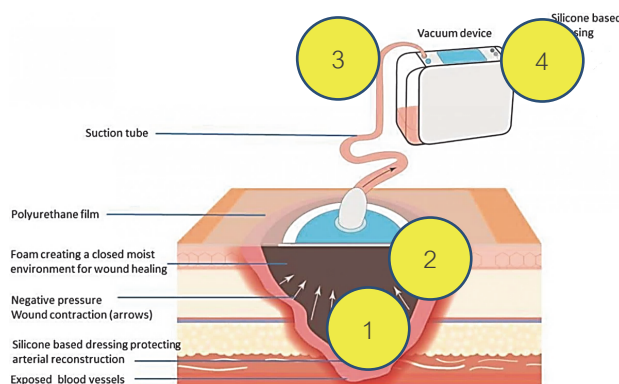
บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลบาดแผลด้วยวิธีแรงดูดสุญญากาศโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ใน 5 ประเด็น ดังนี้ 1) หลักการทำงานของระบบสุญญากาศ 2) ประโยชน์ของการรักษาแผลด้วยแรงดูดสุญญากาศ 3) ข้อห้ามในการใช้แรงดูดสุญญากาศในการรักษาแผล 4) กลไกการหายของแผลจากการทำงานของระบบสุญญากาศ และ 5) บทบาทของพยาบาลในการดูแลบาดแผลด้วยวิธีใช้แรงดูดสุญญากาศ

หลักการทำงานของระบบสุญญากาศ

การรักษาแผลด้วยแรงดูดสุญญากาศ (Negative pressure wound therapy [NPWT]) มีชื่อเรียกหลายชื่อ เช่น การทำแผลระบบปิดด้วยสุญญากาศ (Vacuum assisted closed system [VAC]) และ การใช้แรงดันลบเฉพาะที่ (Tropical negative pressure [TPN]) เป็นต้น (Kundu, Phuljhele, Wale, Gurudatta, & Agrawal, 2018) วิธีการนี้ถูกรายงานตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 โดย Argenta and Morykwas โดยพบว่า แรงดูดสุญญากาศ สามารถรักษาบาดแผลเรื้อรังและแผลที่รักษายากได้ (Apelqvist & Willy, 2017) โดยเฉพาะแผลที่เท้าและแผลกดทับที่ก้นกบ การรักษาแผลด้วยแรงดูดสุญญากาศมีการใช้อย่างกว้างขวางขึ้น โดยใช้รักษาแผลเฉียบพลัน ได้แก่ แผลเรื้อรังโดยเฉพาะแผลเบาหวาน (Bayoumi, Al-Sayed, & Al-Mallah, 2018; Liu et al., 2017) และแผลผ่าตัดช่องท้องแบบเปิด (Robert et al., 2012) เป็นต้น สามารถใช้กับ

แผลสะอาด เพื่อส่งเสริมการหายของแผล เช่น แผลผ่าตัดปลูกหนัง และแผลหลังผ่าตัดกระดูกอก รวมถึงแผลสกปรกเพื่อลดการติดเชื้อ เช่น แผลอุบัติเหตุที่มีการปนเปื้อน (Kundu, Phuljhele, Wale, Gurudatta, & Agrawal, 2018) และแผลไฟ (Yang et al., 2017) เป็นต้น

หลักการทำงานของระบบสุญญากาศ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ 1) วัสดุที่มีรูพรุนหรือฟองน้ำ (Open cell sponge) 2) แผ่นก๊อชปิดหน้าแผลที่ช่วยไม่ให้ระบบสุญญากาศติดกับแผลโดยตรง 3) สายยางต่อกับระบบสุญญากาศ และ 4) ระบบสุญญากาศ (Vacuum system) ตามภาพที่ 1 ระบบการทำงานนี้เหมาะสำหรับรักษาแผลเปิดที่ไม่มีการติดเชื้อ สำหรับแผลติดเชื้อจะเพิ่มอีก 1 องค์ประกอบ คือ การหยดน้ำลงไปในแผลและดูดสารคัดหลั่งด้วยระบบสุญญากาศ (Negative pressure wound therapy installation [NPWTi]) สำหรับแผลปิดก็สามารถรักษาแผลด้วยระบบสุญญากาศได้เช่นเดียวกัน เรียกว่า การรักษาแผลปิดด้วยระบบสุญญากาศ (Closed incision negative pressure therapy [ciNPT]) ลดสารคัดหลั่งจากแผล (Seroma) ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อของแผล (Hyldig, et al., 2016) ช่วยลดความตึงของแผล ทำให้แผลติดกันแน่นสนิท และช่วยป้องกันแผลแยก (Apelqvist & Willy, 2017)



ภาพที่ 1 องค์ประกอบของการรักษาแผลด้วยระบบสุญญากาศ

(ที่มา: Lund University, 2016, <https://medicalxpress.com/news/2016-10-faster-infected-wounds-negative-pressure.html>)

ระบบสุญญากาศที่นิยมใช้ แบ่งได้อีก 3 ลักษณะ คือ 1) ระบบต่อเนื่อง (Continuous mode) คือ การใช้ระบบสุญญากาศที่ความดันคงที่ เช่น ที่ระดับ -80 mmHg เป็นระดับแรงดันที่มีผลต่อความปวดน้อยกว่าวิธีอื่น ๆ จึงเป็นที่นิยมที่สุด และยังช่วยให้แผลยึดติดได้ดี เหมาะสำหรับแผลปลูกถ่ายผิวหนัง (Skin graft) หรือปลูกถ่ายเนื้อเยื่อ (Flap) 2) ระบบไม่ต่อเนื่อง (Intermittent mode) คือ การใช้ระบบสุญญากาศแบบเปิดปิดสลับกัน เช่น 0, -80, 0, -80 mmHg ซึ่งทำให้มีแรงดูดเป็นระยะ ระบบนี้มีข้อเสียคือทำให้ปวดแผลมากกว่าจึงไม่เป็นที่นิยม และ 3) ระบบผันแปร (Variable mode) คือ การใช้แรงดูดสุญญากาศสูงสลับต่ำ เช่น -10, -80, -10, -80 mmHg ทำให้มีแรงดูดสุญญากาศเป็นลบตลอดเวลาไม่ทำให้ปวดแผลมาก (Malmström & Ingemansson, 2011)

สำหรับแรงดันลบที่แนะนำ ควรอยู่ระหว่าง -50 ถึง -150 mmHg พบการศึกษาเกี่ยวกับระดับ

แรงดันลบ ที่เหมาะสมในทางคลินิกค่อนข้างน้อย เนื่องจากความเหมาะสมขึ้นอยู่กับการกระจายแรงดันเข้าไปภายในแผล ที่สัมผัสกับวัสดุปิดแผลและเนื้อเยื่อแผล (Cai et al., 2017; Capobianco & Zgonis, 2009) ในปี ค.ศ. 1997 Argenta and Morykwas แนะนำว่าแรงดันลบสำหรับใช้รักษาแผลโดยทั่วไปควรอยู่ระหว่าง -75 ถึง -125 mmHg และแรงดันลบที่ดีที่สุดเพื่อส่งเสริมการงอกใหม่ของเนื้อเยื่อและความสะอาดของแผลอยู่ที่ระดับ -125 mmHg สำหรับเนื้อเยื่ออ่อนในชั้นลึก (Deep soft tissue) ควรใช้แรงดันลบที่น้อยกว่า -125 mmHg ต่อมา Borgquist, Ingemansson, and Malmsjö (2010) ได้ศึกษาถึงระดับแรงดันลบที่เหมาะสมในการกระตุ้นการไหลเวียนเลือด พบว่า ความเหมาะสมขึ้นอยู่กับชนิดของแผล และเสนอว่าแรงดันลบที่ -80 mmHg สามารถกระตุ้นการไหลเวียนเลือดได้ดีพอๆ กับแรงดันที่ระดับ -125 mmHg ในทางคลินิกจึงนิยมใช้ที่ระดับแรงดันลบที่ระดับ -80 mmHg (Apelqvist & Willy, 2017)

ประโยชน์ของการรักษาแผลด้วยแรงดูดสุญญากาศ

การรักษาแผลด้วยแรงดูดสุญญากาศมีประโยชน์ในการช่วยส่งเสริมการหายของแผลมีความสะดวกและง่ายต่อการดูแล ลดอาการบวมและปวดทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายขึ้น มีค่าใช้จ่ายน้อยในการดูแลซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ส่งเสริมการหายของแผล การรักษาแผลด้วยแรงดูดสุญญากาศช่วยกระตุ้นการหายของแผลโดยแรงดูดช่วยให้ขอบแผลหดรัศมีตัวลง (Wound retraction) กระตุ้นการสร้างเนื้อเยื่ออ่อนใหม่ (Granulation tissue) และลดการสะสมเชื้อโรค (Liu et al., 2017) จากการที่เครื่องดูดได้กำจัดสารคัดหลั่ง (Exudate) และเศษเนื้อตายออกไป จึงเป็นการลดการสะสมสารน้ำที่ขังภายในบริเวณแผล รวมทั้งลดอาการบวมของแผล (Apelqvist & Willy, 2017; Hyldig, et al., 2016; Kundu et al., 2018) เนื่องจากแรงดูดช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดของหลอดเลือดฝอย กระตุ้นผนังหลอดเลือดให้มีการสร้างหลอดเลือด (Angiogenesis) ขึ้นใหม่ ส่งเสริมการนำออกซิเจนมาสู่บาดแผลมากขึ้น ขนาดและความลึกของแผลจึงลดลง ทำให้ระยะเวลาการหายเร็วกว่าวิธีการรักษาแผลแบบดั้งเดิม (Liu et al., 2017) ส่วนแผลปลูกถ่ายผิวหนังมีการศึกษา พบว่า การใช้แรงดูดสุญญากาศทำให้อัตราการสำเร็จของการปลูกหนังดีกว่าการรักษาแผลแบบดั้งเดิมเพียงอย่างเดียว (Bayoumi et al., 2018)

2. ความสะดวก และง่ายต่อการดูแลและประเมินแผล วัสดุปิดแผลที่โปร่งใส (Transparent dressing) ทำให้สังเกตความผิดปกติของแผลและผิวหนังรอบๆ แผลได้ง่าย นอกจากนี้ยังช่วยลดจำนวนครั้งในการทำแผล ซึ่งโดยทั่วไปจะเปิดทำแผลทุก 48-72 ชั่วโมง นอกจากนี้ การที่แผลอยู่ในระบบปิดยังเป็นการช่วยลดการสะสมของแบคทีเรียในแผล ทำให้กลิ่นลดลงด้วย (Apelqvist & Willy, 2017)

3. ความสุขสบายของผู้ป่วย การรักษาแผลด้วยแรงดูดสุญญากาศช่วยให้สภาพแผลแห้งสะอาดลดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะการติดเชื้อ (Hyldig et al., 2016) อาการบวมบริเวณแผลลดลง (Apelqvist & Willy, 2017; Liu et al., 2017) ความปวดลดลง (Yang et al., 2017) จึงทำให้จำนวนการใช้ยาแก้ปวดน้อยกว่ากลุ่มที่รักษาแบบดั้งเดิม การสูญเสียเลือดลดลง และยังช่วยให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้เร็วขึ้น และการที่ไม่ต้องทำแผลบ่อยยังทำคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นอีกด้วย (Liu et al. 2017; Yanaral et al., 2017)

4. ค่าใช้จ่ายน้อย ค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยแรงดูดสุญญากาศน้อยกว่าการทำแผลแบบดั้งเดิม เนื่องจากไม่ต้องเปิดแผลทุกวัน (Apelqvist & Willy, 2017; Kundu et al., 2018) การศึกษาแบบ Meta-analysis ของ Liu et al. (2017) พบว่า การรักษาด้วยแรงดูดสุญญากาศมีค่าใช้จ่าย 1,227 USD (ประมาณ 40,000 บาท) ต่อพื้นที่แผล 1 เซนติเมตร ซึ่งน้อยกว่าการรักษาแผลแบบดั้งเดิมซึ่งมีค่าใช้จ่ายถึง 1,695 USD (ประมาณ 55,000 บาท) ต่อพื้นที่แผล 1 เซนติเมตร สำหรับรายงานค่าใช้จ่ายในการรักษาบาดแผลด้วยเครื่องดูดสุญญากาศในประเทศไทยนั้น ยังไม่มีรายงานตัวเลขอย่างเป็นทางการ แต่จากรายงานของ รำไพ สุขเกษม (ม.ป.ป.) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี เรื่อง การเปรียบเทียบต้นทุนการบริการระหว่างการทำแผลแบบดั้งเดิมและการทำแผลด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ พบว่า การรักษาบาดแผลด้วยเครื่องดูดสุญญากาศมีต้นทุนที่ต่ำกว่า กล่าวคือค่าใช้จ่ายในการทำแผลแบบดั้งเดิม เท่ากับ 540-780 บาท/วันทำแผล ส่วนค่าใช้จ่ายในการทำแผลโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ เท่ากับ 138 บาท/3วัน/ครั้ง และใช้วัสดุอุปกรณ์ในการทำแผลน้อยกว่า เนื่องจากไม่ต้องเปิดทำแผลทุกวัน ใช้เวลาในการทำแผลน้อยกว่า

ข้อห้ามในการใช้แรงดูดสุญญากาศในการรักษาแผล

ในการใช้แรงดูดสุญญากาศในการรักษาแผลนั้น มีข้อจำกัดบางประการ ไม่สามารถใช้ได้กับแผลทุกชนิด ผู้ป่วยที่มีภาวะดังต่อไปนี้ เป็นข้อห้ามในการใช้แรงดูดสุญญากาศ (Apelqvist & Willy, 2017; Cai et al., 2017; Malmjö & Ingemansson, 2011)

1. ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Clotting disorder) เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียเลือดมากขึ้นจากการรักษา หรืออยู่ในภาวะที่มีการเสียเลือดในขณะนั้น และเลือดที่ออกมามากนั้นอาจจะไปทำให้วัสดุปิดแผลหรือฟองดูดดันส่งผลให้การทำงานของแรงดูดไม่มีประสิทธิภาพได้

2. บาดแผลเปิดบริเวณอวัยวะสำคัญ (Exposed organs) เช่น บาดแผลจากการตัดต่อหลอดเลือด การผ่าตัดเส้นประสาท หรืออวัยวะภายในที่มีการตัดต่อเชื่อม (Anastomotic site) เนื่องจากมีความเสี่ยงทำให้เกิดการบาดเจ็บที่รุนแรงขึ้นได้

3. บาดแผลที่มีเนื้อตาย (Necrotic wound bed) เนื่องจากเนื้อตายจะขัดขวางการสร้างเนื้อเยื่อออกใหม่ (Granulation tissue) ดังนั้นจึงควรผ่าตัดตกแต่งบาดแผลให้เรียบรื้อก่อนเริ่มใช้การรักษาวิธีนี้

4. กระดูกอักเสบติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับการรักษา (Untreated osteomyelitis) ควรรักษาภาวะติดเชื้อให้ดีขึ้น รวมทั้งมั่นใจว่าการทำแผลจะไม่สัมผัสโดนกระดูกโดยตรง อย่างไรก็ตามอาจใช้วิธีการรักษาด้วยแรงดูดสุญญากาศร่วมกับการหยดสารน้ำซึ่งอาจเป็นยาปฏิชีวนะหรือน้ำเกลือร่วมด้วยเพื่อแก้ไขภาวะการติดเชื้อ

5. แผลที่เกิดจากมะเร็ง (Neoplastic tissue) เนื่องจากการใช้แรงดูดสุญญากาศจะช่วยส่งเสริมการไหลเวียนเลือดและสร้างเนื้อเยื่อออกใหม่ ดังนั้นจึงไม่ควรใช้ในแผลที่เกิดจากมะเร็ง เนื่องจากจะไปเร่งกระบวนการสร้างเซลล์มะเร็งให้เร็วขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม การจะพิจารณาว่าใช้หรือไม่ใช้การรักษาด้วยแรงดูดสุญญากาศให้พิจารณาเป็นรายกรณี เพราะแรงดูดสุญญากาศอาจมีประโยชน์ในการลดการติดเชื้อและลดอาการปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการทางคลินิกของผู้ป่วยด้วย

กลไกการหายของแผลจากการทำงานของระบบสุญญากาศ

กลไกการหายของแผลจากการทำงานของระบบสุญญากาศ (Mechanism of NPWT) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือระยะปฐมภูมิ และระยะทุติยภูมิ

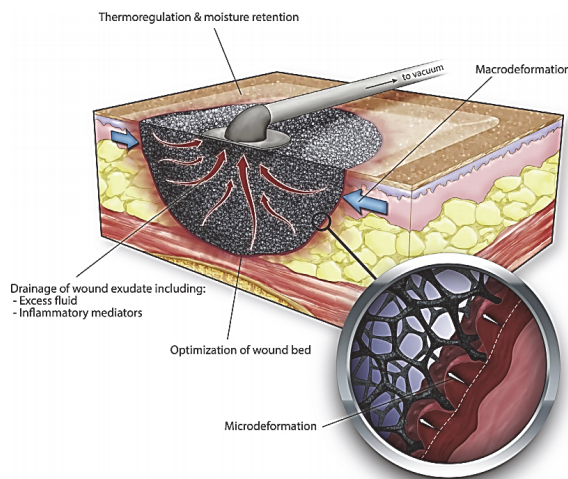
1. กลไกการหายของแผลในระยะปฐมภูมิ ประกอบด้วย กลไกละเอียด 4 ประการ (Malmjö & Ingemansson, 2011) ดังภาพที่ 2 ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1.1 การเปลี่ยนรูปแบบมหภาค (Macro deformation) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ช่วยให้มีการหดตัวของขอบแผล (Wound edges retraction) ที่เกิดจากการกระตุ้นการถ่ายโอนเชิงกล (Mechanotransductive stimulus) ให้มีการยุบตัวของรูพรุนเล็กๆ เข้าสู่ศูนย์กลาง (Centripetal force) ของเนื้อเยื่อที่สัมผัสแผ่นโฟม กลไกนี้เป็นกลไกที่สำคัญของระบบสุญญากาศที่กระตุ้นให้มีการหลั่งสารที่ช่วยสร้างหลอดเลือด (Apelqvist & Willy, 2017) แผ่นโฟมที่ใช้รองมี 3 ชนิด คือ ชนิด Polyurethane ether และชนิด polyvinyl alcohol สองชนิดนี้มีคุณสมบัติที่ชอบรวมกับน้ำ หรือละลายน้ำได้ (Hydrophilic) ส่วนชนิด Polyurethane ester เป็นแบบไม่อมน้ำเหมาะสำหรับการรักษาด้วย NPWT ใช้ในกรณีที่แผลติดเชื้อที่ต้องใช้ยาฆ่าเชื้อหรือยาปฏิชีวนะหรือหยดน้ำเกลือเข้าไปแช่ไว้ระยะหนึ่ง แล้วให้ระบบสุญญากาศดูดออก ทำหมุนเวียนหลายครั้งในแต่ละวัน ตัวอย่างเช่น การดูดน้ำยาปฏิชีวนะมายังบริเวณแผลใช้เวลาประมาณ 30 นาที และมีการดูดออกโดยใช้ระยะเวลาประมาณ 3 ชั่วโมง ทำสลับกันไปทั้งวัน (Apelqvist & Willy, 2017) เป็นต้น

1.2 การเปลี่ยนรูปแบบจุลภาค (Micro deformation) เป็นการเคลื่อนตัวแบบกระเพื่อมของหน้าแผลที่เกิดจากแรงดูดสุญญากาศ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อในระดับไมครอนถึงระดับมิลลิเมตร การเปลี่ยนแปลงนี้เองที่ช่วยกระบวนการหายของแผล กระตุ้นให้มีการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ (Granulation tissue) ประมาณร้อยละ 60 (Apelqvist & Willy, 2017)

1.3. การกำจัดสารน้ำ (Fluid removal) ในร่างกายของคนเรามีสารน้ำอยู่ทั้งในหลอดเลือด สารน้ำในเซลล์ และสารน้ำนอกเซลล์ และมีการขนส่งสารน้ำผ่านสมดุสตาวิง (Starling equation) สารน้ำนอกเซลล์นี้เองที่ทำให้เกิดอาการบวม การไหลเวียนของเลือดมายังบริเวณบาดแผลลดลงทำให้ขัดขวางกระบวนการอักเสบของร่างกายซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้แผลหายช้า ดังนั้นการทำให้สารน้ำลดลงจึงเป็นการช่วยส่งเสริมการหายของแผล (Apelqvist & Willy, 2017)

1.4 การปรับสภาพแวดล้อมของแผลที่ดีที่สุด (Optimized wound environment) ปัจจัยสำคัญของสภาพแวดล้อมของแผลที่ดี คือ การกำจัดสารน้ำออกไปเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของแผล ลดการติดเชื้อซึ่งจะทำให้แผลหายช้า ขอบแผลถูกทำลายและเกิดแผลเปื่อยรอบ ๆ แผล (Apelqvist & Willy, 2017) นอกจากนี้แผ่นโฟมยังช่วยรักษาให้แผลชุ่มชื้น รักษาอุณหภูมิของผิวหนังให้อุ่น รักษาระดับแรงดันที่เหมาะสมแก่กันแผล และป้องกันการเสียน้ำจากการระเหยทางผิวหนัง (Malmjö & Ingemansson, 2011) และยังกระตุ้นการสร้างเนื้อเยื่อใหม่อีกด้วย



ภาพที่ 2 กลไกการหายของแผลจากการทำงานของระบบสุญญากาศปฐมภูมิ

(ที่มา: Huang & Orgill, 2014)

2. กลไกการหายของแผลในระยะทุติยภูมิ ประกอบด้วยกลไกย่อย 4 ประการเช่นเดียวกัน (Malmsjö & Ingemansson, 2011) ดังนี้

2.1 กระบวนการห้ามเลือด (Hemostasis) เป็นกลไกแรกจากปฏิกิริยาของหลอดเลือดเพื่อป้องกันการสูญเสียเลือดจากระบบไหลเวียน โดยทำให้มีการหดตัวและมีการจับกลุ่มของเกล็ดเลือด (Platelet aggregation) นำไปสู่การแข็งตัวของเลือดเป็นลิ่มเลือดทำให้เลือดหยุดไหลและมีเกล็ดเลือดปกคลุมบริเวณปากแผล

2.2 กระบวนการอักเสบ (Inflammation process) กระบวนการอักเสบเกิดขึ้นหลังจากมีการรวมกลุ่มของเกล็ดเลือด จากนั้นเกล็ดเลือดจะปล่อยสารเคมีสื่อสาร (Chemomediators) มากระตุ้นให้หลอดเลือดขยายตัว มีการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของผนังหลอดเลือดยอมให้เม็ดเลือดขาวเคลื่อนตัวออกมา โดยเม็ดเลือดขาวชนิด Polymorphic neutrophil (PMN) เคลื่อนตัวมาเร็วที่สุดและมากที่สุดในระยะ 24–48 ชั่วโมงแรก เม็ดเลือดขาวเหล่านั้นจะทำหน้าที่จับกินเชื้อโรคและทำลายสิ่งแปลกปลอมแบบจับกินเซลล์ (Phagocytosis) นอกจากเม็ดเลือดขาวแล้วยังมีโปรตีนในพลาสมาที่รั่วออกมาบริเวณบาดแผลด้วย ทำให้มีอาการบวม

2.3. กระบวนการเพิ่มจำนวนเซลล์ (Proliferation process) เป็นระยะที่มีการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ที่มีการสร้างไฟโบรบลาสต์และคอลลาเจนปกคลุมหน้าแผล ขณะเดียวกันมีการสร้างหลอดเลือดฝอยขึ้นซึ่งเกิดจากการที่แมคโครเฟจหลั่งสาร Transforming growth factor มากระตุ้นเซลล์เยื่อหลอดเลือดในการสร้างหลอดเลือดขึ้นใหม่ และการหดตัวของขอบแผลจากการทำหน้าที่ของไฟโบรบลาสต์ที่มีการเคลื่อนตัวมาที่ขอบแผลและเปลี่ยนเป็นไมโอไฟโบรบลาสต์ทำให้มีการดึงขอบแผลให้มาชิดกันมากขึ้น ในระยะนี้ร่างกายต้องการ Co-factor เพื่อช่วยในการงอกใหม่ ได้แก่ วิตามินซี ธาตุเหล็ก และออกซิเจน

2.4 กระบวนการปรับแต่ง (Remodeling process) เป็นกระบวนการสร้างหลอดเลือดและทำให้คอลลาเจนลดลง ซึ่งมีการทำลายคอลลาเจนเพื่อให้รอยแผลเป็นที่เพิ่มขึ้นอย่างมากในระหว่างการสร้างเนื้อเยื่อทดแทนให้น้ำ เบนและเรียบลงใกล้เคียงกับผิวหนังปกติ รวมทั้งมีสีผิวที่จางลง รัยณะนี้ผิวหนังใหม่จะมีความใกล้เคียงกับผิวหนังเดิมมาก แต่ความแข็งแรงยังไม่เต็มที่ ยังไม่มีต่อมไขมัน ต่อมเหงื่อ หรือต่อมผลิตเซลล์ขน ผิวหนังบริเวณนี้จึงอาจแห้งและแตกง่ายกว่าผิวหนังปกติได้

บทบาทพยาบาลในการดูแลบาดแผลด้วยวิธีใช้แรงดูดสุญญากาศ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จในการรักษาแผลด้วยแรงดูดสุญญากาศ เพราะพยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง กระบวนการดูแลบาดแผลผู้ป่วยที่รักษาด้วยแรงดูดสุญญากาศมี 5 กิจกรรมหลักๆ ได้แก่ 1) การประเมินและสังเกตอาการผู้ป่วย 2) การให้การพยาบาลตามบทบาท 3) การสอนและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ 4) การสนับสนุนให้กำลังใจ และ 5) การบริหารจัดการ ซึ่งผู้เขียนจะได้สอดแทรกประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้แรงดูดสุญญากาศในแต่ละหัวข้อของการดูแลมีรายละเอียดดังนี้

การประเมินและสังเกตอาการผู้ป่วย พยาบาลประเมินและสังเกตอาการของผู้ป่วย ดังนี้

1. ประเมินแผลก่อนและหลังให้การพยาบาล ทำได้โดยประเมินตำแหน่งของแผล ขนาด ทั้งความกว้าง ความยาวและความลึก ประเมินลักษณะของขอบแผล ชนิด ลักษณะ และปริมาณของสารคัดหลั่งจากแผล รวมทั้งผิวหนังรอบแผล อาการเปื่อยยุ่ยของผิวหนังรอบแผล ลักษณะของก้นแผลเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการรักษาแผลด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ

2. ประเมินความปวดและความไม่สบายตัวต่างๆ อันเนื่องมาจากการมีบาดแผลเพื่อประเมินความรุนแรงของปัญหาทางการพยาบาล อาจประเมินทุก 4 ชั่วโมงหรือทุก 8 ชั่วโมง ตามสภาพทางคลินิกของผู้ป่วย โดยเลือกใช้แบบประเมินความเจ็บปวดตามสภาพของผู้ป่วย เช่น ใช้แบบประเมินความปวดแบบให้คะแนน (Numerical rating scale [NRS]) ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวสามารถใช้แบบประเมินความปวดรูปแบบใบหน้า (Face Pain Scale [FPS]) ในผู้ป่วยบางกลุ่มที่ไม่สามารถใช้การประเมินความปวดแบบที่กล่าวมาได้ เช่น ผู้ป่วยเด็กเล็ก ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่สื่อสารทางภาษาได้ลำบาก เช่น ชาวต่างด้าว และใช้แบบประเมินการสังเกตพฤติกรรม (Behavioral pain scale [BPS]) ในผู้ป่วยวิฤติที่ไม่รู้สึกตัว

3. ประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อการหายของแผล ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ภาวะโภชนาการ สภาพจิตสังคม ประวัติการใช้ยากลุ่มสเตียรอยด์ ซึ่งมีผลต่อกระบวนการอักเสบ ทำให้ยับยั้งการสังเคราะห์ Collagen กดการสังเคราะห์โปรตีน ขัดขวางการหดตัวของแผล ประวัติโรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคระบบไหลเวียนเลือด เช่น โรคเบาหวาน ซึ่งทำให้หลอดเลือดแข็งตัว การไหลเวียนเลือดไม่มีประสิทธิภาพทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารลดลง ขัดขวางกระบวนการหายของแผล และน้ำตาลในกระแสเลือดยังทำให้มีการเจริญเติบโตของแบคทีเรียมากขึ้นมีผลต่อการหายของแผล (นงนุช หอมเนียม, 2557; Miskey et al., 2017)

4. ประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อด้วยเกณฑ์กลุ่มอาการตอบสนองของการอักเสบ (Systemic inflammatory response syndrome [SIRS] criteria) ทุก 4 ชั่วโมงหรือทุก 8 ชั่วโมง ตามสภาพทางคลินิกของ

ผู้ป่วยเนื่องจากหากผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อร่วมกับลักษณะแผลที่เลวลง อาจแสดงว่ามีโอกาสที่การรักษาแผลด้วยเครื่องดูดสุญญากาศล้มเหลวได้ โดยผู้ป่วยมีอย่างน้อย 2 ใน 4 อย่างต่อไปนี้ คือ มีไข้สูงกว่า 38 องศาเซลเซียส หรืออุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส ซีพจรมากกว่า 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที และเม็ดเลือดขาวในเลือดมากกว่า 12,000 ตัวต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือน้อยกว่า 4,000 ตัวต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (Marik & Taeb, 2017)

การให้การรักษาพยาบาลตามบทบาทของพยาบาล

พยาบาลปฏิบัติการทำแผลด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ ดังนี้

1. การเตรียมอุปกรณ์ได้แก่ชุดทำแผลปราศจากเชื้อ โฟมหรือฟองน้ำ สายยางสำหรับให้อาหารทางจมูก หรือวัสดุปิดแผลสำเร็จรูป เครื่องดูดสุญญากาศ ซึ่งแต่ละรุ่นอาจมีรายละเอียดการใช้งานแตกต่างกัน เทปเหนียว น้ำเกลือ และแอลกอฮอล์

2. การเตรียมบาดแผล เป็นการจัดการสภาพบาดแผล และสภาพสิ่งแวดล้อมของบาดแผล เพื่อส่งเสริมการหายของแผล โดยทั่วไปมี 3 หลักการ คือ 1) การจัดการกับเนื้อตาย ในการรักษาด้วยแรงดูดสุญญากาศมีข้อห้ามในการใช้กับแผลที่มีเนื้อตาย ดังนั้นหากแผลมีเนื้อตาย ควรทำแผลและกำจัดเนื้อตายให้หมดไปก่อน อาจใช้วิธีการตัดเนื้อตายออก หรือใช้วิธีการทำแผลและใช้น้ำยาอย่างเหมาะสม 2) การจัดการกับสิ่งคัดหลั่ง ด้วยวัสดุปิดหน้าแผลที่เหมาะสม เช่น การใช้วัสดุปิดแผลชนิดแอลจินเตต (Alginate) ซึ่งเป็นไฮโดรคอลลอยด์ชนิดหนึ่งเหมาะสำหรับแผลที่มีสารคัดหลั่งปริมาณปานกลางถึงมาก (Medium-high exudate) การใช้โฟมเหมาะสำหรับแผลที่มีสารคัดหลั่งปานกลางถึงมากเช่นเดียวกัน แต่เป็นแผลที่มีเนื้อเยื่ออ่อนใหม่ด้วย การใช้ไฮโดรเจล (Hydrogel) เหมาะสำหรับแผลที่มีสารคัดหลั่งน้อย (Low exudate) หรือแผลที่มีเนื้อตาย เป็นต้น และ 3) การควบคุมการติดเชื้อ ด้วยการทำแผล การกำจัดเนื้อตาย และดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมกับเชื้อ (Apelqvist & Willy, 2017)

3. ปฏิบัติการทำแผลด้วยแรงดูดสุญญากาศ ดังนี้ 1) ล้างมือ 2) เปิดชุดอุปกรณ์ในข้อ 1. ให้พร้อมใช้งาน 3) ทำความสะอาดแผลแบบแผลเปียก (Wet dressing) และตรวจสอบว่ามีกรากัดเนื้อตายในบาดแผลหมดแล้ว 4) เตรียมแผ่นโฟมที่ปราศจากเชื้อโดยตัดด้วยกรรไกรตัดใหม่ปราศจากเชื้อให้มีขนาดพอดีกับพื้นผิวของแผล และขอบเขตของแผลเพื่อให้เกิดแรงดึงที่เพียงพอ ถ้าแผลมีขนาดใหญ่อาจเตรียมแผ่นโฟมหลายแผ่นวางต่อกันหรือซ้อนกันเพื่อกระจายแรงดูดให้ทั่วกันทั้งหมด แต่ไม่ควรตัดแผ่นโฟมให้มีขนาดใหญ่กว่าขอบแผลเพราะอาจทำให้ผิวหนังรอบแผลเปื่อยได้ 5) ปิดหน้าแผลด้วยผ้าก๊อช ก่อนวางแผ่นโฟมทับจากนั้นวางสาย NG tube เพื่อต่อกับระบบเครื่องดูดสุญญากาศ ซึ่งสามารถศึกษารายละเอียดการต่อจากคู่มือการใช้งานของเครื่องนั้น ๆ หรือหากใช้อุปกรณ์สำเร็จรูปจะมีสายยางที่ต่อกับเครื่องดูดสุญญากาศติดมาด้วยเพื่อต่อกับเครื่อง 6) ปิดทับด้วยแผ่นเทปเหนียว ปิดให้แนบสนิทกับผิวหนังห้ามมีรอยร้าว และปิดคลุมแผ่นโฟมทั้งหมด เพื่อให้เกิดแรงดูดสุญญากาศเมื่อเปิดเครื่อง โดยสังเกตได้จากแผ่นโฟมจะยุบตัวลงแนบสนิทกับแผล 7) ระบุวันที่ทำแผลหรือครบเปลี่ยนแผลทุก 48-72 ชั่วโมง แต่หากเกิดการรั่วซึมก่อนเวลา ให้ปฏิบัติเปลี่ยนแผลทันที 8) เก็บอุปกรณ์และล้างมือหลังปฏิบัติการทำแผล

4. คู่มือให้แผลอยู่ในระบบปิด มีแรงดูดอย่างต่อเนื่อง หากสังเกตพบว่าแผ่นโฟมไม่ยุบตัวลง ต้องแก้ไขทันทีจากประสบการณ์มักจะเกิดจากการมีรูรั่วให้อากาศเข้าได้หรือท่อดูดหักงอ ตัวเครื่องดูดทำงานดีหรือไม่ หรือถ้าแผ่นโฟมยุบตัวลงแต่ยุบตัวไม่เต็มที่แสดงว่ายังคงมีรูอากาศรั่วเข้าได้ ฟังดูใกล้ๆ จะมีเสียงดัง “ฟู่” ก็แสดงว่ายังมีรูรั่วตรงตำแหน่งนั้น ต้องปิดทับเพิ่มตรงตำแหน่งที่รั่วนั้นไม่ให้ลมเข้าได้ด้วยแผ่นเทปใสเหนียวเช่น Tegaderm[®], Surgical drape[®] และควรเปลี่ยน VAC dressing ทุก 3-4 วันโดยทำเป็นหัตถการข้างเตียงได้ สำหรับผู้ป่วยที่มีขนาดบริเวณบาดแผลจะต้องโกนขนให้เรียบร้อยก่อนที่จะปิดแผ่นเทปใสเหนียวบนผิวหนังเพื่อป้องกันความเจ็บปวดขณะลอกแผ่นเทปใสเหนียวออกและติดขนออกมาด้วย ที่รอยต่อของท่อดูด (Connector) ห้ามพันปิดด้วยแถบเทปที่อากาศรั่วซึมเข้าได้ (เช่น Micropore[®]) เพราะจะทำให้ระบบไม่ทำงานหรือทำงานได้ไม่เต็มที่

การสอนและให้คำปรึกษา

พยาบาลมีบทบาทในการแนะนำผู้ป่วยและญาติในการประเมินและสังเกตลักษณะบาดแผลของตนเอง ตลอดจนสังเกตการทำงานของเครื่องดูดสุญญากาศให้ทำงานอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการเพื่อส่งเสริมการหายของแผล ได้แก่ อาหารโปรตีนสูงซึ่งช่วยในการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ การสร้างหลอดเลือดใหม่ โดยควรได้รับโปรตีนมากกว่า 0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม สำหรับในผู้สูงอายุควรได้รับ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม รับประทานอาหารที่มีวิตามินซี เพื่อช่วยในการรวมตัวของคอลลาเจนช่วยต่อต้านการติดเชื้อ ช่วยให้ผนังหลอดเลือดแข็งแรง ไม่แตกง่ายและดื่มน้ำอย่างน้อย 2,500 มิลลิลิตรต่อวัน เพื่อช่วยคงสภาพการไหลเวียนเลือดและความชุ่มชื้นของผิวหนังอีกด้วย (นงนุช หอมเนียน, 2557) ควรรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของวิตามินเอ ซึ่งจะกระตุ้นให้แมโครฟาจมารวมตัวกันที่บริเวณบาดแผลมากขึ้นและยังมีส่วนช่วยในการสร้างคอลลาเจนอีกด้วย นอกจากนั้นยังพบว่าธาตุสังกะสี (Zn) จะมีผลให้การสร้างโปรตีนและคอลลาเจนลดลง ความแข็งแรงของบาดแผลลดลง การเกิดกระบวนการเจริญของเยื่อ (Epithelization) ลดลง (กมลวรรณ เชนวิธิสุข, 2556)

การสนับสนุนให้กำลังใจ

ความเครียดและความวิตกกังวล จะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้หลอดเลือดหดตัว การไหลเวียนเลือดลดลง มีผลต่อการขนส่งออกซิเจน และสารอาหารอาจทำให้กระบวนการหายของแผลใช้เวลานานขึ้น (นงนุช หอมเนียน, 2557) พยาบาลมีบทบาทในการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตของทั้งผู้ป่วยและญาติเพื่อช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ตลอดจนบทบาทในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมวางแผนในการดูแลรักษา

การบริหารจัดการ

พยาบาลมีบทบาทในการติดต่อประสานงาน การส่งต่ออาการผู้ป่วย การรายงานความก้าวหน้าในการรักษาต่อแพทย์เจ้าของไข้ การขอรับคำปรึกษานักโภชนาการในการจัดอาหารที่จะส่งเสริมการหายของแผล และมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพอย่างบูรณาการครอบคลุมทั้งในเรื่องการรักษาด้วยยา หรือสารที่ส่งเสริมการหายของแผล เทคโนโลยีต่างๆ การส่งเสริม

ภาวะโภชนาการที่เหมาะสม และการผ่าตัดตกแต่งแผลในบางกรณี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทในการจัดการกับความเจ็บปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษา มีการติดตามประเมินผลความเจ็บปวดหลังได้รับยาและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา ตลอดจนดูแลความสุขสบายทุกๆ ไปของผู้ป่วยด้วย

สรุป

ในปัจจุบันการรักษาดแผลด้วยระบบดูดสุญญากาศมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการหายของแผล และได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ในประเทศไทยมีการนำระบบดูดสุญญากาศมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลากหลายประเภท เช่น ผู้ป่วยทางศัลยกรรม ผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง และผู้ป่วยวิกฤติที่มีแผลกดทับ พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการทำงานของเครื่องดูดสุญญากาศ ประโยชน์และข้อห้าม ตลอดจนกลไกการหายของแผล และต้องตระหนักถึงบทบาทของตนในการประเมิน การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่รักษาดแผลด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ การสอนและให้คำปรึกษาที่ถูกต้องเหมาะสมในการสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนบทบาทในการบริหารจัดการต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กมลวรรณ เจนวิถีสุข. (2556). กระบวนการหายของแผลและหลักการรักษา. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 25 (suppl. 4), 10-17.
- เก่งกาจ วินัยโกศล. (2556). Advanced Wound Dressing. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 28 (suppl. 4), 18-23.
- นงนุช หอมเนียน. (2557). บทบาทพยาบาลในการใช้หลักโภชนาการที่ส่งเสริมการหายของแผล. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 234-249.
- ราไฟ สุขเกษม. (ม.ป.ป). ผลของการใช้รูปแบบการทำแผล Wound vacuum dressing เพื่อลดความปวดและความพึงพอใจของผู้รับบริการ หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี. สืบค้นจาก <https://www.sunpasit.go.th/km/portfolio/e0294ebe440ed5b3f546cae7a9865f0e.pdf>
- Apelqvist, J., & Willy, C. (ed.). (2017). EWMA Document: Negative pressure wound therapy: overview, challenges and perspectives. *Journal of Wound Care*, 26(suppl. 3), 11-15.
- Bayoumi, A., Al-Sayed, A., & Al-Mallah, A. (2018). Negative pressure wound therapy versus conventional dressing in treatment of diabetic foot wound. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 72(3), 4054-4059.
- Borgquist, O., Ingemansson, R., & Malmjö, M. (2010). Wound edge microvascular blood flow during negative-pressure wound therapy: examining the effects of pressures from -10 to -175 mmHg. *Plastic Reconstruction Surgery*, 125(2), 502-509. doi 10.1097/PRS.0b013e3181c82e1f

- Cai, S., Gowda, A. U., Alexander, R. H., Silverman, R. P., Goldberg, N. H., & Rasko, Y. M. (2017). Use of negative pressure wound therapy on malignant wounds - a case report and review of literature. *International Wound Journal*, 14(4), 661-665. doi: 10.1111/iwj.12665
- Huang, C., & Orgill, D. P. (2014). Effect of negative pressure wound therapy on wound healing. *Current Problems in Surgery*, 51(7), 301-331.
- Hyldig, N., Birke-Sorensen, H., Kruse, M., Vinter, C., Jøsegersen, J. S., Sorensen, J. A., . . . Bille, C. (2016). Meta-analysis of negative-pressure wound therapy for closed surgical incisions. *British Journal of Surgery*, 103, 477-486. doi: 10.1002/bjs.10084
- Kundu, A., Phuljhele, S., Wale, N., Gurudatta, H. S., & Agrawal, V. (2018). Study of effects of negative pressure wound therapy in contaminated wounds. *International Journal of Research in Orthopaedics*, 4(5), 803-807.
- Lee, S. H. (2012). Surgical management of enterocutaneous fistula. *Korean Journal of Radiology*, 13, S17-S20.
- Liu, S., He, C., Cai, Y., Xing, Q., Guo, Y., Chen, Z., ... Yang, L. (2017). Evaluation of negative-pressure wound therapy for patients with diabetic foot ulcers: systematic review and meta-analysis. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 13, 533-544.
- Lund University. (2016). *Faster and better healing of infected wounds using negative pressure technique*. Retrieved from <https://medicalxpress.com/news/2016-10-faster-infected-wounds-negative-pressure.html>
- Malmsjö, M., & Ingemansson, R. (2011). Effects of green foam, black foam and gauze on contraction, blood flow and pressure delivery to the wound bed in negative pressure wound therapy. *Journal of Plastic Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 64(12), e289-296. doi: 10.1016/j.bjps.2011.06.023
- Marik, P. E., & Taeb, A. M. (2017). SIRS, qSOFA and new sepsis definition. *Journal of Thoracic Disease*, 9(4), 943-945.
- Miskey, A., Hotouras, A., Ribas, Y., & Ramar, S. (2017). A systematic literature review on the use of vacuum assisted closure for enterocutaneous fistula. *The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 18, 846-851. doi:10.1111/codi.13351
- Robert, D. J., Zygun, D. A., Grendar, J., Ball, C. G., Robertson, H. L., Ouellet, J., ... Kirkpatrick, A. W. (2012). Negative-pressure wound therapy for critically ill adults with open abdominal wounds: A systematic review. *Journal of Trauma Acute Care Surgery*, 73(3), 629-639.
- Yanaral, F., Balci, C., Ozgor, F., Simsek, A., Onuk, O., Aydin, M. & Nuhoglu, B. (2017). Comparison of conventional dressings and vacuum-assisted closure in the wound therapy of Fournier's gangrene. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia*, 89(3), 208-211. doi: 10.4081/aiua.2017.3.208

Yang, c., Wang, S., Li, C., Kong, X., Zhao, Z., Deng, X., ... Zhang, J. (2017). A high-vacuum wound drainage system reduces pain and length of treatment for pediatric soft tissue abscesses. *European Journal of Pediatric Surgery*, 176, 261-267.

บทบาทพยาบาลในการประเมิน ป้องกัน และลดความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ภัทริกา ปัญญา, พย.ม.¹

(วันที่ส่งบทความ: 31 ตุลาคม 2561; วันที่แก้ไข: 17 ธันวาคม 2562; วันที่ตอบรับ: 27 ธันวาคม 2562)

บทคัดย่อ

ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นอาการข้างเคียงสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และส่งผลกระทบต่อแผนการรักษาที่ผู้ป่วยควรได้รับ เช่น ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดที่มีความเข้มข้นลดลง มีแนวโน้มรับการรักษาไม่ต่อเนื่องหรืออาจเกิดการติดเชื้อภายในช่องปากรุนแรงจนเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ผลกระทบ และวิธีการให้การพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ และการพยาบาลเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้แต่งได้ทบทวนงานวิจัยเชิงทดลองและบทความวิชาการโดยกำหนดขอบเขตในการสืบค้นด้วย PICO (Population, Intervention, Comparison, and Outcomes) ผลการทบทวนพบว่าอาการเยื่อช่องปากอักเสบแบ่งออกเป็น 5 ระยะ เริ่มตั้งแต่ระยะก่อนรับยาจนถึงระยะหลังการรับยาเคมีบำบัด การประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบสามารถใช้เครื่องมือประเมินที่หลากหลายขึ้นอยู่กับความเหมาะสมกับผู้ใช้และผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ได้แก่ การดูแลช่องปากและฟัน การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การอมน้ำแข็ง การบ้วนปากด้วยน้ำมะพร้าวบริสุทธิ์ เป็นต้น การดูแลเพื่อลดความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบ เช่น การให้ยาบรรเทาปวด การให้สารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอและการดูแลด้านจิตใจ เป็นต้น พยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดสามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพของการรักษาและคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ, โรคมะเร็ง, ยาเคมีบำบัด, การพยาบาล

¹อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

¹Corresponding author: ภัทริกา ปัญญา, Email: pattarika.pan@mfu.ac.th

Roles of Nurses in Assessing, Preventing and Reducing Severity of Oral Mucositis in Cancer Patients Receiving Chemotherapy

Pattarika Panya, M.N.S.¹

(Received: October 31st, 2018; Revised: December 17th, 2019; Accepted: December 27th, 2019)

Abstract

Oral mucositis (OM) in cancer patients receiving chemotherapy is an important complication affecting their psychophysiology and treatment plan. Patients with OM may receive treatments with lower dosages of the chemotherapy agents and are more likely to discontinue treatment, or experience severe oral infections, leading to death. The purpose of this paper is to review the pathophysiology of OM, its effects, and nursing care, including assessment for OM and nursing care to prevent and relieve OM in cancer patients receiving chemotherapy. The author reviewed both experimental research and academic articles using PICO (Population, Intervention, Comparison, and Outcomes) to frame the search terms. As a result, five phases of OM ranging from pre-chemotherapy to post treatment periods were revealed. Assessment of OM can be done using different types of assessment tools suitable for both the practitioners and patients. Nursing care for patients with OM includes such things as oral care, suitable diet, cryotherapy, and mouth washing with virgin coconut oil. The severity of OM can be reduced by using pain relief medicines, ensuring adequate hydration and nutrition, and providing psychological support. Nurses, being the members of the health care team having the closest contact with patients, can provide effective care to improve the patients' quality of care and life.

Keywords: oral mucositis, cancer, chemotherapy, nursing care

¹Lecturer in adult nursing, School of Nursing, MaeFahluang University

¹Corresponding author: Pattarika Panya, Email: pattarika.pan@mfu.ac.th

บทนำ

โรคมะเร็ง คือ โรคที่มีความผิดปกติของเซลล์ มีการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมจนกลายเป็นเนื้องอกร้ายแรง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มากถึง 1,688,780 ราย และกว่า 600,920 ราย ที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง (Siegel, Miller, & Jemal, 2017) อัตราการเกิดโรคมะเร็งรายใหม่ในประเทศไทยพบมากถึงร้อยละ 19.9 และโรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรก คือ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตับอ่อนและท่อทางเดินน้ำดี ปอด เต้านม และปากมดลูก ในส่วนของวิธีการรักษาโรคมะเร็งรายใหม่นั้นส่วนมากใช้วิธีการผ่าตัด (ร้อยละ 37) และ ยาเคมีบำบัด (ร้อยละ 37) รองลงมาคือการฉายแสง (ร้อยละ 25) การใช้ฮอร์โมนรักษา (ร้อยละ 0.6) และวิธีอื่นๆ ร้อยละ 4.1 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2562)

จากสถิติการใช้ยาเคมีบำบัดที่ส่วนมากจะเป็นยาเคมีบำบัดชนิด Fluorouracil (ร้อยละ 18.0) รองลงมาคือ Goserelin acetate (ร้อยละ 15.8) Leuproerlin acetate (ร้อยละ 10.82) และอื่นๆ (Pearce, 2013) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนของการได้รับยาเคมีบำบัดนั้นสามารถส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ในร่างกายได้ ที่พบมากที่สุด คือ การสูญเสียความอยากอาหาร (ร้อยละ 73) รองลงมาคือ การรับรสชาติเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 67) อาการคลื่นไส้ (ร้อยละ 60) และอื่นๆ (ร้อยละ 33-37) ได้แก่ น้ำหนักลด อาการเจ็บในปาก และอาเจียน (Piamjariyakul et al, 2010) และพบว่าร้อยละ 40 – 80 จะมีอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ (Nagi, Patil, Rakesh, Jain, & Sahu, 2017) จากสถิติข้างต้นนั้นแสดงให้เห็นว่าโรคมะเร็งนั้นเป็นโรคที่มีแนวโน้มการเกิดเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน และยังเป็นโรคที่มีความรุนแรงถึงชีวิต นอกจากนั้นการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดซึ่งถือว่าการรักษาหลักนั้นอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายๆ ด้าน และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย

การทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้เป็นการสืบค้นหลักฐานในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, Cochrane, PubMed ฐานข้อมูลงานวิจัยทางการแพทย์และจากงานวิทยานิพนธ์ทั้งบทความภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่มีการตีพิมพ์ไม่เกิน 10 ปี ทั้งงานวิจัยเชิงทดลองและบทความวิชาการเพื่อรวบรวมหาแนวทางการให้พยาบาลเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ซึ่งกำหนดขอบเขตในการสืบค้นโดยใช้ PICO Framework ดังนี้ P (Population) คือ Chemotherapy, Cancer Patients และ Cancer ส่วน I (Intervention) คือ Prevention of Mucositis C (Comparison intervention) ในที่นี้ไม่มีมีการเปรียบเทียบ และ O (Outcome) คือ Mucositis, Oral infection และ Oral status ได้งานวิจัยทั้งสิ้น 28 เรื่องจากนั้นจึงนำงานวิจัยที่ได้มาพิจารณาประเมินคุณภาพของหลักฐานโดยประเมินตามแนวทางการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ของ DiCenso, Guyatt, and Ciliska (2005) คือการพิจารณาประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย ความตรงของงานวิจัย การสรุปผลการวิจัย และความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ ทำให้ได้งานวิจัยและบทความทั้งสิ้น 18 เรื่อง ซึ่งบทความนี้ได้นำเสนอผลการทบทวนดังกล่าว ได้แก่ กระบวนการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ผลกระทบ และวิธีการให้การพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ การพยาบาลเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ความหมายของเยื่อช่องปากอักเสบ

เยื่อช่องปากอักเสบ หมายถึง การอักเสบของเยื่อในช่องปาก (Mucus membrane) ทำให้เกิดแผลและมีอาการเจ็บ เลือดออก เหงือกบวมอักเสบ และการรับรสเปลี่ยนแปลง (Eilers, Harris, Henry, & Johnson, 2014)

การเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

สารเคมีจากยาเคมีบำบัดนอกจากจะส่งผลทำลายเซลล์มะเร็งแล้วยังส่งผลต่อเซลล์ปกติในร่างกายด้วย ซึ่งยาจะมีผลโดยตรงในการยับยั้งการจำลองตัวของดีเอ็นเอทำให้ยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์ ซึ่งเซลล์ในเยื่อช่องปากเป็นเซลล์ที่ง่ายต่อการถูกทำลายเนื่องจากมีอัตราการแบ่งตัวที่สูงกว่าเนื้อเยื่ออื่น ดังนั้นยาเคมีบำบัดจึงทำให้เกิดการลดลงของเยื่อเกิดการเหี่ยวตายของเซลล์เยื่อ และมีการแตกของคอลลาเจนจนทำให้เกิดแผลในเยื่อช่องปากขึ้น (Dantas et al., 2017) ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบเป็นอาการข้างเคียงสำคัญที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีอุบัติการณ์การเกิดถึงร้อยละ 40 – 80 (Chaveli-lopez & Bagan-seastian, 2016; Nagi et al., 2017) และสามารถพบมากขึ้นเป็นร้อยละ 75 ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Fluouracil (5FU) โดยอาการเยื่อช่องปากอักเสบจะเริ่มแสดงอาการภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดทันทีและมีอาการชัดเจนในวันที่ 7 - 14 ภายหลังได้รับยา (Dantas et al., 2017)

กลไกการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด แบ่งออกเป็น 5 ระยะ คือ (Dantas et al., 2017; Eilers et al., 2014)

1. ระยะเริ่มต้นมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อในช่องปาก เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งยาเคมีบำบัดจะส่งผลโดยตรงทำให้เกิดการตายของเซลล์ กระตุ้นการสร้างสารอนุมูลอิสระแล้วไปกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาออกซิเดชันนำไปสู่การทำลายเซลล์ ระยะนี้อาจยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงของเยื่อช่องปากเมื่อมองด้วยตาเปล่า การเปลี่ยนแปลงจะเริ่มภายใน 0 – 2 วันหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด

2. ระยะการส่งสัญญาณให้มีการเพิ่มขึ้นของการอักเสบ เป็นระยะที่มีการดำเนินของการอักเสบเพิ่มขึ้นเกิดจากสารอนุมูลอิสระที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ระดับโปรอินเฟลมมาทอรีไซโตไคน์เพิ่มมากขึ้นและส่งผลให้มีการตายของเซลล์โดยการเปลี่ยนแปลงจะเริ่มภายใน 2 - 3 วันหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด

3. ระยะการเพิ่มขยายของการทำลายเซลล์ ในระยะนี้จะมีการสร้างสารโปรอินเฟลมมาทอรีไซโตไคน์มากขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการอักเสบของเซลล์ในช่องปากมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเยื่อช่องปากจะเริ่มมีสีแดงและบวมมากขึ้น เริ่มมีการรับรสเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม การเปลี่ยนแปลงจะเริ่มภายใน 2 – 10 วันหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด

4. ระยะเกิดแผลในเยื่อช่องปาก เป็นระยะที่เริ่มมีอาการและอาการแสดงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบอย่างชัดเจน เช่น มีแผลในช่องปาก ริมฝีปากแห้งแตก มีอาการเจ็บในช่องปาก มีการสูญเสียความสามารถของอวัยวะภายในช่องปาก ระยะนี้ผู้ป่วยจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสมากที่สุด การเปลี่ยนแปลงจะเริ่มภายใน 10 - 15 วันหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด

5. ระยะการฟื้นฟูหายเป็นระยะที่เซลล์ในเยื่อช่องปากเริ่มมีการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาแทนที่เซลล์ที่ตาย เนื่องจากเซลล์ในเยื่อในช่องปากเป็นเซลล์ที่มีอัตราการเจริญเติบโตเร็ว การสร้างเซลล์ใหม่จะเริ่มภายใน 14 - 21 วันหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีดังนี้

