วารสารแพทย์นาวี

Royal Thai Navy Medical Journal

วารสารราย 4 เดือน ปีที่ 46 • ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2562 • Volume 46 No.1 January-April 2019 • ISSN: 0125-6971



บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

- ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน
- การวิเคราะห์อภิมานปัจจัยเชิงเหตุของความสุขในการทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ
- ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น
- การเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายเบื้องต้นที่สัมพันธ์ต่อการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรงในนักเรียนหลักสูตรการฝึกทหารของกองทัพเรือ
- ผลของโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
- ผลของโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลต่อความเจ็บปวดและระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วในผู้คลอดครรภ์แรก
- ผลของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงาน พฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร
- ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี
- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรงต่อภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน
- การปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
- ความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี
- อยู่กับอาการหืดกำเริบที่มาพร้อมกับความทรมาน : ประสบการณ์การเจ็บป่วยของเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกิน
- ความต้องการและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี

บทความวิชาการ

- ภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงานของคนประจำเรือ

Special Topic

- Supplement & Eye Disease

วารสารแพทย์นาวี ได้ผ่านการรับรองคุณภาพวารสารเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1 สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

วารสารแพทย์นาวี

Royal Thai Navy Medical Journal

ISSN : 0125-6971

วัตถุประสงค์

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

เจ้าของ

กรมแพทย์ทหารเรือ

คณะที่ปรึกษา

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

บรรณาธิการ

นาวาเอกหญิง ดร.พว. ธนพร	แย้มสุดา

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นาวาเอกหญิง พว. อังคณา	นวลยง
นาวาโทหญิง พว. วรรณพร	ทองแสงจันทร์

กองบรรณาธิการ

พลโท นพ. สืบพงษ์	สังขะรมย์	สมาคมแพทย์ทหารแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
พลโท นพ. กฤษฎา	ดวงอุไร	กรมแพทย์ทหารบก
ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ นพ. สาระเนตร์	ไวคกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ นพ. นครชัย	เผื่อนปฐม	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศาสตราจารย์ ดร.นพ. พรชัย	สิทธิศรัณย์กุล	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศาสตราจารย์ ทพ.ดร. สิทธิชัย	ขุนทองแก้ว	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
รองศาสตราจารย์ พว. สุธีรา	ฮุนตระกูล	ข้าราชการบำนาญ
รองศาสตราจารย์ ดร.พว. ศิริพันธุ์	ศิริพันธุ์	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.ภกญ. กัญญดา	อนุวงศ์	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
รองศาสตราจารย์ ดร.พว. สุปรีดา	มั่นคง	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.พว. นพวรรณ	เปียซื่อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.พว. จอนผะจง	เพ็งจาด	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
รองศาสตราจารย์ ดร.พว. สุภาพ	ไทยแท้	มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร.พว. ทิพย์สัมพร	เกษโกมล	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
พันเอก รองศาสตราจารย์ นพ. สุชี	พานิชกุล	ศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พว. สุนทราวดี	เธียรพิเชฐ	สภาการพยาบาล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พว. รุ่งระวี	นาวีเจริญ	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พว. ประทุม	สร้อยวงศ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พว. เยาวลักษณ์	เสรีเสถียร	ข้าราชการบำนาญ
พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พว. สายสมร	เฉลยกิตติ	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
ดร.พว. ศุภร์ใจ	เจริญสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
ดร.พว. กมลรัตน์	เทอร์เนอร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
ดร.พว. สุภาพร	วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
ดร.พว. นิสากร	วิบูลชัย	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
นาวาโท นพ. ธนวัฒน์	ศุภนิตยานนท์	บริษัทเชลล์แห่งประเทศไทย จำกัด
นาวาเอก นพ. ขจิตร์	อุษณีษ์สวัสดิ์ชัย	กรมแพทย์ทหารเรือ
นาวาเอก นพ. ดนัย	ป่านแดง	กรมแพทย์ทหารเรือ
นาวาเอก นพ. ปิยะวัฒน์	วงษ์วานิช	กรมแพทย์ทหารเรือ
นาวาเอก นพ. ก่อพงศ์	หังสพฤกษ์	กรมแพทย์ทหารเรือ
นาวาเอก นพ. ธนษวัฒน์	ชัยกุล	กรมแพทย์ทหารเรือ
นาวาเอก นพ. สรรพสิทธิ์	สงกุมาร	กรมแพทย์ทหารเรือ
นาวาโทหญิง ดร.พว. วัชราพร	เชยสุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
นาวาโทหญิง ดร.พว. อาทิตยา	ดวงมณี	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
นาวาโทหญิง ดร.พว. กิตติมา	สาธุวงษ์	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
นาวาโทหญิง ดร.พว. กนกเลขา	สุวรรณพงษ์	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ

ฝ่ายจัดการวารสาร

นาวาตรีหญิง พว. กินรี	ชัยสวรรค์
เรือเอก พว. อาจ	มิ่มกระโทก
พันจ่าเอก บัณฑิต	ยืนยง

กำหนดออกวารสาร ราย 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)

มกราคม–เมษายน
พฤษภาคม–สิงหาคม
กันยายน–ธันวาคม

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

ปกหน้า การฝึกซ้อมทางทหารคอบร้าโกลด์ ครั้งที่ 38 ประจำปี 2562

ถ่ายภาพโดย พันจ่าเอก อนิวัฒน์ พรมรังษี

บทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารนี้ ได้รับการตรวจความถูกต้องทางวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้รับการแต่งตั้งจากกรมแพทย์ทหารเรือ อย่างน้อยเรื่องละ 2 ท่าน ด้วยวิธีการปิดบังชื่อผู้ประเมินและผู้เขียนบทความ



วารสารแพทย์นาวี

Royal Thai Navy Medical Journal

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะท่านผู้อ่านวารสารแพทย์นาวีที่รักทุกท่าน

วารสารแพทย์นาวีฉบับนี้ ขอนำเสนอบทความวิจัย จำนวน 14 เรื่อง เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ “ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น” “ผลของโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว” “ผลของโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลต่อความเจ็บปวดและระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วในผู้คลอดครรภ์แรก” “ผลของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” “ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี” และ “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรงต่อภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน” งานวิจัยเชิงคุณภาพ 1 เรื่อง คือ “อยู่กับอาการหืดกำเริบที่มาพร้อมกับความทรมาน : ประสบการณ์การเจ็บป่วยของเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกิน” และผลงานวิจัยเกี่ยวกับบุคลากรทางสุขภาพ 4 เรื่อง ได้แก่ “การวิเคราะห์อภิมานปัจจัยเชิงเหตุของความสุขในการทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ” “ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงาน พฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร” “การปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง” และ “ความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี” ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้รับบริการ จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน” และ “ความต้องการและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี” รวมทั้งงานวิจัยด้านเวชศาสตร์ทหาร จำนวน 1 เรื่อง คือ “การเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายเบื้องต้นที่สัมพันธ์ต่อการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรงในนักเรียนหลักสูตรการฝึกทหารของกองทัพเรือ”

นอกจากนี้ยังมีบทความวิชาการเกี่ยวกับเวชศาสตร์ทางทะเล คือ เรื่อง “ภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงานของคนประจำเรือ” และบทความพิเศษภาษาอังกฤษเกี่ยวกับดวงตา เรื่อง “Supplement & Eye Disease” กองบรรณาธิการหวังว่าวารสารฉบับนี้ จะทำให้ผู้อ่านได้ทั้งสาระและคุณค่าอย่างเต็มเปี่ยม แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้าค่ะ

นาวาโทหญิง พว. วรรณพร ทองแสงจันทร์

(วรรณพร ทองแสงจันทร์)
ผู้ช่วยบรรณาธิการ

สารบัญ

หน้า

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

- ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน 1
  Selected Factors Related to Perceived Stigma Patients with Amphetamine Dependence
- การวิเคราะห์อภิมานปัจจัยเชิงเหตุของความสุขในการทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ 18
  A Meta-Analysis of Antecedent Variables of Work Happiness as Perceived by Professional Nurses
- ผลของโปรแกรมการจัดการกับความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น 32
  The Effect of Stress Management Program on Caregivers' Caring Ability of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder
- การเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายเบื้องต้นที่สัมพันธ์ต่อการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรงในนักเรียนหลักสูตรการฝึกทหารของกองทัพเรือ 49
  Comparison of Initial BMI in Moderate to Severe Heat-related Illness among Royal Thai Navy Task Force Trainees
- ผลของโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 66
  The Effect of Life Goals Therapy Program on Functioning in Patients with Bipolar Disorders
- ผลของโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลต่อความเจ็บปวดและระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วในผู้คลอดครรภ์แรก 83
  Effects of Body Movement by Birth Ball Program on Labor Pain and Active Phase Duration among Primiparous Parturients
- ผลของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 98
  The Effect of Mindful Self-Compassion Training Program on Depression in Persons with Depressive Disorder
- ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงาน พฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร 115
  The Relationships between Quality of Work Life, Ethical Leadership Behaviors, and Organizational Commitment among Professional Nurses in Private Hospitals, Bangkok

- ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี 131
  The Effect of Self-Management Program on Xerostomia in Older Persons with Head and Neck Cancer Receiving Radiation
- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรงต่อภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน 149
  The Effect of Empowerment Program and Resistant Exercises on Frailty among Older Persons in Community
- การปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง 165
  Performance of Perioperative Nurse in Relation to The Standard of Perioperative Nursing in One University Hospital
- ความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี 182
  Need Assessment to Enhance Physical Therapy Ability of Health Personnel in Subdistrict Health Promoting Hospital, Regional Health Centre 4 Saraburi
- อยู่กับอาการหืดกำเริบที่มาพร้อมกับความทรมาน : ประสบการณ์การเจ็บป่วยของเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกิน 199
  Being Asthmatic Attack Coming with Torture : Illness Experience of Overweight School-Age Children with Asthma
- ความต้องการและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี 215
  Health Need Assessment and Accessibility to Health Services of Rural Elderly in Wihandaeng District, Saraburi Province
  in Subdistrict Health Promoting Hospital, Regional Health Centre 4 Saraburi

บทความวิชาการ

- ภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงานของคนประจำเรือ 231
  Burnout Syndrome in Seafarers

Special Topic

- Supplement & Eye Disease 243

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารแพทย์นาวี
แบบฟอร์มขอส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารแพทย์นาวี

วารสารแพทย์นาวี

Royal Thai Navy Medical Journal



ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน
Selected Factors Related to Perceived Stigma Patients with Amphetamine Dependence

สินีนุช นันท์สูงเนิน* ประนอม รอดคำดี** สุนิศา สุขตระกูล**
Sineenut Nunsoongnern,* Branom Rodcumdee,** Sunisa Suktrakul**
* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร
* Student in Master Degree of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok
** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร
** Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok
* Corresponding Author: sakonnun@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน และ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ระบบบำบัดการรักษา กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชายที่เสพติดสารแอมเฟตามีนและเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี จำนวน 242 คน จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความต้องการการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา หาความสัมพันธ์ด้วยค่าสถิติไคสแควร์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คอนติงเจนซี และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 50.4 มีการรับรู้ตราบาปในระดับมาก

2. เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระบบบำบัดการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

Received: December 12, 2018; Revised: March 11, 2019; Accepted: April 8, 2019

3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.228) ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .220) และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .140)

คำสำคัญ : การรับรู้ตราบาป ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

Abstract

The purposes of this descriptive correlation research were 1) to study the perceived stigma of patients with amphetamine dependence, and 2) to study the correlation between perceived stigma internal and external factors. Internal factors included gender, age, education, marital status, self-efficacy, depression and social support need. External factors included treatment systems in patients with amphetamine dependence. The samples were 242 men and women who met the inclusion criteria at Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment Pathum Thani. The instruments in the research were personal questionnaire, general perceived self-efficacy scale, The beck depression inventory, need of social support scale and the perceived stigma of substance abuse scale. The data were analyzed by descriptive statistics including Chi-square, Contingency coefficient and Pearson's product moment correlation.

The research finding found that:

1. Approximately 50% of the patients with amphetamine dependence have high levels of perceived stigma.

2 . Sex, age, education level, marital status and treatment systems were not significantly correlated to perceived stigma in patients with amphetamine dependence at the .05 levels.

3 . A significant negative correlation was represented between self-efficacy and perceived stigma in patients with amphetamine dependence at the .05 level (r = -.228). A significant positive correlation was found between social support need and perceived stigma in patients with amphetamine dependence at the .05 level (r = .220) and a significant positive correlation existed between depression and perceived stigma in patients with amphetamine dependence at the .05 level (r = .140)

Keywords : perceived stigma, patients with amphetamine dependence

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันปัญหาการติดสารเสพติดเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก โดยมีความเกี่ยวพันและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพและความมั่นคงต่อประเทศชาติ อีกทั้งยังก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรม นับวันยิ่งทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ประเทศไทยนับว่าเป็น 1 ใน 20 ประเทศที่ประสบปัญหาเกี่ยวกับผู้ติดสารเสพติดอย่างรุนแรง จากการศึกษา พบว่า สารเสพติดที่มีปัญหาอันดับหนึ่ง คือ สารแอมเฟตามีน โดยทวีปเอเชียมีการใช้สารแอมเฟตามีนมากที่สุด 1 ใน 3 ของผู้ใช้ทั่วโลก โดยพบการระบาดมากที่สุด ได้แก่ ประเทศจีน ญี่ปุ่น และประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้[1] สอดคล้องกับข้อมูลทางสถิติของสถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีนมีจำนวนมากกว่าสารเสพติดชนิดอื่นๆ จากปี 2556 – 2560 มีจำนวน 4,438, 3,743, 2,317, 2,376 และ 2,593 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 55.75, 52.93, 40.89, 40.26 และ 46.39 ของผู้ป่วยติดสารเสพติดทั้งหมด[2] จากข้อมูลดังกล่าวทำให้พบว่า สารแอมเฟตามีนยังคงเป็นปัญหาที่มีความสำคัญเป็นอันดับ 1 ของประเทศไทย

สารแอมเฟตามีน ออกฤทธิ์ต่อสมองส่วนที่ควบคุมความพึงพอใจ และยังมีฤทธิ์ทำลายส่วนที่เก็บสะสมโดปามีนไว้ทำให้ผู้เสพติดอาจเกิดอาการทางจิตประสาทหลอน อารมณ์แปรปรวน จากการศึกษา พบว่า การเสพสารแอมเฟตามีนก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้านทั้งผลกระทบต่อผู้เสพ ครอบครัว ทำให้เกิดการทะเลาะวิวาท ขาดการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว สังคม และยังส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศชาติ โดยพบว่า สารเสพติดเป็นสาเหตุของการเกิดความผิดปกติด้านพฤติกรรมและอาการทางจิตตามมา[3] จากการศึกษาผลกระทบของยาเสพติดนั้น พบว่า ในช่วงที่ผู้ป่วยเสพสารเสพติดจะมีพฤติกรรมและกระทำสิ่งที่ไม่ดีเนื่องจากขาดสติ ทำให้ไม่มีความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ก่อให้เกิดปัญหาสังคม และเมื่อคนในสังคมเกิดความหวาดกลัว จนทำให้คนในสังคมเกิดทัศนคติในเชิงลบ หวาดกลัวผู้ป่วย เกิดการปฏิเสธทั้งคนในครอบครัวและสังคม จนผู้ป่วยเกิดประสบการณ์ของการถูกปฏิเสธทางสังคม ไม่สามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างคนปกติทั่วไป เกิดเป็นการสร้างตราบาปให้เกิดกับผู้ป่วยและลดทอนโอกาสที่ผู้ป่วยเหล่านั้นจะได้แก้ไขปัญหาของตนเอง[4] โดยสอดคล้องกับ Link, Struening, Rahav, Phelan, Nuttbrock[5] ได้กล่าวไว้ว่า ประสบการณ์ของการถูกปฏิเสธทางสังคม ทั้งจากครอบครัว เพื่อน ทำให้เกิดตราบาปกับผู้ป่วย

Luoma และคณะ[6] ได้กล่าวว่า การรับรู้ตราบาป คือ ความเชื่อในกลุ่มบุคคลที่มีการรับรู้ว่าคนรอบข้างที่ตนมีปฏิสัมพันธ์ด้วยจะมองตนเองในทางลบและมีปฏิกิริยาในทางลบกับตนเอง จนทำให้เกิดความเชื่อว่าการกระทำและทัศนคติของคนในสังคมนั้นแบ่งแยกกีดกันตนเอง เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ตราบาปในตนเอง ทำให้คิดว่าตนเองไม่ดีเท่ากับคนอื่น กลัวการถูกตีตราบาปจากสังคม กลัวการถูกเลือกปฏิบัติ โดยจากการศึกษาของ Luoma และคณะ[6] ยังพบว่า การรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารเสพติดมีความสำคัญที่สุด โดยหากบุคคลมีการรับรู้ตราบาปในตนเองแล้วจะพบว่าเป็นอุปสรรคต่อการรักษานำไปสู่การเสพซ้ำ และยุติพฤติกรรมของตนเอง เช่น การไม่ไปตรวจตามนัด การไม่เข้ารับการบำบัด เป็นต้น Ahern, Stuber, Galea[7] พบว่า ผู้ติดสารเสพติดที่มีทัศนคติเชิงลบมาก มักใช้สารเสพติดจำพวกแอมเฟตามีน โดยดูจากพฤติกรรม รวมทั้งผู้ป่วยที่เสพสารเสพติดมักมีการก่ออาชญากรรมเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากต้องการนำเงินที่ได้ไปซื้อสารเสพติด ทำให้คนใน

สังคมส่วนใหญ่มองว่าผู้ติดสารเสพติดเป็นคนที่ผิดศีลธรรม ไม่รู้จักผิดชอบชั่วดี ดังนั้นจากข้อมูลดังกล่าว จึงกล่าวได้ว่าผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนมีแนวโน้มมีประสบการณ์เกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปในระดับสูง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เป็นเรื่องยากอย่างมากที่จะลดปัญหาและทัศนคติของสังคมเกี่ยวกับการประทับตราบาปในกลุ่มผู้ป่วยติดสารเสพติด เนื่องจากการยอมรับเรื่องการใช้สารเสพติดในกลุ่มประชาชนทั่วไปนั้นยังเป็นเรื่องยากมากที่ประชาชนทั่วไปจะยอมรับได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ ดวงจำปา[8] ได้กล่าวว่า คนเหล่านี้ถูกตีตราบาปจากสังคมไปแล้วว่าเป็น “ขี้ยา” จากผลการศึกษาจึงเห็นได้ว่าตราบาปทำให้การรักษาและการบำบัดของผู้ป่วยนั้นยากและซับซ้อนมากขึ้น ผู้ป่วยกลัวต่อการถูกตีตราบาปทำให้ไม่อยากเข้าไปบำบัดรักษา จากการศึกษาถึงผลกระทบดังที่กล่าวมาจึงเห็นได้ว่าการรับรู้ตราบาปมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติด ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดของ Luoma และคณะ[6] มาเป็นกรอบในการศึกษาครั้งนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายในประกอบด้วย 1) เพศ Palamar[9] พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป สอดคล้องกับการศึกษาของ Link และคณะ[5] พบว่า เพศหญิงที่ติดสารเสพติดจะมีการรับรู้ตราบาปสูงกว่าเพศชายที่ติดสารเสพติด 2) อายุ Arsenault[10] พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป 3) ระดับการศึกษา Palamar[9] พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยที่เสพสารแอมเฟตามีน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Etesam และคณะ[11] และ Mattoo, Singh, Sarkar[12] พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป 4) สถานภาพสมรส Semple, Grant, Patterson[13] พบว่า สถานภาพสมรสคู่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป 5) เชื้อชาติ Fortney และคณะ[14] พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดที่มีเชื้อชาติแอฟริกัน-อเมริกันจะมีการรับรู้ตราบาปที่น้อยกว่าเชื้อชาติอื่นๆ 6) ประวัติการบำบัดรักษา Semple, Grant, Patterson[13] พบว่า ประวัติการบำบัดรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับตราบาปในสังคม แต่ประวัติการบำบัดรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน 7) ประวัติการใช้สารเสพติดทางเส้นเลือด Latkin และคณะ[15] พบว่า การใช้สารเสพติดทางเส้นเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาป 8) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน Louma และคณะ[6] พบว่า การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 9) ภาวะซึมเศร้า Semple, Grant, Patterson[13] และ Link และคณะ[5] พบว่า การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า 10) ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม Lynn[16] พบว่า ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาป (r = .22) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ระบบการบำบัด จากการศึกษาของ Arsenault[10] พบว่า การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์กับระบบบำบัด โดยผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ถูกบังคับบำบัดจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าผู้ป่วยที่ร่วมมือบำบัด จากการศึกษาผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Louma และคณะ[6] มาเป็นกรอบในการศึกษาครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกปัจจัยที่มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนในประเทศไทย จำแนกเป็นปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัย

ภายนอก ได้แก่ ระบบบำบัดการรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนพบเพียงการศึกษาของ ปิยะนาฎ จันทร์กระจ่าง[17] และการศึกษาของ เบญจมาศ ดวงจำปา[18] โดยงานวิจัยทั้ง 2 เรื่องนี้ ศึกษาเพียงการรับรู้ตราบาปในสังคม ยังไม่มีการศึกษาเรื่องการรับรู้ตราบาปในกลุ่มผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน ซึ่งการศึกษาเรื่องดังกล่าวมีความสำคัญกับการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ อันจะสนับสนุนการดูแล บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง 1) ปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม 2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ระบบบำบัดการรักษา กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

2. ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

3. เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระบบบำบัดการรักษา มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ ICD-10 โดยวินิจฉัยว่าเป็นโรคเสพติดสารแอมเฟตามีน (ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารกระตุ้นระบบประสาทอื่นๆ รวมทั้งกาแฟ : F15) ซึ่งเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี ระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2559 – 2 มีนาคม พ.ศ. 2560

ตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. ปัจจัยภายใน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม

2. ปัจจัยภายนอก ประกอบด้วย ระบบบำบัดการรักษา

3. การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน หมายถึง การที่ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนมีกระบวนการทางความคิดร่วมกับการใช้ประสบการณ์ในการแปลความหมาย จากเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นและแสดงการรับรู้ว่าตนเองในฐานะที่เป็นผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนเป็นผู้ที่มีความแตกต่างจากบุคคลอื่นในสังคม รู้สึกถูกแบ่งแยกกีดกันจากบุคคลทั่วไป จนเกิดเป็นความเชื่อในกลุ่มบุคคลที่มีการรับรู้ว่าคนรอบข้างที่ตนมีปฏิสัมพันธ์ด้วยจะมองตนเองในทางลบและมี

ปฏิกิริยาในทางลบกับตนเอง จนทำให้เกิดความเชื่อว่าการกระทำและทัศนคติของคนในสังคมนั้นแบ่งแยกกีดกันตนเอง ประเมินได้จากแบบประเมินการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารเสพติดของ Luoma และคณะ[6] ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาแปลเรียบเรียงเป็นภาษาไทยและปรับปรุงให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

2. ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบ ICD-10 โดยวินิจฉัยว่าเป็นโรคเสพติดสารแอมเฟตามีน (ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารกระตุ้นระบบประสาทอื่นๆ รวมทั้งกาแฟ : F15)

3. ปัจจัยภายใน หมายถึง ปัจจัยที่มีอยู่ภายในบุคคลของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ไม่ว่าจะมองเห็นหรือมองไม่เห็นก็ตาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม

3.1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การที่ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนมีกระบวนการทางความคิดร่วมกับการใช้ประสบการณ์ในการแปลความหมาย จากเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นและแสดงการรับรู้ ในเรื่องที่เกี่ยวกับความสามารถตนเอง ประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั่วไปของ Schwarzer โดย วาทินี สุขมาก และคณะ[19] นำมาแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยติดสารเสพติด

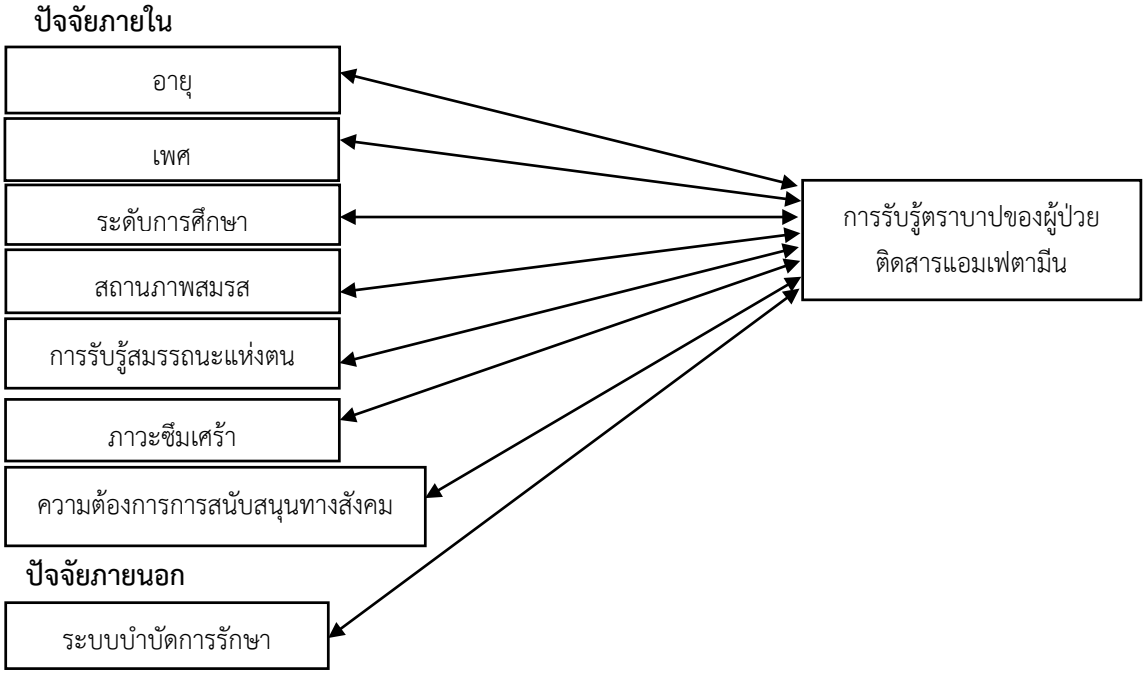
3.2 ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนมีอารมณ์ เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยว ไม่มีแรงไม่ มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า และมีความคิดอยากทำร้ายตนเอง โดยมีระดับความรุนแรงและระยะเวลาต่อเนื่องยาวนานจนเกิดผลกระทบต่อพฤติกรรมและร่างกายของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ประเมินได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck โดยแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์[20]

3.3 ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนมีความต้องการที่จะได้รับการตอบสนองหรือได้รับการช่วยเหลือ จากบุคคลหรือองค์กร ในการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ ประเมินได้จากแบบประเมินตามกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House โดย พิเชฐ จันทร์เจนจบ และคณะ[21] นำมาดัดแปลง

4. ปัจจัยภายนอก หมายถึง ปัจจัยที่มีอยู่ภายนอกบุคคลของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ไม่ว่าจะมองเห็น หรือมองไม่เห็นก็ตาม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ คือ ระบบบำบัดการรักษา

ระบบบำบัดการรักษา หมายถึง การบำบัดรักษาและฟื้นฟูฯ ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ประเมินได้จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยแบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบและเป็นแบบปลายเปิดให้ตอบข้อความ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประวัติการใช้สารแอมเฟตามีน ระบบการบำบัด และจำนวนครั้งของการกลับมาบำบัด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (General perceived self-efficacy scale) เป็นแบบวัดตามแนวคิดของ Bandura แปลเป็นภาษาไทยโดย วาทินี สุขมาก และคณะ[19] แปลกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.82 โดยแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นความจริง 2 คะแนน หมายถึง จริงเล็กน้อย 3 คะแนน หมายถึง จริงพอสมควร 4 คะแนน หมายถึง จริงมากที่สุด คะแนนอยู่ในช่วง 10 - 40 คะแนน การแปลความหมายของคะแนน ดังนี้ 10 - 20 คะแนน หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ 21 - 31 คะแนน หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง 32 - 40 คะแนน หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (The Beck Depression Inventory : BDI) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์[20] ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82

โดยมีจำนวนคำถามทั้งหมด 21 ข้อ คำตอบแต่ละข้อเป็น 0, 1, 2 และ 3 คะแนน ตามลำดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าแล้วนับคะแนนทั้ง 21 ข้อรวมกัน ซึ่งมีช่วงคะแนนระหว่าง 0 - 63 คะแนน โดยได้แบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 0 - 9 คะแนน หมายถึง มีภาวะอารมณ์ในระดับปกติ 10 - 15 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย 16 - 19 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง 20 - 29 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก 30 - 63 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของ พิเชฐ จันทร์เจนจบ และคณะ[21] โดยแบบวิจัยนี้นำแนวคิดของ House มาใช้และนำมาดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยติดสารเสพติด แบบสอบถามมีจำนวน 4 ด้าน 20 ข้อ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด” มีการแปลผลคะแนนดังนี้ ระดับ 5 ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด ระดับ 4 ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมาก ระดับ 3 ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ระดับ 2 ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมน้อย ระดับ 1 ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ตรวจสอบค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ของ Luoma และคณะ[6] โดยแบบวัดนี้นำแนวคิดของ Goffman มาใช้ จากนั้น Link และคณะ[5] นำมาพัฒนาเป็นแบบวัดการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยยาเสพติด มาแปลเป็นภาษาไทย โดยแบบประเมินการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยยาเสพติด มีจำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” (1 คะแนน) ถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” (4 คะแนน) โดยการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนนั้นจะมีข้อที่ 5 และ 7 ให้คะแนนเรียงคะแนน คือ 1 - 4 ตามลำดับ ส่วนข้อที่ 1, 2, 3, 4, 6 และ 8 นั้นให้คะแนนย้อนกลับ คือ คะแนน 4 - 1 ตามลำดับ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 8 - 32 คะแนน การแปลผลคะแนนดังนี้ 8 - 16 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนระดับน้อย 16 - 24 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนระดับปานกลาง 24 - 32 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนระดับมาก และผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ตรวจสอบค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.72

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี เลขที่เอกสารรับรอง 004/2560 วันที่ให้การรับรอง 28 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 วันที่สิ้นสุดการรับรอง 27 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการและขั้นตอนการดำเนินงานแก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จากนั้นสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทะเบียนประวัติผู้ป่วย เอกสารการตรวจร่างกายและการประเมินสภาพจิต เป็นต้น

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปทุมธานี จากรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่ได้สำรวจไว้ ซึ่งมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกในวันที่ผู้วิจัยเข้าไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบคนเว้นคนจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ จำนวน 242 คน

4. นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ระบบบำบัดการรักษา และการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน โดยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายใน ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และเพศ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ระบบบำบัดการรักษากับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน โดยหาค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และ หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คอนติงเจนซี (Contingency coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติของงานวิจัยที่ระดับ .05

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' s product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ตราบาปอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 50.40 รองลงมา คือ มีการรับรู้ตราบาปในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.40 มีเพียงจำนวน 15 ราย เท่านั้นที่มีการรับรู้ตราบาปในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 6.2 และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.14 คะแนน (SD = 4.10) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน (n = 242)

ระดับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน	เกณฑ์ (คะแนน)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย	8-16	15	6.20
ระดับปานกลาง	16-24	105	43.40
ระดับมาก	24-32	122	50.40
$\overline{X}$ = 23.14; SD = 4.10; ระดับมาก			

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยภายใน คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยภายนอก คือ ระบบบำบัดการรักษา กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ตราบาปมาก คือ เพศหญิง ร้อยละ 59.26 รองลงมา ได้แก่ เพศชาย ร้อยละ 49.30 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ตราบาปมาก คือ ระดับปริญญาตรี/สูงกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 56.25 รองลงมา ได้แก่ ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 49.53 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ตราบาปมาก คือ สมรสและแยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย ร้อยละ 55.56 รองลงมา ได้แก่ โสด สมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 52.93 และ 43.66 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความสัมพันธ์ระหว่างระบบบำบัดการรักษากับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ตราบาปมาก คือ ระบบสมัครใจ ร้อยละ 50.93 รองลงมา ได้แก่ ระบบบังคับบำบัด/ระบบต้องโทษ ร้อยละ 46.15 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ระบบบำบัดการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าความสัมพันธ์ของไคสแควร์ (c^2) ระหว่างปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ระบบบำบัดการรักษา กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน (n = 242)

ปัจจัยคัดสรร	การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน			รวมจำนวน (%)	c^2	c	p-value
	น้อย จำนวน(%)	ปานกลาง จำนวน(%)	มาก จำนวน(%)				
เพศ					1.059	.589	.589
ชาย	14(6.51)	95(44.19)	106(49.30)	215(100.0)			
หญิง	1(3.70)	10(37.04)	16(59.26)	27(100.0)			
รวม	15(6.20)	105(43.39)	122(50.41)	242(100.0)			
ระดับการศึกษา					2.536	.281	.281
ต่ำกว่าปริญญาตรี	15(7.14)	91(43.33)	104(49.53)	210(100.0)			
ระดับปริญญาตรี/สูงกว่าระดับปริญญาตรี	0(0.00)	14(43.75)	18(56.25)	32(100.0)			
รวม	15(6.20)	105(43.39)	122(50.41)	242(100.0)			
สถานภาพสมรส					3.397	.494	.494
โสด	7(4.60)	65(42.47)	81(52.93)	153(100.0)			
สมรสและอยู่ด้วยกัน	7(9.86)	33(46.48)	31(43.66)	71(100.0)			
สมรสและแยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	1(5.55)	7(38.89)	10(55.56)	18(100.0)			
รวม	15(6.20)	105(43.39)	122(50.41)	242(100.0)			
ระบบบำบัดการรักษา					1.453	.484	.484
ระบบสมัครใจ	12(5.56)	94(43.51)	110(50.93)	216(100.0)			
ระบบบังคับบำบัด/ระบบต้องโทษ	3(11.54)	11(42.31)	12(46.15)	26(100.0)			
รวม	15(6.20)	105(43.39)	122(50.41)	242(100.0)			

จากการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.228) สำหรับความต้องการการสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .220) และภาวะซึมเศร้า พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .140) ส่วนอายุ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' s product moment correlation coefficient) (r) ระหว่างปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน (n = 242)

ปัจจัยคัดสรร	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	.040	.536	ต่ำมาก
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	-.228	.000*	ต่ำมาก
ภาวะซึมเศร้า	.140	.030*	ต่ำมาก
ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม	.220	.001*	ต่ำมาก

*p < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 อายุและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

1. อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Palamar[9] ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับผู้ป่วยที่เสพสารแอมเฟตามีนที่มีการรับรู้ตราบาป (r = -.06) อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Arsenaul[10] ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .199) อาจจะเป็นเพราะอายุเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถแสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นมีการรับรู้ที่ต่างกันได้ เนื่องจากการรับรู้ หมายถึง กระบวนการในการแปลความหมายที่เกิดขึ้นภายหลังร่างกายเกิดการรับสัมผัสจากสิ่งเร้าทั้งหลาย ในการแปลความหมายของสมองจะถูกต้องมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิม โดยประสบการณ์ของแต่ละบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับการที่บุคคลนั้นประสบมาไม่ได้ขึ้นอยู่กับอายุ

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.228) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดจากการที่ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนมีการรับรู้ในเรื่องเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะดำเนินการกระทำด้วยความมั่นใจ โดยเมื่อบุคคลมี

การประเมินตนเองว่ามีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความสามารถในการดูแลตนเองสูง บุคคลจะมั่นใจว่ากระทำการดูแลตนเองได้สำเร็จ[24] และการรับรู้ตราบาปเป็นกระบวนการทางสังคมที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ในกระบวนการประทับตราบาป มองตนเองในทางลบ จึงมองถึงความสามารถของตนเองนั้นลดลง เมื่อเกิดการรับรู้ตราบาปทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางลบต่อกันตามผลของการศึกษาที่เสนอไว้ โดยผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Louma และคณะ[6] พบว่า การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

สมมติฐานข้อที่ 2 ภาวะซึมเศร้าและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

1. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .140) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้และสอดคล้องกับการศึกษาของ Michele,Lisa, Nancy[22] และ Kulesza, Ragurum[25] ที่พบว่า การรับรู้ตราบาปมีผลกระทบกับการรักษาของผู้ป่วยติดสารเสพติดและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา โดย Link และคณะ[5] กล่าวว่า การรับรู้ตราบาปนั้นมีลักษณะคล้ายคลึงกับภาวะซึมเศร้า และตัวแปรทั้ง 2 ตัวนี้มีอิทธิพลต่อกัน เพราะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะมีความไวต่อการรับรู้ต่อความรู้สึกของผู้คนรอบข้าง ระแวงกังวลว่าคนรอบข้างจะมองและกระทำต่อตนเองอย่างไร ซึ่งเป็นความรู้สึกคล้ายคลึงกับการรับรู้ตราบาป โดยพบว่า หากผู้ป่วยมีการรับรู้ตราบาปที่เพิ่มมากขึ้น ภาวะซึมเศร้าก็จะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย

2. ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .220) ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lynn[16] และ Michele, Lisa, Nancy[22] พบว่า ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตราบาป โดยจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลที่สำคัญในชีวิต เนื่องจากอาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดต้องการความเข้าใจ ลดความคิดอคติ โดยพบว่า หากคนในสังคมให้ความช่วยเหลือเข้าใจผู้ป่วยติดสารเสพติดอย่างแท้จริง ก็ทำให้ผู้ป่วยติดสารเสพติดยอมรับการบำบัดรักษาและลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำได้ จากแนวคิดของ Pender[23] กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลต้องการการยอมรับ ได้รับความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น อันจะทำให้บุคคลนั้นดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม ดังที่กล่าวมาจะพบว่า หากมีการสนับสนุนทางสังคมที่ถูกต้อง ส่งเสริมความต้องการที่ผู้ป่วยต้องการจากสังคม เช่น ต้องการปรึกษากับนักจิตวิทยา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอาจจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีความต้องการมาบำบัดรักษาได้

สมมติฐานข้อที่ 3 เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระบบบำบัดการรักษามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน

1. เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Palamar[9] และ Link และคณะ[5] ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผู้ป่วยที่เสพสารแอมเฟตามีนที่มีการรับรู้ตราบาป (r = .07)

โดยเพศหญิงจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงที่เสพสารแอมเฟตามีนมักจะมีความเกี่ยวข้องกับการใช้ยาลดความอ้วนและยังสัมพันธ์กับการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง ทำให้รับรู้ตราบาปมากขึ้น และยังสอดคล้องกับ Simpson, Mcnulty[26] พบว่า เพศหญิงที่มีประสบการณ์การใช้สารเสพติด คะแนนการรับรู้ตราบาปจะสูงกว่าในเพศชายที่มีประสบการณ์การใช้สารเสพติด อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Arsenault[10] ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Arsenault[10] กล่าวว่า ในยุคปัจจุบันทั้งเพศชายและเพศหญิงต่างมีวิถีการใช้ชีวิตที่คล้ายคลึงกัน จึงทำให้ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความสามารถในการเข้าถึงสังคม ข้อมูลข่าวสารไม่แตกต่างกันมากนัก ดังนั้นจึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน และการศึกษาครั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.2) เป็นเพศชาย และมีเพศหญิงเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวนน้อยกว่ามาก คือ เพียงร้อยละ 10.8 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จึงอาจทำให้การคำนวณทางสถิติไม่พบความสัมพันธ์ของตัวแปรเรื่องเพศ

2. สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Semple และคณะ[13] และ Mattoo และคณะ[12] พบว่า ผู้ป่วยที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนที่มีการรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสถานภาพสมรส อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Mohammed[27] ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยเกินไป และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสดนั้นมีร้อยละ 63.2 แต่งงาน ร้อยละ 29.3 สมรสแยกกันอยู่ ร้อยละ 2.1 หย่าร้าง/หม้าย ร้อยละ 5.4 จะเห็นว่าข้อมูลไม่ได้กระจายเท่าที่ควรจึงอาจทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ของตัวแปรนี้

3. ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Palamar[9] ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับผู้ป่วยที่เสพสารแอมเฟตามีนที่มีการรับรู้ตราบาป ($r = -.06$) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่เสพสารแอมเฟตามีนที่มีการศึกษาต่ำจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มีการศึกษาสูง อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Etesam และคณะ[11] ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษา ของ Mattoo และคณะ[12] ที่พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารเสพติด อาจจะมาจากขนาดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่มีขนาดน้อยเกินไป อีกทั้งการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การเก็บข้อมูลระดับการศึกษานั้นผู้วิจัยแบ่งระดับการศึกษากว้างเกินไปและไม่เหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่เสพสารแอมเฟตามีน จึงทำให้ได้ข้อมูลมาไม่เหมาะสมและอาจทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ของตัวแปรนี้

4. ระบบบำบัดการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Arsenault[10] ที่พบว่าการรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยติดสารเสพติดเกี่ยวข้องกับกฎหมายและอาชญากรรม โดยพบว่า ผู้ป่วยสารเสพติดที่

ถูกบังคับบำบัดจะมีการรับรู้ตราบาปมากกว่าผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ร่วมมือบำบัด สอดคล้องกับ Palamar[9] พบว่า การใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมายมีความสัมพันธ์กับระบบบังคับบำบัด แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Corrigan และคณะ[28] ที่พบว่า ระบบบำบัดไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะการที่ประชาชนมีจิตวิทยาที่ดีมากขึ้น มีการปรับความคิดที่ยืดหยุ่น เริ่มยอมรับคนที่ใช้สารเสพติดในสังคมมากขึ้น หรืออาจเป็นเพราะกฎหมายในปัจจุบันไม่เข้มแข็งพอทำให้ประชาชนมองว่าการบำบัดแต่ละอย่างนั้นไม่มีความแตกต่างกัน และอีกทั้งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างระบบสมัครใจ คิดเป็นร้อยละ 89.30 ระบบบังคับบำบัด คิดเป็นร้อยละ 8.30 ระบบต้องโทษ คิดเป็นร้อยละ 2.40 โดยจะเห็นได้ว่าระบบสมัครใจมีจำนวนผู้ป่วยที่ให้ข้อมูลมากกว่าระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ ทำให้ไม่มีการกระจายของข้อมูล อาจทำให้ผลการวิเคราะห์ตัวแปรนี้ไม่พบความสัมพันธ์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า โดยบทบาทของพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลควรเริ่มตั้งแต่การประเมินการรับรู้ตราบาปโดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น จากนั้นหาแนวทางการพยาบาล โดยการวางแผนส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม การเพิ่มสมรรถนะแห่งตนให้ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน เพื่อลดการเกิดการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนและป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยกึ่งทดลองเกี่ยวกับการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม และการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนให้ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ตลอดจนศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นๆ เพิ่ม เช่น ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2012. [Internet]. [cited 2018 July 26]. Available from: https://www.unodc.org/documents/data-and analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf
2. Thanyarak Institute. The number and percentage of all drug patients of Thanyarak Institute classified by fiscal year 2013-2017. [Internet]. [cited 2015 October 1]. Available from: http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task =view&id=2545&Itemid=53. (in Thai).

3. Fawcett SB, Lewis RK, Andrews A, Francisco VT, Richter KP, Williams EL, Copple B. Evaluating community coalitions for prevention of substabce abuse: the case of project freedom. Health Educ Behav 1997;24(6):812–28.
4. Sangchanchai P, Natetrakom P, Hiranwiwaikul N. Textbook of addiction psychiatry. Bangkok: Bangkok block printing factory; 2006. (in Thai).
5. Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. J Health Soc Behav 1997;38(2):177-90.
6. Luoma JB, O'Hair AK, Kohlenberg BS, Hayes SC, Fletcher L. The development and psychometric proprieties of a new measure of perceived stigma towards substance users. Subst Use Misuse 2010;45(1-2):47-57.
7. Ahern J, Stuber J, Galea S. Stigma discrimination and the health of illicit drug users. Drug Alcohol Depend 2007;88(2-3):188-96.
8. Duangjampha B. A comparative study on social stigma regarding illicit drugs between drug users and general population in Nampong District, Khon Kaen Province. [Master's Thesis, Faculty of Medicine]. Khon Kaen University; 2014. (in Thai).
9. Palamar JJ. The role of perceived stigma, stigmatization and religiosity in explaining lifetime use of illicit drugs in emerging adults. [Doctoral Dissertation]. New York University; 2010.
10. Arsenault MB. The stigmatization of mental illness and drug addiction among the criminally involved. [Master's Thesis]. Loyola University Chicago; 2010.
11. Etesam F, Assarian F, Hosseini H, Ghoreishi FS. Stigma and its determinants among male drug dependents receiving methadone maintenance treatment. Arch Iran Med 2014;17(2):108–14.
12. Mattoo SK. Singh SM, Sarkar S. De-addiction services in India. In: Malhotra S, Chakrabarti S, editors. Developments in psychiatry in India clinical, research and policy perspectives. New Delhi: Springer India; 2015. p. 405-16.
13. Semple SJ, Grant I, Patterson TL. Utilization of drug treatment programs by methamphetamine users: the role of social stigma. Am J Addict 2005;14(4):367-80.
14. Fortney J, Mukherjee S, Curran G, Fortney S, Han X, Booth BM. Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. J Behav Health Serv Res 2004;31(4):418-29.
15. Latkin C, Srikrishnan AK, Yang C, Johnson S, Solomon SS, Kumar S, et al. The relationship between drug use stigma and HIV injection risk behaviors among injection drug users in Chennai, India. Drug Alcohol Depend 2010;110(3):221-7.

16. Lynn RJ. Attitudinal ableism: a three-study exploration into attitudinal barriers encountered by people with mental illness, substance use, and physical disabilities. [Doctoral Dissertation]. University of Arizona; 2015.
17. Junkrachang P. Social stigmatization: a case study of juvenile recidivism on amphetamine addiction in Chiang Rai Province. [Master's Thesis, Faculty of Social Sciences]. Chiang Mai University; 2003. (in Thai).
18. Duangjampha B. A comparative study on social stigma regarding Illicit drugs between drug users and general population in Nampong District, Khon Kaen Province. [Master's Thesis, Faculty of Medicine]. Khon Kaen University; 2014. (in Thai).
19. Sukmak V, Sirisoonthon A, Meena P. Validity of the general perceived self-efficacy scale. J Psychiatr Assoc Thailand 2002;47(1):31-7. (in Thai).
20. Sriyong M. Beck Depression Inventory IA [BDI-IA]. Bangkok: Faculty of Education Ramkhamhaeng University, 1979. (in Thai).
21. Janjenjob P, Chaichana C, Nimsakul P, Yangwassanasuk S. Needs of social support and social problems among patients of the drug rehabilitation act, B.E. 2545 in the treatment center of Department of Medical Service, Ministry of Public Health. [Internet]. [cited 2018 June 26]. Available from : http://www.tmh.go.th/ckfinder/userfiles/files/55-1.pdf. (in Thai).
22. Birtel MD, Wood L, Kempa NJ. Stigma and social support in substance abuse: implications for mental health and well-being. Psychiatry Res 2017 Jun;252:1-8.
23. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 2nd ed. Connecticut: Appleton & Lange; 1987.
24. Hongkrajok H, Pathumarak N, Masingboon K. Influences of health literacy perceived self-efficacy, and patient-health care provider communication non self-care behaviors among patients with primary hypertension. Royal Thai Navy Medical Journal 2016;43(2):39-54. (in Thai).
25. Kulesza M, Ragurum R, Rao D. Perceived mental health related stigma gender and depressive symptom severity in a psychiatric facility in south India. Asian J Psychiatr 2014 Jun;9:73-7.
26. Simpson M, McNulty J. Different needs: women's drug use and treatment in the UK. Int J Drug Policy 2008;19(2):169-75.
27. Mohammed QQ. Perceived stigma and treatment-seeking behavior in individuals with substance use disorder in Baghdad. Journal of Contemporary Medical Sciences 2016;2(8):153-7.
28. Corrigan PW, Kuwabara S, O'Shaughness, J .The public stigma of mental illness and drug addiction. J. Soc Work 2009;9(2):139–47.

วารสารแพทย์นาวี
Royal Thai Navy Medical Journal

การวิเคราะห์อภิมานปัจจัยเชิงเหตุของความสุขในการทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

A Meta-Analysis of Antecedent Variables of Work Happiness as Perceived by Professional Nurses

แพรภรณ์ เกษมุล* อารีย์วรรณ อ่วมตานี**
Phraeporn Ketsamun,* Areewan Oumtanee**
* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร
* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok
** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร
** Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok
* Corresponding Author: Ebasa30@hotmail.com

บทคัดย่อ

การสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัย 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีมาตรฐาน 3) วิเคราะห์ค่าดัชนีมาตรฐานของปัจจัยเชิงเหตุของความสุขในการทำงานของพยาบาล โดยใช้การวิเคราะห์อภิมาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ปริญญานิพนธ์ในระดับบัณฑิตศึกษา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 - 2558 จำนวน 25 เรื่อง นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการของ Glass, McGaw, Smith ได้ค่าดัชนีมาตรฐาน จำนวน 41 ค่า และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ด้วยตัวแบบอิทธิพลสุ่ม (Random-effects model)

ผลการวิจัย พบว่า

1) งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ส่วนใหญ่เป็นปริญญานิพนธ์ระดับปริญญาโทที่ผลิตจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในสาขาบริหารการพยาบาล (ร้อยละ 36) ตีพิมพ์เผยแพร่มากที่สุด ในช่วงปี พ.ศ. 2551 ถึง พ.ศ. 2555 (ร้อยละ 52) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการทั้งหมด ทฤษฎีที่ใช้ศึกษาความสุขในการทำงานมากที่สุด คือ ทฤษฎีของ Manion (ร้อยละ 60) เป็นงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์และพยากรณ์ (ร้อยละ 64) ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (ร้อยละ 52) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งหมด และงานวิจัยส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก (ร้อยละ 96)

Received: December 13, 2018; Revised: March 27, 2019; Accepted: March 29, 2019

2) ค่าความเที่ยงเครื่องมือวัดตัวแปรความสุขในการทำงานและวิธีหาค่าความตรง ส่งผลให้เกิดความแตกต่างของค่าดัชนีมาตรฐานปัจจัยเชิงเหตุของความสุขในการทำงานของพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3) ปัจจัยเชิงเหตุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานของพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ปัจจัยด้านงานมีค่าดัชนีมาตรฐานสูงสุด (r = .664) รองลงมา คือ ปัจจัยด้านองค์การ (r = .655) ปัจจัยด้านบุคคล (r = .588) และปัจจัยด้านการจัดการ (r = .541) ตามลำดับ

คำสำคัญ : การวิเคราะห์อภิมาน ปัจจัยเชิงเหตุ ความสุขในการทำงาน

Abstract

This research synthesis aimed to 1) study research characteristics; 2) compare the means of correlation coefficients and 3) analyze the effect size of the antecedent variables of nurses' work happiness by using the meta-analysis technique. A total of 25 Thai studies conducted during 2003 - 2016 were selected for the research. In all 41 correlation coefficients were analyzed by using the meta-analysis method of Glass, McGaw, and Smith. The statistic used in this study was a random-effects model.

The major findings were as follows:

1) The majority of the studies were master's degree thesis dissertations published by Chulalongkorn University in the field of nursing administration (36%) in 2008 - 2012 (52%). All studies recruited registered nurses as the sample (100%), while most of the studies (60%) employed Manion's Work Happiness Theory as a theoretical framework. Sixty-four percent of studies were based on correlation and predictive research designs. The majority of sample group was selected by multi-stage sampling (52%). All Cronbach's alpha coefficients were tested for the reliability (100%). Most research quality was rated at high to higher levels (96%).

2) Reliability of research instrument and method of validity were statistically and significantly affected in terms of the mean correlation coefficients of nurses' work happiness at .05.

3) The findings of the meta-analysis showed the antecedent that correlated with work happiness at .05 statistical significant level. These antecedents can be divided into the following 4 groups in order of effect size as follows: working factors (r = .664), organizational factors (r= .655), personal factors (r = .588), and management factors (r = .541), respectively.

Keywords : meta-analysis, antecedent variables, work happiness

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความสุขในการทำงาน (Work happiness) เป็นความรู้สึกทางบวกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคลที่ตอบสนองต่อการทำงาน หรือประสบการณ์ของบุคคลในการทำงาน[1] เมื่อบุคคลมีความสุขในการทำงานจะทำให้มีผลการปฏิบัติงานดี มีความคิดสร้างสรรค์ มีความเชื่อมั่นในการทำงาน และมีความกล้าในการเผชิญความยุ่งยากและเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำงาน นอกจากนี้บุคคลที่มีความสุขในการทำงานยังแสดงออกถึงพฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์การที่ดีและมีความเป็นมิตรกับผู้ร่วมงาน[2] และผลที่ตามมา คือ ทำให้ลดการขาดงานและการลาออก แต่จะคงอยู่ในองค์การต่อไป ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลไม่มีความสุขในการทำงานก็จะส่งผลทางด้านลบต่อตัวบุคคลทั้งด้านร่างกายจิตใจ โดยพฤติกรรมที่แสดงออกทางด้านร่างกายได้แก่ การเจ็บป่วยบ่อยๆ ทำให้ต้องลาป่วยหรือขาดงานเป็นประจำ ส่วนด้านจิตใจบุคคลจะมีความวิตกกังวล ไม่มีสมาธิในการทำงาน และอาจทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้อื่นได้ง่าย ทำให้เสียความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน[3] พฤติกรรมเหล่านี้จะส่งผลต่อองค์การทำให้ผลงานไม่บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ต้นทุนในการดำเนินงานเพิ่มขึ้นและยังทำให้ผู้รับบริการไม่ได้รับการบริการที่ดีอีกด้วย

ดังนั้นทุกองค์การจึงให้ความสำคัญกับความสุขในการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน เช่นเดียวกับองค์การพยาบาล ซึ่งในองค์การพยาบาลมีการศึกษาความสุขในการทำงานของพยาบาลไว้จำนวนหนึ่ง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 จนถึงปัจจุบัน พบว่า พยาบาลมีความสุขอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าบุคคลทั่วไป เมื่อเปรียบเทียบกับรายงานการศึกษาความสุขของประชาชนทั่วไปและกลุ่มคนเฉพาะกลุ่ม โดยพบว่าพยาบาลเป็นกลุ่มที่มีความสุขน้อยที่สุด[4] และจากการวิจัยเชิงคุณภาพของ ศิริพร จิรวัฒน์กุล, ประณีต ส่งวัฒนา, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, วารุณี ฟองแก้ว, วรรณี เดียวอิศเรศ, ศิริอร สินธุ และคณะ[4] ยังพบว่า พยาบาลแม้ว่าส่วนใหญ่ไม่มีความสุขในการทำงานแต่ยังสามารถคงอยู่ในวิชาชีพนี้ได้ เพราะว่าความสุขเกิดจากใจรักในวิชาชีพ และการช่วยผู้ป่วยและประชาชน เสมือนว่า “ได้ทำบุญทุกวันจากการให้การพยาบาล” ซึ่งอุดมการณ์นี้เองที่หล่อเลี้ยงจิตวิญญาณของพยาบาลให้เข้มแข็ง นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลที่ยังคงอยู่ในวิชาชีพได้นั้นต้องมีความสุขจากปัจจัยภายใน คือ การได้ทำบุญ ได้รับเกียรติ ไม่มีปัญหาสุขภาพ และปัจจัยภายนอก คือ ครอบครัวเข้าใจ ผู้บริหารเอาใจใส่ ผู้ร่วมงานดี มีรายได้มั่นคง ซึ่งปัจจัยทั้งหมดนี้ตั้งอยู่บนสถานการณ์ของการทำงานที่หนัก เหนื่อย เครียด ต้องรับผิดชอบภาระงานที่ไม่ใช่งานในวิชาชีพ ได้รับค่าตอบแทนที่ไม่เป็นธรรม และความก้าวหน้าในงานน้อย ซึ่งจากลักษณะการทำงานของพยาบาลแบบดังกล่าว ทำให้พบว่าความสุขในการทำงานของพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ[4] ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลมีความสุขในการทำงานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งความสุขในการทำงานของพยาบาลจึงถือว่าเป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญ ในการบริหารจัดการของผู้บริหารการพยาบาล โดยเฉพาะในปัจจุบันที่มีปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน[5] การแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การทำให้พยาบาลที่กำลังปฏิบัติงานมีความสุขในการทำงานให้มากขึ้น

ศิริพร จิรวัฒน์กุล และคณะ[4] ได้เสนอว่าการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในประเด็นของการเพิ่มความสุขและการสร้างเสริมการคงอยู่

ในวิชาชีพของพยาบาลนั้นจะต้องดำเนินการทั้งสองระดับ คือ ในระดับโครงสร้างองค์การ และในระดับปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีเป้าหมายให้เจ้าหน้าที่มีความสุข โดยการสร้างศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้มีความเป็นเลิศในทุกๆ ด้าน พร้อมทั้งมีความสุข[6] ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีความสุขในการทำงาน จึงเป็นเรื่องสำคัญสำหรับผู้บริหารการพยาบาลในการกำหนดนโยบายที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความสุขในการทำงานมากขึ้น สอดคล้องกับนโยบายของสภาการพยาบาลในการส่งเสริมสนับสนุนให้พยาบาลมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อลดปัญหาการลาออกจากวิชาชีพ[7] ซึ่งจากที่นักวิจัยทางการพยาบาลให้ความสนใจศึกษาความสุขในการทำงานของพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 จนถึงปัจจุบัน (2558) ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิจัยในลักษณะเชิงสหสัมพันธ์ หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความสุขในการทำงานของพยาบาล และผลการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์พบปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาล ได้แก่ รายได้ สภาพแวดล้อมในงาน ความสามารถในการปฏิบัติงาน ลักษณะงาน ภาวะผู้นำ แรงจูงใจในงาน เป็นต้น ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาลดังกล่าว ในแต่ละงานวิจัยมีผลการศึกษาที่แตกต่างกัน บางงานวิจัยระบุว่า สภาพแวดล้อมในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานของพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ[8,9] ในขณะที่บางงานวิจัยระบุว่า สภาพแวดล้อมในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานของพยาบาลในระดับสูง[10] ซึ่งจากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าผลการวิจัยยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนว่าปัจจัยหนึ่งๆ มีอิทธิพลทางบวกหรือทางลบต่อความสุขในการทำงานหรือมีแนวโน้มอยู่ในระดับใด

นอกจากนี้ผลการวิจัยที่ผ่านมาจะถูกนำไปใช้เฉพาะกลุ่มหรือสถานที่ที่ใช้เป็นแหล่งเก็บรวบรวมข้อมูล ทฤษฎีที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการศึกษาความสุขในการทำงานของพยาบาลมีความแตกต่างกัน อาจทำให้ได้ผลการวิจัยที่แตกต่างกัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีความเฉพาะเจาะจงจึงเป็นข้อจำกัดของการวิจัย ทำให้ไม่สามารถนำผลการวิจัยไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นได้ เป็นผลให้การนำผลงานวิจัยไปใช้ไม่ได้ถูกนำไปใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเชิงเหตุของความสุขในการทำงานของพยาบาลมาสังเคราะห์ โดยวิธีการวิเคราะห์อภิมาน เนื่องจากงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยเชิงเหตุมีจำนวนมาก เพื่อหาข้อสรุปถึงปัจจัยเชิงเหตุของความสุขในการทำงานของพยาบาลว่าแต่ละปัจจัยมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาลมากน้อยเพียงใด ทำให้ได้องค์ความรู้ใหม่ นำงานวิจัยที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ และเป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารการพยาบาลในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลมีความสุขในการทำงานมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยเชิงเหตุของความสุขในการทำงานของพยาบาล

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีมาตรฐานปัจจัยเชิงเหตุของความสุขในการทำงานของพยาบาล

3. เพื่อศึกษาค่าดัชนีมาตรฐานปัจจัยเชิงเหตุของความสุขในการทำงานของพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

โดยวิธีการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ตามวิธีการของ Glass, McGaw, Smith[11] ศึกษาถึงปัจจัยเชิงเหตุของความสุขในการทำงานของพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ปริญญานิพนธ์หรือวิทยานิพนธ์ในระดับบัณฑิตศึกษาที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเชิงเหตุของความสุขในการทำงานของพยาบาลในประเทศไทย และมีหลักฐานปรากฏในทางวิชาการ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 จนถึงปี พ.ศ. 2558 โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เกณฑ์ในการคัดเข้า มีดังนี้

1.1 เป็นปริญญานิพนธ์หรือวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาความสุขในการทำงานของพยาบาลในประเทศไทย

1.2 เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณที่ศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ พยากรณ์ และการวิจัยเปรียบเทียบที่มีค่าสถิติ t, F หรือ X^2

1.3 เป็นงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์หรือเผยแพร่ในวารสารต่างๆ และสามารถเข้าถึงได้

2. เกณฑ์ในการคัดออก มีดังนี้

2.1 เป็นปริญญานิพนธ์หรือวิทยานิพนธ์ที่ไม่สามารถสืบค้นตัวเล่มฉบับสมบูรณ์ได้

2.2 เป็นงานวิจัยที่ไม่มีการรายงานค่าสถิติ ที่สามารถคำนวณหรือแปลงเป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้ หรือไม่มีการรายงานค่าสถิติที่เพียงพอสำหรับการศึกษา

จากเกณฑ์ดังกล่าว พบว่า มีปริญญานิพนธ์จำนวน 25 เรื่อง ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยได้นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการสังเคราะห์งานวิจัยปัจจัยเชิงเหตุของความสุขในการทำงานของพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบคัดเลือกงานวิจัย

ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา โดยดัดแปลงมาจากแบบคัดเลือกงานวิจัยของ ศิริญญา คงอยู่[12] ประกอบด้วยเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) ปัจจัยเชิงเหตุของความสุขในการทำงานของพยาบาล 2) ประเภทของงานวิจัย 3) กลุ่มตัวอย่าง 4) ค่าสถิติที่รายงานในการศึกษา และ 5) สรุปผลการคัดเลือก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของ ศิริญญา คงอยู่[12] และสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ[13] เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพงานวิจัยแต่ละเล่มที่นำมาศึกษา ประกอบด้วยลักษณะสำคัญที่นำมาใช้ประเมินคุณภาพงานวิจัยครอบคลุมในด้านวิธีวิทยาการวิจัยทั้งหมด 10 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ปัญหาการวิจัย/วัตถุประสงค์ 2) สมมุติฐานการวิจัย 3) การนิยามศัพท์เฉพาะ 4) การออกแบบงานวิจัย 5) การกำหนดประชากรและสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 6) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 7) การวิเคราะห์ข้อมูล 8) การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล 9) การอภิปราย และ 10) การสรุปและข้อเสนอแนะ ลักษณะมาตรวัดเป็นแบบ Scoring rubrics 5 ระดับ คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1 และสูงสุดเท่ากับ 5 รวมคะแนนเต็ม 50 คะแนน

ตอนที่ 2 แบบบันทึกคุณลักษณะทั่วไปและผลการวิจัย แบบบันทึกนี้เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อนำไปใช้บันทึกข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย ผลการวิจัย และนำไปใช้ในการวิเคราะห์อภิมาน โดยดัดแปลงมาจากแบบบันทึกข้อมูล

คุณลักษณะงานวิจัยและผลการวิจัยของ ศิริญญา คงอยู่[12] แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะงานวิจัย ประกอบด้วย 20 ข้อ ได้แก่ ชื่อผู้วิจัย ชื่องานวิจัย ประเภทของงานวิจัย หน่วยงานที่ผลิต แหล่งที่ได้มาของงานวิจัย แหล่งทุนวิจัย ปีที่พิมพ์เผยแพร่ จำนวนผู้วิจัย ลักษณะของงานวิจัย ตัวแปรที่ศึกษา ขนาดกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แหล่งที่ได้มาของกลุ่มตัวอย่าง สังกัดของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตั้งสมมุติฐานการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ 2) แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับเนื้อหาสาระของงานวิจัย ประกอบด้วย 3 ข้อ ได้แก่ กรอบแนวคิดในการวิจัย ทฤษฎีที่ใช้ศึกษาความสุขในการทำงานของพยาบาล และทฤษฎีที่ใช้ศึกษาปัจจัยเชิงเหตุ 3) ตารางบันทึกผลการวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย เป็นตารางสำหรับบันทึกค่าขนาดสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร หรือค่าสถิติที่สามารถนำมาแปลงเป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 ตาราง ประกอบด้วย ตารางค่าสถิติ r, t, F และ X^2

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบคัดเลือกงานวิจัย แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และแบบบันทึกคุณลักษณะทั่วไปและผลการวิจัย ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน พิจารณาความถูกต้องเหมาะสมและครอบคลุม รวมทั้งขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.87, 0.80 และ 0.88 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความสอดคล้องในการประเมินคุณภาพงานวิจัย (Inter-rater reliability) ผู้วิจัยทดลองใช้แบบบันทึกข้อมูลจากรายงานการวิจัยร่วมกับนักวิจัย (อาจารย์ที่ปรึกษา) โดยนำงานวิจัยที่คัดเลือกมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 เรื่อง มาบันทึกและประเมินความสอดคล้องในการบันทึก ได้ค่าความสอดคล้องในการประเมินคุณภาพงานวิจัยเท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. สำรวจรายชื่อปริญญานิพนธ์หรือวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาปัจจัยเชิงเหตุของความสุขในการทำงานของพยาบาลที่ศึกษาในประเทศไทย จากบริการสืบค้นข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ เช่น http://tdc.thailis.or.th/tdc/advance.php และจากบทคัดย่อวิทยานิพนธ์และบทคัดย่องานวิจัยของมหาวิทยาลัยต่างๆ ภายใต้คำสำคัญ คือ “ความสุขในการทำงาน, work happiness, joy at work และ พยาบาล”

2. สืบค้นปริญญานิพนธ์หรือวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาปัจจัยเชิงเหตุของความสุขในการทำงานของพยาบาลทั้งหมดในห้องสมุดและติดต่อห้องสมุดของมหาวิทยาลัยต่างๆ เพื่อขอยืมหรืออัดสำเนารายงานการวิจัย และปริญญานิพนธ์หรือวิทยานิพนธ์

3. เมื่อได้รายชื่องานวิจัยแล้วผู้วิจัยจะตรวจสอบภายในเล่มอีกครั้ง เพื่อคัดเลือกเฉพาะรายงานการวิจัย และปริญญานิพนธ์หรือวิทยานิพนธ์ที่ใช้แนวคิดความสุขในการทำงานของพยาบาลเป็นตัวแปรตาม

4. เมื่อคัดเลือกงานวิจัยได้แล้วผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมาเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบคัดเลือกงานวิจัยในการคัดเลือกงานวิจัย

5. ลงรหัสบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดร่วมกับนักวิจัย (อาจารย์ที่ปรึกษา) จำนวน 10 เรื่อง เพื่อประเมิน

ความสอดคล้องในการบันทึกและประเมินคุณภาพงานวิจัย

6. เมื่อได้ค่าความสอดคล้องในการบันทึกอยู่ในเกณฑ์แล้ว ผู้วิจัยอ่านงานวิจัยที่เหลือโดยละเอียดด้วยตนเองครั้งละ 1 เรื่อง และประเมินคุณภาพงานวิจัยตามแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

7. อ่านงานวิจัยโดยละเอียดเป็นครั้งที่ 2 และบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกคุณลักษณะและผลการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม ใบรับรองโครงการวิจัยเลขที่ COA No. 188/2559 ผ่านการอนุมัติ วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์คุณลักษณะทั่วไปของงานวิจัย โดยใช้สถิติบรรยายหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ ความโด่ง

2. วิเคราะห์ความแตกต่างค่าดัชนีมาตรฐาน จำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัย คุณภาพงานวิจัย และตัวแปรปัจจัยเชิงเหตุ โดยการทดสอบด้วยสถิติที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

3. วิเคราะห์อภิมานหาค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยใช้ตัวแบบอิทธิพลสุ่ม (Random-effect model)

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปของงานวิจัย

1.1 ด้านลักษณะทั่วไป งานวิจัยทั้ง 25 เรื่อง เป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท ที่ผลิตโดยมหาวิทยาลัยต่างๆ ทั่วประเทศ โดยสถาบันที่ผลิตส่วนใหญ่เป็นจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จำนวน 9 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 36 ในด้านปีที่พิมพ์เผยแพร่ พบว่า ผลิตในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2558 แต่ปีที่มีการพิมพ์เผยแพร่มากที่สุด คือ ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2551 ถึง 2555 มีการพิมพ์เผยแพร่จำนวนมากที่สุด จำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 52 และงานวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยมีน้อยมาก คือ จำนวน 4 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 16

1.2 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย งานวิจัยทั้งหมดศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ส่วนแหล่งที่มาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ศึกษากลุ่มตัวอย่างในเขตต่างจังหวัดมากที่สุด จำนวน 12 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 48 โดยกลุ่มตัวอย่างมาจากโรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุด จำนวน 12 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 48 ซึ่งทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาความสุขในการทำงานของพยาบาลเป็นทฤษฎีของ Manion[14] มากที่สุด จำนวน 15 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 60 ในส่วนของตัวแปรที่ศึกษาปัจจัยเชิงเหตุของความสุขการทำงานของพยาบาล พบว่า ปัจจัยเชิงเหตุที่ศึกษามี 4 ด้าน ปัจจัยเชิงเหตุด้านองค์การมีจำนวนงานวิจัยมากที่สุด คือ จำนวน 16 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 64 รองลงมา คือ ปัจจัยเชิงเหตุด้านงาน

จำนวน 9 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 36 ปัจจัยเชิงเหตุด้านการจัดการ จำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 32 และปัจจัยเชิงเหตุด้านบุคคล จำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 24

1.3 ด้านวิธีวิทยาการวิจัยและคะแนนคุณภาพงานวิจัย งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์และพยากรณ์ จำนวน 16 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 64 ขนาดกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ย 300.07 คน (160 - 400 คน) ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนมากที่สุด จำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 52 ในด้านของเครื่องมือวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยหาค่าความตรง พบว่า วิธีหาค่าความตรงที่นิยมใช้มากที่สุด คือ การหาค่า CVI จำนวน 16 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 64 และมีการหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งหมด ซึ่งค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยที่ใช้วัดตัวแปรความสุขในการทำงานของพยาบาล มีค่าตั้งแต่ 0.80 ถึง 0.97 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.89 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยที่ใช้วัดตัวแปรปัจจัยเชิงเหตุ มีค่าตั้งแต่ 0.79 ถึง 0.97 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.91 และใช้สถิติทดสอบความสัมพันธ์โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและถดถอยมากที่สุด จำนวน 18 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 72 ในส่วนของคะแนนคุณภาพงานวิจัย แบ่งงานวิจัยตามคะแนนคุณภาพงานวิจัยออกเป็น 5 ระดับ พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับสูง จำนวน 12 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 48 และระดับสูงมาก จำนวน 12 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 48

2. ค่าความเที่ยงของเครื่องมือตัวแปรความสุขในการทำงาน วิธีหาค่าความตรง ส่งผลให้เกิดความแตกต่างของค่าดัชนีมาตรฐานของปัจจัยเชิงเหตุของความสุขในการทำงานของพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ปัจจัยเชิงเหตุที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาลสูงสุด คือ ปัจจัยด้านงาน ($r = .664$, $p < .001$) รองลงมา คือ ปัจจัยด้านองค์การ ($r = .655$, $p < .001$) ปัจจัยด้านบุคคล ($r = .588$, $p < .001$) และปัจจัยด้านการจัดการ ($r = .541$, $p < .001$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

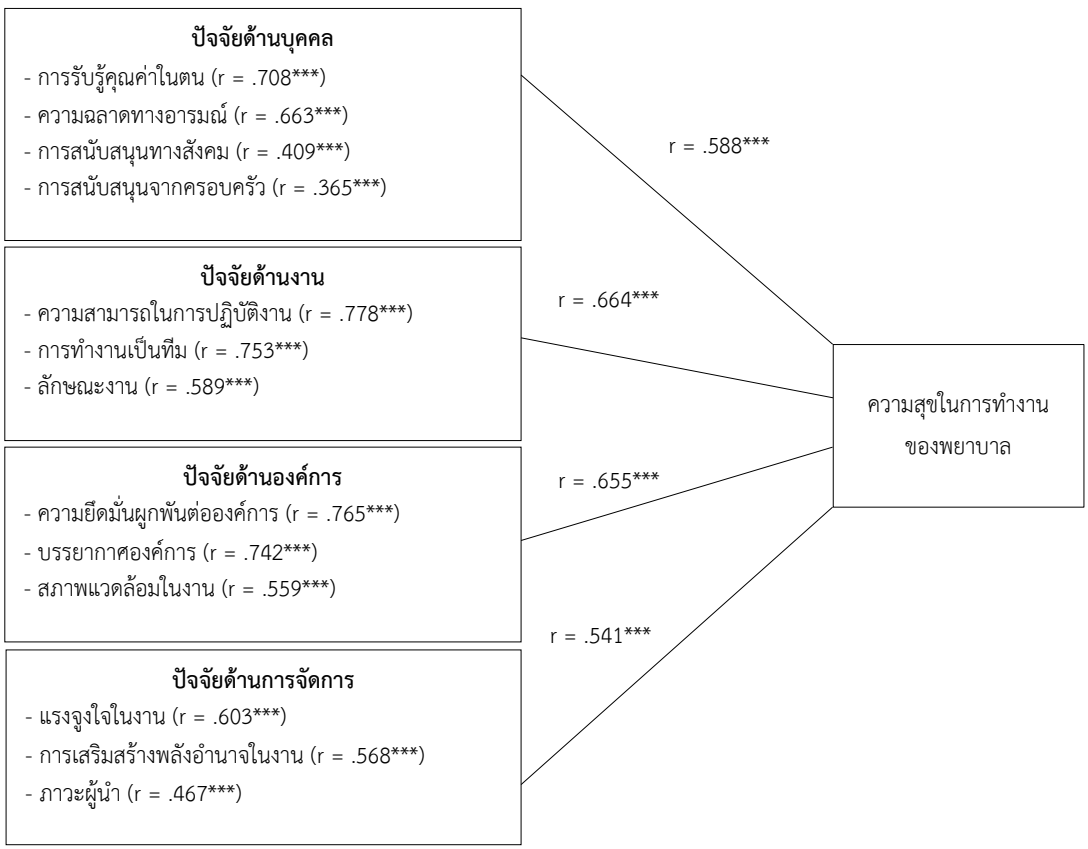
ตารางที่ 1 สถิติค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานของความสุขในการทำงานของพยาบาล จำแนกตามปัจจัยเชิงเหตุ

ปัจจัยเชิงเหตุ	k	r	SE	95% CI	Z	Q	I^2
ด้านบุคคล	**6**	**.588**	**.067**	**.456-.720**	**8.748*** **	**43.746*** **	**87.41**
การรับรู้คุณค่าในตน	3	.708	.032	.645-.772	21.861***	1.695	.00
การสนับสนุนทางสังคม	1	.409	.052	.308 -.511	7.929***	-	-
การสนับสนุนจากครอบครัว	1	.365	.056	.254-.476	6.455***	-	-
ความฉลาดทางอารมณ์	1	.663	.080	.506-.819	8.301***	-	-
ด้านงาน	**10**	**.664**	**.045**	**.575-.753**	**14.624*** **	**55.818*** **	**84.48**
ลักษณะงาน	6	.589	.056	.480-.699	10.541***	27.134***	81.62
ความสามารถปฏิบัติงาน	3	.778	.046	.688-.867	16.940***	4.265	53.12
การทำงานเป็นทีม	1	.753	.052	.651-.855	14.466***	-	-

ตารางที่ 1 สถิติค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานของความสุขในการทำงานของพยาบาล จำแนกตามปัจจัยเชิงเหตุ (ต่อ)

ปัจจัยเชิงเหตุ	k	r	SE	95% CI	Z	Q	I^2
ด้านองค์การ	**16**	**.655**	**.043**	**.571-.739**	**15.268*** **	**102.890*** **	**87.31**
สภาพแวดล้อมในงาน	8	.559	.062	.438-.681	9.034***	45.763***	86.72
บรรยากาศองค์การ	6	.742	.056	.632-.851	13.296***	26.646***	80.25
ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ	2	.765	.039	.689-.840	19.754***	.023	.00
ด้านการจัดการ	**9**	**.541**	**.032**	**.479-.603**	**17.103*** **	**21.866** **	**64.70**
เสริมสร้างพลังอำนาจในงาน	4	.568	.035	.499-.636	16.255***	4.823	29.26
ภาวะผู้นำ	3	.467	.065	.340-.595	7.204***	7.573*	74.60
แรงจูงใจในงาน	2	.603	.044	.516-.690	13.575***	1.474	32.15

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



***p < .001

แผนภาพที่ 1 โมเดลแสดงค่าดัชนีมาตรฐานของปัจจัยเชิงเหตุกับความสุขในการทำงานของพยาบาล

สรุปและการอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์อภิมานในครั้งนี้ พบว่า มี 4 กลุ่มปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาล ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัย พบว่า ทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานของพยาบาล

1. ปัจจัยเชิงเหตุด้านบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .588) เมื่อพิจารณาแต่ละตัวแปร พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาลสูงสุด คือ การรับรู้คุณค่าในตน (r = .708) รองลงมา คือ ความฉลาดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคม และการสนับสนุนจากครอบครัว (r = .663, .409 และ .365) ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ยอมรับตนเอง นับถือตนเอง ตลอดจนมีความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดเป็นความรู้สึกทางบวกต่อตนเอง โดยส่งผลให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี ซึ่งมีการศึกษาของ กัลยารัตน์ อ๋องคณา[15] และการศึกษาของ อภิญญา ศรีจันทร์[10] พบว่า การรับรู้คุณค่าในตนมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาล โดยพบว่า การรับรู้คุณค่าในตน ด้านการมีความสามารถ การมีความสำคัญ การมีคุณความดี และการมีอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า การมีความสามารถ การมีความสำคัญ การมีคุณความดี และการมีอำนาจ ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดผลลัพธ์ที่ดี และทำให้เกิดความสุขในการทำงาน

2. ปัจจัยเชิงเหตุด้านงาน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานของพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .664) เมื่อพิจารณาแต่ละตัวแปร พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาลสูงสุด คือ ความสามารถในการปฏิบัติงาน (r = .778) รองลงมา คือ การทำงานเป็นทีม และลักษณะงาน (r = .753 และ .589) ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าความสามารถในการปฏิบัติงานทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ส่งผลให้พยาบาลทำงานได้อย่างดีและมีประสิทธิภาพ ความสามารถในการปฏิบัติงานขึ้นอยู่กับองค์ประกอบการทำงานหลายด้าน ทั้งหน่วยงาน ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะในด้านผู้ปฏิบัติที่มีคุณลักษณะเชิงพฤติกรรม บุคลิกภาพ ความถนัดในงาน มีความรู้ทักษะ ประสบการณ์ แรงจูงใจ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ความสามารถในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ทำให้งานประสบผลสำเร็จ และส่งผลให้มีความสุขในการทำงาน มีการศึกษาของ พนิดา คะชา[16] และหัทยา ศรีวงษ์[17] ศึกษาพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานของพยาบาล ทั้งในด้านการเป็นผู้นำ การสร้างสัมพันธภาพและการติดต่อสื่อสาร การดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน การสอนผู้ป่วยและการให้ความร่วมมือ การวางแผนและประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล และการพัฒนาตนเองด้านวิชาชีพ ซึ่งทุกด้านมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาล

3. ปัจจัยเชิงเหตุด้านองค์การ เป็นปัจจัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานของพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .655) เมื่อพิจารณาแต่ละตัวแปร พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาลสูงสุด คือ ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ (r = .765) รองลงมา คือ บรรยากาศองค์การ และสภาพแวดล้อมในงาน (r = .742 และ .559) ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อ

องค์การ โดยเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวให้บุคคลนั้นคงอยู่กับองค์การ ซึ่งลักษณะความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การที่ดี คือ รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์การและอยากปฏิบัติงานให้สำเร็จตามเป้าหมายขององค์การ มีความรักในงานที่ทำ เกิดแรงจูงใจในการทำงานให้มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความสุขในการทำงานเพิ่มขึ้น ซึ่งมีการศึกษาของ ลักษมี สุดดี[18] และ วีรญา ศิริจรรยาพงษ์[19] พบว่า ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาล ทั้งในด้านจิตใจ ด้านการคงอยู่ และด้านบรรทัดฐาน

4. ปัจจัยเชิงเหตุด้านการจัดการ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานของพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .541) เมื่อพิจารณาแต่ละตัวแปร พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาลสูงสุด คือ แรงจูงใจในงาน (r = .603) รองลงมา คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน และภาวะผู้นำ (r = .568 และ .467) ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าแรงจูงใจในงานมีความสำคัญกับบุคลากรทางการพยาบาล และแรงจูงใจในการทำงานเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกในด้านที่ทำให้เกิดความสุขในการทำงาน ประสบความสำเร็จในชีวิตและหน้าที่การงาน จึงทำให้แรงจูงใจในการทำงานมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาล ซึ่งมีการศึกษาของ ลักษมี สุดดี[18] พบว่า แรงจูงใจในงานมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาลทั้งสองปัจจัย คือ ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน

จากผลการวิจัย พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาลอยู่ในระดับสูงสุด แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติงานของพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถ ทักษะ และประสบการณ์ในการทำงาน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะต้องมีการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลมีความสามารถในการปฏิบัติงานที่สูงขึ้น ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และรู้สึกพึงพอใจและมีความสุขถ้าได้ปฏิบัติงานตรงกับความสามารถที่ตนมี[14] จึงควรส่งเสริมสนับสนุนให้พยาบาลได้มีการพัฒนาในวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการส่งเสริมให้พยาบาลมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ โดยเฉพาะความยึดมั่นผูกพันด้านการคงอยู่ ต้องทำให้พยาบาลรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์การและอยากปฏิบัติงานให้สำเร็จตามเป้าหมาย มีความรักในงานที่ทำ อยากให้องค์การมีชื่อเสียง[19] เมื่อพยาบาลมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การจะส่งผลให้มีความมุ่งมั่น และตั้งใจทำงานเพื่อองค์การ ยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์การ เกิดความพึงพอใจในงาน และมีทัศนคติที่ดีต่อองค์การ[18] ดังนั้นจึงควรส่งเสริมในเรื่องการตั้งใจทำงานของพยาบาล กระตุ้นให้เกิดความรักในงานมากขึ้น มีการให้รางวัลชมเชยในกรณีที่การปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จ ส่งเสริมในด้านการศึกษาต่อและแนะแนวทางความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน และมุ่งเน้นให้เกิดองค์การแห่งการเรียนรู้[20] เพื่อให้พยาบาลเห็นแนวทางพัฒนาความก้าวหน้าที่ชัดเจน ซึ่งการให้ความสำคัญกับการศึกษาเป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดการพัฒนาในวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการวิเคราะห์อภิมานในครั้งนี้ ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านงานมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาลสูงสุด โดยเฉพาะความสามารถในการปฏิบัติงาน ส่งผล

ต่อความสุขในการทำงานมากที่สุด ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลต้องหาแนวทางในการพัฒนาให้บุคลากรในองค์การมีทักษะ ความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานให้มากขึ้น เช่น ส่งเสริมให้มีความรู้เพิ่มเติม โดยการจัดให้มีการประชุมวิชาการ จัดอบรมทักษะการปฏิบัติงาน สนับสนุนให้มีการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น

2. จากการวิเคราะห์อภิมานในครั้งนี้ ผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาลในระดับสูง คือ การรับรู้คุณค่าในตน ความสามารถในการปฏิบัติงาน การทำงานเป็นทีม ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ และบรรยากาศองค์การ ดังนั้น ผู้บริหารการพยาบาลควรที่จะกำหนดนโยบายในการพัฒนาปัจจัยเหล่านี้ เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลมีความสุขในการทำงานมากขึ้น

3. จากการวิเคราะห์เพื่อหาตัวแปรปรับในการสังเคราะห์งานวิจัยในครั้งนี้ ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัยที่ส่งผลต่อค่าดัชนีมาตรฐานมีหลายตัวแปร เช่น ค่าความเที่ยงของเครื่องมือตัวแปรความสุขในการทำงาน วิธีหาค่าความตรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงควรให้ความสำคัญกับกระบวนการทำวิจัยที่ถูกต้องและสอดคล้องกับปัญหาการวิจัย โดยเฉพาะเครื่องมือการวิจัยเพราะถือเป็นหัวใจสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการสังเคราะห์งานวิจัยในครั้งนี้ พบว่า จำนวนงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยเชิงเหตุด้านบุคคลและด้านงานมีน้อย คือ ปัจจัยบางตัวมีจำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียง 1 ค่า แต่มีค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสูง ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนและครอบคลุมปัจจัยเชิงเหตุของความสุขในการทำงานของพยาบาล จึงควรมีการศึกษาถึงปัจจัยเชิงเหตุด้านบุคคล เช่น ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนจากครอบครัว และความฉลาดทางอารมณ์ และศึกษาปัจจัยเชิงเหตุด้านงาน เช่น ตัวแปรการทำงานเป็นทีมเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาล เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการของผู้บริหารการพยาบาล หรือเป็นแนวทางให้ผู้บริหารการพยาบาลส่งเสริมให้พยาบาลมีความสุขในการทำงานมากยิ่งขึ้น

2. จากการสังเคราะห์งานวิจัยในครั้งนี้ ได้โมเดลปัจจัยเชิงเหตุที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาล ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านงาน ด้านองค์การ และด้านการจัดการ ในการศึกษาครั้งต่อไปควรนำโมเดลที่ได้นี้ไปศึกษา Structural Equation Modeling (SEM) ต่อไป

3. จากการสังเคราะห์งานวิจัยในครั้งนี้ พบว่า มีการศึกษาความสุขในการทำงานของพยาบาลในระดับผู้บริหารการพยาบาลยังมีจำนวนน้อย เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าพยาบาล เป็นต้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เพราะผู้บริหารการพยาบาลเหล่านี้เป็นบุคคลสำคัญในการดำเนินงานของหน่วยงานและตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการมีความสุขในการทำงาน

เอกสารอ้างอิง

1. Warr P. The measurement of well-being and other aspects of mental health. Journal of Occupational psychology 1990;63(3):193-210.
2. Warr P. Work happiness and unhappiness. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2007.
3. Lakkamjohn N. How to make happiness?. PRD Magazine 2005;9(102):15-6. (in Thai).
4. Chirawatkul S, Songwathana P, Rungreangkulkij S, Fongkhew W, Deoisres W, Sindhu S, et al. Happiness and professional attachment amongst Thai registered nurses. Thai Journal of Nursing Council 2012;27(4):26-42. (in Thai).
5. Sawaengdee K. The study of the supply of professional nurses in Thailand. Nonthaburi: Department of Medical Services; 2008. (in Thai).
6. Ministry of Public Health. Healthy people, happy staff, sustainable health system, position, vision, mission, values, goals and strategies of Ministry of Public Health. [Internet]. [cited 2017 June 5]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/Positioning_MoPH_2559.pdf. (in Thai).
7. Thailand Nursing and Midwifery Council. Health and health problems of professional nurses in Thailand. [Internet]. [cited 2015 September 30]. Available from: http://www.tnc.or.th /content/content-530.html. (in Thai).
8. Mulkruakum R. Relationships between empowerment, work environment and work happiness of professional nurses in community hospitals, region 10. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Khon Kaen University; 2011. (in Thai).
9. Yongprawat T. Relationships between generations, magnetic work environment and happiness at work as perceived by professional nurses in Bangkok hospital. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Sukhothai Thammathirat Open University of Thailand; 2013. (in Thai).
10. Srijan A, Tridech P, Pandii W. Joy at work of registered nurses in Bumrugrad international hospital. Journal of Boromarajonani College of Nursing Bangkok 2013;29(2):44-57. (in Thai).
11. Glass GV, McGaw B, Smith ML. Meta-analysis in social research. Beverly Hills: CA Sage; 1987.
12. Kongyoo S. A meta-analysis on antecedent variables of nurses' quality of working life. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2014. (in Thai).
13. Office of the Education Council, Ministry of Education. The research synthesis of Thai quality education: meta-analysis. Bangkok; Chulalongkorn University Press; 2009. (in Thai).
14. Manion J. Joy at work: creating a positive workplace. JONA 2003;33(12):652-5.

15. Oongkana K. Relationships between personal factors, self-esteem, work environment, and joy at work of staff nurses, private hospitals, Bangkok metropolis. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2006. (in Thai).
16. Kacha P. Factors affecting happiness at work of professional nurses at the regional hospitals in eastern region, Thailand. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Burapha University; 2008. (in Thai).
17. Sriwong H. Relationships between work characteristics, job performance, organization climate and work happiness of emergency nurses at community hospitals in central region. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Burapha University; 2011. (in Thai).
18. Suddee L. Relationships between work motivation social support organizational commitment and work happiness of staff nurses general hospitals central region. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2007. (in Thai).
19. Sirichayapong V. Happiness in work of registered nurses in inpatient department, Ramathibodi hospital. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Mahidol University; 2013. (in Thai).
20. Jirapa P. Relationships between transformational leadership of head nurses constructive organizational culture and learning organization as perceived by staff nurses in hospitals under the jurisdiction of naval medical department. Royal Thai Navy Medical Journal 2016;43(1):33-52. (in Thai).

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น
The Effect of Stress Management Program on Caregivers' Caring Ability of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

พาสินี แจ่มจ้า* สุนิศา สุขตระกูล** ประนอม รอดคำดี**
Pasinee Jamja,* Sunisa Suktrakul,** Branom Rodcumdee**
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร*
* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok
** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร
** Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok
* Corresponding Author: ta.hant@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด และ 2) ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่ด้วย ระดับการศึกษาและระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการความเครียด ส่วนผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรม 7 ครั้ง ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องการประเมินความเครียดของผู้ดูแล ผลกระทบจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น การค้นหาแหล่งประโยชน์ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น การฝึกทักษะการสื่อสาร การฝึกทักษะการเผชิญความเครียด การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ และการประเมินตัดสินใหม่ 2) แบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น และ 3) แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เครื่องมือชุดที่ 1 และ 2 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 2 และ 3 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที

Received: December 07, 2018; Revised: February 19, 2019; Accepted: March 29, 2019

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : ความเครียด ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ความสามารถในการดูแล

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research using the pretest-posttest control group design were to compare: 1) caregivers' caring ability of children with ADHD before and after received the stress management program, and 2) caregivers' caring ability of children with ADHD who received the stress management program and those who received regular nursing care. The sample was 40 caregivers of children with ADHD in Somdech Phra Pinklao Hospital who met the inclusion criteria. The sample was matched pair by education level and duration of caregiving and then randomly assigned to the experimental and the control group, 20 persons each. The experimental group received the stress management program. The control group received regular nursing care. Research tools were 1) stress management program developed by the researcher consists of 7 activities as educating the appraisal of caregiving relate stress, the impact of the problematic situation of caring for ADHD, searching for resources, providing knowledge about ADHD, and ADHD caring skills, communication skills training, coping skills, emotional-focused coping skills, management and review the knowledge of how to deal with stress effectively, 2) the ability to care for children with ADHD's caregivers scale, and 3) stress assessment Model of ADHD tools. The 1st and 2nd instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The 2nd and 3rd instrument had Cronbach's alpha coefficient reliability 0.81 and 0.94, respectively. The t-test was used in data analysis.

The findings were as follows:

1. Caregivers' caring ability of children with ADHD after receiving the stress management program were significantly better than before receiving the stress management program at the .05 level.

2. Caregivers' caring ability with ADHD after received the stress management program was significantly better than those received regular nursing care at the .05 level

Keywords : stress, attention deficit hyperactivity disorder patients' caregivers, caring ability

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) เป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่พบบ่อยที่สุด โดยอาการสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ขาดสมาธิ (Inattention) อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) ทำให้เสียหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเข้าสังคม จะพบอาการดังกล่าวในสถานการณ์หรือสถานที่อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่น โรงเรียนและที่บ้าน[1] ปัจจุบันเด็กสมาธิสั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ[2] ในประเทศไทยมีการสำรวจในระดับ ประเทศ ปี พ.ศ. 2555 ในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 5 จำนวน 7,188 คน พบว่า มีความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 8.1 และพบในเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิง 3 - 4 เท่า[3] ความชุกในเด็กสมาธิสั้นในต่างประเทศทั่วโลกพบร้อยละ 5 - 12[4] และในประเทศไทยพบว่า ในช่วงวัยเรียนพบเด็กสมาธิสั้นมากที่สุด[5,6]

เด็กสมาธิสั้นจะพบปัญหาด้านพฤติกรรม เมื่อมีอารมณ์โกรธ มักมีพฤติกรรมรุนแรง ขาดการยั้งคิด หุนหันพลันแล่น[7] ทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเสี่ยงเป็นเด็กก้าวร้าวหรือทำผิดกฎหมาย[8] จากการศึกษาติดตามระยะยาวในเด็กสมาธิสั้นในช่วงวัยรุ่น ยังพบปัญหาด้านการเรียนและการสื่อสาร ในบางรายต้องออกจากระบบการเรียนก่อนวัยอันควร บางรายอาจป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และด้านพฤติกรรมพบมีการกระทำผิดทางกฎหมาย เช่น ใช้ยาเสพติด ลักขโมย อันเป็นผลมาจากอาการของโรคสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมจากทีมสุขภาพ และผู้ดูแลในครอบครัวตั้งแต่ยังเล็กๆ[9,10] นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในเรื่องความยากลำบากสำหรับผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยตรง และต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล เนื่องจากขณะให้การดูแลเด็กสมาธิสั้น ผู้ดูแลต้องดำรงหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน มีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป[6,11] จากการทบทวนวรรณกรรมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในด้านร่างกาย พบว่า ผู้ดูแลมีอาการปวดศีรษะนอนไม่หลับ เกิดความท้อแท้เครียด รวมถึงเพิกเฉยต่อบทบาทหน้าที่ผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นไม่สนใจสิ่งแวดล้อมตลอดจนขาดความสนใจในการดูแลเด็ก เนื่องจากเกิดความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น[12] ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาทางลบระหว่างผู้ดูแลกับเด็กสมาธิสั้น และทำให้เกิดปัญหาในการดูแลที่ไม่เหมาะสมตามมา[8] นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสังคม และประเทศชาติโดยเฉพาะช่วงวัยรุ่นหากพฤติกรรมเกเรในวัยเด็กไม่ได้รับการแก้ไข[13] การดำเนินของโรคสมาธิสั้นจะคงอยู่ถึงวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 30 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรคนี้ยังคงเป็นภาระในการดูแลของครอบครัวอย่างต่อเนื่อง[14] เนื่องจากเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) จึงจำเป็นต้องพึ่งพาความสามารถในการดูแลจากบุคคลอื่น[15]

การดูแลเด็กสมาธิสั้นถือเป็นเหตุการณ์ที่กระทบต่อภาวะความสมดุลของผู้ดูแล และก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งความเครียดในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ จากสถานการณ์ต่างๆ เหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความต้องการทราบข้อมูลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งถ้าผู้ดูแลมีแหล่งประโยชน์ (Resource) เพียงพอแก่ความต้องการ (Demand) ก็จะช่วยลดระดับความเครียดได้ส่วนหนึ่ง ทำให้การรับรู้ต่างๆ ดีขึ้น สามารถใช้ทักษะและความสามารถที่มีอยู่ในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ[16]

ตามแนวคิดของ Lazarus, Folkman[17] แบ่งการเผชิญความเครียดเป็น 2 ด้าน คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญ

ความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่า ความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญ โดยพบว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลเด็ก และจากการจัดการกับพฤติกรรมและอาการที่เป็นปัญหาต่างๆ ของเด็กที่ยุ่งยาก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Guevara, Lozano, Wickizer, Mell, Gephart[18] พบว่า ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมักมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์สูง เนื่องจากมีความเครียดจากการเลี้ยงดู ส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นลดลง ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นไม่เพียงพอ และการขาดทักษะในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมของตัวผู้ดูแลเอง ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นไม่มีประสิทธิภาพไปด้วย[16] สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Harpin[19] พบว่า ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับเด็กสมาธิสั้น ส่งผลกระทบอย่างต่อเนื่องกับเด็กและครอบครัว ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรังที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดผลกระทบในครอบครัวที่รุนแรงมากขึ้น เมื่อพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องแล้วจะเห็นได้ว่า ปัจจัยความเครียดจากการดูแลเด็กเป็นปัจจัยที่สามารถจัดการได้ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล

สำหรับแนวคิดการจัดการกับความเครียด Lazarus, Folkman[17] ได้กล่าวไว้ว่า เป็นกระบวนการจัดการที่เป็นขั้นตอน เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดโดยมีเป้าหมายเพื่อรักษาสมดุลระหว่างสิ่งเร้าความเครียดกับความสามารถที่จะจัดการกับสิ่งนั้นภายใต้ทฤษฎีการประเมินทางความคิด (Cognitive appraisal) โดยสิ่งเร้าจะมีความหมายอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ หรือการตีความของบุคคล โดยผ่านกระบวนการทางความคิด (Cognitive process) ผลของการประเมินจะนำไปสู่การตอบสนองที่แตกต่างกัน การประเมินสถานการณ์หรือสิ่งเร้าความเครียดมี 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินขั้นแรก เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ บุคคลจะประเมินในขั้นแรกว่า เหตุการณ์นั้นมีผลทางบวกหรือทางลบต่อตนเอง ลักษณะของการประเมินสถานการณ์ คือ (1) ลักษณะที่เป็นอันตรายหรือต้องสูญเสีย (2) ลักษณะที่คุกคาม (3) ลักษณะที่ท้าทาย ทั้งนี้การผลักดันให้บุคคลประเมินปัญหาว่าเป็นลักษณะท้าทาย จะนำไปสู่การลงมือในการแก้ไข หรือจัดการกับสถานการณ์ปัญหานั้น ในการศึกษาครั้งนี้สถานการณ์การดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นสิ่งเร้าที่ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นต้องประเมิน 2) การประเมินขั้นที่สอง หมายถึง การที่บุคคลใช้สติปัญญาความรู้ ประสบการณ์ ประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกของตน เพื่อกำจัดอันตรายจากสิ่งที่ตนรับรู้ว่าเป็นอันตรายแก่ตนเอง เป็นการนำทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกมาเอื้ออำนวยให้ตนเองในการกำจัดและสรรหาการกระทำที่เป็นทางเลือกที่ดีที่สุดให้ตนเองพ้นจากอันตรายนั้น โดยเป็นการประเมินเพื่อช่วยในการเพิ่มความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น 3) การประเมินซ้ำ หลังจากบุคคลได้แสดงความพยายามที่จะกำจัดอันตรายทั้งทางรูปธรรม และทางความคิดออกมาแล้ว บุคคลจะประเมินสถานการณ์ซ้ำ เพื่อพิจารณาอันตรายว่ายังมีอยู่ในระดับใด มากขึ้นหรือลดลง หรือได้ถูกกำจัดไปแล้ว ขั้นตอนนี้อาจถือได้ว่าเป็นการเริ่มวงจรการประเมินสถานการณ์ครั้งแรกใหม่ก็ได้ หากอันตรายนั้นยังคงอยู่ก็เข้าสู่กระบวนการจัดการได้ใหม่ ในการศึกษานี้ คือ การประเมินวิธีการจัดการกับความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ดูแล

เด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ การขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น การจัดการกับอารมณ์เมื่อต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การขาดทักษะในการจัดการกับความเครียด ส่วนปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมและอาการของเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ทั้งขั้นปฐมภูมิและทุติยภูมิว่าเป็นความเครียด ดังนั้นหากผู้ดูแลได้รับข้อมูลใหม่เกี่ยวกับการจัดการกับความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ตามแนวคิดของ Lazarus, Folkman[17] จะเป็นการเพิ่มศักยภาพหรือแหล่งประโยชน์ของบุคคลนั่นเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยจะพบเพียงการศึกษาโปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองที่ให้ความรู้ในการดูแลเด็กตามแนวทางการรักษา และการให้การช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมที่ช่วยให้เด็กมีความรุนแรงของอาการลดลง และเน้นในการอบรมให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการปรับพฤติกรรมเด็ก โดยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหา และลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก และการปรับเปลี่ยนทัศนคติ หรือมุมมองของการรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่อตนเอง เด็ก และปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อการปฏิบัติที่เหมาะสมของผู้ดูแลต่อเด็กตามมา[20] ซึ่งในประเทศไทย มีการศึกษาและอบรมเกี่ยวกับโปรแกรมการอบรมผู้ดูแลเด็กในการปรับพฤติกรรมมาหลายปี แต่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ไม่กว้างขวาง[21] แม้ว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถลดความเครียดโดยรวมได้ แต่ยังคงพบว่าผู้ดูแลยังคงมีความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และมีการจัดการกับความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพอยู่[20,21] จากผลการศึกษาของอภิชา แช่มช้อย[22] ศึกษาผลของโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพการเผชิญความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า กลุ่มทดลองมีศักยภาพในการเผชิญความเครียดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของมัลลิกา จันทร์เพ็ญ[23] ในการใช้โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งลดความเครียดของผู้ดูแลได้ จากความเป็นมาและความสำคัญดังข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus, Folkman[17] ทั้งนี้จะเป็นการให้ความรู้ ชี้แนะแนวทาง และให้การสนับสนุนการดูแลเด็กสมาธิสั้นเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กในชีวิตประจำวันได้ สามารถลงมือกระทำสิ่งที่ตอบสนองความจำเป็นในการดูแลเด็ก (Production operation) โดยผู้ดูแลสามารถนำแนวทางการดูแลเด็กไปปฏิบัติในชีวิตจริง ติดตามประเมินผลการปฏิบัติ และสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสมกับสถานการณ์ได้[15] และเกิดทักษะในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้จะเป็นการดำเนินการในรูปแบบของสุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่ม มุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม ในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย โปรแกรมการจัดการความเครียด ประกอบด้วย 7 กิจกรรม จำแนกเป็นการดำเนินการ 3 ขั้นตอน ตามกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล (Cognitive appraisal) ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์

(Primary appraisal) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินทางความคิด (Cognitive appraisal) ของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น 2) ผลกระทบจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น ขั้นตอนที่ 2 ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (Secondary appraisal) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ การค้นหาแหล่งประโยชน์ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น การฝึกทักษะการสื่อสาร การฝึกทักษะการเผชิญความเครียด การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ ขั้นตอนที่ 3 การประเมินตัดสินใหม่ ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ การประเมินตัดสินใหม่ การประเมินสถานการณ์ซ้ำว่าสถานการณ์ที่มีอันตรายยังคงอยู่หรือลดลงแล้วเพียงใด

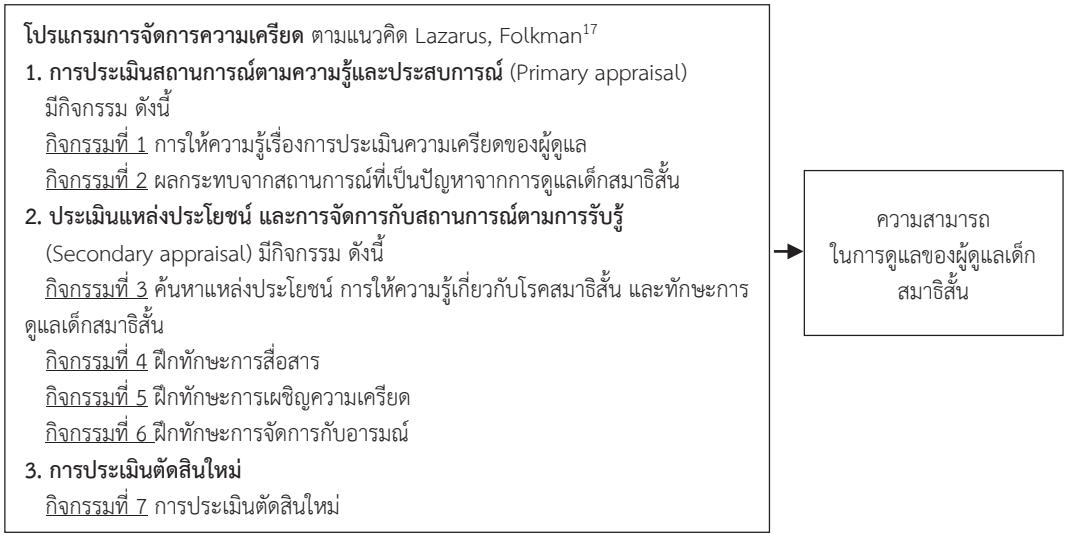
โปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จึงมุ่งหวังให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีการประเมินความเครียดว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายและควบคุมได้ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเผชิญความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นในชีวิตประจำวันโดยผ่านการเรียนรู้และฝึกทักษะทำให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นลดความเครียดลง[16] โดยผู้วิจัยเชื่อมั่นว่าจะส่งผลถึงความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด

2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi–experimental research) วัดผลก่อนและหลังทดลอง (Pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

สมมติฐานการวิจัย

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล หมายถึง ระดับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล ในด้านการวางแผน การลงมือปฏิบัติ การติดตาม และการประเมินผลการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของเด็กสมาธิสั้น 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) การดูแลเพื่อให้ได้รับยาและการรักษาต่อเนื่อง 2) การป้องกันอุบัติเหตุและอันตรายในชีวิตประจำวัน 3) การส่งเสริมการเรียน 4) การส่งเสริมการรับประทานอาหารและน้ำ 5) ด้านการฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเองและทักษะสังคม และ 6) ด้านการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม ประเมินโดยแบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของสนธยา มณีรัตน์[15]

2. ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กอายุ 6 - 12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์/จิตแพทย์เด็ก ว่าเป็นโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคแบบ DSM-5 มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่น บิดา มารดา ปู่ ตา ที่ทำหน้าที่ในการดูแลเด็กมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน และมีส่วนร่วมในการรักษาเด็กสมาธิสั้นโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

3. โปรแกรมการจัดการความเครียด หมายถึง กิจกรรมตามกระบวนการและขั้นตอนที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคสมาธิสั้น และเกิดทักษะต่างๆ ได้แก่ การดูแลเด็กสมาธิสั้น การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีผ่อนคลายความเครียด และการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน ทั้งนี้เพื่อลดความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดความเครียดและกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล (Cognitive appraisal) ของ Lazarus, Folkman[17] ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมในรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คนจำนวน 2 กลุ่ม จำแนกเป็น 3 ขั้นตอน รวม 7 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 - 2 กิจกรรมติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (Primary appraisal) มีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องการประเมินความเครียดของผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 2 ผลกระทบจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินแหล่งประโยชน์และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (Secondary appraisal) มีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 ค้นหาแหล่งประโยชน์ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสาร

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการเผชิญความเครียด

กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินตัดสินใหม่

กิจกรรมที่ 7 การประเมินตัดสินใหม่

4. ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ดูแลและเด็กสมาธิสั้นตามวิธีที่ปฏิบัติเป็นประจำของสถานบริการ ได้แก่ การซักถามอาการ และประวัติเจ็บป่วย การประเมินพัฒนาการตามวัย และการให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อให้อาการและพฤติกรรมที่เหมาะสมเมื่ออยู่ที่บ้าน เช่น การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด โดยพยาบาลประจำคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ในช่วงเวลาหลังพบแพทย์

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กอายุ 6 - 12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์/จิตแพทย์เด็กว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคแบบ DSM-5

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กอายุ 6 - 12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์/จิตแพทย์เด็กว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคแบบ DSM-5 ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย ดังนี้ เป็นผู้ดูแลในครอบครัวเพศชายหรือหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20 - 59 ปี มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่น บิดา มารดา ปู่ ตา ย่า ยาย น้า อา ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และให้การดูแลเด็กมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน โดยอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน มีคะแนนความเครียดตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป (ระดับปานกลางขึ้นไป) โดยวัดจากแบบประเมินความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต[24] ไม่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง และมีสภาพร่างกายที่ไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมวิจัย มีความสามารถในการรับรู้และสื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยินหรือการมองเห็น ไม่เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท สมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยตามแบบขอความร่วมมือเป็นผู้เข้าร่วมในการวิจัย และคำให้การคุ้มครองสิทธิ์ เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก คือ ผู้ร่วมวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัยและผู้ร่วมวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการทดลองที่กำหนด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยกึ่งทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้[23] เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายความโค้งเป็นปกติ และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลองควรมีอย่างน้อย 30 คน เพื่อให้มีการกระจายของข้อมูลใกล้เคียงหรือเป็นโค้งปกติมากที่สุด[26] แต่เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง (Drop out) ของสมาชิกกลุ่ม ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 40 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) จนครบทั้ง 40 คน จากนั้นจับคู่

(Matched pair) ด้วยวิธีการจับคู่ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนแล้วจัดเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

1.2 แบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น พัฒนาขึ้นโดย สนธยา มณีรัตน์[15] มีข้อคำถามทั้งหมด 31 ข้อ โดยครอบคลุมกิจกรรมในการวางแผน การลงมือกระทำ การติดตามผล และการประเมินผลการกระทำที่ครอบคลุมความต้องการการดูแลที่จำเป็นของเด็กสมาธิสั้น 6 ด้าน ได้แก่ 1) การใช้ยาและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง จำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 3 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 1 ข้อ 2) การป้องกันอุบัติเหตุต่างๆ ในชีวิตประจำวัน จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด 3) การส่งเสริมการเรียน จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด 4) การส่งเสริมรับประทานอาหารและน้ำ จำนวน 3 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด 5) การฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเองและฝึกทักษะสังคม จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 4 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 2 ข้อ 6) การจัดการกับปัญหาพฤติกรรม จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 4 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์ตามระดับคะแนนตามแนวคิดของ สมหวัง พิธิยานุวัฒน์, อุษาวดี จันทรสนธิ[27] สามารถแปลผลโดยมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

ระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (100 - 124 คะแนน) หมายถึง ความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับสูง

ระดับคะแนนระหว่างร้อยละ 50 - 79 (62 - 99 คะแนน) หมายถึง ความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50 (≤ 61 คะแนน) หมายถึง ความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ

แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยตรวจสอบ ความสอดคล้องกับแนวคิด ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และได้ปรับข้อคำถามให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปใช้ โดยมี ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.86 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

โปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แนวคิด Lazarus, Folkman[17] ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์ แผนการสอนคู่มือการดูแลเด็กสมาธิสั้น และการผ่อนคลายความเครียด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลองและเครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง ซึ่งพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, พิมพ์มาศ ตาปัญญา[24] ประกอบด้วยข้อคำถาม

จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมานค่า (Rating scale) โดยในแต่ละข้อคำถามจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน สามารถแปลผลโดยมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

ระดับคะแนน 0 – 23 หมายถึง	มีความเครียดน้อย
ระดับคะแนน 24 – 41 หมายถึง	มีความเครียดปานกลาง
ระดับคะแนน 42 - 61 หมายถึง	มีความเครียดสูง
ระดับคะแนน 62 ขึ้นไป หมายถึง	มีความเครียดรุนแรง

โดยผู้วิจัยตั้งเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาที่ระดับคะแนนความเครียดระดับปานกลางขึ้นไป ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ เอกสารรับรองเลขที่ COA-NMD-REC 002/60 วันที่อนุมัติ 16 มกราคม พ.ศ. 2560 และวันสิ้นสุดการอนุมัติ 15 มกราคม พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยอย่างครบถ้วน ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ ผลการวิจัยเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเป็นขั้นตอนระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน พ.ศ. 2560 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง เข้าฝึกอบรมการดูแลเด็กสมาธิสั้น นำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ภายหลังผ่านการพิจารณารับรอง ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือและขอเก็บรวบรวมข้อมูล และเข้าพบหัวหน้าแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นทดลอง

ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง จากทะเบียนประวัติผู้ป่วย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงการยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจับฉลากสุ่มอย่างง่าย เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างละ 20 คน โดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยทำการนัดหมายกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน โดยการให้บัตรนัด วัน/เวลา เพื่อมาทำการประเมินความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง และวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (Pre-test) ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการทดลองว่า จะมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอีกครั้ง (Post-test) ในระหว่างนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ในเรื่องแผนการรักษา การสนับสนุนให้กำลังใจ คำแนะนำและความช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ดูแลเมื่อครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นขอคำแนะนำ เมื่อครบกำหนดการทดลอง ผู้วิจัยนัดพบผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ทำการประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ในสัปดาห์ที่ 4 และแจกคู่มือเกี่ยวกับการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน และการผ่อนคลายความเครียดให้กับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม และแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมการวิจัย

กลุ่มทดลอง

ทำการประเมินความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง และวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (Pre-test) หลังจากวัดความสามารถในการดูแล ผู้วิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน และดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการความเครียด สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม กิจกรรมละ 60 - 90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยได้ทำการกำกับการทดลอง ด้วยแบบประเมินความเครียดและวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นทันที โดยหลังการทดลอง ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นต้องมีคะแนนความเครียดลดลง หากมีคะแนนไม่ลดลง ผู้วิจัยจะให้ความรู้และฝึกทักษะการเผชิญความเครียด แล้วประเมินความเครียดอีกจนกว่าจะได้คะแนนตามเกณฑ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้ ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) และเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)

ผลการวิจัย

การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 7 โดยให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นตอบคำถามตามแบบประเมินความเครียด ผลการประเมิน พบว่า ระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นภายหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดฯ มีคะแนนความเครียดลดลงทุกคน โดยมีระดับความเครียดลดลงเป็นระดับความเครียดน้อย จำนวน 8 คน และ ระดับปานกลาง 12 คน แสดงว่าเป็นไปตามเกณฑ์กำกับการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.0 อายุของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ระหว่าง 51 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา

อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40.0 และ 50.0 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 70.0 เท่ากัน ส่วนด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพกิจการส่วนตัวและแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 32.5 ในกลุ่มทดลองประกอบอาชีพกิจการส่วนตัวและแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 25.0 และ 35.0 ตามลำดับ และในกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพกิจการส่วนตัวและแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 30.0 เท่ากัน มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000 - 19,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.5 และมีรายได้ต่อเดือน 20,000 บาทขึ้นไป และไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 20 และ 22.5 ตามลำดับ ในด้านความสัมพันธ์กับเด็กในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 45.0 เท่ากัน ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5 ปี 1 เดือน - 8 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.5 ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอยู่ในช่วง 3 ปี 1 เดือน - 5 ปี และ 5 ปี 1 เดือน - 8 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.0 เท่ากัน และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอยู่ในช่วง 5 ปี 1 เดือน - 8 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 20)

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น	Mean	SD	level	t	df	p-value
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	77.90	3.626	ปานกลาง	1.69	19	.107
หลังการทดลอง	79.30	2.003	ปานกลาง			
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	78.75	4.908	ปานกลาง	20.73*	19	.000
หลังการทดลอง	105.25	4.983	สูง			

*p < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 20.73) โดยคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 1 นั่นคือ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด ในทางตรงกันข้าม พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 20)

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น	Mean	SD	level	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มควบคุม	77.90	3.63	ปานกลาง	.623	19	.537
กลุ่มทดลอง	78.75	4.91	ปานกลาง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มควบคุม	79.30	2.00	ปานกลาง	21.61*	38	.000
กลุ่มทดลอง	105.25	4.98	สูง			

* $p < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มทดลองสูงว่ากลุ่มควบคุม (t = 21.61) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ผลการวิจัยในครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ ที่ตั้งไว้ คือ

1. ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด มีความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ทั้งนี้เนื่องมาจากโปรแกรมการจัดการความเครียดที่พัฒนาจากแนวคิดของ Lazarus, Folkman[17] ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นทราบถึงกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้เหมาะสม ทำให้สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองตามบทบาทหน้าที่ของตน รวมทั้งทำให้ทราบถึงประเภทของแหล่งประโยชน์ และความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีในชุมชน ซึ่งแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลมีความพร้อมในการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น โปรแกรมฯ มีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลอง สามารถนำแนวทางการดูแลเด็กไปปฏิบัติในชีวิตจริง ติดตามประเมินผลการปฏิบัติ และสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสมกับสถานการณ์ได้ ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของ มัลลิกา จันทร์เพ็ญ[23] ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า โปรแกรมการจัดการความเครียดฯ ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เรื่องความเครียด การประเมินความเครียดจากการดูแล การค้นหาแหล่งประโยชน์รวมทั้งให้ความรู้ และพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้น

2. ผลการวิจัย พบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 21.61$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาจากข้างต้น สามารถอภิปรายได้ว่า หลังจากผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยผู้วิจัยให้ความรู้ ชี้แนะแนวทาง และให้การสนับสนุนการดูแลเด็กสมาธิสั้นแล้ว ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กในชีวิตประจำวันได้ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Mitchell[28] ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองที่มีบุตรสมาธิสั้น พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมากที่สุด คือ การประเมินความเครียด (Stress appraisal) และจากการศึกษาของ อุมาพร ตรังคสมบัติ[29] ที่กล่าวว่า การดูแลเด็กปกติกับเด็กสมาธิสั้นมีความแตกต่างกัน ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถแก้ปัญหาได้ เกิดปัญหาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด เศร้า และรู้สึกว่าตนเองไม่มีประสิทธิภาพในการดูแล ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดแล้วจะสามารถนำแนวทางการดูแลเด็กไปปฏิบัติในชีวิตจริง ติดตามประเมินผลการปฏิบัติ และสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสมกับสถานการณ์ได้

โดยการศึกษาในครั้งนี้ได้ดำเนินการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ได้แก่ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น เนื่องจากทั้ง 2 ตัวแปร มีผลต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนั้นผลการวิจัยจึงสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการความเครียดทั้ง 7 กิจกรรม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งพบว่า ในแต่ละกิจกรรมมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดมีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม จึงส่งผลให้ผู้ดูแลลดความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นลงได้ และส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำโปรแกรมการจัดการความเครียดไปใช้ในการให้การดูแลผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเกิดการรับรู้และประมินภาวะเครียดของตนเองได้ ร่วมกับการประเมินความเครียด การวางแผนการเผชิญปัญหา การผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม และทำให้ผู้ดูแลเกิดความ

เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งส่งผลให้สามารถดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดลดลง

2. พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสนใจ และมีการวางแผนในการดูแลเด็กสมาธิสั้นร่วมกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เนื่องจากพบความชุกของโรคสมาธิสั้นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขในระยะยาว เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัว ยังส่งผลต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ไม่มีประสิทธิภาพตามมาหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมการจัดการความเครียด ในระยะหลังจากที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมและนำกลับไปใช้ที่บ้าน เพื่อประเมินความต่อเนื่องในระยะยาว 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี และควรให้ครอบครัวได้ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม และให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อประเมินการคงอยู่ของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น และเพื่อประเมินผลลัพธ์ในการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition Text rev. (DSM-V). Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Visser SN, Bitsko RH, Danielson ML, Perou R, Blumberg SJ. Increasing prevalence of parent-reported attention-deficit/hyperactivity disorder among children-United States, 2003, 2007. Morbidity and Mortality Weekly Report 2010;59(44):1439-43.
3. Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksaku T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute 2017;21(2). (in Thai).
4. Freitag CM, Hänig S, Schneider A, Seitz C, Palmason H, RetzW, et al. Biological and psychosocial environmental risk factors influence symptom severity and psychiatric comorbidity in children with ADHD. Journal of Neural Transmission 2012;119(1):81-94.
5. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. Current Opinion in Psychiatry 2007;20(4):386-92.
6. Arpornsuwan M. ADHD Treatment. Bangkok: Pimdee; 2007. (in Thai).
7. Sanguankulchai N. Relationships between family environment-relationship dimension, parenting behaviors, maternal. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2013. (in Thai).

8. Wongkitirungruang S. How do you handle aggressive behavior. Journal of Education. 2550;30(2-3):41-7. (in Thai).
9. Reuangtragoon S. Textbook of psychiatry, children and teens. Bangkok: Reuangaewganpim; 2008 . (in Thai).
10. Piyasin W. A guide for parents ADHD. Queen Sirikit National Institute of Child Health. [Internet]. [cited 2012 September 28]. Available from: http://www.childrenhospital.go.th/main/marketing/31_201249KM. pdf. (in Thai).
11. Srichanchai J. Care for children defective. MahaSarakham: Sri MahaSarakham College of Nursing; 2013. p. 1-66. (in Thai).
12. Dandnamkoo D. Parenting stress in caretakers of children with ADHD. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2006. (in Thai).
13. Webster-Stratton CH, Reid MJ, Beauchaine T. Combining parent and child training for young children with ADHD. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology 2011; 40(2):191-203.
14. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. New York: The Guilford Press; 2014.
15. Maneerat S. Ability of ADHD caregiver. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Prince of Songkla University; 2007. (in Thai).
16. Leelukkanaveera U, Longphimai C, Toonsiri C. Influencing factors of stress among The Royal Thai Navy in Narathiwat Province. Royal Thai Navy Medical Journal 2018;45(2): 399-416. (in Thai).
17. Lazarus R, Folkman S. Stress approval and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
18. Guevara J, Lozano P, Wickizer T, Mell L, Gephart H. Utilization and cost of health care services for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics 2001; 108(1):71-8.
19. Harpin VA. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. Archives of Disease in Childhood 2005;90(suppl1):i2-i7.
20. Ponnoppadon CH, Gatemaan P. Mental health clinic. [Internet]. [cited 2011 May 11]. Available from: http://www.psyclin.co.th/myweb1.html. (in Thai).
21. Chumphusaeb W. Effectiveness of implementing the caregiver training regarding behavior modification of children with attention deficit hyperactivity disorder program, child and adolescent psychiatric clinic, Lampang hospital. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chiang Mai University; 2013. (in Thai).

22. Chamchoi A. The effectiveness of potentiality enhancement program in coping with stress from caring the elderly in the community. [Master's Thesis, Faculty of Community Health Nurse Practitioner]. Christian University of Thailand; 2007. (in Thai).
23. Janpen M. The effect of coping skills enhancement program on caring ability of schizophrenic patients' caregivers in the community. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2014. (in Thai).
24. Mahatnirunkoon S, Poompaisanchai W, Tapanya P. The research report titled "Creating a stress test". Suan Prung Hospital, Chiang Mai; 1997. (in Thai).
25. Thato R. Nursing research: concept to apply. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University publisher; 2009. (in Thai).
26. Grove S, Burns N, Gray J. The practice of nursing research. St. Louis: Mo.Saunders; 2013.
27. Pithiyanuwat S, Chanthonsonti U. Research and educational evaluation unit 9 - 15. Nontaburi: Sukhothai Thammathirat University publisher; 1991. (in Thai).
28. Mitchell MM. Parents'stress and coping with their children's attention deficit hyperactivity disorder. [Doctoral dissertation]. University of Maryland; 2006.
29. Tangkasombat U. Create concentration for your child. Bangkok: Sunta Press; 2003. (in Thai).

การเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายเบื้องต้นที่สัมพันธ์ต่อการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรงในนักเรียนหลักสูตรการฝึกทหารของกองทัพเรือ

Comparison of Initial BMI in Moderate to Severe Heat-related Illness among Royal Thai Navy Task Force Trainees

ศุภกาญจน์ ผิวเกษแก้ว* สัมมน โฉมฉาย** ณรงค์ภณ ทุมวิภาต** ดุสิต สุจิรารัตน์***
Supagarn Phivgategaew,* Summon Chomchai,** Narongpon Dumavibhat,** Dusit Sujirarat***
* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิทยาการระบาด) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร
* Student in Master of Science Program in Epidemiology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok
** คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร
** Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok
*** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร
*** Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok
* Corresponding Author: phivgategaew.d@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาทำนายการเกิดการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรงด้วยค่าดัชนีมวลกาย และปัจจัยส่วนบุคคลแบบติดตามไปข้างหน้าในหลักสูตรการฝึกทหารของกองทัพเรือ ผู้เข้าร่วมการศึกษา จำนวน 209 คน ใช้ข้อมูลจากการตรวจร่างกาย และผลทางห้องปฏิบัติการ วัดขนาดร่างกาย ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงก่อนเริ่มต้นการเรียนการสอน บันทึกอุณหภูมิและความชื้นเพื่อประเมินสภาพอากาศ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Poisson regression เพื่อวัดขนาดของความสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรง

เมื่อสิ้นสุดการศึกษา มีผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรง 8 ราย คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์เป็น 0.7803 รายต่อ 1,000 วันติดตาม (95%CI = 0.3902-1.5604) ดัชนีมวลกายที่มากกว่า 23 kg/m^2 ส่งผลต่อการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรง 2.835 เท่า เมื่อเทียบกับ

Received: December 07, 2018; Revised: February 20, 2019; Accepted: March 29, 2019

ดัชนีมวลกายที่น้อยกว่า 23 kg/m^2 แต่ไม่พบระดับนัยสำคัญ (RR = 2.835, 95%CI = 0.677-11.861) ทั้งนี้พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญของเส้นรอบเอว ไขมันใต้ผิวหนัง และพื้นที่ผิวหนัง เมื่อควบคุมอายุแล้วพบว่า มีขนาดความสัมพันธ์เป็น 1.172 เท่า (95%CI = 1.042-1.318), 1.257 (95%CI = 1.007-1.569) และ 1.069 เท่า (95%CI = 1.006-1.135) ตามลำดับ จากการศึกษาพบความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลต่อการเจ็บป่วยแต่ยังไม่สามารถใช้เป็นเครื่องมือเฝ้าระวังได้เนื่องจากจำนวนเหตุการณ์น้อย จึงมีข้อเสนอแนะให้เก็บข้อมูลในระยะยาวเพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาทำเครื่องมือเฝ้าระวังการเจ็บป่วยในนักเรียนหลักสูตรทหารของกองทัพเรือได้

คำสำคัญ : ดัชนีมวลกาย ขนาดของร่างกาย การเจ็บป่วยจากความร้อน กองทัพเรือ การศึกษาติดตามกลุ่มไปข้างหน้า

Abstract

The aim of the study was to compare initial body mass index (BMI) and individual factors that contributed moderate to severe heat-related illness among Royal Thai Navy Task Force undergoing training. Cohort study was conducted with 209 samples. Anthropometric data, risk behavior, and medical record were collected prior to start of the training course. Temperature and relative humidity were observed along the study. Poisson regression statistic estimated the relative rate ratio (RR) with 95% confidence interval (CI).

Among the 209 samples, 8 events were found to have moderate to severe heat-related illness. Incidence density rate was 0.7803 per 1000 person-days (95%CI = 0.3902-1.5604). From the medical record, body mass index over 23 kg/m^2 influenced insignificant risk of event (RR = 2.835, 95%CI = 0.677-11.861). Multivariate poisson regression adjusted by age found a relationship between waist circumference (RR = 1.172, 95%CI = 1.042-1.318), body fat (RR = 1.257, 95%CI = 1.007-1.569), and body surface area (RR = 1.069, 95%CI = 1.006-1.135), respectively.

There was relatively too small event to define dose-response relationship. Longitudinal data might be useful to determine more factors that influenced heat-related illness and develop risk score among Royal Thai Navy Task Force.

Keywords : body mass index, anthropometrics, heat-related illness, Royal Thai Navy, cohort study

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยจากความร้อนมักพบรายงานในกลุ่มคนงานเหมือง นักกีฬา และทหาร โดยมีสาเหตุที่สำคัญ คือ กระบวนการเผาผลาญของร่างกายและสิ่งแวดล้อม ทำให้ร่างกายมีการสะสมความร้อน เช่น อากาศที่ร้อนไม่มีลม ความชื้นสูง และการมีกิจกรรมทางกายมาก ความร้อนในร่างกายจะถูกระบายออกได้ยากมากขึ้นในสภาพอากาศที่เลวร้ายดังกล่าว

รายงานจากการแข่งขันฟุตบอลฤดูกาลในทางตอนใต้ของสหรัฐอเมริกา Cooper และคณะ[1] ได้รายงานการเจ็บป่วยจากความร้อน พบว่า ร้อยละ 79 เป็นการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับน้อย และร้อยละ 21 เป็นการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลาง (Heat exhaustion) ในประเทศไทยนั้นมีการสำรวจโดยใช้รหัส ICD-10 (T67.0-67.9) รายงานข้อมูลจากโรงพยาบาลทั่วประเทศ ยกเว้นพื้นที่กรุงเทพมหานคร ช่วงปี พ.ศ. 2553 - 2556[2] พบว่า มีการเจ็บป่วยจากความร้อนถึง 3,963 ครั้ง และพบการเสียชีวิตถึง 9 ราย อุบัติการณ์การเจ็บป่วยคิดเป็น 1.7 ครั้ง ต่อ 100,000 ผู้รับบริการผู้ป่วยนอกต่อปี ทั้งนี้ในภาคเหนือและภาคใต้มีอุบัติการณ์สูงที่สุด คือ 5.3 และ 5.1 ครั้ง ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 35.7) ทั้งนี้การรายงานพบในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นสัดส่วนที่สูงซึ่งเกิดจากการเสื่อมของผิวหนัง นอกจากนี้ในกลุ่มผู้มีสุขภาพดียังสามารถพบได้เช่นกัน เช่น นักกีฬา แรงงาน และทหาร โดยเฉพาะกลุ่มทหารมักพบรายงานอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากความร้อนระดับรุนแรงทุกปี การเจ็บป่วยจากความร้อน (Heat related illness หรือ heat illness) นั้นสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ Classical heat illness และ Exertional heat illness ทั้งนี้ Classical heat illness สามารถพบได้ทั่วไปในเด็กและผู้สูงอายุเนื่องจากความไม่สมบูรณ์หรือเสื่อมของผิวหนังทำให้การระบายความร้อนออกทางผิวหนังได้ลดลง และ Exertional heat illness นั้น สามารถพบได้ในบุคคลที่มีภาวะสุขภาพดีและมักเกี่ยวข้องกับการมีกิจกรรมทางกาย ความรุนแรงของการเจ็บป่วยจากความร้อนนั้นมีตั้งแต่เล็กน้อย ปานกลาง ถึงรุนแรง การเจ็บป่วยจากความร้อนเล็กน้อย (Mild heat illness) ได้แก่ Heat cramp, Heat edema, Heat rash และ Heat syncope เป็นต้น ซึ่งอาการเล็กน้อยเหล่านี้มักหายไปได้เองเมื่อหยุดพักหรือให้นอนราบ การเจ็บป่วยจากความร้อนปานกลาง (Moderate heat illness) ได้แก่ Heat exhaustion ซึ่งมีการสูญเสียเหงื่อและเกลือแร่ มีอาการของภาวะขาดสมดุลเกลือแร่ หรือ มีอาการของสูญเสียปริมาตรน้ำเลือดทำให้การไหลเวียนของร่างกายบกพร่อง อุณหภูมิแกนกาย (Core temperature) อาจปกติหรือสูงก็ได้ ในระยะนี้หากได้รับการรักษาที่ไม่ทันท่วงทีอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยระดับรุนแรงต่อไปได้ ผู้รับบริการที่มีภาวะนี้จำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อให้สารน้ำและเกลือแร่ การเจ็บป่วยจากความร้อนระดับรุนแรง (Severe heat illness) ได้แก่ โรคลมร้อน หรือ Heat stroke ซึ่งจะมีการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ ระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ จนถึงหมดสติหรือไม่รู้สึกตัวได้ ความร้อนในกายที่สูงทำให้โปรตีนในร่างกายสูญเสียหน้าที่ เช่น เอนไซม์ เยื่อบุต่างๆ ระยะนี้อุณหภูมิแกนกายจะสูงกว่า 40 องศาเซลเซียส อาจพบอวัยวะภายในทำงานล้มเหลวร่วมด้วย เช่น ตับวาย ไตวาย และ Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) เป็นต้น

ในปี ค.ศ. 1988 - 1996 พบรายงานการเจ็บป่วยด้วยโรคลมร้อน (Exertional heat stroke) ในทหารสหรัฐที่ประจำการในประเทศอิสราเอลถึง 82 ราย[3] ทั้งนี้ ร้อยละ 50 พบในการประจำการ 6 เดือนแรก หรือร้อยละ 21 พบในสัปดาห์แรกของการประจำการ และยังได้ตั้งข้อสังเกตไว้ว่าร้อยละ 60 ของผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคลมร้อนหรือการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับรุนแรงมีภาวะน้ำหนักตัวเกิน (BMI > 22 kg/m^2) การศึกษาแบบ Case control ในนาวิกโยธินสหรัฐอเมริกาช่วงปี ค.ศ. 1988 - 1992 เปรียบเทียบพลทหารที่มีการเจ็บป่วยจากความร้อนทุกระดับ[4] พบว่ามีค่า BMI (25.3 kg/m^2, SD = 0.4) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ป่วย (24.9 kg/m^2, SD = 0.15) เล็กน้อย แต่ไม่มีนัยสำคัญ (p-value = 0.30) นอกจากนี้การศึกษาของ Bedno และคณะ[5] ในทหารบกสหรัฐอเมริกา พบอุบัติการณ์การเจ็บป่วยจากความร้อนทุกระดับในกลุ่มคนที่มีภาวะอ้วนไขมันเกิน ร้อยละ 1.57 และในกลุ่มที่มีไขมันปกติ ร้อยละ 0.43 เมื่อคำนวณหาขนาดความสัมพันธ์ พบว่า กลุ่มอ้วนไขมันเกินมีความเสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วยจากความร้อนมากกว่ากลุ่มไขมันปกติถึง 3.66 เท่า อย่างมีนัยสำคัญ (95%CI = 1.96-6.85) การพบการเจ็บป่วยจากความร้อนมากในช่วงต้นของการเข้าประจำการอันเนื่องมาจากร่างกายยังไม่มีการปรับตัวต่อความร้อนที่เพิ่มขึ้นผิดปกติ (Heat stress) มีการศึกษาการปรับตัวของร่างกายเมื่อมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องจะมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและปริมาตรเลือดเพื่อให้ร่างกายสามารถขับความร้อนออกได้อย่างสมดุล (Heat acclimatization) พบการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นสูงสุดใน 3 - 5 วันแรก ในบางรายอาจใช้เวลาถึง 2 สัปดาห์ ในการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานของร่างกายเพื่อให้เกิดสมดุลความร้อนโดยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของการตอบสนองต่อความร้อนและการไหลเวียนเลือดของร่างกาย เมื่อร่างกายไม่เผชิญกับการมีกิจกรรมต่อเนื่องนั้นๆ การเปลี่ยนแปลงนั้นจะคงอยู่ได้ 1 เดือน ก่อนกลับเข้าสู่ภาวะปกติ

การศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 12 ปี (พ.ศ. 2538 - 2550) ของวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า[6] รายงานพบโรคลมร้อนสูงสุดในเดือนพฤษภาคม ร้อยละ 35.7 โรคลมร้อนที่พบมีอาการของอวัยวะภายในทำงานผิดปกติและมีอาการทางสมองร่วมด้วย ร้อยละ 75 จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 85.7 ได้รับการบำบัดด้วยการฟอกเลือดล้างไต รวมถึงการล้างไตทางหน้าท้อง อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลเป็นร้อยละ 7.1 ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 10.5 วัน ผู้ป่วยโรคลมร้อนทุกรายมีสภาพจิตใจเปลี่ยนไป ผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบางรายมีความผิดปกติทางระบบประสาทอย่างถาวร

สัดส่วนของการเจ็บป่วยจากความร้อนในการฝึกทางทหารของกองทัพเรือเหตุการณ์มักพบในช่วงเวลา 14.00 - 18.00 น. ถึง ร้อยละ 36.1 ในปี พ.ศ. 2559 ข้อมูลจากนักเรียนหลักสูตรการรบพิเศษ แขนงการลาดตระเวนสะเทินน้ำสะเทินบกและจู่โจม นาวิกโยธิน (RECON) และหลักสูตรส่งทางอากาศนาวิกโยธิน พบว่ากลุ่มที่เจ็บป่วยด้วยโรคลมร้อนมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 23.68 ± 2.41 kg/m^2 เทียบกับกลุ่มที่ไม่ป่วยซึ่งมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเป็น 22.41 ± 2.1 kg/m^2 เส้นรอบเอวกลุ่มที่เจ็บป่วยด้วยโรคลมร้อน (82.8 ± 6.38 cm) มีขนาดใหญ่กว่ากลุ่มที่ไม่ป่วย (75.94 ± 5.82 cm) ในหลายการศึกษาไขมันใต้ผิวหนังเป็นตัวแปรสำคัญเกี่ยวข้องกับความสามารถในการขับความร้อนออกจากร่างกายด้วยการขับเหงื่อ อย่างไรก็ดีการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาจากชาวตะวันตก ซึ่งมีการสะสมของไขมันใต้ผิวหนังแตกต่างจากชาวเอเชีย ลักษณะพฤติกรรมการ

รับประทานอาหาร ตามวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ทำให้มีการสะสมไขมันที่แตกต่างกันตามรูปแบบโครงสร้างที่ต่างกัน กล่าวคือ ชาวเอเชียจะมีช่วงลำตัวที่กว้างกว่าและมีความสูงไม่มากเมื่อเทียบกับชาวตะวันตก เมื่อเปรียบเทียบอัตราส่วนของการสะสมของไขมันช่วงกลางลำตัวและไขมันที่สะสมตามแขนขานั้น ชาวเอเชียจะมีอัตราส่วนที่สูงกว่าหรือมีการสะสมของไขมันในช่วงลำตัวมากกว่าชาวตะวันตก นอกจากนี้เมื่อศึกษาการสะสมไขมันช่วงลำตัวยังพบว่า ชาวเอเชียจะมีอัตราส่วนของไขมันที่เกาะติดตามอวัยวะภายใน (Visceral adipose tissue) กับไขมันใต้ผิวหนัง (Subcutaneous adipose tissue) ที่สูงกว่าชาวตะวันตกอีกด้วย[7,8] ไขมันใต้ผิวหนังช่วงลำตัวที่มากนั้นอาจเป็นอุปสรรคต่อการขับความร้อนได้มาก เนื่องจากลำตัวเป็นพื้นที่ที่มีการเกิดเหงื่อมากที่สุด

การสูญเสียบุคลากรในระหว่างการฝึกจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับความร้อน รวมไปถึงการสูญเสียงบประมาณทั้งการฝึกและการรักษา ทางกรมแพทย์ทหารเรือจึงได้วางแผนยุทธศาสตร์ในปี พ.ศ. 2559 - 2562 ยุทธศาสตร์ที่ 1 เตรียมความพร้อมด้านสุขภาพให้กำลังพลกองทัพเรือ และให้บริการทางการแพทย์สนับสนุนการปฏิบัติการทางทหารของกองทัพเรือ โดยมีตัวชี้วัดหนึ่ง คือ กำลังพลทหารเรือไม่พบการเสียชีวิตด้วยโรคลมร้อน

ปัจจุบันในสถานการณ์ที่โลกมีอุณหภูมิสูงขึ้นเรื่อยๆ ทำให้การสะสมความร้อนในร่างกายทั้งได้รับจากสิ่งแวดล้อมมากขึ้น อีกทั้งการเผาผลาญพลังงานของร่างกายขณะมีกิจกรรมทำให้เกิดความร้อนทำให้เกิดการเจ็บป่วยจากความร้อนชนิด Exertional heat illness ได้มากขึ้น การฝึกทางทหารนั้นเป็นการฝึกที่มีกิจกรรมทางกายอย่างมากเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ความทนของร่างกาย จึงเป็นการฝึกร่างกายที่หนักอย่างเลี่ยงไม่ได้ หากมีการประเมินความเสี่ยงทางร่างกายต่อการเจ็บป่วยจากความร้อนได้ จะสามารถทำให้เกิดการเฝ้าระวังเฉพาะรายเพื่อลดความสูญเสียจากการเจ็บป่วย ลดความรุนแรงของโรคด้วยการประเมินกลุ่มเสี่ยงและติดตามใกล้ชิด รวมถึงการวางแผนเพื่อให้การสนับสนุนสายแพทย์ในการให้การดูแลอย่างทันเหตุการณ์ในช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรงในการฝึกทางทหารของกองทัพเรือ