1. อายุและเพศ พบว่าผู้ป่วยอายุน้อยและเพศหญิงจะเสี่ยงมากกว่า เนื่องจากมีหลังของโปรอินเฟลมมาทอรีไซโตไคน์ที่มีผลต่อการอักเสบของเซลล์มากกว่า (Cheng et al., 2011; Aghamohamamdi & Hosseinimehr, 2016)
2. ภาวะสุขภาพทางช่องปากที่ไม่ดี เช่น โรคเหงือกและฟัน (Cheng et al., 2011)
3. ภาวะโภชนาการ พบว่าผู้ที่มีภาวะโภชนาการต่ำจะเสี่ยงต่อการเกิดเยื่อในช่องปากอักเสบมากกว่า (Aghamohamamdi & Hosseinimehr, 2016; Cheng et al., 2011)
4. ชนิดของการรักษา ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัดหรือได้รับยาเคมีบำบัดมากกว่า 1 ชนิด จะมีโอกาสเกิดเยื่อในช่องปากอักเสบมากกว่า (Aghamohamamdi & Hosseinimehr, 2016)
5. ขนาดยา ปริมาณยา และชนิดของยาเคมีบำบัด ขนาดยาและปริมาณยาที่สูงจะมีความเสี่ยงมากกว่าและชนิดของยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดเยื่อช่องปากอักเสบมาก เช่น Fluorouracil, Actinomycin D, Bleomycin, Chlorambucil, Cisplatin, Cytarabine และ Doxorubicin (Aghamohamamdi & Hosseinimehr, 2016)
6. ชนิดของโรคมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดจะมีความเสี่ยงมากกว่า (Cheng et al., 2011)
7. ค่าจำนวนสมบูรณ์ของเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิล (Absolute Neutrophil Count ; ANC) และระดับฮีโมโกลบิน พบว่าค่าจำนวนสมบูรณ์ของเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิล ที่น้อยกว่า 1×10^9 cell/L และค่าฮีโมโกลบินที่น้อยกว่า 10 g/dl จะมีความเสี่ยงมากกว่า (Cheng et al., 2011)
8. ตำแหน่งของโรคมะเร็ง ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งในช่องปากและคอจะมีความเสี่ยงมากกว่า (Lalla, Sonis, & Peterson, 2008)
9. ประวัติในอดีต ผู้ป่วยที่เคยมีอาการเยื่อช่องปากอักเสบมาก่อนจะมีโอกาสเป็นซ้ำได้ง่ายกว่า (Cheng et al., 2011)
10. สภาพจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระดับรุนแรงจะมีความเสี่ยงมากกว่า (Cheng et al., 2011)

จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบหลายปัจจัย หากผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวจะเป็นการป้องกันการเกิดอาการตั้งแต่อ่อนได้รับยา และลดความรุนแรงของอาการได้

ผลกระทบของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบต่อผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด

อาการเยื่อช่องปากอักเสบทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บในช่องปากเกิดความไม่สบาย พบได้มากถึงร้อยละ 40 และจะเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 63 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีเยื่อช่องปากอักเสบ อาการเจ็บในช่องปากที่เกิดขึ้นยังส่งผลกระทบต่อโภชนาการ การรับประทานอาหาร ความสามารถในการพูดและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการของผู้ป่วย อาการเยื่อช่องปากอักเสบจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลงได้มากถึงร้อยละ 61 โดยเฉลี่ยแล้วจะลดลง 3 กิโลกรัม

ในกรณีที่มีอาการรุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือต้องได้รับอาหารเหลวและจากการที่ผู้ป่วยมีแผลในช่องปากอาจทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายกว่า พบว่าผู้ป่วยที่มีแผลในปากจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากถึง 3 เท่า จะเห็นได้ว่าผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่มีความเข้มข้นลดลงหรืออาจได้รับยาล่าช้า ส่งผลต่อการรักษาและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยและท้ายที่สุดจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Dantas et al., 2017) โดยสรุปแล้วอาการเยื่อช่องปากอักเสบจะส่งผลทำให้แพทย์พิจารณาปรับลดขนาดยา หรือเลื่อนระยะเวลาของการให้ยาเคมีบำบัดออกไป ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพลดลง ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร

บทบาทพยาบาลในการให้การดูแลเพื่อเฝ้าระวังและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด

พยาบาลควรให้การดูแลเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดอันประกอบด้วย การประเมิน การป้องกัน และบรรเทาอาการ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบ

การประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยจะแบ่งเป็น 2 กรณี คือ 1) กรณีผู้ป่วยนอก พยาบาลสามารถประเมินอาการได้ในวันที่ 7 14 และ 21 หลังจากผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด และ 2) กรณีผู้ป่วยใน พยาบาลสามารถประเมินอาการได้ในวันที่ 5 14 และ 21 หลังให้ยาเคมีบำบัด (Heydari, Sharifi, & Salek, 2012)

โดยสรุปแล้วควรประเมินอาการเยื่อช่องปากในผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนได้รับยาเคมีบำบัดและประเมินเป็นระยะๆ ขณะให้ยาเคมีบำบัดเนื่องจากพยาธิสภาพการเกิดอาการจะเริ่มได้ตั้งแต่หลังได้รับยาเคมีบำบัดทันทีจนกระทั่งหลังได้รับยาเคมีบำบัด โดยระยะเวลาการหายของแผลจะอยู่ในช่วง 14 – 21 วันหลังได้รับยาเคมีบำบัด (Rodriguez-caballero et al., 2012) ดังนั้นพยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยที่รับยาเคมีบำบัดมีการประเมินภาวะเยื่อช่องปากด้วยตนเองที่บ้านทุกวัน (Heydari et al., 2012)

1. เครื่องมือในการประเมินภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Oral Mucositis Assessment Tools)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินนั้นมีหลากหลายขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ใช้และความเหมาะสมกับผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือที่มีความเหมาะสมใช้เวลาในการประเมินน้อยและ

เหมาะกับพยาบาล ได้แก่

1.1 WHO Mucositis Scale เป็นเครื่องมือที่ถูกใช้กันอย่างแพร่หลายและนิยมเนื่องจากสามารถใช้ได้ง่ายไม่ยุ่งยากและใช้เวลาในการประเมินน้อย แบ่งระดับความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบออกเป็น 5 ระดับ คะแนนยิ่งมากหมายถึงอาการยิ่งรุนแรง

ตารางที่ 1 WHO Mucositis Scale

ระดับ	อาการ
0	ไม่มีอาการหรือเยื่อช่องปากไม่มีการเปลี่ยนแปลง
1	มีอาการเจ็บหรือมีอาการแดงของเยื่อช่องปาก
2	มีแผลในเยื่อช่องปากแต่สามารถรับประทานอาหารที่มีลักษณะแข็งได้
3	มีแผลในเยื่อช่องปากสามารถรับประทานอาหารได้เฉพาะอาหารเหลว
4	มีแผลในเยื่อช่องปากจนไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้

ที่มา : Sonis et al. (2004)

1.2 Common Terminology Criteria for Adverse Events Scale (CTCAE) เป็นอีกหนึ่งเครื่องมือที่นิยมและสะดวกต่อการใช้เช่นเดียวกับ WHO Mucositis Scale สามารถเข้าใจได้ง่าย แบ่งระดับภาวะเยื่อช่องปากอักเสบออกเป็น 5 ระดับเช่นเดียวกัน

ตารางที่ 2 Common Terminology Criteria for Adverse Events Scale (CTCAE)

ระดับ	อาการ
1	เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการถึงมีอาการเยื่อช่องปากอักเสบเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องได้รับอาหารเสริม
2	มีเยื่อช่องปากอักเสบระดับปานกลางสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ แต่อาจต้องได้รับอาหารเสริม
3	มีเยื่อช่องปากอักเสบระดับรุนแรงและรบกวนความสามารถในการรับประทานอาหาร
4	มีเยื่อช่องปากอักเสบจนอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน
5	มีเยื่อช่องปากอักเสบจนเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

ที่มา: Sonis et al. (2004)

1.3 Patient Judged Mucositis Grading Scale เป็นเครื่องมือที่ผู้ป่วยจะเป็นผู้บอกถึงความรุนแรงของเยื่อช่องปากอักเสบด้วยตนเอง เหมาะกับการนำไปให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยใช้ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการด้วยตนเอง แบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 5 ระดับ

ตารางที่ 3 Patient Judged Mucositis Grading Scale

ระดับ	อาการ
0	ไม่มีอาการ
1	ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกไม่สบายในช่องปากเล็กน้อย
2	ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายในช่องปากมากขึ้นแต่ยังสามารถรับประทานอาหารแข็งได้อยู่
3	ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายในช่องปากมากจนไม่สามารถรับประทานอาหารแข็งได้
4	ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายในช่องปากมากจนไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ และต้องได้รับการให้อาหารผ่านหลอดเลือดดำ

ที่มา: Kakoei et al. (2018)

1.4 Oral Assessment Guide (OAG) เป็นเครื่องมือที่มีเนื้อหาในการประเมินรวมทั้งหมด 8 หัวข้อ มีการให้คะแนนเป็น 3 ระดับ (1 คือ ปกติ 2 มีการสูญเสียการทำงานที่แต่ยังสามารถทำหน้าที่ได้ และ 3 มีการสูญเสียการทำงาน) มีคะแนนรวมทั้งหมด 24 คะแนน โดยคะแนนรวมเท่ากับ 8 หมายถึง ไม่มีอาการ และคะแนนรวมมากกว่า 8 ขึ้นไป หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการเยื่อในช่องปากอักเสบที่รุนแรงมากขึ้น

ตารางที่ 4 Oral Assessment Guide (OAG)

สิ่งที่ประเมิน	ระดับคะแนน		
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน
เสียง	ปกติ	เริ่มมีเสียงแหบ	พูดลำบาก หรือมีอาการเจ็บขณะพูด
การกลืน	ปกติ	เจ็บปวดเล็กน้อยเวลากลืน	ไม่สามารถกลืนอาหารได้
ริมฝีปาก	นุ่ม มีสีชมพู และชุ่มชื้น	แห้งหรือแตก	มีแผลหรือมีเลือดออก
น้ำลาย	ใส	เหนียวข้น	ไม่มีน้ำลาย
ลิ้น	สีชมพู ชุ่มชื้น มองเห็นปุ่มรับรสบนลิ้น	มีคราบเกาะที่ลิ้นหรือไม่พบปุ่มบนลิ้น ลิ้นเงา โดยมี หรือไม่มีรอยแดง	มีตุ่มพองหรือแผลแตก
เยื่อช่องปาก (เยื่อกระพุ้งแก้ม และเพดาน)	สีชมพูและชุ่มชื้น	มีสีแดงหรือมีคราบเกาะชัดเจน ขาว โดยที่ไม่มีแผล	มีแผล โดยมีหรือไม่มีเลือดออกก็ได้
เยื่อช่องปาก (เยื่อบุบริเวณรอบริมฝีปากด้านใน)	สีชมพูและชุ่มชื้น	มีสีแดงหรือมีคราบเกาะ ชัดขาว โดยที่ไม่มีแผล	มีแผล โดยมีหรือไม่มีเลือดออกก็ได้
เหงือก	สีชมพูเป็นเงาและอ่อนนุ่ม	บวม โดยมีหรือไม่มีอาการแดงก็ได้	มีเลือดซึมออกเอง หรือมีเลือดออกจากการกระทบกระแทก

ที่มา: Cheng, Chang, and Yuen (2004)

อย่างไรก็ตามเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบในปัจจุบันนั้นมีหลากหลาย แต่โดยรวมแล้วจะมีองค์ประกอบที่คล้ายกันคือ ความรุนแรงของความเจ็บปวด ความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะในช่องปาก ลักษณะของช่องปาก ซึ่งเครื่องมือจะแบ่งเป็นเครื่องมือที่พยาบาลใช้ในการประเมินและเครื่องมือที่ผู้ป่วยใช้ประเมินตนเอง ดังนั้นพยาบาลควรเลือกใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐาน ผู้ประเมินมีความเข้าใจมากที่สุดและสะดวกต่อการนำไปใช้งาน (Eilers et al., 2014) โดยพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของการประเมิน เช่น หากต้องการประเมินเพื่อเฝ้าระวังอาการควรเป็นเครื่องมือที่สะดวกและง่ายต่อการใช้และใช้ระยะเวลาในการประเมินน้อย เช่น WHO mucositis scale และ Common terminology criteria for adverse events scale (CTCAE) ในข้อคำถามที่ใช้ในการประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบจะเป็นข้อคำถามที่ค่อนข้างกว้างไม่เฉพาะเจาะจง จึงเหมาะกับการ screening อาการมากกว่า แต่หากต้องการติดตามความรุนแรงของอาการอาจต้องการรายละเอียดของเนื้อหาที่มากขึ้น ซึ่งเครื่องมือที่เหมาะสมอาจเป็น Oral assessment guide (OAG) และหากต้องการให้ผู้ป่วยประเมินอาการด้วยตนเองที่บ้าน ควรแนะนำให้ผู้ป่วยใช้เครื่องมือ Patient judged mucositis grading scale การเลือกใช้เครื่องมือได้อย่างเหมาะสมจะก่อให้เกิดประโยชน์มากที่สุดต่อผู้ป่วยและต่อพยาบาลเอง

การให้คำแนะนำและการดูแลเพื่อป้องกันอาการเยื่อในช่องปากอักเสบ

ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือมีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบควรมีการประเมินความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลช่องปากด้วยตนเองก่อนทุกครั้ง หลังจากนั้นจึงให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยตามความเหมาะสม (วันทกานต์ ราชวงศ์, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, สุวิมล กิมปี, และนันทกานต์ เขียวมนานนทชัย, 2556) ดังนี้

1. การให้คำแนะนำในการดูแลช่องปาก ควรแนะนำให้ผู้ป่วยไปพบทันตแพทย์ก่อนรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหในช่องปากและลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ (Dantas et al., 2017)

2. การให้คำแนะนำในการรักษาความสะอาดของช่องปากและฟัน มีดังนี้

- 2.1 การดูแลให้ริมฝีปากและช่องปากให้มีความชุ่มชื้นอยู่เสมอโดยการดื่มน้ำอย่างเพียงพอ เนื่องจากการดื่มน้ำอย่างเพียงพอสามารถช่วยป้องกันการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบได้ (Eilers & Million, 2011) และควรทาทริมฝีปากด้วยปิโตรเลียมเจลเพื่อรักษาความชุ่มชื้น (ศิริพร เวชโช, กุลทัต หงษ์ชยางกูร, รัชตะ โอพาพิริยกุล, และมาลัย ว่องชาญชัยเลิศ, 2557)

- 2.2 การแปรงฟันอย่างถูกวิธีเพื่อขจัดเศษอาหารและเชื้อจุลินทรีย์ต่าง ๆ รวมถึงการใช้ไหมขัดซอกฟันและการแปรงลิ้นอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 4 ครั้ง (ตื่นนอน หลังอาหารเช้า-กลางวัน และก่อนนอน) หรือหลังรับประทานอาหารทุกครั้งและควรใช้ระยะเวลาในการแปรงอย่างน้อย 90 วินาที (Eilers et al., 2014) หากมีฟันปลอมให้ถอดฟันปลอมออกก่อนทำความสะอาดช่องปากและฟัน ควรใช้แปรงที่มีลักษณะอ่อนนุ่มและควรเปลี่ยนทุก 1 เดือน ควรงดเว้นการแปรงฟันและการขัดฟันเมื่อมีปริมาณเกล็ดเลือดน้อยกว่า 60,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (Dantas et al., 2017)

2.3 การบ้วนปาก การบ้วนปากสามารถลดปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปากและเป็นการเพิ่มความชุ่มชื้น ลดการระคายเคืองของเซลล์ในเยื่อช่องปาก ซึ่งน้ำยาบ้วนปากที่ใช้สามารถใช้ น้ำเกลือปราศจากเชื้อ (Normal saline) หรือน้ำปราศจากเชื้อ (Sterile water) ปริมาณประมาณ 20 ซีซี โดยอมน้ำแล้วบ้วนไปมาอย่างน้อย 30 วินาที และควรบ้วนปากทุกๆ 2 - 6 ชั่วโมง (ศิริพร เวชโฆ และคณะ, 2557; Eilers et al., 2014) หรือ 4 ครั้งต่อวัน (Eilers et al., 2014) และไม่ควรบ้วนปากทันทีหลังแปรงฟันเพราะจะเป็นการขัดเอาฟลูออไรด์จากการแปรงฟันออกไป ควรเว้นช่วงอย่างน้อย 30 วินาที พบว่าการบ้วนปากด้วยน้ำเกลือร่วมกับการแปรงฟันสามารถป้องกันและลดความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบได้ แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องปากแพทย์อาจพิจารณาให้น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของยาเพื่อทำลายเชื้อร่วมด้วยแต่น้ำยาบ้วนปากที่ใช้ไม่ควรมีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (ศิริพร เวชโฆ และคณะ, 2557)

3. การแนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่อาจก่อให้เกิดการระคายเคืองบริเวณเยื่อช่องปาก เช่น อาหารรสจัด เช่น เปรี้ยวจัดหรือเผ็ดจัด และอาหารที่มีลักษณะแข็ง (ศิริพร เวชโฆ และคณะ, 2557)

4 การแนะนำให้อมน้ำแข็ง (Cryotherapy) การอมน้ำแข็งจะส่งผลให้หลอดเลือดภายในเยื่อช่องปากเกิดการหดตัวทำให้ลดการไหลเวียนของยาเคมีบำบัดที่ไปยังเยื่อช่องปากและทำให้เยื่อช่องปากมีความชุ่มชื้น (Worthington et al., 2011) ปัจจุบันมีงานวิจัยหลายงานวิจัยที่พิสูจน์แล้วว่า การอมน้ำแข็งสามารถป้องกันและลดความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Heydari, Sharifi, & Salek, 2012; Katranci, Ovayolu, Ovayolu, & Sevinc, 2012) อย่างไรก็ตามวิธีการอมน้ำแข็งยังไม่สามารถทำได้ในผู้ป่วยมะเร็งในทุกรายเนื่องจากมีข้อจำกัดหลายอย่างซึ่งหลักในการอมน้ำแข็ง มีดังนี้

- 1) การอมน้ำแข็งสามารถทำได้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ใช่โรคมะเร็งศีรษะใบหน้าและลำคอ
- 2) ผู้ป่วยต้องไม่มีการเสียฟัน
- 3) ผู้ป่วยต้องไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฉายรังสีบริเวณใบหน้าและลำคอ
- 4) การอมน้ำแข็งเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิด Cyclophosphamide,

Adreamycin, Fluorouracil (5FU), Methotrexate, Leukovarin หรือยาเคมีบำบัดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบหลังได้รับยา

5) วิธีอมน้ำแข็งไม่ควรใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่มีข้อห้ามในการสัมผัสกับของเย็น เช่น Oxaliplatin เป็นต้น (Heydari, Sharifi, & Salek, 2012; Katranci et al., 2012)

วิธีการอมน้ำแข็ง มีดังนี้

1) มีการเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการอมน้ำแข็ง เช่น เมื่อก้อนน้ำแข็งหมดหรือขนาดเล็กลงให้เปลี่ยนก้อนใหม่ทันที

2) ดูแลให้ผู้ป่วยอมน้ำแข็งก่อนได้รับยาเคมีบำบัด 5 นาที และต่อเนื่องไปจนกระทั่งหลังจากยาเคมีบำบัดหมด 5 ถึง 15 นาที

3) มีการเน้นย้ำให้ผู้ป่วยอมน้ำแข็งอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาตามที่กำหนด แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการเสียวฟันหรือไม่สุขสบายให้ยุติการอมน้ำแข็งได้ (Heydari et al., 2012; Katranci et al., 2012)

4) น้ำแข็งที่นำมาอมควรเป็นน้ำแข็งที่ทำจากน้ำสะอาดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ลักษณะของน้ำแข็งควรเป็นก้อนกลมไม่มีเหลี่ยมเพื่อลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ และขนาดของก้อนต้องพอดีไม่เล็กหรือใหญ่จนเกินไป (Heydari, et al., 2012)

5) การแนะนำให้อมกลั้วปากด้วยน้ำมันมะพร้าวบริสุทธิ์ (Virgin coconut oil) เนื่องจากในน้ำมันมะพร้าวมีกรดไขมันลอริกที่มีสารโมโนลอริกที่มีฤทธิ์ต้านเชื้อจุลินทรีย์ และมีวิตามินอีซึ่งมีส่วนช่วยต้านสารอนุมูลอิสระจึงส่งผลส่งเสริมการหายของแผลในช่องปากโดยอาจแนะนำให้ใช้น้ำมันมะพร้าวบริสุทธิ์ประมาณ 15 ซีซี อมกลั้วไปมาในปากโดยใช้ระยะเวลาประมาณ 10 -15 นาที หรือจนรู้สึกว่าน้ำมันเบาบางลง ไม่เหนียว หรือมีลักษณะคล้ายน้ำสีขาว แต่หากน้ำมันมะพร้าวยังใสอยู่เหมือนเดิมแสดงว่ายังใช้เวลาอมไม่นานพอ หลังจากนั้นให้ใช้น้ำสะอาดบ้วนปากแล้วจึงแปรงฟันตามขั้นตอน โดยอาจแนะนำให้ทำในตอนเช้าหลังตื่นนอน (เอมอร สุวรรณพิวัฒน์, วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, และโหมพักตร์ มณีวัต, 2556)

การดูแลเพื่อบรรเทาและลดความรุนแรงเมื่อมีอาการเยื่อช่องปากอักเสบ มีดังนี้

1. การบรรเทาอาการเจ็บในช่องปาก ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเจ็บในช่องปากมากแพทย์อาจพิจารณาให้ยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์เป็นส่วนประกอบเพื่อบรรเทาอาการเจ็บในช่องปากหรือแนะนำให้ผู้ป่วยอมน้ำแข็งเพื่อบรรเทาอาการอักเสบและลดอาการปวด (Lalla et al., 2008)

2. แนะนำให้อมน้ำแข็ง เพื่อบรรเทาอาการปวด ควรใช้น้ำแข็งที่สะอาดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Dantas, et al., 2017)

3. การให้สารอาหารและสารน้ำอย่างเพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหรือไม่สบายส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารหรือรับประทานอาหารได้น้อยลง ควรดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนที่มีพลังงานสูงให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายและในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจนไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ควรดูแลให้ได้รับสารอาหารทดแทนทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา (Lalla et al., 2008)

4. การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน มีดังนี้

4.1 รายที่มีอาการเล็กน้อยและมีอาการเจ็บในปากไม่มากควรเน้นย้ำให้แปรงฟันอย่างเบามือด้วยแปรงฟันขนอ่อนนุ่มทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร ควรบ้วนปากทุกๆ 2 ชั่วโมงและไม่ควรใช้ไหมขัดฟัน (สมพร ยาภา, มะลิ รัชมิจันทร์, นิวรรณ์ นัทสุเกษม, และกนกวรรณ บุญสังข์, 2552)

4.2 รายที่มีอาการเจ็บในปากมากหรือมีแผลในปากรุนแรงควรงดเว้นการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟัน อาจใช้ไม้พันสำลีเช็ดบริเวณช่องปากแทน (Lalla et al., 2008) ควรบ้วนปากด้วยน้ำเกลือบ่อยๆ อย่างน้อยทุกๆ 1 - 2 ชั่วโมง (สมพร ยาภา และคณะ, 2552)

การดูแลด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอาจมีความกลัววิตกกังวลหรือเครียดได้พบว่าสภาวะจิตใจแย่งจะมีผลต่อการเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบมากกว่าผู้ป่วยที่มีสภาวะอารมณ์ที่ปกติ (Worthington et al., 2011) ดังนั้นพยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและ

ซักถามในข้อสงสัยต่างๆ เพื่อเป็นการผ่อนคลายและส่งเสริมสภาพจิตใจให้ผู้ป่วย

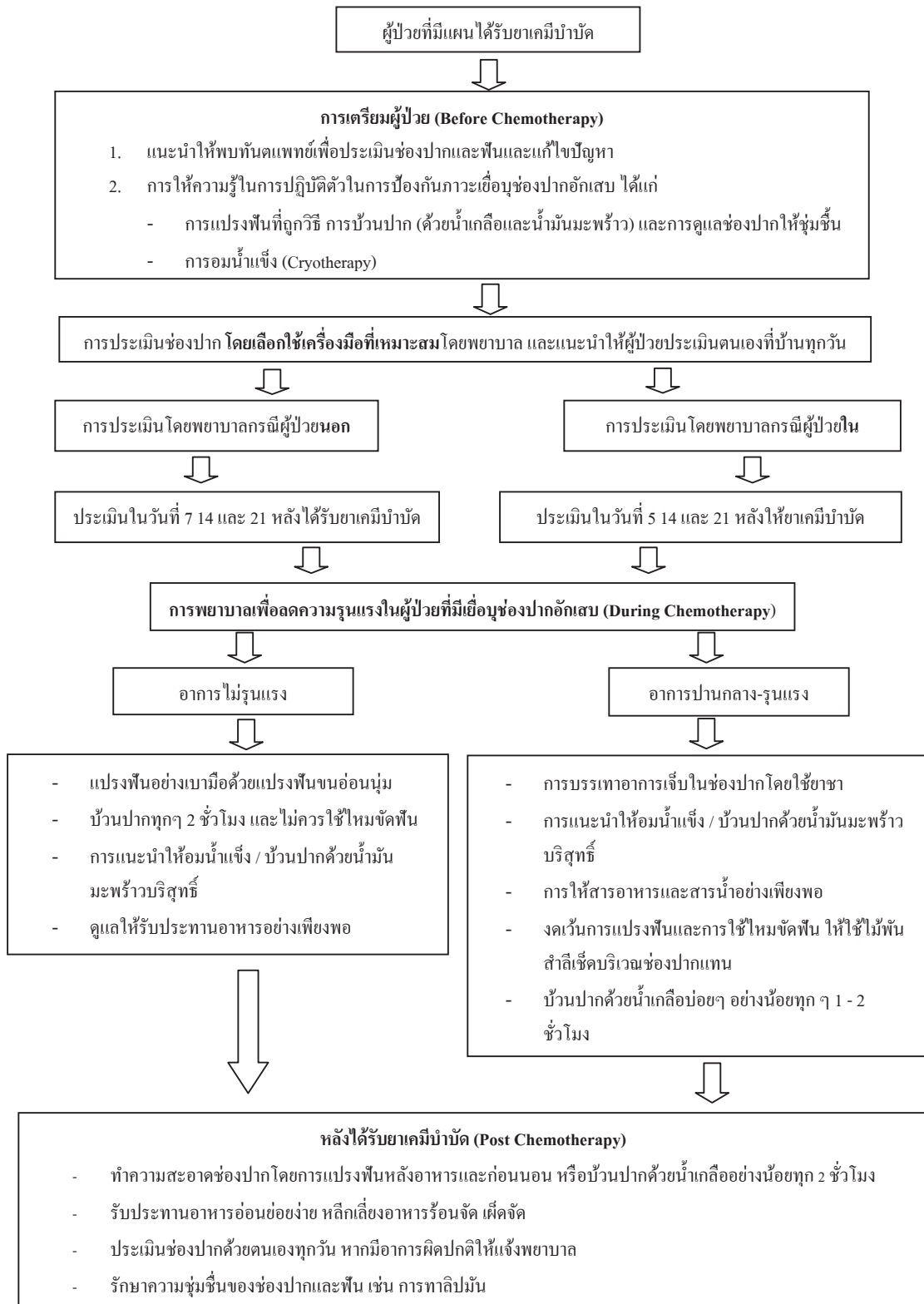
การดูแลหลังได้รับยาเคมีบำบัด เมื่อผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครบตามแผนการรักษาแล้วยังจำเป็นต้องให้การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบอย่างต่อเนื่องเพราะอาการเยื่อช่องปากอักเสบอาจเกิดหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดได้ การดูแลมีดังนี้ (ศิริพร เวชโช และคณะ, 2557; Eilers et al., 2014)

1. ทำความสะอาดช่องปากโดยการแปรงฟันหลังอาหารและก่อนนอน หรือบ้วนปากด้วยน้ำเกลืออย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง
2. รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย หลีกเลี่ยงอาหารร้อนจัด เผ็ดจัด
3. ประเมินช่องปากด้วยตนเองทุกวัน หากมีอาการผิดปกติให้แจ้งพยาบาล
4. รักษาความชุ่มชื้นของช่องปากและฟัน เช่น การทาลิปมัน การดื่มน้ำให้เพียงพอ

โดยสรุปแล้วการให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในฐานะพยาบาลนั้นสามารถทำได้ตั้งแต่ก่อนเริ่มให้ยาเคมีบำบัดจนกระทั่งหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาครบแล้ว ซึ่งแนวทางที่พยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วยที่ผู้เขียนได้ทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ดังแผนภาพที่ 1

สรุป

โรคมะเร็งเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิตและเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข การให้ยาเคมีบำบัดนั้นถือว่าเป็นการรักษาหลักและสามารถรักษาร่วมกับวิธีอื่น ซึ่งการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดนั้นอาจส่งผลให้มีภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่างๆ ในร่างกายโดยเฉพาะการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในระยะสั้น เช่น อาการเจ็บปวด หรือไม่สุขสบาย ทำให้รับประทานอาหารลำบาก ส่งผลต่อการฟื้นฟูของร่างกาย และการส่งผลในระยะยาว เช่น ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดที่มีความเข้มข้นลดลงหรือได้รับล่าช้า ท้ายสุดก็จะส่งผลต่อการดำเนินของโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นหากผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐานอันประกอบไปด้วย การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน การประเมินช่องปากอย่างต่อเนื่อง และได้รับการดูแลเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการจากพยาบาล ย่อมส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดอาการหรือมีความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบน้อยลง ในฐานะพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หากพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องกลไกการเกิดอาการ ปัจจัยเสี่ยง วิธีการประเมินอาการ ตลอดจนวิธีการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูหรือป้องกันการเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบได้



แผนภาพที่ 1. แสดงแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

เอกสารอ้างอิง

- วันทกานต์ ราชวงศ์, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, สุวิมล กิมปี, และนันทกานต์ เอี่ยมวนานนชัย. (2556). ผลของโปรแกรมการจัดการการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งและสตรีและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีหรือฉายรังสีกับยาเคมีบำบัด. *วารสารสหภาพพยาบาล*, 28(1), 34-48.
- ศิริพร เวชโช, กุลทัต หงษ์ยางกูร, รัชตะ โอพาพิริยกุล, และมาลัย ว่องชาญชัยเลิศ. (2557). ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารสหภาพพยาบาล*, 29(2), 61-71.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2562). ประเภทของโรคมะเร็งในผู้ป่วยรายใหม่แยกตามช่วงอายุในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2561. ใน เอกภพ แสงอรียวนิช และรังสิยา บัวส้ม (บรรณาธิการ), *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2561 Hospital base cancer registry annual report 2018* (น.27-28). กรุงเทพฯ: นิทรรศการการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.
- สมพร ยาเภา, มะลิ รัศมีจันทร์, นิวัตรณ์ นัทสุขเกษม, และกนกวรรณ บุญสังข์. (2552). การป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลศิริราช*, 2(1), 37-47.
- เอมอร สุวรรณพิวัฒน์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และโสมพัศตร์ มณีวัต. (2556). การศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับการอมกลั้วปากด้วยน้ำมันมะพร้าวต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด: การศึกษานำร่อง. *วารสารโรคมะเร็ง*, 33(2), 41-52.
- Aghamohamamdi, A., & Hosseinimehr, S. J. (2016). Natural products for management of oral mucositis induced by radiotherapy and chemotherapy. *Integrative Cancer Therapies*, 15(1), 60-68.
- Chaveli-lopez, B., & Bagan-seastian, J. V. (2016). Treatment of oral mucositis due to chemotherapy. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 8(2), 201-209.
- Cheng, K. K. F., Lee, V., Li, C. H., Goggins, W., Thompson, D.R., Yuen, H. L., ... Epstein, B. (2011). Incidence and risk factors of oral mucositis in pediatric and adolescent patients undergoing chemotherapy. *Oral Oncology*, 47, 153-162.
- Cheng, K. K. F., Chang, A. M., & Yuen, M. P. (2004). Prevention of oral mucositis in pediatric patients treated with chemotherapy: A randomized crossover trail comparing two protocols of oral care. *European Journal of Cancer*, 40, 1208-1216.
- Dantas, J. B., Martins, G. B., Lima, H. R., Carrera, M. P., Reis, S. R. A. & Medrado, A. P. (2017). Immunophogenesis of oral mucositis induced by chemotherapy and / or radiotherapy: stage of art. *Brazilian Journal of Medicine and Human Health*, 5(2), 63-74.
- DiCenso, A., Ciliska, D., Marks., S., & McKibbon., A. (2005). Evidence-based nursing: A guide to clinical practice. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Eilers, J., & Millon, R. (2011). Clinical update: prevention and management of oral mucositis in patients with cancer. *Seminar in oncology nursing*, 25(4), 1-26.