2. เพื่อเปรียบเทียบดัชนีมวลกายที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรงในการฝึกทางทหารของกองทัพเรือ

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ที่ทำงาน ภูมิลำเนา การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ สัดส่วนของร่างกาย (ดัชนีมวลกาย ไขมันใต้ผิวหนัง เส้นรอบเอว และพื้นที่ผิวหนัง) ยาเสพติด พฤติกรรมการออกกำลังกาย การเจ็บป่วยจากความร้อนในอดีต การเคยได้รับฝึกมาก่อน การปรับตัวของร่างกาย VO_2max เมตาบอลิซึมในกิจกรรมทางกายที่ปฏิบัติเป็นประจำ และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ดัชนีความร้อนของสิ่งแวดล้อม ฤดูกาล มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรง

4. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพต่างๆ ของนักเรียนหลักสูตรทางทหารของกองทัพเรือในระหว่างการฝึก 1 เดือนแรก

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็น Cohort study ทำการติดตามนักเรียนหลักสูตรทางทหารของกองทัพเรือที่มีการเรียนตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ได้แก่ หลักสูตร

การรบพิเศษ แขนงการลาดตระเวนสะเทินน้ำสะเทินบกและจู่โจม นาวิกโยธิน (RECON) หลักสูตรนักทำลายใต้น้ำจู่โจม (SEAL) และหลักสูตรประดาน้ำชั้นต้น (DIVER) โดยการศึกษาติดตามไปข้างหน้า เนื่องจากกลุ่มนักเรียนหลักสูตรนั้นมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา กล่าวคือ นักเรียนสามารถลาออกจากการเป็นนักเรียนหลักสูตรได้ทุกเมื่อ ซึ่งเป็นการสูญเสียจำนวนตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเก็บข้อมูล การใช้ Person-time หรือเวลาในการคำนวณทำให้ได้ความสัมพันธ์ที่แท้จริง จึงมีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างและเพิ่มจำนวนตัวอย่างชดเชยการสูญเสียของตัวอย่างระหว่างการติดตาม (Loss to follow up) ร้อยละ 40 กำหนดคุณสมบัติดังนี้ เป็นนักเรียนใน 3 หลักสูตรดังกล่าวและไม่ได้รับประทานยา กลุ่ม beta-blockers, calcium channel blocker, diuretics, phenothiazines, tricyclic antidepressants, MAO inhibitors, methyldopa, และ vasoconstrictors ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และไม่เคยได้รับการผ่าตัดสมองส่วนไฮโปทาลามัส การติดตามแต่ละหลักสูตรเป็นระยะเวลา 90 วัน ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่ ตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2561 ได้อาสาสมัครทั้งหมดจาก 3 หลักสูตร 209 ราย ประกอบด้วย อาสาสมัครจากหลักสูตรการรบพิเศษ แขนงการลาดตระเวนสะเทินน้ำสะเทินบกและจู่โจม นาวิกโยธิน (RECON) 81 ราย หลักสูตรนักทำลายใต้น้ำจู่โจม (SEAL) 76 ราย และหลักสูตรประดาน้ำชั้นต้น (DIVER) 52 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 บันทึกการตรวจร่างกาย จากโรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ฐานทัพเรือสัตหีบ พร้อมทั้งวัดความหนาของชั้นผิวหนังของนักเรียนโดยใช้ Lange skinfold caliper เริ่มเก็บข้อมูลอาสาสมัครก่อนการฝึกเริ่มต้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ บ้านเกิด สถานที่ทำงาน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการออกกำลังกาย การใช้ยา ประวัติการเจ็บป่วยจากความร้อนในอดีต เก็บข้อมูลเข้าวันแรกของการฝึก (ก่อนเริ่มทำการฝึก)

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกอุณหภูมิวัดทางหู การวัดชีพจร ความดันโลหิต และน้ำหนักตัว โดยน้ำหนักตัววัดในชุดเสื้อกีฬา กางเกงขาสั้น พร้อมกับวัดความดันโลหิตในระยะพักหรือตอนตื่นนอนตอนเช้า การวัดอุณหภูมิ และชีพจร แบ่งเป็นระยะพัก คือ ตอนตื่นนอนในตอนเช้า (Heart rate at rest) และหลังออกกำลังกายด้วยการวิ่ง (Final heart rate และ Final tympanic temperature) โดยวัดที่จุดหมดระยะทางทิ้งระยะห่างจากจุดหมดระยะทาง 100 เมตร และทำการวัดภายใน 3 นาทีที่ครบระยะ เก็บข้อมูลสองครั้ง คือ หลังจากเริ่มการฝึกได้ 1 สัปดาห์ และหลังจากฝึกไปแล้ว 4 สัปดาห์ เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพของอาสาสมัครหลังเข้าร่วมการฝึก

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกอุบัติการณ์การเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรง บันทึกเฉพาะรายเมื่ออาสาสมัครมีการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรง

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกอุณหภูมิ ความชื้นของแต่ละหลักสูตรตลอดระยะเวลาที่ติดตาม บันทึกในเวลา 06.00 น., 10.00 น., 14.00 น. และ 18.00 น. โดยใช้เซ็นเซอร์อิเล็กทรอนิกส์ในการบันทึก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมแพทย์ทหารเรือ ขออนุญาตกองทัพเรือในการเก็บข้อมูลนักเรียนหลักสูตรจากกองทัพเรือ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และขั้นตอนการศึกษาให้กับอาสาสมัคร ตรวจสอบคุณสมบัติอาสาสมัคร พร้อมทั้งให้อาสาสมัครลงลายมือชื่อแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในการเข้าร่วมการศึกษา และขออนุญาตใช้ข้อมูลจากโรงพยาบาลเพื่อศึกษา นอกจากนี้อาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยอิสระ หลังจากนั้นอาสาสมัครทำแบบสอบถามทั่วไปในวันแรกของการฝึก โดยใช้เวลา 20 นาที ผู้วิจัยจะทำการติดตามการทำกิจกรรมต่างๆ ของอาสาสมัครทุกวันเพื่อประเมินการใช้พลังงานของอาสาสมัครในแต่ละหลักสูตรซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่มอุณหภูมิภายในร่างกาย การเจ็บป่วยของอาสาสมัครที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากความร้อน ทำการติดตามระยะเวลา 90 วัน หรือหยุดก่อนเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาที่ศึกษาที่กำหนดอันเนื่องมาจากมีการเลื่อนระยะเวลาของการฝึกออกไป หลักสูตรที่ไม่สามารถตามได้ 90 วัน ได้แก่ หลักสูตรประดาน้ำชั้นต้น (DIVER) สามารถติดตามได้เพียง 30 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป แสดงผลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร และข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม คำนวณอุบัติการณ์การเจ็บป่วยโดยใช้ Person-time (จำนวนวันหรือระยะเวลาที่อยู่ในการศึกษาของอาสาสมัครแต่ละราย) ในการคำนวณ Incidence density rate ใช้สถิติ Poisson regression ในการศึกษาขนาดความสัมพันธ์ของปัจจัยต่อการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรง (Moderate to severe heat-related illness

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของอาสาสมัคร จำนวนอาสาสมัครทั้งหมด 209 คน เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 23.23 ปี (SD = 2.86) เป็นข้าราชการชั้นประทวน ร้อยละ 90 ค่ามัธยฐานของเส้นรอบเอวเป็น 74 ซม. (IQR = 7) ดัชนีมวลกายมีค่ามัธยฐานเป็น 22.34 kg/m^2 (IQR = 2.77) คำนวณค่าไขมัน (Body fat percentage) ได้ค่าเฉลี่ยไขมัน ร้อยละ 11.54 (SD = 2.89) พื้นที่ผิวหนังเฉลี่ย 1.78 ตร.ม. (SD = 0.12) คำนวณ VO_2max ได้ค่าเฉลี่ย 45.19 $ml \bullet kg^{-1} \bullet min^{-1}$ (SD = 6.69) เป็นทหารเรือ ร้อยละ 89.5 ทำงานอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออก ร้อยละ 71.8 มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่เลย ร้อยละ 68.9 มีพฤติกรรมสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องไม่เคยเลิก ร้อยละ 3.3 พฤติกรรมการออกกำลังกายมากกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 82.8 ระยะเวลาในการออกกำลังกาย 1 - 2 ชม./ครั้ง ร้อยละ 77.5 เคยได้รับการฝึกหลักสูตรระยะสั้นอื่นๆ ทางทหารใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 31.1 และมีประวัติเคยเจ็บป่วยจากความร้อนใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5.3 นอกจากนี้อาสาสมัครทั้งหมด ไม่มีโรคประจำตัวที่ต้องรับประทานยาเป็นประจำ ไม่เคยใช้ยาเสพติด และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ภายใน 24 ชั่วโมง ก่อนเข้ารับการฝึก

2. จากการติดตามการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรงในนักเรียนหลักสูตรทางทหารของกองทัพเรือ อาสาสมัครทั้งหมด 209 ราย พบอุบัติการณ์ 8 ราย จากการติดตามอาสาสมัครเป็นเวลา 90 วัน ในแต่ละหลักสูตร ยกเว้น หลักสูตรประดาน้ำชั้นต้น (DIVER) ที่มีการติดตามเพียง 30 วัน เนื่องจากหมดระยะเวลาในการศึกษาก่อน ระยะเวลาในการติดตามทั้งหมด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระยะเวลาในการติดตามอาสาสมัครในหลักสูตรการฝึกทางทหารของกองทัพเรือ จำนวน 3 หลักสูตร ตั้งแต่ ตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2561

	Person-days
รวมระยะเวลาที่มีการติดตาม (วัน)	10,252
ค่าเฉลี่ย	49
ค่าต่ำสุด	1
ค่าสูงสุด	90

อุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรงคิดเป็น 0.7803 คน ต่อ 1000 person-day (95%CI = 0.3902-1.5604) สัดส่วนของการเจ็บป่วยนั้นพบมากในสัปดาห์แรกของการฝึก ร้อยละ 62.5 ซึ่งมีโอกาสเกิดเหตุการณ์ในสัปดาห์แรกเป็น ร้อยละ 2.7 หลังจากนั้นพบเหตุการณ์ในสัปดาห์ที่ 5 มีสัดส่วนเป็น ร้อยละ 25 ในสัปดาห์ที่ 5 นี้อาสาสมัครทั้งหมดมีโอกาสที่จะไม่พบการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 95.7 และเหตุการณ์ยังสามารถพบได้ในสัปดาห์ที่ 8 ซึ่งมีโอกาสที่อาสาสมัครไม่พบการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 94.7 ของอาสาสมัครทั้งหมด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สัดส่วนของการเจ็บป่วย ความน่าจะเป็นที่จะพบและไม่พบการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรง ตามลำดับระยะเวลาที่ได้รับการฝึก

สัปดาห์ที่	สัดส่วนของการเกิดการเจ็บป่วย (ร้อยละ)	จำนวนครั้งที่พบการเจ็บป่วย	ความน่าจะเป็นของการไม่เจ็บป่วย	ความน่าจะเป็นของการเจ็บป่วย
สัปดาห์ที่ 1	62.5	5	0.973	0.027
สัปดาห์ที่ 2		0		
สัปดาห์ที่ 3		0		
สัปดาห์ที่ 4		0		
สัปดาห์ที่ 5	25.0	2	0.957	0.043
สัปดาห์ที่ 6		0		
สัปดาห์ที่ 7		0		
สัปดาห์ที่ 8	12.5	1	0.947	0.053
สัปดาห์ที่ 9-12		0		

ค่าเฉลี่ยของดัชนีความร้อนเมื่อพบการเจ็บป่วยเป็น 42.6 องศาเซลเซียส นอกจากนี้เมื่อหาความสัมพันธ์ของดัชนีความร้อนในวันที่พบเหตุการณ์ที่สนใจ และวิเคราะห์ข้อมูลดัชนีความร้อนย้อนหลังไป 7 วันก่อนเกิดเหตุการณ์ พบว่า ดัชนีความร้อนสูงติดต่อกัน 2 วัน มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรงในวันถัดมา ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ Pearson's correlation ระหว่างดัชนีความร้อนและการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรง

ค่าดัชนีความร้อน	Day 0	Day 1	Day 2	Day 3	Day 4	Day 5	Day 6	Day 7
Correlation	0.341*	0.412*	0.232*	0.106	0.168	0.008	0.091	0.044

*p < .05

3. ดัชนีมวลกายที่มากกว่า 23 kg/m^2 มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรง 2.835 เท่า เมื่อเทียบกับดัชนีมวลกายที่น้อยกว่า 23 kg/m^2 แต่ไม่พบระดับนัยสำคัญ (RR = 2.835, 95%CI = 0.677-11.861) ในกลุ่มนักเรียนหลักสูตรทางทหารของกองทัพเรือ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ขนาดความสัมพันธ์ของดัชนีมวลกายกับการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรง แสดงด้วย Relative rate ratio (n = 209)

ดัชนีมวลกาย	Relative rate ratio (RR)	95%CI	p-value
< 23 kg/m^2	1		
≥ 23 kg/m^2	2.835	0.677-11.861	0.154

4. ปัจจัยเสี่ยงที่ศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยของการใช้พลังงานของอาสาสมัคร ฤดูกาล อายุ ภูมิภาคที่อาศัยอยู่ ชีพจร ความดันซิสโตลิก ความดันไดแอสโตลิก ค่า VO_2max เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย ไขมันใต้ผิวหนัง พื้นที่ผิวหนัง พฤติกรรมสูบบุหรี่ และความถี่ของการออกกำลังกาย เมื่อนำเข้าสมการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทีละตัวแปรแล้วเลือกตัวแปรที่มีนัยสำคัญน้อยกว่า 0.1 มาวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยของการใช้พลังงานของอาสาสมัคร เส้นรอบเอว ไขมันใต้ผิวหนัง และพื้นที่ผิวหนัง แต่ตัวแปรอิสระที่ได้มีความสัมพันธ์กันเองสูง จึงแยกวิเคราะห์ตัวแปรแต่ละตัวเพื่อหาความสัมพันธ์ โดยควบคุมด้วยตัวแปรอายุ พบว่า เส้นรอบเอว ไขมันใต้ผิวหนัง และพื้นที่ผิวมีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ ตัวแปรค่าเฉลี่ยของการใช้พลังงานของอาสาสมัครไม่พบนัยสำคัญ ในอายุที่เท่ากันเส้นรอบเอวที่เพิ่มมากขึ้น 1 ซม. จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเป็น 1.172 เท่า (95%CI = 1.042-1.318, p-value < 0.05) ในอายุที่เท่ากันไขมันใต้ผิวหนังที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 1 จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเป็น 1.257 เท่า (95%CI = 1.007-1.569, p-value < 0.05) และในอายุที่เท่ากันพื้นที่ผิวหนังที่เพิ่มขึ้น 100 ตร.ซม. จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเป็น 1.069 เท่า (95%CI = 1.006-1.135, p-value < 0.05) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ขนาดความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรงในนักเรียนหลักสูตรทางทหารของกองทัพเรือ โดยใช้สถิติ Multivariate poisson regression (n = 209)

ปัจจัย	ขนาดของความสัมพันธ์เมื่อควบคุมด้วยอายุ (Relative rate adjusted by age)		
	RR	95%CI	p-value
เส้นรอบเอว (ซม.)	1.172	1.042-1.318	0.008*
ร้อยละของไขมันใต้ผิวหนัง	1.257	1.007-1.569	0.044*
พื้นที่ผิวหนัง (ต่อ 100 ตร.ซม.)	1.069	1.006-1.135	0.030*

*p < .05

5. การติดตามการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพของอาสาสมัครนั้นติดตามสองครั้ง คือ ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4 แต่ในกลุ่มการศึกษานี้เป็นลักษณะ Fixed cohort นั่นคือ อาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากหลักสูตรได้ตลอดเวลา จำนวนอาสาสมัครที่ยังคงอยู่เมื่อถึงในสัปดาห์ที่ 4 ประกอบด้วยหลักสูตรนักทำลายใต้น้ำจู่โจม (SEAL) 63 ราย หลักสูตรการรบพิเศษ แขนงการลาดตระเวนสะเทินน้ำสะเทินบกและจู่โจม นาวิกโยธิน (RECON) 53 ราย และหลักสูตรประดาน้ำชั้นต้น (DIVER) 16 ราย รวมอาสาสมัครที่คงเหลือในสัปดาห์ที่ 4 เป็น 132 ราย การเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพของอาสาสมัครแบ่งเป็นขณะพัก และหลังจากการมีกิจกรรมทางกาย ในขณะพัก พบว่า ชีพจรขณะพักลดลงอย่างมีนัยสำคัญในหลักสูตร RECON (Diff. mean = 2.962, p-value < 0.05) และ หลักสูตร DIVER (Diff. mean = 7.813, p-value < 0.05) และหลักสูตร SEAL (Diff. mean = -3.841, p-value < 0.05) ชีพจรขณะพักเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ประกอบกับหลักสูตร SEAL ยังมีการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตที่ลดลงทั้งความดันซิสโตลิก (Diff. mean = 4.73, p-value < 0.05) และความดันไดแอสโตลิก (Diff. mean = 8.333, p-value < 0.05) อย่างมีนัยสำคัญด้วย การวัดหลังมีกิจกรรมทางกายในหลักสูตร DIVER ที่อาสาสมัครวิ่ง 5 กม. ในเครื่องแต่งกายและเวลาของการวิ่งเหมือนกันทั้งสองครั้ง พบว่า อัตราการเต้นของชีพจรหลังจากวิ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Diff. mean = 12.063, p-value < 0.05) รวมถึงอุณหภูมิกายที่วัดทางหูยังลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Diff. mean = 1.3938, p-value < 0.05) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของอาสาสมัครในระยะเวลา 1 เดือนแรกโดยใช้สถิติ Paired t-test

หลักสูตร	การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ	Difference mean	Standard deviation	Standard error mean	p-value
SEAL[a]	1. น้ำหนักตัว	1.3476	1.4610	0.1841	0.000*
(n = 63)	2. ความดันซิสโตลิกขณะพัก	4.730	13.764	1.734	0.008*
	3. ความดันไดแอสโตลิกขณะพัก	8.333	12.051	1.518	0.000*
	4. ชีพจรขณะพัก	-3.841	9.654	1.216	0.002*
	5. ชีพจรหลังวิ่ง	24.667	19.055	2.401	0.000*
	6. วัดอุณหภูมิทางหูหลังวิ่ง	0.5190	0.5948	0.0749	0.000*
RECON[b]	1. น้ำหนักตัว	0.2000	2.0799	0.2857	0.487
(n = 53)	2. ความดันซิสโตลิกขณะพัก	4.038	12.206	1.677	0.020*
	3. ความดันไดแอสโตลิกขณะพัก	0.698	8.331	1.144	0.544
	4. ชีพจรขณะพัก	2.962	10.275	1.411	0.041*
	5. ชีพจรหลังวิ่ง	-3.509	10.657	1.464	0.020*
	6. วัดอุณหภูมิทางหูหลังวิ่ง	-0.962	0.9123	0.1253	0.123
DIVER[c]	1. น้ำหนักตัว	0.5938	1.0717	0.2679	0.043*
(n = 16)	2. ความดันซิสโตลิกขณะพัก	2.813	9.488	2.372	0.254
	3. ความดันไดแอสโตลิกขณะพัก	1.250	6.628	1.657	0.462
	4. ชีพจรขณะพัก	7.813	9.101	2.275	0.004*
	5. ชีพจรหลังวิ่ง	12.063	6.865	1.716	0.000*
	6. วัดอุณหภูมิทางหูหลังวิ่ง	1.3938	0.5531	0.1383	0.000*

* $p < .05$

กิจกรรมที่เปรียบเทียบในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4 ของแต่ละหลักสูตรเป็น ดังนี้

[a] การทดสอบวิ่ง 3.22 กม. ในสัปดาห์ที่ 1 และ 4.83 กม. ในสัปดาห์ที่ 4

[b] การทดสอบวิ่ง 4.83 กม. ในสัปดาห์ที่ 1 และ 9.66 กม. ในสัปดาห์ที่ 4

[c] การทดสอบวิ่ง 5 กม. ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4

การวัดขณะพัก หมายถึง การวัดหลังจากตื่นนอนตอนเช้า

การวัดหลังวิ่ง หมายถึง การวัดห่างจากจุดสิ้นสุดระยะวิ่ง 100 เมตร

6. การติดตามอาสาสมัครที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 8 ราย พบว่า ขณะเกิดเหตุการณ์ระดับความรู้สึกตัว หรือ Glasgow coma scale (GCS) มีค่ามัธยฐานที่ 7 (IQR = 10, min-max = 3-14) อาการแสดงที่พบ ได้แก่ Ataxia (ร้อยละ 50), Syncope (ร้อยละ 50), Confuse (ร้อยละ 50) และ Uncooperate (ร้อยละ 25) เมื่อพบอาการป่วยในที่เกิดเหตุใช้ระยะเวลาในการนำส่งโรงพยาบาล 22 นาที (IQR = 23, min-max = 15-48) ระหว่างนำส่งมีการเช็ดตัวลดความร้อนตลอดเวลา ค่ามัธยฐานของ

อุณหภูมิแกนกายวัดทางทวารหนักเมื่อถึงห้องฉุกเฉินเป็น 40.1 องศาเซลเซียส (IQR = 2.6, min-max = 38-41.9) ระดับความรู้สึกตัว หรือ GCS ที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเป็น 9 (IQR = 8, min-max = 3-15) ทั้งหมดได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ ICU 2 ราย (ร้อยละ 25) และหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 6 ราย (ร้อยละ 75) หลังจากเข้ารับการรักษาได้ 1 วันได้ปฏิเสธการรักษาเพื่อขอเข้ารับการฝึกต่อ 4 ราย (ร้อยละ 50) ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3 วัน (SD = 2) เมื่อคิดเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยเป็น 10,476.8 บาท (SD = 6,538.1, min-max = 4,541-21,100.5)

สรุปและการอภิปรายผลการวิจัย

สภาพอากาศปัจจุบันมีอุณหภูมิที่สูงซึ่งแนวโน้มจะสูงขึ้นทุกปี ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของคนบางกลุ่ม ทางอุตุนิยมวิทยาใช้ดัชนีความร้อนในการบอกถึงสภาพอากาศที่อันตรายเสี่ยงการเกิดโรคลมร้อนได้ง่าย ในการศึกษานี้พบระดับดัชนีความร้อนสูงสุดอยู่ในระดับ Extreme caution และไม่พบดัชนีความร้อนระดับ Extreme danger เลย ดัชนีความร้อนในช่วงกลางวันแม้จะต่ำสุดในเวลา 06.00 น. ค่าเฉลี่ยในเวลานี้ยังอยู่ในระดับ Caution จึงยังพบการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรงในช่วงนี้ถึง 2 ราย (ร้อยละ 25) เมื่อนำค่าดัชนีความร้อนเฉลี่ยย้อนหลังมาหาความสัมพันธ์ต่อการเจ็บป่วยแล้วพบว่า ดัชนีความร้อนที่อันตรายต่อเนื่องกันสองวันขึ้นไปจะทำให้มีโอกาสพบการเจ็บป่วยจากความร้อนได้มากขึ้น นอกจากนี้สถานที่ได้รับการฝึก เช่น ในน้ำยังพบการเจ็บป่วยจากความร้อน 1 ราย ขณะทำการฝึกว่ายน้ำในสระว่ายน้ำที่มีที่ร่มรำไร ซึ่งสามารถพบการเจ็บป่วยจากความร้อนได้เช่นกัน เช่นเดียวกับการรายงานพบการเสียชีวิตด้วย Heat exhaustion ในการแข่งขันว่ายน้ำระยะ 10 กม.[9] Crippen นักกีฬาว่ายน้ำชาวฝรั่งเศสซึ่งเสียชีวิตขณะว่ายน้ำได้ 8 กม. ได้รับการผ่าศพพิสูจน์การเสียชีวิต เป็นกรณีศึกษาที่ชื่อว่า Crippen death น้ำเย็นใช้เพื่อลดอุณหภูมิของร่างกายด้วยการถ่ายเทความร้อนออกจากร่างกายจากอุณหภูมิสูงไปต่ำ แต่ในสระว่ายน้ำที่ตั้งอยู่ในที่ร่มรำไรนั้น อุณหภูมิของน้ำอาจไม่ต่ำกว่าร่างกาย จึงไม่ได้ช่วยให้เกิดการถ่ายเทความร้อนออกจากร่างกาย นอกจากนี้ความร้อนที่เพิ่มขึ้นในร่างกายนั้นไม่ได้มาจากการรับจากสิ่งแวดล้อมเพียงอย่างเดียว แต่ร่างกายยังสร้างขึ้นเองจากการเผาผลาญระดับเซลล์เพื่อใช้เป็นพลังงาน รวมไปถึงการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยจะทำให้ร่างกายอ่อนกำลังลง เช่น ในช่วงเช้ามืด อาสาสมัคร 1 รายมีอาการเป็นหวัด รู้สึกเหมือนตนเองมีไข้บางครั้ง มีอาการ 3 วัน ไม่ได้รับประทานยาใดๆ เวลา 05.30 น. วิ่ง 3 ไมล์ แม้เป็นช่วงที่อุณหภูมิต่ำของวัน Heat index 31 องศาเซลเซียส (Caution level) อาสาสมัครรายนี้ล้มหมดสติด้วย Exertional heat stroke หรือโรคลมร้อนเมื่อวิ่งครบระยะ GCS เป็น 3 พบ Acute renal failure, Liver injury และ Rhabdomyolysis ในวันที่ 5 ของการฝึก

สำหรับการฝึกทางทหารในการศึกษานี้อุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรงในกลุ่มนักเรียนฝึกทหารกองทัพเรือเป็น 0.7803 ต่อ 1000 person-days สัดส่วนของการเจ็บป่วยสูงในช่วงสัปดาห์แรกถึงร้อยละ 62.5 ซึ่งถือเป็นช่วงต้นของการฝึกที่ร่างกายยังไม่คุ้นชินกับสภาพแวดล้อมและความร้อนที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรวดเร็ว ร่างกายยังไม่เกิดการเรียนรู้เพื่อปรับสภาพให้เหมาะสม เช่นเดียวกับการศึกษาของกองทัพบกที่พบว่า[10] ระยะเวลาของการฝึกในช่วงแรกจะมีอุบัติการณ์

การเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้มาก โดยการฝึกของกองทัพบกในทหารใหม่นั้นพบตั้งแต่สัปดาห์แรกและมากที่สุดในสัปดาห์ที่สอง การศึกษานี้เมื่ออาสาสมัครเข้ารับการฝึกครบ 5 สัปดาห์ โอกาสของการเจ็บป่วยเริ่มลดน้อยลง ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยในการศึกษานี้พบในช่วงกลางวันเท่านั้น เนื่องจากเป็นช่วงที่มีกิจกรรมทางกายสูงอย่างต่อเนื่อง เช่น การวิ่งระยะยาว การว่ายน้ำระยะไกล การพายเรือ แม้ในกลางคืนจะมีกิจกรรมทางกายบ้างในบางวัน เช่น การเดินลาดตระเวน การฝึกทักษะว่ายน้ำกลางคืน แต่มีระยะพักมากกว่า ในการศึกษานี้ไม่พบผู้เสียชีวิตหรือความพิการจากการเจ็บป่วยจากความร้อนเลย

การศึกษาด้านปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรงนั้น พบว่า ดัชนีมวลกายไม่พบความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากดัชนีมวลกายนั้นเป็นดัชนีที่ใช้ประมาณไขมันในร่างกาย ซึ่งในแต่ละเชื้อชาติ เพศ และอายุ มีการกระจายของไขมันในร่างกายแตกต่างกันไป เกณฑ์ในการบ่งชี้ภาวะน้ำหนักเกินจึงแตกต่างกัน โดยในเกณฑ์ของเอเชียนั้นกำหนดให้ค่าดัชนีมวลกายเกิน 23 kg/m^2 เป็นผู้มีภาวะน้ำหนักเกิน เช่นเดียวกันกับการศึกษาของกองทัพบกที่ติดตามการเจ็บป่วยจากความร้อนในกลุ่มทหารใหม่[11] พบว่า ค่าดัชนีมวลกายที่สูงขึ้นมีแนวโน้มจะพบความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมากขึ้น แต่ทั้งนี้ไม่พบระดับนัยสำคัญเช่นกัน จำนวนเหตุการณ์ที่สนใจมีเพียง 8 เหตุการณ์ เมื่อประเมินอำนาจในการจำแนกความแตกต่างในเรื่องของดัชนีมวลกายจากตัวอย่างพบว่า มี Power of stat เพียงร้อยละ 49 จึงยังคงมีโอกาสสรุปผิดได้ค่อนข้างมาก ในการศึกษาครั้งต่อไปเมื่อมีจำนวนเหตุการณ์มากๆ จะสามารถสรุปได้ชัดเจนขึ้น ดัชนีอื่นๆ ที่พบความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรง ได้แก่ เส้นรอบเอวที่พบว่า เส้นรอบเอวมากขึ้นในอายุที่เท่ากันจะมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้มากกว่า เส้นรอบเอวนั้นบ่งบอกถึงภาวะอ้วนลงพุงหรือมีไขมันสะสมช่วงลำตัวมาก ซึ่งจากการศึกษาการเกิดเหงื่อของร่างกาย พบว่าผิวหนังบริเวณลำตัว (Trunk) ผลิตเหงื่อมากที่สุด[12] เมื่อมีไขมันมากบริเวณช่วงลำตัวจึงขัดขวางการเกิดเหงื่อเพื่อขับความร้อนจากต่อมเหงื่อช่วงลำตัว เช่นเดียวกับปริมาณไขมันใต้ผิวหนัง (Body fat percentage) ที่มีมากจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยการชะลอการไหลเวียนของเลือดไปที่ผิวหนังเพื่อกำจัดความร้อนออกจากร่างกาย นอกจากนี้พื้นที่ผิวหนังมากกลับเพิ่มความเสี่ยงให้กับกลุ่มอาสาสมัครเจ็บป่วยจากความร้อนมากขึ้นทั้งนี้กลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มฝึกทหารที่มีกิจกรรมทางกายที่สูงอย่างต่อเนื่องและมีกิจกรรมยาวนาน มีการสูญเสียเหงื่อปริมาณมากเพื่อขับความร้อนออกไปเรื่อยๆ ในขณะที่น้ำดื่มมีปริมาณจำกัด กระบวนการทดแทนการสูญเสียน้ำออกจากร่างกายไม่ทัน จึงทำให้ผู้ที่มีพื้นที่ผิวมากเกิด Heat exhaustion ได้เร็วขึ้น[13,14]

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการออกกำลังกายสามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคลมร้อนได้ เป็นการฝึกให้ร่างกายเกิดการเรียนรู้ปรับสภาพให้การถ่ายเทความร้อนออกจากร่างกายเพื่อรักษาสมดุลการทำงานของอวัยวะ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะทำให้เกิดอุบัติการณ์การเจ็บป่วยจากความร้อนได้ลดลง ด้วยการเพิ่มปริมาตรน้ำเลือด เพิ่มการไหลเวียนเลือด ลดชีพจร และลดอุณหภูมิกายได้เร็วขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้มักใช้เวลา 10 - 14 วัน หรืออย่างช้าที่สุด 1 เดือน โดยในสองหลักสูตรมีชีพจรขณะพักลดลงอย่างมีนัยสำคัญเฉลี่ย 3 - 8 ครั้ง/นาที ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระบบหัวใจและหลอดเลือด[15] แต่ในหลักสูตรนักทำลายใต้น้ำจู่โจมนั้นชีพ

จรขณะพักมีแนวโน้มสูงขึ้นอาจเกี่ยวเนื่องจากภาวะขาดน้ำซึ่งในสัปดาห์ที่ 4 นั้น อาสาสมัครหลักสูตรนักทำลายใต้น้ำจู่โจมมีน้ำหนักตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (mean diff. = 1.3476) ซึ่งน้ำหนักตัวลดลงมากถึง ร้อยละ 1.97 ของน้ำหนักตัวในสัปดาห์แรก ความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกมีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แสดงถึงประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจที่เพิ่มขึ้นเพื่อช่วยในการไหลเวียนของเลือดไปยังผิวหนังร่วมกับชีพจรขณะพักและหลังออกกำลังกายที่เต้นช้าลงเมื่อเปรียบเทียบกับสัปดาห์ที่ 1 เป็นการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพของระบบหัวใจและหลอดเลือดในการสูบฉีดเลือดออกไปได้ดีขึ้น อุณหภูมิที่วัดทางหูเมื่อเปรียบเทียบสัปดาห์ที่ 4 พบว่า มีอุณหภูมิลดต่ำลงเนื่องจากกระบวนการกำจัดความร้อนเริ่มทำงานเร็วขึ้นทำให้มีความร้อนหลงเหลืออยู่ในร่างกายลดลงหรือร่างกายกำจัดความร้อนได้ดีขึ้น[15] เมื่อเปรียบเทียบในหลักสูตรที่ทำกิจกรรมชนิดเดียวกันทั้งสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4 คือ หลักสูตรประดาน้ำชั้นต้นจึงชัดเจนขึ้น อาสาสมัครมีอุณหภูมิกายหลังทำกิจกรรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ 1.39 องศาเซลเซียส อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์การเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรงในการศึกษานี้หลังจากการฝึกพ้นระยะ 1 เดือนไปแล้ว ยังพบอุบัติการณ์ได้อีก 3 ราย โดยพบในสัปดาห์ที่ 5 จำนวน 2 ราย และในสัปดาห์ที่ 8 อีก 1 ราย โดยมีแนวโน้มความน่าจะเป็นของความเสี่ยงที่ลดลงในช่วงหลังการฝึก 1 เดือน นั่นคือหลังจากร่างกายของอาสาสมัครมีการปรับตัวในระยะ 1 เดือนแรกของการฝึกแล้ว ทำให้ร่างกายกำจัดความร้อนออกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การเจ็บป่วยจากความร้อนในระยะหลัง 1 เดือนจึงพบน้อยลง

เมื่อมีผู้รับบริการที่ประสบการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรงจากการฝึกในภาคสนาม พยาบาลประจำหลักสูตรจะทำการประเมินระดับความรู้สึกตัว ทำการลดอุณหภูมิด้วยผ้าเย็น ราดน้ำเย็น ปลดเสื้อผ้าและอุปกรณ์ หากอาการไม่ดีขึ้นในทันทีหรือระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนไปจะพิจารณานำส่งโรงพยาบาลทันที การประเมินอุณหภูมิแกนกายเบื้องต้นในภาคสนามอุปกรณ์ที่ใช้เป็นปรอทแก้วซึ่งอาจทำให้ผู้รับบริการบาดเจ็บจากการใช้อุปกรณ์เนื่องจากผู้รับบริการ ร้อยละ 50 มีอาการสับสน ไม่สามารถทำตามบอกได้และอาจทำให้เสียเวลาในการปฐมพยาบาลลดอุณหภูมิ การประเมินจากระดับความรู้สึกตัวผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญที่ภาคสนาม Median GCS เป็น 7 และเมื่อถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล GCS เป็น 9 แนวโน้มผู้รับบริการระดับความรู้สึกตัวดีขึ้นเมื่อทำการปฐมพยาบาลใน 15 นาทีแรก ยกเว้น 1 ราย ที่มีอาการรุนแรงขึ้น GCS ต่ำกว่าที่ประเมินภาคสนามเมื่อมาถึงโรงพยาบาล ทุกรายได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3 วัน ความผิดปกติที่พบ คือ มีภาวะกล้ามเนื้อสลาย ภาวะไตวายเฉียบพลัน และตับทำงานผิดปกติ ไม่พบความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด หรือความพิการถาวร เมื่อคิดเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยเป็น 10,476.8 บาทต่อราย

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกรณีโรคอุบัติการณ์น้อย (Rare disease) แม้มีการติดตาม 90 วัน แต่จำนวนเหตุการณ์ที่พบนั้นยังน้อย ทำให้ยังไม่สามารถนำมาแสดงเป็นขั้นความเสี่ยง (Dose-response relationship) จึงยังไม่สามารถพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากความร้อนระดับปานกลางถึงรุนแรงได้

2. การศึกษานี้สามารถนำข้อมูลไปใช้ได้กับกลุ่มที่มีการฝึกทางทหารเท่านั้น ไม่สามารถนำไปใช้ในประชากรทั่วไปได้ เนื่องจากลักษณะของตัวอย่างมีความแตกต่างจากประชากรทั่วไป

3. การศึกษานี้ไม่สามารถเก็บข้อมูลดัชนีความร้อนชนิด WBGT ได้ตลอดการศึกษา เนื่องจากอุปกรณ์มีความบอบบาง ขนาดใหญ่ และใช้แบตเตอรี่มาก จึงไม่เหมาะในการพกพา

4. การประเมินการเปลี่ยนแปลงของร่างกายนั้น ควรกำหนดให้มีกิจกรรมเช่นเดียวกันในการวัดทั้งสองครั้งเพื่อลดอิทธิพลตัวแปรอื่นในการแปลผล ทั้งนี้ด้วยข้อจำกัดของการจัดตารางฝึกจึงไม่สามารถจัดกิจกรรมเช่นเดียวกันได้ทั้ง 2 ครั้ง ยกเว้นหลักสูตรประดาน้ำชั้นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากโรคที่ศึกษาเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์ต่ำ ไม่เหมาะกับการศึกษาด้วยวิธีติดตามไปข้างหน้า อาจใช้การศึกษาแบบย้อนหลังโดยต้องพิจารณาถึงความสมบูรณ์ของข้อมูลที่เก็บไว้ว่าเหมาะแก่การนำมาวิเคราะห์ครอบคลุมปัจจัยที่ต้องการศึกษาหรือไม่ หากไม่ครอบคลุมปัจจัยที่ต้องการศึกษาอาจใช้วิธีการศึกษาไปข้างหน้าโดยต้องเก็บข้อมูลระยะยาวให้ได้ตัวอย่างจำนวนมากพอในการวิเคราะห์ผลให้ได้ประโยชน์ยิ่งขึ้น เช่น การสร้างแบบประเมินความเสี่ยง

2. การวัดไขมันใต้ผิวหนัง ควรใช้เครื่องมือชนิดอื่นที่มีความแม่นยำมากขึ้น เช่น การชั่งมวลไขมัน (DXA body scan) เนื่องจากในกลุ่มนักกีฬาหรือคนที่ออกกำลังกายมีการสะสมของไขมันที่แตกต่างจากคนทั่วไป ในการศึกษานี้ใช้การคำนวณจากความหนาของชั้นผิวหนังที่วัดจาก Lange Skinfold Caliper จึงเกิดความซ้ำซ้อนของตัวแปรไขมันใต้ผิวหนังกับตัวแปรขนาดของร่างกาย

3. ข้อคำถามปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ควรเลือกใช้จากบันทึกทางการแพทย์ เนื่องจากการเจ็บป่วยจากความร้อนในอดีตนั้น อาสาสมัครอาจมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทำให้มีการจัดกลุ่มผิดได้

4. ควรมีการบันทึกสมดุลน้ำเข้า – ออกร่างกาย เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ หรือใช้การชั่งน้ำหนัก หรือการประเมินสีปัสสาวะ

5. การวัดดัชนีความร้อนกรณีการมีกิจกรรมทางกายในน้ำ ควรคำนึงถึงอุณหภูมิของน้ำในสระที่มีผลต่อการถ่ายเทความร้อนของร่างกาย

เอกสารอ้างอิง

1. Cooper Jr ER, Ferrara MS, Broglio SP. Exertional heat illness and environmental conditions during a single football season in the southeast. Journal of Athletic Training 2006;41(3):332.
2. Thawillarp S, Thammawijaya P, Praekunnatham H, Siriruttanapruk S. Situation of heat-related Illness in Thailand, and the proposing of heat warning system. OSIR Journal. 2016;8(3):15-23.
3. Epsein Y, Moran DS, Shapiro Y, Sohar E, Shemer J. Exertional heat stroke: a case series. Medicine & Science in Sports & Exercise 1999;31(2):224-8.
4. Hakre S, Gardner JW, Kark JA, Wenger CB. Predictors of hospitalization in male marine corps recruits with exertional heat illness. Military medicine 2004;169(3):169.
5. Bedno SA, Li Y, Han W, Cowan DN, Scott CT, Cavicchia MA, et al. Exertional heat illness among overweight U.S. Army Recruits In Basic Training. Aviation, Space, and Environmental Medicine 2010;81(2):107-11.
6. Sithinamsuwan P, Piyavechviratana K, Kitthaweesin T, Chusri W, Orrawanhanothai P, Wongsa A, et al. Exertional heatstroke: early recognition and outcome with aggressive combined cooling-a 12-year experience. Military Medicine 2009;174(5):496-502.
7. Kadowaki T, Sekikawa A, Murata K, Maegawa H, Takamiya T, Okamura T, et al. Japanese men have larger areas of visceral adipose tissue than Caucasian men in the same levels of waist circumference in a population-based study. International Journal of Obesity 2006;30:1163.
8. Novotny R, Daida YG, Grove JS, Marchand LcL, Vijayadeva V. Asian adolescents have a higher trunk: peripheral fat ratio than whites. The Journal of Nutrition 2006;136(3):642-7.
9. FINA Appointed Task Force. Report of FINA apponited task force: Part7-Francis Crippen. 2011. [Internet]. [cited 2018 March 28]. Avialable from: http://archives.fina.org/H2O/docs/report/FCrippen/Report_FC_0.pdf.
10. Pumhirun P, Prayoonwiwat W. Heat stroke. Bangkok: Nam Akson Printing House; 2013. (in Thai).
11. Nutong R, Putwatana P, Prapaipanich W. Body mass index and heat related illness in basic military training among new conscripts. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018;19(1):173-81.

12. Cross A, Collard M, Nelson A. Body segment differences in surface area, skin temperature and 3D displacement and the estimation of heat balance during locomotion in Hominins. PLOS ONE 2008;3(6):e2464.
13. Robinson S. The effect of body size upon energy exchange in work. American Journal of Physiology-Legacy Content 1942;136(3):363-8.
14. Leites GT, Cunha GS, Obeid J, Wilk B, Meyer F, Timmons BW. Thermoregulation in boys and men exercising at the same heat production per unit body mass. European Journal of Applied Physiology 2016;116(7):1411-9.
15. Pryor JL, Minson CT, Ferrara MS. Heat acclimation. In Casa DJ, editor. Sport and physical activity in heat: maximizing performance and safety. USA: Springer International Publishing; 2018. p. 33-58.

วารสารแพทย์นาวี
Royal Thai Navy Medical Journal

ผลของโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

The Effect of Life Goals Therapy Program on Functioning in Patients with Bipolar Disorders

พรรณ์นิภา ไชยผง* ยุพิน อังสุโรจน์** สุนิศา สุขตระกูล**
Punnipa Chaiyaphong,* Yupin Aungsuroch,** Sunisa Suktrakul**
* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร
* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok
** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร
** Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok
* Corresponding Author: punnipasoonghao93@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิต 2) การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จำนวน 40 ราย ได้รับการจับคู่ด้วย เพศ และระดับความรุนแรงของการซึมเศร้าหรือคลุ้มคลั่ง และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิต 2) แบบสอบถามการทำหน้าที่ 3) แบบวัดความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 4) แบบวัดอาการซึมเศร้า 5) แบบวัดอาการคลุ้มคลั่ง เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 2 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ และใช้สถิติที ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตสามารถทำได้ปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตมีระดับการทำหน้าที่ปกติมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิต การทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

Received: December 14, 2018; Revised: March 22, 2019; Accepted: April 2, 2019

Abstract

This research is a quasi-experimental pretest-posttest control group design. The objectives were to compare: 1) the function of patients with bipolar disorder before and after receiving a life goals therapy program, and 2) the function of patients with bipolar disorder receiving life goals therapy program, and the group that received regular caring activities. The 40 samples were patients with bipolar disorder, who sought for received services in outpatients department, Nakornratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital were recruited to the sample group. They were matched pair by sex and severity of depression or mania, then randomly assigned to the experimental and control groups, 20 subjects in each group. Research instruments comprised of: 1) life goals therapy program, 2) The Functioning Assessment Short Test, 3) Knowledge on Bipolar Disorder Test, 4) Montgomery Asberg Depression Rating Scale, 5) Thai Mania Rating Scale. The content validity of all instruments had verified by 5 professional experts. The 2nd instruments had Cronbach's alpha reliability of 0.87. Descriptive statistics and t-test were used in data analysis. The conclusions of this research were as follows:

1) The level of functioning of patients with bipolar disorder who received a life goals therapy program was significantly lower than that before ($p < .05$).

2) Patients with bipolar disorder who received a life goals therapy program was significantly lower than those who received the regular caring activities ($p < .05$).

Keywords : bipolar disorders, life goals therapy program, functioning in patients with bipolar disorders

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) คือ ความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดหนึ่งที่มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการของช่วงคลุ้มคลั่ง (Mania episode) ช่วงผสม (Mixed episode) มีอารมณ์ดีขึ้นชัดเจน ชอบเข้าสังคมมากขึ้น (Hypomanic episode) ช่วงหนึ่งสลับกับช่วงซึมเศร้า (Major depressive episode)[1] องค์การอนามัยโลกจัดให้โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความพิการสูงเป็นอันดับที่ 6 ของโรคทั้งหมด และสูงเป็นอันดับ 3 ในกลุ่มของโรคทางจิตเวช รองลงมาจากโรคซึมเศร้าและการเสพแอลกอฮอล์[2] ในภูมิภาคอาเซียน พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว คิดเป็นร้อยละ 4.80 ของผู้ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 40 เท่านั้นที่จะยังคงรักษาระดับความสามารถ ในการทำหน้าที่ด้านสังคมให้คงเดิมเหมือนก่อนที่จะป่วย[3]

ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นผู้ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนแล้วกลับมารักษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ หากกำเริบแล้วคุมตัวเอง

ไม่ได้ต้องรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน[4] เมื่ออาการกำเริบถ้าเป็นช่วงซึมเศร้า ผู้ป่วยมักจะมีอาการต่อไปนี้ เช่น รู้สึกสิ้นหวัง (Hopeless) รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า (Worthless) และผู้ป่วยมักจะมีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายร่วมด้วย[5] ส่วนช่วงคลุ้มคลั่งผู้ป่วยมักจะมีอาการดังต่อไปนี้ เช่น อารมณ์ดี พูดจามีอารมณ์ขัน ล้อเลียนผู้อื่น คึกคะนอง ไม่สำรวมขาดความยับยั้งชั่งใจ ไม่ค่อยคำนึงผู้อื่นหรือกฎเกณฑ์ของสังคม หากถูกห้ามปรามหรือขัดขวางในสิ่งที่ตนต้องการจะหงุดหงิดฉุนเฉียว[4] บางครั้งใช้จ่ายฟุ่มเฟือย ลงทุนโดยไม่คิดรอบคอบ ทะเลาะวิวาท หรือมีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ อีกทั้งผู้ป่วยบางรายแก้ปัญหาโดยการใช้สุราและสารเสพติด พบอัตราการใช้สารเสพติดร้อยละ 60[6] ดังนั้นจะเห็นได้ว่าไม่ว่าจะเป็นช่วงซึมเศร้าหรือคลุ้มคลั่งล้วนส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโดยตรง ในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีการทำหน้าที่โดยรวมบกพร่อง ร้อยละ 60.61[7]

การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในการแสดงพฤติกรรมในการดำรงชีวิตของตนเอง การตัดสินใจดูแลรับผิดชอบตนเอง การรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ และแก้ไขปัญหาได้ รวมถึงการมีสัมพันธภาพที่ดี สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้[8] การทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลรับผิดชอบตัวเอง 2) การประกอบอาชีพ 3) การรู้คิด 4) การจัดการเรื่องเงิน 5) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 6) การใช้เวลาว่าง[10]

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วด้วยโปรแกรมบำบัด พบการศึกษาของ บุญเยี่ยม คำชัย[11] นำการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มมาใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผลพบว่าช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้ดีขึ้น การศึกษาของ กรรณิการ์ เลาประเสริฐสุข[12] เรื่องผลของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผลพบว่า ความรุนแรงของอาการในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และความรุนแรงของอาการในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และรายงานการศึกษาอิสระของ วิยะดา ชาติชำนิ[13] เรื่องการเจริญสติในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ผลพบว่า ในหลังการบำบัดผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ได้รับการเจริญสติ มีระดับคะแนนการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สติเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนบำบัด และค่าคะแนนอาการคลุ้มคลั่งลดลง พฤติกรรมด้านการพูดคุยดีขึ้น ไม่พูดแทรกผู้บำบัดขณะที่อธิบาย พฤติกรรมเจ้ากี้เจ้าการผู้อื่นลดลง มีความยั้งคิดก่อนที่จะทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และสามารถยอมรับกับความเจ็บป่วยของตนเอง แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่ช่วยผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในการส่งเสริมพัฒนาด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า ประเทศฝรั่งเศสได้พัฒนาโปรแกรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่โดย Bauer, McBride[14] คือ โปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิต (Life Goals Therapy Program: LGP) เป็นโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบมีโครงสร้างที่นำมาใช้กับผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเพื่อเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ การบำบัดแบ่งออกเป็น 2 ระยะ เพื่อให้ผู้ป่วย มีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การรับประทานยารักษาโรค การดูแลตนเองอย่างถูกวิธี

รวมถึงการพัฒนาทักษะการจัดการกับตัวกระตุ้นที่เป็นสาเหตุของการกำเริบของโรค ส่งผลทำให้ความสามารถทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วดีขึ้น เช่น ความสามารถในการเข้าสังคม การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เป็นต้น มีงานวิจัยที่ใช้แนวคิดของ Bauer, McBride[14] ได้แก่ งานวิจัยของ de Andrés และคณะ[15] เรื่อง Impact of the life goals group therapy program for bipolar patients ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมนี้ช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วมีอาการคงที่ ไม่เกิดอาการที่รุนแรง และช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการรวมถึงการบรรลุเป้าหมายที่ผู้ป่วยได้ตั้งไว้ในระยะที่ 2 และพบงานวิจัยของ Jean-Michel และคณะ[16] เรื่อง Long-term impact of the life goals group therapy program for bipolar patients ผลการวิจัย พบว่า จำนวนครั้งของการเข้ามานอนในโรงพยาบาลลดลง อารมณ์คงที่ ซึ่งบ่งบอกว่าไม่พบมีความรุนแรงของอาการ สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น และช่วยการทำหน้าที่ด้านสังคม ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพในสังคมดีขึ้น จะให้ดีขึ้นสูงกว่าเดิมผู้ป่วยจะต้องเข้าร่วมทั้งระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 ของโปรแกรม สำหรับโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตยังไม่พบการนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มาใช้บำบัดผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศไทย เพื่อพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้ดีขึ้น โดยใช้แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบมีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วของ Bauer, McBride[14] เรียกว่า Life goals therapy program ซึ่งมี 2 ระยะ ระยะที่ 1 มีกิจกรรม 6 ครั้ง ส่วนระยะที่ 2 มีกิจกรรม 1 ครั้ง ผู้วิจัยได้ปรับลดระยะเวลาเพื่อความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในประเทศไทย แต่ยังคงเนื้อหาครบถ้วนตามแนวคิดของ Bauer, McBride[14] และเพิ่มเติมในส่วนการตั้งเป้าหมายในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้ง 6 ด้าน[10] โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นใช้ในการศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ และมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การรับประทานยารักษาโรค การดูแลตนเองอย่างถูกวิธี รวมถึงการพัฒนาทักษะการจัดการกับตัวกระตุ้นที่เป็นสาเหตุของการกำเริบของโรค และสามารถที่จะตั้งเป้าหมายชีวิตในการทำหน้าที่ของตนเองและทำตามเป้าหมายนั้นได้ นำไปสู่การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยบกพร่องในการทำหน้าที่และป้องกันการกลับเป็นซ้ำตามมา

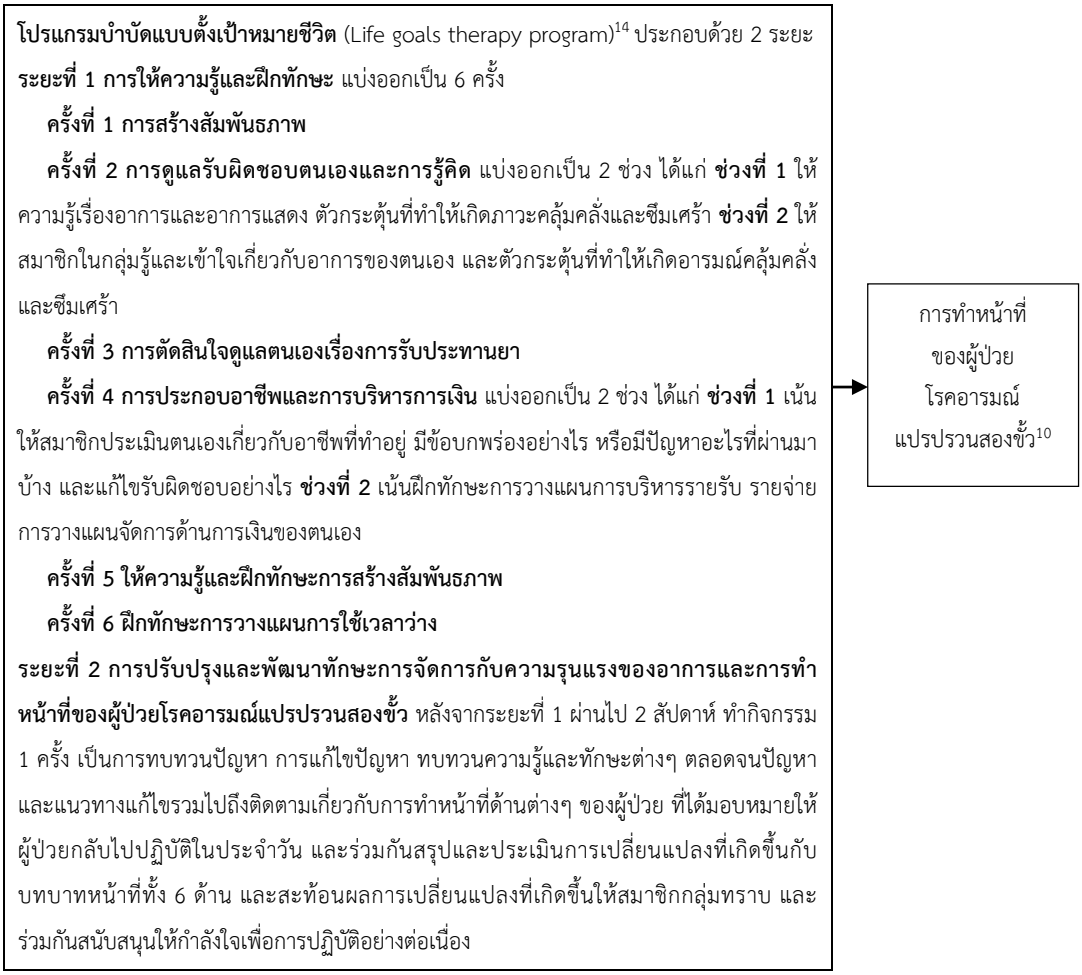
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิต

2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิต ในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบมีโครงสร้าง ตามแนวคิดของ Bauer, McBride[14] เพื่อเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย โดยมีกรอบแนวคิด ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตสามารถทำได้ปกติ

2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตสามารถทำได้ปกติมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสอง

กลุ่มวัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิต ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าศึกษา โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว จำนวน 40 คน โดยการโดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสมกับงานวิจัยกึ่งทดลอง คือ ควรมีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 30 คน เพื่อให้มีการกระจายของข้อมูลใกล้เคียงหรือเป็นโค้งปกติมากที่สุด[17] แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คน และมีคุณสมบัติตาม**เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการ โดยพิจารณาลักษณะอาการ พบว่า เข้าเกณฑ์ในข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

1. ประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า[18] มีคะแนนระหว่าง 18 - 34 คะแนน (มีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง)

2. ประเมินอาการคลุ้มคลั่งโดยใช้แบบวัดอาการคลุ้มคลั่ง[19] มีคะแนนระหว่าง 21 - 25 คะแนน (มีความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่งอยู่ในระดับปานกลาง)

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างดำเนินการศึกษา

2. กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรงระหว่างการดำเนินการวิจัยหรือมีภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิต (Life goals therapy program)[14] หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมกลุ่มให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วเป็นการให้ทั้งความรู้และฝึกทักษะการเผชิญปัญหา การปรับตัว การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบ และการวางแผนการทำหน้าที่ของตนเอง แก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เน้นการวางแผนและส่งเสริมการทำหน้าที่หรือการตั้งเป้าหมายชีวิตในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมมาจากแนวคิด ของ Bauer, McBride[14] มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับโรค อาการ อาการแสดง ตัวกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบ วิธีการจัดการกับตัวกระตุ้น การรับประทานยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา รวมถึงการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ และสามารถรับรู้ถึงความบกพร่องในการทำหน้าที่ของตนเองในแต่ละด้าน วางแผนพัฒนากำหนดเป้าหมายในการทำหน้าที่ของตนเองให้ดีขึ้นและลงมือทำตามเป้าหมายนั้นได้ อันจะนำไปสู่การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยสูญเสียการทำหน้าที่และ

ป้องกันการกลับเป็นซ้ำตามมา ได้แก่ ระยะที่ 1 ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 6 ครั้ง ติดต่อกัน (ครั้งที่ 1 - 6) ส่วนระยะที่ 2 เว้นจากระยะที่ 1 เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรม 1 ครั้ง (ครั้งที่ 7) รวมดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่ม กลุ่มละ 6 - 7 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 7ข้อ คือ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ อายุที่เริ่มการเจ็บป่วยครั้งแรก และระยะเวลาการนอนหลับ สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ 2) แบบสอบถามการทำหน้าที่ (The Functioning Assessment Short Test: FAST) สร้างขึ้นโดย Rosa และคณะ[10] แปลเป็นภาษาไทยโดย โศรดา สุรเทวมิตร[16] เป็นเครื่องมือที่ประเมินการทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วโดยเฉพาะ ซึ่งประกอบด้วยการประเมินความบกพร่องของหน้าที่ 6 ด้าน ได้แก่ (1) ความสามารถของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในการทำสิ่งต่างๆ และตัดสินใจด้วยตนเอง (2) ความสามารถของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในการรักษาสภาพการจ้างงาน (3) ความสามารถของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในการมีสมาธิ การคำนวณอย่างง่าย การแก้ปัญหาและเรียนรู้และจดจำข้อมูลใหม่ๆ (4) ความสามารถของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในการจัดการการเงินและการใช้จ่ายอย่างสมดุล (5) ความสามารถของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในการจัดการความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพื่อนและครอบครัว (6) ความสามารถของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในการจัดการเวลาว่าง การแปลผลค่าคะแนนจากข้อคำถามดังกล่าวเป็นความลำบากในการทำหน้าที่แต่ละด้านทั้ง 6 ด้าน[10] มีการให้ค่าคะแนน 0 หมายถึง การทำหน้าที่ของท่านตามข้อคำถามไม่ลำบากเลย 1 หมายถึง การทำหน้าที่ของท่านตามข้อคำถามลำบากเล็กน้อย 2 หมายถึง การทำหน้าที่ของท่านตามข้อคำถามลำบากปานกลาง 3 หมายถึง การทำหน้าที่ของท่านตามข้อคำถามลำบากมาก หลังจากนั้นนำคะแนนแต่ละข้อมาประเมินผลค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 72 คะแนน มีการแปลผลคะแนน 2 ระดับ คือ ระดับบกพร่องและระดับปกติ ดังนี้ ค่าคะแนน ≤11 คะแนน หมายถึง การทำหน้าที่ปกติ และค่าคะแนน > 11 คะแนน หมายถึง บกพร่องในการทำหน้าที่

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบวัดความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พัฒนาขึ้นโดย บุญเยี่ยม คำชัย[11] ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ มีข้อคำถามทางบวก จำนวน 29 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 1 ข้อ ซึ่งคำถามเป็นแบบใช้เลือก 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ข้อความทางบวก (ประกอบด้วยคำถามข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30) มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ถ้าตอบ “ใช่” ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบ “ไม่ใช่” ได้ 0 คะแนน ส่วนข้อความทางลบ (ประกอบด้วยคำถามข้อ 26) ถ้าตอบ“ใช่”ได้ 0 คะแนน “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ซึ่งคะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยจะต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 หรือ 26 คะแนนขึ้นไป จึงจะแสดงว่ามีความรู้ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด แต่ถ้าคะแนนต่ำกว่า 26 คะแนน ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด 2) แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale: MADRS) สร้างมาจากแนวคิดของ

Montgomery, Asberg[18] ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทยโดย รณชัย คงสกนธ์ และคณะ[19] ประกอบด้วย 10 ด้าน ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดโดยการประมาณค่า 6 ระดับ โดยให้ค่าลำดับคะแนนเป็น 0, 2, 4, 6 หรือระหว่างค่านั้นก็ได้ คะแนนเป็น 1, 3, 5 คิดคะแนนโดยรวมคะแนนทุกข้อคำถาม หลังจากนั้นนำคะแนนมารวมกันและวิเคราะห์คะแนน ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน สามารถแปลผลคะแนน ดังนี้ 0 - 17 คะแนน หมายถึง อาการซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ 18 - 34 คะแนน หมายถึง อาการซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง 35 - 60 คะแนน หมายถึง อาการซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง และ3) แบบวัดอาการคลุ้มคลั่ง (Thai Mania Rating Scale: TMRS) ได้พัฒนามาเป็นฉบับภาษาไทยโดย รณชัย คงสกนธ์ และคณะ[19] ใช้วัดระดับความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่ง ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้ ต่ำกว่า 13 คะแนน หมายถึง เริ่มมีความผิดปกติ 14 – 20 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่งน้อย 21 – 25 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่งปานกลาง 26 – 37 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่งมาก 38 – 60 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่งมากที่สุด

4. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่ แบบวัดอาการซึมเศร้า (Montgomery Asberg Depression Rating Scale: MADRS)[18] และแบบวัดอาการคลุ้มคลั่ง (Thai Mania Rating Scale: TMRS)[19]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือ 3 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการทำหน้าที่ 2) แบบวัดความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว 3) โปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิต ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ซึ่งผลการตรวจสอบพบค่า CVI = 0.95, 0.96 และ 1 ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา โดยทดลองใช้กิจกรรมการบำบัดครบทั้ง 7 ครั้ง ตามเนื้อหาโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิต เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตไปใช้ ทั้งในแง่ของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้แบบสอบถามนี้กับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรรวนสองขั้วที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นนำผลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับในการวิจัยครั้งนี้พบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการทำหน้าที่และแบบวัดความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เท่ากับ 0.87 และ 0.80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน ของโรงพยาบาลจิตเวช

นครราชสีมาราชนครินทร์ เอกสารรับรองเลขที่ 002/2560 รหัสโครงการ 02-012560 และได้รับอนุมัติจริยธรรม เมื่อวันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2560

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระยะเวลาที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนมีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2560 โดยผู้วิจัยสำรวจและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วแล้วทำการนัดหมายเพื่อขอเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการตอบแบบสอบถามและให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีให้ความร่วมมือ ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-V-TR ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการ โดยพิจารณาลักษณะอาการเข้าเกณฑ์ในข้อใดข้อหนึ่งดังนี้ 1) ประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า มีคะแนนระหว่าง 18 - 34 คะแนน (มีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง) หรือ 2) ประเมินอาการคลุ้มคลั่งโดยใช้แบบวัดอาการคลุ้มคลั่ง มีคะแนนระหว่าง 21 - 25 คะแนน (มีความรุนแรงของอาการคลุ้มคลั่งอยู่ในระดับปานกลาง) และดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม ได้ทำแบบประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test) ด้วยแบบประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติของแผนกผู้ป่วยนอก และได้รับการประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า ประเมินอาการคลุ้มคลั่งโดยใช้แบบวัดอาการคลุ้มคลั่ง และประเมินการทำหน้าที่โดยใช้แบบสอบถามการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว รวมถึงแจกคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วด้วย

2. กลุ่มทดลอง ได้ทำแบบประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test) ด้วยแบบประเมินความรู้เรื่องโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว และได้รับการบำบัดเป็นแบบรายกลุ่ม กลุ่มละ 6-7 คน สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกันเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ มีรายละเอียดของโปรแกรม ดังนี้

ระยะที่ 1 การให้ความรู้และฝึกทักษะ แบ่งออกเป็น 6 ครั้ง

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ระยะเวลา 90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1

ครั้งที่ 2 การดูแลรับผิดชอบตนเองและการรู้คิด ระยะเวลา 90 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1

ครั้งที่ 3 การตัดสินใจดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยา ระยะเวลา 60 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2

ครั้งที่ 4 การประกอบอาชีพและการบริหารการเงิน ระยะเวลา 60 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2

ครั้งที่ 5 ให้ความรู้และฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ เน้นการสื่อสารกับผู้อื่น คนในครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน ระยะเวลา 60 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3

ครั้งที่ 6 ฝึกทักษะการวางแผนการใช้เวลาว่าง ระยะเวลา 60 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3

ระยะที่ 2 การปรับปรุงและพัฒนาทักษะการจัดการกับความรุนแรงของอาการและการทำ

หน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ระยะเวลา 60 นาที ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6

ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมระยะที่ 2 ผู้วิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของกลุ่มทดลอง ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและอาการคลุ้มคลั่ง และประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยมีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive analysis) มีการเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิต โดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และเปรียบเทียบการทำหน้าที่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตกับกลุ่มที่ได้การพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test) มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 20)

การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว	Mean	SD	level	t	df	p-value
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	23.75	5.70	บกพร่อง	3.93*	19	0.001
หลังการทดลอง	17.75	5.72	บกพร่อง			
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	22.20	5.68	บกพร่อง	9.36*	19	0.000
หลังการทดลอง	9.80	1.32	ปกติ			

*p < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่เท่ากับ 23.75 และ 17.75 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับบกพร่อง ส่วนคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 9.36, p < .05) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่หลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง ซึ่งหมายความว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับการทำหน้าที่อยู่ในระดับปกติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ระดับการทำหน้าที่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 20)

การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว	Mean	SD	level	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มควบคุม	23.75	5.70	บกพร่อง	0.86	38	0.395
กลุ่มทดลอง	22.20	5.68	บกพร่อง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มควบคุม	17.75	5.72	บกพร่อง	6.06*	38	0.000
กลุ่มทดลอง	9.80	1.32	ปกติ			

*p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่เท่ากับ 23.75 และ 22.20 ตามลำดับซึ่งอยู่ในระดับบกพร่อง แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า ระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 6.06, p < .05) โดยคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิต ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.75 และ 9.80 ตามลำดับ ซึ่งหมายความว่า กลุ่มทดลองทำหน้าที่ได้ปกติส่วนกลุ่มควบคุมทำหน้าที่บกพร่อง

สรุปผลการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง พบว่า ระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหลังได้รับโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตสามารถทำได้ปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วภายหลังจากการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตมีระดับการทำหน้าที่ปกติมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมดมี 40 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า ทั้งกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.0 อายุส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 30 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 35.0 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 65.0 อาชีพรับจ้าง เท่ากับอาชีพธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 22.5 เท่ากัน อายุที่เริ่มการเจ็บป่วยครั้งแรก อยู่ในช่วง 30 - 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.5 ระยะเวลาการนอนหลับเฉลี่ยแต่ละวัน 6 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 32.5 จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา บุญเยี่ยม คำชัย[11] ที่ได้ศึกษาการให้สุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค

อารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ในแผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 36 คน พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ มีเพศหญิง 20 คน และเพศชาย 16 คน การศึกษาของ กรรณิการ์ เลาประเสริฐสุข[12] ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดที่เน้นครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จำนวน 44 คน พบว่า เป็นเพศหญิง 34 คน และเพศชาย 8 คน และการศึกษาของ นันทนา สุขสมนิรันดร[20] ที่ศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามาธิบดีและโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 140 คน พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ มีเพศหญิง 75 คน และเพศชาย 65 คน และจากการศึกษายังพบว่าอายุที่เริ่มการเจ็บป่วยครั้งแรกของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วอยู่ในช่วง 30 - 39 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Hosseini, Yousefi[21] พบว่า อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรกความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางจิตสังคมอย่างรุนแรงโดยได้กำหนดอายุต่ำกว่า 40 ปี และยิ่งอายุเริ่มป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วน้อย การทำหน้าที่การงาน และสังคมยิ่งเสื่อมลงมาก และการศึกษาของ Meeks[22] ที่พบว่า หากอายุเริ่มต้นเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วยิ่งน้อย จะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและการทำหน้าที่ด้านการทำงานลดลง

ตอนที่ 2 การอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ทั้ง 2 ข้อ ดังนี้

1. ผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ดังนี้ โปรแกรมบำบัดแบบตั้งป้าหมายชีวิตนี้เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดของ Bauer, McBride[14] เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ อาการแสดง การจัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบ รวมถึงการตั้งเป้าหมายชีวิตในการทำหน้าที่ของตนเองให้ดี สามารถจัดกระทำกับปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้ง 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยที่ 1 ปัจจัยด้านการขาดความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ความร่วมมือในการรับประทานยา เพราะการทำกิจกรรมกลุ่มเน้นการให้ความรู้และฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยในการดูแลรับผิดชอบตนเองในการไปพบแพทย์เพื่อรับยารักษาโรคมารับประทานอย่างต่อเนื่อง เน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาและชี้ให้เห็นถึงผลเสียที่เกิดขึ้นหากผู้ป่วยขาดยา ถ้าผู้ป่วยไม่รับประทานยาก็จะทำให้อาการกำเริบ ส่งผลต่อการทำหน้าที่ในชีวิตเสียไป สอดคล้องกับการศึกษาของ de Andrés และคณะ[15] พบว่า การให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคช่วยให้ผู้ป่วยอาการสงบและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ ปัจจัยที่ 2 ปัจจัยด้านการสื่อสารและการปรับตัวร่วมกับผู้อื่นทั้งคู่สมรส คนในครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน เมื่อให้การพยาบาลตามโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตโดยใช้เทคนิคต่างๆ ของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน หาแนวทางการวางแผนเกี่ยวกับการปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่น เนื่องจากสมาชิกส่วนใหญ่จะแยกตัวไม่สุงสิงกับใคร ระแวงว่าผู้อื่นจะว่าตนเองป่วยหลังจากเข้ากลุ่มบำบัดแล้ว ทำให้สมาชิกทุนคนปรับความคิดและพฤติกรรมของตนเองไปในแนวทางที่ดีขึ้น เริ่มกลับมามีสัมพันธภาพที่ดีกับคนใกล้ชิดโดยเฉพาะคนในครอบครัวและคู่สมรส สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Lam, Donaldson, Brown, Malliaris[23] ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่สัมพันธภาพที่ดีกับคู่ครองและลดการใช้การสื่อสารที่รุนแรงกับคู่ครอง สามารถลดปัญหาในการครองคู่และป้องกันการกลับมากำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ ปัจจัยที่ 3 ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาทและหน้าที่ของตนเองทั้งในเรื่องชีวิตประจำวันและอาชีพ ในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลโดยบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตนี้เน้นการฝึกทักษะการวางแผนเกี่ยวกับการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยเมื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Soares, Stintzing, Jackson, Skolding[24] ที่กล่าวว่า การให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นการช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีการช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจซึ่งกันและกัน และนำไปใช้ได้จริงในชีวิต จากที่กล่าวมาทั้งหมดสนับสนุนได้ว่าการบำบัดด้วยโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตสามารถจัดกระทำกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วบกพร่องได้ และช่วยทำให้คะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่จากระดับบกพร่องกลับมาสู่ระดับปกติได้ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

2. สมมติฐานข้อที่ 2 จากการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม หมายความว่า ภายหลังการทดลองค่าคะแนนการทำหน้าที่ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตเปลี่ยนจากระดับบกพร่องเปลี่ยนมาอยู่ระดับปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมนั้นประเมินระดับการทำหน้าที่ภายหลังการทดลองยังพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนการทำหน้าที่บกพร่อง 17 คน จากกลุ่มควบคุมทั้งหมด 20 คน ซึ่งแสดงถึงว่ากลุ่มทดลองมีระดับการทำหน้าที่ได้ปกติมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ de Andrés และคณะ[15] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว พบว่า โปรแกรมนี้ช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว มีอาการคงที่ไม่เกิดอาการที่รุนแรง และช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการรวมถึงการบรรลุเป้าหมายในการทำหน้าที่ที่ผู้ป่วยได้ตั้งไว้ จนสามารถกลับมาทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของตนเองได้ปกติ ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตในผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วนั้น มีประสิทธิภาพช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วได้ ดังนั้นสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิต จะมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับโรค อาการ อาการแสดง ตัวกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบ วิธีการจัดการกับตัวกระตุ้น การรับประทานยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา รวมถึงการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ และสามารถรับรู้ถึงความบกพร่องในการทำหน้าที่ของตนเอง และวางแผนปรับปรุงการทำหน้าที่ของตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการดูแลรับผิดชอบตัวเอง หลังการทดลองผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบงานบ้านได้ สามารถพึ่งพาตนเองได้ เช่น ออกไปซื้อของได้ด้วยตนเอง ดูแลความสะอาดร่างกายตนเองทุกวัน และมีความรู้ความเข้าในโรคและแผนการรักษาโรคที่ตนเองป่วย รวมถึงการดูแลตนเองในการรับประทานยา ผลข้างเคียงจากยาและการสังเกตอาการเตือนก่อนโรคตนเองกำเริบได้ ตลอดจนสามารถวางแผน

ป้องกันการป่วยซ้ำได้ 2)ด้านการประกอบอาชีพ ภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยหลายคนสามารถกลับไปทำงานที่ตนเองเคยทำได้ สามารถทำงานให้สำเร็จได้ตามกำหนดเวลา กลับมาสร้างรายได้ให้กับตนเองอีกครั้ง 3) ด้านการรู้คิด ภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ หรือข้อมูลใหม่ๆ ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันภายในกลุ่ม สามารถจดจำชื่อเพื่อนในกลุ่มได้ และช่วยเสนอแนะวิธีการแก้ไขปัญหาแก่เพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ 4) ด้านการจัดการเรื่องเงิน ภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยสามารถบริหารจัดการเงินของตัวเองได้ มีรายรับสมดุลกับรายจ่าย ทำให้ลดปัญหาหนี้สินและการโต้เถียงกับคู่ครอง หรือคนในบ้านลงไปได้อย่างมากและผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของญาติ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนรายรับรายจ่ายของตนเองให้สมดุลกัน ไม่ทำให้ตนเองและครอบครัวเดือดร้อน 5) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ภายหลังการทดลองผู้ป่วยสามารถรักษาสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนได้ เริ่มโทรหาเพื่อนก่อนและกลับมาพบปะเพื่อนอีกครั้ง นอกจากนี้บางคนก็ออกไปร่วมกิจกรรมในชุมชนของตนเอง 6) ด้านการใช้เวลาว่าง ภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยสามารถแบ่งเวลาจากงานมาทำกิจกรรมยามว่าง ซึ่งบางคนไม่เคยทำมาก่อน ก็เริ่มปรับความคิดและพฤติกรรมของตนเอง โดยการไปเดินออกกำลังกายร่วมกับสมาชิกในครอบครัว พาครอบครัวไปเที่ยวพักผ่อนวันหยุด เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลสามารถนำโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตไปใช้ในการพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วให้ดีขึ้น มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม โดยพยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วและการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์มีการฝึกฝนจนเกิดความชำนาญในการใช้โปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตเพื่อให้การดำเนินกิจกรรมเป็นไปตามที่โปรแกรมกำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ในงานวิจัยครั้งนี้เป็นการใช้โปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตกับผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้ป่วยต้องเสียสละเวลาในการเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทุกสัปดาห์ ซึ่งพบว่าบางรายเกิดปัญหา เช่น มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมีระยะทางที่ค่อนข้างไกลและบางรายมีงานประจำที่ต้องทำนอกจากนี้บางรายต้องอาศัยญาติพามาทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลที่จะนำโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตไปใช้ต้องเล็งถึงความสำคัญของการนัดหมายประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในกลุ่มเป็นหลัก

3. โปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตเป็นโปรแกรมที่ช่วยเพิ่มความรู้เรื่องโรค อาการและการจัดการกับอาการของตนเอง รวมถึงการวางแผนการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในด้านต่างๆ ดังนั้นจึงควรมีการติดตามระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้นำความรู้และทักษะที่ฝึกปฏิบัติในครั้งนี้ไปใช้ในชีวิตอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรครวมถึงคงความสามารถในการทำหน้าที่ให้ปกติต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. หลังการทดลอง ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม เช่น

ติดตาม 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี หลังการทดลองเพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมกับผู้อื่นได้อย่างยาวนานและมีประสิทธิภาพ

2. ในการศึกษาการใช้โปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิต พบว่า ผู้ป่วยบางรายได้นำญาติมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่มทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากขึ้น ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตที่มีการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เนื่องจากบุคคลในครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญที่คอยให้การสนับสนุนช่วยเหลือดูแลและฟื้นฟูแก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว

3. ควรศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดแบบตั้งเป้าหมายชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ก่อนได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตกบครอบครัวและชุมชนและส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนและปฏิบัติทำหน้าที่ของตนเองในชีวิตประจำวันด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น และลดการกำเริบของโรค

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Paholpak S. Clinical characteristics, diagnose differential diagnosis, disease progression and prognosis. In Leelahanaj T, Vasiknanonte S. Text book of bipolar disorder. Bangkok: The Psychiatric Association of Thailand; 2006. p. 3-40. (in Thai).
2. Wood SW. The economic burden of bipolar disorder. J Clin Psychiatry 61 (Supp 13);2000:38-41.
3. Ittasakul P. Bipolar disorder. In Lotrakul M, Sukanit P, editors. Psychiatry Ramathibodi. Bangkok: Beyond Enterprise; 2015. p. 155-6. (in Thai).
4. Lotrakul M, Sukanit P. Psychiatry Ramathibodi. Bangkok: Beyond Enterprise. 2015. (in Thai).
5. Paemmongkol P. Psychiatric nursing and mental health. Bangkok: Dharmasarn Industry; 2013. (in Thai).
6. Frye MA, Altshuler LL, McElroy SL, Suppes T, Keck PE, Denicoff K, et al. Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder. Am J Psychiatry 2003;160(5):883-9.
7. Suratewamit S. Selected factors related to functioning of patients with bipolar disorder. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2010. (in Thai).

8. Harvey PD. Mood symptoms, cognition, and everyday functioning in major depression, bipolar disorder, and schizophrenia. Innov Clin Neurosci 2011;8(10):14–8.
9. Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Tabarés-Seisdedos R, Torrent C, Vieta E, Ayuso-Mateos JL. Functioning and disability in bipolar disorder: An Extensive Review. PsychotherPsychosom 2009;78(5):285-97.
10. Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, et al. Validity and reliability of Functioning Assesment Short Test (FAST) in bipolar disorder. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2007 Jun 7;3:5.
11. Khomchai B. The effect of group psychoeducation on quality of life in persons with bipolar disorder. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2011. (in Thai).
12. Laoprasertsook K. The effect of family-focused treatment program on symptom severity of patients with bipolar disorder patient. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2012. (in Thai).
13. Chatchamni W. Mindfulness for bipolar disorder patients in Nakornatchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]; 2011. (in Thai).
14. Bauer MS, McBride L. Structure group psychotherapy for bipolar disorder: the life goals program. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 2003.
15. de Andrés RD, Aillon N, Bardiot MC, Bourgeois P, Mertel S, Nerfin F, et al. Impact of the life goals group therapy program for bipolar patients: an open study. J Affect Disord 2006;93(1-3):253-7.
16. Aubry JM, Charmillot A, Aillon N, Bourgeois P, Mertel S, Nerfin F, et al. Long-term impact of the life goals group therapy program for bipolar patients. J Affect Disord 2012;136(3):889-94.
17. Grove SK, Burns N, Gray J. The Practice of Nursing Research: appaisal, synthesis and generation of evidence. 7th ed. St. Lois, MO: Elsevier Saunders; 2013.
18. Montgomery SA, Cassano GB. Management of bipolar disorder. London: Martin Dunitz 1996. p. 13-6.
19. Kongsakon R. Assessment tools for bipolar disorder. In Leelahanaj T, Vasiknanonte S. Text book of bipolar disorder. Bangkok: The Psychiatric Association of Thailand; 2006. p. 343-60. (in Thai).
20. Suksomnirundorn N. Factors related to quality of life of patient with bipolar disorder. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2009. (in Thai).

21. Hosseini SH, Yousefi KM. Quality of life and global functioning among chronic type I bipolar disorder patients in comparison with a general population in Iran. Asian Journal of Biological Sciences 2009;2(1):29-34.
22. Meeks S. Bipolar disorder in the latter half of life: symptom presentation, global functioning and age of onset. Journal of Affective Disorders 1999;52(1-3):161-7.
23. Lam D, Donaldson C, Brown Y, Malliaris Y. Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. Bipolar Disord 2005;7(5):431-40.
24. Soares JJF, Stintzing, CP, Jackson C, Skolding B. Psychoeducation for patients with bipolar disorder: an exploratory study. Nord J Psychiatry 1997;51(6):439-46.

ผลของโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลต่อความเจ็บปวดและระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วในผู้คลอดครรภ์แรก

Effects of Body Movement by Birth Ball Program on Labor Pain and Active Phase Duration among Primiparous Parturients

ละมัย วงศาสนธิ์* ศิริวรรณ แสงอินทร์** วรรณทนา ศุภสีมานนท์**
Lamai Wongsason,* Siriwan Sangin,** Wantana Suppaseemanont**
* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี
* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi
** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี
** Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi
* Corresponding Author: wongsason25.2531@gmail.com

บทคัดย่อ

การเจ็บครรภ์ในระยะที่ 1 ของการคลอดเป็นความเจ็บปวดที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย และความทุกข์ทรมานต่อผู้คลอดโดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์แรก การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเปรียบเทียบแบบทดลอง โดยศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลต่อความเจ็บปวดและระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วในผู้คลอดครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่มารับบริการการคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จำนวน 62 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก แล้วสุ่มอย่างง่ายด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์เข้ากลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ และมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยสายตา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ค่าทีแบบอิสระ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความเจ็บปวดระยะปากมดลูกเปิดอย่างรวดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่านน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{43.11} = 9.75$, $p < .001$; $t_{41.85} = 8.50$, $p < .001$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วสั้นกว่ากลุ่มควบคุม 134.42 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{60} = 5.06$, $p < .001$)

Received: December 08, 2018; Revised: March 27, 2019; Accepted: April 11, 2019

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลส่งผลให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดน้อยลงและมีระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วสั้นลง ดังนั้นพยาบาลห้องคลอดควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้คลอด เพื่อส่งเสริมให้ผู้คลอดผ่านพ้นระยะการคลอดไปได้ด้วยดี

คำสำคัญ : โปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอล ความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว ผู้คลอดครรภ์แรก

Abstract

Labor pain in the first stage of labor causes discomfort and suffering for women, especially in primiparous parturients. This comparative experimental design, two group pretest-posttest design aimed to determine the effects of body movement by birth ball program on labor pain and duration of active phase among primiparous parturients. Sample consisted of 62 primiparous parturients who delivering in the delivery room at Somdej Phranangchaosirikit Hospital. They were selected by convenience sampling and then were assigned by simple computerized randomization to either an experimental (n = 32) or a control group (n = 30). The experimental group received both body movements by birth ball program and routine care, while the control group received routine care only. Data collection tools included a demographic and obstetric record and a visual analogue scale for pain. Data were analyzed by using descriptive statistics and independent t-test.

Results revealed that the experimental group had mean score of labor pain in phase of maximum slope and transitional phase significantly lower than those in the control group ($t_{41.85}$ = 8.50, $p < .001$; $t_{43.11}$ = 9.75, $p < .001$, respectively). As well as, the experiment group had mean score of duration of active labor significantly shorter than those in the control group 134.42 minutes (t_{60} = 5.06, $p < .001$).

This study confirmed that body movement by birth ball program had lower labor pain and shorter duration of active labor. Therefore, midwives should be used this program as a guideline for caring parturients in order to help them safely and soundly pass through the delivery period.

Keywords : body movement by birth ball program, labor pain, duration of active labor, primiparous parturients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บครรภ์คลอดเป็นความรู้สึกที่ผู้คลอดทุกคนไม่อยากเผชิญ เพราะทำให้เกิดความไม่สุขสบาย และความทุกข์ทรมาน[1] ระยะคลอดผู้คลอดต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น การหดรัดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูก เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการเจ็บครรภ์ โดยอาการเจ็บครรภ์จะทวีความรุนแรงมากขึ้นตามความแรงของการหดรัดตัวของมดลูก[2] โดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์แรก จะมีการหดรัดตัวของมดลูกรุนแรงกว่าผู้คลอดครรภ์หลัง จึงทำให้มีอาการเจ็บครรภ์รุนแรงมากกว่า[1] รวมทั้งผู้คลอดครรภ์แรกยังไม่มีประสบการณ์การคลอดมาก่อน[3] ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ผู้คลอดจะมีความกลัวเกี่ยวกับการคลอด เช่น กลัวตนเองและทารกจะได้รับอันตราย กลัวการคลอดยาวนาน กลัวทารกไม่สมบูรณ์ พิการ หรือเสียชีวิต และกลัวสิ่งที่ไม่รู้ เช่น กลัวกระบวนการคลอด กลัวสิ่งแวดล้อมในห้องคลอด เป็นต้น และที่สำคัญคือกลัวความเจ็บปวด[4]

จากวงจรความกลัว ความตึงเครียดความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain Cycle) ผู้คลอดที่มีความกลัวและความวิตกกังวลสูง ร่างกายจะเกิดความตึงเครียด ซึ่งจะทำให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น[4] โดยการทำงานของสารอิพิเนฟรินและคอร์ติซอลในเลือด ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดรัดตัวตลอดเวลา ความรุนแรงของการหดรัดตัวของมดลูกลดลง ทำให้ไม่สามารถกระตุ้นให้มดลูกเปิดขยายเพิ่มได้ มีผลให้ความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้า ต้องใช้ระยะเวลาของการคลอดยาวนานขึ้น ผู้คลอดต้องสูญเสียพลังงานมาก ทำให้ไม่สามารถรอให้กระบวนการคลอดดำเนินต่อไปได้เองตามธรรมชาติ ส่งผลทำให้ต้องช่วยคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตการ[5] และมีความต้องการผ่าตัดคลอดสูง[6] นอกจากนั้นความเจ็บปวดจากการหดรัดตัวของมดลูกยังส่งผลต่อทารกในครรภ์ โดยจะส่งผลทำให้ลดปริมาณเลือดไปเลี้ยงมดลูก และลดปริมาณออกซิเจนไปสู่ทารกในครรภ์ เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ซึ่งถ้าดำเนินต่อไปเป็นระยะเวลานาน จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ช้าลงขณะที่มดลูกคลายตัว (Late deceleration) ซึ่งอาจจะส่งผลให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์ได้[7]

การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นสิ่งที่จะช่วยลดความทุกข์ทรมาน[8] ซึ่งการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดมีทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา วิธีบรรเทาปวดแบบใช้ยา ถึงแม้ว่าจะสามารถช่วยผู้คลอดให้พ้นจากความทุกข์ทรมานได้ แต่ก็มีผลข้างเคียงต่อทั้งมารดาและทารก ผลข้างเคียงต่อมารดาในกรณีที่ได้รับยาบรรเทาปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า จะทำให้ความแรงและความถี่ในการหดรัดตัวของมดลูกลดลง ต้องใช้ระยะเวลาในการคลอดที่ยาวนานกว่าปกติ นอกจากนี้ยาจะไปกดศูนย์การหายใจทำให้อัตราการหายใจลดลง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ สะลึมสะลือ การตอบสนองต่างๆ ลดลง ทำให้มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกหลังคลอด รวมถึงขัดขวางการเริ่มต้นให้ทารกดูดนมมารดาเมื่อแรกเกิดอีกด้วย[9] ส่วนผลข้างเคียงต่อทารก ฤทธิ์ยาจะไปกดศูนย์หายใจ ทำให้ทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจน (Asphyxia) หรืออาจถึงขั้นเสียชีวิตได้[10]

การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่นิยมใช้มากขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีการนำการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยามาใช้

อย่างแพร่หลาย เช่น การใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นประคบหน้าท้องในผู้คลอดครรภ์แรก ซึ่งสามารถช่วยลดความเจ็บปวดและทำให้ระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วสั้นลง[11] การนวดร่วมกับการประคบร้อนในระยะที่ 1 ของการคลอด ทำให้มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดดี และลดความเจ็บปวดได้[12] การใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการจัดท่าในระยะที่ 1 ของการคลอด ทำให้ผู้คลอดมีระดับความเจ็บปวดและมีประสบการณ์การคลอดที่ดี[13]

นอกจากนี้ยังมีวิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาอีกวิธีหนึ่งที่สามารถลดความเจ็บปวดและลดระยะเวลาการคลอดให้สั้นลงได้ ซึ่งก็คือการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอล โดยช่วยลดความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว[14] และลดความต้องการการใช้ยาบรรเทาปวดในระยะคลอด[15] เนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นการลดการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กตามทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) ไปยับยั้งการส่งผ่านกระแสประสาทความเจ็บปวด มีผลให้ระบบควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลังปิด จึงลดสัญญาณการส่งผ่านกระแสประสาทความเจ็บปวดไปสู่ระดับสมอง การรับรู้ต่อความเจ็บปวดจึงลดลง[16] นอกจากนี้การเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลนั้นจะช่วยเพิ่มความสุขสบายให้ผู้คลอด[15] และเกิดการผ่อนคลาย[17,18] การเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลในท่าต่างๆ ได้แก่ ท่านั่ง ท่ายืน และท่าคุกเข่า ท่าเหล่านี้ช่วยเสริมแรงโน้มถ่วงของโลก มีส่วนช่วยเสริมการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ ทารกหมุนตัวเคลื่อนลงสู่ช่องทางคลอด และทำให้เส้นผ่าศูนย์กลางของเส้นทางออกเชิงกรานเพิ่มขึ้น ส่งเสริมการเปิดขยายของปากมดลูก ทำให้ระยะการคลอดสั้นลง[19] โปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลที่ประกอบไปด้วยการให้ความรู้ และการฝึกปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลนั้นช่วยให้ผู้คลอดเกิดความรู้ความเข้าใจ ส่งผลให้ความกลัว ความวิตกกังวลลดลง ซึ่งส่งผลทำให้ความเจ็บปวดลดลง[20] ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลต่อความเจ็บปวดและระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว เพื่อช่วยให้ผู้คลอดสามารถก้าวผ่านความเจ็บปวดในระยะคลอดไปได้ด้วยดี อันจะส่งผลให้เกิดความรักใคร่ผูกพันอันดีระหว่างมารดาทารกและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดอย่างรวดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านของผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลกับผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วของผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลกับผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

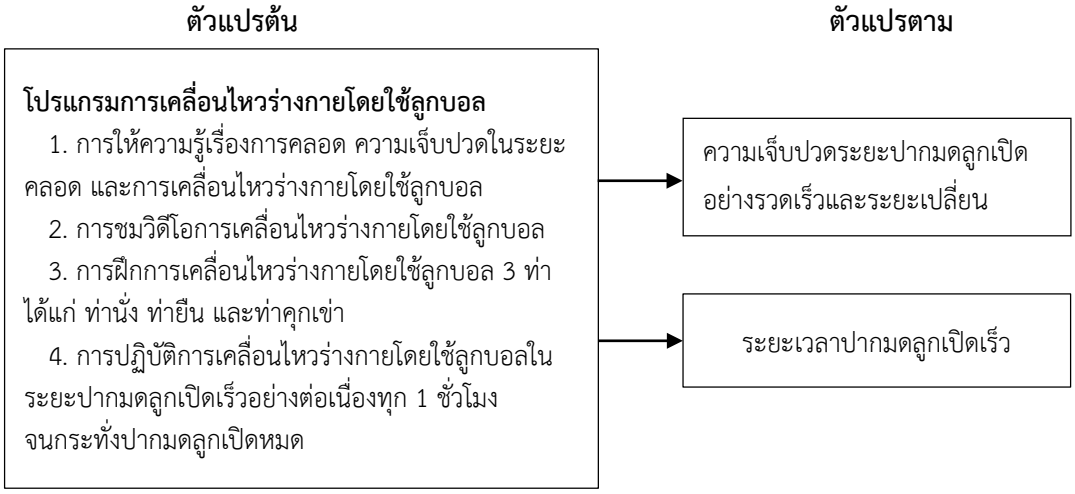
1. ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความเจ็บปวดระยะปากมดลูกเปิดอย่างรวดเร็ว (ปากมดลูกเปิด 5 - 7 เซนติเมตร) และระยะเปลี่ยนผ่าน (ปากมดลูกเปิด 8 - 10 เซนติเมตร) น้อยกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วสั้นกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) ของ Melzack, Wall[16] เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยทฤษฎีนี้อธิบายว่า ร่างกายมีใยประสาทที่สามารถนำส่งสัญญาณความเจ็บปวดและขัดขวางสัญญาณความเจ็บปวด โดยใยประสาทขนาดใหญ่ ได้แก่ ใยประสาท A-beta และ A-alpha ส่วนใยประสาทขนาดเล็ก ได้แก่ ใยประสาท C และ A-delta ซึ่งเป็นตัวรับสัญญาณความเจ็บปวดจากระบบประสาทส่วนปลาย โดยส่งผ่านตัวรับความรู้สึกปวด (Nociceptors) ไปที่บริเวณ Dorsal horn ที่ไขสันหลัง (Spinal cord) ซึ่งจะมีเซลล์ที่ชื่อว่า Substantial gelantinosa (SG cell) มีหน้าที่คอยควบคุมการปิดเปิดประตูของไขสันหลัง ที่จะยอมให้สัญญาณความเจ็บปวดสามารถเดินทางไปสู่สมองผ่าน Transmission cell (T cell) ถ้าสัญญาณความเจ็บปวดสามารถเดินทางไปสู่สมองได้ ร่างกายจะเกิดการรับรู้ความเจ็บปวดขึ้น[21]

การวิจัยครั้งนี้ การเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลจะไปลดการกระตุ้นพลังประสาทจากใยประสาทขนาดเล็ก ซึ่งได้แก่ พลังประสาทจากเส้นใยประสาท A-delta และ C-fiber จึงส่งผลให้ศักยภาพในการรับกระแสประสาทความรู้สึกเจ็บปวดลดลง ความสามารถในการส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดไปยับยั้ง SG cell และกระตุ้น T cell ในไขสันหลังลดลง การส่งกระแสประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดไปยังสมองจึงมีน้อย ทำให้ความเจ็บปวดลดลง นอกจากนี้โปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลในระยะคลอดซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้ การชมวิดีโอ และการฝึกปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอล การให้ความรู้กับผู้คลอดจะเป็นการช่วยลดความกลัว ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด การฝึกปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ความเจ็บปวดลดลง นอกจากนี้การเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลในท่าต่างๆ ได้แก่ ท่านั่ง ท่าคุกเข่า ท่ายืน ท่าเหล่านี้ช่วยเสริมแรงโน้มถ่วงของโลก ทำให้ศีรษะทารกเคลื่อนต่ำลงมาเร็วขึ้น และมีการขยายของช่องเชิงกรานเพิ่มขึ้น ทำให้ระยะเวลาการคลอดสั้นลง[19] ซึ่งนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเปรียบเทียบแบบทดลอง (Comparative experimental design)[22] แบบศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) โดยรูปแบบการวิจัยนี้เหมือนวิจัยแบบทดลอง แต่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากร (Random selection) แต่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Random assignment) และเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenience sampling)

ประชากร คือ ผู้คลอดครรภ์แรก ที่มารับบริการการคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดครรภ์แรก ที่มารับบริการการคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenience sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุ 20 - 35 ปี 2) อายุครรภ์ครบกำหนด 37 - 41 สัปดาห์ 3) ตั้งครรภ์เดี่ยว และทารกในครรภ์อยู่ในท่าปกติ 4) สุขภาพแข็งแรง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและสูติกรรม 5) มีอาการเจ็บครรภ์จริง อยู่ในระยะก่อนเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว คือ ปากมดลูกเปิด 3 - 4 เซนติเมตร และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดที่อาจเป็นอันตรายต่อมารดาและทารกได้ เช่น มีภาวะความดันโลหิตสูง ทารกในครรภ์มีภาวะ Fetal distress 2) ผู้คลอดที่นั่งลูกบอลเมื่อเขย่งเท้าแล้ว เข่าไม่ตั้งฉากกับพื้น และ 3) ผู้คลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenience sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Simple computerized randomization) ซึ่งผู้วิจัยทำไว้ล่วงหน้า และให้ผู้อื่นช่วยนำผลการสุ่มใส่ซองปิดผนึกโดยที่ผู้วิจัยไม่ทราบผลในแต่ละซอง ขณะเริ่มทำวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง แต่ละรายเปิดซองผนึกตามลำดับที่ของการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อจะได้ทราบว่าอยู่กลุ่มใด

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ (Level of significance) = .05, อำนาจทดสอบ (Power of test) = 0.80, การทดสอบสมมติฐานทางเดียว (One tailed) และขนาดอิทธิพล (Effect size) คำนวณจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Taavoni[14] ได้ค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.86 ซึ่งใกล้เคียงกับค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ ซึ่งเท่ากับ 0.80 แล้วนำมาเปิดตารางของ Munro (อ้างใน Thato[22]) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 การศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอล ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังต่อไปนี้ 1) การให้ความรู้เรื่องการคลอด ความเจ็บปวดในระยะคลอด และการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอล โดยใช้สื่อการสอนด้วยการ

แสดงภาพประกอบคำอธิบาย (Power point) ซึ่งทำการสอนเป็นรายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 30 นาที 2) ให้ผู้คลอดชมวิดีโอตัวอย่างการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลในระยะคลอดซึ่งมี 3 ท่า ได้แก่ ท่านั่ง ท่ายืน และท่าคุกเข่า ใช้เวลา 10 นาที และ 3) ให้ผู้คลอดฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอล ซึ่งมีผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยฝึกปฏิบัติในแต่ละท่าฝึกท่าละ 5 นาที โดยใช้ลูกบอลขนาดใหญ่ที่ผลิตจากพลาสติกไวนิลที่มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 55, 65 และ 75 เซนติเมตร ซึ่งเป็นลูกบอลที่มีความแข็งตึงไม่มาก และไม่นิ่มจนเกินไป เมื่อนั่งแล้วลูกบอลไม่ยุบตัว ผู้คลอดรู้สึกสุขสบาย ลำตัวตั้งตรง โดยผู้วิจัยเป็นผู้เลือกขนาดของลูกบอลที่เหมาะสมให้ผู้คลอด โดยเมื่อผู้คลอดนั่งลูกบอลแล้วเขย่งเท้าเข่าต้องตั้งฉากกับพื้น (90 องศา)

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองนี้ ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ช่วยตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเครื่องมือ ซึ่งประกอบด้วย สูติแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางสูติศาสตร์ 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2 ท่าน แล้วดำเนินการปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ อายุครรภ์ การเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกรับ การดูแลที่ได้รับระหว่างการคลอด เช่น การเจาะถุงน้ำคร่ำ การได้รับยาเร่งคลอด และวิธีการคลอด

2.2 มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale: VAS) เป็นมาตรวัดที่ผู้วิจัยนำมาจากมาตรวัดความเจ็บปวดในระยะคลอดของ Revill[23] ซึ่งมีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีความต่อเนื่องยาว 10 เซนติเมตร แต่ละข้างแสดงความเป็นที่สุดของความเจ็บปวด คือ ตั้งแต่ไม่ปวดเลย (0 คะแนน) จนถึงปวดมากที่สุด (100 คะแนน) มาตรวัดนี้นำมาใช้วัดระดับความเจ็บปวดอย่างแพร่หลาย มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.95

2.3 แบบบันทึกระยะเวลาการคลอด เป็นแบบบันทึกระยะเวลาเป็นชั่วโมงและนาทีเมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว คือ ปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 4 เซนติเมตรขึ้นไปจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 03-12-2559 และคณะกรรมการจริยธรรม กรมแพทย์ทหารเรือ และได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลวิจัยก่อนดำเนินการวิจัย มีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยแจ้งให้ทราบว่าการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้เซ็นชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไปพร้อมๆ กัน ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลร่วมกับการพยาบาลตามปกติ โดยเริ่มจากในระยะเริ่มเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Early active phase)

(ปากมดลูกเปิด 3 - 4 เซนติเมตร) ผู้วิจัยให้ผู้คลอดกรอกข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินระดับความเจ็บปวด หลังจากนั้นผู้คลอดจะได้รับโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอล ซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้น ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องการคลอด ความเจ็บปวดในระยะคลอด และการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอล โดยใช้สื่อการสอนด้วยการแสดงภาพประกอบคำอธิบาย (Power point) ทำการสอนเป็นรายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 30 นาที 2) ให้ผู้คลอดชมวิดีโอการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอล ภายในวิดีโอประกอบด้วยการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลในระยะคลอด 3 ท่า ได้แก่ ท่านั่ง ท่ายืน และท่าคุกเข่า ใช้เวลา 10 นาที และ 3) ให้ผู้คลอดฝึกปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลในแต่ละท่า ท่าละ 5 นาที (15 นาที) โดยใช้เวลารวมทั้งหมดประมาณ 1 ชั่วโมง เมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดอย่างรวดเร็ว และมีการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 3 - 5 นาที นาน 45 - 60 วินาที ให้ผู้คลอดเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอล ครั้งละประมาณ 20 - 30 นาที โดยทำอย่างต่อเนื่องทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด โดยผู้คลอดเป็นผู้เลือกท่าการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลตามความชอบของตนเอง กรณีผู้คลอดเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลในท่านั่ง ผู้คลอดจะต้องจับไม้กั้นเตียงไว้ตลอดเวลาที่เคลื่อนไหว ผู้วิจัยจะคอยกำกับดูแลและประเมินการเปิดขยายของปากมดลูกโดยการตรวจภายในร่วมกับแพทย์ กรณีที่แพทย์มาตรวจเยี่ยมทุก 2 ชั่วโมง หรือเมื่อผู้คลอดบอกว่ามีอาการเจ็บครรภ์มากขึ้น ทั้งนี้การทำกิจกรรมนั้นทำกับกลุ่มตัวอย่างครั้งละไม่เกิน 2 ราย และให้ผู้คลอดประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดอย่างรวดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน ในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทางสูติศาสตร์และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

2. กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยเริ่มจากในระยะเริ่มเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ผู้วิจัยให้ผู้คลอดกรอกข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินระดับความเจ็บปวด เมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ผู้คลอดจะได้รับการพยาบาลตามปกติของห้องคลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ซึ่งได้แก่ พยาบาลประจำการจะให้คำแนะนำวิธีบรรเทาปวดด้วยการฝึกเทคนิคการหายใจ และการลูบหน้าท้อง ซึ่งผู้คลอดเป็นผู้ปฏิบัติด้วยตนเอง ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและตรวจภายในทุก 2 ชั่วโมง หรือเมื่อผู้คลอดบอกว่าเจ็บครรภ์มากขึ้น และให้ผู้คลอดประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดอย่างรวดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน ในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทางสูติศาสตร์ และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา แล้วทดสอบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test, Chi-square, Fisher's exact test และ Mann-Whitney U test จากนั้นจึงวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความเจ็บปวดระยะปากมดลูกเปิดอย่างรวดเร็ว ระยะเปลี่ยนผ่าน และค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล มีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม จำนวน 2 ราย ได้รับการผ่าตัดคลอดจากภาวะศีรษะทารกไม่เคลื่อนต่ำ ขณะปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร จึงคัดออกจากการศึกษา ดังนั้น จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 62 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 20 - 25 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.75 และ 50.00 ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 25.80 ปี (SD = 3.90) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 25.80 ปี (SD = 3.90) กลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.88 ส่วนกลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.00 เท่าๆ กัน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 93.75 และ 96.67 ตามลำดับ ส่วนรายได้ของครอบครัว กลุ่มทดลองมีรายได้อยู่ในช่วง 25,001 - 35,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.75 และมีรายได้เฉลี่ย 31,250 บาทต่อเดือน (SD = 8032.19) และกลุ่มควบคุมมีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วงเดียวกัน คือ 25,001 - 35,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.33 และมีรายได้เฉลี่ย 29,966.67 บาท (SD = 6794.94) เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

2. ข้อมูลทางสูติศาสตร์ พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 37 - 38 สัปดาห์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.13 มีอายุครรภ์เฉลี่ย 38.41 สัปดาห์ (SD = 0.95) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 37 - 38 สัปดาห์ และ 39 - 40 สัปดาห์เท่าๆ กัน คือร้อยละ 50.00 และมีอายุครรภ์เฉลี่ย 38.37 สัปดาห์ (SD = 1.10) การเปิดของปากมดลูกเมื่อเข้าร่วมวิจัย กลุ่มทดลองปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.25 มีค่าเฉลี่ย 3.44 เซนติเมตร (SD = 0.50) ส่วนกลุ่มควบคุมปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.67 และมีค่าเฉลี่ย 3.57 เซนติเมตร (SD = 0.50) การแตกของถุงน้ำคร่ำ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ถุงน้ำคร่ำแตกเอง คิดเป็นร้อยละ 93.75 และ 80.00 ตามลำดับ การได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.88 และ 70.00 ตามลำดับ การได้รับยาบรรเทาปวด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ได้รับยาบรรเทาปวดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.88 และ 83.33 วิธีการคลอด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคลอดเองทางช่องคลอดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.88 และ 83.33 ตามลำดับ ส่วนน้ำหนักทารก กลุ่มทดลองน้ำหนักทารกอยู่ในช่วง 2,500 - 3,000 กรัม และ 3,001 - 3,500 กรัมเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 46.88 และมีน้ำหนักทารกเฉลี่ย 3,061.19 กรัม (SD = 312.72) กลุ่มควบคุม มีน้ำหนักทารกอยู่ในช่วง 3,001 - 3,500 กรัมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมา คือ ช่วงน้ำหนัก 2,500-3,000 กรัม ร้อยละ40.00 และมีน้ำหนักทารกเฉลี่ย 3,128.03 กรัม (SD = 327.06) คะแนน Apgar score ที่ 1 นาที พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนน Apgar score 8 - 10 คะแนนทุกราย คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีคะแนน Apgar score เฉลี่ย 8.97 (SD = 0.18) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนน Apgar score 8 - 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 90.00 และมีคะแนน Apgar score เฉลี่ย 8.60 (SD = 1.07) ส่วนคะแนน Apgar score ที่ 5 นาที กลุ่มทดลองทุกรายมีคะแนน Apgar score 8 - 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100.00 และมีค่าเฉลี่ย 9.84

(SD = 0.37) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนน Apgar score 8 - 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 93.33 และมีค่าเฉลี่ย 9.50 (SD = 0.94) ภาวะแทรกซ้อนของมารดาหลังคลอด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 96.88 และ 96.67 ตามลำดับ ส่วนภาวะแทรกซ้อนของทารกหลังคลอด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของทารกหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 96.88 และ 93.75 ตามลำดับ เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทางสูติศาสตร์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

3. ความเจ็บปวด พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความเจ็บปวดระหว่างระยะเริ่มเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะปากมดลูกเปิดอย่างรวดเร็วเท่ากับ 34.66 (SD = 14.71) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างเท่ากับ 58.67 (SD = 6.08) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความเจ็บปวดระหว่างระยะเริ่มเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่านเท่ากับ 39.41 (SD = 10.77) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างเท่ากับ 59.80 (SD = 4.73)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความเจ็บปวดระหว่างระยะเริ่มเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็วกับระยะปากมดลูกเปิดอย่างรวดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความเจ็บปวดระยะปากมดลูกเปิดอย่างรวดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่านน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{41.85} = 8.50$, $p < .001$; $t_{43.11} = 9.75$, $p < .001$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความเจ็บปวดระหว่างระยะเริ่มเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (ปากมดลูกเปิด 3 - 4 เซนติเมตร) กับระยะปากมดลูกเปิดอย่างรวดเร็ว (ปากมดลูกเปิด 5 - 7 เซนติเมตร) และระหว่างระยะเริ่มเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็วกับระยะเปลี่ยนผ่าน (ปากมดลูกเปิด 8 - 10 เซนติเมตร) ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 32) และกลุ่มควบคุม (n = 30) ด้วยการทดสอบ Independent t-test

ความแตกต่างของคะแนนความเจ็บปวด	n	$\bar{d}$	SD	Mean difference	t	df	p-value (1-tailed)
ระหว่างระยะเริ่มเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะปากมดลูกเปิดอย่างรวดเร็ว							
กลุ่มทดลอง	32	34.66	14.71	24.01	8.50**	41.85	.000
กลุ่มควบคุม	30	58.67	6.08				
ระหว่างระยะเริ่มเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่าน							
กลุ่มทดลอง	32	39.41	10.77	22.40	9.75**	43.11	.000
กลุ่มควบคุม	30	59.80	4.73				

** $p < .001$

4. ระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วต่ำสุด เท่ากับ 60 นาที และสูงสุดเท่ากับ 540 นาที และมีระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วเฉลี่ย 241.25 นาที (SD = 110.13) ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วต่ำสุด เท่ากับ 210 นาที และสูงสุดเท่ากับ 590 นาที และมีระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วเฉลี่ย เท่ากับ 375.67 นาที (SD = 98.17) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วสั้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t_{60} = 5.06, p < .001) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วสั้นกว่ากลุ่มควบคุม 134.42 นาที หรือ 2 ชั่วโมง 14 นาที ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 32) และ กลุ่มควบคุม (n = 30) ด้วยการทดสอบ Independent t-test

กลุ่ม	n	Rang	Mean	SD	Mean difference	t	df	p-value (1-tailed)
กลุ่มทดลอง	32	60 - 540	241.25	110.13	134.42	5.06**	60	0.000
กลุ่มควบคุม	30	210 - 590	375.67	98.17				

**p < .001

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

1. ความเจ็บปวด ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความเจ็บปวดระยะปากมดลูกเปิดอย่างรวดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน น้อยกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้กิจกรรมในโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอล ประกอบไปด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด ความเจ็บปวดในระยะคลอด และการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอล 2) การชมวิดีโอ และ 3) การฝึกปฏิบัติก่อนปฏิบัติจริง ซึ่งกิจกรรมการให้ความรู้นั้นทำให้ผู้คลอดเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการคลอด ความเจ็บปวดในระยะคลอดและการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยวิธีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอล การให้ความรู้กับผู้คลอดนั้นจะเป็นการช่วยลดความกลัว ซึ่งจะทำให้ความเจ็บปวดลดน้อยลง และการได้ฝึกปฏิบัติจริงหรือกระทำกิจกรรมนั้นจะทำให้ผู้คลอดเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น[20] และที่สำคัญการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลสามารถช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดได้[15,24] ซึ่งสามารถอธิบายตามทฤษฎีควบคุมประตู[16] ได้ว่า การเคลื่อนไหวร่างกายเป็นการลดการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็ก A-delta และ C-fiber ซึ่งเป็นใยประสาทที่นำความรู้สึกได้เร็ว เมื่อเกิดการเคลื่อนไหวจะทำให้การนำสัญญาณประสาทความรู้สึกเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดไปที่ไขสันหลังบริเวณ Thoracic ที่ 12, 11 , 10 และ Lumba 1 ลดลง จึงส่งผลให้ศักยภาพในการรับกระแสประสาทความรู้สึกเจ็บปวดลดลง ความสามารถในการส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดไปยับยั้ง SG cell และกระตุ้น T cell ใน

ไขสันหลังลดลง การส่งกระแสประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดไปยังสมองจึงมีน้อย ทำให้ความเจ็บปวดลดลง[16] นอกจากนี้ขณะผู้คลอดเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลผู้คลอดจะเพ่งความสนใจขณะนั่งบนลูกบอล จึงเป็นการช่วยเบี่ยงเบนความสนใจผู้คลอดจากอาการเจ็บครรภ์ เป็นการช่วยลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ที่กระตุ้นความรุนแรงของความเจ็บปวด ซึ่งได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งเป็นการรับรู้ในระดับสมอง จึงส่งผลมาควบคุมความเจ็บปวด โดยการปิดประตูในระดับไขสันหลัง จึงเป็นการลดหรือไม่มีการส่งผ่านของกระแสประสาทความเจ็บปวดไปสู่สมอง[21] ซึ่งเป็นการตัดวงจร ความกลัว – ความเครียด – ความเจ็บปวด (Fear–Tension–Pain Cycle)[4] และเมื่อความกลัวและความเครียดลดลง ก็ทำให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดลดลงไปด้วย ซึ่งต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ที่ได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดโดยการหายใจและการลูบหน้าท้องนั้น พยาบาลจะเป็นผู้ให้คำแนะนำเพียงบางส่วนซึ่งอาจทำให้ผู้คลอดยังขาดความรู้ความเข้าใจ จึงทำเกิดความกลัว ความวิตกกังวล ซึ่งส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Gau, Ching, Tian, Lin[15] ที่ศึกษาเปรียบเทียบการเคลื่อนไหวร่างกายในผู้คลอดครรภ์แรก โดยการสอนและฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลใน 4 ท่า คือ ท่านั่ง ท่ายืน และท่าคุกเข่า และท่านั่งยองๆ ให้ผู้คลอดเคลื่อนไหวร่างกายอย่างน้อยครั้งละ 20 นาที เมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็วให้ผู้คลอดเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลได้ตามความชอบ ผลการศึกษา พบว่า การเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลช่วยลดความเจ็บปวด และลดความต้องการการใช้ยาบรรเทาปวดในระยะคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของทาโวนี่[14] ที่พบว่า ผู้คลอดที่เคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลมีระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร และ 8 เซนติเมตรน้อยกว่ากลุ่มที่นอนราบบนเตียง รวมถึงการศึกษาของ Hau และคณะ[18] ที่พบว่า ผู้คลอดที่เคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลในระยะคลอดมีความเจ็บปวดลดลง และการศึกษาของ Leung และคณะ[25] ที่พบว่า การเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลช่วยลดความเจ็บปวดบริเวณท้องส่วนล่าง ลดอาการปวดหลัง และลดความต้องการการใช้ยาบรรเทาปวดในระยะคลอดได้

2. ระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วสั้นกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า การเคลื่อนไหวร่างกายในท่าต่างๆ ได้แก่ ท่านั่ง ท่ายืน และท่าคุกเข่า ท่าเหล่านี้ทำให้ศีรษะทารกมีการเคลื่อนต่ำไปในทิศทางเดียวกับแรงโน้มถ่วงของโลก ตามกฎของนิวตันที่เกี่ยวกับแรงโน้มถ่วงของโลก (Newton's law gravity) ส่งเสริมการเคลื่อนต่ำและการหมุนของศีรษะทารก เพิ่มความดันในช่องท้องด้านล่าง ฝีเย็บ และบริเวณต้นขาทั้ง 2 ข้าง[19] ช่วยให้มดลูกมีการหดรัดตัวอย่างสม่ำเสมอ ไม่ถี่หรือห่างจนเกินไป มีการหดรัดตัวอยู่นาน และมีความรุนแรงมากพอที่จะกระตุ้นให้ปากมดลูกเปิดมากขึ้น[26] จากโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ผู้คลอดเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอล 3 ท่า คือ ท่านั่ง ท่ายืน และท่าคุกเข่า ผู้คลอดส่วนใหญ่จะใช้ท่านั่งซึ่งทำให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบาย กล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อ

หน้าขาเกิดการผ่อนคลายมากขึ้น ลดแรงกดบริเวณเชิงกรานและฝีเย็บ[19] ทำให้ผู้คลอดทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้คลอดสามารถควบคุมตนเองได้ดีทำให้การคลอดดำเนินไปได้ด้วยดี มดลูกมีการหดรัดตัวอย่างสม่ำเสมอ และมีการเคลื่อนต่ำของศีรษะทารก จากการศึกษาของ Noble[27] พบว่า ท่านั่งเป็นท่าที่ทำให้ช่องเชิงกรานขยายเพิ่มขึ้นอีก 1.5 เซนติเมตร เมื่อหนทางคลอดกว้างขึ้น ทำให้เอื้อต่อการคลอด ทำให้ระยะเวลาการคลอดสั้นลง และการศึกษาของ Lawrence, Lewis, Hofmeyr, Styles[28] ที่พบว่า การให้ผู้คลอดอยู่ในท่านั่ง ยืน และเดินยังช่วยให้สรีระของอุ้งเชิงกรานอยู่ในมุมที่เหมาะสม จึงส่งเสริมการหดรัดตัวของมดลูกให้มีประสิทธิภาพ โดยมีแนวแกนของมดลูก และแนวแกนของทารกอยู่ในแนวเดียวกับช่องทางออกของช่องเชิงกราน กระดูกก้นกบเบนออกได้มากขึ้น ช่วยส่งเสริมให้ทารกเคลื่อนต่ำและผ่านออกมาได้ง่ายขึ้น รวมทั้งเมื่อกล้ามเนื้อมดลูกมีประสิทธิภาพในการหดรัดตัวจะส่งผลให้แรงเบ่งเพิ่มมากขึ้น ช่วยให้ผู้คลอดสามารถคลอดเองทางช่องคลอดมากกว่าการใช้ สูติศาสตร์หัตถการ และทำให้ระยะการคลอดสั้นลง[29] สอดคล้องกับการศึกษาของ Perez[30] ที่พบว่า การเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลช่วยให้การเคลื่อนไหวนั้นมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวถูกหลักสรีระวิทยา กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของเชิงกราน ศีรษะทารกมีการเคลื่อนต่ำ ทำให้ระยะเวลาการคลอดสั้นลง ซึ่งต่างจากกลุ่มควบคุม ที่ผู้คลอดส่วนใหญ่เคลื่อนไหวร่างกายน้อย ไม่ค่อยลุกนั่ง หรือเดิน สรีระของอุ้งเชิงกรานอยู่ในมุมที่ไม่เหมาะสม ทำให้ศีรษะทารกเคลื่อนต่ำได้ช้า ทำให้ระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วยาวนานกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารของโรงพยาบาลต่างๆ ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรทางสุขภาพนำโปรแกรมนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา และส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด

2. ด้านการศึกษาพยาบาล พยาบาลและอาจารย์พยาบาลควรนำหลักการการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลไปใช้ในการนิเทศ และให้คำแนะนำนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกภาคปฏิบัตินำไปใช้ในการดูแลผู้คลอดเพื่อช่วยลดความเจ็บปวดและทำให้ระยะเวลาการคลอดสั้นลง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลในผู้คลอดกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้คลอดที่ทารกในครรภ์อยู่ในท่าท้ายทอยอยู่ด้านหลัง ผู้คลอดที่มีแนวโน้มการคลอดยาวนาน เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลในตัวแปรอื่นๆ เช่น ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด และการควบคุมตนเองในการคลอด เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนการวิจัย และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Lowdermilk DL, Perry SE. Maternity nursing. 7th ed. St Louis, MO: Mosby; 2006.
2. Suppasri P. Nursing in the delivery period. 2nd ed. Bangkok: National Assembly Library of Thailand; 2008. (in Thai).
3. Melzack R, Wall PD. Pain management. China: Churchill Livingstone; 2003.
4. Read DG. Childbirth without fear: the principle and practice of natural childbirth. 4th ed. London: Printer & Martin; 2005.
5. Lowe NK. The nature of labor pain. Am J Obstet Gynecol 2002;186(5 suppl nature):S16-24.
6. Phumdoung S. Non-pharmacological management of labor pain. 11th ed. Songkla: Faculty of Nursing, Prince of Songkla University; 2010. (in Thai).
7. Stables D. Physiology in childbearing. 2nd ed. China: Elsevier; 2005.
8. Phumdoung S. Model of care for women during labor. Songkla Med J 2005;24(1):59-63. (in Thai).
9. Sosa CG, Balaguer E, Alonso JG, Panizza R, Laborde A, Berrondo C. Mepenidine for dystocia during the first stage of labour: A randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol 2004;191(4):1212-8.
10. Gorrie TM, Mckinney ES, Murray SS. Foundations of maternal-newborn nursing. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunder; 2002.
11. Poonperm R, Rawangko U, Doundee K. Effect of warm compression on anterior abdominal wall to reduce Labor pain and duration of active phase of labor among primiparous mothers. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2013;14(3):67-76. (in Thai).
12. Klaikham T, Yusamran C, Thananowan N, Phahuwatanakorn W. Effects of massage and hot compress on labor pain and pain coping behavior in primigravidas. J Nurs Sci 2013;31(2):39-47. (in Thai).
13. Sutthiwanichsak U. The effect of music therapy and positioning in the first stage of labour on labour pain, anxiety, stage of labour, and childbirth experience in primiparous laboring women. [Master's thesis, Faculty of Nursing]. Mahidol University; 2008. (in Thai).
14. Taavoni S, Abdolahaian S, Haghani H, Neysani L. Effect of birth ball on pain severity during the active phase of physiologic labor. J Midwifery Womens Health 2011;13(1):25-31.

15. Gau ML, Ching CY, Tian SH, Lin KC. Effect of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: a randomized controlled trial in Taiwan. Midwifery 2011;27(6):e293-300.
16. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. Science 1965;150(699):971-9.
17. Silva LM, Oliveira JV, Silva BD, Alvarenga MB. Using the swiss ball in labor. Acta paul enferm 2011;24(5):656-62.
18. Hau WL, Tsang SL, Kwan W, Man L, Lam KY, Ho LF, et al. The use of birth ball as a method of pain management in labour. Hong Kong J Gynaecol Obstet Midwifery 2012;12(1):63-8.
19. Perez P. Teaching tip-the birth ball. Genesis: Los Angeles; 2001. p.1-5.
20. Bernars HW. Psychology of learning and teaching. U.S.A.: McGraw–Hill; 1972.
21. Kulaneejitmatee T. Pain and pain management during labor. Association of Private Higher Education Institutions of Thailand Journal 2017:6(2);158-65. (in Thai).
22. Thato R. Nursing research: concept to application. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2009. (in Thai).
23. Revill SI, Robinson JO, Rosen M, Hogg MI. The reliability of a linear analogue for evaluating pain. Anesthesia 1976;31(9):1191–8.
24. Makvandi S, Latifnejad RR, Sadeghi R, Karimi L. Effect of birth ball on labor pain relief: a systematic review and meta-analysis. J Obstet Gynaecol Res 2015;41(11):1679-86.
25. Leung RW, Li JF, Leung MK, Fung BK, Fung LC, Tai SM, et al. Efficacy of birth ball exercises on labour pain management. Hong Kong Med J 2013;19(5):393-9.
26. Liu YC. Effect of an upright position during labor. Am J Nurs 1974;74(12):2202-5.
27. Noble E. Controversies in maternal effort during labor and delivery. J Nurse Midwifery 1981;26(3):13-22.
28. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage of labour. Cochrane Database Syst Rev 2013. [Internet]. [cited 2015 January 10]. Available from: http://www.cochrne.org/reviews/en/aboo3934.html.
29. Simpson KK, Cheehan PA. Perinatal nursing. New York: Lippincott-Raven Publishing; 1996.
30. Perez P. Birth ball: use of physical therapy balls in maternity care. Johnson VT: Cutting Edge Press; 2000.

วารสารแพทย์นาวี
Royal Thai Navy Medical Journal

ผลของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

The Effect of Mindful Self-Compassion Training Program on Depression in Persons with Depressive Disorder

จินดามาศ ซีมหาสัจคุณ* เพ็ญพักตร์ อุทิศ**
Jindamas C-Maharsujchakuen,* Penpaktr Uthis**
* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร
* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok
** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร
** Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok
* Corresponding Author: c_jindamas@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ 2) อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบางบัวทอง ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่ด้วย เพศ และระดับคะแนนอาการซึมเศร้า และถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ชุด คือ 1) เครื่องมือทดลอง คือ โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และ 3) เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติทดสอบค่าที (t-test)

Received: December 17, 2018; Revised: April 2, 2019; Accepted: April 2, 2019

1. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : ความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ อาการซึมเศร้า โรคซึมเศร้า

Abstract

This research is a quasi-experimental pretest-posttest control group design. The objectives were to compare: 1) depressive symptoms of patients with depressive disorder before and after received mindful self-compassion training program, and 2) depressive symptoms of patients with depressive disorder who received mindful self-compassion training program and those who received regular nursing care. The samples of 40 adult patients with depressive disorder, who met the inclusion criteria, were receiving services in out-patients department, Bang Bua Thong Hospital. They were matched-pairs by sex and severity of depression and then randomly assigned to either the experimental or control groups, 20 subjects in each group. The experimental group received the mindful self-compassion training program, while the control group received the regular nursing care. Research instruments comprised of: 1) the experimental tool is mindful self-compassion training program, 2) data collection tools including demographic data form and Beck Depression Inventory Scale (BDI), and 3) the experimental monitoring tool is Ruminative Response Scale. The content validity of all instruments had verified by 5 professional experts. The Beck Depression Inventory Scale (BDI), and the Ruminative Response Scale had Cronbach's alpha reliability as of 0.87 and 0.84, respectively. Descriptive statistics and t-test were used in data analysis.

The conclusions of this research were as follows:

1) the depression score of persons with depressive disorder after received the mindful self-compassion training program was significantly lower than that before at the .05 level.

2) the depression score of persons with depressive disorder after received the mindful self-compassion training program was significantly lower than those who received regular nursing care at the .05 level.

Keywords : mindful self-compassion, depressive symptoms, depressive disorder

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) เป็นปัญหาที่มีความสำคัญต่อระบบสาธารณสุขในปัจจุบันรวมถึงการคาดการณ์ในอนาคตทั้งของประเทศไทยและทั่วโลก เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยองค์การอนามัยโลก[1] ได้ประมาณการจากข้อมูลช่วงปี 2000 ถึงปี 2015 มีประชากรกว่า 300 ล้านคนที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นจำนวนที่มากกว่าร้อยละ 4 ของประชากรโลก สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีประชากรไทยถึง 1.5 ล้านคน ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.7 เท่า โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยทำงาน คือ 25 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 62[2] นอกจากนี้จากฐานข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) มีรายงานว่าอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้า (Incidence rate) ของจังหวัดนนทบุรีในปี พ.ศ. 2557 - 2558 พบในอัตรา 766 และ 639 คน ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ สำหรับอำเภอบางบัวทองพบอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้า 444 และ 474 คน ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ[3]

โรคซึมเศร้า (Depression or Major depressive disorder) เป็นโรคทางจิตเวชที่จัดอยู่ในกลุ่มของความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งมีอาการสำคัญ ได้แก่ ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ หมดหวัง เซื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ เป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การทำร้ายตนเอง หรือการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด[4] โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการผิดปกติ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ เช่น รู้สึกหดหู่ตลอดวัน รู้สึกเศร้า ด้านทางกาย (Neurovegetative) เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ด้านการเคลื่อนไหว (Psychomotor) เช่น อาการเชื่องช้า ซึม และด้านรู้คิด (Cognition) เช่น สมาธิแย่ลง มองโลกและชีวิตของตนเองในแง่ลบ[5] เป็นต้น ส่วนรูปแบบความคิดของคนที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการคิดในทางด้านลบ 3 ลักษณะ คือ มีความคิดทางลบต่อตนเอง ความคิดทางลบต่อประสบการณ์ และความคิดทางลบต่ออนาคต มีได้หลายระดับตั้งแต่ระดับปกติซึ่งอาการจะมีน้อยๆ เริ่มจากรู้สึกเศร้า เสียใจ ท้อแท้ แต่ยังอยู่ในภาวะปกติได้ และจะมีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือแก้ไข

อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ในวัยผู้ใหญ่ยังพบว่ามีในเรื่องของการทำงานเข้ามาเกี่ยวข้อง รวมถึงเรื่อง เพศ อายุ และสถานภาพสมรส 2) ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factor) เช่น มีประวัติของคนในครอบครัวที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือทางพันธุกรรม (Genetic factors) ความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาทและฮอร์โมน 3) ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factor) เช่น การสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี พลวัตทางจิต(Intrapsychic or Psychodynamic factor) ความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความรู้สึกผิด (Cognitive factor) การรับรู้ความเครียด เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การจัดการสิ่งเร้าภายในจากการประสบกับความล้มเหลวและความผิดหวังซ้ำๆ (Repeated failures and disappointments) ทำให้เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง จนนำไปสู่อาการของโรคซึมเศร้าได้ อีกทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักจะมีความคิดในลักษณะการย้ำคิดถึงเรื่องเดิมๆ เป็นเวลานานๆ จนทำให้ความเพลิดเพลินใจลดลง ส่งผลให้อาการซึมเศร้าอยู่ต่อเนื่องหรือเป็นมากขึ้น (Behavioral factor) และสัมพันธภาพและสังคม

เช่น ความขัดแย้งระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคม[4,7]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความคิดแบบ “หมกมุ่นครุ่นคิด” (Ruminative thought) เป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากที่สุด โดยทฤษฎีรูปแบบการตอบสนอง (The response styles theory) ระบุว่า “Ruminative thought” ซึ่งเป็นลักษณะความคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อภาวะเครียดหรือกดดันด้วยความคิดในรูปแบบเดิมซ้ำๆ คือ มีการคิดแบบยึดติด คิดหมกมุ่นหรือคิดวนเวียนอยู่กับความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง โดยไม่มีการลงมือแก้ไขปัญหาแต่อย่างใด ความคิดในลักษณะนี้จึงเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้[8,9] สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า Ruminative thought เป็นสาเหตุของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งในผู้ป่วยรายใหม่และอาการที่คงอยู่แม้จะได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าแล้วในผู้ป่วยรายเก่า[10,11] สอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่า Ruminative thought เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดอาการซึมเศร้า[12] และยังพบว่าความคิดในรูปแบบนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายังมีอาการซึมเศร้าคงอยู่หรือเกิดการกำเริบซ้ำได้ และสามารถทำนายอาการซึมเศร้าในอนาคตที่จะเกิดขึ้นได้[13]

แม้ว่า Ruminative thought จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่ การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่อธิบายสาเหตุของอาการซึมเศร้าโดยใช้ทฤษฎีทางความคิด (Cognitive theorists) ซึ่งกล่าวว่า อาการซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีความคิดอัตโนมัติด้านลบ[6] พบเพียงการศึกษาที่มีการนำปัญหา Ruminative thought มาอธิบายกลไกการเกิดอาการซึมเศร้าและเสนอแนวทางการบำบัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยการจัดการกับความคิดในลักษณะนี้ โดยใช้การปรึกษาแนวพุทธธรรม[14] ซึ่งผู้วิจัยสนใจแก้ไขปัญหา Ruminative thought ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงได้ทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ และพบว่าแนวคิด “ความกรุณาตนเอง” (Self-compassion)[15] สามารถนำมาใช้บำบัดเพื่อแก้ไขรูปแบบการตอบสนองซึ่งเป็นความคิดด้านลบนี้ได้และส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลง[16,17] นอกจากนี้ พบว่าความกลัวที่จะให้ความกรุณาต่อตนเองทำให้บุคคลเกิดการวิพากษ์วิจารณ์หรือตำหนิตนเอง และพบว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความกรุณาในตนเอง ดังนั้นผลการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศจึงได้ข้อสรุปที่สอดคล้องกันว่า ความกรุณาตนเองเป็นเป้าหมายของการบำบัดที่มีประสิทธิภาพสำหรับคนที่ทุกข์ทรมานจากมุมมองของตัวเองในแง่ลบ ดังเช่น รูปแบบความคิดในลักษณะ “Ruminative thought” ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้[19] สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Macbetha, Gumleya[20] ซึ่งทำการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดตามแนวคิดความกรุณาตนเอง พบว่า การบำบัดตามแนวคิดนี้มีอิทธิพลขนาดใหญ่ (A large effect size) ในการลดอาการและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

เนื่องจาก Neff, Germer[21] ได้มีการนำการเจริญสติตามแนวทางในพระพุทธศาสนามาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดเพื่อส่งเสริมให้คนเกิดความกรุณาตนเอง และมีอาการซึมเศร้าลดลงในที่สุด ผู้วิจัยจึงนำหลักของพระพุทธศาสนามาใช้ในการอธิบายเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงความเชื่อมโยงเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมนี้ต่อการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนั้นในการช่วยให้คนเกิดความกรุณาตนเอง (Self-compassion) จำเป็นต้องมีความ

เมตตาตนเอง (Self-kindness) เป็นพื้นฐาน โดยเริ่มจากการให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบริหารจัดการความคิดตัวเองอย่างเป็นระบบ เพื่อขจัดความหมกมุ่นครุ่นคิด (Ruminative thought) ที่นำมาซึ่งอาการซึมเศร้า (Depressive symptoms) ด้วยการฝึกให้ผู้ป่วยยอมรับ และเข้าใจในอาการป่วยของตนเอง (Perception of common humanity) ด้วยวิธีเมตตาตนเอง (Self-kindness) จากนั้นพัฒนาไปสู่การเกิดความกรุณาตนเอง (Self-compassion) ด้วยวิธีดับทุกข์ที่เรียกว่าสมถภาวนา (Concentration development) โดยใช้หลักการนั่งสมาธิ (Meditation) เพื่อลดอาการซึมเศร้า หลังจากนั้นจึงให้ผู้ป่วยบริหารจัดการความคิดเพื่อขจัดความหมกมุ่นครุ่นคิด โดยใช้สติ (Mindfulness) ในการควบคุมสิ่งที่จะเข้ามาในความคิด (เวทนา) รวมทั้งบริหารจัดการความคิดที่มีอยู่เดิม (สัญญา) ว่าความคิดใดที่คิดแล้วไม่สามารถหาคำตอบได้ (วิตกที่วิจารณ์ไม่ได้) ก็ให้ระวังด้วยวิธีทางธรรมที่เรียกว่า สังวรปธาน (ในการใช้เวทนาและจิต ในมหาสติปัฏฐาน 4) รวมทั้งให้ทิ้งความคิดที่เคยมีอยู่เดิม (สัญญา) ที่ไม่สามารถหาคำตอบได้ ด้วยวิธีทางธรรมที่เรียกว่าปหานปธาน (ในการใช้ธรรม ในมหาสติปัฏฐาน 4) ซึ่งการนำหลักทางพุทธศาสนามาอธิบายให้เห็นความเชื่อมโยงดังกล่าวช่วยชี้ให้เห็นว่าการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ จะทำให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองให้เสมือนหนึ่งเป็นหมอที่รักษาความหมกมุ่นครุ่นคิด และอาการซึมเศร้าได้ด้วยตัวเอง อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคซึมเศร้าได้ อีกทั้งช่วยป้องการกลับเป็นซ้ำได้ในที่สุด[22]

จากเหตุผลดังข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการประยุกต์จากโปรแกรม Mindful Self-Compassion (MSC) ตามแนวคิดของ Neff, Germer[21] เพื่อใช้ลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องจากเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นแก้ไขรูปแบบการคิดในลักษณะการหมกมุ่นครุ่นคิด (Ruminative thought) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้การฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง มีสติอยู่กับปัจจุบัน และเกิดการยอมรับ ไม่ตัดสินวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง แต่มองตนเองด้วยความเมตตา เข้าใจและยอมรับตนเอง (Self-kindness) ไม่เกิดความรู้สึกแปลกแยก โดดเดี่ยว แต่มองเข้าใจในความเป็นมนุษย์ปุถุชนรับรู้ประสบการณ์ที่มีว่าเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ (Common humanity) และมีสติระลึกตัวอยู่เสมอ (Mindfulness) คือเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ หรืออารมณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ก็จะเกิดการรับรู้และเข้าใจไม่ไปผูกเชื่อมโยงหรือจมดิ่งไปกับความหมกมุ่นครุ่นคิดนั้น โดยขาดหลักการใช้เหตุผล โดยเลือกศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยคาดว่าการบำบัดในรูปแบบนี้น่าจะเหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย และช่วยให้ผู้ป่วยมีความกรุณาต่อตนเองมากขึ้น มีความคิดยึดติด คิดหมกมุ่นหรือคิดวนเวียนอยู่กับความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเองลดลง จนส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลง และทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำถามการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติหรือไม่

2. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ โดยใช้แนวคิดของ Neff, Germer[21] เพื่อจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิดที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าโดยใช้หลักการเข้าใจ ยอมรับตนเอง (Self-kindness) รับรู้ว่าประสบการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ (Common humanity) และมีสติระลึกตัวอยู่เสมอ (Mindfulness) บนพื้นฐานการเจริญสติ โดยมีกรอบแนวคิด ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ

2. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลบางบัวทอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่อายุ 20 - 59 ปี ทั้งชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 40 คน โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก G*Power 3.1.9.2 ของมหาวิทยาลัย Heinrich Heine-Universität Düsseldorf[23] โดยนำค่า Effect size = .86 จากการศึกษาของ Neff, Germer[21] เรื่อง A pilot study and Randomized controlled trial of the Mindful Self-Compassion program มาร่วมในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง Actual power คือ 0.81 ได้เป็นกลุ่มทดลอง 18 คน กลุ่มควบคุม 18 คน ที่ระดับนัยสำคัญ .05 แต่เนื่องจากผู้วิจัยต้องป้องกันการ drop out ของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) ด้วยเพศ และระดับคะแนนอาการซึมเศร้า คือ ตั้งแต่ระดับน้อย (10 - 15 คะแนน) ระดับปานกลาง (16 - 19 คะแนน) ระดับมาก (20 - 29 คะแนน) ไม่เคยฝึกการเจริญสติเป็นกิจวัตร สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ทั้งการอ่าน พูด และเขียน ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยิน และการมองเห็น และยินยอมเข้าร่วมด้วยความเต็มใจ เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) มีอาการทางจิต หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด 2) มีประวัติของโรคสมองกล่าวคือ การทำหน้าที่การรู้คิดผิดปกติ 3) ถอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างดำเนินการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการประยุกต์จาก โปรแกรม Mindful Self-Compassion (MSC)[21] เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดองค์ประกอบ 3 ด้านของความกรุณาตนเอง ดังนี้ 1) ความเมตตาต่อตนเอง 2) ความเข้าใจความเป็นมนุษย์ปุถุชน และ 3) การเจริญสติ ทำให้สามารถแยกแยะและควบคุมรูปแบบการคิดที่ไม่เหมาะสมซึ่งเป็นความคิดยึดติดด้านลบ การ