- Eilers, J., Harris, D., Henry K., & Johnson, L. A. (2014). Evidence base interventions for cancer treatment related mucositis: putting evidence into practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(6), 80-88.
- Heydari, A., Sharifi, H., & Salek, R. (2012). Effect of oral cryotherapy on combination chemotherapy-induced oral mucositis. *Middle East Journal of Cancer*, 3(3), 55-94.
- Kakoei, S., Pardakhty, A., Hashemipour, M. A. S., Larizadeh, H., Kalantari, B., & Tahmasebi, E. (2018). Comparison the pain relief of amitriptyline mouthwash with benzydamine in oral mucositis. *Journal of Dentistry, Shiraz University of Medical Sciences*, 19(1), 34-40.
- Katranci, N., Ovayolu, N., Ovayolu, O., & Sevinc, A. (2012). Evaluation of the effect of cryotherapy in preventing oral mucositis associated with chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 16, 339-344.
- Lalla, R., V., Sonis, S. T., & Peterson, D., E. (2008). Management of oral mucositis in patients with cancer. *Dental Clinics of North America Journal*, 52(1), 1-17.
- Nagi, R., Patil, D. J., Rakesh, N., Jain, S., & Sahu, S. (2017). Natural agents in the management of oral mucositis in cancer patients-systematic review. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*, 7, 1-10.
- Pearce, A. (2013). *The incidence and costs of chemotherapy side effects*. Retrieved from <http://www.asb.unsw.edu.au/research/centreforappliedeconomicresearch/Documents/A.%20Pearce%20%20The%20Incidence%20and%20Costs%20of%20Chemotherapy%20Side%20Effects.pdf>
- Piamjariyakul, U., Williams, P. D., Prapakorn S., Kim, M., Park, L., Rojjanasrirat, W., & Williams, A. R. (2010). Cancer therapy related symptoms and self-care in Thailand. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 387-394.
- Rodriguez-caballero, A., Torres-lagres., D., Robles-garia, M., Pachon-ibanez, J., Gonzalez-padilla, D., & Gutierrez-perz, J. L. (2012). Cancer treatment induced oral mucositis: a critical review. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 41(2), 225-238.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2017). Cancer Statistics 2017. *A Cancer Journal for Clinician*, 67(1), 7-30.
- Sonis, T. S., Elting, L. S., Keefe, D., Peterson, D. E., Schubert, M., Hauer-Jensen, M., ... Rubenstein, E. B. (2004). Perspectives on cancer therapy induced mucosal injury. *Cancer Supplement*, 100(9), 1195-2025.
- Worthington, H. V., Clarkson, J. E, Bryan, G., Furness, S., Glenny, A. M, Littlewood, A., ... Khalid, T. (2011). Interventions for preventing oral mucositis for patients with cancer receiving treatment. A systematic review. *The Cochrane Database of Systematic reviews (CDSR)*, 1-290.

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้อง

จิรนุช สมโชค ไวก์, Ph.D.¹

ศรัณญา จูพารี, ปร.ค.²

จันทร์ทิรา เจียรณัย, Ph.D.³

(วันที่ส่งบทความ: 5 กุมภาพันธ์ 63; วันที่แก้ไข: 28 พฤษภาคม 2563; วันที่ตอบรับ: 5 มิถุนายน 2563)

บทคัดย่อ

การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดเพื่อการตรวจหาความผิดปกติหรือทำการรักษาโดยการตัดหรือต่ออวัยวะต่างๆ ภายในช่องท้อง ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต้องได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ทั้งนี้เพราะการผ่าตัดอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ อาทิเช่น มีความวิตกกังวล มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ มีภาวะตกเลือด มีอาการปวดแผลหลังผ่าตัด มีการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด เป็นต้น พยาบาลเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดทุกระยะของการผ่าตัด จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ และเข้าใจบทบาทของตนเองเพื่อดูแลผู้ป่วยด้วยความมั่นใจและทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยตลอดจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี บทความนี้นำเสนอสาระสำคัญของบทบาทพยาบาลในการให้การพยาบาลเพื่อจัดการภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการผ่าตัดช่องท้องทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

คำสำคัญ: การผ่าตัดช่องท้อง การดูแลผู้ป่วย บทบาทพยาบาล

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

³รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

¹Corresponding author: จิรนุช สมโชค ไวก์, E-mail: jeranut@knc.ac.th

The Role of Nurses in Caring for Patients Undergoing Abdominal Surgery

Jeranut Somchock White, Ph.D.¹

Saranya Chularee, Ph.D.²

Chantira Chiaranai Ph.D.³

(Received: February 5th, 2020; Revised: May 28th, 2020; Accepted: June 5th 2020)

Abstract

Abdominal surgery is considered a major surgical procedure. Patients who undergo this type of surgery require a particular standard of nursing care to prevent trauma or other complications, such as anxiety, hypothermia, hemorrhage, pain, and surgical site infection (SSI). Nurses care for the patients throughout all stages of surgery. Therefore, it is necessary for nurses to acquire the knowledge and increase their awareness of their roles in caring for patients undergoing abdominal surgery. This will improve their confidence in performing high quality care and, thereby, increase patient safety and improve patient outcomes. This article will present the essence of the various impacts and complications that may arise with regard to abdominal surgery, as well as presenting these nursing roles in caring for patients who undergo abdominal surgery.

Keywords: abdominal surgery, nursing care, nurses' role

¹ Registered Nurse, Professional level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Prabormarajchanok Institute

² Assistant Professor, School of Adult & Aging Nursing, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

³ Associate Professor, School of Adult & Aging Nursing, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

¹ Corresponding Author: Jeranut Somchock White, E-mail: jeranut@knc.ac.th

บทนำ

การผ่าตัดช่องท้องคิดเป็น 1 ใน 3 ของการผ่าตัดทั้งหมดที่ทำในห้องผ่าตัดใหญ่เมื่อเทียบกับการผ่าตัดอื่นๆ ในห้องผ่าตัดใหญ่ศัลยกรรม ซึ่งมีจำนวนการผ่าตัดทั้งสิ้น 3,719 รายต่อปี การผ่าตัดช่องท้องไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดของตับอ่อน ทางเดินน้ำดีและตับ (Hepato biliary pancreatic surgery), การผ่าตัดกระเพาะอาหารและลำไส้ (Gastrointestinal surgery), การผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal surgery), และการเปลี่ยนถ่ายตับ (Liver transplantation) มีจำนวนทั้งสิ้น 839 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.6 รวมทั้งการผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic surgery) อีก 463 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.5 (งานเวชระเบียนและสถิติกลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลราชวิถี, 2560) แม้ว่าการผ่าตัดหน้าท้องจะเป็นการรักษาแต่ก็อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนได้ อาทิเช่น ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ภาวะตกเลือดขณะผ่าตัด ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด เป็นต้น ซึ่งผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจเกิดได้ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หรือหลังผ่าตัด และอาจมีความรุนแรงจนถึงขั้นทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงมีความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อลดการเกิดหรือลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ บทความนี้นำเสนอสาระสำคัญของผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้จากการผ่าตัดช่องท้อง รวมถึงการพยาบาล เพื่อให้ผู้อ่านเกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้องเพิ่มขึ้น และสามารถนำความรู้สู่การปฏิบัติเพื่อช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยได้

ความหมายของการผ่าตัดช่องท้อง

การผ่าตัดช่องท้อง (Abdominal surgery) เป็นวิธีการรักษาทางศัลยกรรมบริเวณช่องท้องเพื่อการสำรวจหาความผิดปกติ หรือทำการรักษาโดยการตัด ต่อ หรือ ซ่อมแซมอวัยวะต่าง ๆ ภายในช่องท้อง เช่น ลำไส้ ตับ ถุงน้ำดี กระเพาะอาหาร มดลูก เป็นต้น การผ่าตัดสามารถทำได้ทั้ง 1) การผ่าตัดแบบดั้งเดิม (Conventional surgery) กล่าวคือ มีการตัดผ่านผิวหนังหน้าท้อง (Open abdominal surgery or exploratory laparotomy) และ 2) การผ่าตัดช่องท้องผ่านกล้อง (Laparoscopic surgery) โดยสอดใส่ท่อที่มีกล้องและอุปกรณ์ในการตัดเย็บ เข้าไปทดแทนการผ่าตัดแบบดั้งเดิม วิธีการนี้ผู้ป่วยจะมีแผลขนาดเล็กบริเวณหน้าท้อง เสียเลือดน้อยกว่า ปวดแผลน้อยกว่า (Huang et al., 2015; ประเทือง เหลี่ยมพงศาวุฒิ และอุไรวรรณ คมไพบุลย์กิจ, 2560) ใช้เวลาในการผ่าตัดน้อยกว่า การกลับมาทำงานตามปกติของลำไส้เร็วกว่าและมีความเสี่ยงต่อระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า (Huang et al., 2015) แต่ทั้งนี้การเลือกวิธีการผ่าตัดขึ้นอยู่กับตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับการผ่าตัด รวมทั้งความเชี่ยวชาญของศัลยแพทย์ด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดแบบใด ย่อมมีความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดไม่มากนัก

ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดช่องท้อง

เมื่อผู้ป่วยได้รับแจ้งจากแพทย์ว่าต้องได้รับการผ่าตัดในช่องท้อง แม้ว่าจะรับรู้ว่าเป็นการรักษา แต่จากประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมเกี่ยวกับการผ่าตัดที่ผ่านมาก็อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณได้ ซึ่งผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจเกิดขึ้นทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

ระยะก่อนผ่าตัด

ผลกระทบต่อผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดด้านร่างกายและจิตใจที่มักพบบ่อยและเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังผ่าตัด คือ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด (Pre-operative anxiety) เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าจะได้รับการผ่าตัด ก็อาจมีความวิตกกังวล กลัว หรือรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลการรักษา กลัวการสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง กลัวว่าผลการตรวจชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัดจะไม่ปกติ เป็นต้น ความวิตกกังวลส่งผลกระทบต่อร่างกายทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น และอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ อีกทั้งยังส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นไปได้ช้า ปวดแผลมาก และเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ หลังผ่าตัดได้ เช่น แผลติดเชื้อ เพราะความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าจะไปกดการทำงานของร่างกายทำให้เกิดกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic inflammatory response syndrome [SIRS]) และการติดเชื้ออาจรุนแรงขึ้นจนกระทั่งติดเชื้อในกระแสเลือดหรือเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) และอาจเสียชีวิตได้ในที่สุด (เพิ่มเพ็ญ น้อยตุ่น, ธีรนุช ห่านิรัทธัย, ฉัตรชัย มิ่งมาลย์รักษ์, และศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์, 2560) การเตรียมผู้ป่วยด้านจิตใจก่อนผ่าตัดโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด การสอนเทคนิคการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด และการสอนเทคนิคการผ่อนคลายเพื่อลดความวิตกกังวล เมื่อผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ จะทำให้คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด วัดจาก 5 ตัวบ่งชี้ด้วยกัน คือ อาการปวด จำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวด จำนวนครั้งของการลุกขึ้นจากเตียงและเดินไปมาหลังผ่าตัด จำนวนครั้งของการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Bowel sound) และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (สราวุธ สีถาน, 2560) นั่นคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจก่อนผ่าตัด จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้มีความพร้อมและดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดได้ดีขึ้น ส่งผลให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้

ระยะขณะผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทางช่องท้องในระหว่างการผ่าตัดที่สำคัญคือ ภาวะตกเลือดขณะผ่าตัด และภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ภาวะตกเลือดขณะผ่าตัด (Intraoperative bleeding)

ในขณะผ่าตัดจะมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและมีการสูญเสียเลือด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนเลือดได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัดที่ย่างยากซับซ้อน มักจะใช้ระยะเวลาผ่าตัดนาน ร่างกายมีจะโอกาสสูญเสียเลือดมากขึ้น การผ่าตัดผ่านหน้าท้องทำให้มีการเสียเลือดและต้องได้รับเลือดทดแทนมากกว่าการผ่าตัด

ผ่านกล้องซึ่งมีแผลเล็กกว่า หากร่างกายมีการเสียเลือดมากกว่าร้อยละ 15-25 ของปริมาณเลือดทั้งหมด จะเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) โดย Systolic blood pressure ต่ำลง Diastolic blood pressure สูงขึ้น ทำให้แรงดันชีพจร (Pulse pressure) แคบ ความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่ายและเกิดภาวะช็อก จนทำให้หยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) ได้ (ประเทือง เหลี่ยมพงศาวุฒิ และ อุไรวรรณ คมไพบุลย์กิจ, 2560) ซึ่งสาเหตุหลัก ๆ ของภาวะตกเลือดในระบบทางเดินอาหารหลังผ่าตัด มักเกิดจากแผลในทางเดินอาหาร โดยเฉพาะแผลเปื่อยที่เย็บทางเดินอาหารที่เกิดจากร่างกายมีภาวะเครียด (Stress ulcer) การเสียเลือดบริเวณที่มีการเย็บ บริเวณที่มีการอักเสบติดเชื้อหรือบริเวณที่มีภาวะขาดเลือดไปเลี้ยง (Irita, 2011) การเสียเลือดขณะผ่าตัดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ชนุตพร รัตนมงคล, ศิริอร สินธุ, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, และเชิดศักดิ์ ใธรมณีนรัตน์, 2559) อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิต โดยพบว่าผู้ที่มีการเสียเลือดขณะผ่าตัดมากกว่ามีเปอร์เซ็นต์รอดชีวิตน้อยกว่า (Liang et al., 2013)

2. ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) และหนาวสั่น (Shivering)

ปกติอุณหภูมิร่างกายของคนเราอยู่ในช่วง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส ส่วนภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) เป็นภาวะที่อุณหภูมิแกนกลางของร่างกายต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส (Hart, Bordes, Hart, Corsino, & Hormon, 2011) ซึ่งในห้องผ่าตัดจะมีการควบคุมอุณหภูมิห้องระหว่าง 20-24 องศาเซลเซียส เพื่อควบคุมการเจริญเติบโตของเชื้อโรคในห้องผ่าตัด หากผู้ป่วยสัมผัสความเย็นในห้องผ่าตัดเป็นเวลานาน ๆ อาจทำให้อุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยต่ำลงได้ (จิตติมา เจียรพินิจนันท์, วิชัย อิทธิชัยกุลทล, และโรจ นรินทร์ โกมลหิรัญ, 2014) การผ่าตัดช่องท้องส่วนใหญ่มีการชำระล้างบริเวณผ่าตัดด้วยน้ำเกลือก่อนเย็บ ปิดหน้าท้อง และให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งยาระงับความรู้สึกจะลดความสามารถของร่างกายในการรักษา ระดับอุณหภูมิให้อยู่ในภาวะปกติ (จิราภรณ์ ไสบริสุทธิ, ปรีดิศา บิลล่าเต๊ะ, และจิราภา ไชยบุญดิษฐ์, 2562) ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย อุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยจะกลับมาใกล้เคียงปกติในช่วงวันที่ 3-4 หลังได้ยาระงับความรู้สึก โดยจะมีการหดตัวของหลอดเลือดเพื่อรักษาอุณหภูมิ แต่ผู้ป่วยที่ได้ยาทางไขสันหลังจะยังคงมีการสูญเสียความร้อนอย่างต่อเนื่อง (ศรัญญา จุฬาริ, 2560ข) นอกจากนี้การเสียเลือดขณะผ่าตัดที่มากกว่า 1 ลิตร เป็นการทำให้มีการสูญเสียความร้อนจากแกนกลางของร่างกายโดยตรง (ชาธิณี ประจันทรันวล และคณะ, 2556) ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำยังเป็นสาเหตุสำคัญอย่างยิ่งต่อการเกิด การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด เนื่องจากอุณหภูมิที่ลดลงอาจมีผลโดยตรงต่อการทำหน้าที่ของเม็ดเลือดขาว (Neutrophils) เสียไป อุณหภูมิร่างกายที่ต่ำจะเป็นตัวกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัว การไหลเวียนเลือดลดลง ส่งผลให้เนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยงและทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายล้มเหลว ทำให้ไม่สามารถต่อสู้กับภาวะติดเชื้อได้ (Hart et al., 2011; Baucom et al., 2015) ดังนั้นพยาบาลจึงควรตระหนักถึงปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เพื่อสามารถป้องกันภาวะดังกล่าวในผู้ป่วยได้

ระยะหลังผ่าตัด

การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย และประเภทของการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่มักพบได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด ปอดบวม ลำไส้หยุดทำงาน และติดเชื้อ

1. ปวดแผลหลังผ่าตัด (Post-operative pain [POP])

ความปวดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งหลังผ่าตัด (ศรีัญญา จุฬาริ, 2560ข) โดยเฉพาะในระยะ 24 ชั่วโมงแรก โดยระดับความปวดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (จุฑารัตน์ สว่างชัย, และศรีสุดา งามขำ, 2560) อาการปวดเกิดได้จากการมีกรสอดใส่อุปกรณ์และเครื่องมือเข้าไปในอวัยวะชั้นลึก ทำให้เนื้อเยื่อชอกช้ำค่อนข้างมากและความรุนแรงของความปวดจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยไอหรือเคลื่อนไหวร่างกาย (จุฑารัตน์ สว่างชัย และศรีสุดา งามขำ, 2560) ความปวดจะกระตุ้นระบบประสาท Sympathetic ทำให้การไหลเวียนเลือดและการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ทำให้อาการท้องอืดหลังผ่าตัดมากขึ้น (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2559) ความปวดยังสัมพันธ์กับขนาดของแผลผ่าตัด โดยพบว่าแผลผ่าตัดที่มีขนาดเล็กกว่าจะมีอาการปวดน้อยกว่าแผลขนาดใหญ่ทำให้เคลื่อนไหวร่างกายลำบาก อาการปวดแผลยังส่งผลให้ระยะฟื้นตัวหลังผ่าตัดนานขึ้น เนื่องจากความปวดทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง จึงส่งผลให้เกิดอาการท้องอืดหลังผ่าตัดตามมา (Trang, Thosingha, & Chanruangvanich, 2017)

2. ภาวะแทรกซ้อนที่ปอด (Post-operative Pulmonary Complication [PPC])

ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ส่งผลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เกิดภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) หลอดลมอักเสบ (Bronchitis) ปอดบวม (Pneumonia) การหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) และเสียชีวิตตามมาได้ (Ufoaroh et. al., 2019) ภาวะปอดบวมหลังผ่าตัดมักพบในผู้ที่มีการผ่าตัดช่องท้องส่วนล่างมากกว่าผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องส่วนบน มักเกิดในผู้ที่สมอญสูญเสียหน้าที่ หรือมีโรคหลอดเลือดสมองก่อนที่จะรับการผ่าตัด เพราะผู้ป่วยเหล่านี้ มักมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยหลังผ่าตัด และในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนเพราะความสามารถในการหย่อนตัวของกระบังลมลดลง ส่งผลให้ความจุปอดลดลงด้วย จึงมีผลให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้ (Jakobson et al., 2014) นอกจากนี้ภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ (Mild hypo- albuminemia) คือต่ำกว่า 3 g/dl มีผลต่อการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เม็ดเลือดขาว (Macrophage) ทำหน้าที่ในการจับกินเชื้อโรคได้น้อยลง เกิดภาวะปอดบวมหลังผ่าตัดได้ (Hu, Eisenstein, Parry, & Ramamoorthy, 2019)

3. ภาวะลำไส้หยุดทำหน้าที่หลังผ่าตัด (Post-operative Ileus [POI])

การผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกทำให้กลไกการเคลื่อนไหวของลำไส้ถูกรบกวน โดยเฉพาะการผ่าตัดที่ตัดผ่านเยื่อบุช่องท้องและจัดการกับลำไส้เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดอาการท้องอืด โดยทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) ถูกกระตุ้น เกิดการยับยั้งการเคลื่อนไหวของลำไส้ ซึ่งผู้ป่วยจะมีทั้งอาการแน่นอืดท้อง (Abdominal distension) ไม่ถ่ายอุจจาระ คลื่นไส้อาเจียน และปวดท้อง ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ อาจทำให้แผลหายช้าลง การเคลื่อนไหวร่างกายช้าลง เกิดภาวะปอดแฟบ ปอดบวม และหลอดเลือดดำอักเสบ (Deep vein thrombosis) โดยทั่วไปแล้วหลังการผ่าตัดบริเวณกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก การเคลื่อนไหวของลำไส้จะกลับมาทำงานได้ตามปกติภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

ส่วนลำไส้ใหญ่จะใช้เวลานานกว่า โดยใช้เวลา 3-5 วันหลังผ่าตัด (Tu et al., 2014) ดังนั้นหากผู้ป่วยมีภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัด อาจส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาก็จะมากขึ้นไปด้วย

4. การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (Surgical site infection [SSIs])

การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดเป็นภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่พบเป็นอันดับต้น ๆ ของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทั้งหมด (ประภาพร จินันทุยา และบุญชู สิริจินดากุล, 2555) การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดโดยทั่วไปอาจพบได้ภายใน 30 วันหลังผ่าตัด หรืออาจเกิดภายใน 1 ปี ในกรณีที่มีการสอดใส่อุปกรณ์ในร่างกาย การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยอื่น ๆ และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (Azoury et al., 2015) การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดแบ่งได้เป็น 1) ตำแหน่งติดเชื้ออยู่เฉพาะที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (Superficial/incisional SSIs) 2) การติดเชื้อเข้าไปยังชั้นพังผืดและกล้ามเนื้อ (Deep incisional SSIs) 3) การติดเชื้อเข้าไปยังช่องกลวงของร่างกาย (Organ space SSIs) เช่น ช่องท้อง แม้ว่าการติดเชื้อของชั้นพังผืดและกล้ามเนื้อ และช่องกลวงของร่างกายจะพบได้น้อยกว่าการติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง แต่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ หรือการเสียชีวิตมากกว่า อัตราการกลับเข้ามานอนโรงพยาบาลมากกว่า ระยะเวลาที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น รวมถึงค่าใช้จ่ายก็มากกว่าด้วยเมื่อเทียบกับตำแหน่งติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (Azoury et al., 2015)

แหล่งที่มาของเชื้อมักมาจากผิวหนัง ทางเดินอาหาร และระบบสืบพันธุ์ โดยเชื้อที่พบว่าเป็นต้นเหตุมากที่สุดคือ *Staphylococcus aureus* ส่วนที่มาของเชื้อจากภายนอกในร่างกาย ได้แก่ เทคนิคปราศจากเชื้อที่ไม่ดี เครื่องมือเครื่องใช้ของห้องผ่าตัดที่ไม่ปลอดเชื้อ เชื้อแบคทีเรียในเนื้อเยื่อหรืออวัยวะจะเป็นตัวขัดขวางกระบวนการหายของแผลหลังผ่าตัด และนำไปสู่การรั่วของรอยต่อของอวัยวะ (Anastomotic leaks) แผลแยก (Wound dehiscence) และการติดเชื้อที่รอยกรีดที่ผิวหนัง (Azoury et al., 2015) กรณีที่ SSIs มีความรุนแรง ยากต่อการรักษา เช่น มีการติดเชื้อและทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อที่อยู่ลึก (Necrotizing deep soft tissue infections) อาจจำเป็นต้องทำการตกแต่งแผลผ่าตัด (Extensive surgical debridement) หรืออาจต้องเข้าทำการผ่าตัดหลายรอบ และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ หรือในกรณีที่มีการใส่อุปกรณ์ไว้ในร่างกาย เช่น ตาข่ายสังเคราะห์ (Synthetic mesh) ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการควบคุมการติดเชื้อ (Azoury et al., 2015) โดยปกติเมื่อร่างกายมีบาดแผล จะพบอาการและอาการแสดงของ SIRS ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป ดังต่อไปนี้ คือ 1) อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส หรือต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส 2) หัวใจเต้นเร็วกว่า 90 ครั้ง/นาที 3) อัตราการหายใจเร็วกว่า 20 ครั้ง/นาที หรือ PaCO_2 น้อยกว่า 32 mmHg 4) เม็ดเลือดขาวสูงกว่า 12,000 mm^3 หรือน้อยกว่า 4,000 mm^3 หรือมีจำนวนเม็ดเลือดขาวตัวอ่อน (Immature bands forms) มากกว่า 10% (Ling et al., 2019) ดังนั้นหากพบ SIRS ร่วมกับการสงสัยการติดเชื้อในร่างกาย ผู้ป่วยอาจอยู่ในภาวะติดเชื้อ (Sepsis) ซึ่งจะพัฒนากลายเป็นภาวะช็อกจากการติดเชื้อได้ (Septic shock)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้แผลหายช้า คือ ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่มีระดับความรุนแรงมาก เนื่องจากภาวะทุพโภชนาการส่งผลให้มวลกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อในร่างกายลดลง ปริมาณโปรตีนและพลังงานของร่างกายลดลง ซึ่งการขาดโปรตีนทำให้การสร้างคอลลาเจนบกพร่อง แผลจะหายช้ากว่าปกติ (ชนุตพร รัตนมงคล และคณะ, 2559) ภาวะทุพโภชนาการยังทำให้การเผาผลาญพลังงานลดลง ทำให้การทำหน้าที่ของเนื้อเยื่อและร่างกายลดลง ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนล้า บาดแผลสมานตัวช้า เกิดการติดเชื้อได้ง่าย การฟื้นตัวหลังผ่าตัดจึงช้ากว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีภาวะโภชนาการปกติ (สราวุฒิ สีถาน, เกศรินทร์ อุทธิยะ ประสิทธิ์, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, และธวัชชัย อัครวิพุธ, 2557)