คิดวนเวียนเกี่ยวกับการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง (Ruminative thought) ได้ดีขึ้น[18] ในโปรแกรมจะถูกออกแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ ประกอบไปด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการให้ความรู้ความสำคัญของความกรุณาตนเอง (Self-compassion) 2) การให้ความรู้และการเจริญสติด้วยสมาธิ การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด 3) การฝึกเจริญสติขั้นพื้นฐาน การฝึกวิเคราะห์ความหมกมุ่นครุ่นคิด และการฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน 4) การฝึกเจริญสติเพื่อให้ตามรู้ในการงานที่ดำรงอยู่ การจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดด้วยการค้นหาเสียงความกรุณาของตนเอง 5) การฝึกเจริญสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย การรู้ทันความหมกมุ่นครุ่นคิด 6) การฝึกเจริญสติด้วยการเมตตาตนเองและให้อภัย ปล่อยวางการหมกมุ่นครุ่นคิด การจัดการกับอารมณ์ที่ยุ่งยากและการเบี่ยงเบนอารมณ์ที่ยุ่งยาก 7) การฝึกเจริญสติด้วยการแผ่เมตตา การฝึกแก้ปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิดโดยการฝึกปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) และ 8) การฝึกเจริญสติและประสบการณ์ที่เรียนรู้และทบทวนทักษะทั้งหมด ในการจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิด สรุปกิจกรรม และยุติการทำกลุ่ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม 2ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ คือ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์และบทบาทในครอบครัว ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด โรคประจำตัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การรักษา ประวัติใช้สารเสพติด ประสบการณ์การฝึกการเจริญสติ และ 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory: BDI) เป็นแบบวัดที่มีมาตรฐานและใช้อย่างแพร่หลายได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย[24] แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ โดยในแบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และทางกาย 6 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามจะมีให้เลือกตอบ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน ซึ่ง 15 ข้อแรก จะเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อหลัง เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ในส่วนของการคิดคะแนนจะคิดรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 21 โดยคะแนนต่ำที่สุด คือ 0 คะแนน และคะแนนสูงที่สุด คือ 63 คะแนน สำหรับการแปลผลแบ่งเป็นระดับคะแนนอาการซึมเศร้า ดังนี้ 0 - 9 คะแนน อยู่ในช่วงคนปกติ (Normal range) 10 - 15 คะแนน ระดับน้อย (Mild depression) 16 - 19 คะแนน ระดับปานกลาง (Mild moderate depression) 20 - 29 คะแนน ระดับมาก (Moderate severe depression) 30 - 63 คะแนน ระดับรุนแรง (Severe depression)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ แบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS)[8] เป็นแบบวัดที่มีมาตรฐานและใช้อย่างแพร่หลายในประเทศตะวันตก เนื่องจากเป็นแบบวัดที่พัฒนามาจากทฤษฎีที่เป็นพื้นฐาน เครื่องมือนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย[25] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ที่บ่งบอกถึงการตอบสนองทางความคิดของบุคคลต่อสภาวะอารมณ์เชิงลบ แต่ละข้อคำถาม มีลักษณะเป็นมาตรวัด 4 ระดับ

มีคะแนน 1 - 4 คะแนน ดังนี้ เกือบจะไม่เคยเลย ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน, บางครั้งให้คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน, บ่อยครั้ง ให้คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน, เกือบจะสม่ำเสมอให้คะแนนเท่ากับ 4 คะแนน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ

ภาวะซึมเศร้า (Depression related) ประกอบด้วยข้อคำถามข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 19, 22

การครุ่นวิตก (Blooding) ประกอบด้วยข้อคำถามข้อ 5, 10, 13, 15, 16

การสะท้อนความคิด (Reflect) ประกอบด้วยข้อคำถามข้อ 7, 11, 12, 20, 21

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือ 3 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย[24] 2) แบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ฉบับภาษาไทย[25] 3) โปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการประยุกต์จากโปรแกรม Mindful Self-Compassion (MSC)[21] ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ซึ่งผลการตรวจสอบพบค่า CVI = 1, 1 และ 1 ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี โดยทดลองใช้กิจกรรมการบำบัดครบทั้ง 8 ขั้นตอน/ 8 ครั้ง ตามเนื้อหาของโปรแกรม เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติไปใช้ในแง่ของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

การตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้แบบสอบถามนี้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นนำผลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับการการวิจัยครั้งนี้พบค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ เท่ากับ 0.87 และ 0.84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เอกสารรับรองการประชุม 3/2560 และได้รับอนุมัติจริยธรรมเมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระยะเวลาที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2560 โดยผู้วิจัยสำรวจและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแล้วทำการนัดหมายเพื่อขอเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการตอบแบบสอบถามและให้เซ็นใบ

ยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีให้ความร่วมมือ ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD-10 ที่เข้ารับการบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบางบัวทอง มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการประเมินระดับคะแนนอาการซึมเศร้าแบ่งเป็นระดับน้อย (10 - 15 คะแนน) ถึงระดับมาก (20 - 29 คะแนน) และดำเนินขั้นตอน ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมได้รับการทำแบบประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test) ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติของแผนกผู้ป่วยนอก และได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 4 พร้อมทั้งแจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. กลุ่มทดลอง ได้ทำแบบประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test) ด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า และแบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS) และได้รับการบำบัดแบบรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ครั้งละ 90 นาที ทั้งหมด 8 ขั้นตอน/ 8 ครั้ง ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ มีรายละเอียดของโปรแกรม ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการให้ความรู้ความสำคัญของความกรุณาตนเอง ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้และการเจริญสติด้วยสมาธิ การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด ขั้นตอนที่ 3 การฝึกเจริญสติขั้นพื้นฐาน การฝึกวิเคราะห์ความหมกมุ่นครุ่นคิด และการฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน ขั้นตอนที่ 4 การฝึกเจริญสติเพื่อให้ตามรู้ในการงานที่ดำรงอยู่ การจัดการกับการหมกมุ่นครุ่นคิดด้วยการค้นหาเสียงความกรุณาของตนเอง ขั้นตอนที่ 5 การฝึกเจริญสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย การรู้ทันความหมกมุ่นครุ่นคิด ขั้นตอนที่ 6 การฝึกเจริญสติด้วยการเมตตาตนเองและให้อภัย ปล่อยวางการหมกมุ่นครุ่นคิด การจัดการกับอารมณ์ที่ยุ่งยาก และการเบี่ยงเบนอารมณ์ที่ยุ่งยาก ขั้นตอนที่ 7 การฝึกเจริญสติด้วยการแผ่เมตตา การฝึกแก้ปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิดโดยการฝึกปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) ขั้นตอนที่ 8 การฝึกเจริญสติและประสบการณ์ที่เรียนรู้และทบทวนทักษะทั้งหมด ในการจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิด สรุปกิจกรรม และยุติการทำกลุ่ม

ภายหลังจากเสร็จสิ้นขั้นตอนที่ 8 ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบวัดความครุ่นคิดต่อสถานการณ์ (Ruminative Response Scale: RRS)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยและร้อยละ 2) เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเอง โดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) 3) เปรียบเทียบอาการ

ซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้การพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test) และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง พบว่า ระดับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติมีระดับลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ

คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าเท่ากับ 23.10 (SD = 5.05) และ 22.40 (SD = 7.11) ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับมาก ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.45$, $p < .01$) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าหลังการทดลองลดลงมาอยู่ที่ระดับปานกลาง คือ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.45 (SD = 5.93) เมื่อเทียบกับคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองที่อยู่ในระดับมากเท่ากับ 23.20 (SD = 5.38) ซึ่งหมายความว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนและระดับอาการซึมเศร้าลดลง ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 20) และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเอง (n = 20)

อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	Mean	SD	ระดับ	t	df	p-value
กลุ่มควบคุม (n = 20)						
ก่อนการทดลอง	23.10	5.05	มาก			
หลังการทดลอง	22.40	7.11	มาก	0.80	19	0.87
กลุ่มทดลอง (n = 20)						
ก่อนการทดลอง	23.20	5.38	มาก	6.45*	19	0.00
หลังการทดลอง	17.45	5.93	ปานกลาง			

*p < .05

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าเท่ากับ 23.10 และ 23.20 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับมาก แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.39$, $p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.45 (ระดับปานกลาง) และ 22.40 (ระดับมาก) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 20)

อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	Mean	SD	level	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มควบคุม	23.10	5.05	มาก	0.61	38	0.952
กลุ่มทดลอง	23.20	5.38	มาก			
หลังการทดลอง						
กลุ่มควบคุม	22.40	7.11	มาก	2.39*	38	0.022
กลุ่มทดลอง	17.45	5.93	ปานกลาง			

*$p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การอภิปรายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลบางบัวทอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ซึ่งผลการศึกษา พบว่า เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95.0 ซึ่งเป็นจำนวนที่มากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 5.0 มีอายุอยู่ระหว่าง 50 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.5 จากข้อมูลเรื่องเพศ และเรื่องอายุ จะเห็นว่ามีความสัมพันธ์กัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง และช่วงวัยดังกล่าวนั้นมีปัจจัยต่อการทำให้เกิดโรคซึมเศร้า ตามการศึกษาของ สุทธานันท์ ชุนแจ่ม และคณะ[9] ที่พบว่าโรคซึมเศร้ามีปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factor) ในช่วงหญิงวัยใกล้หมดประจำเดือน สอดคล้องกับการศึกษาของประภาส อุครานันท์[2] ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.7 เท่า และมีอายุในช่วง 25 - 59 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยทำงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 92.5 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 50.0 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 47.5 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 50.0 อีกทั้งส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วงต่ำกว่า 5,000 บาท และ 10,001 - 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.5 เท่ากัน และเมื่อพิจารณาความเพียงพอของรายได้เฉลี่ย/เดือน พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 72.5 สำหรับข้อมูลเรื่องการได้รับการสนับสนุน

ทางสังคมและอาชีพนั้น พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสนับสนุน และรับบทบาทเป็นสมาชิกครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 67.5 และ 62.5 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดนั้น พบว่า ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยด้านครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 52.5 สอดคล้องกับ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย[4] ที่พบว่า โรคซึมเศร้ามักจะพบในผู้ที่มีสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจในระดับต่ำ คือ ระดับของการศึกษาที่ต่ำ หรือผู้ที่มีรายได้น้อย อันส่งผลให้เกิดความเครียด และเบื่อหน่ายท้อแท้ในชีวิต จากภาวะที่ต้องดิ้นรนหาเลี้ยงชีพในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่า ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ร้อยละ 55.0 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มากกว่า 2 ปี ร้อยละ 72.5 ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 75.0 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธานันท์ ชุนแจ่ม และคณะ[7] ที่ได้ทำการสำรวจอาการซึมเศร้าในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) และปัจจัยด้านสังคม (Social factor) จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางบัวทองนั้น ทุกคนได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (ร้อยละ 100.0) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย[4] ว่าด้วยเรื่องการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า นั่นคือ การรักษาทางชีวภาพ (Biological treatment) ได้แก่ การรักษาด้วยยา เพราะฉะนั้นเมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับการรักษาหลักที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่แพทย์จึงพิจารณาเรื่องยามาเป็นสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สำหรับข้อมูลการฝึกเจริญสตินั้น พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยฝึกการเจริญสติ คิดเป็นร้อยละ 62.5 และถึงแม้เคยฝึกการเจริญสติแต่ก็ไม่ได้ฝึกสติเป็นกิจวัตรประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 100 จะเห็นได้ว่าบุคคลที่ขาดการนำสติมาดำเนินในชีวิตประจำวันก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดการหมกมุ่น และครุ่นคิดเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม หรือจมอยู่กับอดีต และคาดการณ์ในอนาคตไปทางด้านลบ (Ruminative thought) อันส่งให้เกิดอาการซึมเศร้าได้[8] ซึ่งถ้าเปรียบกับทางพระพุทธศาสนา สติ (Mindfulness) หมายถึง ความระลึกได้ มีหมวดธรรมชื่อว่า มหาสติปัฏฐาน 4 แปลว่า การใช้สติมีฐานใหญ่อยู่ 4 ฐาน ประกอบด้วย 1) กาย 2) เวทนา 3) จิต 4) ธรรม[22]

ส่วนที่ 2 การอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ทั้ง 2 ข้อ ดังนี้

1. ผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ดังนี้ โปรแกรมการฝึกความกรุณาด้วยการเจริญสติมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดการตระหนักรู้ เข้าใจ และยอมรับเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าของตนเองได้มากขึ้น ซึ่งอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านี้เกิดจากการหมกมุ่นครุ่นคิดซึ่งเป็นตัวกระตุ้นเมื่อบุคคลนั้นๆ ต้องประสบพบเจอกับปัญหาต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิต ดังนั้นการจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิด รวมทั้งการฝึกความกรุณาด้วยการเจริญสติ ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความทุกข์ทรมาน จากอาการซึมเศร้าลดลงได้[21] สอดคล้องกับการศึกษาของ Raes[16] Van Dam, Sheppard, Forsyth, Earleywine[17] และ Gilbert, McEwan, Catarino, Baião[18] โดยการฝึกความกรุณาด้วยการเจริญสติจะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า อีกทั้งยังมีส่วนช่วยลดในเรื่องการหลีกหนีการแก้ปัญหา เนื่องจากเมื่อบุคคลมีสติก็จะเกิดการอยู่กับปัจจุบัน และยอมรับในประสบการณ์ที่เกิดขึ้น

หรือที่เข้ามาจะเป็นรูปแบบใดก็ตาม ซึ่งในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะเกิดการตำหนิ ติเตียน วิพากษ์วิจารณ์ตนเอง นั่นคือความครุ่นคิดที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นตัวที่นำไปให้สู่อาการซึมเศร้า จากการที่บุคคลปรับตัวไม่เหมาะสม ด้วยการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเอง และสร้างองค์ประกอบของความกรุณาตนเอง คือ 1) การมีเมตตาต่อตนเอง (Self-kindness) 2) การเข้าใจในความเป็นมนุษย์ปุถุชน (Common humanity) 3) การมีสติ (Mindfulness) นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมจากการประเมินโดยใช้เครื่องมือกำกับการศึกษาภายหลังเสร็จสิ้นครั้งที่ 8 แล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติทุกรายมีคะแนนความหมกมุ่นครุ่นคิดลดลงผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 คะแนนขึ้นไป[8] สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสตินี้ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้พัฒนาตนเองให้เกิดความกรุณาตนเองเพิ่มมากขึ้น จนส่งผลให้คะแนนความหมกมุ่นครุ่นคิดของกลุ่มตัวอย่างลดลง และช่วยให้คะแนนอาการซึมเศร้าลดลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

2. สมมติฐานข้อที่ 2 จากการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม หมายความว่า ภายหลังการทดลอง ค่าคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาด้วยการเจริญสติเปลี่ยนจากระดับมากมาอยู่ที่ระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มควบคุมนั้นประเมินระดับอาการซึมเศร้าภายหลังการทดลองยัง พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนอาการซึมเศร้าไม่ลดลง และเมื่อดูค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับมากทั้งก่อนและหลังทดลอง ซึ่งแสดงถึงว่ากลุ่มทดลองมีระดับอาการซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Neff, Germer[21] ที่พบว่า ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติมีระดับอาการซึมเศร้าลดลงต่ำกว่าผู้ที่เข้าร่วมการบำบัดตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.01 มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความหมกมุ่นครุ่นคิด เกิดการรับรู้ ยอมรับ เข้าใจ ใส่ใจในกระบวนการคิดของตนเองมากขึ้น เป็นผลมาจากการพัฒนาให้เกิดความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ ซึ่งเป็นกลไกของกระบวนการของการฝึก ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้าลดลง

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น มีประสิทธิภาพช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้นสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติจะมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับโรค อาการ อาการแสดง ตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า วิธีการจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิด การเจริญสติ และการมีความกรุณาตนเองที่มี 3 องค์ประกอบ คือ การเมตตาตนเอง เข้าใจยอมรับตนเอง และการเจริญสติ ภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยหลายคนมีการสะท้อนถึงความเปลี่ยนแปลง ความประทับใจที่เกิดขึ้นจากการฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ผู้บำบัดควรเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีทักษะการทำกลุ่ม การเจริญสติ และหากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้อาจมีการเพิ่มระยะเวลาตามความเหมาะสม

1.2 ควรมีการติดตามในระยะยาว เช่น ติดตาม 3 เดือน 6 เดือน และ 1ปี หรือให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่มทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการฝึกปฏิบัติมากขึ้น เนื่องจากบุคคลในครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญที่คอยให้การสนับสนุนช่วยเหลือดูแลฟื้นฟู อีกทั้งจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกทักษะต่อเนื่อง

1.3 ควรมีการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป และต้องควบคุมปัจจัยภายนอก เช่น การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก หรือปัจจัยภายใน เช่น การรับรู้ของแต่ละบุคคล

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดมีการอบรมเกี่ยวกับการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติ เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ควรมีการส่งเสริมหลักสูตรที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการบำบัดในเรื่องของการเจริญสติ เน้นถึงความสำคัญของความกรุณาตนเอง โดยยึดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นสำคัญ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้และสามารถนำไปใช้ดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากแนวคิดของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การบำบัดกลุ่มมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนั้นควรมีการศึกษาต่อเนื่องในการบำบัดแบบกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อลดข้อจำกัดของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย

2. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นๆ ที่มีปัญหาด้านการหมกมุ่นครุ่นคิด ว่ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการหมกมุ่นครุ่นคิดหรือไม่ รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยแต่ละโรค

3. ควรมีการศึกษาการบำบัดการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติโรคทางจิตเวชแต่ละกลุ่ม ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการออกแบบการดำเนินกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ และเหมาะสมต่อผู้ป่วยในแต่ละโรคให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Wold Health Organization. "Depression: let's talk" says WHO as depression tops list of causes of ill health. [Internet]. [cited 2017 June 30]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/world-health-day/en/.
2. ประภาส อุครานันท์. เอกสารทบทวนความสูญเสียอันเนื่องจากโรคซึมเศร้ากับการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. ปทุมธานี: ติดตามผลการดำเนินงานการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า; 2560.
3. Ministry of Public Health. Health data center. [Internet]. [cited 2016 November 1]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php.
4. Lueboonthavatchai O, Lueboonthavatchai P. Psychosocial treatment for depressive disorder. Bangkok: Tanapress; 2010. (in Thai).
5. Lotrakul M, Sukanit P. Psychiatry Ramathibodi. Bangkok: Beyond Enterprise. 2015. (in Thai).
6. Beck AT. Depression: clinical experimental and theoretical aspects. New York: Harper Row; 1967.
7. Chunjam S, Sangon S, Thaweekoon T. A survey of depression research in Thailand. Rama Nurs J 2011;17(3):412-26. (in Thai).
8. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. J Abnorm Psychol 1991;100(4):569-82.
9. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. J Abnorm Psychol 2000;109(3):504-11.
10. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. Perspectives on Psychological Science 2008;3(5):400-24.
11. Watkins ER. Constructive and unconstructive repetitive thought. Psychological Bulletin 2008;134(2):163-206.
12. Gamefski N, Legerstee J, Kraaij V, Van den Kommer T, Teerds J. Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. Journal of Adolescence 2002;25(6):603-11.
13. Papageorgiou C, Wells A. Depressive rumination: nature theory and treatment. Chichester: Wiley; 2004.
14. Rungreangkulkij S, Thongyot S, Kotnara I, Wannatong K. Efficacy of Buddhist counseling on decrease depressive symptoms of patients with depressive disorder. J Psychiatr Assoc Thailand 2014;59(4):381-93. (in Thai).
15. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the Mindful Self-Compassion program. J Clin Psychol 2013;69(1):28-44.

16. Raes F. The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. Mindfulness 2011;2(1):33-6.
17. Van Dam NT, Sheppard SC, Forsyth JP, Earleywine M. Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. J Anxiety Disord 2011;25(1):123–30.
18. Gilbert P, McEwan K, Catarino F, Baião R. Fears of compassion in a depressed population implication for psychotherapy. J Depress Anxiety 2014: S2:003. doi:10.4172/2167-1044.S2-003.
19. Neff KD, McGehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. Self and Identity 2010;9:225-40.
20. MacBetha A, Gumleya A. Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. Clinical Psychology Review 2012;32(6):545–52.
21. Neff KD, Germer CK. Self-compassion in clinical practice. Journal of Clinical Psychology 2013;69(8):1-12.
22. C-Maharsujchakuen K. What is the Buddha's enlightenment?: and the use of organizational management [Internet]. [cited 2017 March 18]. Available from: http://srn.onab.go.th/index.php?option=com_ content&view=article&id=245:q-q&catid=41:2008-10-29-14-40-50&Itemid=75.
23. Heinrich Heine Universität Düsseldorf. G*Power: statistical power analyses for windows and mac. [Internet]. [cited 2017 January 4]. Available from: http://www.psycho.uni-duesseldorf.de/abteilungen/aap/gpower3/.
24. Areekit P. The effect of cognitive behavioral therapy and mindfulness on depression in depressive disorder patients. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2011. (in Thai).
25. Thanoi W, Panitrat R, Phancharoenworakul K, Thompson EA, Nityasuddhi D. The Adolescent Ruminative Response Scale (Thai version): psychometric properties. J Nurs Sci 2011;29(2):29-38. (in Thai).

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงาน พฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร

The Relationships between Quality of Work Life, Ethical Leadership Behaviors, and Organizational Commitment among Professional Nurses in Private Hospitals, Bangkok

สุนันท์ ลี้อิสสรพงษ์* อารีรัตน์ ขำอยู่** วรรณี เดียวอิศเรศ**
Sunan Leeissarapong,* Areerut Khumyu,** Wannee Deoisres**
* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี
* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi
** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี
** Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi
* Corresponding Author: sunanlee@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงาน พฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงาน พฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร จำนวน 142 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงาน แบบสอบถามพฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ และแบบสอบถามความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.95 0.98 และ 0.93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ผลการวิจัย พบว่า

1. คุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 3.56, SD = 0.52) พฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 3.84, SD = 0.68) ส่วนความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.46, SD = 0.67)

Received: December 08, 2018; Revised: March 30, 2019; Accepted: April 11, 2019

2. คุณภาพชีวิตการทำงานและพฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .621, r = .458 ตามลำดับ)

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิตการทำงาน พฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน

Abstract

The purpose of this descriptive correlational research were to describe the quality of work life, ethical leadership behaviors, organizational commitment and to examine the relationships between the quality of work life, ethical leadership behaviors and organizational commitment. The sample consisted of 142 nurses in private hospitals, Bangkok who were recruited using a random sampling method. Research instruments included the questionnaires of the personal information, quality of work life, ethical leadership behaviors and organizational commitment. The Cronbach's alpha coefficients of questionnaires were 0.95, 0.98, and 0.93, respectively. The data were analyzed by descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient.

The results revealed that

1. The mean score of quality of work life of professional nurses was at high level ($\bar{X}$ = 3.56, SD = 0.52) and mean score of ethical leadership behaviors was at high levels ($\bar{X}$ = 3.84, SD = 0.68), whereas, mean score of the organizational commitment was at moderate levels ($\bar{X}$ = 3.46, SD = 0.67).

2. The quality of work life and ethical leadership behaviors were significant, moderate and positive relationship with organizational commitment were at the .01 statistically and significant level (r = .621, r = .458, respectively).

Keywords : quality of work life, ethical leadership behaviors, organizational commitment, professional nurse, private hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพที่รุนแรงมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อการให้บริการ ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่หลายแห่ง ไม่สามารถเปิดแผนกหอผู้ป่วยหนักหรือให้บริการหอผู้ป่วยในใหม่ให้เพียงพอได้ ทั้งที่มีอาคาร เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ พร้อม ทำให้เกิดสภาพผู้ป่วยล้นเตียง พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในระบบต้องทำงานหนักขึ้น ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและคุณภาพของการให้บริการพยาบาล รวมทั้งทำให้มีการลาออกจากงานเพิ่มขึ้น[1]

ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การเป็นประเด็นที่สำคัญของการบริหารทรัพยากรมนุษย์ เพราะความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การเป็นตัวชี้วัดลักษณะความสัมพันธ์ขององค์การกับบุคลากร ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การเป็นความเต็มใจของบุคคลที่ยินดีจะทุ่มเทกำลังกายและความจงรักภักดีให้แก่องค์การ เป็นสิ่งที่ผู้บริหารต้องการให้เกิดขึ้นในองค์การ[2] แต่ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลขาดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การจะแสดงออกถึงความไม่มีความสุขในการทำงาน และแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนา (Withdrawal behaviors) ได้แก่ ความเหนื่อยหน่ายท้อแท้ การละเลยต่อหน้าที่ ไม่ตรงเวลา ขาดงาน การโยกย้ายงาน เปลี่ยนงาน[3] ในทางตรงข้าม บุคลากรที่มีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การมากจะมีพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาน้อยเช่นกัน การสร้างความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การช่วยลดการลาออก การโยกย้ายงาน การลางาน ลดค่าใช้จ่าย ในการหาบุคคลมาทดแทนกับที่สูญเสียไป ส่งผลดีต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกายของบุคลากร และช่วยเพิ่มผลผลิตให้กับองค์การได้อีกด้วย

จากการทบทวนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของบุคคล ปัจจัยภายใน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (r = .187) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ด้านองค์การ (r = .405) ด้านผู้นำ (r = .398) ด้านลักษณะงาน (r = .375)[4] ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน ได้แก่ การศึกษาของ รศนา ถนอมเกียรติ[5] พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ค่านิยมแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (r = .39) ความคาดหวัง (r = .28) ด้านองค์การ ได้แก่ บรรยากาศขององค์การ การให้รางวัลและการลงโทษ (r = .42) โครงสร้างองค์การ (r = .36) ด้านลักษณะงาน ได้แก่ ประสบการณ์ในการทำงานแบบมีส่วนร่วม (r = .49) การสนับสนุน (r = .49) ขอบเขตของงาน (r = .47) ความยุติธรรม (r = .46) และ สัมพันธภาพ (r = .37) อรุณรัตน์ วิเศษสิงห์[6] ศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ (r = .18) และประการณ์การทำงาน (r = .20) ด้านองค์การ (r = .79) ด้านลักษณะงาน ได้แก่ การปฏิบัติงาน (r = .76) วารุณี แดบสูงเนิน[7] ศึกษา พบว่า ด้านลักษณะงาน ได้แก่ คุณภาพชีวิตการทำงาน (r = .56) อารีย์ เพ็ชรสุวรรณ[8] ศึกษา พบว่า ด้านลักษณะงาน ได้แก่ คุณภาพชีวิตการทำงาน (r = .65) อมรรัตน์ แก้วทวี[1] ศึกษาด้านลักษณะงาน ได้แก่ สมดุลชีวิตกับการทำงาน (r = .47) ความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน (r = .57) จากการศึกษาข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านลักษณะงาน ได้แก่ คุณภาพชีวิตการทำงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าปัจจัยด้านอื่นๆ

คุณภาพชีวิตการทำงานเป็นกระบวนการตอบสนองขององค์การต่อความต้องการของบุคลากร คุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี จะทำให้คนมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ต่องาน และต่อองค์การถือเป็นปัจจัยภายนอก โดยการเพิ่มคุณภาพชีวิตการทำงานจะทำให้ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การเพิ่มขึ้นด้วย และทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้น คุณภาพชีวิตการทำงานจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลระดับปฏิบัติการโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.42, SD = 0.83) และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ[5] (r = .56) สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ[8] (r = .654) จากงานวิจัยข้างต้น กล่าวได้ว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ

พฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำในองค์การมีอิทธิพลต่อกระบวนการและเป้าหมายขององค์การ[9,10] ตลอดจนการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ทั้งนี้เพราะการกระทำในทางที่ดีและเลวของผู้นำส่งผลโดยตรงต่อความผาสุก และความทุกข์ของบุคลากรในองค์การ[11] สอดคล้องกับ Zhu, May, Avolio[12] กล่าวว่า พฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำมีอิทธิพลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การที่เกิดขึ้นจากความไว้วางใจที่ผู้นำได้สร้างเสริมพลังในการทำงานให้กับบุคลากรเกิดการรับรู้พฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำที่แสดงออกอย่างสม่ำเสมอทำให้บุคลากรเกิดความไว้วางใจเป็นผลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ยังไม่มีการศึกษาพฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การในวิชาชีพการพยาบาล แต่มีการศึกษาขององค์การอื่นๆ ได้แก่ การศึกษาการรับรู้ของพนักงานโรงแรมประเทศตุรกี พบว่า พฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .79)[13]

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะเห็นได้ว่าการศึกษาด้านผู้นำกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การในโรงพยาบาลเอกชน มีอยู่ค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะพฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ ซึ่งปัจจุบันถือว่ามีความสำคัญอย่างมากต่อในทุกธุรกิจโดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านการบริการสุขภาพ เพราะผู้นำทางการพยาบาลมีความสำคัญอย่างมากในการเป็นแบบอย่างให้กับพยาบาลวิชาชีพในองค์การพยาบาล พฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำเป็นสิ่งที่สังคมให้ความสำคัญมากกว่าด้านอื่นๆ[11] และจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ ในโรงพยาบาลเอกชน พบว่า ปัจจัยคุณภาพชีวิตการทำงานเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ ส่วนปัจจัยด้านพฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ พบว่า มีจำนวนจำกัดและยังไม่มีการศึกษาในโรงพยาบาลเอกชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คุณภาพชีวิตการทำงาน และพฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ เพื่อเป็นการเพิ่มข้อมูลให้ผู้บริหารการพยาบาล และผู้กำหนดนโยบายสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางการหากลวิธีในการส่งเสริมพัฒนาความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ เพื่อธำรง

รักษาพยาบาลวิชาชีพให้คงอยู่เป็นสมาชิกขององค์การต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงาน พฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงาน พฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

คุณภาพชีวิตการทำงาน และพฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร

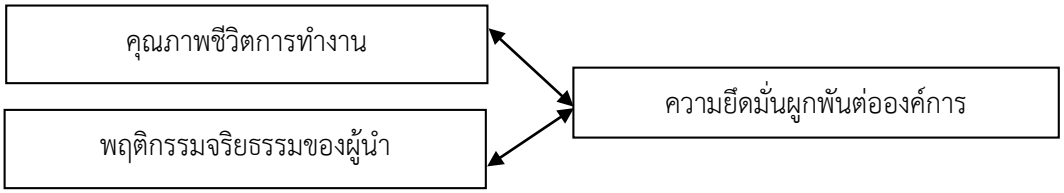
กรอบแนวคิดการวิจัย

ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ ใช้กรอบแนวคิดหลายมิติของ Meyer, Allen[14] ประกอบด้วย ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การด้านจิตใจ ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การด้านการคงอยู่ และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การด้านบรรทัดฐาน ซึ่ง Meyer และ Allen[14] กล่าวว่า ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยภายในและภายนอกบุคคล

คุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี จะทำให้คนมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ต่องาน และต่อองค์การ และเพิ่มความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ[7,15,16] Walton[17] กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลในองค์การที่มีความรู้สึกที่ดี ที่ได้รับความคาดหวังจากประสบการณ์การทำงาน ซึ่งถ้าบุคคลมีความเป็นอยู่ที่ดี จะมีผลทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดี ได้รับการยอมรับของสังคม องค์ประกอบที่แสดงถึงคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี ประกอบด้วย 8 ด้าน คือ ด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ ด้านสุขลักษณะและความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน ด้านการพัฒนาความสามารถของบุคคลด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ด้านการบูรณาการด้านสังคม และการทำงานร่วมกัน ด้านธรรมนูญในองค์การหรือสิทธิส่วนบุคคล ด้านความสมดุลของชีวิตงานโดยรวม และด้านความเกี่ยวข้องระหว่างงานกับสังคม

พฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้บุคลากรเกิดความไว้วางใจเป็นผลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ[12] Ozturk[18] กล่าวว่า พฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำเป็นสิ่งที่สังคมให้ความสำคัญมากกว่าด้านอื่นๆ ถ้าพฤติกรรมของผู้นำเพิ่มความเครียดในการทำงานของบุคลากร ก็จะทำให้ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การลดต่ำลง องค์ประกอบที่แสดงถึงพฤติกรรมจริยธรรมผู้นำที่ดี ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ มนุษยสัมพันธ์ที่ดีและตระหนักรู้ถึงคุณค่าความเป็นบุคคล ความยึดมั่นในความยุติธรรมและความเสมอภาค ความโปร่งใส ตรวจสอบได้และความซื่อสัตย์ ความรับผิดชอบและเคารพอำนาจทางกฎหมาย และเคารพสิทธิและความอิสระของปัจเจกบุคคล

ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ พบว่า ปัจจัยคุณภาพชีวิตการทำงานและพฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ เป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญและมีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ ผู้วิจัยจึงมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนกรุงเทพมหานคร ในเครือกรุงเทพดุสิตเวชการ ซึ่งมีคุณสมบัติ ได้แก่ มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 1ปีเต็ม และไม่ได้ดำรงตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาล

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง สำรวจจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานทั้งในหน่วยงานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 3 โรงพยาบาลนี้ที่ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจงจากกลุ่มโรงพยาบาลกรุงเทพในเครือกรุงเทพดุสิตเวชการ เขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลหัวใจกรุงเทพ และโรงพยาบาลวัฒโนสถ ในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวนทั้งสิ้น 800 คน โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากตารางขนาดตัวอย่างประมาณจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยกำหนด Power = 0.80 ประมาณค่าอิทธิพล (Estimated effect) = 0.25 ระดับนัยสำคัญ = .05 จำนวนขนาดตัวอย่าง = 126[19] เพิ่มจากจำนวนที่คำนวณได้อีก 30% เท่ากับ 38 คนเพื่อป้องกันการสูญหาย รวมเป็น 164 คน นำรายชื่อของประชากรของแต่ละโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี มาจัดเรียงลำดับเป็นตัวเลขตั้งแต่ลำดับที่ 1 จนถึงลำดับสุดท้าย ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากเลขแบบไม่ใส่คืน จนได้ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลปัจจุบัน รายได้ และสถานที่การปฏิบัติงาน ลักษณะคำตอบเป็นปลายปิด ส่วนข้อ 1 และข้อ 5 เป็นปลายเปิด

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงาน นำมาจากแบบสอบถามของ ณิชกานต์ กัญเจียก[20] เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงาน จำนวน 8 ด้าน ประกอบด้วย ด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ สุขลักษณะและความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน การพัฒนาความสามารถของบุคคล ความก้าวหน้าและมั่นคงในการงาน การบูรณาการด้านสังคมและการทำงานร่วมกัน ธรรมนูญในองค์การหรือสิทธิส่วนบุคคล ความสมดุลของชีวิตงานโดยรวม ความเกี่ยวข้องระหว่างงานกับสังคม มีจำนวน 30 ข้อ เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ การแปลผลความหมายคุณภาพ

ชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ คะแนน 4.50 - 5.00 หมายถึง ระดับสูงมาก คะแนน 3.50 - 4.49 หมายถึง ระดับสูง คะแนน 2.50 - 3.49 หมายถึง ระดับกลาง คะแนน 1.50 - 2.49 หมายถึง ระดับต่ำ 1.00 - 1.49 ระดับต่ำสุด

3. แบบสอบถามพฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ ผู้วิจัยสร้างขึ้นภายใต้แนวคิดของ Ozturk [18] เพื่อให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลเอกชนและสังคมไทย เป็นแบบสอบถามที่สอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำทางการพยาบาล จำนวน 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านมนุษยสัมพันธ์ที่ดีและตระหนักรู้คุณค่าของบุคคล ความยึดมั่นในความยุติธรรมและความเสมอภาค ความโปร่งใส ตรวจสอบได้และความซื่อสัตย์ ความรับผิดชอบและเคารพอำนาจทางกฎหมาย เคารพสิทธิและความอิสระของปัจเจกบุคคล มีจำนวน 41 ข้อ เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ การแปลผลความหมายพฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ คะแนน 4.50 - 5.00 หมายถึง ระดับสูงมาก คะแนน 3.50 - 4.49 หมายถึง ระดับสูง คะแนน 2.50 - 3.49 หมายถึง ระดับกลาง คะแนน 1.50 - 2.49 หมายถึง ระดับต่ำ คะแนน 1.00 - 1.49 หมายถึง ระดับต่ำสุด

4. แบบสอบถามความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามของ ปริญดา เนตรหาญ[21] เป็นแบบสอบถามที่สอบถามเกี่ยวกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ จำนวน 3 ด้าน ประกอบด้วย ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การด้านจิตใจ การคงอยู่บรรทัดฐาน มีจำนวน 18 ข้อ เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ การแปลผลความหมายความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ คะแนน 4.50 - 5.00 หมายถึง ระดับสูงมาก คะแนน 3.50 - 4.49 หมายถึง ระดับสูง คะแนน 2.50 - 3.49 หมายถึง ระดับกลาง คะแนน 1.50 - 2.49 หมายถึง ระดับต่ำ คะแนน 1.00 - 1.49 หมายถึง ระดับต่ำสุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงานของณิชกานต์ กัญเจียก[20] และแบบสอบถามความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของ ปริญดา เนตรหาญ[21] ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านแล้ว จึงไม่ได้นำมาหาความตรงอีก ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้ภายใต้แนวคิดของ Ozturk[18] เพื่อให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลเอกชนและสังคมไทย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พบว่า มีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.84 และตรวจสอบความเที่ยง พบว่า แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงาน แบบสอบถามพฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ และแบบสอบถามความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95, 0.98 และ 0.93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาและของโรงพยาบาลที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล (เลขอนุมัติ 02-03-2560 วันที่อนุมัติ 13 มีนาคม พ.ศ. 2560 สิ้นสุดการอนุมัติ 13 มีนาคม พ.ศ. 2561)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน ระดับพฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ และระดับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และประเมินระดับค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตการทำงาน และพฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และใช้เกณฑ์เปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร จากจำนวน 164 คน ได้รับการตอบกลับ จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 86.58 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95.80 มีอายุเฉลี่ย 32.70 ปี มีอายุระหว่าง 21 – 30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.80 และรองลงมาอายุระหว่าง 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.00 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 30.30 และสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 68.30 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 89.40 ระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาลปัจจุบันเฉลี่ย 7.04 (SD = 5.45) มีระยะเวลาทำงานในโรงพยาบาล 1 – 5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.60 รายได้เฉลี่ย 32,900 บาท (SD = 1.09) โดยมีรายได้ระหว่าง 30,001 – 40,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.30 ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยใน จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 59.90 ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยนอก จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 40.10

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ (n = 142)

คุณภาพชีวิตการทำงาน	Mean	SD	ระดับ
ความเกี่ยวข้องระหว่างงานกับสังคม	3.71	.65	สูง
สุขลักษณะและความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน	3.69	.62	สูง
การพัฒนาความสามารถของบุคคล	3.67	.60	สูง
ความก้าวหน้าและมั่นคงในการงาน	3.64	.69	สูง
การบูรณาการด้านสังคมและการทำงานร่วมกัน	3.64	.80	สูง
ธรรมนูญในองค์การหรือสิทธิส่วนบุคคล	3.51	.63	สูง
ความสมดุลของชีวิตงานโดยรวม	3.24	.77	ปานกลาง
ค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ	3.22	.71	ปานกลาง
รวม	**3.56**	**.52**	**สูง**

จากตารางที่ 1 พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงาน ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.56, SD = 0.52) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับสูง 6 ด้าน ได้แก่ ความเกี่ยวข้องระหว่างงานกับสังคม สุขลักษณะและความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน การพัฒนาความสามารถของบุคคล ความก้าวหน้าและมั่นคงในการงาน การบูรณาการด้านสังคมและการทำงานร่วมกัน และธรรมนูญในองค์การและสิทธิส่วนบุคคล และอยู่ในระดับปานกลาง 2 ด้าน ได้แก่ ความสมดุลของชีวิตงานโดยรวม ($\bar{X}$ = 3.24, SD = 0.77) และ ค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ ($\bar{X}$ = 3.22, SD = 0.71)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ (n = 142)

พฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ	Mean	SD	ระดับ
ความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และความซื่อสัตย์	3.99	0.66	สูง
เคารพสิทธิและความอิสระของปัจเจกบุคคล	3.97	0.71	สูง
ความรับผิดชอบและเคารพอำนาจทางกฎหมาย	3.96	0.75	สูง
มนุษยสัมพันธ์ที่ดีและตระหนักรู้ถึงคุณค่าความเป็นบุคคล	3.76	0.76	สูง
ความยึดมั่นในความยุติธรรมและความเสมอภาค	3.63	0.80	สูง
รวม	**3.84**	**0.68**	**สูง**

จากตารางที่ 2 พบว่า พฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.84, SD = 0.68) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ (n = 142)

ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ	Mean	SD	ระดับ
ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การด้านจิตใจ	3.60	0.70	สูง
ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การด้านการคงอยู่	3.41	0.68	ปานกลาง
ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การด้านบรรทัดฐาน	3.38	0.79	ปานกลาง
รวม	**3.46**	**0.67**	**ปานกลาง**

จากตารางที่ 3 พบว่า ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.46, SD = 0.67) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.60, SD = 0.70) และมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การด้านการคงอยู่ และด้านบรรทัดฐานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.41, SD = 0.68 และ $\bar{X}$ = 3.38, SD = 0.79 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงาน และพฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ (n = 142)

ตัวแปร	ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
คุณภาพชีวิตการทำงาน	.621	.01
พฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ	.458	.01

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงาน และพฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงาน และพฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .621, r = .458, ตามลำดับ)

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งต้องการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงาน พฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงาน และพฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัย พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับสูง อภิปรายได้ว่า โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร ในปัจจุบันต้องมีการปรับเปลี่ยนและเปลี่ยนแปลงองค์การหลายด้าน มีการปรับปรุงการบริหารเพื่อส่งเสริมความร่วมมือของบุคลากรหลายระดับ โดยมีเป้าหมายเป็นการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ[22] ซึ่งแต่เดิมเน้นที่ผู้รับบริการเพียงอย่างเดียว ส่งผลให้บุคลากรพยาบาลวิชาชีพมีความเครียด ทำให้ความพึงพอใจในงานลดลง ต้องการแรงจูงใจในการทำงาน[23] ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ในปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนแนวทางบริหารโดยให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตการทำงานด้านต่างๆ ของบุคลากรในองค์การมากขึ้น จากการรับรู้คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง 6 ด้าน มีผลทำให้การรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูงด้วย มีเพียง 2 ด้านเท่านั้นที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ และด้านความสมดุลของชีวิตงานโดยรวม อาจเป็นผลมาจาก โรงพยาบาลเอกชนต้องระวังต้นทุนที่มีแนวโน้มสูงขึ้นต่อการให้บริการ ได้แก่ ค่าจ้างพยาบาลวิชาชีพ ประกอบกับโรงพยาบาลเอกชนมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง[22] ทำให้การขาดแคลนบุคลากรพยาบาลวิชาชีพ[24] นอกจากนี้การทำงานเป็นเวรกะเช้า บ่าย ดึก ทำให้การพักผ่อนไม่เป็นเวลา[20] จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นทำให้พยาบาลวิชาชีพรับรู้คุณภาพชีวิตการทำงานทั้งสองด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัญธิกา ปัทมาลัย[24] พบว่า

พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกรุงเทพพัทยามีคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 3.80, SD = 0.31) แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ณิชกานต์ กัญเจียก[20] พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชน เครือกรุงเทพดุสิตเวชการ ภาคตะวันออก โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.36, SD = 0.45) อาจมีผลมาจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาจำเพาะอยู่ในพื้นเดียวกันและมีลักษณะทางสังคมเหมือนกัน ภายใต้การบริหารของกลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาลเดียวกัน มีทิศทางเป็นไปในทางเดียวกัน ทั้งสามโรงพยาบาล ทำให้การรับรู้มีลักษณะคล้ายกัน ซึ่งแตกต่างจากของ ณิชกานต์ กัญเจียก[20] ซึ่งโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีผู้บริหารทางการพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลมีแนวทางการบริหารที่แตกต่างกันกับกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ และลักษณะทางสังคมที่กระจายในหลายพื้นที่ ได้แก่ ชลบุรี ระยอง และจันทบุรี ทำให้การรับรู้ของพยาบาลแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

2. พฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร พบว่า ทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง อภิปรายได้ว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลของงานวิจัยนี้ เป็นกลุ่มโรงพยาบาลที่ได้การรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐานทั้งของในประเทศและต่างประเทศ (HA และ JCI) ซึ่งมีแนวทางบริหารภายใต้หลักธรรมาภิบาลในองค์การ[25] ควบคู่กับจริยธรรมและจรรยาบรรณของวิชาชีพ ในการปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีในการเป็นผู้มีคุณธรรมจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์ โปร่งใสสามารถตรวจสอบได้ มีน้ำใจ มีความเอื้ออาทรและเอาใจใส่ต่อความรู้สึกของผู้ร่วมงาน ใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชาอย่างยุติธรรม[11,26,27] จากเหตุผลดังกล่าวทำให้พยาบาลวิชาชีพรับรู้พฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำอยู่ในระดับสูง

3. ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัย พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่า การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ มีหลายมิติร่วมกัน ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การด้านการคงอยู่และด้านบรรทัดฐาน มีเพียงด้านจิตใจ เท่านั้นที่อยู่ในระดับสูง จึงส่งผลให้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางด้วย แสดงให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพมีความผูกพันต่อองค์การในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบันที่มีการชะลอตัว ส่งผลต่อธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งไม่สามารถเพิ่มค่าตอบแทนให้เหมาะสมกับภาระงานที่เพิ่มขึ้นของพยาบาลวิชาชีพ[6] ทำให้การรับรู้ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การด้านการคงอยู่ อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ การดำเนินงานของโรงพยาบาลเอกชนเป็นแบบธุรกิจมีการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกันในลักษณะค่าตอบแทน[6] เมื่อเปรียบเทียบค่าตอบแทนและสวัสดิการต่างๆ แต่ละแห่งแล้วไม่แตกต่างกันมากนัก[7] ประกอบกับไม่ได้มีการทำสัญญาผูกพันกันระหว่างพยาบาลวิชาชีพ และโรงพยาบาล[6] ทำให้พยาบาลวิชาชีพไม่รู้สึกว่าเป็นภาระหน้าที่หรือข้อผูกมัดที่จะต้องทำงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ตลอดไป เป็นผลให้การรับรู้ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การด้านบรรทัดฐานอยู่ในระดับปานกลาง แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าพยาบาลวิชาชีพรับรู้ถึงความสุขที่ได้ทำงานในโรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ ส่งผลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การด้านจิตใจ อยู่ในระดับสูง ผลการ

วิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับของ จิดาภา นากา[28] และ วารุณี แดบสูงเนิน[7] พบว่า ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.33, SD = 0.54 และ M = 3.36, SD = 0.89 ตามลำดับ) แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รศนา ถนอมเกียรติ[5] พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 3.5, SD = 0.59) อาจมาจากปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานครอื่นๆ มีความสามารถในการพัฒนาองค์การให้มีศักยภาพใกล้เคียง ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีทางเลือกมากขึ้นจากเดิม ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพจึงสามารถลาออกจากโรงพยาบาลเดิมไปทำงานในโรงพยาบาลอื่นๆ ที่เห็นว่ามีผลประโยชน์หรือค่าตอบแทนมากกว่าได้ตลอดเวลา[7]

4. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงาน และพฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำ กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร

4.1 ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่า การที่คุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ อาจเป็นผลมาจากคุณภาพชีวิตการทำงานด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ กับด้านความสมดุลของชีวิตงานโดยรวมที่คะแนนต่ำกว่ารายข้ออื่นๆ แสดงให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพรู้สึกสูญเสียสมดุลชีวิต อันเนื่องมาจากอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ ทำให้มีภาระงานมาก จนกระทั่งไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว หรือเวลาให้กับครอบครัว และพบว่า สมดุลชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ[1] (r = .47) ในขณะที่ค่าตอบแทนที่พยาบาลวิชาชีพได้รับนั้นต่ำกว่ากลุ่มวิชาชีพทางด้านสุขภาพอื่นๆ แต่มีความเสี่ยงในการปฏิบัติงานสูงกว่า[20] หรือถึงแม้ว่าจะได้รับเงินเดือนที่เท่าเทียมกับบุคลากรด้านอื่นๆ ก็ตาม แต่ลักษณะงานที่ทำต้องสัมผัสกับผู้ป่วย เชื้อโรค และความเสี่ยงต่างๆ โดยตรงตลอด 24 ชั่วโมงที่ปฏิบัติงาน[29] ทำให้พยาบาลวิชาชีพคิดว่าเงินเดือนที่ได้รับไม่เหมาะสมกับภาระงานที่ต้องทำ[24] ซึ่งการให้รางวัลหรือค่าตอบแทนมีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ[2] (r = .077) จากที่กล่าวมานี้จะกระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพต้องการลาออกจากโรงพยาบาลมากขึ้น[1,2] ดังนั้นจึงเป็นไปได้ที่ทำให้คุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เอื้ออารี เพ็ชรสุวรรณ[8] และ วารุณี แดบสูงเนิน[7] (r = .654, p .001; r = .56, p .01 ตามลำดับ)

4.2 ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่า พฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพด้านความยุติธรรมและความเสมอภาคของผู้นำ ที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับที่สูงไม่มากนักเมื่อเทียบกับคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำด้านอื่นๆ แสดงถึงการรับรู้ความยุติธรรมต่อกันระหว่างหัวหน้าและพยาบาลวิชาชีพ ทำให้เกิดผลด้านลบต่อความไว้วางใจในผู้นำ[30] ซึ่งทั้งความยุติธรรมและความไว้วางใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ[31,32] (r = .285, r = .358 ตามลำดับ) ถ้าผู้นำมีความยุติธรรมในการบริหารงาน มีการปฏิบัติต่อพนักงานอย่างเหมาะสม และให้ความเสมอภาค จะทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกยึดมั่นเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับองค์การและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์สูงขึ้น[5] ผู้นำในอนาคตจำเป็นต้องมี

ความรับผิดชอบในการเป็นผู้เปลี่ยนแปลงที่มีวิสัยทัศน์ สามารถจูงใจให้บุคลากรคงอยู่ในงานตลอดจนรู้จักพัฒนาตนเอง รวมถึงด้านจริยธรรม เพื่อเพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติงาน ส่งผลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของบุคลากรในองค์การ[26] ดังนั้นจึงเป็นไปได้ที่ทำให้พฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้มาเพิ่มความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน โดยการปรับปรุงคุณภาพชีวิตการทำงานให้ดีขึ้น และพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรมของผู้นำให้สูงขึ้น เพราะเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่จะนำองค์การไปสู่ความสำเร็จ

2. พยาบาลวิชาชีพสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้มาใช้ในการสร้างความยึดมั่นผูกพันให้เกิดขึ้นในตัวพยาบาลวิชาชีพเองกับองค์การ เพราะสิ่งที่องค์การต้องการก็คือบุคลากรที่มีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การในระดับสูง ซึ่งความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การนี้เองจะสามารถช่วยให้ทั้งบุคลากรในองค์การและองค์การอยู่รอดได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเปรียบเทียบความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพกับบุคลากรสุขภาพอื่นในองค์การเดียวกัน

2. การศึกษาปัจจัยอื่นที่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ

เอกสารอ้างอิง

1. Kaewtawee A, Oumtanee A. Relationships between work-life balance, safety climate and organizational commitment of professional nurses, private hospitals, southern region. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014;15(3):313-20. (in Thai).
2. Wattanarath P. The relationship between quality of work life and organizational commitment: a comparative case study of the three large hospitals in area of Ubon Ratchathani municipality muang district Ubon Ratchathani. [Master's Thesis, Faculty of Political Science]. Ubon Ratchathani University; 2010. (in Thai).
3. Mathieu J, Zajac D. A review and mate-analysis of the antecedents, correlates, and consequencesof organizational commitment. Psychological Bulletin 1990;108(2):171-94.
4. Srihomjun K, Jitpanya C, Oumtanee A. Antecedent variables of organizational commitment of professional nurses: a meta–analysis. Journal of Royal Thai Navy Medical Journal 2018;45(2):216-34. (in Thai).

5. Thanomkiat R. Factors affecting organizational commitment of professional nurses at private hospitals in Bangkok metropolis. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Songkla University; 2008. (in Thai).
6. Visetsing A. Relationships between personal factors, hospital size, organization factors, job performance and organization commitment of professional nurse at private hospitals in southern region. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Chulalongkorn University; 2009. (in Thai).
7. Dabsungnoen W. Quality of work life, organizational commitment, work empowerment and quality of service of the operative professional nurses. [Master's Thesis, Faculty of art in industrial and organizational psychology]. Thammasat University; 2011. (in Thai).
8. Bejrsuwana A. Nurses' quality of work life in Bumrungrad international hospital. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Mahidol University; 2010. (in Thai).
9. Boonduaylan S, Khan P. Correlation of personal factors, transformational leadership of head nurses, team work and organizational commitment of professional nurses in HRH princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. Journal of Public Health Nursing. 2014;28(3):56-69.
10. Lamounpuk S. Multilevel antecedents and effects of professional engagement an job performance and intention to leave nursing profession of professional nurses in governmental hospitals, Bangkok metropolitan area. [Doctoral Dissertation, Faculty of Applied Behavioral Science Research]. Srinakharinwirot University; 2015. (in Thai).
11. Tateaw W. Lived experiences of ethical management in nursing of head nurses in a tertiary hospital. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2009. (in Thai).
12. Zhu W, May DR, Avolio BJ. The impact of ethical leadership behavior one employee outcome: the roles of psychological empowerment and authenticity. Journal of Leadership and Organizational Studies 2004;11(1):16-26.
13. Celik S, Dedeoglu BB, Inanir A. Relationship between ethical leadership, organizational commitment and job satisfaction at hotel organizations. J Ege Academic Review 2015; 15(1):53-63.
14. Meyer JP, Allen NJ. Commitment in the workplace, theory, research and application. New Delhi: SAGE Publications India; 1997.
15. Siriyosthumrong D. Quality of working life and organizational commitment among operating room nurses regional hospitals. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Chiang Mai University; 1999. (in Thai).

16. Garudabandhu P. The relationship between quality of work life, organizational commitment and organizational citizenship behavior: a case study of a chemical companies group. [Master's Thesis, Faculty of Liberal Arts.]. Thammasat University; 2007. (in Thai).
17. Walton RE. Criteria for quality of working life: what is it?. Sloan Management Review (pre-1986); Fall 1973;15(1):11-21.
18. Ozturk H. Development of an administrative ethical behavior scale. Nursing Ethics 2012;19(2):289-303.
19. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. Bangkok: You and I Intermedia; 2010.
20. Kanjiak N. Factors related to quality of work life of professional nurses in private hospitals under Bangkok Dusit medical services, eastern region. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Burapha University; 2015. (in Thai).
21. Netharn P. Work values and organizational commitment of two generations of professional nurses at private hospitals in the Bangkok metropolis. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Sukhothai Thammathirat Open University; 2012. (in Thai).
22. Thawongsri T. Private hospital business. [Internet]. [cited 2017 June 10]. Available from: https://www.gsb.or.th/getattachment/ca2e0792-ee8a-443a-b908-d6d2db43fb7d/IN_hospital_Q1_59_detail.aspx. (in Thai).
23. Srisirisittikun P. Quality of working life and adjustment of private hospital's nurses, Chiang Mai Province. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Chiang Mai University; 2003. (in Thai).
24. Pattamalai A. Quality of work life of nurses in Bangkok Hospital Pattaya. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Sukhothai Thammathirat Open University; 2010. (in Thai).
25. Prasarttong-Osoth P. Corporate Sustainability Report (2015) of Bangkok Dusit Medical Sevices Public Company Limited. [Internet]. [cited 2019 April 12]. Available from: https://bdms.listedcompany.com/misc/CSR/20160321-bdms-csrreport2015-th.pdf. (in Thai).
26. Domklang N. The desirable roles of head nurse regional hospitals in the next decade (BE 2551-2560). [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Chulalongkorn University; 2007. (in Thai).
27. Muangprasert S. Head nurses' moral actions perceived and experienced by head nurses and nurse subordinates in regional hospitals, southern Thailand. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Prince of Songkla University; 2009. (in Thai).

28. Naga G. Factors influencing organizational commitment of the registered nurses in Bumrungrad international hospital. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Mahidol University; 2008. (in Thai).
29. Sawaengdee K, Thungjaroenkul P, Noree T, Pagaiya N. Summary report of health education and work life of professional nurses in Thailand. Nonthaburi: International Health Policy Program, Ministry of Public Health; 2010. (in Thai).
30. Fornes SL, Rocco TS. Commitment element reframed (antecedents & consequences) for organizational effectiveness. [Internet]. [cited 2017 June 10]. Available from: https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED492195.pdf.
31. Niamhom A. Relationship between the perception of organizational justice, quality of work life and organizational commitment: a case study of Bank of Ayudhya Public Company Limited. [Master's Thesis, Faculty of Liberal Arts.]. Thammasat University; 2008. (in Thai).
32. Iamsa-ard P. Relationships between trust in head nurse, organizational citizenships behavior, and organizational commitment of nursing employees, government university hospitals. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Chulalongkorn University; 2009. (in Thai).

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี
The Effect of Self-Management Program on Xerostomia in Older Persons with Head and Neck Cancer Receiving Radiation

รุ่งนภา บุญมี* ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์**
Rungnapa Bunmee,* Tassana Choowattanapakorn**
* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร
* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok
** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร
** Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok
* Corresponding Author: rungnapaabunmeee@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ follow up study วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะน้ำลายแห้ง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Repeated measures ANOVA ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของภาวะน้ำลายแห้งโดยรวมของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 5.45 ค่าเฉลี่ยของภาวะน้ำลายแห้งโดยรวมของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 1.03 และความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งของผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง ภาวะน้ำลายแห้ง ผู้สูงอายุ มะเร็งศีรษะและลำคอ การฉายรังสี

Received: December 08, 2018; Revised: March 30, 2019; Accepted: April 22, 2019

Abstract

The present study was quasi-experimental research based on a follow up study. This self-management program was designed with the aim of comparing xerostomia in older persons with head and neck cancer receiving radiation during an experimental group and control group. The sample was composed of older persons with head and neck cancer receiving radiation in the Radiation Therapy Out-Patient Department, Rajavithi Hospital. The sample was divided into a control group composed of 20 subjects receiving routine care only and an experimental group composed of 20 subjects receiving the self-management program. Data was collected by using a questionnaire on personal information and a xerostomia rating scale. Reliability of xerostomia scale under Cronbach's alpha coefficient was 0.89. Data was analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and repeated measures ANOVA. The effect of program showed that the total mean scale of xerostomia was 5.45 in the control group and 1.03 in the experimental group. The severity of xerostomia of the older persons with head and neck cancer receiving radiation in the group receiving the self-management program was significantly lower than the group receiving routine care at .05 ($p < .05$).

Keywords : self-management, xerostomia, older persons, head and neck cancer, radiation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคมะเร็งศีรษะและลำคอเป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับ 5 ของโลก[1] โดยมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอทั่วโลกมากกว่า 550,000 คน/ปี เสียชีวิตประมาณ 300,000 คน/ปี โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2 - 4 เท่า[2] ส่วนในประเทศไทยพบมากเป็นอันดับ 6[3] และจากการศึกษายังพบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอในประเทศไทยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 167,199 คน และแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 26,012 คน[4] ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 691 ล้านบาท/ปี อายุที่พบอยู่ระหว่าง 50 - 70 ปี โดยเฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่และดื่มสุรา[5]

การฉายรังสีเป็นการรักษาที่มีความสำคัญและได้ผลดีอย่างหนึ่ง โดยมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอมักรับการรักษาโดยการฉายรังสี[6] แต่การฉายรังสีมีผลกระทบหลายอย่าง ซึ่งปริมาณรังสีตั้งแต่ 50 - 70 Gy สามารถทำให้เนื้อเยื่อบริเวณโดยรอบเกิดการตาย ต่อมน้ำลายถูกทำลาย การหลั่งของน้ำลายลดลง เกิดภาวะน้ำลายแห้ง (Xerostomia) โดยเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยทุกราย[7] เริ่มตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรก จนถึง 3 เดือน หลังการฉายรังสี หรืออาจเกิดได้แม้สิ้นสุดการฉายรังสี[8]

ภาวะน้ำลายแห้ง ทำให้ค่าความเป็นกรด – ด่าง และสารต่างๆ ในน้ำลายขาดความสมดุล[9] แบคทีเรียเจริญเติบโต เกิดการติดเชื้อ การอักเสบ และทำให้ฟันผุ นอกจากการอักเสบภายในช่องปากแล้ว ยังทำให้มีกลิ่นปาก (Halitosis) ลิ้นแดงเลี่ยน ริมฝีปากแตกเป็นร่องลึก การกลืนอาหารลำบากมากขึ้น มีอาการแสบร้อนในปาก รับประทานอาหาร

ได้น้อยลง เกิดภาวะพร่องทางโภชนาการ[10] กระดูกมีการติดเชื้อ (Osteomyelitis) เกิดภาวะกระดูกตายจากการฉายรังสี (Osteoradionecrosis : ORN) มีความยากลำบากในการพูด[11] สูญเสียภาพลักษณ์ นอกจากนี้ภาวะน้ำลายแห้งยังทำให้ต้องตื่นขึ้นมาจิบน้ำบ่อยๆ การนอนหลับพักผ่อนจึงไม่เพียงพอ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง[12] ดังนั้นการจัดการที่ดีเกี่ยวกับอาการดังกล่าวสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผู้สูงอายุเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น การดูแลสุขภาพมักลดลงตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จึงทำให้การจัดการตนเองด้านสุขภาพไม่ดี[13] นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุมักขาดความรู้ที่ถูกต้อง[14] และขาดความตระหนัก[15] ในการดูแลและจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก จึงทำให้เกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพและผู้ดูแลหลัก จึงทำให้เกิดภาวะพึ่งพาที่มากเกินไป[16] ดังนั้นหากมีการจัดการตนเองที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสีที่สำคัญอย่างภาวะน้ำลายแห้ง และลดภาวะพึ่งพาในการจัดการตนเอง จากการศึกษาการจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากสามารถช่วยลดปัญหาเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีหรือยาเคมีบำบัดได้[17,18] และยังสามารถช่วยลดความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีได้เช่นกัน[19]

การจัดการตนเอง หมายถึง กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ด้วยตัวเองและสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังได้[20] ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ การสร้างสัมพันธภาพแบบหุ้นส่วนกับบุคลากรทางสุขภาพ การแก้ปัญหา การใช้แหล่งข้อมูล การตัดสินใจ การปฏิบัติ และการติดตามการจัดการตนเอง โดยการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี ตามแนวคิดของ Lorig & Holman[20] โดยผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแลหลักและบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีทักษะและความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาและการปฏิบัติโดยการแปรงฟันและการกลั้วปากด้วยน้ำว่านหางจระเข้ ซึ่งการใช้ว่านหางจระเข้เป็นการเพิ่มความชุ่มชื้นและลดการถูกทำลายของต่อมน้ำลายจากการฉายรังสี สามารถช่วยลดและบรรเทาภาวะน้ำลายแห้งได้ เนื่องจากว่านหางจระเข้มีสรรพคุณช่วยสมานแผลและสร้างความชุ่มชื้นให้กับผิวหนัง[21] ช่วยลดแบคทีเรียในช่องปากสามารถใช้แทนน้ำยาบ้วนปากโดยไม่เกิดผลข้างเคียง[22,23] ลดเยื่อบุช่องปากอักเสบ[24] ป้องกันเหงือกอักเสบและอาการปากแห้ง[25] ลดภาวะน้ำลายแห้งและพังผืดในช่องปาก[26] ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีหรือเคมีบำบัดได้ และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยมีผู้ดูแลหลักคอยกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งรับรู้แหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้สืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมได้ สามารถติดตามประเมินตนเองและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการจัดการตนเอง ทำให้อาจลดภาวะน้ำลายแห้งลงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

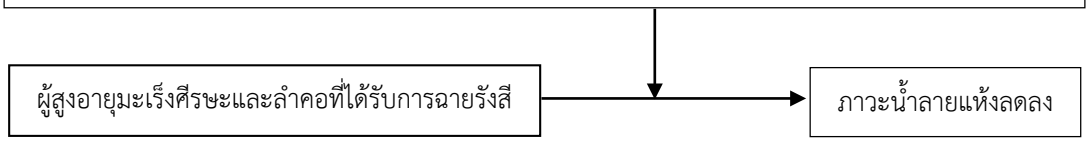
1. ภาวะน้ำลายแห้ง (Xerostomia) หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีรู้สึกมีความชุ่มชื้นในปากลดลง น้ำลายเหนียว เกิดความยากลำบากในการรับประทานอาหาร การเคี้ยว การกลืน การพูด และรบกวนการนอนหลับ ประเมินโดยแบบประเมินภาวะน้ำลายแห้งของ Eisbruch และคณะ[27]

2. โปรแกรมการจัดการตนเอง หมายถึง กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเองในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีเพื่อลดภาวะน้ำลายแห้ง โดยใช้แนวคิดของ Lorig & Holman[20] ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพแบบหุ้นส่วนกับบุคลากรทางสุขภาพ (The formation of a patient provider partnerships) การสร้างข้อตกลงร่วมกันในผลประโยชน์ที่จะได้รับร่วมกันทั้ง 2 ฝ่าย โดยการสร้างความคุ้นเคย การติดต่อสื่อสารและการขอคำปรึกษา มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดความเข้าใจในทิศทางของโรคและสามารถหาแนวทางร่วมกันในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองในโรคที่เป็นอยู่ได้ 2) การแก้ปัญหา (Problem solving) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ วิธีการแก้ปัญหาภาวะน้ำลายแห้งตามอาการของแต่ละบุคคล 3)การใช้แหล่งข้อมูล (Resource utilization) โดยจัดทำเอกสาร แผ่นพับ คู่มือ วิดีโอคลิป และแนะนำการใช้สื่อในการสืบค้นข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับภาวะน้ำลายแห้งและอาการอื่นๆ 4) การตัดสินใจ (Decision making) โดยให้ตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมในการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้งของตนเอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกปฏิบัติวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง 5) การปฏิบัติ (Taking action) ให้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่องปาก วิธีการจัดการกับภาวะน้ำลายแห้ง การกลั้วปากด้วยน้ำว่านหางจระเข้ การเลือกรับประทานอาหาร และ 6) การติดตามการจัดการตนเอง (Self-tailoring) โดยการประเมินภาวะน้ำลายแห้ง และการเปลี่ยนแปลงของอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง พร้อมทั้งลงบันทึกในแบบการติดตามตนเองของแต่ละคนในกิจกรรมที่ทำทุกวัน

3. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การให้ความรู้และการพยาบาลของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำแผนกรังสีรักษาแก่ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี ใช้เวลาประมาณ 5 - 10 นาที โดยการแนะนำการปฏิบัติตนในการฉายรังสีในครั้งแรกของการมาฉายรังสี

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย
องค์ประกอบ 1 การสร้างสัมพันธภาพแบบหุ้นส่วนกับบุคลากรทางสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างข้อตกลงร่วมกันเพื่อประโยชน์ที่จะได้รับร่วมกัน สร้างความคุ้นเคย เพื่อให้ผู้สูงอายุขอคำปรึกษา การแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อความเข้าใจทิศทางของโรคและหาแนวทางร่วมกันในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองในโรคที่เป็นอยู่ได้
องค์ประกอบ 2 การแก้ปัญหา ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งศีรษะและคอ การแก้ปัญหาภาวะน้ำลายแห้ง จัดกิจกรรม สร้างสถานการณ์ ตั้งคำถาม เพื่อให้ผู้สูงอายุฝึกแก้ปัญหาภาวะน้ำลายแห้งด้วยตนเอง
องค์ประกอบ 3 การใช้แหล่งข้อมูล ผู้วิจัยจัดทำเอกสาร แผ่นพับ วิดีโอคลิป และแนะนำการสืบค้นข้อมูลจากสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ วารสาร หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต ฯลฯ
องค์ประกอบ 4 การตัดสินใจ ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมในการจัดการภาวะน้ำลายแห้ง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกปฏิบัติวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง
องค์ประกอบ 5 การปฏิบัติ ผู้วิจัยฝึกการแปรงฟัน การบ้วนปาก การใช้ไหมขัดฟัน การกลั้วปากด้วยน้ำว่านหางจระเข้ 20 มิลลิลิตร นาน 1 นาที ทุก 2 ชั่วโมง และแนะนำการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม
องค์ประกอบ 6 การติดตามการจัดการตนเอง ผู้สูงอายุประเมินภาวะน้ำลายแห้งและเฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงอย่างสม่ำเสมอ โดยผู้ดูแลหลักกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และลงบันทึกการติดตามตนเองในกิจกรรมที่ทำทุกวัน



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) 2 กลุ่ม แบบ Follow up study ประชากร คือ ผู้สูงอายุเพศชายและหญิงที่เป็นมะเร็งศีรษะและลำคอ

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่วางแผนจะรับการฉายรังสีใน 1 - 2 สัปดาห์ข้างหน้า ที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ในการคัดเข้า คือ อายุ 60 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะและการรับรู้ปกติ อ่านออกเขียนได้ ดูแลช่วยเหลือตัวเองได้ มีผู้ดูแลหลัก สามารถใช้สื่อทางโทรศัพท์ได้ รับประทานอาหารได้เองทางปาก ไม่มีประวัติแพ้สมุนไพร ได้รับปริมาณรังสีเท่ากันทุกคน ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการผ่าตัดตกแต่งใบหน้า หรือเคยมีประวัติได้รับการฉายรังสีมาก่อน ซึ่งต่อมน้ำลายจะถูกทำลายไปบางส่วน เกณฑ์ในการยุติการวิจัย คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตามกำหนดระยะเวลา

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มของ Chow, Shao & Wang [28] กำหนด effect size = 1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 16 คน รวมกับคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 20 เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มละ 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 20 คน ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และใช้เทคนิคการจับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่างด้าน เพศ อายุ และการศึกษา และเพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contaminated) ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ แล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้

1.2 แบบประเมินภาวะน้ำลายแห้งของ Eisbruch และคณะ[27] เป็นแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้ง ซึ่งเป็นแบบ Numerical Rating Scale (NRS) แปลเป็นภาษาไทยโดย พรรณวดี พุธวัฒนะ และคณะ[29] มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 10 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งมาก คะแนนรวมที่ได้รายข้อหารด้วย 8 โดยแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีภาวะน้ำลายแห้ง

คะแนน 0.01 – 3 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งเล็กน้อย

คะแนน 3.01 – 7 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งปานกลาง

คะแนน 7.01 – 10 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย

2.1 แผนการสอนเกี่ยวกับโครงสร้างหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญในช่องปากโดยมีรูปภาพประกอบการสอน โรคมะเร็งศีรษะและลำคอ การจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำลายแห้ง การแปรงฟันที่ถูกวิธี การบ้วนปาก และการใช้ไหมขัดฟัน การเลือกแปรงสีฟัน การเลือกน้ำยาบ้วนปาก และการเตรียมน้ำว่านหางจระเข้ เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและมีความมั่นใจ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติได้ โดยให้ความรู้เป็นรายบุคคลในสัปดาห์แรก ตามวิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 วิดีโอคลิปเกี่ยวกับการแปรงสีฟันและการทำน้ำว่านหางจระเข้ เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักสามารถฝึกปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องที่บ้าน

2.3 แผ่นภาพอาหารที่ควรรับประทานและไม่ควรรับประทาน เพื่อฝึกให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักตัดสินใจเลือกอาหารที่เหมาะสมกับตนเองและนำมาปรับใช้ในการเตรียมอาหารและเป็นแนวทางให้ผู้ดูแลหลักจัดเตรียมอาหารให้กับผู้สูงอายุได้

2.4 น้ำว่านหางจระเข้สำหรับกลั้วปาก เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก ลดความร้อนในช่องปากจากการฉายรังสี โดยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม[23-26] และมีการตรวจสอบคุณภาพด้านความเข้มข้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ส่วนด้านปริมาณและเวลาที่ใช้ได้มาจากการศึกษางานวิจัยที่มีความใกล้เคียงกัน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง เป็นแบบบันทึกการติดตามตนเอง มีทั้งหมด 7 ข้อ

ครอบคลุมแนวคิดของ Lorig & Holman[20] เพื่อช่วยเตือนความจำ ป้องกันการหลงลืมในการปฏิบัติของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลหลักเป็นผู้ลงเครื่องหมาย (√) เมื่อได้ปฏิบัติ ถ้าปฏิบัติได้ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป (คิดเป็นร้อยละ 80) ถือว่าผ่านเกณฑ์ หากไม่ผ่าน ผู้วิจัยทำการสอนและแนะนำการปฏิบัติซ้ำอีกครั้ง รวมทั้งมีการติดตามโดยใช้โทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์สอบถามตามความสมควร เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตามโปรแกรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มาให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบและแก้ไขตามคำแนะนำก่อนนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของภาษา สำนวนการใช้ภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมให้ครอบคลุมตามเนื้อหา จำนวน 5 ท่าน ได้ระดับความสอดคล้องของเนื้อหาจัดอยู่ในระดับสอดคล้องมาก และแบบประเมินภาวะน้ำลายแห้งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 1 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะน้ำลายแห้งไปตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.89 รวมทั้งได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองมาตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจของภาษาที่ใช้ ระยะเวลาในการสอน การอธิบายและการฝึกปฏิบัติ พบว่าภาษาและสื่อที่ใช้มีความชัดเจนดี ตัวอักษรของแผ่นพับและคู่มือเข้าใจง่าย เวลาในการสอน การอธิบาย และการฝึกปฏิบัติมีความเหมาะสม ไม่รบกวนเวลาของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างและไม่กระทบต่อการรักษา จากนั้นจึงนำเครื่องมือมาใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการวิจัย สิ่งที่ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติ และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ในการตอบรับการเข้าร่วมวิจัยและการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลทางการรักษาและการพยาบาลแต่อย่างใด พร้อมแสดงเอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี เลขที่ 101/2560 และให้เซ็นยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล และนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวม หากมีข้อสงสัยในการวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา รวมทั้งสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลแก่ผู้วิจัย ซึ่งการกระทำดังกล่าวไม่มีผลต่อการรักษาของแพทย์และการดูแลของพยาบาลแต่อย่างใด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติให้ดำเนินโครงการจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี ผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้าแผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง และจำนวนกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งขอรายชื่อผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่วางแผนเพื่อรับการฉายรังสี มาตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์โดยดูจากแฟ้มประวัติและการสัมภาษณ์ หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังนี้

ก่อนได้รับการฉายรังสีของทั้งสองกลุ่ม

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

และให้เซ็นยินยอมการเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยซักประวัติและบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลลงในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและให้ผู้สูงอายุทำแบบประเมินภาวะน้ำลายแห้งก่อนฉายรังสี โดยแบบประเมินภาวะน้ำลายแห้งเป็นฉบับเดียวกันทั้งสองกลุ่ม

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ 1 – 4

ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำแผนกรังสีรักษา โดยให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตนในการฉายรังสีตามมาตรฐานการพยาบาลของโรงพยาบาลในครั้งแรกของการมารับการรักษา ประมาณ 10 - 15 นาที และพบผู้วิจัยเพื่อประเมินภาวะน้ำลายแห้งทุกวันที่ 5 ของการฉายรังสีในแต่ละสัปดาห์ ประมาณ 5 - 10 นาที

เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้ หลังจากนั้นผู้วิจัยมอบคู่มือการจัดการตนเอง แผ่นพับ และวิดีโอคลิป ที่ใช้ในโปรแกรมการจัดการตนเองให้กับผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม รวมทั้งน้ำว่านหางจระเข้สำหรับกลั้วปากในรายที่มีความประสงค์ต้องการน้ำว่านหางจระเข้

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ 1

วันที่ 1 ผู้วิจัยกล่าวทักทายและแนะนำตัวอีกครั้ง เป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ตามองค์ประกอบที่ 1 คือ การสร้างสัมพันธภาพแบบหุ้นส่วนกับบุคลากรทางสุขภาพ ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างช่องปาก โรคมะเร็งศีรษะและลำคอ วิธีการจัดการภาวะน้ำลายแห้ง แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก เพื่อสร้างความมั่นใจในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตามองค์ประกอบที่ 2 การแก้ปัญหา โดยใช้สื่อการสอนเป็นแผ่นภาพโครงสร้างหน้าที่ของอวัยวะในช่องปาก คู่มือ แผ่นพับ และแนะนำการสืบค้นข้อมูลจากสื่อต่างๆ ตามองค์ประกอบที่ 3 การใช้แหล่งข้อมูล พร้อมตอบข้อซักถาม

ผู้วิจัยอธิบายสรรพคุณของว่านหางจระเข้ การทำน้ำว่านหางจระเข้กลั้วปาก สาธิตและฝึกปฏิบัติการใช้น้ำว่านหางจระเข้กลั้วปาก โดยใช้สื่อเป็นวิดีโอคลิปที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น และให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติ ตามองค์ประกอบที่ 5 การปฏิบัติ พร้อมแนะนำการสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก ตามองค์ประกอบที่ 3 การใช้แหล่งข้อมูล รวมทั้งสอนการลงบันทึกการติดตามการจัดการตนเอง ตามองค์ประกอบที่ 6 การติดตามการจัดการตนเอง และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ตามองค์ประกอบที่ 4 การตัดสินใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยแจกน้ำว่านหางจระเข้ปริมาณ 250 มิลลิลิตร จำนวน 7 ขวด ให้กับผู้สูงอายุเพื่อใช้อมกลั้วปากที่บ้าน ใช้เวลารวมทั้งหมดประมาณ 20 นาที

วันที่ 2 ผู้วิจัยสอน สาธิต และฝึกปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปาก โดยสื่อในการสอน คือ แผ่นพับและวิดีโอคลิปเกี่ยวกับการจัดการความสะอาดของช่องปากที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น และส่งวิดีโอคลิปการแปรงฟันให้ผู้สูงอายุไปทบทวนต่อที่บ้าน ตามองค์ประกอบที่ 3 การใช้แหล่งข้อมูล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลที่ถูกต้องในการประกอบการตัดสินใจ ตามองค์ประกอบที่ 4 การตัดสินใจ มีความมั่นใจมากขึ้น นำไปสู่การแก้ปัญหา ตามองค์ประกอบที่ 2 การแก้ปัญหา และองค์ประกอบที่ 5 การปฏิบัติ โดยมีผู้ดูแลหลักคอยกระตุ้นและดูแลการปฏิบัติของผู้สูงอายุ ใช้เวลารวมทั้งหมดประมาณ 15 - 20 นาที

วันที่ 3 ผู้วิจัยแนะนำและอธิบายการเลือกรับประทานอาหาร และจัดกิจกรรมเกม

“ปริศนาอาหารจานโปรด” เพื่อผู้สูงอายุฝึกคิดแก้ปัญหาและตัดสินใจเลือกอาหารที่เหมาะกับตนเอง ตามองค์ประกอบที่ 2 การแก้ปัญหา และ 4 การตัดสินใจ รวมทั้งบอกแหล่งการสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก ตามองค์ประกอบที่ 3 การใช้แหล่งข้อมูล รวมเวลาทั้งหมดประมาณ 15 - 20 นาที

วันที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามขั้นตอนที่ได้สอนในวันที่ 1 - 3

วันที่ 5 ผู้วิจัยสอบถามปัญหาเพื่อติดตามการจัดการตนเอง ตามองค์ประกอบที่ 6 ให้ข้อมูลเพิ่มเติมและฝึกปฏิบัติซ้ำ จากนั้นให้ผู้สูงอายุทำแบบประเมินภาวะน้ำลายแห้ง ใช้เวลารวมทั้งหมดประมาณ 20 - 30 นาที

สัปดาห์ 2 – 4

ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนในสัปดาห์ที่ 1 โดยใช้แบบบันทึกการติดตามตนเองที่ครอบคลุมทั้ง 6 องค์ประกอบของ Lorig & Holman[20] เพื่อเตือนความจำ ป้องกันการหลงลืมในการปฏิบัติ โดยผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลหลักเป็นผู้ลงเครื่องหมาย (√) เมื่อได้ปฏิบัติจริงในทุกวัน รวมทั้งผู้วิจัยมีการโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์สอบถามตามสมควร เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีผู้ดูแลหลักกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติ และประเมินภาวะน้ำลายแห้งทุกวันที่ 5 ของการฉายรังสีในแต่ละสัปดาห์ ใช้เวลาในการประเมินประมาณ 5 - 10 นาที

เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้ และกล่าวสรุปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักทราบเป็นรายบุคคล พร้อมทั้งแนะนำให้นำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Repeated measures ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ Follow up study มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีที่แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลราชวิถี โดยคัดเลือกเข้ากลุ่มตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน เพื่อเปรียบเทียบภาวะน้ำลายแห้งระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ใช้เทคนิคการจับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่างด้านเพศ ช่วงอายุ และการศึกษาระดับเดียวกัน และเพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contaminated) และปัญหาด้านจริยธรรม ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ แล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองต่อ โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n_1 = 20)		กลุ่มทดลอง (n_2 = 20)		รวม ($n_{รวม}$ = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	15	75.00	15	75.00	30	75.00
หญิง	5	25.00	5	25.00	10	25.00
อายุ	($\bar{X}$ = 66.15, SD = 5.76)		($\bar{X}$ = 66.00, SD = 5.28)		($\bar{X}$ = 66.08, SD = 5.46)	
60 - 64 ปี	10	50.00	10	50.00	20	50.00
65 - 69 ปี	5	25.00	5	25.00	10	25.00
70 ขึ้นไป	5	25.00	5	25.00	10	25.00
การศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	15.00	3	15.00	6	15.00
ประถมศึกษา	9	45.00	9	45.00	18	45.00
มัธยมศึกษา	3	15.00	3	15.00	6	15.00
ปวช-ปวส	3	15.00	3	15.00	6	15.00
ปริญญาตรี	1	5.00	1	5.00	2	5.00
ปริญญาโท	1	5.00	1	5.00	2	5.00
อาชีพ						
รับจ้าง	6	30.00	8	40.00	14	35.00
ค้าขาย	5	25.00	3	15.00	8	20.00
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	45.00	9	45.00	18	45.00
รายได้						
< 5,000	13	65.00	16	80.00	29	72.50
5,000 - 10,000	4	20.00	2	10.00	6	15.00
10,000 บาทขึ้นไป	3	15.00	2	10.00	5	12.50

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงในสัดส่วน 3 : 1 โดยสามในสี่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ($\bar{X}$ = 66.08) มีระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45.00 และระดับการศึกษาที่สูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 55.00 และเป็นผู้มีรายได้ทุกคน

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยรวมสัปดาห์ที่ 1 - 4 แยกเป็นรายข้อ (n = 20)

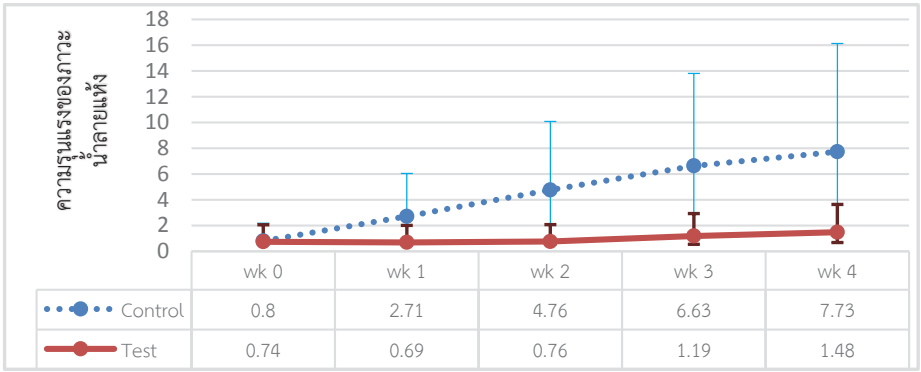
ภาวะน้ำลายแห้ง	กลุ่มควบคุม (n_1 = 20)		กลุ่มทดลอง (n_2 = 20)	
	Mean	SD	Mean	SD
1. น้ำลายแห้งทำให้คุณรู้สึกมีความยากลำบากในการพูด	4.80	1.52	0.58	0.86
2. น้ำลายแห้งทำให้คุณรู้สึกมีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหาร	5.38	1.44	1.10	1.61
3. น้ำลายแห้งทำให้คุณรู้สึกมีความยากลำบากในการกลืนอาหารแห้งและแข็ง	6.41	1.64	1.54	1.95
4. น้ำลายแห้งทำให้คุณรู้สึกมีปัญหาในการนอนหลับบ่อยแค่ไหน	5.15	1.02	0.94	0.83
5. เมื่อคุณรับประทานอาหาร คุณรู้สึกมีอาการปากและคอแห้ง	5.01	1.20	0.99	1.25
6. เมื่อคุณไม่ได้รับประทานอาหาร คุณรู้สึกมีอาการปากและคอแห้ง	5.46	1.26	1.19	0.96
7. คุณจิบน้ำบ่อยเพื่อช่วยในการกลืนอาหาร	5.86	1.45	1.26	1.36
8. คุณจิบน้ำบ่อยเมื่อไม่ได้รับประทานอาหาร	5.55	1.61	0.66	1.07
โดยรวม	**5.45**	**1.10**	**1.03**	**1.05**

จากตารางที่ 2 พบว่า ภาวะน้ำลายแห้งโดยรวมในกลุ่มควบคุมอยู่ที่ระดับกลาง ($\bar{X}$ = 5.45) ส่วนในกลุ่มทดลองมีภาวะน้ำลายแห้งโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{X}$ = 1.03) รวมทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบ ภาวะน้ำลายแห้งทำให้เกิดความรู้สึกความยากลำบากในการกลืนอาหารแห้งและแข็ง มากที่สุด และภาวะน้ำลายแห้งทำให้ต้องใช้การจิบน้ำบ่อยเพื่อช่วยในการกลืนอาหาร รองลงมา

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง แยกตามระยะเวลา โดยใช้สถิติ Repeated measures ANOVA

สัปดาห์	กลุ่มควบคุม (n_1 = 20)			กลุ่มทดลอง (n_2 = 20)			F-test	p-value
	$\bar{X}$	SD	ภาวะน้ำลายแห้ง	$\bar{X}$	SD	ภาวะน้ำลายแห้ง		
0	0.80	1.36	เล็กน้อย	0.74	1.19	เล็กน้อย	.024	.878
1	2.71	1.65	เล็กน้อย	0.69	1.09	เล็กน้อย	20.983	< 0.001
2	4.76	1.40	ปานกลาง	0.76	1.03	เล็กน้อย	105.502	< 0.001
3	6.63	1.25	ปานกลาง	1.19	1.17	เล็กน้อย	200.227	< 0.001
4	7.73	1.59	มาก	1.48	1.41	เล็กน้อย	173.653	< 0.001

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งโดยรวม พบว่า สัปดาห์ที่ 0 - 4 กลุ่มควบคุมมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งเพิ่มขึ้นตามลำดับ จากความรุนแรงเล็กน้อยถึงความรุนแรงมาก โดยมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงเริ่มตั้งแต่ 0.80, 2.71, 4.76, 6.63 และ 7.73 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มทดลอง พบว่า มีระดับความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งสูงขึ้นเล็กน้อย และค่อนข้างคงที่ ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 0 - 4 ค่าเฉลี่ย 0.74, 0.69, 0.76, 1.19 และ 1.48 ตามลำดับ ดังแสดงตามแผนภาพที่ 2 แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งของผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)



แผนภาพที่ 2 ความแตกต่างของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามระยะเวลา

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี ในสัปดาห์ที่ 0 - 4 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Two-way repeated measures ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม (Group)					
กลุ่ม	630.125	1	630.125	119.964	< 0.001
ความคลาดเคลื่อน	199.599	38	5.253		
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม (Time)*					
ระยะเวลาที่วัด	392.508	1.688	232.579	110.519	< 0.001
ระยะเวลาที่วัด × กลุ่ม	254.997	1.688	151.097	71.800	< 0.001
ความคลาดเคลื่อน	134.958	64.130	2.104		

* SS = Sum Square; df = degree of freedom; MS = Mean Square, *Greenhouse-Geisser

จากตารางที่ 4 การทดสอบด้วย One-between one-within ANOVA พบว่า อิทธิพลร่วมระหว่างกลุ่มถึงระดับนัยสำคัญ F = 119.964, p < .001 คือ รูปแบบคะแนนเฉลี่ยของภาวะน้ำลายแห้งในช่วงเวลาต่างๆ ระหว่างกลุ่มแตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งช่วงเวลา จึงวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มในแต่ละช่วงเวลา โดยควบคุมความผิดพลาดทั้งกลุ่มด้วยวิธีของ Bonferroni ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี ในสัปดาห์ที่ 0 - 4 เป็นรายคู่ โดยวิธี Bonferroni

Time	(I) กลุ่มตัวอย่าง	(J) กลุ่มตัวอย่าง	Mean Difference (I-J)	p-value
สัปดาห์ที่ 0	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	0.063	0.878
สัปดาห์ที่ 1	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	2.019	< 0.001
สัปดาห์ที่ 2	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	3.994	< 0.001
สัปดาห์ที่ 3	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	5.431	< 0.001
สัปดาห์ที่ 4	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	6.244	< 0.001

จากตารางที่ 5 อิทธิพลของกลุ่มในแต่ละระดับของเวลา พบว่า

ในสัปดาห์ที่ 0 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะน้ำลายแห้ง ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม p = 0.878

ในสัปดาห์ที่ 1 - 4 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะน้ำลายแห้งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p < .001

การอภิปรายผลการวิจัย

จากสมมติฐานการวิจัย ภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า เป็นไปตามสมมติฐาน คือ ผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างเมื่อได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลพบว่ามีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงภาวะน้ำลายแห้งโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{X}$ = 1.03) แต่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 5.45) เมื่อพิจารณาการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งรายข้อ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทุกข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับผลรวมทุกข้อ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับการสอนจากผู้วิจัยในการจัดการตนเองแบบมีข้อตกลงร่วมกันเพื่อบรรลุเป้าหมายของการลดภาวะน้ำลายแห้งที่เกิดจากการฉายรังสี ตามแนวคิดของ Lorig & Holman[20] ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลองยังได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ การจัดการภาวะน้ำลายแห้ง

การดูแลความสะอาดช่องปาก จากการสอนของผู้วิจัยผ่านทางวิดีโอคลิปและให้ทดลองฝึกปฏิบัติจริง เนื่องจากการดูแลภายในช่องปากให้สะอาดและชุ่มชื้นตลอดเวลาสามารถช่วยบรรเทาความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งได้ และยังทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการปฏิบัติ

นอกจากนี้ยังได้รับคู่มือการจัดการตนเองเป็นเอกสารและแผ่นพับ เพื่อนำไปทบทวนต่อที่บ้านได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้อง เกิดความตระหนักและตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมในการจัดการภาวะน้ำลายแห้ง ซึ่งเป็นสาเหตุเริ่มต้นของอาการต่างๆ ภายในช่องปาก จากการศึกษา พบว่า การให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องส่งผลให้เกิดการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็ง[30] อีกทั้งการมีทัศนคติที่ดีในการจัดการตนเอง ทำให้เกิดการจัดการตนเองและการดูแลสุขภาพที่ดี[31] รวมทั้งการได้รับคู่มือและแผ่นพับ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านทบทวนที่บ้านได้ การแปรงฟันทุกครั้งหลังอาหาร เพื่อเป็นการขจัดเศษอาหารที่หมักหมม ป้องกันการติดเชื้อภายในช่องปาก การแปรงฟันนอกจากช่วยให้ภายในช่องปากสะอาดแล้ว ยังช่วยสร้างความชุ่มชื้น จึงบรรเทาความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งได้

การสอนให้เลือกรับประทานอาหารที่อ่อนนิ่ม หลีกเลี่ยงอาหารรสจัดเป็นการป้องกันการระคายเคืองและอาการปวดแสบภายในช่องปาก จึงสามารถรับประทานอาหารได้ดีขึ้น ซึ่งการดูแลเอาใจใส่เรื่องอาหารที่เหมาะสมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง สามารถช่วยลดภาวะทุพโภชนาการได้[32] นอกจากนี้การให้คำปรึกษา[33] และการส่งเสริมการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา[10] ทำให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับตนเองได้ ทำให้การรับประทานอาหารดีขึ้น ช่วยลดภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุมะเร็งศีรษะและลำคอลงได้

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60 - 69 ปี, $\bar{X}$ = 66.08) ซึ่งยังคงมีศักยภาพในการจัดการตนเองที่ดี นอกจากนี้ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 85.00 ซึ่งบุคคลที่มีการศึกษาสามารถจัดการด้านสุขภาพของตนเองได้ดีและถูกต้อง[5] รวมทั้งมีความสามารถในการค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติมจากสื่อต่างๆ เพื่อนำมาจัดการกับอาการต่างๆ ของตนเองได้อย่างเหมาะสม

จากตารางการเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งตามระยะเวลา พบว่า ในช่วงสัปดาห์ก่อนการรับการฉายรังสี กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งเล็กน้อย ($\bar{X}$ = 0.80 และ $\bar{X}$ = 0.74 ตามลำดับ) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อได้รับการฉายรังสีครบ 1 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมเริ่มมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งเพิ่มขึ้นแต่ยังคงอยู่ที่ความรุนแรงเล็กน้อย ($\bar{X}$ = 2.71) แต่ในสัปดาห์ที่ 2 เป็นต้นไป ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งเพิ่มมากขึ้นทุกสัปดาห์ โดยมีความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งมาก ($\bar{X}$ = 7.73) ในสัปดาห์ที่ 4 และเป็นไปได้ว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนสิ้นสุดการรักษา ทั้งนี้เนื่องจากระยะเวลาและปริมาณรังสีที่เพิ่มขึ้น ไปทำลายต่อมน้ำลายมากขึ้น ทำให้การผลิตน้ำลายลดลง ในขณะที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของภาวะน้ำลายแห้งเล็กน้อย ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 จนกระทั่งสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการตนเองในสัปดาห์ที่ 4 ($\bar{X}$ = 0.69, $\bar{X}$ = 0.76, $\bar{X}$ = 1.19, $\bar{X}$ = 1.48 ตามลำดับ) และมีแนวโน้มคงที่หากยังคงจัดการตนเองตามโปรแกรมการจัดการตนเอง

อย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการรักษา (ดังแผนภาพที่ 2) รวมทั้งได้มีการสร้างข้อตกลงร่วมกัน โดยการจัดการตนเองและการติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ปฏิบัติได้ถูกต้อง ภาวะน้ำลายแห้งจึงลดลง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการตนเองและการดูแลความสะอาดช่องปากร่วมกับการกลั้วปากด้วยน้ำว่านหางจระเข้สามารถช่วยลดภาวะน้ำลายแห้งได้ ทั้งนี้จากคุณสมบัติที่ว่า ว่านหางจระเข้ช่วยสร้างความชุ่มชื้นให้เยื่อบุผิวหนังและช่วยสมานแผล ดังนั้นน้ำว่านหางจระเข้จึงเปรียบเสมือนน้ำลายเทียมช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นภายในช่องปาก การกลั้วปากด้วยน้ำว่านหางจระเข้จึงทำให้เกิดภาวะน้ำลายแห้งเล็กน้อยเท่านั้น และการใช้น้ำว่านหางจระเข้ในการกลั้วปากยังสามารถทำใช้เองที่บ้านได้ง่ายและสะดวก มีความปลอดภัย เนื่องจากไม่ปรุงแต่งสารใดๆ จึงไม่ก่อให้เกิดอาการข้างเคียง ทำให้สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้สารหล่อลื่นในว่านหางจระเข้ยังช่วยให้การกลืนอาหารได้สะดวกขึ้น รวมทั้งไม่เกิดพังผืดบริเวณกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืน ทำให้กล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืนทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังผลการวิจัยที่พบว่า ภาวะน้ำลายแห้งที่ทำให้การกลืนอาหารลำบากในกลุ่มทดลองอยู่ที่ความรุนแรงเล็กน้อย ($\bar{X}$ = 1.54) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีความรุนแรงปานกลาง ($\bar{X}$ = 6.41) ซึ่งจากการนำว่านหางจระเข้มาใช้เป็นส่วนผสมหนึ่งในการทำน้ำยาบ้วนปาก สามารถช่วยลดภาวะน้ำลายแห้งได้[23] และยังสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสีโดยเฉพาะภาวะน้ำลายแห้งและพังผืดภายในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ช่วยลดอาการแสบร้อนภายในช่องปาก การอ้าปากลำบาก และเพิ่มการรับรสอาหารได้[26] รวมทั้งว่านหางจระเข้ยังมีประสิทธิภาพช่วยลดการระคายเคืองและการเกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบ[14] อาการแสบร้อน ภาวะน้ำลายแห้งจากการฉายรังสี การติดเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราที่ทำให้เกิดฟันผุ และป้องกันพังผืดภายในช่องปากได้[34,35] นอกเหนือจากการกลั้วปากด้วยน้ำว่านหางจระเข้แล้ว การกระตุ้นเตือนให้จิบน้ำบ่อยๆ ระหว่างวัน ช่วยให้ภายในช่องปากและคอชุ่มชื้นลดการระคายเคืองได้อีกด้วย

ผู้วิจัยได้มีการติดตามการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโดยผ่านสื่อทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์เพื่อติดตามการเลือกวิธีการจัดการตนเองอย่างถูกต้อง รวมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้สามารถจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้ และแนะนำให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องหลังเสร็จสิ้นการวิจัย เพื่อช่วยบรรเทาภาวะน้ำลายแห้งและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการฉายรังสีในระยะยาว ซึ่งผู้สูงอายุทุกคนนำไปปฏิบัติตามเนื่องจากเห็นถึงผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนและสามารถปฏิบัติจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีกระบวนการอย่างละเอียด ชัดเจน ทั้งการให้ความรู้ การตั้งเป้าหมายและการจัดการตนเองโดยมีน้ำว่านหางจระเข้ใช้ในการบ้วนปากเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นสามารถลดภาวะน้ำลายแห้งได้ผลดี ควรนำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการฉายรังสีที่มีปัญหาภาวะน้ำลายแห้ง หรือใช้ผสมผสานกับการดูแลตามปกติในผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิด เช่น ยาขับปัสสาวะ ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ยารักษาโรคเบาหวาน ที่มีผลทำให้เกิดภาวะน้ำลายแห้ง และผู้สูงอายุทั่วไปที่มีปัญหาน้ำลายแห้งจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้ให้การสนับสนุนทุนการวิจัยบางส่วน

เอกสารอ้างอิง

1. Dirix P, Hermans R, Nuyts S. Optimization of intensitymodulated radiotherapy for head and neck cancer. Belg J Med Oncol 2010;4(1):29-32.
2. Ahmad A. 7 Head and neck cancers you should know. [Internet]. [cited 2018 January 9]. Available from: https://reference.medscape.com/features/slideshow/head-and-neck-cancers.
3. Nation Cancer Insitutute. Hospital- based cancer registry 2015. Bangkok: Pornsupprint; 2017.
4. Vatanasapt P, Thanaviratananich S, Ratanaanekchai T, Thepsuthammarat K. The burden of head and neck cancers in Thailand. J Med Assoc Thai 2012;95 Suppl 7:S182-9.
5. Conway DI, Brenner DR, McMahon AD, Macpherson LMD, Agudo A, Ahrens W, et al. Estimating and explaining the effect of education and income on head and neck cancer risk: inhance consortium pooled analysis of 31 case-control studies from 27 countries. Int J Canc 2015;136(5):1125-39.
6. Spijkervet F, Vissink A. Post-radiation osteonecrosis (osteoradionecrosis) of jaws. In: Davies AN, Epstein JB, editors. Oral complications of cancer and its management Bangalore: MPG Books Group, Bodmin and King's Lynn; 2010. p. 117-20.
7. Jensen SB, Pederson AML, Nauntofte B. Other causes of dry mouth: the list is endless. In: Sreebny LM, Vissink A, editors. Dry mouth the malevolent symptom: a clinical guide. Iowa: Blackwell Publishing; 2010. p. 178-9.
8. Pinna R, Campus G, Cumbo E, Mura I, Milia E. Xerostomia induced by radiotherapy: an overview of the physiopathology, clinical evidence, and management of the oral damage. Therapeut Clin Risk Manag 2015;11:171-88.
9. Chitapanarux I. The effects of radiation on the treatment of head and neck cancer. In: Chitapanarux I, editor. The impact of cancer treatment. Chiang Mai: Thrik Think; 2014. p. 111-30. (in Thai).
10. Bressan V, EBagnasco A, Aleo G, Catania G, Zanini MP, Timmins F, et al. The life experience of nutrition impact symptoms during treatment for head and neck cancer patients: a systematic review and meta-synthesis. Support Care Canc 2017;25(5):1699-712.
11. Miller M, Scully C. Mosby's textbook of dental nursing. London: Elsevier; 2011.

12. Pojdoung N, Thongpan S, Chindavijak S. The effect of oral care practice guidelines on quality of life among nasopharyngeal cancer patients with radiation-induced xerostomia. Thai Cancer J 2015;35(3):90-102. (in Thai).
13. U-raipunt Y. Factors associated with self-health care behaviors of cancer patients received chemotherapy at Phramongkutklao hospital. J Royal Thai Arm Nurs 2104;15(1):87-92. (in Thai).
14. Hansakul A, Porsing S. Knowledge and practice of participatory learning to elderly's health self-care promotion in Nongbuakhok sub-district Chatturat district Chaiyaphum province. J Fac Physi Edu 2012;15(supplement):189-200. (in Thai).
15. Takayama K, Demizu Y, Fuwa N. Radiotherapy. In: Omura K, Kirita T, editors. Oral cancer diagnosis and therapy. Tokyo: Springer Science & Business Media; 2015. p. 285-306.
16. Lawn S, McMillan J, Pulvirenti M. Chronic condition self-management: expectations of responsibility. Patient Educ Couns 2011;84:e5-e8.
17. Ratchawong W, Chayaput P, Kimpee S, Leumwananonthachai N. Impact of a self-management oral care program on stomatitis in head and neck cancer patients treated with radiotherapy or radio-chemotherapy. Thai J Nurs Council 2013;28(1):34-48. (in Thai).
18. Kunsara P, Putwatana P, Junda T. The effects of the oral self-care program on chemotherapy related oral mucositis in patients with cancer. Rama Nurs J 2013;19(1):73-86. (in Thai).
19. Kuthasema P, Putwatana P, Junhavat D. Experience of xerostomia, management, and outcomes in patients with head and neck cancer post radiation. Rama Nurs J 2010;16(1):40-53. (in Thai) .
20. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcome and machanisms. Ann Behav Med 2003;26(1):1-7.
21. Dat AD, Poon F, Pham KBT, Doust J. Aloe vera for treating acute and chronic wounds. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, 2(CD008762). DOI:10.1002/14651858.CD008762.pub2.
22. Karim B, Bhaskar DJ, Agali C, Gupta D, Gupta RK, Jain A, et al. Effect of aloe vera mouthwash on periodontal health: triple blind randomized control trial. Oral health and dent manag 2014;13(1):14-9.
23. Morales-Bozo I, Rojas G, Ortega-Pinto A, Espinoza I, Soto L, Plaza A, et al. Evaluation of the efficacy of two mouthrinses formulated for the relief of xerostomia of diverse origin in adult subjects. Gerodontology 2012;29(2):e1103-12.
24. Puataweepong P, Dhanachai M, Dangprasert S, Sithatani C, Sawangsilp T, Narkwong L, Puttikaran P, Intragumtornchai T. The efficacy of oral aloe vera juice for radiation

induced mucositis in head and neck cancer patients: a double-blind placebo controlled study. Asian Biomed 2009;3(4):375-82. (in Thai)

25. Sinthusake T, Suriyan N, Eiambutlop N, Chaiaroon W, Mettrai S, Neaungkota P. Efficacy of artificial saliva made from aloe vera with xylitol and fluoride and drinking water in prevention of gingivitis and xerostomia in head and neck cancer patients undergoing radiation and chemotherapy. J Dent Assoc Thai 2008;58(3):189-95.
26. Acharya JK, Garg DR, Mathur R, Jakhar SL, Mahawar NL, Kwatra A, et al. Aloe vera: an ancient herb for radiation induced xerostomia and oral fibrosis. Ann Oncol 2015;26(9):93-102.
27. Eisbruch A, Kim HM, Terrell JE, Marsh LH, Dawson LA, Ship JA. Xerostomia and its predictors following parotid-sparing irradiation of head-and-neck cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2001;50(3):695-704.
28. Chow SC, Shao J, Wang H. Sample size calculations in clinical research. 2nd ed. Basel: Marcel Dekker; 2003. p. 16.
29. Putwatana P, Sanmanowong P, Pitiporn S, Unprasertpong L, Chunda T, Nakwong L. Comparison of the efficacy of benzodiazepine hydrochloride in preventing and relieving inflammation in the oral cavity of radiotherapy in patients with head and neck cancer. Bangkok. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2006. (in Thai)
30. Slev VN, Misman P, Pasman HRW, Verdonck-de Leeuw IM, Van Uden-Kraan CF, Francke AL. Effects of health for patients and informal caregivers confronted with cancer: a meta-review. Int J Med Informat 2016;87:54-67.
31. Jansen F, Van Uden-Kraan CF, van Zwieten V, Witte BI, Verdonck-de Leeuw IM. Cancer survivors' perceived need for supportive care and their attitude towards self-management and health. Support Care Canc 2015;23(6):1679-88.
32. Hopkinson JB. Nutritional support of the elderly cancer patient: the role of the nurse. Nutrition 2015;31(4):598-602.
33. van den Berg MGA, Kalf JG, Hendrinks JCM, Takes RP, van Herpen CML, Wanten GJA, et al. Normalcy of food intake in patients with head and neck cancer supported by combined dietary counseling and swallowing therapy: a randomized clinical trial. Head Neck 2015;38(S1):E198-E206.
34. Neena IE, Ganesh E, Poomima P, Korishettar R. An ancient herb aloe vera in dentistry: a review. J Oral Res and Rev 2015;7(1):25-30.
35. Pol JS, Patil BA, Sodhi A, Tadiparthi J. Evaluation of therapeutic effect of aloe vera juice and gel in the management of symptomatic oral lichen planus. Int J of Med Dent Sci 2016;5(2):1138-44.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรงต่อภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน
The Effect of Empowerment Program and Resistant Exercises on Frailty among Older Persons in Community

กรัยรัชช์ นาคขำ* ศิริพันธุ์ สาสัตย์**
Kraiyarach Nakkham,* Siriphan Sasat**
* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร
* Student in Master Degree of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok
** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร
** Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok
* Corresponding Author: nanaeandnampun@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบศึกษาสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรงต่อภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่มีภาวะเปราะบาง อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับคู่ในด้าน เพศ อายุ และค่าดัชนีมวลกาย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Zimmerman และการออกกำลังกายแบบต้านแรงมาใช้ ในขณะที่กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรงโดยเลือกใช้ดัมเบลล์เป็นอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน แบบสอบถามภาวะเปราะบาง ระยะเวลาดำเนินการวิจัยจนถึงเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุด 5 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

Received: December 8, 2018; Revised: April 19, 2019; Accepted: April 29, 2019

1. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรงมีภาวะเปราะบางลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรงมีภาวะเปราะบางลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะในการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรงไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่ยังไม่เกิดภาวะเปราะบางเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางในระยะเริ่มแรก

คำสำคัญ : ภาวะเปราะบาง ผู้สูงอายุ โปรแกรมการออกกำลังกายแบบต้านแรง การเสริมสร้างพลังอำนาจ

Abstract

The quasi-experimental research with the two groups pretest-posttest design aimed to study the effect of the empowerment program and resistant exercises on frailty among older persons in community. The sample consisted of 44 persons who were 60 years and above in both male and female had frailty and living in the community in Bangkok. 22 participants were assigned to the control group and other 22 participants were assigned to the experimental group. The participants were matched pair by gender, age and body mass index. The experimental group received the empowerment program of Zimmerman theory and resistance exercises by dumbbell and the control group received conventional nursing only. The research instruments included: Mini-Mental Stage Examination-Thai version (MMSE-T), Barthel Activites of Daily Living Index and Frailty questionnaire. The empowerment program and resistance exercises were performed once a week for 5 weeks. Data were analyzed using descriptive and t-test statistics. The research findings can be summarized as follows :

1) The frailty among older persons in experimental group after receiving the empowerment program and resistance exercises was significantly lower than before receiving the program ($p < .05$)

2) The frailty among older persons in experimental group after participating the empowerment program and resistance exercises was significantly lower than others receiving conventional nursing care ($p < .05$)

The result of this study, it is recommended that there should be the empowerment program and resistance exercises to be used in taking care of elder people who have yet to suffer from frailty to prevent it from happening.

Keywords : frailty older persons, resistant exercises program, empowerment

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Ageing Society) คือ มีประชากรสูงอายุร้อยละ 10 ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 แล้ว และจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) ภายในปี พ.ศ. 2564[1] ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุจะเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศภายในระยะเวลาเพียง 20 ปี ประกอบกับเทคโนโลยีในทางการแพทย์ได้มีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็วและมีคุณภาพมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอายุที่ยืนยาวขึ้น ในขณะที่จำนวนประชากรวัยแรกเกิดและทำงานกลับลดน้อยลง[2] ดังนั้นการให้ความสำคัญและใส่ใจในสุขภาพของผู้สูงวัย จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพื่อที่จะสามารถเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนในการพัฒนาประเทศภายใต้สังคมสูงวัย

ภาวะเปราะบาง (Frailty) ไม่ใช่โรคแต่เป็นภาวะหนึ่งของร่างกายที่เกิดจากผลรวมของกระบวนการทางธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ซึ่งอยู่ระหว่างกลางของความสามารถในการทำงานได้กับภาวะไร้ความสามารถและอยู่ระหว่างความมีสุขภาพดีกับความเป็นโรค มีอาการหรืออาการแสดงตั้งแต่ 3 อย่างขึ้นไปจาก 5 อย่าง คือ 1) น้ำหนักลดโดยไม่ได้ตั้งใจหรือไม่ทราบสาเหตุมากกว่า 3 กิโลกรัมหรือมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวในระยะเวลา 1 ปี (Weight loss) 2) มีความรู้สึกเหนื่อย หมดแรง (Exhaustion) 3) กล้ามเนื้ออ่อนแรง (Weakness) 4) เดินช้าลง (Low walking speed) และ 5) การออกแรงในชีวิตประจำวันลดลง (Low physical activity) ให้ถือว่าผู้สูงอายุมีภาวะเปราะบาง[3]

ภาวะเปราะบาง เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ[3] จากการศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางในสถานดูแลผู้สูงอายุของต่างประเทศทั่วโลก พบว่า มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 52.3 และมีภาวะก่อนเปราะบาง ร้อยละ 40 ความชุกจะมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น[4] สำหรับในประเทศไทย พบว่า มีการศึกษาของ นุชอนงค์ อินทนู[5] ที่ศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางในชุมชน จังหวัดกระบี่ พบผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 27.3 โดยช่วงอายุ 50 - 59 ปี มีความเปราะบาง ร้อยละ 0.8 อายุ 60 - 69 ปี มีความเปราะบาง ร้อยละ 16.8 อายุ 70 - 79 ปี มีความเปราะบาง ร้อยละ 38.9 และอายุ 80 ปีขึ้นไปมีความเปราะบาง ร้อยละ 43.5 และการศึกษาของ สุพรรณี ใจดี[6] ที่ศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า มีความชุกของการเกิดภาวะเปราะบาง ร้อยละ 32.14 จะเห็นได้ว่าภาวะเปราะบางพบมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น[7]

ภาวะเปราะบางจึงเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ ผลกระทบจากการที่ผู้สูงอายุเกิดภาวะเปราะบางทางด้านร่างกายส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการพลัดตกหกล้มและกระดูกหัก[4] ผลกระทบจากภาวะเปราะบางในด้านจิตใจส่งผลให้ความคิดและการตัดสินใจลดลง เกิดภาวะบกพร่องทางด้านการรู้คิดทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า จิตใจอ่อนล้าหมดแรง รู้สึกว่าตัวเองไม่มีคุณค่า[3]

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมตนเองให้ดำเนินชีวิตอย่างมีจุดมุ่งหมาย ผลของการเสริมพลังอำนาจในตนเองจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถคิดวิเคราะห์ทำความเข้าใจกับปัญหาและฝึกฝนทักษะในการดูแลตนเอง ทำให้รู้สึกมีคุณค่า มีความสามารถในการควบคุมให้ดำเนินชีวิตไปในทางที่ตนเองเลือก

ซึ่งความสามารถเหล่านี้จะแตกต่างกันมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความสามารถในการแก้ปัญหาโดยใช้ประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคล[8] การเสริมสร้างแรงจูงใจและการกระตุ้นการปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลตนเองให้ต่อเนื่องในขณะอยู่ที่บ้านเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาความสามารถในการควบคุมตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมตามความรู้ที่มีอยู่และได้รับเพิ่มเติมใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะเปราะบาง ประกอบด้วย การออกกำลังกายแบบต้านทานความแรงของการเคลื่อนไหวทางกาย การเดินและความสมดุลการฝึกการออกกำลังกาย เป้าหมายของการจัดกระทำ คือ การลดการสูญเสียน้ำหนัก ลดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Sarcopenia) ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม ที่จะช่วยให้การรักษาสถานะของสภาวะสมดุลได้[3] จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การออกกำลังกายแบบต้านแรงจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดการเกิดภาวะเปราะบางได้[9] การออกกำลังกายแบบต้านแรง (Resistance exercise) เป็นการออกกำลังกายที่เพิ่มสมรรถภาพของกล้ามเนื้อ (Muscular fitness) แบ่งเป็น 2 ลักษณะตามน้ำหนักที่ใช้ คือ 1) การใช้น้ำหนักหรือแรงต้านของตนเอง ได้แก่ การดึงข้อ งอตัวลุกนั่ง หรือเกร็งกล้ามเนื้อ การวิดพื้นและ 2) การใช้น้ำหนักภายนอก เช่น ดัมเบลล์ เครื่องยกน้ำหนัก โดยในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้การยกดัมเบลล์มาเป็นอุปกรณ์ในการจัดโปรแกรม เนื่องจากการออกกำลังกายแบบต้านแรงวิธีอื่น เช่น การวิ่งเหยาะ การยืดพื้น การยกน้ำหนักที่มากเกินไป ยังเป็นข้อจำกัดการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ เนื่องจากมีผลต่อข้อเข่าโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับกระดูกและข้อ[10] การออกกำลังกายแบบต้านแรงโดยใช้ดัมเบลล์ เป็นการออกกำลังกายแบบไอโซโทนิก (Isotonic exercise) ดัมเบลล์สำหรับยกน้ำหนักสามารถใช้กับการออกกำลังกายทั้งแบบเวทเทรนนิ่ง คือ ออกกำลังกายโดยใช้น้ำหนักในการบริหารส่วนต่างๆ เพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อ การใช้ดัมเบลล์เป็นตัวช่วยในการออกกำลังกายนับว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพอย่างยิ่ง เพราะนอกจากจะเป็นการบริหารกล้ามเนื้อหลักของร่างกายแล้วยังช่วยทำให้กล้ามเนื้ออีกหลายส่วนแข็งแรงขึ้นเช่นกัน[9]

การเลือกน้ำหนักของดัมเบลล์ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึง หากผู้สูงอายุไม่เคยออกกำลังกายแบบเวทเทรนนิ่งมาก่อนควรจะเลือกใช้ดัมเบลล์ที่เหมาะสำหรับผู้เริ่มต้นออกกำลังกายแบบดังกล่าว โดยสามารถเลือกใช้ดัมเบลล์ที่มีน้ำหนักเบาในการเริ่มต้นออกกำลังกายได้ แล้วจึงค่อยเพิ่มน้ำหนักของดัมเบลล์ให้เหมาะสมกับความต้องการและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ สำหรับการเพิ่มความแข็งแกร่งและสร้างมวลกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุควรเลือกใช้ดัมเบลล์ที่มีน้ำหนักพอสำหรับการทำท่าบริหาร 8 ครั้งในแต่ละท่า เพื่อไม่ให้กล้ามเนื้อต้องทำงานหนักและเหนื่อยเกินไป แล้วจึงเพิ่มการใช้ดัมเบลล์ที่มีน้ำหนักมากขึ้น เมื่อผู้สูงอายุสามารถยกดัมเบลล์ได้รวดเร็วขึ้นใน 1 เซ็ท

การออกกำลังกายเฉพาะเพื่อการสร้างกล้ามเนื้อให้แข็งแรงมากขึ้นควรทำสัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง ไม่ควรทำติดต่อกัน ควรจะทำวันเว้นวันหรือวันเว้น 2 วัน วิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Sports Medicine) ได้ให้คำแนะนำสำหรับคนที่สุขภาพปกติทั่วๆ ไปว่า ควรบริหารการสร้างกล้ามเนื้อให้แข็งแรงอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยมุ่งเน้นไปที่กล้ามเนื้อมัดใหญ่ โดยแต่ละส่วนควรทำการบริหารซ้ำ 8 - 12 ครั้งในแต่ละท่า เพื่อให้ผลในการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อนั้นๆ[11] และ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาในต่างประเทศ ถึงผลของการออกกำลังกายโดยใช้ดัมเบลล์เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อทดลองกับสุภาพสตรีสูงวัยชาวแอฟริกันและชาวอเมริกันที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองเป็นเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที พบว่า มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[12]

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการสร้างพลังอำนาจของ Zimmerman[8] มาพัฒนาเป็นโปรแกรมร่วมกับการออกกำลังกายแบบต้านแรง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางเกิดพลังอำนาจในตนเองและพัฒนาความสามารถในการควบคุมตนเองให้ออกกำลังกายแบบต้านแรงจนเป็นลักษณะนิสัยเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของมวลกล้ามเนื้อซึ่งจะทำให้สามารถชะลอการเกิดภาวะเปราะบางส่งผลให้ผู้สูงอายุลดการเผชิญผลกระทบที่เกิดจากการมีภาวะเปราะบางและช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรง

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรงกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรงมีภาวะเปราะบางลดลงกว่าก่อนการทดลอง

2. ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรงมีภาวะเปราะบางลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรง

ใช้แนวคิดของ Zimmerman[8] ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นที่ 1 ประสบการณ์ (Experiencing) หมายถึง การกระทำ ความรู้สึก ความคิดเห็นต่างๆ ที่มีสุขภาพของตนและการออกกำลังกายแบบต้านแรง โดยจัดกิจกรรมรำลึก ได้เล่าถึงการกระทำ ความรู้สึก ความคิดเห็นต่างๆ ที่มีต่อสุขภาพและการออกกำลังกายของตนอย่างเปิดเผย

ขั้นที่ 2 ขั้นระบุประสบการณ์ (Name experience) สามารถระบุปัญหา หาสาเหตุของปัญหาว่าเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตอย่างไร โดยจัดกิจกรรมเล่าความหลังเปิดเผยประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับภาวะเปราะบางและการออกกำลังกายที่ผ่านมา

ขั้นที่ 3 ขั้นวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นตอนที่ คิด วิเคราะห์ ไตร่ตรอง เพื่อแก้ไขภาวะสุขภาพของตน โดยมีผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายกัน ช่วยเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา

ขั้นที่ 4 ขั้นวางแผน (Planning) เป็นขั้นตอนที่รวบรวมองค์ประกอบที่ได้จากการวิเคราะห์นำมาสู่วิธีลงมือปฏิบัติโดยกำหนดแนวทางการปฏิบัติลงในสมุดบันทึกกิจกรรม

ขั้นที่ 5 ขั้นปฏิบัติ (Doing) เป็นขั้นตอนของการลงมือทำโดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายแบบต้านแรง โดยการยกดัมเบลล์ พร้อมสาธิตวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้นำไปปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้เมื่ออยู่ที่บ้าน โดยออกกำลังกายโดยการยกดัมเบลล์ วันละ 30 นาที 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ติดต่อกัน

→

ภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ (3 ใน 5 ด้าน)

1) น้ำหนักลดลง
2) มีความรู้สึกเหนื่อยหมดแรง
3) กล้ามเนื้ออ่อนแรง
4) เดินช้าลง
5) การออกแรงในชีวิตประจำวันลดลง (Fried และคณะ[3])

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่มีภาวะเปราะบางที่อาศัยอยู่ในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่มีภาวะเปราะบางอาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่ง เขตธนบุรี จังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะเปราะบางของ สุพรรณี ใจดี[6] ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Fried และคณะ[3] โดยมีคะแนนภาวะเปราะบาง 3 คะแนนขึ้นไป

2. ไม่มีภาวะพึ่งพา ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel ADL) ได้คะแนน 12 คะแนนขึ้นไป เนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้ารับการทดลองโปรแกรมต้องมีการปฏิบัติออกกำลังกายแบบต้านแรง ดังนั้นจึงควรช่วยเหลือตนเองได้

3. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินโดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมองของไทย (MMSE-Thai 2002) เป็นเครื่องมือมาตรฐาน ของ Folstein และคณะที่แปลโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[13] ได้คะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป

4. สามารถติดต่อสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้ ต้องมีเครื่องเล่นดีวีดี และสายตาดีที่จะบันทึกในสมุดประจำตัวได้และต้องไม่รับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารประเภทเสริมสร้างโปรตีน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ตามระยะเวลาที่กำหนด มีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวกำเริบ เช่น โรคเบาหวานระยะแสดงอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ โรคภูมิแพ้ที่มีอาการกำเริบ หรือมีโรคอื่นที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีอาการหน้ามืดเป็นลมระหว่างการออกกำลังกาย

จับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matching paired) ที่มีความคล้ายคลึงกัน เพื่อควบคุมตัวแปรเกินดังนี้ เพศ อายุ และค่าดัชนีมวลกาย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ได้จากการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป PASS (Power Analysis of Sample Size) โดยนำค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมาจากการทบทวนวรรณกรรมของ สิริกาญจน์ กระจ่างโพธิ์[14] มีขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.8 โดยได้กำหนดอำนาจการทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญที่ α = .05 พบว่าได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับ

การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

1.2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai version : MMSE-Thai 2002) เป็นเครื่องมือมาตรฐานของ Folstein และคณะที่แปลโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข[13] ใช้คัดกรองผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่มีภาวะสูญเสียการทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับปัญญา สามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุในทุกระดับการศึกษาตั้งแต่กลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรืออ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ถึงระดับที่มีการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุต้องได้คะแนน มากกว่า 17 คะแนน ขึ้นไป

1.3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel ADL Index) ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล[15] เป็นแบบประเมินที่นิยมนำมาใช้ในการประเมินกับผู้สูงอายุไทย เป็นการสอบถามกิจวัตรประจำวันที่ปฏิบัติในระยะ 24 - 48 ชั่วโมง ประกอบด้วย การประเมิน 10 ด้าน ได้แก่ การทำความสะอาดใบหน้า การเคลื่อนย้ายจากนอนมานั่ง การรับประทานอาหาร การเข้าใช้ห้องสุขา การเดินหรือเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การกลั้นปัสสาวะและอุจจาระ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ต้องการการพึ่งพา โดยใช้คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 12 คะแนนขึ้นไป

1.4 แบบสอบถามภาวะเปราะบาง ของ สุพรรณี ใจดี[6] โดยภาวะเปราะบางสามารถประเมินได้จาก 3 ใน 5 อาการ ดังต่อไปนี้ น้ำหนักลดโดยไม่ได้ตั้งใจหรือไม่ทราบสาเหตุมากกว่า 3 กิโลกรัม หรือมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวในระยะเวลา 1 ปี (Weight loss) ภาวะหมดแรง (Exhaustion) ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Weakness) การเดินช้าลง (Low walking speed) และการทำกิจกรรมทางกายลดลง (Low physical activity) โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง จะต้องประเมินได้ 3 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

2.1 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรง ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมจากการศึกษาตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Zimmerman[8] เพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการออกกำลังกายและเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยใช้กระบวนการ 5 ขั้นตอน มีการจัดกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 2 และสัปดาห์ที่ 4 กระตุ้นผู้เข้าร่วมโครงการด้วยการสอบถามถึงการออกกำลังกายเป็นรายบุคคลด้วยการโทรศัพท์สัปดาห์ละ 3 ครั้ง และเยี่ยมบ้านผู้เข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 3 คนละ 1 ครั้ง ทำการวัดผลในสัปดาห์ที่ 5

2.2 ดัมเบลล์ น้ำหนักตามความเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน คนละ 1 คู่ โดยวิธีเลือกน้ำหนัก คือ ให้ผู้สูงอายุลองยกขึ้นลง 2 ข้างพร้อมกัน 12 ครั้ง หากพบว่าหมดแรงพอดี จึงจะได้น้ำหนักที่เหมาะสม โดยแต่ละข้าง ไม่เกิน 1 กิโลกรัม[12]

2.3 แผนการสอนเรื่องภาวะเปราะบางและการออกกำลังกายแบบต้านแรงโดยการยกดัมเบลล์ ประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุและการป้องกัน ดีวีดีการออกกำลังกายแบบต้านแรง

โดยการยกดัมเบลล์ ความยาว 6.54 นาที และคู่มือดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ สมุดบันทึกการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้บันทึกแนวทางในการออกกำลังกาย และบันทึกจำนวนครั้ง ระยะเวลาในการออกกำลังกาย รวมถึงประสบการณ์ทั้งด้านที่ดีและไม่ดีในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการออกกำลังกายแบบต้านแรง แผนการสอนเรื่องภาวะเปราะบางและการออกกำลังกายแบบต้านแรงโดยการยกดัมเบลล์ ดีวีดีการออกกำลังกายแบบต้านแรงโดยการยกดัมเบลล์ คู่มือการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจ และสมุดบันทึกการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้และหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบาง 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์การกีฬา จำนวน 1 คน ส่วนเครื่องมือ MMSE-Thai 2002 และ Barthel ADL Index เป็นเครื่องมือที่มาตรฐานและได้ถูกนำไปใช้ในบริบทของไทยอย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจหาความตรงตามเนื้อหา และแบบสอบถามภาวะเปราะบางได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0[6]

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้รับการแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจที่ได้ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิโดยไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน

2.2 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2560 – 20 เมษายน พ.ศ. 2561 ที่ชุมชนแห่งหนึ่ง เขตธนบุรี จังหวัดกรุงเทพมหานคร

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมตัวของผู้วิจัยผู้วิจัยผ่านการฝึกการออกกำลังกายแบบต้านแรงด้วยการยกดัมเบลล์กับเจ้าหน้าที่เวชศาสตร์การกีฬาของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ

1.2 การเตรียมเครื่องมือที่ใช้ ในการวิจัย

1.3 การเตรียมสถานที่ ผู้วิจัยเตรียมสถานที่โดยขออนุญาตประธานชุมชน เพื่อขอใช้สถานที่ลานอเนกประสงค์ในการจัดกิจกรรม

1.4 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาล

ผู้สูงอายุ 1 คน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ฝึกอบรมให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แบบประเมินภาวะเปราะบาง เพื่อช่วยในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างและประเมินภาวะเปราะบางของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มหลังสิ้นสุดโปรแกรม

1.5 ผู้วิจัยนำหนังสืออนุมัติการพิจารณาจริยธรรมและหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยเสนอประธานชุมชนเพื่อขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

1.6 ภายหลังได้รับอนุญาตจากประธานชุมชน ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยพร้อมเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แก่ประธานชุมชนเพื่อขอความร่วมมือระหว่างลงพื้นที่เพื่อสำรวจ ศึกษาปัญหาเบื้องต้นและเก็บข้อมูลการวิจัยพร้อมขอรายชื่อผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อนำมาคัดกรองเบื้องต้นก่อนลงพื้นที่จริง

1.7 ผู้วิจัยลงพื้นที่จริงและสร้างความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุในชุมชน โดยเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้สูงอายุในชุมชน

1.8 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดที่ผู้สูงอายุควรได้รับ

1.9 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างทีละคู่ (Matched pair) โดยให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในด้าน เพศ อายุ และดัชนีมวลกาย ดังนั้นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจึงมีคุณสมบัติและลักษณะเหมือนกันเป็นคู่ๆ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมก่อนแล้วจึงดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของทั้งสองกลุ่ม โดยมีขั้นตอนดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

1) ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 22 คน ที่บ้านของผู้สูงอายุแต่ละคน แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและพูดคุยสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไป หลังจากนั้นจึงเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามภาวะเปราะบาง พร้อมทั้งจดบันทึกคะแนนความเปราะบาง เพื่อเป็นข้อมูลเปรียบเทียบในการวัดภาวะเปราะบางในสัปดาห์ที่ 5

2) นัดหมายสมาชิกในกลุ่มควบคุมเพื่อประเมินผลในสัปดาห์ที่ 5 โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง จำนวน 22 คน ที่บ้านของผู้สูงอายุ

3) ภายหลังจากได้ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยมอบเอกสารความรู้เกี่ยวกับภาวะเปราะบาง คำแนะนำด้านการออกกำลังกายแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและแผ่นดีวีดีในการออกกำลังกายแบบต้านแรงด้วยการยกดัมเบลล์ให้กับสมาชิกกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกลุ่มและรายบุคคล โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ในวันแรกของสัปดาห์นัดพบสมาชิกกลุ่มทดลองครั้งที่ 1 จัดให้มีกิจกรรมกลุ่มระหว่างสมาชิกและตัวผู้วิจัยเพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพ โดยหลังจากที่ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเปราะบาง ความหมาย สาเหตุ และการป้องกันหรือการชะลอการเกิดภาวะเปราะบางตามแผนการสอน โดยใช้ภาพพลิกในการประกอบการสอน หลังจากประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองถึงเรื่องภาวะเปราะบางแล้ว จึงดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการออกกำลังกายแบบต้านแรง ดังนี้

ขั้นที่ 1 ประสบการณ์ (Experiencing) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมรำลึกย้อนหลัง เพื่อให้ผู้สูงอายุทบทวนประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายในด้านความสำเร็จหรือด้านปัญหาอุปสรรค

ย้อนหลังไป 1 ปีที่ผ่านมา แล้วบันทึกตามความเป็นจริงและเป็นรูปธรรมให้มากที่สุดลงในสมุดประจำตัวที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น

ขั้นที่ 2 ระบุประสบการณ์ (Name experience) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมเล่าความหลัง การที่ผู้สูงอายุสามารถระบุประสบการณ์และสามารถเล่าให้เพื่อนในกลุ่มฟังได้นั้น ถือว่าผู้สูงอายุเห็นปัญหาของตนเองได้ในระดับหนึ่งแล้วและหากพบว่าประสบการณ์ของตนเองไปสอดคล้องกับของเพื่อนที่มีปัญหาคล้ายๆ กัน แต่เพื่อนมีการสะท้อนความคิดออกมาแตกต่างออกไป ยิ่งจะทำให้เกิดความรู้ที่กว้างขวางขึ้นและทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นปัญหาสุขภาพของตนเองได้ชัดเจนขึ้น

ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์ (Analysis) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุร่วมกันคิดวิเคราะห์ถึงข้อดีในการออกกำลังกายแบบต้านแรงโดยการยกดัมเบลล์ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแต่ละคนจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกช่วงเวลาในการออกกำลังกายแบบต้านแรงตามความเหมาะสมของตนเอง โดยผู้วิจัยสร้างบรรยากาศการเข้าร่วมกลุ่มอบอุ่นและเอื้ออาทร เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจขึ้นในตัวผู้สูงอายุ

ขั้นที่ 4 การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุกำหนดรูปแบบวิธีปฏิบัติเพื่อแก้ไขภาวะสุขภาพของตนเอง โดยหลังจากกิจกรรมค้นหาทางออกแล้ว ผู้วิจัยจะให้ผู้สูงอายุเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตัวเองที่สุดในการออกกำลังกายแบบต้านแรงโดยการยกดัมเบลล์และลงบันทึกแนวทางการปฏิบัติในสมุดบันทึกการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ขั้นที่ 5 การปฏิบัติ (Doing) ผู้วิจัยสาธิตการออกกำลังกายแบบต้านแรงด้วยการยกดัมเบล์ให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตาม และให้แผ่นดีวีดีนำกลับไปเปิดดูที่บ้านเพื่อเป็นตัวอย่างในการปฏิบัติ และให้ผู้สูงอายุบันทึกประสบการณ์การออกกำลังกายแบบต้านแรงด้วยการยกดัมเบลล์ลงในสมุดบันทึกการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยจัดให้ เพื่อเป็นข้อมูลในการพบกับกลุ่มเพื่อนในการพบครั้งต่อไป โดยในขั้นตอนนี้กำหนดให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายโดยการยกดัมเบลล์เมื่ออยู่ที่บ้านอย่างน้อย 3 วันในหนึ่งสัปดาห์ โดยออกกำลังครั้งละ 30 นาที

เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในวันแรกแล้ว ผู้วิจัยทำการขอเลขหมายเบอร์โทรศัพท์ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง เพื่อทำการโทรติดตามสอบถามเป็นรายบุคคล โดยให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามแผนการออกกำลังกายที่วางไว้ ในวันที่ 2, 4 และ 6 ของสัปดาห์ หลังจากนั้นจึงนัดหมายในการพบกันครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 2

สัปดาห์ที่ 2 ในวันแรกของสัปดาห์ผู้วิจัยได้นัดหมายผู้สูงอายุกลุ่มทดลองนำประสบการณ์ที่ได้จากการออกกำลังกายแบบต้านแรงด้วยการยกดัมเบลล์ มาแลกเปลี่ยนกันในกลุ่มโดยให้ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในการออกกำลังกายมาแนะนำแลกเปลี่ยนวิธีในการวางแผนการออกกำลังกายให้สมาชิกในกลุ่มฟัง (เป็นขั้นที่ 1 และ 2) เพื่อเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดขึ้นในกลุ่มผู้วิจัยคอยแนะนำและช่วยแก้ไขปัญหา (เป็นขั้นที่ 3 และ 4) พร้อมกับให้กำลังใจผู้สูงอายุกลุ่มทดลองในการกลับไปปฏิบัติต่อที่บ้าน (เป็นขั้นที่ 5) นัดหมายพบกันเป็นกลุ่มครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 2 นี้ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามสอบถามให้กำลังใจและกระตุ้นผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล ให้ปฏิบัติการออกกำลังกายต่อเนื่องในวันที่ 2, 4 และ 6 ของสัปดาห์

สัปดาห์ที่ 3 เป็นสัปดาห์ที่ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มทดลองคนละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็นการไปเยี่ยมวันละ 3 - 4 คน จนครบจำนวน 22 คน

สัปดาห์ที่ 4 ปฏิบัติเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 2

3. ขั้นประเมินผล

ทำการประเมินผลการทดลองโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินคะแนนภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองทั้ง 22 คน ในสัปดาห์ที่ 5

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยได้รับอนุมัติ เลขที่โครงการวิจัย 173.1/60 วันที่รับรอง 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 - 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ทางสถิติที่ระดับ .05 มีรายละเอียดการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามชนิดของตัวแปรที่มีระดับการวัดต่างกัน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเปราะบางของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรงโดยใช้สถิติทดสอบที สำหรับตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเปราะบางระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที สำหรับตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Dependent t-test ($n_1 = n_2 = 22$)

กลุ่ม/ช่วงเวลา	ภาวะเปราะบาง		df	t	p-value
	$\bar{x}$	SD			
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	5.86	0.83	42	-7.347	< .001
หลังการทดลอง	3.32	1.36	42		

จากตารางที่ 1 พบว่า ภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.86 และคะแนนภาวะเปราะบางภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 ภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรง ลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1 = n_2 = 22$)

ช่วงเวลา/กลุ่ม	ภาวะเปราะบาง		df	t	p-value
	$\bar{x}$	SD			
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	5.86	0.83	42	.527	.621
กลุ่มควบคุม	5.73	0.88			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	3.32	1.36	42	-10.247	< .001
กลุ่มควบคุม	6.73	0.77			

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลองภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.86 และภาวะเปราะบางของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.73

ภายหลังการทดลอง พบว่า ภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 และภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.73 ภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรง ลดลงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรง มีภาวะเปราะบางลดลงกว่าก่อนการทดลอง

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่มีภาวะเปราะบาง ก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรงมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเปราะบางเท่ากับ 5.86 (SD = 0.83) ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยภาวะเปราะบางเท่ากับ 3.32 (SD = 1.36) ซึ่งลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

จากการศึกษาวิธีการชะลอภาวะเปราะบางโดยใช้การออกกำลังกายแบบต้านแรงนี้ ผู้วิจัยได้เลือกอุปกรณ์โดยใช้ดัมเบลล์ซึ่งเป็นวิธีที่เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เหมาะกับผู้สูงอายุเนื่องจากเป็นอุปกรณ์ที่สามารถปรับขนาดน้ำหนักให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุได้ ปลอดภัย ราคาไม่สูง จัดหาได้ง่าย และสามารถใช้ขวดน้ำพลาสติกใส่ปริมาณน้ำตามจำนวนน้ำหนักที่ต้องการแทนได้ รวมถึงไม่ต้องใช้พื้นที่มากในการออกกำลังกายด้วยวิธีนี้ ประกอบกับหลักในการสร้างความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อ คือ ฝึกให้กล้ามเนื้อมัดนั้นๆ ทำงานให้หนักมากขึ้น เมื่อกล้ามเนื้อมัดนั้นๆ

ถูกฝึกให้ทำงานมากขึ้นและหนักขึ้นบ่อยๆ กล้ามเนื้อเหล่านั้นก็จะมีความแข็งแรงมากขึ้นและเมื่อมีการเพิ่มน้ำหนักที่มีขนาดหนักขึ้นเรื่อยๆ ในการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณนั้นก็มีโอกาสเพิ่มขนาดให้ใหญ่ขึ้นได้

เมื่อนำแนวคิดการสร้างพลังอำนาจมาจัดโปรแกรมร่วมกับการออกกำลังกายแบบต้านแรง จึงพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางที่อาศัยในชุมชนในกลุ่มทดลองมีภาวะเปราะบางลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้บุคคลสามารถควบคุมตัวเองให้ดำเนินชีวิตไปถึงจุดหมาย ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ทำความเข้าใจกับปัญหาสุขภาพของตนเองร่วมกับแนวคิดของสมาชิกในกลุ่ม เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตนในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยเมื่อผู้สูงอายุเกิดพลังอำนาจในตนเอง จนเกิดความสามารถในการตัดสินใจ และควบคุมตนเองการในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องตามขั้นตอน มีความรู้สึกตั้งใจที่จะออกกำลังกายให้ครบตามแผนที่วางไว้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ คือ มีกล้ามเนื้อที่แข็งแรงขึ้น การติดตามรายบุคคลเป็นการกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายและเห็นถึงความสามารถในการควบคุมตนเองในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นลักษณะนิสัยในตนเอง นำไปสู่การแก้ปัญหาของความเปราะบางที่ได้ผลมากยิ่งขึ้นในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของสิริกาญจน์ กระจ่างโพธิ์[14] ที่พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรงมีภาวะเปราะบางลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรง ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเปราะบางเท่ากับ 3.32 (SD = 1.36) ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเปราะบางเท่ากับ 6.73 (SD = 0.77) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

การที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางในกลุ่มทดลองมีภาวะเปราะบางลดลงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องมาจากกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ดำเนินชีวิตตามปกติ ซึ่งภาวะเปราะบางไม่ใช่โรคจึงไม่มีอาการแสดงชัดเจน รวมถึงยังเป็นเรื่องที่ไม่แพร่หลายเชิงวิชาการในประเทศไทยจึงทำให้การประเมินภาวะเปราะบางและการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางยังเป็นเรื่องใหม่ ที่ยังไม่มีผู้กำหนดแนวทางการป้องกันหรือการชะลอการเกิดภาวะนี้อย่างชัดเจน จากการศึกษาครั้งนี้ เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยภาวะเปราะบางของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองยังพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยภาวะเปราะบางสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากผู้วิจัย ซึ่งเป็นรูปแบบการพูดคุยให้ความรู้ทั่วๆ ไปในเรื่องการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการออกกำลังกาย รวมถึงการตอบคำถามอธิบายข้อสงสัย หรือปัญหาตามที่ผู้ป่วยต้องการโดยไม่เฉพาะเจาะจงในรายละเอียด มีระยะเวลาการให้ข้อมูลจำกัด และไม่ได้รับการติดตามจากผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ได้ทำการศึกษาวิจัย แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางยังไม่มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนในการป้องกันภาวะเปราะบาง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มควบคุมมีภาวะเปราะบางสูงขึ้นตามการเสื่อมถอยของอายุที่มากขึ้น

ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรง ได้ดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่งผลให้ภายหลังการวิจัยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเปราะบางลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและการปรับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของผู้ที่มีน้ำหนักเกิน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงและมีความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นและผู้ที่มีน้ำหนักเกินมีน้ำหนักตัวลดลงสามารถควบคุมน้ำหนักได้มากขึ้น[14,16]

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรง โดยใช้แนวคิดของ Zimmerman ที่ได้การนำขั้นตอนในการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 5 ขั้นตอน มาเป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรมเพื่อทำให้ผู้สูงอายุเกิดพลังอำนาจในการเปลี่ยนแปลงตนเองที่จะชะลอภาวะเปราะบางของตนด้วยการวางแนวทางในการออกกำลังกายแบบต้านแรงให้ครบกำหนดตามแผนที่วางไว้ รวมถึงได้รับการให้ความรู้อย่างละเอียดจากผู้วิจัยเกี่ยวกับภาวะเปราะบาง สาเหตุและการชะลอภาวะเปราะบางเมื่อเกิดขึ้นแล้ว การติดตามสอบถามจากผู้วิจัยอย่างต่อเนื่องเป็นรายบุคคลและมีการเข้ากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนการบอกเล่าประสบการณ์ในการออกกำลังกายของตนเมื่อปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจึงส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงขึ้น ภาวะเปราะบางจึงลดลง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่แตกต่างจากการพยาบาลตามปกติ จึงทำให้ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบต้านแรงมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเปราะบางลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรงจึงเหมาะสมและสอดคล้องที่จะนำไปใช้ในการชะลอภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย

1. การสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของอวัยวะบางอย่างของร่างกาย เช่น ด้านการได้ยิน การใช้แบบประเมินและแบบสอบถาม จำนวน 4 ชุด กับผู้สูงอายุในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น ผู้วิจัยต้องอ่านให้ผู้สูงอายุฟังด้วยน้ำเสียงที่ชัดเจนและอธิบายเมื่อผู้สูงอายุไม่เข้าใจคำถาม เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน

2. มีผู้สูงอายุกลุ่มทดลองขอถอนตัวในการเข้าร่วมกิจกรรม 1 คน เนื่องจากย้ายไปอาศัยกับบุตรที่ต่างจังหวัดหลังจากที่ทำการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างคนดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้แก้ไขปัญหาโดยการใช้กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลสำรองไว้เกินมา 2 คู่ โดยได้นำมาแทนกลุ่มตัวอย่างที่ขอถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาวิจัย พบว่า การให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรงสามารถที่จะช่วยป้องกันและชะลอการเกิดภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนได้ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 สร้างความตระหนักในการป้องกันหรือชะลอภาวะเปราะบางให้กับบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ โดยการจัดให้

มีการอบรมเกี่ยวกับการประเมินภาวะเปราะบางและการป้องกันภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรง

1.2 การศึกษาในครั้งนี้ ได้จัดกระทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางเกิดขึ้นแล้ว จึงควรมีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรงไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่ยังไม่เกิดภาวะเปราะบางเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางในระยะเริ่มแรก

1.3 ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่องเพื่อความคงทนของประสิทธิผลของโปรแกรม

2. ด้านการบริหาร

ส่งเสริมให้แหล่งประโยชน์ในชุมชนมีส่วนร่วมในการชะลอภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเปราะบาง ทั้งเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพของชุมชน ซึ่งทำให้การดำเนินการมีความต่อเนื่องและยั่งยืนและเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนและสังคมในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรมีการศึกษาการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรงไปใช้ในผู้สูงอายุที่ยังไม่เกิดภาวะเปราะบาง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุของประเทศไทย

3.2 ควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการออกกำลังกายแบบต้านแรงไปศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา หรือสถานบริบาลผู้สูงอายุ (Nursing home) เพื่อทดสอบว่าได้ประสิทธิผลเช่นเดียวกันหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

1. National Statistical Office. Population statistics for 2012. Bangkok: Ministry of Information and Technology communication; 2012. (in Thai).
2. Ministry of Public Health Policy. Conclusion of key statistics BE 2556 (statistical Thailand 2013). Bangkok: Office of Veterans Affairs; 2013. (in Thai).
3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56(3):M146-56.
4. Kojima G. Prevalence of frailty in nursing homes: a systematic review and meta-analysis. J Am Med Dir Assoc 2015;16(11):940-5.
5. Inthanu N. Frailty: situational analysis in communities. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Walailak University; 2012. (in Thai).
6. Jaidee S. A study of frailty of elderly in Bangkok community. Royal Thai Navy Medical Journal 2017;44(3):117-35. (in Thai).
7. Rockwood K, Andrew M, Mitnitski A. A comparison of two approaches to measuring frailty in elderly people. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2007;62(7):738-43.

8. Zimmerman MA. Empowerment theory: psychological, organization and community levels of analysis. In: Rappaport J, Seidman E, editors. Handbook of community psychology. New York: Plenum; 2000.
9. Espinoza S, Walston JD. Frailty in older adults: insights and intervention. Cleve Clin J Med 2005;72(12):1105-12.
10. Panyoyai P. Aerobic exercise for the elderly. Journal of Nursing Health 2012; 35(2):140-8. (in Thai).
11. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Med Sci Sports Exerc 2007;39(8):1423-34.
12. Rogers ME, Sherwood HS, Rogers NL, Bohlken RM. Effects of dumbbell and elastic band training on physical function in older inner-city African-American women. Women Health 2002;36(4):33-41.
13. Bunkueang P. Clinical practice guideline for dementia. Bangkok: Institute of Neurology, Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2003. (in Thai).
14. Krajangpho S. Effects of empowering programs on foot heal and blood sugar behavior of elderly diabetes mellitus at risk for foot ulcer. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2006. (in Thai).
15. Jitaphankul S. Principles of geriatric medicine. Bangkok. Chulalongkorn University press; 2001.(in Thai)
16. Parndee S. The effects of a power-building program on a group process: caring for the weight of adolescents with overweight. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2007. (in Thai).

การปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

Performance of Perioperative Nurses in Relation to the Standard of Perioperative Nursing in One University Hospital

หนึ่งอนงค์ สารสมัคร* นวรัตน์ สุวรรณผ่อง** มธุรส ทิพยมงคลกุล** เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ***
Nuenganong Sansamak,* Nawarat Suwannapong,** Mathuros Tipayamongkholgul,** Benjamaporn Butsripoom***
* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร
* Student in Master Degree of Science Program (Public Health), Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok
** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
** Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok
*** โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร
*** Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok
* Corresponding Author: firstfirst113@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ความสามารถในการทำงาน และค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาล กับการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลผ่าตัด จำนวน 205 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด แบบสอบถามความสามารถในการทำงาน แบบสอบถามค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาล และแบบสอบถามการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดซึ่งแบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม

Received: December 16, 2018; Revised: April 25, 2019; Accepted: April 29, 2019

โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เท่ากับ 0.71 แบบสอบถามความสามารถในการทำงาน เท่ากับ 0.80 แบบสอบถามค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาล เท่ากับ 0.95 และแบบสอบถามการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เท่ากับ 0.99 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึง 25 ธันวาคม พ.ศ. 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยไบนารีโลจิสติก ผลการวิจัย พบว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 67.8 โดยมาตรฐานที่พยาบาลผ่าตัดปฏิบัติอยู่ในระดับดีมากที่สุด คือ มาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และน้อยที่สุด คือ มาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ พยาบาลผ่าตัดมีความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด อยู่ในระดับดี ร้อยละ 79.5 ความสามารถในการทำงาน อยู่ในระดับดี ร้อยละ 68.3 ค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาล อยู่ในระดับดี ร้อยละ 95.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ได้แก่ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป (Adj. OR = 3.80; 95% CI 1.93 - 7.50) และค่านิยมในวิชาชีพระดับดี (Adj. OR = 1.09; 95% CI 1.01 - 1.18) จากผลการวิจัยนี้ ควรส่งเสริมให้พยาบาลผ่าตัดทุกคนมีส่วนร่วมและให้ความสำคัญหรือมีบทบาทในการปฏิบัติงานในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมากขึ้น การธำรงรักษาพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป รวมถึงส่งเสริมให้พยาบาลผ่าตัดเกิดค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาลที่ดีเพิ่มขึ้น เพื่อให้การปฏิบัติงานพยาบาลผ่าตัดได้คุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : มาตรฐานการพยาบาล พยาบาลผ่าตัด ค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาล ความสามารถในการทำงาน

Abstract

This research was a cross-sectional study. The purpose was to assess performance of perioperative nurses in relation to the standard of perioperative nursing in one university hospital. The study analyzed the associations between personal characteristics, knowledge on the standard of perioperative nursing, work ability, professional nursing values and performance of perioperative nurses in relation to the standard of perioperative nursing. The samples were 205 perioperative nurses. Data were collected using questionnaires of personal characteristics, knowledge on the standard of perioperative nursing, work ability, professional nursing values and performance of perioperative nurses in relation to the standard of perioperative nursing. All questionnaires were tested for content validity and reliability using Cronbach's Alpha Coefficient. Reliability of knowledge on the standard of perioperative nursing was at 0.71, work ability reliability was at 0.80, reliability of professional nursing values was at 0.95 and performance of perioperative nurses in relation to the standard of perioperative nursing was at 0.99.

Questionnaires were gathered from 25th November 2016 to 25th December 2016, and data were analyzed using descriptive statistics and binary logistic regression analysis. The research results found that 67.8% of perioperative nurses had standard of perioperative nursing overall at a good level. Among nursing performance of perioperative care which could perform at the highest level is the 8th standard, patient's rights protection. And the least is the 5th standard of health promotion. 79.5% of the sample had knowledge on the standard of perioperative nursing at a good level; 68.3% of the sample had work ability at a good level and a good level of professional nursing values at 95.1%. The factors associated with performance of perioperative nurses in relation to the standard of perioperative nursing in one university hospital consisted of work experience in operation room at least 6 years and over (Adj. OR = 3.80; 95% CI 1.93 - 7.50) and professional nursing value at a good level (Adj. OR = 1.09; 95% CI 1.01 - 1.18). From this research, all perioperative nurses should be encouraged to participate and give importance or play a role in health promotion to provide information and health knowledge and continuing care for patients who undergo more surgery, and sustain the career of perioperative nurses who have been working in the operating room from 6 years and up, including promoting good professional values in order to improve the quality of perioperative nursing in accordance with standard.

Keywords : nursing standard, perioperative nurses, professional nursing values, work ability

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดเป็นการให้บริการเฉพาะด้านแก่ผู้ที่เข้ามารับบริการภายในโรงพยาบาลโดยครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัดจนกระทั่งออกจากหน่วยบริการ ดังนั้นคุณภาพและมาตรฐานของการบริการจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ ดังจะเห็นได้จากบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ซึ่งกำหนดสิทธิของประชาชนและหน้าที่ของรัฐเกี่ยวกับประสิทธิภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขในมาตรา 55 ว่ารัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] ในประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1975 ได้มีการกำหนดให้หน่วยงานตรวจสอบมาตรฐานวิชาชีพ (Professional Standard Review Organization : PSRO) เพื่อการควบคุมคุณภาพ มีองค์กรเอกชนร่วมทำหน้าที่รับรองคุณภาพโรงพยาบาล (The Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organization : JCAHO) ส่งผลให้ฝ่ายการพยาบาลทุกโรงพยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลในทุกระดับเพื่อพร้อมรับการตรวจสอบ โดยสมาคมพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา (The American Nurse Association : ANA) ได้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปในแนวทางเดียวกันและ

สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดในประเทศสหรัฐอเมริกา (Association of peri Operative Registered Nurses : AORN) ได้สร้างมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดและใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งองค์การเหล่านี้ต่างมีจุดประสงค์ในการสร้างมาตรฐานเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ควบคุมคุณภาพ[2] ในประเทศไทยสภาการพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานหลักของบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ทั้งที่เป็นบริการในชุมชนและในสถานบริการด้านการสาธารณสุขเพื่อให้หน่วยงานนำไปใช้ในการสร้างมาตรฐานที่เฉพาะเจาะจงสำหรับแต่ละหน่วยงานซึ่งจะนำไปสู่การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลขึ้นเพื่อให้บุคลากรพยาบาลได้ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพอีกทั้งยังใช้เป็นเกณฑ์ประเมินคุณภาพการพยาบาลโดยมาตรฐานเน้นที่การปฏิบัติการพยาบาลเนื่องจากเชื่อว่าเป็นแนวทางที่ทำให้เกิดคุณภาพสูงสุดแก่ผู้รับบริการ ดังนั้นเพื่อให้บุคลากรพยาบาลได้ให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพ จึงได้มีการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลและสนับสนุนการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ[3] กล่าวได้ว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานพยาบาลผ่าตัดต้องใช้ความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพในการทำงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากอันตรายที่คุกคามชีวิต ซึ่งเป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด คือ การช่วยให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลในการส่งเสริมการฟื้นฟูหรือการรักษาสุขภาพที่ดีที่สุด พยาบาลผ่าตัดจึงเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีความเข้าใจรวมถึงความรู้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

ในปัจจุบันผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีสถิติสูงขึ้นระบบการบริการทางสุขภาพได้มีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับการรักษาโรคในภาวะสุขภาพปัจจุบันรวมถึงอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น หากพยาบาลขาดความรู้ความสามารถหรือมีทักษะในการปฏิบัติงานตามบทบาทตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดไม่มากพอ ย่อมส่งผลต่อการรักษาผู้ป่วยโดยตรง[4] จากสถิติของสำนักประกัน Maginnis and Associates พยาบาลผ่าตัด จำนวน 4,800 คน ในสหรัฐอเมริกาเลือกทำประกันคุ้มครองความเสี่ยงเพื่อเป็นตัวแทนรับผิดชอบชดเชยเงินเมื่อถูกฟ้องร้องจากผู้รับบริการ โดยพบว่า พยาบาลผ่าตัดเกือบร้อยละ 1 ของผู้ทำประกันไว้ถูกฟ้องร้องคดีเกี่ยวกับสิ่งแปลกปลอมตกค้างในร่างกายผู้ป่วยขณะทำการผ่าตัด เกิดแผลไฟไหม้จากเครื่องจี้ไฟฟ้า คดีเกิดการบาดเจ็บเส้นประสาท คดีผ่าตัดเข่าผิดข้าง คดีบาดเจ็บจากการจัดท่าสำหรับผ่าตัด[5] จากเหตุการณ์เหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยอาจจะจำเป็นต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ผู้ป่วยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมไปถึงโรงพยาบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น เกิดผลเสียต่อโรงพยาบาลตามมา เช่น เกิดการฟ้องร้อง เกิดข้อร้องเรียน เกิดการจ่ายค่าชดเชยจากความผิดพลาด เสื่อมเสียชื่อเสียงโรงพยาบาลหรือแม้แต่บางกรณีอาจเกิดผลเสียต่อพยาบาลเองจากการปฏิบัติไม่ได้มาตรฐาน เช่น พยาบาลโดนของมีคมติดเชื้อจากการสัมผัสสารคัดหลั่งผู้ป่วย ดังนั้นทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการจึงมีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายสูงหากไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแล จากรายงานประจำปี พ.ศ. 2556 ของสภาการพยาบาล เรื่องการดำเนินงานด้านจริยธรรมและคดีความซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการร้องเรียนการประพฤติผิดจริยธรรมตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 อาทิ

การประกอบวิชาชีพไม่ได้มาตรฐานของวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ไม่คำนึงถึงความปลอดภัยและความสิ้นเปลืองของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ[6] เมื่อพิจารณาจากสถิติเรื่องการร้องเรียนเกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีแนวโน้มมากขึ้น สะท้อนถึงปัญหาด้านคุณภาพและมาตรฐานการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความเป็นมาตรฐานทั้งในด้านวิชาการและด้านการปฏิบัติงาน ความสามารถในการทำงานเป็นความพร้อมของบุคคลต่อความสามารถในการทำงานของตนเองในปัจจุบันและอนาคต ตามแนวคิดที่เกี่ยวกับความสามารถในการทำงานของ Ilmarinen[7,8] ยังพบว่า ความสามารถในการทำงานมีการเปลี่ยนแปลงตลอดชีวิตการทำงาน โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำงานหลายปัจจัย นั่นคือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ 2) ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ดัชนีมวลกายและพฤติกรรมสุขภาพ 3) ปัจจัยด้านสมรรถนะเชิงวิชาชีพ ได้แก่ การศึกษา ประสบการณ์การทำงานและทักษะความชำนาญ และ 4) ปัจจัยด้านคุณค่าและทัศนคติในการทำงาน เหล่านี้มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล

ค่านิยมถือเป็นคุณลักษณะของบุคคลที่มีส่วนประกอบของอารมณ์และความรู้สึกผสมกันอยู่ภายในจิตใจของแต่ละบุคคล โดยค่านิยมจะมีอิทธิพลต่อการชี้นำพฤติกรรมของบุคคลเป็นคุณลักษณะที่ควบคุมความคิดการตัดสินใจกระทำหรือไม่กระทำการใดๆ[9] ค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาล คือ ความรู้สึกที่ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มีต่อวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการประกอบวิชาชีพการพยาบาล โดยที่ค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาลนั้นจะแสดงออกทางพฤติกรรม ความรู้สึก ความรู้และการแสดงออกทางการกระทำ[10] เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจ ตลอดจนเพื่อความเจริญก้าวหน้าของวิชาชีพการพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ตามมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ ปรับปรุงครั้งที่ 2 ปี พ.ศ. 2550[3] และหาความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ความสามารถในการทำงาน ค่านิยมในวิชาชีพกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ทั้งนี้ผลจากการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพในการปฏิบัติงานพยาบาลบริการผู้ป่วยผ่าตัดในโรงพยาบาล ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพและประสิทธิภาพในการให้บริการและนำมาซึ่งประโยชน์ต่อผู้รับบริการรวมถึงองค์กรต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ประเมินการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวัดระดับความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ความสามารถในการทำงาน ค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลผ่าตัด ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

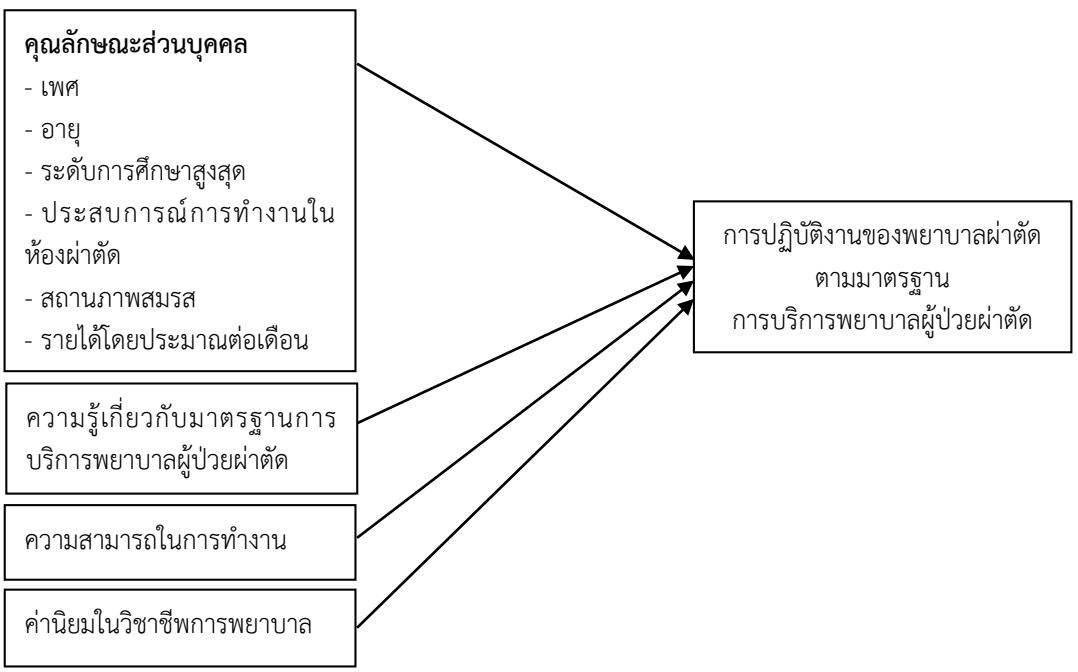
2. หาความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ความสามารถในการทำงาน ค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาล กับการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด สถานภาพสมรส และรายได้โดยประมาณต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

2. ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ความสามารถในการทำงาน และค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย โดยการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งเต็มเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในห้องผ่าตัดเต็มเวลาอย่างน้อย 6 เดือน 2) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยหลังได้รับการบอกกล่าวอย่างเต็มใจ และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และมีเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยผ่าตัดในห้องผ่าตัดที่อยู่ระหว่างลาพักร้อน ลาป่วย ลาคลอด

และลาศึกษาดูงานในช่วงการเก็บข้อมูล ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 205 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด สถานภาพสมรส รายได้โดยประมาณต่อเดือน จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ. 2550[3] ลักษณะคำตอบเป็นแบบตอบใช่และไม่ใช่ จำนวน 20 ข้อ คะแนนรวม 20 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน นำคะแนนรายข้อมารวมกันเป็นคะแนนรวม โดยมีการแปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ[11] คือ ดี ปานกลาง ต้องปรับปรุง โดยใช้ร้อยละของค่าคะแนน คือ ช่วงร้อยละ 80 ขึ้นไป ร้อยละ 60 – 79 และต่ำกว่าร้อยละ 60 ลงมาตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ความสามารถในการทำงาน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยแปลและปรับจากแบบประเมินความสามารถในการทำงานตามตัวชี้วัดความสามารถในการทำงาน (Work Ability Index : WAI) ซึ่งพัฒนาโดยสถาบันอาชีวอนามัยแห่งประเทศฟินแลนด์[7,8,12,13] มีทั้งหมด 7 ตัวชี้วัด จำนวนทั้งหมด 10 ข้อ เมื่อนำคะแนนรวมทั้งหมดตั้งแต่ตัวชี้วัดที่ 1 - 7 มารวมกัน การแปลผลคะแนนอยู่ระหว่าง 7 - 49 คะแนน โดยแบ่งระดับความสามารถในการทำงานออกเป็น 4 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง และต้องปรับปรุง มีค่าคะแนนระหว่าง 44 - 49, 37 - 43, 28 - 36 และ 7 - 27 คะแนนตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างตามแนวคิดของ Wallack, Goodale & Smith[14] ซึ่งได้สร้างเครื่องมือแบบใช้วัดค่านิยมการทำงาน (The Survey of Work Value : SWV) โดยแบ่งค่านิยมในการทำงานออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ค่านิยมที่มาจากภายในและ ค่านิยมในการทำงานที่มาจากสิ่งแวดล้อมภายนอก มีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ โดยให้ผู้ตอบเลือก 5 ระดับ คือ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด โดยให้คะแนนจาก 1 - 5 ตามลำดับตาม การแปลผลคะแนนใช้ร้อยละของคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ดี ปานกลาง ต้องปรับปรุง โดยใช้คะแนนที่อยู่ในช่วงร้อยละ 80 ขึ้นไป ร้อยละ 60 - 79 และต่ำกว่าร้อยละ 60 ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 การปฏิบัติงานของพยาบาลตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โดยคำถามเป็นไปตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ. 2550[3] เนื้อหาครอบคลุมทั้ง 9 มาตรฐาน จำนวนทั้งหมด 91 ข้อ ลักษณะคะแนนของคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ แบ่งเป็น 3 ตัวเลือก โดยให้คะแนนแต่ละข้อตามการปฏิบัติจริง คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย = 0 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง = 0 คะแนน และปฏิบัติทุกครั้ง = 1 คะแนน การแปลผลคะแนน ใช้ร้อยละของคะแนนแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ดีและปรับปรุง โดยใช้คะแนนที่อยู่ในช่วงร้อยละ 80 ขึ้นไปและต่ำกว่าร้อยละ 80 ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสร้างมาตรฐานในการปฏิบัติงานและการประเมิน การประยุกต์ใช้สถิติทางระบาดวิทยา และการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของเกณฑ์การให้คะแนน และความถูกต้องของการวัด จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ถูกต้องและเหมาะสมตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับพยาบาลผ่าตัดในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เท่ากับ 0.71 แบบสอบถามความสามารถในการทำงาน เท่ากับ 0.80 แบบสอบถามค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาล เท่ากับ 0.95 และแบบสอบถามการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเท่ากับ 0.99

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ MURA 2016/416 วันที่รับรอง 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 สิ้นสุดการรับรองวันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2560

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ จากนั้นผู้วิจัยได้ติดต่องานวิจัยและสารสนเทศการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากพยาบาล โดยมีหนังสือยินดีอนุมัติให้เข้าเก็บข้อมูลได้

2. ผู้วิจัยประสานงานกับฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเพื่อส่งแบบสอบถามให้แก่พยาบาลผ่าตัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 205 ชุด โดยชุดเอกสารแต่ละชุดประกอบด้วย เอกสารชี้แจงโครงการ เอกสารแสดงความยินยอมและแบบสอบถาม โดยหัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัดส่งแบบสอบถามให้หัวหน้าห้องผ่าตัดที่เกี่ยวข้องเพื่อให้พยาบาลผ่าตัดที่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยตอบแบบสอบถาม จากนั้นหัวหน้าห้องผ่าตัดส่งแบบสอบถามคืนงานการพยาบาลผ่าตัดและฝ่ายการพยาบาล ผู้วิจัยติดตามรับแบบสอบถามตอบกลับคืนจากฝ่ายการพยาบาล ซึ่งใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 1 เดือน คือ ตั้งแต่วันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึง 25 ธันวาคม พ.ศ. 2559

3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับมาตรวจสอบความสมบูรณ์และนำมาวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป รายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด สถานภาพสมรส รายได้

โดยประมาณต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ความสามารถในการทำงาน ค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาล และการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการผู้ป่วยผ่าตัด โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ความสามารถในการทำงาน ค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาลกับการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยไบนารีโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ที่ระดับ $p < .05$

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.7 โดยมีอายุระหว่าง 22 - 29 ปี ร้อยละ 60.5 อายุน้อยที่สุด 22 ปี อายุมากที่สุด 60 ปี และอายุเฉลี่ย 31.29 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 71.7 รองลงมาสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 26.8 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 82.4 มีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดน้อยกว่า 6 ปี ร้อยละ 57.6 มีรายได้โดยประมาณต่อเดือนอยู่ระหว่าง 20,001 - 30,000 บาท ร้อยละ 46.8 มีรายได้เฉลี่ยรวมโดยประมาณต่อเดือน 35,075.12 บาท

การปฏิบัติงานตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 9 มาตรฐาน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67.8 มีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาในรายมาตรฐาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด มากที่สุดในมาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ร้อยละ 97.1 รองลงมา คือ มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ร้อยละ 96.1 และมาตรฐานที่ 2 การพยาบาลระยะผ่าตัด ร้อยละ 89.8 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในระดับต้องปรับปรุง มากที่สุดในมาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 58.0 รองลงมา คือ มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 59.0 และมาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 68.8 (ตารางที่ 1)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด อยู่ในระดับดี ร้อยละ 79.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 20.5 มีค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาล อยู่ในระดับดี ร้อยละ 95.1 และระดับปานกลาง ร้อยละ 4.4 (ตารางที่ 2) และมีความสามารถในการทำงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 68.3 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโดยรวมและรายด้าน (n = 205)

การปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	ปฏิบัติตามมาตรฐานอยู่ในระดับดี		ปฏิบัติตามมาตรฐานอยู่ในระดับต้องปรับปรุง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด	155	75.6	50	24.4
มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลระยะผ่าตัด	184	89.8	21	10.2
มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด	197	96.1	8	3.9
มาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง	141	68.8	64	31.2
มาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ	119	58.0	86	42.0
มาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองสุขภาพ	173	84.4	32	15.6
มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ	121	59.0	84	41.0
มาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	199	97.1	6	2.9
มาตรฐานที่ 9 การบันทึกทางการพยาบาล	178	86.8	27	13.2
รวม	**139**	**67.8**	**66**	**32.2**

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลผ่าตัดในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งโดยรวม (n = 205)

ตัวแปร	ระดับ					
	ดี		ปานกลาง		ต้องปรับปรุง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	163	79.5	42	20.5	-	-
ค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาล	195	95.1	9	4.4	1	0.5

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับความสามารถในการทำงานของพยาบาลผ่าตัดในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งโดยรวม (n = 205)

ตัวแปร	ระดับ							
	ดีมาก		ดี		ปานกลาง		ต้องปรับปรุง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการทำงาน	39	19.0	140	68.3	25	12.2	1	0.5

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาล และความสามารถในการทำงานกับการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาล และความสามารถในการทำงาน กับการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยใช้ Binary logistic regression ด้วยวิธี Forward LR มีตัวแปรทั้งหมด 9 ตัว คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด รายได้โดยประมาณต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาล และความสามารถในการทำงาน ผลการป้อนกลับ พบว่า

ขั้นตอนที่ 1 ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อตัวแปรตามที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการตัวแปรแรก คือ ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด มีค่า Nagelkerke R Square เท่ากับ 0.106

ขั้นตอนที่ 2 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตามที่ถูกคัดเลือกเข้ามาในสมการขั้นตอนที่ 2 คือ ค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาล เมื่อรวมกับประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด มีค่า Nagelkerke R Square เท่ากับ 0.143 ซึ่งสามารถอธิบายความผันแปรของการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในระดับปฏิบัติตามมาตรฐานได้เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80 ได้ ร้อยละ 14.3 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ความสามารถในการทำงาน และค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาล กับการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยใช้วิธี Forward LR (n = 205 คน)

ขั้นตอน	ตัวแปร	Nagelkerke R Square
1	ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด	0.106
2	ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด ค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาล	0.143

ผลการวิจัย พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้โดยประมาณต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และความสามารถในการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และผลการวิจัย พบว่า พยาบาลผ่าตัดที่มีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป จะมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดดีเป็น 3.80 เท่า เมื่อเทียบกับพยาบาลผ่าตัดที่มีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดน้อยกว่า 6 ปีลงไป (Adj. OR = 3.80; 95% CI 1.93 - 7.50) พยาบาลผ่าตัดที่มีค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาลระดับดี จะมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วย

ผ่าตัดดีเป็น 1.09 เท่า เมื่อเทียบกับพยาบาลผ่าตัดที่มีค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาลในระดับปานกลางหรือต้องปรับปรุง (Adj. OR = 1.09; 95% CI 1.01 - 1.18) รายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง (n = 205 คน)

ตัวแปร	Crude OR	Adjusted OR	95% CI	p-value
ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด (ปี)				
< 6	1	1		
≥ 6	3.65	3.80	1.93 - 7.50	<0.001
ค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาล				
ปานกลาง/ต้องปรับปรุง	1	1		
ดี	1.08	1.09	1.01 - 1.18	0.016

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จากผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดของพยาบาลผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 67.8) อภิปรายได้ว่า การปฏิบัติงานตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเป็นสิ่งที่พยาบาลผ่าตัดจำเป็นต้องปฏิบัติ เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ รวมไปถึงอาจเป็นเพราะโรงพยาบาลแห่งนี้ได้รับการรับรองคุณภาพ Hospital Accreditations (HA) จากสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมีการปรับปรุงการปฏิบัติงาน เพื่อตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการที่มีต่อการพยาบาล อีกทั้งมีสภาการพยาบาล[15] ที่กำหนดมาตรฐานหลักของการบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์เพื่อให้หน่วยงานนำไปใช้ในการสร้างมาตรฐานที่เฉพาะเจาะจงสำหรับแต่ละหน่วยงานซึ่งจะนำไปสู่การให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ รวมไปถึงยังมีชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ที่ได้จัดทำมาตรฐานการพยาบาลปริศัลยกรรมขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้กับพยาบาลทั่วประเทศ โดยครอบคลุมถึงมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์[16] และการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดยังเป็นหนึ่งในการเรียนการสอนของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจึงทำให้พบว่าพยาบาลผ่าตัดส่วนใหญ่ปฏิบัติงานตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

เมื่อพิจารณาในรายมาตรฐาน พบว่า การปฏิบัติงานตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดของพยาบาลผ่าตัดอยู่ในระดับดีมากที่สุดในมาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (ร้อยละ 97.1) รองลงมา คือ มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด และมาตรฐานที่ 2 การพยาบาลระยะผ่าตัด (ร้อยละ 96.1 และร้อยละ 89.8 ตามลำดับ) อภิปรายได้ว่า ในการให้การ

พยาบาลนั้นพยาบาลปฏิบัติงานโดยเคารพในศักดิ์ศรีและพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยมากที่สุดโดยยึดหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณของวิชาชีพ [3,10,15,16] และเน้นการปฏิบัติงานในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ที่เข้ามารับบริการผ่าตัดของโรงพยาบาลได้รับการบริการที่ปลอดภัย และจากผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติงานตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดของพยาบาลผ่าตัดอยู่ในระดับควรปรับปรุงมากที่สุดในมาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 58.0) มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ และมาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง (ร้อยละ 59.0 และร้อยละ 68.8 ตามลำดับ) อภิปรายได้ว่าอาจเนื่องพยาบาลผ่าตัดส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 22 - 29 ปี (ร้อยละ 60.5) และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดในอยู่ระหว่าง 6 เดือนถึง 5 ปี (ร้อยละ 57.6) ซึ่งบทบาทในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ รวมไปถึงการดูแลต่อเนื่องนั้นตามเกณฑ์การประเมินสมรรถนะของพยาบาลผ่าตัดนั้นพยาบาลผ่าตัดที่มีหน้าที่รับผิดชอบหรือสามารถทำได้จะต้องมีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด 5 - 10 ปี หรือที่อยู่ในระดับผู้ปฏิบัติหรือผู้ชำนาญการ [16] ซึ่งพยาบาลผ่าตัดที่มีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดน้อยจะยังไม่ได้รับมอบหมายให้หมุนเวียนมาทำหน้าที่ดังกล่าว จึงทำให้พบว่าการปฏิบัติงานในการสร้างเสริมสุขภาพ การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยของพยาบาลผ่าตัดอยู่ในระดับควรปรับปรุง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ความสามารถในการทำงาน ค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาล กับการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

คุณลักษณะส่วนบุคคล

พบว่า ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่าพยาบาลผ่าตัดที่มีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป จะมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานดี เป็น 3.80 เท่า เมื่อเทียบกับพยาบาลผ่าตัดที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 6 ปี ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อภิปรายได้ว่า ประสบการณ์การทำงานที่มากกว่าสามารถส่งเสริมให้การปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดซึ่งต้องใช้ทั้งความรู้และทักษะความชำนาญพิเศษเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและช่วยให้การผ่าตัดหรือหัตถการนั้นสำเร็จลุล่วง [5,9] ตามมาตรฐานได้มากกว่า รวมไปถึงประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดที่มีมากจะช่วยให้ปฏิบัติงานได้ถูกต้องและมีคุณภาพสอดคล้องกับแนวคิดของ Ilmarinen และคณะ [7] ที่กล่าวว่าความรู้และทักษะของบุคคลมีผลต่อการปฏิบัติงานโดยต้องมีสิ่งเหล่านี้ที่พร้อมจะส่งผลให้งานประสบความสำเร็จ และรวมถึงจะต้องมีการเรียนรู้อยู่ตลอดชีวิต และทั้งนี้การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ การสะสมประสบการณ์ การเชื่อมโยงความรู้ใหม่ๆ กับความรู้ที่มีอยู่เดิม จะช่วยให้เข้าใจการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ดีและรวดเร็วขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องการประเมินการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ งานพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราชของ ตรีสุคนธ์ วิริยโกศล [17] ที่พบว่า ประสบการณ์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ วีกุญญา ลือเลื่อง และ วิภาพร วรหาญ [4] ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตาม

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่พบว่า ตัวแปรที่ร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานตามบทบาท คือ ประสบการณ์การทำงาน เช่นเดียวกับ รุจิรางค์ วรรณ์ธนาทัศน์[18] ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม พบว่า ประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อภิปรายได้ว่า อาจเนื่องจากความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเป็นความรู้ที่พยาบาลผ่าตัดทุกคนมีอยู่แล้วในระดับที่สามารถปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการทุกคน ดังที่ Bloom, Englehart, Furst, Hill & Krathwohl[11] ได้กล่าวถึงความรู้ในระดับของการนำไปใช้ว่าเป็นความสามารถในการนำความรู้ ความจำและความเข้าใจไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างได้ผล โดยที่ความสามารถในการนำไปใช้นี้ หมายถึง ความสามารถในการนำไปใช้แก้ปัญหาซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นใหม่เพื่อแก้สถานการณ์ให้สำเร็จ แสดงว่าไม่ว่าจะเป็นพยาบาลผ่าตัดที่มีความรู้ในระดับดี (ร้อยละ 79.5) หรือในระดับปานกลาง (ร้อยละ 20.5) ก็จะมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดซึ่งเป็นสิ่งที่พยาบาลผ่าตัดทุกคนพึงปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ

ความสามารถในการทำงาน

ความสามารถในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อภิปรายได้ว่า จากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลผ่าตัดส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำงานอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 68.3) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทัศนีย์ วงศ์เกษมศักดิ์[19] ที่พบว่าความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งความสามารถในการทำงานนั้นหมายถึง ความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการทำงานของพยาบาลผ่าตัดเพื่อให้งานที่ปฏิบัติบรรลุวัตถุประสงค์[7,12] แสดงว่าความสามารถในการทำงานของพยาบาลผ่าตัดไม่ว่าจะอยู่ในระดับดีมาก ดี ปานกลาง หรือควรปรับปรุงก็มีการปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะพยาบาลผ่าตัดมีการปฏิบัติงานที่มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและที่ค่อนข้างแน่นอนตามแบบแผนการผ่าตัด รวมถึงพยาบาลผ่าตัดต้องได้รับการฝึกทักษะในการปฏิบัติงานมาอย่างดีเพื่อให้มีการปฏิบัติงานได้โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาล

ค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .016$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน และพบว่า พยาบาลผ่าตัดที่มีค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาลในระดับดี จะมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดดี เป็น 1.09 เท่า เมื่อเทียบกับพยาบาลผ่าตัดที่มีค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาลระดับปานกลางและต้องปรับปรุง สอดคล้องกับ Horton, Tschudin & Forget[20] ได้กล่าวถึงเรื่องค่านิยมของพยาบาลเน้นในค่านิยมองค์การและ

ค่านิยมวิชาชีพ โดยทบทวน 32 บทความ ที่ตีพิมพ์ในประเทศอังกฤษ ระหว่างปี ค.ศ. 2000 - 2006 พบว่า ค่านิยมมีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรตามค่านิยมส่วนบุคคลและค่านิยมวิชาชีพที่บุคคลนั้นๆ มี อภิปรายได้ว่า พยาบาลผ่าตัดที่มีค่านิยมในวิชาชีพที่ดีจะส่งผลให้มีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานได้ดี เนื่องจากค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาลที่ดี มีอิทธิพลต่อการประกอบวิชาชีพการพยาบาล โดยค่านิยมจะแสดงออกทางพฤติกรรม ความรู้สึก ความรู้ และการแสดงออกทางการกระทำ[10] ซึ่งแนวคิดความสามารถในการทำงานของ Ilmarinen และคณะ[7,8,12] ได้อธิบายเกี่ยวกับองค์ประกอบและโครงสร้างของความสามารถในการทำงานในบ้านชั้นที่ 3 ที่เปรียบเหมือนค่านิยมว่าเป็นปัจจัยด้านความสมดุลระหว่างองค์ประกอบของมนุษย์ ถ้าบุคคลมีค่านิยมและทัศนคติที่ดี ย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติงานและส่งผลให้เกิดความมุ่งมั่นสร้างสรรค์งานที่ดีให้กับองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ของ วราภรณ์ ทิพย์สุมานันท์[21] พบว่า ค่านิยมวิชาชีพการพยาบาลระดับดีมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลหรือหัวหน้างานการพยาบาลควรส่งเสริมทักษะประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดให้กับพยาบาลผ่าตัด ไม่ว่าจะเป็นเปิดโอกาสด้านการปฏิบัติงานให้มากขึ้น สนับสนุนการศึกษาดูงานหรือฝึกปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดต่างๆ เป็นต้น เพื่อเป็นการเพิ่มประสบการณ์การทำงาน

2. ผู้บริหารโรงพยาบาลหรือหัวหน้างานการพยาบาล ควรมีการส่งเสริมค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาล เช่น มีการจัดให้รางวัล ประกาศยกย่องหรือมอบค่าตอบแทนกับพยาบาลผ่าตัดที่ปฏิบัติงานตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด เพื่อเป็นแบบอย่างและสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานให้ได้มาตรฐานและมีคุณภาพยิ่งขึ้น

3. ฝ่ายการพยาบาลหรือหัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด ควรส่งเสริมให้พยาบาลผ่าตัดทุกคนมีส่วนร่วมและให้ความสำคัญหรือมีบทบาทในการปฏิบัติงานในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมากขึ้น เพื่อเป็นการพัฒนาให้พยาบาลปฏิบัติงานให้ได้ตามเกณฑ์ทุกมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษารูปแบบหรือโปรแกรมในการปฏิบัติการพยาบาลที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดค่านิยมในวิชาชีพการพยาบาล

2. ศึกษาปัจจัยทำนายหรือปัจจัยจูงใจที่มีผลต่อการคงอยู่ในวิชาชีพของพยาบาลผ่าตัดในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย

3. ศึกษารูปแบบหรือโปรแกรมในการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Constitution of the Kingdom of Thailand of B.E. 2560. Government Gazette. [Internet]. [cited 2019 April 24]. Available from: http://www.parliament.go.th. (in Thai).
2. Yunibhand J. Concepts and principles of nursing standards. In: The 4th conference Nursing standards: Theory and practice. Bangkok: Ruenkaew Printing; 1986. (in Thai).
3. Nursing Division Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Nursing standards in hospitals. 2nd rev.ed. Nonthaburi: The War Veterans Organization of Thailand Printing Factory; 2008. (in Thai).
4. Lueluang W, Vorahan W. Factors influencing role practices of professional nurses at operating room in regional hospitals, Northeast region. [Internet]. [cited 2016 January 25]. Available from: https://gsbooks.gs.kku.ac.th/55/cdgrc13/files/mmo7.pdf. (in Thai).
5. Institute of Medicine. To error is human: building a safer health system. Washing D.C.: National Acadamy Press; 1999. [Internet]. [cited 2017 February 16]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248.
6. Thailand Nursing and Midwifery Council. Annual report 2016 . [Internet]. [cited 2017 April 11]. Available from: http://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/ReAnnualReport2559(1).pdf. (in Thai).
7. Costa G, Goedhard W, Ilmarinen J. Assessment and promotion of work Ability, health and well- being of ageing workers. International congress series. Amsterdam: Elsevier; 2005.
8. Ilmarinen J. Work ability-a comprehensive concept for occupational health research and prevention. Scand J Work Environ Health 2009;35(1):1-5.
9. Ivancevich JM, Matteson MT, Freedman SM, Phillips JS. Worksite stress management interventions. Am Psychol 1990;45(2):252-61.
10. Ibrahim F. Nursing administration. Bangkok: Faculty of Nursing, Mahidol University; 1999. (in Thai).
11. Bloom B, Englehart M, Furst E, Hill W, Krathwohl D. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals, Handbook I: cognitive domain. New York: Longmans; 1956.
12. Ilmarinen J, Tuomi K. Past, present, and future of work ability: proceedings of the 1st International Symposium on Work Ability, 5-6 September 2001, Tampere, Finland. In: Ilmarinen J, Lehtinen S, Tyoterveyslaitos (Finland), (editors). People and work: 65. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 2004.

13. Tareepian N. Factors related to work ability of aging female workers in electronic industries, Ayutthaya province. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Mahidol University; 2010. (in Thai).
14. Wallack S, Goodale JG, Wijting JP, Smith P. Development of the survey of work value. Journal of Applied Psychology 1971;55(4):331-8.
15. Thailand Nursing and Midwifery Council. Law and practice of nursing and midwifery profession. Nonthaburi: The best graphic and print; 1998. (in Thai).
16. Tengkiattrakul S, Butsripoom B, editors. Perioperative nursing. Bangkok: Offset plus; 2015. (in Thai).
17. Viriyakoson T. Assessment of performance for professional nurses in pediatrics nursing division Siriraj Hospital. [Master's Thesis, Faculty of Pharmacy]. Silpakorn University; 2008. (in Thai).
18. Wanthanatas R. Factors affecting professional nurses' performance based on the nursing process at Nakhonpathom Hospital, Nakhonpathom Province. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2016;26(2):103-15. (in Thai).
19. Wongkasemsak T. Factors influencing nurses' performance of professional nurses at Queen Sirikit National Institute of Child Health. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Mahidol University; 2008. (in Thai).
20. Horton K, Tschudin V, Forget A. The value of nursing: a literature review. Nursing Ethics 2007;14(6):716-40.
21. Tipsumanunt W. Nursing performance in relation to nursing council regulations on professional ethics of nurse and midwifery B.E. 2550 among professional nurses in one tertiary hospital. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Mahidol University; 2016. (in Thai).

ความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

Need Assessment to Enhance Physical Therapy Ability of Health Personnel in Subdistrict Health Promoting Hospital, Regional Health Centre 4 Saraburi

จิราพร ขาวผ่อง* นวรัตน์ สุวรรณผ่อง** มธุรส ทิพยมงคลกุล** ณัฐนารี เอมยงค์**
Chiraporn Khaopong,* Nawarat Suwannapong,** Maturos Tipayamongkholgul,** Natnaree Aimyong**
* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร
* Student in Master Degree of Science Program (Public Health), Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok
** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร
** Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok
* Corresponding Author: chocola_ae@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี และหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล สมรรถนะในตนด้านกายภาพบำบัด และคุณลักษณะงาน กับความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามสมรรถนะในตนด้านกายภาพบำบัด เท่ากับ 0.98 แบบสอบถามคุณลักษณะงาน เท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัด เท่ากับ 0.98 โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 361 แห่ง เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม - 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 อัตราการตอบกลับ ร้อยละ 61.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยไบนารีโลจิสติก (Binary Logistic Regression)

Received: December 07, 2018; Revised: April 26, 2019; Accepted: April 28, 2019

ผลการวิจัย พบว่า บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.50 มีสมรรถนะในตนด้านกายภาพบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.20 มีลักษณะงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.40 โดยด้านความหลากหลายของทักษะอยู่ในระดับดี ร้อยละ 44.80 และความสำคัญของงาน ร้อยละ 43.50 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ ความสำคัญของงานระดับดี (Adj. OR = 4.22; 95% CI 2.29 - 7.76) ความเป็นเอกลักษณ์ของงานระดับดี (Adj. OR = 2.27; 95% CI 1.14 - 4.52) การศึกษาระดับปริญญาโท (Adj. OR = 7.16; 95% CI 1.29 - 39.80) และระดับปริญญาตรี (Adj. OR = 6.75; 95% CI 1.38 - 33.06) ค่า Nagelkerke R Square เท่ากับ 0.25

ถ้าบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเห็นความสำคัญของงานและงานนั้นมีความเป็นเอกลักษณ์ โดยเฉพาะผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและปริญญาโท จะเห็นความสำคัญของงานด้านกายภาพบำบัด และบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสมควรได้รับการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้มีความครอบคลุมการดูแลและให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง

คำสำคัญ : ความต้องการด้านกายภาพบำบัด ผู้สูงอายุ สมรรถนะในตน ลักษณะงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This research aimed at assessing the need to enhance the physical therapy ability and finding the relationship between personal characteristics, self-efficacy in physical therapy, job characteristics, and need assessment to enhance physical therapy ability of health personnel in sub-district health promoting hospitals. The research instrument was a questionnaire, which passed the content validity measurement by using Cronbach's alpha coefficient to check reliability. The values were 0.98 for self-efficacy in physical therapy and 0.89 for job characteristics. The value of the need to enhance physical therapy ability was 0.98. Data were collected by sending 361 questionnaires to the directors of subdistrict health promoting hospital. The questionnaires were returned by mail between July 1 – November 30, 2016. The response rate was 61.80%. Data were analyzed using descriptive statistics and binary logistic regression.

The research results revealed that health personnel had the need to enhance their physical therapy ability at a moderate level, 52.50%. Overall self-efficacy in physical therapy was at a moderate level, 76.20%. Overall job characteristics was at a moderate level 83.40%. Variety of skills was at a good level, 44.80%, and task significance was at 43.50%. The factors related to the need assessment to enhance physical therapy ability of health personnel were task significance at a good level (Adj. OR = 4.22; 95% CI 2.29 - 7.76),

task identity at a good level (Adj. OR = 2.27; 95% CI 1.14 - 4.52), education at a master's degree level (Adj. OR = 7.16; 95% CI 1.29 - 39.80) and at a bachelor's degree level (Adj. OR = 6.75; 95% CI 1.38 - 33.06). The Nagelkerke R Square value was 0.25.

Health personnel should be aware of their job characteristics with their responsibility so that they can enhance their physical therapy ability to provide service to those who are elderly and dependent people.

Keywords : need assessment of physical therapy, elderly, self-efficacy, job characteristics, sub-district health promoting hospitals

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรของประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีจำนวนคนพิการ อัมพาต และผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เพิ่มขึ้น ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้โดยส่วนใหญ่จะพักอาศัยอยู่ที่บ้านในชุมชนของตน[1,2] และในปี พ.ศ. 2568 คาดการณ์ว่าจะมีประชากรที่เป็นผู้สูงอายุประมาณ 14 ล้านคน ประชากรไทยที่มีความพิการประมาณ 1.2 ล้านคน และที่เป็นความพิการทางกายร้อยละ 47 ซึ่งเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยนักกายภาพบำบัด[3]

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการเตรียมการเพื่อรองรับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ กรมอนามัยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานี้ จึงมีการดำเนินการโครงการพัฒนาระบบการบริการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยอาสาสมัครที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ปฏิบัติงานภายใต้ผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในแต่ละตำบล จึงส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ต้องการให้หน่วยงานแสวงหาความร่วมมือทางการดูแลด้านกายภาพบำบัดเพื่อให้บุคลากรได้พัฒนาความสามารถของตน ให้มีการส่งเสริมการศึกษาต่อเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถใหม่ๆ ในการดูแลด้านกายภาพบำบัด และสามารถถ่ายทอดความรู้การดูแลผู้ป่วยทางกายภาพบำบัดแก่ญาติหรือผู้ดูแล หรืออาสาสมัครสาธารณสุขได้อย่างถูกต้องเหมาะสม[4] และหากบุคลากรสาธารณสุขของ รพ.สต. มีความต้องการการพัฒนาความสามารถของตนเอง จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีประสิทธิภาพที่จะปฏิบัติงานที่มีความหลากหลายในงานอาชีพนั้น ทำให้มีศักยภาพพร้อมที่จะก้าวหน้าต่อไป ช่วยก่อให้เกิดการเพิ่มผลผลิต และประสิทธิภาพการทำงานอย่างสูงสุด ซึ่งการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะ และสร้างทัศนคติอันดีจะส่งเสริมให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงความต้องการและความยากของงาน และเพื่อยกระดับความสามารถในความรับผิดชอบที่สูงขึ้นของผู้ปฏิบัติงาน[5-7]

ปัจจุบันประเทศไทยยังขาดแคลนนักกายภาพบำบัดในระบบบริการสุขภาพ จากข้อมูลของสภากายภาพบำบัด[8,9] พบว่า มีนักกายภาพบำบัดที่ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดประมาณ 8,000 คน แต่มีนักกายภาพบำบัดที่ประมาณการว่ายังคงปฏิบัติงานบริการในระบบสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนเพียง 5,000 คน ในปี พ.ศ. 2558 จากผลการวิเคราะห์อัตรากำลังของ

กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนนักกายภาพบำบัดที่ควรจะมีเฉพาะในส่วนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีเพียงแค่ครึ่งหนึ่งของจำนวนที่ต้องการ และผลการสำรวจจำนวนและการกระจายตัวของนักกายภาพบำบัดของชมรมนักกายภาพบำบัดชุมชนปี พ.ศ. 2557 พบว่า โรงพยาบาลชุมชนประมาณร้อยละ 44 มีนักกายภาพบำบัดเพียง 1 คน ซึ่งไม่เพียงพอต่อลักษณะงานของนักกายภาพบำบัดชุมชนที่ต้องให้บริการกายภาพบำบัดทั้งในเชิงรุกหรือตั้งรับ ดังนั้นหากมีนักกายภาพบำบัดหรือการให้บริการทางกายภาพบำบัดใน รพ.สต. จะช่วยให้สามารถขยายการให้บริการที่เข้าถึงผู้ป่วย ผู้สูงอายุ และผู้พิการได้อย่างทั่วถึง[1-3]

พ.ศ. 2558 ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เริ่มดำเนินการโครงการนำร่องเรื่องการพัฒนาระบบการบริการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี โดยอาสาสมัครที่จะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) จะได้รับการฝึกอบรมเพื่อดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของตนเอง โดยใช้คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) จะปฏิบัติงานภายใต้ผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุคลากรสาธารณสุขของ รพ.สต. ในแต่ละตำบล และจากรายงานโครงการของศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ประเมินโดยนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล[4] ประเมินทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ปัญหาที่พบมากสุด คือ ผู้สูงอายุและญาติให้ความร่วมมือในการแก้ปัญหาทางสุขภาพน้อยมาก โดยเฉพาะด้านการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่เอื้อต่อการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพและความร่วมมือของผู้สูงอายุในเรื่องการออกกำลังกาย ผู้ดูแลผู้สูงอายุก็มีปัญหาเรื่องขาดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการดูแล ทำให้ผู้สูงอายุและญาติขาดการยอมรับในตัวผู้ดูแล จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาในการดูแลด้านกายภาพบำบัด ซึ่งในแต่ละ รพ.สต. ไม่ได้มีนักกายภาพบำบัดอยู่ปฏิบัติงานประจำ มีเพียงนักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลชุมชนร่วมให้บริการตามความเหมาะสมเท่านั้น[10] จึงไม่มีผู้ที่มีความสามารถเฉพาะทางช่วยให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ขณะปฏิบัติงาน โรงพยาบาลชุมชนเองก็มีนักกายภาพบำบัดไม่เพียงพอต่อลักษณะงาน หากบุคลากรสาธารณสุขในแต่ละ รพ.สต. ได้รับการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดจะสามารถช่วยดูแลฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดเบื้องต้น เช่น การช่วยบริหารร่างกาย การเคลื่อนย้ายตัวเองบนเตียงให้แก่ผู้มีภาวะพึ่งพิง เป็นต้น อีกทั้งยังสามารถถ่ายทอดความรู้หรือให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ และอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงและญาติมีการยอมรับและความเชื่อมั่นในตัวผู้ดูแลมากขึ้น

บุคคลที่รับรู้ถึงสมรรถนะในตนของตนเองจะสามารถรับรู้ความต้องการของตนเอง Bandura พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการที่บุคคลตัดสินเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ และหากบุคคลใดมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูงและมีความคาดหวังผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำสูง บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่ตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน[11,12] ส่วน Hackman & Oldham กล่าวว่า ผลลัพธ์ของงานที่มีประสิทธิภาพเกิดขึ้นจากคุณลักษณะของงาน 5 ด้าน คือ ความหลากหลายของทักษะ ความเป็นเอกลักษณ์ของงาน ความสำคัญของงาน ความเป็นอิสระของงาน และ

ผลย้อนกลับของงาน และลักษณะงานที่ดีจะเป็นเสมือนแรงจูงใจในการทำงานของบุคคลที่จะทำให้รู้สึกอยากทำงาน[13,14]

การพัฒนาบุคลากรเป็นกิจกรรมที่สำคัญของกระบวนการจัดการมนุษย์ในองค์กร ซึ่งวัตถุประสงค์หลักของการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และสร้างทัศนคติอันดีเพื่อให้ทำงานได้มีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงความต้องการและความยากของงาน และเพื่อยกระดับความสามารถในความรับผิดชอบที่สูงขึ้นของผู้ปฏิบัติงาน[5-7] ฉะนั้นหากบุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต. มีความต้องการการพัฒนาความสามารถของตนเอง จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีประสิทธิภาพที่จะปฏิบัติงานที่มีความหลากหลายในงานอาชีพนั้น ทำให้มีศักยภาพพร้อมที่จะก้าวหน้าต่อไป ช่วยก่อให้เกิดการเพิ่มผลผลิต และประสิทธิภาพการทำงานอย่างสูงสุด

จากที่กล่าวข้างต้น การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้รับบริการที่ควรได้รับการบริการทางกายภาพบำบัด ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านกายภาพบำบัด บริบทของ รพ.สต. ที่สามารถช่วยขยายการให้บริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง จึงเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้การดูแลด้านกายภาพบำบัดแก่ผู้มีภาวะพึ่งพิงมีความสำคัญและเด่นชัดมากขึ้น และปัจจุบันทางศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ร่วมกับสำนักส่งเสริมสุขภาพ ได้ดำเนินโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 4 จังหวัดใน 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสระบุรี จังหวัดลพบุรี จังหวัดนครนายก และจังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งมี รพ.สต. อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ 361 แห่ง[15] เพื่อให้บุคลากรของ รพ.สต. สามารถปฏิบัติงานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดของบุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ภายในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ใน 4 จังหวัด ที่ได้ดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และหน่วยวิเคราะห์ (Unit of analysis) ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา คือ รพ.สต. โดยมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้อำนวยการ รพ.สต. หรือผู้รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการ รพ.สต. ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจในการพิจารณาสนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ได้พัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัด เป็นตัวแทนของ รพ.สต. แต่ละแห่ง ในการตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดของบุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี และหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล สมรรถนะในตนด้านกายภาพบำบัด และลักษณะงาน กับความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดของบุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานบริการเชิงรุกในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

2. เพื่ออธิบายลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน จำนวนงานที่รับผิดชอบ การได้รับการอบรมด้านกายภาพบำบัด ของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

3. เพื่อประเมินสมรรถนะในตนด้านกายภาพบำบัดของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

4. เพื่อประเมินลักษณะงาน ได้แก่ ความหลากหลายของทักษะ ความเป็นเอกลักษณ์ของงาน

ความสำคัญของงาน ความเป็นอิสระของงาน และผลป้อนกลับของงาน ของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

5. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล สมรรถนะในตนด้านกายภาพบำบัด และลักษณะงาน กับความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยเลือกองค์กร (Organizations) เป็นหน่วยวิเคราะห์ (Unit of analysis) ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ในที่นี้ คือ รพ.สต. จำนวน 361 แห่ง ซึ่งมีบุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. เป็นตัวแทนของ รพ.สต. แต่ละแห่ง ในการตอบแบบสอบถามการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ซึ่งหมายถึง ตัวแทนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ในที่นี้หมายถึง บุคลากรผู้ที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือผู้รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย จังหวัดสระบุรี จังหวัดลพบุรี จังหวัดนครนายก และจังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 361 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้อำนวยการ รพ.สต. หรือผู้รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการ รพ.สต. ที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ลาป่วย ลากิจ ลาพักร้อน ไปปฏิบัติราชการที่อื่นในช่วงที่เก็บข้อมูล ในการวิจัยนี้เนื่องจากจำนวนประชากรน้อย และเพื่อป้องกันในกรณีได้รับแบบสอบถามกลับมาไม่ครบ หรือแบบสอบถามที่ได้รับไม่สมบูรณ์ หรืออาจจะไม่สามารถติดตามแบบสอบถามคืนกลับได้ ผู้วิจัยจึงเก็บตัวอย่างทั้งหมด 361 คน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ทั้งหมด 361 แห่ง

จากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 361 ชุด ได้แบบสอบถามกลับคืน จำนวน 223 ชุด คิดเป็นร้อยละ 61.80 ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดได้และสามารถอธิบายได้โดยใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel[16]

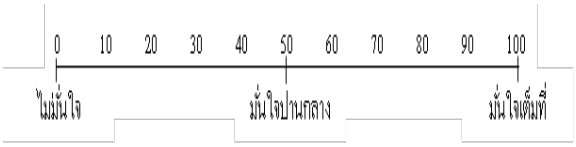
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ทั้งหมด จากการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ได้แก่ จังหวัดที่ทำงาน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน จำนวนงานที่รับผิดชอบ การได้รับการอบรมด้านกายภาพบำบัด โดยลักษณะคำถามมีทั้งคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 สมรรถนะในตนด้านกายภาพบำบัด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีของ Bandura[17] เป็นหลักมาประยุกต์ใช้ร่วมกับลักษณะงานกายภาพบำบัดชุมชน[18] และเป็นงานกายภาพบำบัดตามแผนการสอนในคู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ[19] จำนวน 27 ข้อ และวัดการรับรู้

สมรรถนะในตนโดยใช้วิธีการวัดความเข้มแข็งหรือความมั่นใจ[20] ซึ่งเป็นวิธีวัดโดยการถามผู้ตอบถึงความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติงานที่มีความยากของงานเพิ่มขึ้นได้เพียงใด ลักษณะคะแนนของคำตอบเป็นมาตรประมาณค่าแบบ Visual Rating Scales ซึ่งประเมินระดับความเชื่อมั่นโดยการบันทึกหมายเลข 0 - 100 โดยใช้ขนาดที่กำหนด คือ คะแนน 0 - 40 เท่ากับ ไม่มั่นใจถึงค่อนข้างไม่มั่นใจ คะแนน 50 เท่ากับ มั่นใจปานกลาง และคะแนน 60 - 100 เท่ากับ ค่อนข้างมั่นใจถึงมั่นใจเต็มที่ ดังนี้



โดยเกณฑ์การแบ่งกลุ่มสมรรถนะในตนด้านกายภาพบำบัดใช้ร้อยละของคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง สมรรถนะในตนระดับสูง ร้อยละ 60 – 79 หมายถึง สมรรถนะในตนระดับปานกลาง และต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง สมรรถนะในตนระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ลักษณะงาน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีของ Hackman & Oldham[13,14] 5 ด้าน คือ ด้านความหลากหลายของทักษะ จำนวน 4 ข้อ ด้านความเป็นเอกลักษณ์ของงาน จำนวน 6 ข้อ ด้านความสำคัญของงาน จำนวน 6 ข้อ ด้านความเป็นอิสระของงาน จำนวน 6 ข้อ และด้านผลป้อนกลับของงาน จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคะแนนของคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 1 - 5 จากน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด การแปลผลคะแนน คือ ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ลักษณะงานระดับดี ร้อยละ 60 – 79 หมายถึง ลักษณะงานระดับปานกลาง และต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ลักษณะงานระดับต้องปรับปรุง

ส่วนที่ 4 ความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยหลักของงานกายภาพบำบัดชุมชน[18] และงานกายภาพบำบัดตามแผนการสอนในคู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ[19] จำนวน 29 ข้อ ลักษณะคะแนนของคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 1 - 5 จากมีความต้องการพัฒนาตนเองน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด การแปลผลคะแนน คือ ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ความต้องการการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60 – 79 หมายถึง ความต้องการการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง และต่ำกว่า ร้อยละ 60 หมายถึง ความต้องการการพัฒนาอยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของเนื้อหา การใช้ภาษา และความชัดเจนของภาษา แล้วนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีเนื้อหาตามที่ต้องการวัด ก่อนนำไปทดลองใช้ และมีการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้อำนวยการ รพ.สต. ที่มิใช่อยู่ในกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในเขตศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี จำนวน 30 คน เพื่อหาความเข้าใจในแบบสอบถาม และความชัดเจนในเนื้อหา แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม สมรรถนะในตนด้านกายภาพบำบัด เท่ากับ 0.98 แบบสอบถามคุณลักษณะงานโดยรวม เท่ากับ 0.89 แบบสอบถามคุณลักษณะ

ของงานรายด้าน ได้แก่ ความหลากหลายของทักษะ เท่ากับ 0.83 ความเป็นเอกลักษณ์ของงานเท่ากับ 0.84 ความสำคัญของงานเท่ากับ 0.86 ความเป็นอิสระของงานเท่ากับ 0.59 และผลป้อนกลับของงานเท่ากับ 0.74 และความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดเท่ากับ 0.98

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2016-074 อนุมัติวันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2559 ถึง วันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยจัดส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ พร้อมทั้งแนบซองเปล่าติดแสตมป์ที่จ่าหน้าซองกลับถึงผู้วิจัย จำนวนเท่ากับกลุ่มตัวอย่าง 361 ฉบับ โดยผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการส่งกลับ พร้อมทั้งกำหนดวัน เวลา ในการส่งแบบสอบถาม ซึ่งเอกสารลงนามและแบบสอบถามจะส่งกลับโดยใส่แยกซองกัน เพื่อป้องกันการเชื่อมโยงถึงตัวบุคคล หลังจากส่งแบบสอบถามผ่านไป 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะทำจดหมายติดตามไปยังกลุ่มเป้าหมายเดิมทั้งหมดอีกครั้งหนึ่ง เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้ส่งแบบสอบถามกลับมาถึงผู้วิจัยภายในเวลาที่กำหนดไว้ในแบบสอบถาม (1 เดือน หลังได้รับแบบสอบถาม) พร้อมทั้งส่งแบบสอบถามชุดที่ 2 แนบไปด้วย เพื่อกรณีมีผู้ที่ไม่ได้รับแบบสอบถามหรือแบบสอบถามอาจสูญหาย และจะใช้ระยะเวลาติดตามอีก 6 สัปดาห์ โดยหลังจากนั้นหากแบบสอบถามชุดที่ 2 ไม่ถูกส่งกลับมาถึงผู้วิจัย ถือว่าเป็นผู้ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 5 เดือน คือ ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 อัตราการตอบกลับร้อยละ 61.80

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัด สมรรถนะในตนด้านกายภาพบำบัด และลักษณะงาน โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด สูงสุด และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล สมรรถนะในตนด้านกายภาพบำบัด และลักษณะงาน กับความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดของบุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยไบนารีโลจิสติก (Binary logistic regression)[21]

ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคล

พบว่า บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.80 มีอายุเฉลี่ย 47.77 ปี อายุน้อยที่สุด 24 ปี และอายุมากที่สุด 60 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 74.00 มีการศึกษาสูงสุดที่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 77.60 รายได้เฉลี่ย 36,220.55 บาท รายได้ต่ำสุด 10,000 บาท สูงสุด 65,000 บาท ตำแหน่งงานระดับชำนาญการ ร้อยละ 84.30 ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย

25.49 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานน้อยที่สุด 1 ปี สูงที่สุด 40 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.40 รับผิดชอบงานด้านบริหาร ร้อยละ 26-75 รองลงมาร้อยละ 60.50 รับผิดชอบงานด้านบริการ น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 25 และร้อยละ 57 รับผิดชอบงานด้านวิชาการน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 25 ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมด้านกายภาพบำบัด ร้อยละ 85.70 และร้อยละ 6.70 ของผู้ที่เคยได้รับการฝึกอบรมผ่านการฝึกอบรมมาแล้วเป็นระยะเวลามากกว่า 10 ปี

ความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัด สมรรถนะในตนด้านกายภาพบำบัด และลักษณะงาน

จากการประเมิน พบว่า บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ประมาณครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 52.50 มีระดับความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง และระดับมาก ร้อยละ 43.50 มีระดับสมรรถนะในตนด้านกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.20 อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนระดับมากมีเพียงร้อยละ 11.20 (1 ใน 10 ของบุคลากรสาธารณสุข) และลักษณะงานโดยรวม ส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.40 มีลักษณะงานอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนระดับมากมีเพียงร้อยละ 13.50 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีด้านความหลากหลายของทักษะอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 44.80 รองลงมา คือ ความสำคัญของงาน ร้อยละ 43.50 และความเป็นเอกลักษณ์ของงาน ร้อยละ 26.90 ส่วนลักษณะงานด้านที่อยู่ในระดับต้องปรับปรุงมากที่สุด คือ ด้านผลป้อนกลับของงาน ร้อยละ 12.60 รองลงมา คือ ด้านความเป็นอิสระของงาน ร้อยละ 6.70 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของระดับความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัด สมรรถนะในตนด้านกายภาพบำบัด และลักษณะงาน ของบุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี โดยรวมและรายด้าน (n = 223)