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้อง

จากภาวะแทรกซ้อนทั้งขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดที่กล่าวมาข้างต้น พยาบาลจึงควรมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องให้ได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัด การพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้องในระยะก่อน ขณะ และหลังการผ่าตัด ได้แก่ การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล การพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการ การพยาบาลเพื่อป้องกันการเสียเลือด การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ การพยาบาลเพื่อลดอาการปวดแผล การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอด การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะลำไส้หยุดทำหน้าที่ และการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การพยาบาลก่อนการผ่าตัด

1. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดแก่ผู้ป่วยผ่านสื่อวิดีโอที่มีผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ตรงจากการผ่าตัดเล่าถึงประสบการณ์การเข้ารับการผ่าตัด มีภาพ สถานที่ บุคคล และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งลำดับขั้นตอนและวิธีการต่าง ๆ ซึ่งเป็นข้อมูลจริงที่ผู้ป่วยได้พบเจอขณะเข้ารับการผ่าตัดจนกระทั่งเสร็จสิ้นกระบวนการผ่าตัด รวมทั้งความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลที่ผู้ป่วยรู้สึก แนวทางการเผชิญกับความวิตกกังวลเหล่านั้น ความรู้สึกเมื่อมาถึงห้องฟักฟื้นหลังผ่าตัด และการพยาบาลที่ได้รับ สามารถลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดช่องท้องได้ (สราวุฒิ สีถาน, 2560; ศิวพร ถือชาติ, อุษาวดี อัครวิเศษ, วันเพ็ญ ภิญญไญยาสกุล, และอัฐพร ตระกาลสง่า, 2562) ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีบทบาทในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยจัดกิจกรรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ทั้งผู้ป่วยและญาติ เช่น ชนิดการผ่าตัด วิธีการ ผลที่เกิดจากการผ่าตัด ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและการจัดการ ฯลฯ โดยอาจให้ข้อมูลผ่านสื่อหรือจัดให้ได้พูดคุยกับแพทย์เจ้าของไข้ หรือผู้เกี่ยวข้องเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเผชิญกับสถานการณ์การผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการ

ภาวะทุพโภชนาการก่อนผ่าตัด การขาดวิตามินและแร่ธาตุที่สำคัญ มีผลต่อการทำหน้าที่ของเซลล์ภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดปฏิกิริยาของร่างกายต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหลังผ่าตัดรุนแรงขึ้น มีภาวะอักเสบสูงขึ้น ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า อัตราการรั่วของรอยตัดต่อสูงกว่า และระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาลนานกว่า (Liu, Tang, Hu, Hui-Lan Yang, & Chang, 2015; ชนุดพร รัตนมงคล และคณะ, 2559) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดีก่อนผ่าตัดจึงเป็นบทบาทของพยาบาลที่สำคัญยิ่งซึ่งสามารถทำได้ดังนี้

2.1 การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition assessment) ทำได้โดยการประเมินน้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวที่ผ่านมา ประวัติการรับประทานอาหาร รวมทั้งอาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร เป็นต้น โดยสามารถใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะโภชนาการ อาทิเช่น BNT (Bhumibol Nutrition Triage), the Subjective Global Assessment (SGA) และ Malnutrition screening tool (MST) เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลควรตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจค่าอัลบูมินในเลือด (Serum albumin) ซึ่งค่าปกติ คือ 3-3.5 กรัม/กก. ของน้ำหนักตัว ถ้าต่ำกว่านี้แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ (Liu et al., 2015; ชนุดพร รัตนมงคล และคณะ, 2559)

2.2 แนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว (หากไม่มีข้อจำกัด) เพราะการได้รับสารอาหารอย่างครบถ้วน จะช่วยให้แผลหายเร็ว ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้ โดยจัดอาหาร ดังนี้ 1) โปรตีน: ให้รับประทานโปรตีน 0.8-1 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เพราะเมื่อมีบาดแผลร่างกายจำเป็นต้องสร้างเนื้อเยื่อใหม่ ส่วนผู้ที่มีการติดเชื้ออาจต้องการโปรตีนมากกว่า 2 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม 2) คาร์โบไฮเดรตและไขมัน: ปกติร่างกายต้องการพลังงาน 20-25 กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เมื่อร่างกายมีบาดแผลจะมีความต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นเป็น 35 กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม และพลังงานนี้จำเป็นต่อการรวมตัวของเม็ดเลือดขาว ช่วยให้กระบวนการอักเสบทำงานได้ดี ลดการติดเชื้อและส่งเสริมการหายของแผลให้เร็วขึ้น 3) สังกะสี: ปกติร่างกายต้องการวันละ 15 มิลลิกรัม แต่เมื่อมีบาดแผลร่างกายต้องการสูงขึ้นถึง 225 มิลลิกรัม/วัน เพื่อช่วยในการสร้างเนื้อเยื่อออกใหม่ (Granulation tissue) บริเวณบาดแผล 4) วิตามิน: วิตามินช่วยส่งเสริมการหายของแผล โดยเฉพาะวิตามินซี ควรให้ได้วันละ 60 มิลลิกรัม/วัน เพื่อช่วยในการสังเคราะห์คอลลาเจน ช่วยต่อต้านการติดเชื้อ ช่วยในการสร้างเส้นเลือดฝอยใหม่ รวมทั้งสร้างความแข็งแรงของผนังหลอดเลือดไม่ให้แตกง่าย วิตามินเอ ต้องการ 600-800 ไมโครกรัม/วัน เพื่อช่วยในการสังเคราะห์คอลลาเจนและเนื้อเยื่อออกใหม่ ต่อต้านเชื้อโรค และลดการติดเชื้อได้ วิตามินอี ต้องการจากสารอาหารวันละ 8 มิลลิกรัม เป็นสารต้านอนุมูลอิสระและช่วยส่งเสริมการหายของแผล วิตามินเค ต้องการ 90-120 ไมโครกรัม/วัน เพื่อช่วยในกระบวนการแข็งตัวของเลือดให้เป็นปกติ นอกจากนี้ร่างกายยังต้องการสารน้ำที่เพียงพอ อย่างน้อย 2,500 มิลลิลิตร/วัน เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือดและความชุ่มชื้นของผิวหนังด้วย (นงนุช หอมเนียม, 2557) จึงสรุปได้ว่าการดูแลภาวะโภชนาการของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับปกติ มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะช่วยในการสร้างเนื้อเยื่อ

ใหม่ แผลหายเร็ว ช่วยให้กระบวนการอักเสบทำงานได้ดี ลดการติดเชื้อ ช่วยในการสร้างเส้นเลือดฝอยใหม่ รวมทั้งสร้างความแข็งแรงของผนังหลอดเลือดไม่ให้เกิดง่าย ส่งเสริมการหายของแผล และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย

การพยาบาลขณะผ่าตัด

1. การพยาบาลเพื่อป้องกันการเสียเลือดขณะผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่สำคัญเพื่อลดภาวะเสียเลือดจากการผ่าตัดและทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้นมีแนวทางดังนี้

1.1 การประเมินความเสี่ยงของการเสียเลือด (Risk of bleeding assessment) สามารถประเมินได้จากการแข็งตัวของเลือดก่อนผ่าตัด เช่น ภาวะเกร็ดเลือดต่ำหรือทำงานผิดปกติ (Thrombocytopenia or platelet dysfunction) จะพบจุดเลือดออก (Petechial hemorrhage) จ้ำเลือดขนาดเล็ก (Purpura) เลือดออกทางเยื่อเมือก (Mucosal bleeding) เลือดกำเดาออกทางจมูก (Epistaxis) เลือดออกตามไรฟัน (Gingival bleeding) นอกจากนี้ยังสามารถประเมินได้จากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Coagulopathy) ซึ่งจะพบเลือดออกในข้อ เลือดออกในกล้ามเนื้อ มีจ้ำเลือดขนาดใหญ่ (Ecchymosis) พยาบาลควรซักประวัติเกี่ยวกับการใช้ยา โดยเฉพาะยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด เช่น Aspirin, Warfarin เป็นต้น

1.2 การประเมินอาการและอาการแสดงของการเสียเลือดขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด (Peri-operative & post-operative bleeding assessment) ทำได้โดยการวัดและประเมินสัญญาณชีพทุก 5 นาที ขณะผ่าตัด ส่วนหลังผ่าตัดให้วัดและประเมินทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก ต่อมาเป็นทุก 30 นาที และ ทุก 1 ชั่วโมง ในชั่วโมงถัดไป หากไม่มีอาการผิดปกติ ให้สังเกตต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย ปริมาณปัสสาวะต่อชั่วโมง เพื่อประเมินความก้าวหน้าของภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Forsyth, Clarkson, & O'Boyle, 2018)

1.3 ดูแลเตรียมสารน้ำ รวมทั้งเลือดและส่วนประกอบของเลือดให้พร้อม เพราะภาวะเลือดออกขณะผ่าตัดเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องการรักษาอย่างเร่งด่วน เพื่อทดแทนสารน้ำและเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัด

1.4 ประเมินอาการและอาการแสดงของความผิดปกติที่ทำให้มีเลือดออกที่แผล เช่น แผลผ่าตัดแยก (Dehiscence) หรือแผลแยกมีอวัยวะโผล่ (Evisceration) พร้อมทั้งแนะนำการไอและหายใจที่มีประสิทธิภาพ ประเมินบาดแผล และแผลที่ระบายให้มีการระบายอย่างมีประสิทธิภาพ สังเกตสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาทางท่อระบาย พยาบาลในฐานะผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งขณะและหลังผ่าตัดจึงควรสังเกตอาการและอาการแสดงของการเสียเลือดขณะและหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด

2. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง ซึ่งมักสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการ เช่น อุณหภูมิของห้องผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด เป็นต้น แนวทางการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะดังกล่าวมีดังนี้

1.1 ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำและปัจจัยเสี่ยง ดังนี้

1.1.1 ปัจจัยภายใน ได้แก่ 1) อายุ หากผู้ป่วยมีอายุเข้าสู่วัยกลางคนและวัยสูงอายุให้เฝ้าระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากวัยสูงอายุจะมีไขมันหรือมวลกล้ามเนื้อน้อย ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง จึงสูญเสียความร้อนได้ง่ายและรวดเร็วกว่า ถึง 5.9 เท่า (ญานันท์ รัตนธีรวิเชียร, อุษาวดี อัครวิเศษ, นฤมล ทองคำ, และกรรณิกา กัลปียาปคุปต์, 2556) 2) อุณหภูมิกาย: โดยเฉพาะอุณหภูมิกายก่อนผ่าตัด หากพบว่าอุณหภูมิกายต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส อาจต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษหลังผ่าตัด เนื่องจากมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นถึง 4.9 เท่า (ญานันท์ รัตนธีรวิเชียร และคณะ, 2556)

1.1.2 ปัจจัยภายนอก ได้แก่ 1) การชะล้างอวัยวะในช่องท้องขณะผ่าตัด เพราะการชะล้างส่งเสริมการระเหยความร้อนผ่านทางผิวหนัง แม้ผิวหนังจะถูกฉนวนให้มีอุณหภูมิเท่ากับอุณหภูมิห้องก็ตาม 2) ระยะเวลาการผ่าตัด หากการผ่าตัดนานกว่า 1 ชั่วโมงจะเป็นการส่งเสริมให้ร่างกายสัมผัสกับอากาศซึ่งทำให้มีการระเหยความร้อนได้มากถึง 400 กิโลแคลอรี/ชั่วโมง (ญานันท์ รัตนธีรวิเชียร และคณะ, 2556) 3) การเสียเลือดขณะผ่าตัด หากมีการเสียเลือดมากกว่า 1 ลิตร จะทำให้เกิดการสูญเสียความร้อนจากแกนกลางของร่างกายโดยตรง (ขาริณี ประจันทรืณวล และคณะ, 2556)

1.2 การให้ความอบอุ่นร่างกายในระยะก่อนผ่าตัด การพยาบาลที่ช่วยเพิ่มความอบอุ่นแก่ผู้ป่วยคือ ดูแลปรับอุณหภูมิห้องให้อยู่ในระดับ 21 องศาเซลเซียส ใช้ผ้าห่มไฟฟ้า (Bair hugger) เพื่อให้ร่างกายอบอุ่น 20-30 นาทีก่อนผ่าตัด (จิตติมา เจียรพินิจนันท์และคณะ, 2014; จิราภรณ์ ไสบริสุทธิ์ และคณะ, 2562)

1.3 การดูแลขณะผ่าตัด หากมีการให้สารน้ำ ให้ทำการอุ่นสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำโดยใช้ Infusion warmer ให้อยู่ในอุณหภูมิ 38-39 องศาเซลเซียส กรณีที่ต้องมีการชะล้างอวัยวะบริเวณผ่าตัดควรอุ่นสารน้ำให้มีอุณหภูมิ 38-40 องศาเซลเซียส เพราะสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำในอุณหภูมิห้องทุก ๆ 1 ลิตรจะทำให้อุณหภูมิร่างกายผู้ใหญ่ลดลงถึง 0.25 องศาเซลเซียส (Sessler, 2010) ดูแลให้แก๊สที่ใช้ในการรับความรู้สึกมีความชื้นและอุ่น แต่ไม่ควรเกิน 42 องศาเซลเซียส ดูแลผ้าคลุมร่างกายผู้ป่วยและเปิดเผยร่างกายน้อยที่สุด และดูแลบริเวณผ่าตัดให้แห้งและไม่เปียกชื้น เมื่อศัลยแพทย์เย็บปิดแผล ให้รีบทำความสะอาดผิวหนังและเช็ดให้แห้งโดยเร็ว หากพบว่าผู้ป่วยมีอุณหภูมิย่ำแย่ขณะผ่าตัด ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องพักฟื้นควรให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน (จิราภรณ์ ไสบริสุทธิ์ และคณะ, 2562) เนื่องจากขณะที่มีการฉีดยาชาจะทำให้ร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มได้ถึงร้อยละ 400-500 (Ganter et al., 2014)

1.4 การดูแลในห้องพักฟื้น หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการหนาวสั่นมาก วิทยาลัยแพทย์อาจให้ยา Pethidine 0.5 mg/kg ทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากยามีผลโดยตรงต่อศูนย์ควบคุมอุณหภูมิร่างกาย หรือผ่าน Opioid receptor ทำงานเหมือนกับ N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor ที่ปรับอุณหภูมิร่างกายได้หลายระดับ (ศรัญญา จุฬาริ, 2560ข) ดูแลให้ได้รับออกซิเจนทางหน้ากาก (Mask oxygen) เนื่องจากในขณะที่หนาวสั่นผู้ป่วยมีความต้องการออกซิเจนสูง ห่มด้วยผ้าห่มอุ่นหรือผ้าห่มไฟฟ้าเพื่อให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายและติดตามประเมินอุณหภูมิกายซ้ำจนกระทั่งปกติ (จิราภรณ์ ไสบริสุทธิ์ และคณะ, 2562)

กล่าวโดยสรุป การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิย่ำแย่สามารถทำได้ทั้งขณะและหลังผ่าตัด ด้วยการปรับอุณหภูมิห้องให้ไม่ต่ำกว่า 21 องศาเซลเซียส มีการอุ่นสารน้ำที่ใช้ในการชำระล้าง ดูแลห่มผ้าให้ผู้ป่วยทั้งขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยสูงอายุ พยาบาลควรเฝ้าระวังเป็นพิเศษ

การพยาบาลหลังผ่าตัด

1. การพยาบาลเพื่อลดอาการปวดแผลหลังผ่าตัด

อาการปวดหลังผ่าตัดจะมีลักษณะความปวดที่แตกต่างกันไปตามตำแหน่งของเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังผ่าตัด มักมีความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน และส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัดมีดังนี้

1.1 การประเมินความปวดหลังผ่าตัด (Post-operative pain assessment) โดยยึดหลัก O, P, Q, R, S, T, U และ V (ศรัญญา จุฬาริ, 2560ก) ซึ่งได้แก่ 1) Onset (O) เช่น ประเมินว่าอาการเริ่มต้นเมื่อไร นานเท่าไรแล้ว บ่อยแค่ไหน 2) Provoking/palliating (P) เช่น ประเมินว่าอะไรที่ทำให้รู้สึกปวดรุนแรงขึ้น หรืออะไรที่ทำให้รู้สึกดีขึ้น 3) Quality (Q) โดยอธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกปวดนี้ได้อย่างไรบ้าง 4) Region/ radiation (R) เช่น ประเมินว่าปวดบริเวณใด มีปวดร้าวไปที่ใดหรือไม่ 5) Severity (S) ประเมินว่าระดับของความปวดอยู่ในระดับใด 6) Timing/treatment (T) เช่น ประเมินว่าปวดตลอดเวลาหรือไม่ เวลาใดที่ดีขึ้นหรือแย่ลง ไข้ยาแก้ปวดบ่อยแค่ไหน ไข้ยาแล้วเป็นอย่างไร 7) Understanding/impact on you (U) โดยประเมินว่าความปวดนี้เกิดจากสาเหตุอะไร มีผลกระทบต่อตนเองอย่างไรบ้าง 8) Values (V) โดยประเมินว่าจะยอมรับความปวดได้ที่ระดับความปวดเท่าใด มีมุมมองอย่างอื่นเกี่ยวกับความปวดนี้ไหม มีอะไรเกี่ยวกับความปวดที่ยังไม่ได้อธิบายหรือไม่ หรือใช้เครื่องมือในการประเมิน ได้แก่ 1) Numerical Rating Scale (NRS) โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ให้คะแนนความปวด จากคะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย ถึง คะแนน 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด 2) Visual Analogue Scale (VAS) โดยให้ผู้ป่วยชี้จุด ซึ่งอยู่บนเส้นตรงที่มีความยาว 10 ซม. โดยจุด 0 ซม. ไม่ปวดเลย และปวดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงจุด 10 ซม. หมายถึง ปวดมากที่สุด 3) แบบประเมินการขยับ: โดยให้ผู้ป่วยขยับร่างกายบริเวณที่ได้รับการผ่าตัด แล้วประเมินว่าขยับแล้วไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดมาก หรือไม่ขยับก็ปวด (ศรัญญา จุฬาริ, 2560ก) 4) การประเมินแบบ Behavioral Scales โดยสังเกตจากพฤติกรรมของผู้ป่วย ใช้ในผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวน้อย สังเกตจากความดันโลหิต การร้องไห้ การเคลื่อนไหว การร้องกวน ทำนอนและบ่นเรื่องปวด เป็นต้น การประเมินความปวดหลังผ่าตัด เป็นการช่วยให้พยาบาลได้ทราบข้อมูลที่แท้จริงเกี่ยวกับระดับ ลักษณะ ความถี่ของความปวดของผู้ป่วย และสามารถช่วยเหลือบรรเทาความปวดให้ผู้ป่วยได้ทันการ ซึ่งจะช่วยลดความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยได้

1.2 การจัดการความปวดหลังผ่าตัด (Post-operative pain management) การจัดการมีหลายวิธีขึ้นกับชนิดการผ่าตัดและสภาพของผู้ป่วย แบ่งเป็น 1) การจัดการด้วยยาแก้ปวด (Pharmacological pain management) เนื่องจากการผ่าตัดช่องท้องถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ ดังนั้นผู้ป่วยจึงมักเผชิญกับความปวดในระยะ 24 ชั่วโมงแรก การจัดการความปวดด้วยยาเป็นกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมความปวด (นภสร จันเพ็ชร, 2562) และ 2) การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological pain management) ได้แก่ การฝึกการหายใจลึก (Deep breathing) ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด เช่น ถ้าเกิดจากแผลไม่สะอาดควรดูแลทำแผลให้สะอาดปราศจากเชื้อ หรือจากความวิตกกังวล การคิดวนเวียนเกี่ยวกับบาดแผล โดยให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation technique) หรือใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) ด้วยวิธีการต่าง ๆ อาทิเช่น การฝึกหายใจ

(เขาวลัักษณ์ หอมวิเศษวงศา และจิราภรณ์ ชวนรัมย์, 2562) คนตรีบำบัด (เพ็ญประภา อิ่มเอิบ, วริวรรณ คงชุม, และกรณิศ หล่มสืบ, 2014) การอ่านหนังสือที่ชอบ การนั่งสมาธิ การใช้เทคนิคการอยู่กับปัจจุบัน (Here and now) รับรู้ถึงสภาวะของตนเองในปัจจุบัน (ศรัญญา จุฬาริ, 2560ก) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการใช้วิธีจัดการความปวดแบบผสมผสาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ควรทำทันทีเมื่อผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด

2. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอดหลังผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนที่ปอดในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้องที่พบได้ อาทิเช่น ปอดบวม (Pneumonia) ปอดแฟบ (Atelectasis) การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute respiratory failure) มีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ สภาวะสุขภาพ ภาวะโภชนาการ สภาวะของสารน้ำในร่างกาย การผ่าตัด และการดมยาสลบ การพยาบาลเพื่อจัดการปัญหาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว สามารถปฏิบัติได้ดังนี้

2.1 การประเมินสภาพปอดก่อนผ่าตัด (Pre-operative pulmonary assessment) โดยการซักประวัติ อาการไอ หายใจลำบากที่เกิดขึ้นก่อนผ่าตัด ตรวจบันทึกสัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation [spO₂]) และประเมินสมรรถภาพปอดด้วยการตรวจด้วยเครื่องตรวจสมรรถภาพปอด (Spirometry) หากค่า 1) Forced Vital Capacity (FVC) คือ ปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วแรงจนหมด หลังจากหายใจเข้าอย่างเต็มที่ ค่า FVC แสดงถึงปริมาตรอากาศที่อยู่ในปอดเกือบทั้งหมด ค่านี้จะลดต่ำลงเมื่อเนื้อเยื่อปอดมีการเปลี่ยนแปลงเกิดเป็นพังคืดหรือปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ และ 2) Forced Expiratory Volume in one second (FEV₁) คือ ปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วแรงในวินาทีที่ 1 ซึ่ง FEV₁ นี้เป็นข้อมูลที่ใช้บ่อยที่สุดในการตรวจสมรรถภาพปอด หากผู้ป่วยมีอาการไอ หายใจลำบาก หรือมีค่า FEV₁ และ FVC ต่ำ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดหลังผ่าตัดได้ (Ufoaroh et al., 2019)

2.2 สอนการหายใจลึก (Deep breathing) และการไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective coughing) การหายใจลึก เป็นการหายใจลึกและยาว โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบชันเข่า หรืออยู่ในท่านั่ง หรือนอนศีรษะสูง วางมือบนหน้าท้อง แล้วให้หายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ (นับ 1 และ 2) แล้วหายใจออกทางปาก ห่อปากเล็กน้อย (นับ 1-2-3 และ 4) ให้ระยะเวลาการหายใจออกนานเป็น 2 เท่าของการหายใจเข้า เพื่อเพิ่มปริมาตรของอากาศที่เข้า-ออกในปอด ส่วนการไออย่างมีประสิทธิภาพนั้น ให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนศีรษะสูงในท่าผ่อนคลาย ผึกหายใจลึก 3-5 ครั้ง แล้วสูดหายใจเข้าเต็มที่จากนั้นกลืนไว้แล้วหายใจออกพร้อมกับไอออกมา (ศรัญญา จุฬาริ, 2560ก)

2.3 การบริหารปอดด้วยเครื่องบริหารปอด (Incentive spirometer) ในปัจจุบันนิยมใช้เครื่องบริหารปอด (TriFlow) ซึ่งอุปกรณ์จะมีช่องปริมาตรอากาศ 3 ช่อง ช่องแรกระบุ 600 มิลลิลิตร/วินาที ช่องที่ 2 ระบุ 900 มิลลิลิตร/วินาที และช่องที่ 3 ระบุ 1,200 มิลลิลิตร/วินาที การบริหารปอดวิธีนี้ จัดให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนศีรษะสูง อมปากคาบไว้ในปากให้แน่นสนิท หายใจเข้าช้า ๆ และลึก หายใจค้างไว้นานเท่าที่จะทำได้ อย่างน้อย 5 วินาที แล้วจึงปล่อยลมหายใจออก พักประมาณ 2-3 วินาที แล้วเริ่มต้นใหม่ ควรฝึกการบริหารการหายใจวิธีนี้ประมาณ 5-10 ครั้ง/ชั่วโมง และพยายามสูดอย่างน้อย 100 ครั้ง/วัน (ขนิษฐา รัตนกัลยา, 2561)

2.4 การเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียงหรือลุกเดินได้โดยเร็ว (Early ambulation) สามารถลดภาวะแทรกซ้อนทางปอด และช่วยกระตุ้นให้ลำไส้ได้มีการเคลื่อนไหว Early ambulation ควรเริ่มทำตั้งแต่วันผ่าตัดวันแรก ผู้ป่วยที่ลุกออกจากเตียง เพียงไม่เกิน 10 เมตร มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของปอด (PPC) ถึง 3 เท่า (Haines, Skinner, & Berney, 2013) การไม่เคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น (Stethen et al., 2018) สรุปได้ว่าการพยาบาลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่ปอดหลังผ่าตัด ควรฝึกทำตั้งแต่วะก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยคุ้นชินและสามารถปฏิบัติได้ทันทีเมื่อเริ่มรู้สึกตัวภายหลังผ่าตัด เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตของผู้ป่วยได้

3. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะลำไส้หยุดทำงานที่หลังผ่าตัด

เป็นที่ทราบกันว่ายาคุมสลบมีฤทธิ์ในการกดการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบของลำไส้ ทำให้ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวไประยะเวลาหนึ่งหลังผ่าตัด พยาบาลสามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัดได้ดังนี้

3.1 การประเมินภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัด (Post-operative ileus assessment) ทำได้โดยการซักถามข้อมูลจากผู้ป่วยถึงความรู้สึกไม่สบายแน่นอึดอัดท้อง อาการหายใจไม่สะดวก อาการเรอ (Belching) และการผายลม (Flatus) นอกจากนี้ยังทำได้โดยการตรวจการเคลื่อนไหวของลำไส้ ซึ่งปกติมีการเคลื่อนไหว 5-34 ครั้ง/นาที หากลำไส้ยังทำงานได้ไม่เต็มที่หรือไม่ทำงาน อาจได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงหรืออาจไม่ได้ยินเสียงเลย การประเมินวิธีสุดท้ายคือ การวัดขนาดความยาวรอบท้องระดับสะดือในขณะที่หายใจออกเต็มที่แล้วกลืนไว้ (อรอนงค์ ทพสุวรรณ์, 2559)

3.2 การส่งเสริมให้ลุกเร็วหลังผ่าตัด (Early ambulation) พยาบาลควรกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้มีการเคลื่อนไหวและลุกนั่งหรือเดินภายใน 24 ชั่วโมงแรก เพื่อลดอาการท้องอืดหลังผ่าตัด (สิริอร ช้อยุ่น, วริศรา ภูทวี, และอาภา ศรีสร้อย, 2562) โดยให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตั้งแต่วะก่อนผ่าตัด การใส่สายยางทางจมูกหลังผ่าตัด (Nasogastric tube placement) ซึ่งทำเพื่อระบายลมและสารคัดหลั่งจากระบบทางเดินอาหาร มีส่วนเกี่ยวข้องกับการฟื้นตัวของลำไส้หลังผ่าตัด (ศิริพรรณ ภมรพล, 2556) ช่วยเร่งให้การทำงานของลำไส้กลับมาเป็นปกติเร็วขึ้น ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอด ลดความเสี่ยงของการเกิดการรั่วซึมของรอยต่อลำไส้ (Leakage) ลดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ลดอาการแน่นอึดอัดท้อง ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายขึ้น และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล แต่จากการศึกษาของ Wei et al. (2014) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการใส่สายยางทางจมูกหลังผ่าตัดมีภาวะการทำงานของลำไส้กลับมาเป็นปกติได้เร็วกว่าส่วนระยะเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล การทำงานของลำไส้ ภาวะการรั่วซึมจากรอยต่อลำไส้ อัตราการใส่สายยางทางจมูกซ้ำ ภาวะแทรกซ้อนของปอด อัตราป่วยและอัตราการตายไม่แตกต่างกัน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการใส่สายยางทางจมูกและกลุ่มที่ไม่ได้ใส่ อย่างไรก็ตามบทบาทของพยาบาลในข้อนี้คือ กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการใส่สายยางทางจมูก พยาบาลควรดูแลให้ NG-tube ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และติดตามการกลับมาทำหน้าที่ของลำไส้อย่างต่อเนื่อง

3.3 การให้เคี้ยวหมากฝรั่ง (Chewing gum) การเคี้ยวหมากฝรั่งเป็นกิจกรรมการพยาบาล

ที่ง่ายและสะดวก ใช้หลักการให้อาหารแบบหลอก (Sham feeding) โดยการเคี้ยวหมากฝรั่งชนิดที่ไม่มีน้ำตาล (Sugar free) การเคี้ยว การรับรส และการรับกลิ่นของหมากฝรั่ง จะกระตุ้นประสาท Vagus ที่ระบบทางเดินอาหาร ทำให้กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กและตับอ่อนหลั่งสารสื่อประสาทและฮอร์โมน ได้แก่ แกสตริน (Gastrin), แพนครีเอติก พอลิเปปไทด์ (Pancreatic polypeptide) และนิวโรเทนซิน (Neurotensin) ซึ่งมีฤทธิ์ช่วยกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ การเคี้ยวหมากฝรั่ง จึงมีส่วนช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยสามารถผายลม ช่วยลดอาการท้องอืดและขับถ่ายอุจจาระได้เร็วขึ้นหลังผ่าตัด (Boarin, Villa, Monte, Abbadessa, & Manara, 2017)

กล่าวโดยสรุปสำหรับบทบาทของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะลำไส้หยุดทำหน้าที่หลังผ่าตัด คือ ต้องหมั่นประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ ซึ่งทำได้ทั้งการฟังเสียงลำไส้เคลื่อนไหว การซักถามอาการผายลมและเรอ นอกจากนี้ควรดูแลให้ NG-tube ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด

4. การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด

แน่นอนที่สุดว่าเมื่อผิวหนังถูกเปิด อวัยวะภายในถูกตัด ต่อ มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ย่อมเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อให้แก่ผู้ป่วย พยาบาลควรมีบทบาทในการป้องกันการติดเชื้อดังนี้

4.1 การป้องกันการติดเชื้อในระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative prevention of surgical site infection) พยาบาลต้องเน้นให้ผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกายก่อนผ่าตัดด้วยสบู่ทั่วไปหรือสบู่ยาฆ่าเชื้อที่มี Chlorhexidine gluconate (CHG) อย่างน้อย 1 คืนก่อนผ่าตัด การกำจัดขนมีความจำเป็นในรายที่มีข้อบ่งชี้เท่านั้น ซึ่งหากต้องกำจัดขนควรใช้ปัตตาเลี่ยน (Clipper) ไม่ควรใช้วิธีโกนขนเนื่องจากทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ผิวหนังได้ ทำให้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดเพิ่มขึ้น (Tanner, Norrie, & Melen, 2011) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Antibiotic prophylaxis) ก่อนลงมีดภายใน 1 ชั่วโมง ยกเว้น ยา Vancomycin และ Fluoroquinolone ควรให้ภายใน 2 ชั่วโมงก่อนลงมีด กรณีผ่าตัดในระบบทางเดินอาหารบริเวณลำไส้ แนะนำให้รับประทานยาพร้อมกับเตรียมลำไส้ด้วย polyethylene glycol and sodium phosphate เพื่อลดปริมาณอุจจาระในลำไส้และปริมาณแบคทีเรียในระบบทางเดินอาหาร อีกทั้ง ควรส่งเสริมโภชนาการในผู้ป่วยที่น้ำหนักน้อยหรือเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ รวมทั้งผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัด สังเกต HbA1c และควบคุมให้ไม่เกิน 8% เพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อ นอกจากนี้ ทีมผ่าตัดควรทำความสะอาดมือด้วย Alcohol-based hand rub ซึ่งให้ผลดีกว่าการล้างด้วยสบู่ยาฆ่าเชื้อ โดยทำความสะอาดจากปลายนิ้วถึงต้นแขนก่อนสวมถุงมือปราศจากเชื้อเพื่อลดโอกาสปนเปื้อนที่ตำแหน่งผ่าตัด (Ling et al., 2019)

4.2 การป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัด (Peri-operative prevention of surgical site infection) การควบคุมอุณหภูมิภายในให้อยู่ในภาวะปกติไม่ให้เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังผ่าตัดได้ (Hart et al., 2011) การฟอกผิวหนังบริเวณผ่าตัดด้วย Alcohol-based agent ยกเว้นมีข้อห้าม หลีกเลี่ยงการสวนล้างแผล (Wound irrigation) ก่อนเย็บปิดแผล เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์

อย่างเพียงพอที่จะยืนยันว่าป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดได้ (Ling et al., 2019)

4.3 การดูแลบาดแผลหลังผ่าตัด (Post-operative wound care) โดยทั่วไปแล้วการดูแลบาดแผลหลังผ่าตัดช่องท้องช่วงที่ยังไม่ครบกำหนดตัดไหมหรือเป็นแผลที่มีทอระบายจะเน้นไม่ให้แผลถูกน้ำเมื่อตัดไหมแล้วให้สังเกตความผิดปกติของบาดแผล และมาพบแพทย์ตามนัด แต่หากมีอาการผิดปกติต่อไปนี้ เช่น ปวดแผลมากขึ้น มีไข้ แผลผ่าตัดบวมแดงร้อน มีสิ่งคัดหลั่งสีผิดปกติหรือหนองซึมจากแผล ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ควรไปพบแพทย์เพื่อให้แพทย์ตรวจดูบาดแผลและรับการรักษาต่อไป อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น เบาหวาน หัวใจ ชีต อาจทำให้แผลหายช้า เพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด เพราะเนื้อเยื่อที่ได้รับการผ่าตัดขาดออกซิเจน (ชนุตพร รัตนมงคล และคณะ, 2559) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดจึงครอบคลุมในเรื่องของการเตรียมความสะอาดของผิวหนัง ซึ่งสามารถทำได้ในทุกกระยะของการผ่าตัด รวมถึงการให้ยาปฏิชีวนะ และการทำความสะอาดแผลผ่าตัดด้วย

บทสรุป

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดช่องท้องตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด โดยการประเมินความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เช่น ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด การเสียเลือดขณะผ่าตัด ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ อาการปวดแผลหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนทางปอดหลังผ่าตัด ภาวะลำไส้หยุดทำหน้าที่หลังผ่าตัด การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด เป็นต้น การสนับสนุนและให้ข้อมูลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งการให้การพยาบาลในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด กระทำเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูปสภาพได้อย่างรวดเร็ว ลดระยะเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ขนิษฐา รัตนกลยา. (2561). การไ้ซ้การบริหารการหายใจโดยใช้เครื่องบริหารปอดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด. *วารสารพยาบาลทหารบก, 19*(ฉบับพิเศษ), 1-9.
- งานเวชระเบียนและสถิติ กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลราชวิถี. (2560). *รายงานสถิติประจำปีงบประมาณ 2560*. สืบค้นจาก http://www.rajavithi.go.th/rj/wp-content/uploads/2019/02/stat_2560.pdf
- จิตติมา เกียรตินิจนันท์, วิชัย อิทธิชัยกุลทล, และโรจนรินทร์ โกมลหิรัญ. (2014). อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทางสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลรามาริบัติ *รามาริบัติเวชสาร, 37*(2), 53-62.

- จิราภรณ์ ไสบริสุทธิ, ปาริตะ บิลล่าเต๊ะ, และจิราภา ไชยบุญดิษฐ์. (2562). แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและจัดการภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำของผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. *วิสัญญีสาร*, 45(3), 104-110.
- จุฑารัตน์ สว่างชัย, และศรีสุดางามขำ. (2560). ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11(ฉบับพิเศษ), 1-11.
- ชนุตพร รัตนมงคล, ศิริอร สิ้นธุ, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, และเชิดศักดิ์ ไธรมณีนรัตน์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งชนิดปฏุมภูมิของกระเพาะอาหาร ตับ ทางเดินน้ำดี ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(3), 97-109.
- ชาธิณี ประจันทรั่นวล, เทพกร สาธิตการณณ์, ลิวิรัตน์ตรีพุทธรรัตน์, สรรชัยธีรพงษ์ภักดี, ดวงจิตานนท์เหล่าพล, และวิริยา ถิ่นชิลอง. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัดในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการป้องกันตามมาตรฐาน: ศึกษาแบบ Case control. *วิสัญญีสาร*, 39(3), 183-191.
- ญาณนันท์ รัตนธีรวิเชียร, อุษาดี อัครวิเศษ, นฤมล ทองคำ, และกรรณิกา กัลป์ยาปคุปต์. (2556). อุบัติการณ์และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหึ่งพักฟื้น. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 31(4), 34-44.
- นงนุช หอมเนียม. (2557). บทบาทพยาบาลในการใช้หลักโภชนาการที่ส่งเสริมการหายของแผล. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 234-249.
- นภสร จันเพ็ชร. (2562). ศึกษาการจัดการความปวดและความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในหึ่งพักฟื้นโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 13(1), 13-22.
- ประภาพร จินันทุยา, และบุญชู ศิริจินดากุล. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะแทรกซ้อนระยะหลังผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร. *พยาบาลสาร*, 39(ฉบับพิเศษ), 74-85.
- ประเทือง เหลี่ยมพงสาพุทธิ, และอุไรวรรณ คมไพบูลย์กิจ. (2560). การผ่าตัดผู้ป่วยตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูกในโรงพยาบาลลำปาง เปรียบเทียบระหว่างการผ่าตัดผ่านกล้องและการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง. *ลำปางเวชสาร*, 38(1), 10-18.
- เพิ่มเพ็ญ น้อยอุ่น, ชีรนุช ห่านิรติชัย, จัตรชัย มิ่งมาลัยรักษ์, และศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดช่องท้อง. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 23(3), 269-283.
- เพ็ญประภา อิ่มเอิบ, วรวิรรณ คงชุ่ม, และกรณิศ หล่มสืบ. (2014). ผลของดนตรีบรรเลงต่อระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(3), 53-62.
- เยาวลักษณ์ หอมวิเศษวงศา, และจิราภรณ์ ขวนรัมย์. (2562). เปรียบเทียบความปวดหลังผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับการฝึกเทคนิคผ่อนคลายที่ใช้การฝึกหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 34(2), 167-179.

- ศรัญญา จุฬาริ. (2560ก). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด. นครราชสีมา: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- ศรัญญา จุฬาริ. (2560ข). อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การจัดการและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(4), 194-203.
- ศิริพรรณ ภมรพล. (2556). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ยของลำไส้ภายหลังผ่าตัด. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 6(1), 1-11.
- สิวพร ถือชาติ, อุษาดี อัครวิเศษ, วันเพ็ญ ภิญญากาศกุล, และอัฐพร ตระกาลสง่า. (2562). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 37(2), 78-91.
- สราวุฒิ สีถาน. (2560). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *วารสาร มฉก. วิชาการ*, 20(40), 101-113.
- สราวุฒิ สีถาน, เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, และรัชชัย อัครวิพุธ. (2557). ปัจจัยทำนายฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(2), 21-35.
- สิริอร ข่อยนุ, วิศรา ภูทวี, และอาภา ศรีสร้อย. (2562). ผลของการใช้โปรแกรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดร่วมกับเครื่องพองเดินหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(4), 386-392.
- อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์. (2559). บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับภาวะท้องอืดในผู้ป่วยศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. *เวชบันทึกศิริราช*, 9(3), 189-193.
- Azoury, S., Farrow, N., Hu, Q., Soares, K., Hicks, C., Azar, F., ... Eckhause, F. (2015). Postoperative abdominal wound infection epidemiology, risk factors, identification, and management. *Chronic Wound Care Management and Research*, 2, 137-148.
- Baucom, R. B., Phillips, S. E., Ehrenfeld, J. M., Muldoon, R. L., Poulouse, B. K., Herline, A. J., ... Geiger, T.M. (2015). Association of perioperative hypothermia during colectomy with surgical site infection. *JAMA: Journal of the American Medical Association Surgery*, 150, 570-5.
- Boarin, M., Villa, G., Monte, V. D., Abbadessa, F., & Manara, D. F. (2017). The use of chewing gum for postoperative ileus prevention in patients undergoing radical cystectomy. *International Journal of Urological Nursing*, 11(3), 129-135.
- Forsyth, M. G., Clarkson, D. J., & O'Boyle, C. P. (2018). A systematic review of the risk of postoperative bleeding with perioperative non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in plastic surgery. *European Journal of Plastic Surgery*, 41, 505-510.
- Ganter, M. T., Blumenthal, S., Dubendorfer, S., Brunnschweiler, S., Hofer, T., Klaghofer, R., ... Hofer, C. K. (2014). The length of stay in the post-anesthesia care unit correlates with pain intensity, nausea and vomiting on arrival. *Perioperative Medicine Journal (London, England)*, 3(10). doi:10.1186/s13741-014-0010-8

- Haines, K. J. Skinner, E. H. & Berney, S. (2013). Association of postoperative pulmonary complications with delayed mobilisation following major abdominal surgery: an observational cohort study. *Physiotherapy*, 99(2), 119-125.
- Hart, S. R., Bordes, B., Hart, J., Corsino, D., & Hormon, D. (2011). Unintended perioperative hypothermia. *The Ochsner Journal*, 11(3), 259-270.
- Hu, E. H., Eisenstein, S., Parry, L., & Ramamoorthy, S. (2019). Preoperative malnutrition with mild hypoalbuminemia associated with postoperative mortality and morbidity of colorectal cancer: a propensity score matching study, *Nutrition Journal*, 18(33). doi:<https://doi.org/10.1186/s12937-019-0458-y>
- Huang, C., Shen, J. C., Zhang, J., Jiang, T., Wu, W. D., Cao, J., ... Qiu, Z. J. (2015). Clinical comparison of laparoscopy vs open surgery in a radical operation for rectal cancer: a retrospective case-control study. *World Journal of Gastroenterology*, 21(48), doi:10.3748/wjg.v21.i48.13532
- Irita, K. (2011). Risk and crisis management in intraoperative hemorrhage: Human factors in hemorrhagic critical events. *Korean Journal of Anesthesiology*, 60(3), 151-160.
- Jakobson, T., Jarjagin, J., Vipp, L., Padar, M., Parik, A-H., Starkopf, L., ... Starkopf, J. (2014). Postoperative complications and mortality after major gastrointestinal surgery. *Medicina*, 50, 111-117, doi:<https://doi.org/10.1016/j.medic.2014.06.002>
- Liang, Y. X., Guo, H. H., Deng, J. Y., Wang, B. G., Ding, X. W., Wang, X. N., ... Liang, H. (2013). Impact of intraoperative blood loss on survival after curative resection for gastric cancer. *World Journal of Gastroenterology*, 19(33), 5542-5550.
- Ling, M. L., Apisarnthanarak, A., Abbas, A., Morikane, K., Lee, K. Y., Warrier, A. & Yamada, K. (2019) Asia pacific society of infection control [APSIC] guideline for the prevention of surgical site infections. *BioMed Central*, 8(174). doi: <https://doi.org/10.1186/s13756-019-0638-8>
- Liu, M. Y., Tang, H. C., Hu, S. H., Hui-Lan Yang, H. L., & Chang, S. J. (2015). Influence of preoperative peripheral parenteral nutrition with micronutrients after colorectal cancer patients. *BioMed Research International*, 2015:1-6. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/535431>
- Sessler, D. I. (2010). Temperature regulation and monitoring. In R. D. Miller (Ed.), *Miller's Anesthesia* 7th eds. (pp. 1533-1556). New York: Churchill-Livingstone Elsevier.
- Stethen, T. W., Ghazi, Y. A., Heidel, R. E., Daley, B. J., Barnes, L., Patterson, D., & McLoughlin, J. M. (2018). Walking to recovery: the effects of missed ambulation events on postsurgical recovery after bowel resection. *Journal of Gastrointestinal Oncology*. 9(5), 953-961.
- Tanner, J., Norrie, P., & Melen, K. (2011). Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. *National Library of Medicine*, 9(11). doi: 10.1002/14651858.CD004122.pub4

- Trang, N. T. T., Thosingha, O., & Chanruangvanich, W. (2017). Factors associated with recovery among patients after abdominal surgery. *Journal of Nursing Science*, 35(suppl 1), 4-12.
- Tu, C-P., Tsai, C-H., Tsai, C-C., Huang, T-S., Cheng, S-P. & Lui, T-P. (2014). Postoperative ileus in elderly, *International Journal of Gerontology*, 8(1), doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2013.08.002>
- Ufoaroh, C. U., Ele, P. U., Anyabolu, A. E., Enemu, E. H., Emegoakor, C. D., Okoli3, C. C., ... Anyabolu, E. N. (2019). Pre-operative pulmonary assessment and risk factors for post-operative pulmonary complications in elective abdominal surgery in Nigeria. *African Health Science*, 19(1), 1745-1756.
- Wei, Z. W., Li, J. L., Li, Z. S., Hao, Y. T., He, Y.-L., Chen, & W., Zhang, C. H. (2014). Systematic review of nasogastric or nasojejunal decompression after gastrectomy for gastric cancer. *European Journal of Surgical Oncology*, 40(12), 1763-1770.

การวิเคราะห์หมโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ณัฐวรรณ คำแสน, Ph.D.¹

สุพรรณิ เบี้ยวนาลาว, พย.ม.¹

วิภาวี พลแก้ว, พย.ม.²

(วันที่ส่งบทความ: 3 เมษายน 2563; วันที่แก้ไข: 7 พฤษภาคม 2563; วันที่ตอบรับ: 5 มิถุนายน 2563)

บทคัดย่อ

การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับการพยาบาลและการวิจัยทางการพยาบาล ซึ่งเป็นหมโนทัศน์ที่น่าสนใจ แต่ยังขาดความชัดเจนในวรรณกรรม โดยเฉพาะปรากฏการณ์ทางการพยาบาล ผู้ติดเชื้อเอชไอวี วัตถุประสงค์ของบทความฉบับนี้คือ เพื่อวิเคราะห์หมโนทัศน์ของการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเพื่อให้ได้คำจำกัดความที่ชัดเจน รวมทั้งคุณลักษณะของหมโนทัศน์ คำศัพท์และขอบเขตของหมโนทัศน์ที่ชัดเจน โดยใช้ขั้นตอนการวิเคราะห์หมโนทัศน์ของวอลสเตอร์และเอเวนท์ 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเลือกหมโนทัศน์ 2) การกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์หมโนทัศน์ 3) การระบุการใช้หมโนทัศน์ที่สามารถค้นหาได้ 4) การกำหนดคุณลักษณะของหมโนทัศน์ 5) การระบุกรณีตัวอย่าง 6) การระบุกรณีศึกษา 7) การระบุสิ่งที่มาก่อนและผลที่เกิดขึ้น และ 8) การกำหนดสิ่งที่จะวัด ผลจากการวิเคราะห์หมโนทัศน์ครั้งนี้ได้คำจำกัดความของการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีคุณลักษณะที่กำหนดของหมโนทัศน์คือ 1) แหล่งทรัพยากร 2) ความรู้ 3) การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ 4) การมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง และ 5) การตัดสินใจ โดยใช้ข้อมูลพื้นฐาน จากคุณลักษณะดังกล่าวการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรจะหมายถึงความสามารถของบุคคลในการจัดหาวิธีการในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยและความรุนแรงของการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นหมโนทัศน์ที่เป็นผลลัพธ์ทางบวกของการพยาบาล ควรมีการนำไปใช้เป็นแนวทางการประเมินคุณภาพการพยาบาลและการพัฒนาเครื่องมือเพื่อวัดผลลัพธ์ของการศึกษาวิจัยหรือพัฒนาทฤษฎีต่อไป

คำสำคัญ: เอชไอวี, การจัดการตนเอง, การวิเคราะห์หมโนทัศน์

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

¹Corresponding author: ณัฐวรรณ คำแสน, Email: drnatawan@gmail.com

HIV Self-management: A Concept Analysis

Natawan Khumsaen, Ph.D.¹

Supanee Peawnalaw, M.S.N.¹

Wipawee Ponkaew, M.S.N.²

(Received: April 3rd, 2020; Revised: May 7th, 2020; Accepted: June 5th, 2020)

Abstract

HIV self-management in people living with HIV has long been associated with nursing care and nursing research. This phenomenon is a crucial concept in the arena of HIV nursing, however, its meaning in this context is not clearly defined in the relevant literature. The purpose of this paper is to analyze the concept of a HIV self-management and to clarify its meaning, define the attributes of the concept, more fully describe the term, and grasp the scope of the concept. To conduct this concept analysis study, Walker and Avant's method was employed. It consisted of eight vital steps, including 1) selection of a concept of interest, 2) determining the aims or purposes of the analysis, 3) identifying all uses of the concept, 4) determining the concept's defining attributes, 5) identifying a model case, 6) identifying borderline, related, and contrary cases, 7) identifying antecedents and consequences, and 8) defining empirical referents. The findings of this concept analysis of HIV self-management yielded a definition of HIV self-management and its attributes. The five defining attributes were 1) Resources 2) Knowledge, 3) Adherence to a plan, 4) Active participation, and 5) Informed decision-making. Based on this, HIV self-management should be defined as the individual's ability to self-manage their health to diminish the impacts of illness attributed to the intensity of HIV infection. To sum up, HIV self-management is a concept related to positive nursing outcomes. Hence, it should be utilized as a guide for assessing the quality of nursing care and for developing measurements for nursing research and nursing theory.

Keywords: HIV, self-management, concept analysis

¹Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Praboromarajchanok Institute

²Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, Praboromarajchanok Institute

¹Corresponding author: Natawan Khumsaen, Email: drnatawan@gmail.com

บทนำ

การจัดการตนเองเป็นการให้ความรู้และการฝึกทักษะให้บุคคลสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้โดยการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง การให้ความรู้มุ่งเน้นที่การให้ผู้ป่วยมีการระบุปัญหา การแก้ไขปัญหาจากอาการของโรค การติดตามตนเอง การตัดสินใจแก้ไขผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรค ซึ่งมีเป้าหมายหลักคือการเพิ่มสมรรถนะแห่งตน อันจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตได้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ คงไว้ซึ่งหน้าที่การทำงานของร่างกาย ลดการใช้บริการสุขภาพ สามารถลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Gifford & Groessl, 2002; Gifford & Sengupta, 1999) ดังนั้นหากผู้ติดเชื้อเอชไอวี (People living with HIV [PLWH]) ได้รับการส่งเสริมให้สามารถจัดการตนเองได้ดี จะสามารถเพิ่มวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสและลดพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองได้

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นคำที่มีการใช้บ่อยและเป็นกระบวนการที่สำคัญอย่างหนึ่งในการวิจัยและการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีการนำไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีข้อจำกัดในการจัดการกับอาการและอาการแสดง มีความบกพร่องในการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ แต่ในปัจจุบันพบว่ายังมีการใช้คำว่า การจัดการตนเอง สลับกับคำว่า การดูแลตนเอง (Self-care) การติดตามสังเกตอาการตนเอง (Self-monitoring) การควบคุมตนเอง (Self-control) และ การเผชิญปัญหาด้วยตนเอง (Coping) อยู่เสมอ (Richard & Shea, 2011)

การวิเคราะห์หัตถ์โนทัศน์ (Concept analysis) เป็นกระบวนการที่นักวิจัยและนักทฤษฎีทางการพยาบาลนำมาใช้เพื่อระบุและแยกแยะคุณลักษณะ (Characteristics or attributes) ที่เฉพาะของมโนทัศน์ อันมีวัตถุประสงค์เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งและถูกต้องมากขึ้นในคุณลักษณะที่สำคัญของมโนทัศน์ และยังช่วยในการตรวจสอบโครงสร้างและหน้าที่ของมโนทัศน์ อันจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารเกี่ยวกับมโนทัศน์นั้น ๆ ได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิเคราะห์หัตถ์โนทัศน์ จะทำให้ได้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational definition) ของมโนทัศน์ที่มีความชัดเจนและแม่นยำมากขึ้น การวิเคราะห์หัตถ์โนทัศน์เป็นสิ่งที่ท้าทายและช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งอย่างมากในปรากฏการณ์ทางการพยาบาลที่อยู่ในความสนใจ (ฉัฐวรรณ สุวรรณ, ศรีพรรณ กันธวัง, และสุมาลี เลิศมัลลิกาพร, 2561) นอกจากนี้ Rodgers, Jacelon, and Knafl (2018) กล่าวถึงการวิเคราะห์หัตถ์โนทัศน์ว่าเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการพัฒนามโนทัศน์ (Concept development) ทำให้สามารถนามโนทัศน์ไปใช้ในงานวิจัยหรือการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกได้อย่างถูกต้อง รวมถึงใช้ในการพัฒนาเครื่องมือวิจัย และทดสอบทฤษฎีอย่างเหมาะสม (Rodgers et al., 2018)

Walker and Avant (2005) ได้เสนอกรอบแนวคิดเพื่อเป็นแนวทางสำคัญในการวิเคราะห์หัตถ์โนทัศน์ไว้ 8 ขั้นตอนที่มีความเป็นรูปธรรม ชัดเจนเพียงพอ เหมาะสมกับการนำมาใช้ และง่ายต่อการนำไปใช้วิเคราะห์หัตถ์โนทัศน์ทางการพยาบาล ได้แก่ 1) การเลือกมโนทัศน์ (Select a concept) 2) จุดประสงค์หรือวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ (Determine the aims or purposes of analysis) 3) ระบุการใช้มโนทัศน์ที่สามารถค้นหาได้ (Identify all uses of the concept that you can discover) 4) การกำหนดคุณลักษณะ

ของมโนทัศน์ (Determine the defining attributes) 5) การระบุกรณีตัวอย่าง (Identify a model case) 6) การระบุกรณีศึกษาอื่น ๆ ได้แก่ กรณีศึกษาที่มีความกำกวม (Borderline case) กรณีศึกษาสัมพันธ์ (Related case) และกรณีศึกษาแบบตรงกันข้าม (Contrary case) 7) การระบุสิ่งที่มาก่อนและผลที่เกิดขึ้น (Identify antecedents and consequences) และ 8) การกำหนดสิ่งที่จะวัด (Define empirical referents) ทั้ง 8 ขั้นตอนดังกล่าวจะช่วยในการวิเคราะห์มโนทัศน์ที่ต้องการศึกษา และช่วยในการแยกแยะตัวแปรในกรอบแนวคิดของการศึกษาวิจัยให้มีความชัดเจนและน่าเชื่อถือมากขึ้นได้ (Botes, 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการวิเคราะห์มโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ยังคงมีความจำเป็นเพื่อให้ได้องค์ความรู้และมุมมองเกี่ยวกับมโนทัศน์นี้อย่างถูกต้องและชัดเจน ในบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์มโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้แนวคิดการวิเคราะห์มโนทัศน์ตามวิธีการของ Walker and Avant (2005) มี 8 ขั้นตอน เพื่อให้เกิดความชัดเจนของคำจำกัดความ คุณลักษณะ และขอบเขตของมโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีอันเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ในด้านการวิจัย และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วิธีการวิเคราะห์มโนทัศน์

ในการวิเคราะห์มโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีนี้ ผู้วิเคราะห์มีการนำเสนอตามแนวคิดการวิเคราะห์มโนทัศน์ของ Walker and Avant (2005) ใน 8 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกมโนทัศน์ (Select a concept)

ผู้วิเคราะห์เลือกมโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งที่สำคัญและจะนำไปสู่ความสำเร็จในการดูแลสุขภาพได้ นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมและเพิ่มผลลัพธ์การดูแลที่มีประสิทธิภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการส่งเสริมให้จัดการตนเองได้นั้น จะต้องมีความรู้เป็นฐาน และมีกระบวนการที่ช่วยเหลือให้เกิดการพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหาได้ อันจะเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นในสมรรถนะในการดูแลสุขภาพของตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีเองด้วย นอกจากนี้การสนับสนุนให้สามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริงไปใช้ปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่นับว่ามีความสำคัญมากเช่นกัน (Lorig, 2003) การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นพื้นฐานสำคัญในการดูแลสุขภาพของตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอง ซึ่งแนวทางในการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจมีความแตกต่างกันไปตามบริบททางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อและศาสนา (Khumsaen & Stephenson, 2017) ในปัจจุบันพบว่า มีการศึกษาและวิเคราะห์มโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากประเทศทางซีกโลกตะวันตก เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ (Udlis, 2011) แต่การวิเคราะห์และการแปลความหมาย อาจขึ้นกับบริบทที่ต่างกัน และมีการศึกษาวิจัยใหม่ ๆ เกี่ยวกับมโนทัศน์นี้ในหลากหลายประเด็น ดังนั้น การวิเคราะห์มโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงมีความสำคัญเพื่อทำให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับคุณลักษณะสำคัญของมโนทัศน์ และจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดจุดประสงค์หรือวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ (Determine the aims or purposes of analysis)

ในการวิเคราะห์หมโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิเคราะห์ได้กำหนดวัตถุประสงค์ที่สะท้อนถึงเป้าหมายและมีความชัดเจน ได้แก่ 1) เพื่อตรวจสอบการพัฒนาและขอบเขตของการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2) เพื่อทำให้เกิดความชัดเจนในความหมายของหมโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3) เพื่อการตัดสินใจในการให้คำจำกัดความของหมโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี 4) เพื่อการระบุแก่นหลักและแก่นของต้นแบบกรณีศึกษากรณีศึกษาที่ก้ำกึ่ง กรณีศึกษาที่สัมพันธ์และกรณีศึกษาแบบตรงกันข้าม 4) เพื่อการระบุแยกสิ่งที่มาก่อนและผลที่เกิดขึ้น และ 5) เพื่อนิยามการวัดหรือสิ่งที่วัดเชิงประจักษ์ของหมโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ขั้นตอนที่ 3 ระบุการใช้หมโนทัศน์ที่สามารถค้นหาได้ (Identify all uses of the concept)

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับหมโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกโดยใช้วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์หมโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นแนวทางในการทบทวนวรรณกรรม การสืบค้นพบคำจำกัดความในวรรณกรรมต่าง ๆ นอกจากนี้ผู้วิเคราะห์ยังพบว่าหมโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีถูกนำไปใช้ในการวิจัยโดยนักวิจัยในหลายประเทศทั้งในทวีปอเมริกาเหนือ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ทวีปแอฟริกา เช่น ประเทศแอฟริกาใต้ รวมทั้งทวีปเอเชีย เช่น ประเทศไทย ซึ่งนักวิจัยส่วนใหญ่ในประเทศไทยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีขึ้น โดยโปรแกรม เหล่านี้มุ่งเน้นที่การให้ความรู้และการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นรายกลุ่ม (อรนุช เรืองขจร และวราลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล, 2554; Khumsaen & Stephenson, 2017; Khumsaen & Stephenson, 2019)

นอกจากนี้ในการสืบค้นและการทบทวนวรรณกรรมของหมโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เป็นการศึกษาในศาสตร์สาขาวิชาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ (Health care) สามารถสรุปคำจำกัดความของหมโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Definition of HIV self-management) ได้ดังนี้

การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV self-management) หมายถึง การจัดหาวิธีการของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยและความรุนแรงของการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยมีการปรับมุมมองและทักษะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาและปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ รวมถึงรักษาความมั่นคงทางอารมณ์ในแต่ละวัน และครอบคลุมถึงการปรับตัวต่อปัญหาด้านจิตใจที่เกิดจากการเจ็บป่วยและการจัดการชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการเงินและเงื่อนไขทางสังคมด้วย (Khumsaen & Stephenson, 2017)

ขั้นตอนที่ 4 กำหนดคุณลักษณะของหมโนทัศน์ (Determine the defining attributes)

การกำหนดคุณลักษณะของหมโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการจัดกลุ่ม

คุณลักษณะที่พบบ่อยและสัมพันธ์กับมโนทัศน์ เขียนบันทึกคุณลักษณะที่ปรากฏซ้ำ ๆ สำหรับการวินิจฉัยความแตกต่างจากมโนทัศน์อื่น โดยพบว่ามโนทัศน์ที่สำคัญดังนี้

4.1 แหล่งทรัพยากร (Resources) ซึ่งแหล่งทรัพยากรเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี แหล่งทรัพยากรที่จำเป็นและสามารถเข้าถึงได้อาจจะมีหลากหลายแหล่ง ตั้งแต่แหล่งทรัพยากรทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม และเศรษฐฐานะทางสังคม ซึ่งแหล่งเหล่านี้ต้องมีพร้อมเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถเข้าถึงได้ในแต่ละครั้งที่ต้องการเพื่อรักษาไว้ซึ่งการจัดการตนเอง (Prior & Bond, 2004; Tanner, 2004; Khumsaen & Stephenson, 2017) ซึ่งในประเทศไทยแหล่งทรัพยากรที่เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมให้เกิดการจัดการตนเองที่ดี ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่และอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งทั้งสองปัจจัยดังกล่าวมีอยู่แล้วในทุกพื้นที่

4.2 ความรู้ (Knowledge) เป็นสิ่งจำเป็นแต่ต้องสามารถผสมผสานเข้าสู่ทางเลือกของวิถีชีวิตได้ ความรู้ที่ช่วยผสมผสานการจัดการตนเองเข้ากับการดำเนินชีวิตประจำวันมีความเหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงจะทำให้การจัดการตนเองประสบผลสำเร็จ (Khumsaen & Stephenson, 2017; Omisakin, Ncama, Igbinlade, & Ayandiran, 2015)

4.3 การปฏิบัติตามแผน (Adhere to a plan) การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้เป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นมากสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะการปฏิบัติตามแผนการรับประทานยาต้านไวรัส (Medical adherence) ที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้แนะนำให้ใช้อย่างถูกต้องและเหมาะสมเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญที่สุดในการประเมินว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีวินัยในการรับประทานยา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขาดวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสและมีพฤติกรรมเสี่ยง จะส่งผลให้การรักษาล้มเหลว เกิดเชื้อดื้อยาและโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ (Sanjobo, Frich, & Fretheim, 2008; Khumsaen & Stephenson, 2017)

4.4 การมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง (Active participation) การมีส่วนร่วมอย่างจริงจังนับว่าเป็นกุญแจที่สำคัญมากในการจัดการตนเองเพื่อที่จะสามารถควบคุมอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่เป็นผลจากความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Creer & Holroyd, 1997) ซึ่งพฤติกรรมที่สำคัญในการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเรื่องการควบคุมอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การรับประทานยาตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การใช้ยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง การเฝ้าระวังอาการผิดปกติและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง การจัดการกับความเครียด และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้โรคมีความรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เป็นต้น (ชดช้อย วัฒนะ, 2558; Khumsaen & Stephenson, 2017; Omisakin, Ncama, Igbinlade, & Ayandiran, 2015)

4.5 การตัดสินใจโดยใช้ข้อมูล (Informed decision-making) การตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลที่ถูกต้องมีบทบาทที่สำคัญมากต่อการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลที่ถูกต้องควรมีข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่สามารถรวบรวมได้มากที่สุด โดยหลังจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีรวบรวมข้อมูลรวมทั้งประมวลผล และมีการประเมินข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเองแล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควร

ตัดสินใจได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมอาการและอาการแสดงของโรค ซึ่งข้อมูลที่รวบรวมได้และถูกนำมาใช้เพื่อเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจนั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองทั้งในเรื่องที่ซับซ้อนและไม่ซับซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอง (Creer & Holroyd, 1997; Khumsaen & Stephenson, 2017)

ขั้นตอนที่ 5 ระบุกรณีตัวอย่าง (Identify a model case)

การระบุกรณีศึกษาตัวอย่างของมนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นตัวอย่างของการใช้มนทัศน์ที่แสดงให้เห็นนิยามคุณลักษณะของมนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเป็นกรณีสมมติของผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีมารับบริการ ซึ่งผู้วิเคราะห์ได้ทำวิจัยกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกดังกล่าว ดังข้อความด้านล่างนี้

นายสายฟ้า (นามสมมติ) ชายไทยวัย 45 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี สถานภาพสมรส มีบุตรธิดา 2 คน นายสายฟ้ามีอาชีพรับราชการ นายสายฟ้าได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีเมื่อเกือบ 2 ปีที่ผ่านมา ปัจจุบันนายสายฟ้าได้มารับการตรวจรักษาและรับยาต้านไวรัสที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งอย่างสม่ำเสมอ โดยนายสายฟ้าสามารถใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงในการรักษาและรับยาต้านไวรัสเอชไอวี นายสายฟ้าเป็นผู้ที่แสวงหาความรู้ด้วยตนเองอยู่เสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องที่เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็น นายสายฟ้าปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างถูกต้องและเหมาะสม เช่น เรื่องการรับประทานยาต้านไวรัส การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย การป้องกันการติดเชื้อและการรับเชื้อเพิ่ม การจัดการกับความเครียด เป็นต้น นายสายฟ้ามักจะหมั่นสังเกตอาการของตนเองและประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้นของตนเองเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย และสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมอาการและอาการแสดงที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีได้

สำหรับกรณีศึกษาตัวอย่างของมนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีของนายสายฟ้า มีการจัดการตนเองที่ดีในทุกคุณลักษณะ คือ มีแหล่งทรัพยากรที่สามารถเข้าสู่การรักษาได้ มีความรู้ มีการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในแผนการรักษา และสามารถตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลได้

ขั้นตอนที่ 6 ระบุกรณีศึกษาอื่นๆ (Identify other cases)

กรณีศึกษาอื่น ๆ ประกอบด้วย กรณีศึกษาที่มีความกำกวม (Borderline case) กรณีศึกษาสัมพันธ์ (Related case) และกรณีศึกษาแบบตรงกันข้าม (Contrary case) สำหรับกรณีศึกษาที่มีความกำกวม มโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะเป็นตัวอย่างที่มีคุณลักษณะของมนทัศน์บางส่วน แต่ไม่ใช่สมบูรณ์ทั้งหมด ดังข้อความด้านล่างนี้

นายอุทิศ (นามสมมุติ) ชายไทยวัย 38 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย สถานภาพหย่าร้าง ไม่มีบุตร มีอาชีพรับจ้างทั่วไป นายอุทิศได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีเมื่อเกือบ 1 ปีที่ผ่านมา ปัจจุบันนายอุทิศได้มารับการตรวจรักษาและรับยาต้านไวรัสที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง โดยนายอุทิศสามารถใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาและรับยาต้านไวรัสเอชไอวี นายอุทิศเป็นผู้ที่มักจะหาความรู้ในการดูแลตนเอง แต่นายอุทิศไม่สามารถรับประทานยาต้านไวรัสได้ตรงเวลาทุกวัน เนื่องจากนายอุทิศมักจะมีอาการจำเป็นในเรื่องการเดินทางและการทำงานที่ไม่เป็นเวลาจึงทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างเคร่งครัดแม้ว่านายอุทิศมักจะออกกำลังกายอยู่เสมอ มีการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และมีวิธีการผ่อนคลายความเครียด เช่น ร้องเพลง นายอุทิศสามารถตัดสินใจที่จะมาพบแพทย์ได้เมื่อเกิดความผิดปกติจากอาการและอาการแสดงของร่างกาย

สำหรับกรณีศึกษาที่มีความท้าทายของมโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีของนายอุทิศมีการจัดการตนเองในคุณลักษณะของมโนทัศน์บางส่วน แต่ไม่สมบูรณ์ทุกคุณลักษณะ คือ มีแหล่งทรัพยากรที่สามารถเข้าสู่การรักษามีความรู้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในแผนการรักษาและสามารถตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลได้ แต่ไม่มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม

กรณีศึกษาสัมพันธ์ เป็นกรณีตัวอย่างที่แสดงถึงมโนทัศน์อื่นที่มีความใกล้เคียงกับมโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ไม่ได้มีคุณลักษณะทั้งหมดของมโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิเคราะห์ขอนำเสนอตัวอย่างของมโนทัศน์การดูแลตนเอง (Self-care) ดังข้อความด้านล่างนี้

นายปรีดา (นามสมมุติ) ชายไทยวัย 25 ปี จบการศึกษาระดับอนุปริญญา อาชีพนักดนตรีในสถานบันเทิง สถานภาพโสด พักอาศัยอยู่ในตัวจังหวัด นายปรีดาได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีเมื่อประมาณ 3 เดือนที่ผ่านมา ปัจจุบันนายปรีดา ยังไม่ได้เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เนื่องจากนายปรีดา ยังทำใจไม่ได้และเชื่อว่าถ้าตนเองมีการดูแลสุขภาพตนเองและรับประทานสมุนไพรบางชนิดตามที่เขาเห็นในโฆษณาอาจจะสามารถช่วยรักษาการติดเชื้อเอชไอวีได้ ดังนั้นนายปรีดาจึงเริ่มออกกำลังกายบ้างและมีการเฝ้าระวังควบคุมน้ำหนักร่วมด้วย อย่างไรก็ตาม แม้ว่านายปรีดาเป็นผู้ที่มักจะหาความรู้ในการดูแลตนเอง แต่นายปรีดา ยังไม่ได้เข้าสู่ระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของโรงพยาบาล เนื่องจากนายปรีดา มีความจำเป็นในเรื่องการทำงานเวลากลางคืนและพักผ่อนในเวลากลางวัน ซึ่งเขาได้มีการดูแลตนเอง แต่ไม่สามารถจัดการตนเองในเรื่องการเจ็บป่วยได้

จากกรณีศึกษานี้นายปรีดาแสดงให้เห็นคุณลักษณะของการปฏิบัติตามแผนคือการออกกำลังกายบ้างและมีการแสวงหาการรักษาด้วยสมุนไพรบางชนิด ซึ่งคุณลักษณะที่กล่าวมาแตกต่างจากการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี กรณีศึกษานี้คล้ายกับมโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ก็ไม่ใช่มโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

กรณีศึกษาแบบตรงกันข้าม สำหรับมโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นตัวอย่างที่มีความชัดเจนของการไม่ใช่มโนทัศน์ (Not the concept) ดังข้อความด้านล่างนี้

นายคำ (นามสมมุติ) แรงงานชายชาวต่างชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน วัย 26 ปี สถานภาพโสด มีอาชีพรับจ้างทั่วไป นายคำได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีเมื่อเกือบ 1 ปีที่ผ่านมา ปัจจุบันนายคำได้มารับการตรวจรักษาและรับยาต้านไวรัสที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง โดยนายคำต้องจ่ายค่ายาและค่ารักษาด้วยตนเองทุกครั้ง นายคำมีข้อจำกัดในเรื่องการใช้ภาษาไทย ทำให้การสื่อสารภาษาไทยไม่มีประสิทธิภาพและนายคำไม่สามารถที่จะหาข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเองได้ดีเท่าที่ควรในเรื่องที่เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็น นายคำไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เช่น นายคำรับประทานยาต้านไวรัสไม่เป็นเวลา นายคำมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เป็นต้น นายคำไม่สามารถประเมินความผิดปกติเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเองได้ จึงส่งผลให้นายคำไม่สามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวี

สำหรับกรณีศึกษาแบบตรงกันข้ามนี้ นายคำไม่มีคุณลักษณะใด ๆ ของการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเลยจึงจัดว่าเป็นกรณีตรงกันข้ามกับมโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ขั้นตอนที่ 7 การระบุสิ่งที่มาก่อนและผลที่เกิดขึ้น (Identify antecedents and consequences)

สิ่งที่มาก่อนของมโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเป็นประเด็นหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาก่อน ก่อนที่จะมีการเกิดขึ้นของประเด็นมโนทัศน์คือการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสิ่งที่มาก่อนได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร (Information) ความตั้งใจ (Intention) สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) และการสนับสนุนด้านต่างๆ (Supports) ในประเด็นข้อมูลข่าวสาร (Information) นั้น รูปแบบของการให้ข้อมูลข่าวสารเป็นประเด็นที่สำคัญต่อการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากเนื่องจากหากรูปแบบของข้อมูลข่าวสารที่สื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับนั้นมีความซับซ้อน หรือยากต่อการเข้าถึงและเรียนรู้ในบริบทของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแล้ว การจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็ยากที่จะประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ร่วมกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ส่วนด้านความตั้งใจ ในการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นขึ้นอยู่กับกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายบุคคลเกิดความคิดที่จะมีการจัดการกับอาการและอาการแสดงของตนเอง โดยการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในแผนการจัดการตนเอง ทั้งนี้อาจจะต้องใช้การจูงใจและอธิบายการป้องกันการแพร่เชื้อและแผนการรักษาแก่ผู้ติดเชื้อ

เอชไอวีและครอบครัว อาจจะได้โดยวิธีการปรึกษาบุคคลหรือการสนทนากลุ่ม

สำหรับสมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความสามารถของตนเองในด้านการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้บรรลุความสามารถในเชิงปฏิบัติที่ได้กำหนดไว้ เป็นเป้าหมายภายใต้สถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง เป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำ และเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริง (Bandura, 1997) การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการคือ ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectancies) และความเชื่อในสมรรถนะ (Efficacy beliefs) คือการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำกิจกรรมใด ๆ ที่กำหนดไว้ได้ สมรรถนะแห่งตนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามลักษณะความยากง่ายของงานหรือสถานการณ์ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกำลังเผชิญอยู่ ส่วนเรื่องการสนับสนุนด้านต่าง ๆ นั้นจากการศึกษาวิจัยพบว่า ความสำเร็จในการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละคนนั้นขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนทางสังคมและอารมณ์จากครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพและชุมชนในพื้นที่ (Carrier, Budge, Hansen, & Gibbs, 2010; Shively, Smith, Bormann, & Gifford, 2002) ทั้งนี้การสนับสนุนทั้งหลายนั้นไม่เพียงแต่เป็นการสนับสนุนทางด้านจิตใจหรือจิตวิญญาณ แต่ยังรวมไปถึงการสนับสนุนด้านการเงินด้วย (Wanitkun, Batterham, Vichathai, Leetongin, & Osborne, 2011)

ส่วนผลที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการจัดการตนเองที่ดีแล้วจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Improved quality of life) มีการลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ (Reduced healthcare expenditure) มีการจัดการตนเองในด้านต่าง ๆ ดีขึ้น เช่น การมาพบแพทย์ตามนัด การใส่ใจสังเกตความผิดปกติของตนเองได้ดีขึ้น รวมทั้งมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น (Improved clinical outcomes) เช่น ความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรคลดลง (Reduced of sign and symptom intensity) ซึ่งเป็นอีกหนึ่งเป้าหมายที่สำคัญของการจัดการตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Webel, 2010)

ขั้นตอนที่ 8 การกำหนดสิ่งที่จะวัด (Define empirical referents)

การกำหนดสิ่งที่จะวัดของมโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นการกำหนดการวัดสำหรับคุณลักษณะที่ให้ไว้เพื่อแสดงการเกิดขึ้นของมโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยวัดในเรื่องการจัดการตนเองด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมด้วยการใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เรื่องการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV self-management in PLWH) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด 3 ด้าน (Webel et al., 2012) การสังเกต (Observation) เกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากการแสดงออก สีนัยท่าทาง สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และการแก้ปัญหาเรื่องต่าง ๆ เช่น การจัดการเรื่องอาการและอาการแสดงจากโรคการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง (Russell et al., 2016) รวมถึงใช้การทำกลุ่มสนทนา (Focus group) เกี่ยวกับการจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Khumsaen & Stephenson, 2017) เป็นต้น

การประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลและการวิจัย

การวิเคราะห์หัตถ์โนทัศน์ครั้งนี้ก่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนในความหมาย คุณลักษณะสำคัญและคุณลักษณะย่อยของการจัดการตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้สามารถจัดการตนเองเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น และเกิดการพัฒนาเครื่องมือประเมินการจัดการตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้อาจทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้

สรุป

การวิเคราะห์หัตถ์โนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้แนวคิดของ Walker and Avant เป็นกระบวนการตรวจสอบองค์ประกอบพื้นฐานของมโนทัศน์ ช่วยทำให้มโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งมีความคลุมเครือ สับสน เกิดความชัดเจนขึ้น ผลจากการวิเคราะห์ตามแนวคิดดังกล่าวได้คำจำกัดความของมโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และทำให้ได้คุณลักษณะของมโนทัศน์การจัดการตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ชัดเจน ซึ่งจะมีประโยชน์ในการวัดผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี นับว่าเป็นผลลัพธ์ทางบวกของการพยาบาลและมีประโยชน์ในการนำไปใช้ในการพัฒนาเครื่องมือเพื่อการวัดผลลัพธ์ของการศึกษาวิจัยหรือพัฒนาทฤษฎีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ชดช้อย วัฒนะ. (2558). การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 26(Suppl 1), 117-27.
- ณัฐวรรณ สุวรรณ, ศรีพรรณ กันธวัง, และสุมาลี เลิศมัลลิกาพร. (2561). การวิเคราะห์หัตถ์โนทัศน์จิตวิญญาณ. *รามาศิป์พยาบาลสาร*, 24(1), 1-12.
- อรนุช เรืองขจร และวราลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล. (2554). ประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคหืดโรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(3), 11-21.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Botes, A. (2002). Concept analysis: Some limitations and possible solutions. *Curationis*, 25(3), 23-27.
- Carrier, J., Budge, C., Hansen, C., & Gibbs, K. (2010). Providing and receiving self-management support for chronic illness: Patients' and health practitioners' assessments. *Journal of Primary Health Care*, 2(2), 124-129.
- Creer, T. L., & Holroyd, K. A. (1997). Self-management. In A. Baum, C. McManus, S. Newman, J. Weinman, & R. West (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health, and behavior* (pp. 255-258). Cambridge: Cambridge University Press.

- Gifford, A. L. & Groessl, E. J. (2002). Chronic disease self-management and adherence to HIV medication. *Journal of acquired Immune Deficiency Syndrome*, 15(Suppl. 3): S163–S166.
- Gifford, A. L. & Sengupta, S. (1999). Self-management health education for chronic HIV infection. *AIDS Care*, 11(1), 115-130.
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Self-management methods in helping people changes: A textbook of methods* (4th ed.; pp. 3053-3060). New York: Pergamon Press.
- Khumsaen, N., & Stephenson, R. (2017). Adaptation of the HIV/AIDS self-management education program for men who have sex with men in Thailand: An application of the ADAPT-ITT framework. *AIDS Education and Prevention*, 29(5), 401-417. doi: 10.1521/aeap.2017.29.5.401
- Khumsaen, N., & Stephenson, R. (2019). Feasibility and Acceptability of an HIV/AIDS Self-Management Education Program for HIV-positive Men who have Sex with Men in Thailand. *AIDS Education and Prevention*, 31(6), 553-566. doi: 10.1521/aeap.2019.31.6.553
- Lorig, K. (2003). Self-management education: More than a nice extra. *Medical Care*, 41(6), 699-701.
- Omisakin, F. D., Ncama, B. P., Igbinlade, A. S., & Ayandiran, E. O. (2015). Impact of self-management education on CD4 and health status of HIV/AIDS patients in semi-rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5, 25–33. doi:10.5430/jnep.v5n12p25
- Prior, K. N. & Bond, M. J. (2004) The roles of self-efficacy and abnormal illness behavior in osteoarthritis self-management. *Psychology, Health and Medicine*, 9, 177-192.
- Richard, A. A. & Shea, K. (2011). Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3): 255-264. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x
- Rodgers, B. L., Jacelon, C. S., & Knafl, K. A. (2018). Concept analysis and the advance of nursing knowledge: state of the science. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(4), 451-459. doi: 10.1111/jnu.12386
- Russell, S., Martin, F., Zalwango, F., Namukwaya, S., Nalugya, R., Muhumuza, R., Katongole, J., & Seeley, J. (2016). Finding Meaning: HIV Self-Management and Wellbeing among People Taking Antiretroviral Therapy in Uganda. *PloS One*, 11(1), 1-16. doi: 10.1371/journal.pone.0147896
- Sanjobo, N., Frich, J.C., & Fretheim, A. (2008). Barriers and facilitators to patients' adherence to antiretroviral treatment in Zambia: a qualitative study. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*, 5(3), 136-143.
- Shively, M., Smith, T., Bormann, J., & Gifford, A. (2002). Evaluating self-efficacy for HIV disease management skills. *AIDS and Behavior*, 6(4), 371-379.

- Tanner, E. K. (2004). Home health care. chronic illness demands for self-management in older adults. *Geriatric Nursing*, 25, 313-317.
- Udlis, K. A. (2011). Self-management in chronic illness: Concept and dimensional analysis. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses*, 3(2), 130-139. doi: 10.1111/j.1752-9824.2011.01085.x
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2005). *Strategies for theory construction in nursing* (4th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Wanitkun, N., Batterham, R., Vichathai, C., Leetongin, G., & Osborne, R. H. (2011). Building equity in chronic disease management in Thailand: A whole-system provincial trial of systematic, pro-active chronic illness care. *Chronic Illness*, 7(1), 31-44. doi:10.1177/1742395310389495
- Webel A. R. (2010). Testing a peer-based symptom management intervention for women living with HIV/AIDS. *AIDS Care*, 22(9), 1029–1040. doi: 10.1080/09540120903214389
- Webel, A. R., Asher, A., Cuca, Y., Okonsky, J. O., Burant, C., Kaihura, A., ...Salata, R. (2012). Measuring HIV self-management in women living with HIV/AIDS: A psychometric evaluation study of the HIV self-management scale. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 60(3), e72-e81. doi: 10.1097/QAI.0b013e318256623d

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาลขอเชิญชวนส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร โดยผลงานวิชาการที่ลงตีพิมพ์ทุกเรื่องจะได้รับการพิจารณาและกลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ อย่างน้อยเรื่องละ 2 คน โดยผู้พิจารณาและผู้นิพนธ์ไม่ทราบชื่อกันและกัน (Double-blinded review)

ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์

วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล รับผิดชอบตีพิมพ์ผลงานวิชาการ 2 ประเภท ดังนี้

1. รายงานผลการวิจัยทางสุขภาพและการศึกษาพยาบาล
2. บทความวิชาการที่เกี่ยวกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ แบ่งเป็น 3 ประเภทดังนี้
 - 2.1 บทความจากการทบทวนวรรณกรรม (Literature review)
 - 2.2 บทความเกี่ยวกับทฤษฎี (A theory-oriented paper)
 - 2.3 บทความเกี่ยวกับวิธีวิทยาการวิจัย (A methodological paper)

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงาน

กองบรรณาธิการจะรับพิจารณาเฉพาะต้นฉบับที่จัดทำตามเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

เงื่อนไขก่อนกระบวนการกลั่นกรองผลงาน

1. ผู้นิพนธ์ต้องชำระค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์ จำนวน 4,000 บาท เมื่อบทความเข้าสู่กระบวนการกลั่นกรองแล้ว จะไม่คืนเงินไม่ว่ากรณีใดๆ
2. ผลงานวิจัยจะต้องได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากหน่วยงานที่เก็บข้อมูลมหาวิทยาลัย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยส่งสำเนาหนังสือรับรองมาพร้อมกับบทความต้นฉบับ

เงื่อนไขด้านจริยธรรมของผู้นิพนธ์

1. ผลงานวิชาการที่ส่งเพื่อรับการพิจารณาจะต้องเป็นผลงานใหม่ ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน หรือไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น และต้องไม่มีการคัดลอกผลงาน (Plagiarism) ทั้งของตนเองและผู้อื่น หากผู้นิพนธ์ประสงค์จะยกเลิกการพิจารณาโปรดอีเมลแจ้งมาที่กองบรรณาธิการ
2. ในรายงานผลการวิจัย ผู้นิพนธ์ต้องรายงานข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น ไม่ให้ข้อมูลที่บิดเบือนหรือทำให้เข้าใจผิด และผู้นิพนธ์ที่มีชื่อในบทความทุกคนต้องมีส่วนในการดำเนินการวิจัยจริง
3. หากมีการนำผลงานวิชาการของผู้อื่นมาใช้ในผลงานตัวเอง ผู้นิพนธ์ต้องอ้างอิงอย่างครบถ้วนทั้งในเนื้อหา (In-text citation) และเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ (Reference list) โดยใช้รูปแบบการอ้างอิงของสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา (American Psychological Association [APA]) ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6

เงื่อนไขด้านความถูกต้องของรูปแบบเอกสารและอื่นๆ

1. เขียนบทความโดยใช้เทคนิคการเขียนเชิงวิทยาศาสตร์ (Scientific writing) เพื่อสื่อสารข้อมูลไปยังนักวิทยาศาสตร์ในสาขาอื่น ตรวจสอบความถูกต้องของไวยากรณ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ภาษาที่ผู้อ่านเข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงศัพท์เฉพาะวิชาชีพ หากแปลหรือเขียนทับศัพท์ภาษาต่างประเทศให้ใช้ตามคำแนะนำของราชบัณฑิตยสภา

2. จัดรูปแบบเอกสารตามคำแนะนำในการส่งต้นฉบับอย่างเคร่งครัด เขียนบทคัดย่อให้สอดคล้องกันทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยให้มีผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษตรวจสอบก่อนการส่งบทความ

3. แก้ไขต้นฉบับตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการอย่างครบถ้วน แม้ว่าจะตรวจพบข้อแก้ไขหลังการออกหนังสือตอบรับแล้วก็ตาม หรือมีคำอธิบายที่เหมาะสมกรณีไม่ประสงค์จะแก้ไข แล้วจัดส่งบทความที่แก้ไขแล้วมายังกองบรรณาธิการในระยะเวลาที่กำหนด

เป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์ในการปฏิบัติตามเงื่อนไขดังกล่าวอย่างเคร่งครัดและครบถ้วนทั้งก่อน ระหว่างและหลังกระบวนการกลั่นกรอง หากมีการตรวจพบข้อเท็จจริงในภายหลังว่าต้นฉบับไม่ถูกต้องตามเงื่อนไข กองบรรณาธิการฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการยกเลิกการพิจารณา ยกเลิกใบตอบรับ หรือถอนบทความออกจากวารสาร

ในกรณีที่ผู้นิพนธ์มีเจตนาละเมิดจรรยาบรรณ เช่น เขียนข้อมูลเท็จ ทำให้เข้าใจผิดว่าผลงานผู้อื่นเป็นผลงานของตนเอง ส่งผลงานเข้ารับการพิจารณาซ้อนกับวารสารอื่น หรือละทิ้งผลงานโดยไม่แจ้งล่วงหน้า กองบรรณาธิการฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการส่งหนังสือแจ้งไปยังผู้บังคับบัญชาหรืออาจารย์ที่ปรึกษา หากผลงานนั้นเกี่ยวข้องกับการศึกษาในทุกระดับ และไม่รับพิจารณาผลงานอีกต่อไป

ทั้งนี้วารสารจะไม่รับผิดชอบใดๆ ในกรณีที่ตรวจพบภายหลังว่าบทความนั้นเป็นการคัดลอกผลงานวิชาการ (Plagiarism)

คำแนะนำในการส่งต้นฉบับ*

คำแนะนำทั่วไป

1. ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษมีเนื้อความตรงกัน
2. พิมพ์ชื่อผู้พิมพ์และผู้ร่วมพิมพ์พร้อมวุฒิการศึกษาสูงสุด (ย่อ) ไว้ใต้ชื่อเรื่อง ส่วนตำแหน่งวิชาชีพและสถานที่ทำงานเขียนไว้ที่เชิงอรรถ
3. มีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่ควรเกิน 300 คำ จัดเป็นย่อหน้าเดียว ไม่จัดเยื้อง
4. เขียนอ้างอิงถูกต้องตรงกันทั้งในเนื้อหาและรายการท้ายเรื่อง จำนวนไม่ควรเกิน 30 ชื่อเรื่อง
5. ความยาวต้นฉบับ
 - 5.1 บทความวิจัย 15 หน้า รวมเอกสารอ้างอิงและบทคัดย่อ
 - 5.2 บทความวิชาการ 12 หน้า รวมเอกสารอ้างอิงและบทคัดย่อ

คำแนะนำในการเขียนบทคัดย่อเฉพาะประเภท

1. บทคัดยอรายงานการวิจัย ประกอบด้วยปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะสำคัญของระเบียบวิธีวิจัยที่เลือกใช้ ผลการวิจัย โดยให้รายงานสถิติที่สำคัญ รวมทั้งขนาดของผล (Effect size) ช่วงความเชื่อมั่น (Confidence interval) และระดับนัยสำคัญ
2. บทคัดยอรายงานการทบทวนวรรณกรรมหรือการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ประกอบด้วยปัญหาการวิจัย เกณฑ์ในการประเมินและเลือกรายงานการวิจัย ประเภทของผู้เข้าร่วมการวิจัยในรายงานวิจัยที่เลือกมา รายงานผลการวิจัยที่สำคัญ รวมถึงขนาดของผลที่สำคัญที่สุด และตัวแปรกำกับ (Moderator) ที่สำคัญต่อขนาดของผลเหล่านั้น สรุป ข้อจำกัด และคำแนะนำการนำไปใช้ในด้านทฤษฎี นโยบาย และ/หรือ การปฏิบัติ
3. บทคัดยอบทความเกี่ยวกับทฤษฎี นำเสนอแนวคิดพื้นฐานและลักษณะสำคัญของทฤษฎีปรากฏการณ์ที่เหมาะสมในการนำทฤษฎีไปอธิบาย และเชื่อมโยงไปสู่ผลลัพธ์ที่ได้จากการนำทฤษฎีไปใช้
4. บทคัดยอบทความเกี่ยวกับวิธีวิทยาการวิจัย อธิบายการแบ่งประเภทและลักษณะสำคัญของวิธีวิจัยที่นำเสนอ ลักษณะปัญหาการวิจัยที่เหมาะสมในการนำไปใช้กระบวนการ ลักษณะสำคัญหรือประเด็นการวิเคราะห์ทางสถิติที่เกี่ยวข้องกับระเบียบวิธีที่นำเสนอ

คำแนะนำสำหรับบทความแต่ละประเภท

บทความวิชาการ มีส่วนประกอบเหมือนในคำแนะนำทั่วไป และแบ่งเนื้อหาเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. บทนำให้อธิบายการได้มาซึ่งความรู้และความสำคัญของเรื่องที่เขียน และจุดประสงค์การเขียน
2. เนื้อเรื่อง แบ่งเป็นหัวข้อใหญ่ หัวข้อย่อย และหัวข้อย่อยตามความเหมาะสม
3. บทสรุป สรุปสาระสำคัญและเน้นให้เห็นความสำคัญของหัวข้อที่เขียนต่อวิชาชีพพยาบาล

*ใช้สำหรับวารสารปีที่ 26 ฉบับที่ 2 เป็นต้นไปจนกว่าจะมีการปรับปรุง

บทความวิจัย แบ่งเนื้อหา ดังนี้

1. บทนำ (หัวข้อใหญ่) ให้อธิบายความสำคัญของประเด็นที่ศึกษาความสัมพันธ์กับงานวิจัยที่ผ่านมา สมมติฐาน จุดประสงค์ และการเชื่อมโยงกับทฤษฎีที่ใช้ แบ่งเป็นหัวข้อรองดังนี้

- วัตถุประสงค์ และ/หรือ คำถามการวิจัย (ถ้ามี)
- สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

2. วิธีดำเนินการวิจัย (หัวข้อใหญ่) เขียนย่อหน้า 1 ย่อหน้า เกี่ยวกับการออกแบบการวิจัย ระยะเวลาและสถานที่เก็บข้อมูล และขอบเขตการวิจัย แล้วแบ่งหัวข้อรอง ตามลำดับดังนี้

- นิยามเชิงปฏิบัติการ (ถ้ามี) อธิบายความหมายของตัวแปรและวิธีการวัดในการวิจัยนี้
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง อธิบายลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กระบวนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น
- การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ระบุหมายเลขการรับรองวันที่และช่วงเวลาที่รับรองโดยคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หากเป็นการวิจัยในกลุ่มเปราะบางหรือลักษณะพิเศษ เช่น เด็ก สตรีตั้งครรภ์ หรือพระภิกษุ ให้อธิบายพอสังเขปว่านักวิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ให้เหมาะสมกับกลุ่มเปราะบางเหล่านั้นอย่างไร
- เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย อธิบายลักษณะเครื่องมือโดยสังเขป ระบุว่าเป็นการสร้างหรือพัฒนาจากเครื่องมืออื่น รวมทั้งจำนวนข้อ การตอบ ระดับ วิธีการวัด และการให้คะแนน
- การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ อธิบายการหาความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ หากพัฒนาจากเครื่องมือเดิมให้อ้างอิงและระบุขั้นตอนการขอตัดแปลงหรือแปลเครื่องมือ
- วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายขั้นตอนการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง การบริหารเครื่องมือวิจัย อาจเขียนเป็นแผนภูมิประกอบหากการวิจัยนั้นมีหลายขั้นตอน หรือมีกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม
- การวิเคราะห์ข้อมูล ระบุสถิติที่ใช้วิเคราะห์ให้เหมาะสมตามประเภทของข้อมูล ตัวแปรหรือระดับการวัด รวมทั้งผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (ถ้ามี) ของสถิติที่เลือกใช้

3. ผลการวิจัย (หัวข้อใหญ่) เขียนสรุปการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนำเสนอ 1 ย่อหน้า แล้วอธิบายผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด รวมทั้งส่วนที่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ไม่คาดคิด หรือมีขนาดของผลน้อย (Small effect size)

4. อภิปรายผลการวิจัย (หัวข้อใหญ่) เขียนให้ชัดเจนว่าผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานหรือไม่ แล้วอภิปรายความคิดเห็นของนักวิจัยประกอบกับวรรณกรรมอื่นที่เห็นตรงหรือแย้งกัน ควรเขียนตามลำดับสมมติฐานหรือวัตถุประสงค์ และจัดหัวข้อตามรูปแบบการพิมพ์ในตารางที่ 1

5. สรุปและข้อเสนอแนะ (หัวข้อใหญ่) เขียนย่อหน้าสรุปข้อคิดเห็นของนักวิจัยต่อผลการวิจัยที่สำคัญ โดยมีเหตุผลสนับสนุนอย่างหนักแน่นเพียงพอ เขียนความสำคัญของผลการวิจัยต่อการพัฒนาทฤษฎี การปฏิบัติการพยาบาล หรือการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง ตลอดจนปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข หรือประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่จากข้อค้นพบในการวิจัยนี้

6. กิตติกรรมประกาศ (หัวข้อใหญ่) ขอบคุณบุคคลหรือองค์กรที่มีส่วนช่วยเหลือในการวิจัยนี้ (ถ้ามี)

7. เอกสารอ้างอิง (หัวข้อใหญ่) เขียนถูกต้องตามรูปแบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 และมีรายการครบถ้วนตามที่ได้อ้างในเนื้อหา

การจัดรูปแบบทั่วไป

พิมพ์ต้นฉบับบทความด้วยโปรแกรม **Microsoft word** กำหนดขนาดกระดาษเป็น **A4** จักระยะขอบกระดาษ **1 นิ้ว**โดยรอบ ใช้อักษร **Angsana new** ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 บรรทัด และจัดรูปแบบในหัวข้อต่างๆ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการพิมพ์เพื่อเตรียมต้นฉบับบทความ

รายการ	ลักษณะตัวอักษร	รูปแบบการพิมพ์	ขนาดตัวอักษร
ชื่อบทความ	หนา	กลางหน้ากระดาษ	18
ชื่อผู้เขียนบทความ	เอน	ชิดขวา	16
บทคัดย่อ	ปกติ	กลางหน้ากระดาษ	18
Abstract	ปกติ	กลางหน้ากระดาษ	18
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานของผู้แต่ง (เชิงอรรถ)	ปกติ	ชิดซ้าย	14
หัวข้อใหญ่	หนา	ชิดซ้าย	18
หัวข้อรอง	หนา	ชิดซ้าย	16
หัวข้อย่อย	ปกติ	ใช้หมายเลขกำกับ (ไม่เกิน 4 ลำดับ)	16
ข้อความในเนื้อหา	ปกติ		16
ข้อความในตาราง	ปกติ		14

การส่งบทความ

ส่งต้นฉบับที่สมบูรณ์ผ่านช่องทางของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai – Journal Citation Index Centre [TCI]) ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/issue/view/14215> หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม โปรดติดต่อที่หมายเลขโทรศัพท์ 044-243-020 ต่อ 112 หรือ โทร. 093 – 321-8357 (ผู้จัดการวารสาร) หรือ E-mail : ascharintorn@knc.ac.th โทร. 086-891-8522 (บรรณาธิการวารสาร) หรือทาง E-mail: journal@knc.ac.th

การเขียนอ้างอิงแบบ APA Style

คำแนะนำนี้สรุปเฉพาะการเขียนอ้างอิงตามคู่มือ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 ประเด็นอื่นที่ไม่ได้กล่าวไว้เช่น การใช้อักษรย่อ การนำเสนอสถิติและการออกแบบตาราง เป็นต้น ให้ผู้แต่งยึดตามคู่มือดังกล่าวเป็นหลัก

การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation)

ใช้วิธีการอ้างอิงแบบนาม-ปี ผู้แต่งชาวไทยให้ระบุชื่อและนามสกุล ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และปีที่พิมพ์ ส่วนผู้แต่งชาวต่างประเทศให้ระบุเฉพาะนามสกุล ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และปีที่พิมพ์ ถ้ามีผู้แต่ง 3-5 คน ให้ระบุชื่อผู้แต่งทั้งหมดในการอ้างอิงครั้งแรก แต่ครั้งต่อไปให้อ้างคนแรก และตามด้วย *และคณะ* หรือ *et al.* ถ้าผู้แต่งมี 6 คนขึ้นไป ให้อ้างอิงคนแรกและตามด้วย *และคณะ* หรือ *et al.* ในการอ้างอิงทุกครั้ง (ดูตัวอย่างในตารางที่ 2) ทั้งนี้การใช้คำว่า *และ* and หรือเครื่องหมาย & (An ampersand) กรณีผู้แต่งชาวต่างประเทศ หากชื่อผู้แต่งอยู่บนวงเล็บให้ใช้คำว่า *and* หากอยู่ในวงเล็บให้ใช้ สัญลักษณ์ & แทน ส่วนภาษาไทยใช้คำว่า *และ* ทั้งสองตำแหน่ง

การอ้างอิงในเนื้อหาในวงเล็บแบบมี 2 รายการขึ้นไป ถ้าผู้แต่งคนละคนให้เรียงรายการตามลำดับอักษรเช่นเดียวกับที่เขียนในเอกสารอ้างอิงท้ายบท ค้นแต่ละรายการด้วยอฒภาค (;) เช่น ...ค้นพบว่าช่วยให้อาการของโรคดีขึ้น (Lee Mi & Hur Myung, 2011; Smith, Collins, & Crowther, 2011) ถ้าผู้แต่งเป็นคนเดียวกัน แต่มีเอกสารอ้างอิงหลายรายการ ให้เขียนชื่อผู้แต่งเพียงครั้งเดียว แล้วเรียงลำดับรายการอื่นตามปีที่พิมพ์ เช่น จากการศึกษาเกี่ยวกับค้นพบว่า (Lee Mi & Hur Myung, 2011; Smith, Collins & Crowther, 2011, 2012, 2013, in press) ผู้วิจัยพบว่าผลลัพธ์มีความแตกต่างกัน

ตัวอย่างการวางตำแหน่ง นาม-ปี ที่อ้าง

ให้ผู้แต่งพิจารณาว่าจะอ้างอิงอยู่ในขลิติต (วงเล็บ) หรือนอกวงเล็บตามความเหมาะสม เช่น

ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาตามการรับรู้ของตนเองและของอาจารย์อยู่ในระดับที่ต่ำ (กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, รัชญวลัย บุญประสิทธิ์, และสุนทรี ภิญญมิตร, 2553)

กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, รัชญวลัย บุญประสิทธิ์, และสุนทรี ภิญญมิตร (2553) ศึกษาค่าเฉลี่ยสมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาตามการรับรู้ของตนเองและของอาจารย์พบว่าอยู่ในระดับต่ำ

ตัวอย่างการยกข้อความมาอ้างโดยตรง

การอ้างอิงข้อความหรือคำพูดที่คัดคำมาจากวรรณกรรมหรือบทสัมภาษณ์โดยตรง (Direct quotation) หากมีน้อยกว่า 40 คำ ให้เขียนรวมไว้ในย่อหน้า โดยใส่เครื่องหมายอัญประกาศแล้วอ้างอิงชื่อผู้แต่งปีและลำดับหน้าไว้ในวงเล็บท้ายข้อความ เช่น *She stated, "Students often had difficulty using APA style" (Jones, 1998, p. 199), but she did not offer an explanation.* ถ้ามี 40 คำขึ้นไป ให้ตัดเป็นย่อหน้าแยกออกจากย่อหน้าอื่นโดยจัดเยื้อง 0.5 นิ้ว (Block quotation) ไม่ต้องใส่เครื่องหมายอัญประกาศ เช่น ...ที่มกลยุทธ์การบริหารจัดการ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยผู้วิจัยได้ระบุว่า

จากข้อมูลที่ผ่านมายังไม่มีกรรวบรวมวิธีการที่เหมาะสมกับการบริหารจัดการเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลในประเทศไทย ... ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานในการค้นคว้าอ้างอิงต่อไป (อุดม ภู่วโรดม และคณะ, 2562, น. 98)
หมายเหตุ จุดไข่ปลา (Ellipsis) หมายถึงมีการละข้อความบางส่วน

ตารางที่ 2 ตัวอย่างการอ้างอิงในเนื้อหา

ประเภทการอ้างอิง	ครั้งแรก		ครั้งต่อมา	
	ชื่อผู้นอกวงเล็บ	ชื่ออยู่ในวงเล็บ	ชื่อผู้นอกวงเล็บ	ชื่ออยู่ในวงเล็บ
ผู้แต่ง 1 คน แบบมีและไม่มี การอ้างหน้า	ทิสนา แคมมณี (2551)	(ทิสนา แคมมณี, 2551)	ทิสนา แคมมณี (2551)	(ทิสนา แคมมณี, 2551)
	Ramer (2008)	(Ramer, 2008)	Ramer (2008)	(Ramer, 2008)
	Ramer (2008, pp. 38-45)	(Ramer, 2008, pp. 38-45)	Ramer (2008, pp. 38-45)	(Ramer, 2008, pp. 38-45)
ผู้แต่ง 2 คน	Lee Mi and Hur Myung (2011)	(Lee Mi & Hur Myung, 2011)	Lee Mi and Hur Myung (2011)	(Lee Mi & Hur Myung, 2011)
	กนกกร ทิปชัย และสุณี ไทรนา (2554)	(กนกกร ทิปชัย และสุณี ไทรนา, 2554)	กนกกร ทิปชัย และสุณี ไทรนา (2554)	(กนกกร ทิปชัย และสุณี ไทรนา, 2554)
ผู้แต่ง 3 คน	Smith, Collins, and Crowther (2011)	(Smith, Collins, & Crowther, 2011)	Smit et al. (2011)	(Smith et al., 2011)
ผู้แต่ง 4 คน	Ozgoli, Aryamanesh, Mojab, and Majd (2013)	(Ozgoli, Aryamanesh, Mojab, & Majd, 2013)	Ozgoli et al. (2013)	(Ozgoli et al., 2013)
ผู้แต่ง 5 คน	Hay, Elias, Fielding-Barnsley, Homel, and Freiberg (2007)	(Hay, Elias, Fielding- Barnsley, Homel, & Freiberg, 2007)	Hay et al. (2007)	(Hay et al., 2007)
	กมลศรี สมใจ, ธาริณี บุญญสิทธิ, มณฑา ทองอุไร, วันดี เข้มจิรา, และระวีวรรณ วรารักษ์ (2555)	(กมลศรี สมใจ, ธาริณี บุญญสิทธิ, มณฑา ทองอุไร, วันดี เข้มจิรา, และระวีวรรณ วรารักษ์, 2555)	กมลศรี สมใจ และคณะ (2555)	(กมลศรี สมใจ และคณะ, 2555)
ผู้แต่ง 6 คน - ขึ้นไป	Norris-Shortle et al. (2006)	(Norris-Shortle et al., 2006)	Norris-Shortle et al. (2006)	(Norris-Shortle et al., 2006)
	ศรีสุภา รัตนา และคณะ (2550)	(ศรีสุภา รัตนา และคณะ, 2550)	ศรีสุภา รัตนา และคณะ (2550)	(ศรีสุภา รัตนา และคณะ, 2550)

การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง (References list)

ให้เรียงรายการตามลำดับอักษร จัดให้รายการที่เป็นภาษาไทยขึ้นก่อน รายการที่ปรากฏในท้ายเรื่อง จะต้องมีการอ้างอิงในเนื้อหาทุกรายการ และรายการที่ปรากฏในเนื้อหาทุกรายการต้องอยู่ในรายการอ้างอิง ท้ายเรื่องเช่นเดียวกัน จัดรูปแบบแต่ละรายการโดยการจัดเยื้อง (Hanging indentation) บรรทัดที่สองเยื้อง จากบรรทัดแรก 5 อักษร ไม่กด Enter ในรายการเดียวกัน และไม่กด Tab หรือ Control+Shift หลักการทั่วไป คือ เครื่องหมายวรรคตอน เช่น มหัพภาค (จุด) ทวิภาค (โคลอน) หรือจุลภาค (คอมมา) ต้องอยู่ชิดกับอักษร ตัวหน้าของเครื่องหมาย และเคาะวรรค 1 ครั้งก่อนอักษรต่อไป

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงท้ายเรื่อง

อ้างอิงจากหนังสือ

ผู้เขียน 1 คน

บุญธรรม กิจปรีดาภิสุทธี. (2554). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.

Eliopoulos, C. (2014). *Gerontological nursing* (9th ed.). Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

ผู้เขียน 2 คน

พิเชษ อุดมรัตน์, และสรยุทธ วาสิกนันนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

Glovinsky, P., & Speilman, A. (2005). *The insomnia answer*. New York: Penguin Group.

ผู้เขียน 3-7 คน

พชร สันทัด, สุรชาติ ฅ นองคาย, สมาน งามสนิท, ฐนันดรศักดิ์ บวรนนท์กุล, เชษฐรัชดา พรธนาธิกุล, กฤษฎี สถิตวัฒนานนท์, และประยงค์ เต็มขวลา. (2557). *ศาสตร์และศิลป์การบริหารการพัฒนา มนุษย์*. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมคุณธรรม.

James, E. A., Slater, T., & Bucknam, A. (2012). *Action research for business, nonprofit, & public administration: A tool for complex times*. Los Angeles, CA: SAGE.

ผู้เขียน 8 คน หรือมากกว่า 8 คน

ให้ระบุชื่อทุกคนแรก คั่นด้วยจุลภาค วรรค 1 ระยะ ตามด้วยจุดไข่ปลา (. .) โดยหน้าและหลังแต่ละ จุดเว้น 1 ระยะ ตามด้วยชื่อคนสุดท้าย

ไพฑูรย์ สีนลารัตน์, งามพันธุ์ สัยศรี, วิชญา ผิวคำ, ชาญนุช สิงห์พันธุ์, นุสรานามเดช, พัชราวลัย อินทร์สุข, . . . เกรียง จิตจำเริญพร. (2557). *สัจตลักษณ์ของครูผู้นำ*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

Berman, A., Snyder, S. J., Levett-Jones, T., Dwyer, T., Hales, M., Harvey, N., ... Stanley, D. (2012). *Kozier and Erb's fundamentals of nursing* (2nd Aust. ed.). Frenchs Forest, Australia: Pearson Australia.

อ้างอิงบทในหนังสือที่มีบรรณาธิการ

วิมลพรรณ สังข์สกุล. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจ. ใน พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลเด็ก 2* (ฉบับปรับปรุง; น. 63-150). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.

Stewart, B. (2007). Wag of the tail: Reflecting on pet ownership. In J. Jaimeson, T. Bannerman, & S. Wong (Eds.), *Enriching our lives with animals* (pp. 97-105). Toronto, Canada: Petlove Press.

อ้างอิงหนังสืออิเล็กทรอนิกส์

Ochs, S. (2004). A history of nerve functions: From animal spirits to molecular mechanisms [ebrary Reader version]. Retrieved from <http://www.ebrary.com/corp/>

อ้างอิงหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีบรรณาธิการแต่ไม่มี DOI

Scott, D. (2005). Colonial governmentality. In J. X. Inda (Ed.), *Anthropologies of modernity* (pp. 21-49). Retrieved from <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/bookhome/117909832>

อ้างอิงหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีบรรณาธิการและมี DOI

Iacono, W. G. (2008). Polygraph testing. In E. Borgida & S. T. Fiske (Eds.), *Beyond common sense: Psychological science in the courtroom* (pp. 219-235). doi:10.1002/9780470696422

อ้างอิงบทความจากวารสาร

อุดม ภู่วโรดม, ภูพิงค์ เอกะวิภาต, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล, ทศนีย์ ดันติฤทธิศักดิ์, และสมชาย ไตฉะบุตร. (2562). การจัดการกับการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง: ต้นแบบการเรียนรู้. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(1), 95-107.

Poulard, F., Dimet, J., Martin-Lefevre, L., Bontemps, F., Fiancette, M., Clementi, E., . . . Reignier, J. (2010). Impact of not measuring residual gastric volume in mechanically ventilated patients receiving early enteral feeding: A prospective before-after study. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 34(2), 125-130.

อ้างอิงบทความจากวารสารออนไลน์

Ballard, S. D., March, G., & Sand, J. K. (2015). Creation of a research community in a K-12 school research and evidence based practice. *Evidence Based Library and Information Practice*, 4(2), 8-36. Retrieved from <http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/EBLIP/index>

อ้างอิงบทความจากวารสารที่มี DOI สามารถทำได้ 2 แบบ ดังนี้

Herbst, D. M., Griffith, N. R., & Slama, K. M. (2014). Rodeo cowboys: Conforming to masculine norms and help-seeking behaviors for depression. *Journal of Rural Mental Health*, 38, 20–35. doi:10.1037/rmh0000008

Herbst, D. M., Griffith, N. R., & Slama, K. M. (2014). Rodeo cowboys: Conforming to masculine norms and help-seeking behaviors for depression. *Journal of Rural Mental Health*, 38, 20–35. <http://dx.doi.org/10.1037/rmh0000008>

อ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ชัยญรัตน์ สลักคำ. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในงานของบุคลากรในฝ่ายการพยาบาลศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกมหาวิทยาลัยมหิดล(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

อ้างอิงจาก Website

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2559). ใช้ยาสมเหตุผล ปวดคภัย คุ่มค่า ด้วย 6 กุญแจสำคัญ. สืบค้นจาก <http://www.isranews.org/isranews/item/49489%E0%B9%87hsir240859.html>

Rojjanasiriat, W. (2012). Employers' support for breastfeeding questionnaire. Retrieved from <https://www.questionpro.com/a/q/employers-support-for-breastfeeding-questionnaire-2891700>.

การนำเสนอค่าสถิติ

ตารางที่ 3 ตัวอย่างการนำเสนอค่าสถิติที่สำคัญ

สถิติ	ตัวอย่างการนำเสนอ	ข้อสังเกต
Mean and standard deviation	$M = 3.45, SD = 1.21$	M และ SD ใช้อักษรเอียง
Mann-Whitney	$U = 67.5, p = .034, r = .38$	U p และ r ใช้อักษรเอียง
Wilcoxon signed-ranks	$Z = 4.21, p < .001$	Z และ p ใช้อักษรเอียง
Sign test	$Z = 3.47, p = .001$	Z และ p ใช้อักษรเอียง
t-test	$t(19) = 2.45, p = .031, d = 0.54$	T, p และ d ใช้อักษรเอียง
ANOVA	$F(2, 1279) = 6.15, p = .002, \eta^2 = 0.010$	F และ p ใช้อักษรเอียง
Pearson's correlation	$r(1282) = .13, p < .001$	r และ p ใช้อักษรเอียง

หลักการนำเสนอตัวเลข

1. การนำเสนอตัวเลขแสดงจำนวนที่มีเพียงจำนวนเต็มเท่านั้น (เช่น จำนวนคน) ไม่ต้องมีทศนิยม
2. นำเสนอค่า p -values ตามที่เป็นจริงจากการคำนวณ ยกเว้นกรณีที่ SPSS คำนวณได้ .000 ให้รายงานเป็น $p < .001$
3. ค่าที่จำนวนเต็มไม่เกิน 1 (เช่น สหสัมพันธ์) ให้ เลข 0 หน้าทศนิยม เช่น $r(1282) = .13$