ตัวแปร	ระดับ					
	น้อย		ปานกลาง		มาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัด	**9**	**4.00**	**117**	**52.50**	**97**	**43.50**
สมรรถนะในตนด้านกายภาพบำบัด	**28**	**12.60**	**170**	**76.20**	**25**	**11.20**
ลักษณะงานโดยรวม	**7**	**3.10**	**186**	**83.40**	**30**	**13.50**
ความหลากหลายของทักษะ	8	3.60	115	51.60	100	44.80
ความเป็นเอกลักษณ์ของงาน	13	5.80	150	67.30	60	26.90
ความสำคัญของงาน	12	5.40	114	51.10	97	43.50
ความเป็นอิสระของงาน	15	6.70	162	72.60	46	20.60
ผลป้อนกลับของงาน	28	12.60	141	63.20	54	24.20

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล สมรรถนะในตนด้านกายภาพบำบัด และลักษณะงานกับความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดของบุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล สมรรถนะในตนด้านกายภาพบำบัด และลักษณะงาน กับความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดของบุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี โดยใช้ Binary logistic regression มีตัวแปรทั้งหมด 20 ตัว พบว่า ความสำคัญของงานถูกคัดเลือกเข้าในขั้นตอนที่ 1 มีค่า Nagelkerke R Square เท่ากับ 0.18 ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าขั้นตอนที่ 2 คือ ความสำคัญของงานเมื่อรวมกับความเป็นเอกลักษณ์ของงานมีค่า Nagelkerke R Square เท่ากับ 0.21 และตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าขั้นตอนที่ 3 คือ ความสำคัญของงานเมื่อรวมกับความเป็นเอกลักษณ์ของงาน การศึกษาระดับอนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี การศึกษาระดับปริญญาตรีและการศึกษาระดับปริญญาโท มีค่า Nagelkerke R Square เท่ากับ 0.25 และเมื่อควบคุมอิทธิพลจากปัจจัยอื่น ลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน จำนวนงานที่รับผิดชอบ การได้รับการอบรมด้านกายภาพบำบัด ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัด ยกเว้นระดับการศึกษา พบว่า บุคลากรสาธารณสุขที่มีการศึกษาระดับปริญญาโทจะมีความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี 7.16 เท่า (Adjusted OR = 7.16; 95% CI 1.29 - 39.80) และบุคลากรสาธารณสุขที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี จะมีความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี 6.75 เท่า (Adjusted OR = 6.75; 95% CI 1.38 - 33.06) ดังนั้นกลุ่มเป้าหมายที่มีความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัด คือ ผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่า

สมรรถนะในตนด้านกายภาพบำบัดของบุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัด เมื่อควบคุมอิทธิพลของระดับการศึกษา พบว่า บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ที่มีลักษณะงานด้านความสำคัญของงาน และเอกลักษณ์ของงานระดับดีมีความสัมพันธ์กับความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัด พบว่า บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ที่มีระดับความสำคัญของงานดี จะมีระดับความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดมากกว่าผู้ที่มีความสำคัญของงานระดับปานกลางหรือต้องปรับปรุง 4.22 เท่า (Adjusted OR = 4.22; 95% CI 2.29 - 7.76) และผู้ที่มีระดับความเป็นเอกลักษณ์ของงานดีจะมีระดับความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดมากกว่าผู้ที่มีความเป็นเอกลักษณ์ของงานระดับปานกลางหรือต้องปรับปรุง 2.27 เท่า (Adjusted OR = 2.27; 95% CI 1.14 - 4.52) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล สมรรถนะในตนด้านกายภาพบำบัด และลักษณะงานกับความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดของบุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน (n = 223)

ตัวแปร	Adjusted OR	95% CI	p-value
อายุ (ปี)			
≤ 40	1		
41 - 45	2.62	1.06-6.50	0.037*
46 - 50	1.46	0.58-3.68	0.424
51 ขึ้นไป	1.00	0.44-2.28	0.992
ระดับการศึกษา			
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี	1		
ปริญญาตรี	6.75	1.38-33.06	0.019*
ปริญญาโท	7.16	1.29-39.80	0.024*
ลักษณะงานด้านความเป็นเอกลักษณ์ของงาน			
ต้องปรับปรุง/ปานกลาง	1		
ดี	2.27	1.14-4.52	0.020*
ลักษณะงานด้านความสำคัญของงาน			
ต้องปรับปรุง/ปานกลาง	1		
ดี	4.22	2.29-7.76	< 0.001

* $p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ประมาณครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 52.50 มีระดับความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและระดับมาก ร้อยละ 43.50 การวิจัยนี้เป็นการประเมินความต้องการการพัฒนาบุคลากรเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับความรู้และทักษะในงานที่จำเป็นให้เกิดประสิทธิภาพการทำงานสูงสุด และเพื่อหาทางเลือกในการตัดสินใจแก้ปัญหาและนำไปสู่การปรับปรุงโครงการ บริการ โครงสร้างการบริหารองค์กร และการดำเนินการต่างๆ จากการประเมินความต้องการการพัฒนาความสามารถของบุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. พบมีความต้องการพัฒนาตนเองให้มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานด้านกายภาพบำบัดมากและสามารถจัดอันดับความสำคัญของความต้องการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัด ซึ่งเป็นงานกายภาพบำบัดตามแผนการสอนในคู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยมีแผนการสอนที่มีความเกี่ยวข้องกับงานกายภาพบำบัด[19] ได้แก่ แผนการสอนเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ภาวะวิกฤติกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการ

ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และแผนการสอนเรื่องสุขภาพจิตกับผู้สูงอายุ การดูแลตนเองเพื่อคลายเครียด ซึ่งจากรายงานโครงการของศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี[4] พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องขาดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการดูแล ทำให้ผู้สูงอายุและญาติขาดการยอมรับในตัวผู้ดูแลจากปัญหาดังกล่าวข้างต้นส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาในการดูแลด้านกายภาพบำบัด ซึ่งในแต่ละ รพ.สต. มิได้มีนักกายภาพบำบัดอยู่ปฏิบัติงานประจำ จึงไม่มีผู้ที่มีความสามารถเฉพาะทางช่วยให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ขณะปฏิบัติงาน หากบุคลากรสาธารณสุขในแต่ละ รพ.สต. ได้รับการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดจะสามารถช่วยดูแลฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดเบื้องต้น เช่น การช่วยบริหารร่างกาย การเคลื่อนย้ายตัวเองบนเตียงให้แก่ผู้มีภาวะพึ่งพิง เป็นต้น อีกทั้งยังสามารถถ่ายทอดความรู้หรือให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ และอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงและญาติมีการยอมรับและความเชื่อมั่นในตัวผู้ดูแลมากขึ้น

ผลการวิจัย พบว่า บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีอายุ 41 - 45 ปี จะมีความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดระดับมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี 2.62 เท่า (Cruded OR = 2.62; 95% CI 1.06 - 6.50) ซึ่งเป็นผู้ที่ทำงานมีประสบการณ์โดยเฉพาะด้านบริหาร จะเข้าใจความต้องการของงานได้ดีกว่า และเมื่อควบคุมอิทธิพลจากปัจจัยอื่นพบว่า การศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาตรีมีความสัมพันธ์กับความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัด ($p < .05$) บุคลากรสาธารณสุขที่มีการศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาตรี จะมีความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี 7.16 เท่า และ 6.75 เท่า ตามลำดับ ฉะนั้นผู้ที่มีการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป อาจมีความเข้าใจจริงและเห็นความสำคัญของงานบริการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ และการพัฒนาความสามารถของตนในการดูแลด้านกายภาพบำบัด เพื่อเป็นผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ที่สามารถถ่ายทอดความรู้การดูแลผู้ป่วยทางกายภาพบำบัดแก่ญาติหรือผู้ดูแล หรืออาสาสมัครสาธารณสุขได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับ McEnrue ที่พบว่าผู้ที่มีอายุน้อย และผู้ที่อยู่ในระดับสูงขององค์กรมีความเต็มใจที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนาตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมตัวเองสำหรับความรับผิดชอบขององค์กรที่สูงขึ้น[22]

บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ส่วนใหญ่มีสมรรถนะในตนด้านกายภาพบำบัดระดับปานกลางถึงระดับมาก เนื่องจาก รพ.สต. มีขอบเขตการดำเนินงานบริการสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ[7] จึงพบว่าบุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. มีความมั่นใจมากในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น เรื่องการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพการแนะนำหลักปฏิบัติการออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแผลกดทับในผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่ติดเตียง เป็นต้น รวมทั้งในพื้นที่ได้เตรียมการรองรับระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในท้องถิ่น ชุมชน และเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร และภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว บุคลากรจึงมีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุและปฏิบัติต่อผู้สูงอายุได้ดี สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ Bandura[17] ที่อธิบายว่า ระดับของสมรรถนะในตนมีผลต่อการกระทำและความไม่ย่อท้อต่อความล้มเหลวของ

บุคคล และการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการที่บุคคลตัดสินเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ McClelland[23] กล่าวว่า สมรรถนะ คือ บุคลิกที่ซ่อนอยู่ภายในปัจเจกบุคคล ซึ่งสามารถผลักดันให้ปัจเจกบุคคลสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดีตามเกณฑ์ที่กำหนดในงานที่รับผิดชอบ

สมรรถนะในตนด้านกายภาพบำบัดของบุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัด ซึ่งบุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ที่มีสมรรถนะในตนด้านกายภาพบำบัดอยู่ในระดับมากมีความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดอยู่ในระดับมากไม่แตกต่างจากผู้ที่มีสมรรถนะในตนด้านกายภาพบำบัดในระดับปานกลางหรือต้องปรับปรุง แม้ว่าบุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ส่วนใหญ่ค่อนข้างมีความมั่นใจถึงมั่นใจเต็มที่ต่อสมรรถนะในตนทางด้านกายภาพบำบัด แต่ยังคงเล็งเห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการฝึกอบรมพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดเพิ่มเติม อาจเป็นเพราะความยากของงานที่เพิ่มขึ้น การเป็นผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) จึงส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ต้องการพัฒนาความสามารถในการดูแลด้านกายภาพบำบัด เพื่อจะสามารถถ่ายทอดความรู้การดูแลผู้ป่วยทางกายภาพบำบัดแก่ญาติหรือผู้ดูแล หรืออาสาสมัครสาธารณสุขได้อย่างถูกต้องเหมาะสม อีกทั้งเพื่อให้ทำงานได้มีประสิทธิภาพ และยกระดับความสามารถในความรับผิดชอบที่สูงขึ้นของตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Thaler และคณะ[24] ที่พบว่า บุคคลที่ได้รับการอบรมพัฒนาความสามารถในตนมาแล้ว แต่ยังรู้สึกมีความมั่นใจน้อยในความสามารถของตนเอง ยังคงต้องการการฝึกอบรมเพิ่มเติมในทักษะอื่นๆ และมีความรู้สึกว่าจะได้รับประโยชน์จากการฝึกอบรมเพิ่มเติมนั้น และการศึกษาของ พิษณุ วิชยโยธิน[25] พบว่า การแบ่งสมรรถนะออกเป็นหลายระดับจะส่งผลให้บุคลากรมีความต้องการพัฒนาสมรรถนะของตนเอง เนื่องจากแสดงให้เห็นถึงระดับความรู้ความสามารถของตนเองว่ามีมากน้อยเพียงใด ทำให้ตระหนักถึงการพัฒนาความรู้และทักษะเพิ่มเติมซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่องานที่รับผิดชอบมากยิ่งขึ้น

บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. ที่มีลักษณะงานด้านความสำคัญของงาน และเอกลักษณ์ของงานอยู่ในระดับดี มีความสัมพันธ์กับความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัด เนื่องจากงานของบุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. จะต้องรับผิดชอบจำนวนประชากรหลายระดับ มีการบริการแบบผสมผสานให้แก่ประชากรทุกกลุ่มอายุในสถานพยาบาล ที่บ้าน และชุมชน ซึ่งเป็นภารกิจที่ รพ.สต. จะต้องดำเนินงานให้ครอบคลุมโดยเน้นตามสภาพปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่[10] ซึ่งงานของบุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. มีเอกลักษณ์ที่ดี สามารถทราบถึงหน้าที่ที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน และเป็นงานที่ต้องนำความรู้ ความสามารถ และความชำนาญเฉพาะตนมาใช้ในการปฏิบัติงานตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการ สำหรับการเตรียมการรองรับระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในท้องถิ่นหรือชุมชน บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) สามารถดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ[4] จึงเห็นงานที่ได้รับมอบหมายนี้มีความสำคัญ ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งผลต่อประสิทธิภาพงาน ผลการดำเนินงานของ

หน่วยงาน และการทำงานของเพื่อนร่วมงาน จึงทำให้บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. เกิดแรงจูงใจในการทำงานที่ได้รับมอบหมายนี้ จึงมีความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้มีความครอบคลุมการดูแลและให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ Hackman & Oldham[13,14] คือ คุณลักษณะของงานมีส่วนให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เพิ่มความรู้สึกเต็มใจและสมัครใจในการทำงาน และ Milton[26] อธิบายว่า คุณลักษณะงาน คือ ความน่าสนใจของงาน ความเปลี่ยนแปลงของงาน โอกาสที่จะเรียนรู้งาน โอกาสที่จะทำให้งานสำเร็จ และได้ใช้ความรู้ความสามารถในการทำงาน นอกจากนี้ ธงชัย สันติวงษ์[6] พบว่า ความหลากหลายของทักษะ ความมีเอกลักษณ์ของงาน ความสำคัญของงาน สามารถใช้อธิบายเกี่ยวกับความหมาย ความสำคัญของงานได้มาก นั่นคือ หากเมื่อใดก็ตามที่ผู้ทำงานมีโอกาสได้ทำสิ่งต่างๆ ที่สามารถส่งผลให้งานนั้นสำเร็จ โดยสามารถเห็นผลสำเร็จชัดเจน และงานที่ทำมีความสำคัญที่จะก่อผลถึงคนอื่นๆ ด้วยแล้ว งานนั้นๆ ก็จะสามารถให้ประสบการณ์ที่มีคุณค่าแก่ผู้ทำได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้วิจัยมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการพัฒนางานทรัพยากรมนุษย์ให้เกิดประสิทธิภาพและสามารถเตรียมความพร้อมในการพัฒนาความสามารถของตนในการเป็นบุคลากรที่สามารถปฏิบัติงานด้านกายภาพบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงตามบริบทของพื้นที่ และสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุของประเทศ ดังนี้

1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรให้ความสำคัญของการเตรียมแผนการรองรับระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ โดยบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรได้รับการชี้แจงให้เห็นความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ เกิดแรงจูงใจในการทำงานที่ได้รับมอบหมาย และมีความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้มีความครอบคลุมการดูแลและให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง

2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรมอบหมายงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่มีเอกลักษณ์ของงานที่ดี คือ ชี้แจงให้บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ทราบถึงขั้นตอนการทำงาน และหน้าที่ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ หรือการเป็นผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) อย่างชัดเจน และมีการสนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเองทุกขั้นตอนตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสมบูรณ์

3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ศึกษาต่อในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าระดับปริญญาตรี เพื่อให้มีความเข้าใจในงานได้ดีขึ้น โดยเฉพาะการให้บริการทางสุขภาพในสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบความต้องการการพัฒนาความสามารถด้านกายภาพบำบัดของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ที่ได้ดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ กับพื้นที่ที่ยังไม่เริ่มดำเนินการ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานบริการเชิงรุกในพื้นที่ต่อไป

2. ศึกษาตัวแปรต้นเพิ่มเติม เช่น ความสามารถทางด้านปัญญา (Intellectual abilities)

ความสามารถทางกายภาพ (Physical ability) ความเข้ากันพอดีของงานกับความสามารถ (The ability-job fit) ประสบการณ์การรับรู้ความหมายของงาน (Experienced meaningfulness of work) ประสบการณ์การรับรู้ความรับผิดชอบต่อผลของงาน (Experienced responsibility for work outcome) และการรับรู้ผลลัพธ์จากการปฏิบัติงาน (Knowledge of results) เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณท่านผู้บริหาร รวมถึงเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกท่านที่ได้กรุณาและสละเวลาในการให้ข้อมูลที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Nualnetr N. Physical therapists and primary health care services. The Thai Journal of Primary Care and Family Medicine 2011;3(1):43-6. (in Thai).
2. Nualnetr N. Physical therapists and stroke in community. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience 2011;6(3):45-9. (in Thai).
3. Nualnetr N, Pimpituk S. The application of a physical therapy service with client-centered approach to community physical therapy. Thai Journal of Physical Therapy 2010;32(2):73-80. (in Thai).
4. Khaopong J, Ngamkham S, Kwanchroensap S. Effect of implementations on the project of long-term care service for dependent elderly, Wiharndaeng district, Saraburi province. Saraburi : Regional Health Centre 2 Saraburi, Health Promotion Bureau, Ministry of Public Health; 2015. (in Thai).
5. Somboon T. Administration and human management in the organization. Bangkok: Prachy Siam; 2006. (in Thai).
6. Somboon T, Suntivong C. Individual behavior within the organization. 7th ed. Bangkok: Pra Choom Chang; 2005. (in Thai).
7. Wittayaudom W. Organizational behavior. Nontaburi: Thanatat Printing; 2013. (in Thai).
8. Chaipinyo K. Problems of shortage of physical therapists. [Internet]. [cited 2015 April 14]. Available from: http://www.hfocus.org/content/2015/04/9735. (in Thai).
9. Physical Therapy Council. Problems of shortage of physical therapy personnel, duty solutions to problems, and reform issues. Documents for The Senate Standing Committee on Public Health, National Legislative Assembly 2015 March 19. [Internet]. [cited 2015 March 19]. Available from : http://www.pt.or.th/file_attach/24Mar201536-AttachFile1427182476.pdf. (in Thai).

10. Supawong C, Chunharus S, Damrikanlert L, Srivanichchakorn S, Vejsuttharanon K. Guide to services of sub-district health promoting hospitals. 2nd ed. Bangkok, Thailand: The War Veterans Organization; 2009. (in Thai).
11. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. American psychologist 1982;37(2):122-47.
12. Bandura A. Guide for constructing self-efficacy scales. In: Pajares F, Urdan TS, editors. Self-efficacy beliefs of adolescents. Greenwich: Age Information Publishing; 2006. p 307-37.
13. Hackman JR, Oldham GR. Development of the job diagnostic survey. Journal of Applied Psychology 1975;60:159-70.
14. Hackman JR, Oldham GR. Work redesign. MA: Addison-Wesley, Reading; 1980.
15. Regional Health Centre 2 Saraburi, Ministry of Public Health. Health facilities under the Office of the Permanent Secretary for Public Health 2013. Saraburi: Health Administration Division; 2013. (in Thai).
16. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 9th ed. United States of America: John Wiley & Sons; 2009. p. 205.
17. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977;84(2):191-215.
18. Working group on the creation of community physiotherapy knowledge sets. Practice manual for community physiotherapists. [Internet]. [cited 2016 February 13]. Available from: http://pt.or.th/file_attach/09Aug201258-AttachFile1344509518.pdf. (in Thai).
19. Working group for the development of training courses for elderly caregivers, Ministry of Public Health. Guidelines for the training of elderly caregivers 70 hours course. Bangkok: National Office of Buddhism Press; 2013. (in Thai).
20. Lee C, Bobko P. Self-efficacy beliefs: comparison of five measures. Journal of Applied Psychology 1994;79(3):364-69.
21. Vanichbuncha K. Advanced statistical analysis with SPSS for windows. 5th ed. Bangkok: Faculty of Commerce and Accountancy, Chulalongkorn University; 2006. (in Thai).
22. McEnrue MP. Self-development as a career management strategy. JVB 1989;34(1):57-68.
23. McClelland DC. Testing for competence rather than for “Intelligence”. Am Psychol 1973;28(1):1-14.
24. Thaler A, Dunlevy H, Cohn J, Speck R, O’Brien M, McCunn M. A basic needs assessment of Kenyan health care practitioners’ training and ability in providing resuscitation management for patients in Mbagathi Hospital, Nairobi. J Clin Anesth 2013;25(5):388-92.

25. Vitchayayothin P. Need assessment of competence development of production. Personnelin Mold and Die Industries, Thailand. RMUTT Global Bissiness and Economics Review 2013;8(1):73-86. (in Thai).
26. Milton CR. Human behavior in organization: three level of behavior. New Jersey: Prentice – Hall; 1981.

อยู่กับอาการหืดกำเริบที่มาพร้อมกับความทรมาน : ประสบการณ์การเจ็บป่วยของเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

Being Asthmatic Attack Coming with Torture : Illness Experiences of Overweight School-Age Children with Asthma

ชุติกาญจน์ วัฒนา* สุรศักดิ์ ตรีนัย**
Chutikarn Wattana,* Surasak Treenai**
* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร
* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok
** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร
** Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok
* Corresponding Author: chutiwattana@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินอายุ 6 – 12 ปี ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกพิเศษทางเดินหายใจ ห้องตรวจโรคกุมารเวชกรรม ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสังกัดกระทรวงกลาโหม เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 10 ราย เก็บข้อมูลการวิจัยโดยสัมภาษณ์แบบเจาะลึก วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Colaizzi *“อยู่กับอาการหืดกำเริบที่มาพร้อมกับความทรมาน”* คือ หนึ่งในประเด็นสำคัญที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ประเด็นที่ค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยทุกรายต้องอยู่กับอาการหืดกำเริบที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ที่ไหน ทำอะไร อาการหืดกำเริบจะเป็นเสมือนเงาตามตัวไปทุกที่และอาการหืดกำเริบที่เกิดขึ้น ไม่ใช่เพียงแค่อาการไม่สุขสบายทั่วๆ ไป แต่เป็นความเหนื่อยหอบที่ผู้ป่วยทุกรายเรียกว่า *“เหนื่อยและทรมานเหลือเกิน”*

ข้อค้นพบนี้ช่วยทำให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้นเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยของเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกิน สามารถนำข้อมูลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานโดยปรับใช้ร่วมกับแนวทางการให้การพยาบาลเพื่อช่วยลดความทรมานจากอาการหืดกำเริบ มีความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพและเป็นข้อมูลพื้นฐานของการจัดโปรแกรมที่เกี่ยวกับการวิจัยในครั้งต่อไป

Received: December 15, 2018; Revised: April 24, 2019; Accepted: April 29, 2019

คำสำคัญ : อาการหืดกำเริบ ประสบการณ์การเจ็บป่วย เด็กวัยเรียนโรคหืด ภาวะน้ำหนักเกิน

Abstract

This qualitative research methodology guided by Husserl phenomenology aimed to study the illness experiences of overweight school-age children with asthma. The key informants in this research were 10 asthmatic school-age patients who were overweight aged 6 – 12 years, and were admitted to the respiratory special clinic at the pediatric center, for at least 1 year. The data were collected by in-depth interview. The data were analyzed using Colaizzi's method. *"Being asthmatic attack coming with torture"* is one of the important points of this study. This issue has reflected that all patients have to live with the asthmatic attack no matter where they are and what they are doing. The asthmatic attack acts like a shadow following you anywhere, and the symptom is not just a common unpleasant feeling, but it is *"tiredness and torture"*.

These findings create a clearer understanding of the illness experience of asthmatic school-age who were overweight. The research data can be used as basic information by applying guidelines for nursing care to reduce suffering from asthma which is consistent with health problems. Also, this is a fundamental information for organizing programs related to further research.

Keywords : asthmatic attack, illness experience, asthmatic school-age, overweight

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันพบว่าในทั่วโลกมีเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกินจำนวนมากถึง 45 ล้านคน[1] และแนวโน้มยังคงเพิ่มขึ้นทุกปี[2] และ 1 ใน 3 ของเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินนั้น คือ เด็กวัยเรียน[1] เพราะเด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีพฤติกรรมชอบบริโภคอาหารรสหวาน ขนมขบเคี้ยว ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกินได้ง่าย สำหรับประเทศไทยพบว่า เด็กวัยเรียน (อายุ 6 - 12 ปี) มีความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 9.73[1] มีการศึกษาที่พบว่าเด็กที่มีน้ำหนักเกินจะมีชั้นไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดความไม่คล่องตัวในการทำกิจกรรมเมื่อเทียบกับเด็กวัยเรียนเดียวกัน ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ก็น้อยกว่าเด็กวัยเรียนอื่นที่ไม่มีภาวะน้ำหนักเกินร่วมด้วย ส่งผลให้เด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินชอบที่จะอยู่นิ่งเฉย และจากพฤติกรรมชอบอยู่นิ่งจึงมีการเผาผลาญอาหารต่ำ เด็กจึงไม่ออกกำลังกาย ทำให้อาการของโรคหืดเกิดเป็นวงจรต่อเนื่อง[3,4] เด็กวัยเรียนจะมีการอักเสบของทางเดินหายใจเรื้อรังได้ง่ายและรุนแรงจากการสัมผัสสิ่งที่กระตุ้นให้หลอดลมอักเสบจากสิ่งแวดล้อมที่บ้าน โรงเรียน และสถานที่ต่างๆ จึงพบว่าเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินมักป่วยเป็นโรคหืดร่วมด้วยถึงร้อยละ 30[4]

ปัญหาสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินเป็นผลมาจากสรีรวิทยาของร่างกายที่ส่งผลให้เกิดภาวะอุดกั้นของทางเดิน

หายใจเพิ่มถึง 4 - 5 เท่า จากท่อทางเดินหายใจส่วนบนที่แคบกว่าปกติ เนื่องจากการมีไขมันมาสะสมในชั้นกล้ามเนื้อ และชั้นใต้ผิวหนังของทางเดินหายใจส่วนบน รวมทั้งกลไกการหายใจที่เร็วและตื้นโดยเฉพาะการหายใจเอาอากาศเข้าไปในปอดจะลดลง หน้าท้องมีปริมาณไขมันมาก ส่งผลให้ทรวงอกและปอดขยายตัวได้ไม่ดีทำให้เกิดโรคหืดได้[5] นอกจากนั้น พบว่า เด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะมีการอักเสบของทางเดินหายใจลุกลามได้รวดเร็ว เพราะมีทางเดินหายใจที่สั้น หลอดลมมีการหดตัว ตีบตันอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีการกำเริบของโรคหืดที่บ่อย รุนแรงกว่าเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีน้ำหนักปกติ[6] เด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินจึงมีปัญหาทางด้านสุขภาพที่ซับซ้อน เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจึงมีผลกระทบต่อเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาก[6]

แนวทางการรักษาเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่มารับการรักษาในคลินิกพิเศษทางเดินหายใจ ห้องตรวจโรคกุมารเวชกรรม แบบไปและกลับในวันเดียวกัน จะเน้นให้เด็กสามารถดูแลตนเอง จัดการตนเองเมื่อมีอาการหืดกำเริบได้อย่างถูกต้อง การได้รับยาและมีทักษะในการใช้ยาที่ถูกต้อง การหลีกเลี่ยงจากปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอาการหืดกำเริบได้อย่างเหมาะสม และการมาตรวจตามนัด แต่สิ่งเหล่านี้มีข้อจำกัดในเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เพราะเด็กกลุ่มนี้จะมีระดับของดัชนีมวลกายที่สูง การใช้ยาทั้งยาขยายหลอดลมและยากลุ่มสเตียรอยด์จึงต้องใช้ในปริมาณที่มากกว่าปกติ เด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินจึงต้องพ่นยาหลายครั้ง ระยะเวลาในการพ่นยาจึงยาวนานกว่าปกติ ทำให้เด็กมีความเครียดสูงขึ้น กลัวและทุกข์ทรมานกับอาการหอบหืดมากขึ้น ส่งผลให้เด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินเผชิญกับผลข้างเคียงของยารักษาอาการหอบหืดสูงขึ้น การรักษาอาการโรคหืดในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินจึงมีความยุ่งยากและซับซ้อนมากกว่าเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีน้ำหนักปกติ[7,8] มีการศึกษาของต่างประเทศที่พบว่าการออกกำลังกายจะช่วยลดอาการหืดกำเริบ[9] แต่การออกกำลังกายถือเป็นข้อจำกัดในเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ด้วยสรีรวิทยาทางกายภาพที่ทำให้เกิดอาการหืดได้ง่าย รวมทั้งการออกกำลังกายที่เด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีน้ำหนักเกินทำได้ไม่เต็มที่เหมือนกับเด็กโรคหืดที่มีน้ำหนักปกติ อีกทั้งบิดามารดาของเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีน้ำหนักเกินมักกลัวว่าเด็กจะมีอาการหืดกำเริบจากการออกกำลังกายจึงไม่สนับสนุนให้เด็กออกกำลังกาย และมักให้เด็กอยู่แต่ในบ้านเพราะเชื่อว่าการออกกำลังกายจะทำให้มีโอกาสสัมผัสฝุ่นละอองซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้หืดกำเริบขึ้นมาได้ เด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินเหล่านี้จึงถูกจำกัดกิจกรรมการออกกำลังกาย ยิ่งทำให้มีน้ำหนักเพิ่มมากยิ่งขึ้น[10]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การให้การดูแลรักษาพยาบาลเด็กโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินในปัจจุบัน จะเน้นที่การประเมินและบรรเทาอาการหืดกำเริบเป็นหลัก[11] มีการศึกษาวิจัยจำนวนมากเกี่ยวกับผลการใช้โปรแกรมหรือวิธีการต่างๆ ในการจัดการเกี่ยวกับโรคหืด ซึ่งเน้นการให้ความรู้ การจัดการสิ่งแวดล้อม[12,13] ส่วนการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพที่ผ่านมาจะเป็นประเด็นการจัดการเกี่ยวกับอาการป่วยของเด็กโรคหืดโดยผู้ดูแลและผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีผลต่อครอบครัว[14] แต่พบว่า การศึกษาในเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินนั้นยังมีอย่างจำกัด และขาดข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนดูแลเด็กในกลุ่มนี้[3,10] การศึกษาเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่เด็กวัยเรียนโรคหืดที่มี

ภาวะน้ำหนักเกินต้องพบความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย การรักษาโรคหืดควบคู่กับการมีภาวะน้ำหนักเกิน การดำเนินชีวิตที่มาจากประสบการณ์ตรง รวมทั้งเรื่องราวอื่นๆ ที่เด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินให้ความสำคัญนั้นเป็นอย่างไร จึงเป็นข้อมูลพื้นฐานอันดับแรกที่สำคัญ ซึ่งสามารถศึกษาผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Husserl[15] ที่เน้นการศึกษาเพื่อค้นหาความจริงของปรากฏการณ์ที่เป็นประสบการณ์ของชีวิต ในการอธิบายประสบการณ์การเจ็บป่วยของเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยมาจากมุมมองของตัวผู้ป่วยเด็กเอง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มาจากประสบการณ์ของเด็กอย่างแท้จริง

เด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีน้ำหนักเกินจะมีการจับหืดบ่อยและเหนื่อยหอบมากกว่าเด็กโรคหืดที่ไม่มีปัญหาน้ำหนักเกิน[6] นอกจากนั้นยังถูกเพื่อนล้อเรื่องการใช้ยาหอบหืดและการมีน้ำหนักเกิน[2] ดังนั้นการศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถใช้บรรยายปัญหาสุขภาพที่มาจากโรคหืดในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องมาจากตัวผู้ป่วยเองที่สามารถเป็นผู้บรรยายข้อมูลต่างๆ เหล่านี้ได้ดีที่สุด ข้อมูลสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจสิ่งต่างๆ เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินก็คือ “การศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วย” ซึ่งก็คือ การศึกษาเพื่อบรรยายองค์ประกอบสำคัญของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากกระทำต่างๆ ของเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกิน การพบเจอเหตุการณ์ต่างๆ รวมทั้งความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการรักษาโรคหืดที่ควบคู่ไปกับการมีภาวะน้ำหนักเกิน

จากเหตุผลและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยของเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินว่ามีประสบการณ์เป็นอย่างไร เนื่องจากรูปแบบการดำเนินชีวิตของเด็กวัยเรียนโรคหืดมีความเกี่ยวข้องกับ ชีวิตที่บ้าน ชีวิตแบบนักเรียน ที่ถือเป็นประสบการณ์ที่มีรูปแบบเฉพาะทั้งการดูแลตนเอง การได้รับการดูแลจากคนรอบข้าง เช่น ครู เพื่อน บิดาและมารดา เพื่อให้ทราบและเข้าใจถึงการดำเนินชีวิตที่ควบคู่กับการเจ็บป่วยเป็นโรคหืดและมีภาวะน้ำหนักเกินที่มีความชัดเจน โดยเลือกใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาการของ Husserl (Husserlian Phenomenology) ในการอธิบายประสบการณ์การเจ็บป่วยของเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยมาจากมุมมองของตัวผู้ป่วยเด็กเอง ข้อมูลที่ได้จะถูกถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูดที่เป็นประสบการณ์ตรงในการเจ็บป่วยที่มาจากตัวเด็กเอง เป็นความเข้าใจในแบบแผนการดำเนินชีวิตจากการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลมีความเป็นจริง มีความลึกซึ้ง หลายแง่มุม ทำให้ข้อมูลที่ได้เป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลเด็กที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลเด็กป่วยเหล่านี้เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพจะทำให้เข้าใจมุมมองเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้อย่างลึกซึ้ง[15] เป็นการทำความเข้าใจ ความคิดความต้องการ ความรู้สึก สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล และเป็นข้อมูลพื้นฐานไปใช้ร่วมกับแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีเพื่อทำให้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีอยู่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้นและนำมาถ่ายทอดในเชิงวิชาการเพื่อประโยชน์แก่เด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกิน คนอื่นๆ ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ครั้งนี้เพื่อศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยของเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่เข้ารับการตรวจติดตามในคลินิกพิเศษทางเดินหายใจของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2560 – เดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติ คือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคหืดที่มีอายุตั้งแต่ 6 – 12 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่ทราบการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดโดยแพทย์ผู้รักษา 2) มีภาวะน้ำหนักเกินโดยประเมินจากค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23.1 ขึ้นไป 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นจากภาวะน้ำหนักเกิน เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 4) เข้ารับการรักษาที่คลินิกพิเศษทางเดินหายใจ ห้องตรวจโรคกุมารเวชกรรม โดยมีระยะเวลาในการรักษาโรคหืดอย่างน้อย 1 ปี 5) ผู้ปกครองและผู้ให้ข้อมูลให้ความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัย สามารถอ่าน เขียน และพูดภาษาไทยได้และยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ตามแบบการขอความร่วมมือเป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัยและคำให้การคุ้มครองสิทธิ์ และ 6) มีความพร้อมของร่างกายและจิตใจในการให้สัมภาษณ์ คือ ไม่มีอาการเจ็บป่วย หรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) ตัวผู้วิจัย ซึ่งผ่านการศึกษาวิชาระเบียบวิธีการวิจัยคุณภาพ มีความเข้าใจในการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา รวมถึงตลอดช่วงการวางแผนวิจัยจะมีการปรึกษาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่มีความชำนาญทางด้านวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา 2) แนวการสัมภาษณ์ 3) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 4) เครื่องบันทึกเสียง 5) แบบบันทึกภาคสนาม 6) แบบบันทึกการถอดความบทสัมภาษณ์ และ 7) สมุดบันทึกของฉัน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกถอดบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ และมีการให้รหัส (Coding) ทำบันทึก memo จนข้อมูลเกิดการอิ่มตัว คือ ข้อมูลที่ได้มีเกิดขึ้นซ้ำและเหมือนกัน จนสามารถสรุปผลการวิจัยเป็นประเด็นที่สมบูรณ์ ไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด 10 ราย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่องานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ (C0A–NMD-REC015/60) วันที่โครงการอนุมัติ 11 เมษายน พ.ศ. 2560 – 10 เมษายน พ.ศ. 2561 และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล มีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด ตามความสมัครใจและการยินยอมของผู้ปกครองและผู้ให้ข้อมูลหลัก มีการเปิดโอกาสให้ตัดสินใจอย่างอิสระจึงให้ความยินยอมโดยลงบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร โดยผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดและกระบวนการสัมภาษณ์ การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล มีการขออนุญาตในการบันทึกเทปทุกครั้งที่มีการสัมภาษณ์ และในระหว่างการดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยนี้ได้โดยที่ไม่มีผลกระทบต่อการให้การรักษาพยาบาลแต่อย่างใดและถ้าผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ในส่วนของการนำเสนอผลการวิจัยใช้

ID แทนชื่อผู้ให้ข้อมูลหลัก และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะมีผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลนั้นได้ โดยเก็บข้อมูลบทสัมภาษณ์ และข้อมูลต่างๆ ไว้อย่างปลอดภัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจึงได้เข้าพบหัวหน้าห้องตรวจโรคกุมารเวชกรรม พยาบาลประจำคลินิกพิเศษทางเดินหายใจ เจ้าหน้าที่ประจำแผนก และแพทย์สนาม เพื่อแนะนำตัวเกี่ยวกับบทบาทในการเป็นผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ให้ข้อมูลหลักจากสมุดบันทึกการนัดตรวจติดตามของคลินิกพิเศษทางเดินหายใจ และข้อมูลจากทะเบียนประวัติผู้ป่วย และทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อได้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยจึงทำการเข้าพบในวันที่ผู้ให้ข้อมูลมาพบแพทย์ตามกำหนดนัดหมาย เพื่อแนะนำตัวกับผู้ให้ข้อมูลและผู้ปกครองตามกระบวนการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักในช่วงเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลหลักสะดวกโดยไม่ได้ขัดต่อการรับการรักษา การวิจัยครั้งนี้อาศัยการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกเป็นหลักในการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยใช้คำถามหลักที่เอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเล่าถึงประสบการณ์การเจ็บป่วย เช่น *“อยากให้หนูเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของหนูให้ฟังหน่อยค่ะ ว่าเป็นอย่างไรบ้าง”* ซึ่งแนวทางสัมภาษณ์ที่ใช้จะเป็นคำถามปลายเปิด ไม่มีโครงสร้าง ลักษณะคำถามกว้างๆ มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ และคำถามรองซึ่งผู้วิจัยจะนำประเด็นคำตอบที่ได้ก่อนหน้านี้มาสร้างคำถามต่อ เช่น “จากประโยคที่พูดเมื่อสักครู่ *วิ่งแล้วเหนื่อยทุกที* ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยค่ะว่าเป็นอย่างไรบ้าง” แนวทางในการสัมภาษณ์จะมาจากการเล่าเรื่องของผู้ให้ข้อมูลหลัก ทำให้ข้อมูลไม่สะดุด บทสนทนามีความราบรื่น จำนวนข้อคำถามหลักจึงมีความยืดหยุ่นต่างกัน มีการทดสอบคุณภาพของแนวคำถามโดยผู้วิจัยได้ฝึกสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยเด็ก 2 ราย จากนั้นนำข้อมูลมาปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา โดยข้อมูลที่สัมภาษณ์ไม่ได้นำมาวิเคราะห์ในงานวิจัยครั้งนี้ จากนั้นจึงเริ่มเก็บข้อมูลทีละราย โดยเมื่อเสร็จสิ้นการถอดเทปการสัมภาษณ์ของผู้ป่วยรายใดเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะเข้าพบอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้อาจารย์ที่ปรึกษาประเมินคำถามในการสัมภาษณ์ เพื่อเป็นการปล่อยวางแนวความคิดจากความรู้เดิมที่มี เพื่อป้องกันการชี้นำในการตั้งคำถาม และเกิดอคติต่อคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละคนใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที โดยมีการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ทุกครั้งด้วยเครื่องบันทึกเสียงระบบดิจิทัล นอกจากนี้ผู้วิจัยยังจดบันทึกภาคสนามเพื่อบรรยายสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นขณะทำการสัมภาษณ์ เพื่อเก็บรายละเอียดต่างๆ ขณะทำการสัมภาษณ์ เช่น สีหน้าท่าทางของผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งช่วยให้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยได้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติพื้นฐาน เพื่อบรรยายลักษณะของผู้ให้ข้อมูลหลัก และการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยวิธีของ Colaizzi[16] วิเคราะห์ข้อมูลตั้งแต่เริ่มการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยทำการถอดบันทึกการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ จากนั้นอ่านบทสัมภาษณ์อย่างละเอียดหลายรอบจนเข้าใจบทสัมภาษณ์ในภาพรวม จากนั้นทำการวิเคราะห์บท

สัมภาษณ์โดยการให้รหัส (Coding) กับข้อความประโยคในบทสัมภาษณ์ จากนั้นทำการจัดกลุ่มข้อมูลโดยรวบรวมข้อความ ประโยคที่คล้ายหรือใกล้เคียงกันมาไว้ในกลุ่มเดียวกัน มีการสร้างประเด็นหลักซึ่งผู้วิจัยจะดึงคำพูด ข้อความที่สำคัญออกมาโดยบันทึกข้อความนั้นๆ ในบัตรคำ (Index card) ต่อมาผู้วิจัยจึงทำการจัดระบบกลุ่มประเด็น (Sub-theme) ที่อยู่ภายใต้ความหมายของกลุ่มประเด็นหลัก ในระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ใช้การจดบันทึก การสร้างบัตรคำ การใช้แผนผังความคิด (Mind map) ในการช่วยสร้างข้อสรุปของข้อมูลการวิจัยเป็น “ประเด็น” ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความละเอียด ชัดเจน ในกลุ่มประเด็นสามารถอธิบายเรื่องราว ที่มาของประเด็นนั้นๆ ได้ส่งผลให้การลงรหัสข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น จนกระทั่งได้ประเด็นที่ชัดและครอบคลุม จากนั้นผู้วิจัยจึงทำการอธิบายปรากฏการณ์โดยการเขียนให้มีความต่อเนื่องของข้อมูล ผู้วิจัยเขียนบรรยายในสิ่งที่พบเห็นอย่างละเอียด โดยไม่นำเอาความคิด ความรู้ หรือประสบการณ์เดิมของผู้วิจัยมาร่วมอธิบายในปรากฏการณ์ เพื่อป้องกันการยึดติดเกี่ยวกับประสบการณ์และสิ่งที่คิดว่าตนเองรู้แล้ว ซึ่งเป็นไปตามหลักการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพเรื่องการพักความคิด แยกความคิดของผู้สัมภาษณ์ (Bracketting) ต่อมาผู้วิจัยนำข้อสรุปที่ได้ไปให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก 6 คน จากจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 10 คน ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และการแปลความหมายของผู้วิจัย ในขั้นสุดท้ายจึงทำการสรุปข้อค้นพบเป็นประเด็นที่สมบูรณ์ ทั้งนี้ตลอดขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลตามวิธีของ Lincoln & Guba[17] โดยประกอบไปด้วย ความน่าเชื่อถือได้ (Credibility) โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยที่มีขั้นตอนถูกต้องตรวจสอบได้ ผู้วิจัยมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ปกครอง เห็นได้จากการเข้าร่วมการวิจัยอย่างเต็มใจและผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกได้ประเด็นการสัมภาษณ์ที่ชัดเจน และมีผู้ให้ข้อมูลหลักบางรายร่วมมือและยินดีให้สัมภาษณ์เชิงลึกมากกว่า 1 ครั้ง บางรายให้เวลามากกว่า 60 นาที อย่างยินดีและเต็มใจ การวิเคราะห์ทุกขั้นตอนกระทำร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำข้อมูลในภาพรวมไปให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตรวจสอบที่บ้าน จำนวน 6 ราย (Member checking) ข้อมูลที่ค้นพบนี้ใช้อ้างอิงเฉพาะผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินเป็นหลัก (Transferability) ส่วนของการยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) ผู้วิจัยได้มีการบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง การถอดความแบบคำต่อคำที่สามารถตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนได้ มีการจดบันทึกภาคสนามเกี่ยวกับสีหน้า ท่าทาง ความรู้สึกและบรรยากาศและเหตุการณ์ในขณะที่ทำการเก็บข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการเตือนความทรงจำในเหตุการณ์ อารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลโดยยกตัวอย่างคำพูด (Direct quotes) ประโยคที่สะท้อนถึงความจริงจากปรากฏการณ์ดังกล่าวของผู้ให้ข้อมูลไว้ในเครื่องหมายอัญประกาศอย่างชัดเจน เพื่อให้เห็นประเด็นในการวิเคราะห์ที่ชัดเจนยิ่งขึ้น การสรุปข้อมูลต่างๆ ในทุกกระบวนการวิจัยจะอยู่ภายใต้ความดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่มีความชำนาญในด้านปรากฏการณ์วิทยา

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล บริบทของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 10 ราย เป็นเด็กเพศชาย 7 ราย และเด็กเพศหญิง 3 ราย มีสัญชาติไทย เชื้อชาติไทย และนับถือศาสนาพุทธทุกราย อาศัยอยู่กับผู้ปกครองในกรุงเทพมหานครทุกราย มีอายุอยู่ในช่วง 6 – 12 ปี ($\overline{X}$ = 9.1) ระดับการศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 1 ราย ประถมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 3 ราย ประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 2 ราย ประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 2 ราย ประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 1 ราย และมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 1 ราย โดยมีระดับของค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 23.46 – 26.60 จำนวน 4 ราย และดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 26.61 – 30.10 จำนวน 6 ราย

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิจัยเรื่อง “ประสบการณ์การเจ็บป่วยของเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกิน” ครั้งนี้ พบประเด็นสำคัญที่สะท้อนประสบการณ์การเจ็บป่วยของเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกิน 5 ประเด็น ได้แก่ 1) อยู่กับอาการหืดกำเริบที่มาพร้อมกับความทรมาน 2) เมื่อรู้สึกเหนื่อยก็หยุดพัก หายแล้วค่อยไปต่อ 3) เมื่อน้ำหนักเกินทำให้หืดได้ง่าย 4) อายเมื่อถูกล้อเลียน และ 5) หวังว่าจะหาย ไม่ต้องพกยาไปตลอด ประเด็นที่เป็นข้อค้นพบประเด็นที่หนึ่ง คือ ***“อยู่กับอาการหืดกำเริบที่มาพร้อมกับความทรมาน”*** คือ ประเด็นสำคัญหนึ่งที่นำเสนอในบทความวิจัยฉบับนี้ เพราะอาการหืดเป็นอาการกำเริบที่สำคัญซึ่งผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินทุกรายเผชิญ เป็นประเด็นที่สะท้อนให้เห็นถึงความคิด ความรู้สึก และการใช้ชีวิตท่ามกลางการมีเงาคอยติดตาม ซึ่งเงาที่ติดตามตัวนั้นเป็นเงาแห่งความทุกข์ทรมาน ที่สามารถจะประทุ ระเบิดได้ทันที ผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ล้วนถ่ายทอดว่า อาการหืดจะกำเริบอย่างรุนแรง เกิดขึ้นบ่อย รวมทั้งอาการหืดสามารถกำเริบขึ้นได้แบบที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ โดยสามารถเกิดขึ้นตลอดการเจ็บป่วย

อยู่กับอาการหืดกำเริบที่มาพร้อมกับความทรมาน

การอยู่กับอาการหืดกำเริบที่มาพร้อมกับความทรมาน เป็นการใช้ชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่ต้องอยู่กับความทรมานทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ความทรมานทางด้านร่างกายจะเกิดในระหว่างที่มีอาการหืดกำเริบ เป็นความทรมานที่ร่างกายพยายามจะหายใจ แต่ความสามารถในการหายใจกลับหายใจได้น้อยลง มีแต่ความอึดอัด ความแน่นที่อยู่ในอกจนแทบจะประทุ ระเบิดออกมาข้างนอก มีความลำบากในการที่จะหายใจเป็นอย่างมากจนเกิดเป็นความทรมาน นอกจากความลำบากในการหายใจแล้วเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินยังรู้สึกเหนื่อย กลัว ใจสั่น ซึ่งอาการเหล่านี้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะประสบบ่อยกว่าเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีน้ำหนักปกติ

“ใจมันสั่นแทบทะลักออกมาข้างนอก ยิ่งเวลาที่หายใจไม่ออก ใจสั่นมากๆ จะทรมานเหลือเกิน” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 352 - 356)

“เหนื่อยและทรมานเหลือเกินที่อยากจะหายใจ แต่หายใจไม่ได้ (เมื่อพูดจบก็ถอนหายใจแรงดังเฮือกใหญ่ สีหน้าและแววตาเศร้าหมอง ตาแดงระเรื่อเริ่มมีน้ำเอ่อขึ้นมา) คิดถึงตอนนี้แล้วหนูว่ามันช่างน่ากลัวเหลือเกิน” (ID 8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 466 - 468)

ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ยังต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากการฉีดยา การเจาะเลือด การถูกรัดตรึงไว้กับที่ใน

ขณะที่พ่นยาขยายหลอดลม เพื่อให้ได้ปริมาณของยามากที่สุด และผู้ป่วยเด็กบางรายมีพฤติกรรมการประท้วงและดิ้นรนต่อการรักษาทำให้พยาบาลต้องใช้วิธีการบีบบังคับเพื่อให้เกิดความร่วมมือต่อการรักษามากที่สุด บางครั้งผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินต้องโดนเจาะเลือดหลายครั้ง เนื่องจากไม่สามารถหาตำแหน่งของเส้นเลือดได้ ทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความรู้สึกเจ็บปวด มีความทรมานในการรักษา ความเจ็บปวดเหล่านี้ถึงแม้ว่าจะเป็นความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย แต่เป็นความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำเล่าที่ทำให้เกิดความตอกย้ำ ซ้ำเติมให้เด็กเกิดความทุกข์และทรมานมากยิ่งขึ้น

“เวลาที่เจาะเลือดโดยเฉพาะตอนที่ปักเข็มลงไป ผมนี้ไม่อยากจะพูดเลย ไหนจะทรมานที่ถูกรัด รัดแบบแน่นมากเลย และมีคนมากดทับอีก กระดิกไม่ได้ ผมนี้ร้องไห้แทบตาย แม่ก็เข้ามาช่วยไม่ได้ แม่ยืนดูเฉยๆ ข้างๆ เลยครับ แล้วยิ่งตอนที่พยาบาลแทงเข้าไปแล้วไม่เจอเลือด ต้องถอยเข้าถอยออกหลายครั้ง เจ็บปวดเหลือเกิน บางครั้งกลับบ้านไป ตรงที่เจาะเลือดนี้ม่วงเลยครับ เจ็บปวดและทรมานเหลือเกิน ไม่รู้จะพูดอย่างไรดี” (ID 10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 36 - 41)

การต้องเผชิญกับเรื่องราวที่ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวด ทรมานแบบซ้ำแล้วซ้ำเล่า จะเป็นการตอกย้ำให้เด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกิดความทรมานทางด้านจิตใจมากยิ่งขึ้น การแสดงออกว่าผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจเหลือเกินนั้น นอกจากจะรับรู้ด้วยคำพูด น้ำเสียงที่บอกเล่าแล้ว ยังสามารถรับรู้ได้ด้วยสีหน้า แววตา และการแสดงท่าทางในขณะที่กำลังใช้ความคิด การคิดทบทวน ย้อนกลับถึงเรื่องราวที่ผ่านมา เรื่องราวที่เคยเกิดขึ้น สีหน้าและแววตาจะมีความเศร้าหมอง แววตาไม่มีความเปล่งประกาย ขณะเล่าบางรายมีน้ำตาเอ่อล้นคลอมาที่เบ้าตา มีน้ำตาไหลเป็นทางแต่ไม่มีเสียงร้องไห้เล็ดลอดออกมาให้ได้ยิน บางรายตาแดงก่ำ บางรายเสียงสั่นเครือ และบางรายมีการถอนหายใจและส่ายหน้าเบาๆ ในขณะที่เล่าเรื่องราว แววตามีแต่ความเศร้าหมอง

“ทุกครั้งที่มีอาการหืดกำเริบขึ้น หนูจะรู้สึกกลัว กลัวมาก กลัวว่าตัวเองจะเป็นอะไรมากไหม แล้วจะอยู่อย่างไร สิ่งนี้จะเป็นคำถามที่หนูถามตัวเองตลอดเวลา (ถอนหายใจยาว) ไม่รู้เมื่อไหร่ที่หนูจะหลุดพ้นจากอาการแบบนี้สักที” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 331 - 334, ID 10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 180 - 181)

“เมื่อมีอาการหืดกำเริบขึ้นจะกลัวมากที่ต้องพ่นยาหลายครั้ง เพราะการพ่นยาหลายครั้งมันทำให้ใจสั่นเลย มันเป็นอะไรที่ทรมานสุดๆ เลย คนที่ไม่เป็นไม่มีทางเข้าใจ (ขณะเล่า ผู้ให้ข้อมูลหลักมีการส่ายหน้าช้าๆ สีหน้าวิตกกังวล แววตามีความเศร้าหมองอย่างชัดเจน)” (ID 5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 465 - 466, ID 9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 431 - 433)

ผู้ป่วยทุกรายต้องอยู่กับอาการหืดกำเริบที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ที่ไหน ทำอะไร อาการหืดกำเริบเป็นอาการที่เด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินเคยประสบมาทุกราย ซึ่งอาการหืดกำเริบนี้สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกที่ ทุกเวลา ไม่ว่าเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะทำกิจกรรมอยู่หรือไม่ก็ตาม เมื่อร่างกายได้รับสิ่งกระตุ้นเข้ามา ก็สามารถทำให้อาการหืดกำเริบได้ทันที เด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินยังเคยเล่าว่าตนเองมักจะมีอาการหืดกำเริบในช่วงเช้า บางคนจะมีอาการหืดกำเริบในช่วงเย็น ซึ่งช่วงเวลาอาจเหมือนหรือแตกต่างกัน

"สำหรับผมแล้ว อาการหืดกำเริบเกิดได้ทุกแบบเลย ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน และกำเริบเมื่อมีการออกกำลัง หรือแม้กระทั่งการที่ผมพัก อยู่เฉยๆ ไม่ได้ออกแรงอะไร ก็ยังทำให้อาการหืดกำเริบขึ้นมาได้ แต่ความรุนแรงนั้นจะสังเกตว่าอาการหืดที่กำเริบเมื่อมีการออกแรงและใช้กำลังนั้นจะรุนแรง และเป็นมากกว่าอาการหืดที่กำเริบเมื่ออยู่นิ่งๆ ไม่ได้ออกแรงอะไร" (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 397 - 401)

การกำเริบของโรคหืดนั้นสามารถกำเริบได้ตลอดเวลาเท่าที่ร่างกายได้รับสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอาการหืดกำเริบ ดังนั้นแม้ว่าอาการของโรคจะไม่กำเริบ แต่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินยังมีความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ คือ มีความวิตกกังวลตลอดเวลาว่าจะมีอาการกำเริบอีกเมื่อไร เมื่ออาการหืดกำเริบแล้วจะสามารถดูแลตัวเองได้ทุกครั้งหรือไม่ มีความรู้สึกกลัวเมื่อมีอาการของโรคเกิดขึ้น อาการกำเริบจะเป็นมากแค่ไหน ความกลัวและกังวลนี้เป็นสิ่งที่อยู่ในห้วงความคิดของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินต้องเผชิญกับอาการหืดกำเริบแบบซ้ำแล้ว ซ้ำเล่า มีความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานอยู่เช่นเดิม และด้วยสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว ที่สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการหืดกำเริบได้ง่าย และไม่สามารถหลีกหนีได้นั้นทำให้ความรู้สึกเหล่านี้ติดอยู่ในใจของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินอยู่ตลอดเวลาเป็นเสมือนเงาติดตามตัว *"ก็เข้าใจนะว่าผมไม่สบาย มีโรคประจำตัว แต่ก็อยากวิ่งเล่นกับเพื่อนๆ แล้วถ้าผมวิ่งเล่นกับเพื่อน ผมจะมีอาการหืดกำเริบมาไหม แล้วถ้ากำเริบขึ้นมาจะเป็นอะไรมากหรือเปล่า คำถามเหล่านี้มันจะแว็บเข้ามาทันทีเลย" (ID 3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 239 - 241, ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 392 - 394)*

อาการหืดกำเริบจะเป็นเสมือนเงาตามตัวไปทุกที่ เด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จะมีกิจกรรมที่บ้าน โรงเรียน และสถานที่อื่นๆ ซึ่งแต่ละสถานที่ที่ไปนั้น มีโอกาสที่จะได้สัมผัสสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหืดกำเริบได้ตลอดเวลา เมื่อพูดถึงความรู้สึกเมื่อมีอาการหืดกำเริบ เด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินเหล่านี้ก็จะบอกว่า "ต่อให้ตนเองจะเคยมีอาการหืดกำเริบบ่อยแค่ไหน ก็จะไม่รู้สึกว่าจะมีความคุ้นเคย หรือรู้สึกเคยชินกับอาการหืดกำเริบนั้นๆ" โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เมื่อไรก็ตามที่ร่างกายต้องวิ่งผ่านสายฝน โดนละอองฝน หรือต้องออกแรงทำอะไรที่นานๆ จะรู้สึกว่าทรมานมาก เพราะละอองฝนจะเป็นตัวกระตุ้นชั้นดีที่ทำให้หืดกำเริบได้เร็วมาก มีความรู้สึกว่าแน่นหน้าอก หายใจไม่ออก หายใจมีความลำบาก แน่นจนแทบจะระเบิดออกมาข้างนอก และในทุกครั้งที่เมื่อต้องออกมาข้างนอกหรือในขณะที่ทำกิจกรรมนั้น ก็จะมีความกังวลว่าจะมีอาการหืดกำเริบขึ้นมาหรือไม่ เพราะการเกิดหืดกำเริบนี้สามารถเกิดได้ทุกที่ ทุกเวลา เป็นเสมือนเงาที่คอยติดตามไปด้วย ซึ่งส่วนมากแล้วถ้าต้องออกกำลังที่ใช้เวลานานๆ จะต้องมีอาการหืดกำเริบแทบจะทุกครั้ง

"ทุกครั้งที่ผมวิ่ง ผมจะมีอาการเหนื่อย ไอแต่ละครั้งนี้เป็นชุดเลยครับ ไอยาวๆ ทีนี้ไม่ต้องถามเลย พอไอแล้วก็จะตามมาด้วยการหายใจไม่ออก แน่นไปหมด ทีนี้ผมจะมีอาการหืดกำเริบขึ้นมาทันที ยิ่งตอนที่ผมอ้วนๆ นะครับเหนื่อย และเกิดหืดได้ง่ายมากๆ เลยครับ เล่นนิดเดียวเองก็เหนื่อยแล้วครับ มันก็เลยเหมือนว่าออกกำลังเมื่อไร อาการหืดกำเริบก็ต้องตามมาทุกครั้งเลยครับ (ขณะพูดผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้าและแววตาที่เศร้าหมอง น้ำเสียงค่อนข้างเบา)" (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 54 - 62)

“เมื่อรู้ว่าจะถึงชั่วโมงวิชาพลศึกษา ในใจก็แอบคิดขึ้นมาทันทีว่า วันนี้ถ้าเราวิ่งแล้วอาการหืดจะต้องกำเริบแน่ๆ เลย แค่คิดก็ความรู้สึกกลัวก็ขึ้นมาทันที” (ID 5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 475 - 476)

“การที่เรามีขนาดตัวใหญ่ มันจะมีผลโดยตรงกับโรคที่เป็นเลยครับ คือเดิมทีอาการเหนื่อย หืดกำเริบก็จะมีอยู่แล้ว แต่ทีนี้เมื่อเราตัวใหญ่ มีน้ำหนักที่มาก อาการกำเริบที่ของโรคที่เคยมีอยู่จะเป็นได้ง่ายมากครับ นอกจากเป็นง่ายแล้วยังต้องใช้เวลาในการพักที่ยาวนานมากขึ้น หรือบางทีจะเป็นหนักกว่าแต่ก่อนเลยครับ การเป็นคนตัวใหญ่นี้จะทำให้ผมรู้สึกว่ามันอึดอัด และอึดอัดมากๆ ครับ จะทำอะไรแต่ละอย่างก็เป็นไปด้วยความลำบากครับ ขนาดว่าเวลาที่เดินยังรู้สึกว่าตัวเองเดินแบบอุ้ยอ้ายเลยครับ” (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 416 - 419)

การรับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคหืดและมีภาวะน้ำหนักเกิน ทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดและมีภาวะน้ำหนักเกินต้องอดทนในการเก็บซ่อนความรู้สึกว่าตนเองมีความกลัว และวิตกกังวลเมื่อต้องทำกิจกรรมกับเพื่อนๆ เพราะเมื่อใดก็ตามที่ต้องร่วมกิจกรรมกับเพื่อนและคนอื่นๆ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ก็จะเริ่มมีความรู้สึกว่าความทรมานของการเกิดหืดกำเริบได้คืบคลานเข้ามาในขณะนั้นแล้ว เพราะความทรมานของการเกิดหืดกำเริบนั้นเป็นความทรงจำที่ตราตรึงอยู่ในใจ ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่ไม่อาจลืมได้ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินยังบอกว่า *“น้อยครั้งเหลือเกินที่เมื่อวิ่งเล่น ออกกำลังกายกับเพื่อนแล้วจะไม่มีอาการหืดกำเริบขึ้นมา อาการหืดกำเริบนี้คงเป็นสิ่งที่อยู่คู่กับผม และติดตามผมตลอดเวลา เมื่อรู้ว่าจะถึงชั่วโมงวิชาพลศึกษา ในใจก็แอบคิดขึ้นมาทันทีว่า วันนี้ถ้าเราวิ่งแล้วอาการหืดจะต้องกำเริบแน่ๆ เลย แค่คิดก็ความรู้สึกกลัวก็ขึ้นมาทันที” (ID 5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 475 - 476)*

อาการหืดกำเริบไม่ใช่เพียงแค่อาการไม่สุขสบายทั่วๆ ไป แต่เป็นความเหนื่อย หอบ ที่ผู้ป่วยทุกรายเรียกว่า “เหนื่อยและทรมานเหลือเกิน” การดำเนินชีวิตที่อยู่กับอาการหืดที่มาพร้อมกับความทรมาน เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มต้นของอาการหืดกำเริบ โดยผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะเริ่มรับรู้ว่ามีความรู้สึกว่าทรมาน ตั้งแต่เริ่มรู้สึกว่าเหนื่อย จุกแน่นที่หน้าอก เป็นความอยากจะหายใจแต่หายใจไม่ออก หายใจมีความลำบาก ทำให้ลักษณะการหายใจเป็นแบบ ตื้น ลึก และเร็ว มีอาการเหนื่อยเพิ่มมากขึ้นจนกระทั่งนำมาสู่อาการหืดกำเริบ ทั้งนี้เพราะอาการหืดกำเริบไม่ใช่อาการเหนื่อยธรรมดาไม่ใช่เพียงแค่อาการไม่สบายทั่วๆ ไป แต่เป็นความเหนื่อยที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินบอกว่า “เหนื่อยและทรมานเหลือเกิน” เป็นความเหนื่อยที่คนอื่นๆ ที่ไม่ได้เป็นจะไม่มีทางเข้าใจ ความรู้สึกเหนื่อยที่เกิดขึ้นนี้ไม่สามารถที่จะประมาณค่าและประมาณอาการได้ ความเหนื่อยเป็นความรุนแรงมากจนบางครั้งรู้สึกว่าเกินจะทนรับไหวได้ ในขณะที่มีความรู้สึกเหนื่อยขึ้นมา ร่างกายก็มีการตอบสนองให้มีการหายใจเกิดขึ้น แต่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินก็ไม่สามารถหายใจได้ กลับมีความรู้สึกอึดอัดเข้ามาแทนที่ อยากจะหายใจแต่ไม่สามารถหายใจได้ ความอึดอัดเสมือนมีอะไรที่จุกแน่นในหลอดลม ร่วมกับอาการเหนื่อยตามมา มันทรมานเหลือเกินจนบางครั้งแรงจะยืนยังแทบไม่มี

ความรู้สึกอึดอัดเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะที่พยายามจะหายใจแต่หายใจไม่ออก เป็นความลำบากในการพยายามหายใจ มีความอัดอั้นแน่นที่หน้าอก จนแทบจะพุ่งระเบิดออกมาข้างนอก

ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกิน บางรายยังบอกว่า ความรู้สึกอึดอัดที่อยากจะหายใจแต่หายใจไม่ออกนี้ เป็นความทรมานมากๆ จนบางครั้งหมดแรงจนแทบจะยืนไม่ไหว *"มันทรมานเหลือเกิน อยากจะหายใจแต่หายใจไม่ได้ มันอึดอัด มันแน่นที่ตรงนี้ (ใช้นิ้วชี้ไปที่ตำแหน่งหน้าอก และตบเบาๆ เสียงดัง ตุบตุบ) มันเป็นอะไรที่ทรมานมากนะครับ คนไม่เป็นไม่มีทางเข้าใจเลย" (ID 5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 169 - 172)*

ความลำบากในการพยายามหายใจ เป็นความรู้สึกที่ทรมานมากในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินเพราะความรู้สึกนี้เป็นความอึดอัดที่เกิดในขณะที่พยายามจะหายใจแต่หายใจไม่ออก มีความอัดอั้น แน่นที่หน้าอก จนแทบจะพุ่งระเบิดออกมาข้างนอก นอกจากความลำบากในการพยายามหายใจแล้ว ความรู้สึกอื่นๆ ได้ประดังเข้ามาควบคู่ไปด้วย เช่น รู้สึกเหนื่อย รู้สึกใจสั่น กลัว และเจ็บปวด อาการเหล่านี้เด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินต้องประสบบ่อยกว่าเด็กวัยเรียนโรคหืดที่ไม่มีภาวะน้ำหนักเกินร่วมด้วย ดังนั้นเมื่อถามถึงประสบการณ์ในการเจ็บป่วย สิ่งแรกหรือคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจะเป็นคำเหล่านี้ เป็นต้นว่า เหนื่อยทรมานเหลือเกิน เหนื่อยแล้วก็หอบตามมา มันเป็นอะไรที่ทรมานมากๆ คำพูดเหล่านี้ล้วนเป็นความทรงจำที่ชัดเจนสำหรับผู้ให้ข้อมูลทุกคน ดังนั้นเมื่อถามถึงประสบการณ์ในการเจ็บป่วย สิ่งที่ได้ยินจึงเป็นคำเหล่านี้ *"เหนื่อยเหลือเกิน อึดอัดมากแทบจะระเบิดออกมา ทรมาน ทรมานเหลือเกิน ทรมานเป็นที่สุด"* คำพูดเหล่านี้เป็นความเข้าใจและเป็นความจริงที่ชัดเจนที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินกลั่นออกมาเป็นคำพูดที่หมายถึง การรับรู้ว่าการป่วยด้วยโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินนั้นมีความทรมานเหลือเกิน เป็นความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่กับ *"อาการหืดกำเริบที่มาพร้อมกับความทรมาน"* การอยู่กับอาการหืดกำเริบที่มาพร้อมกับความทรมานที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินกล่าวถึงนั้น เป็นการอยู่กับความทรมานทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ เป็นเงาที่คอยติดตามตัวไปในทุกๆ ที่ทุกเวลาและทุกสถานที่ ความทรมานในด้านร่างกายเป็นความทรมานที่เกิดขึ้นในระหว่างที่มีอาการหืดกำเริบ ซึ่งความทรมานนี้เป็นความทรมานด้านร่างกายที่จะพยายามจะหายใจ แต่ความสามารถในการหายใจกลับลดลง มีความลำบากในการหายใจ ร่างกายมีความพยายามในการทำให้ระบบหายใจเป็นปกติ แต่ไม่สามารถควบคุมและทำให้เป็นปกติได้ และความทรมานทางด้านจิตใจที่ต้องกังวลพะวงตลอดเวลาว่าอาการป่วยของตนเองจะเกิดขึ้นอีกเมื่อไหร่ อาการจะเป็นมากน้อยเพียงใด

การใช้ชีวิตอยู่กับอาการหืดกำเริบที่มาพร้อมกับความทรมานเป็นการที่ชีวิตที่อยู่ภายใต้ข้อจำกัด ต้องอดทนเก็บความรู้สึกเหล่านี้เอาไว้ข้างในเพียงลำพัง จะบอกหรือว่าพูดให้ใครฟังก็ไม่ได้ อยากจะสลัดออกก็ไม่สามารถสลัดออกจากร่างกายได้เป็นเงาที่คอยตามติด เพราะความรู้สึกที่ว่าคนอื่นที่ไม่ได้อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน หรือไม่ได้เป็นแบบนี้ จะไม่เข้าใจเป็นความว่าหนักหนาแค่ไหน

การอภิปรายผลการวิจัย

"อยู่กับอาการหืดกำเริบที่มาพร้อมกับความทรมาน" คือ สิ่งที่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินทุกรายพูดถึง ประเด็นนี้จึงมีความสำคัญและสะท้อนถึงความรู้สึกในแง่ลบเกี่ยวกับอาการหืดกำเริบ โดยผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินล้วนพูดถึงความรู้สึกที่ตนเองต้องเผชิญกับความกลัว ความอึดอัด ความลำบากในการที่อยากจะหายใจแต่ไม่สามารถหายใจได้ อาการแน่นหน้าอก จนแทบจะพุ่งระเบิด

ออกมาข้างนอก ซึ่งเป็นความรู้สึก “ทรมานเหลือเกิน” ที่เกิดขึ้นจากการกำเริบของโรค อาการหืดกำเริบไม่ใช่แค่เพียงความไม่สุขสบายทั่วๆ ไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยพัทธ์ นิยมวิทย์[18] ที่พบว่าเมื่อมีอาการหืดกำเริบผู้ป่วยเด็กจะมีอาการหายใจลำบาก แน่นหน้าอก มีอาการกระสับกระส่าย อาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กต้องใช้ความพยายามในการหายใจเป็นอย่างมาก ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายในร่างกาย และการศึกษาของ จินตนา วัชรสินธุ์[19] ที่พบว่า เมื่อมีการกำเริบของโรคขึ้น โดยเฉพาะโรคในกลุ่มเรื้อรังที่มีผลต่อการคุกคามชีวิตนั้น ผู้ป่วยเด็กจะได้รับผลกระทบมากมายทั้งจากการกำเริบของโรค และความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดทางด้านร่างกายและจิตใจ

การต้องเผชิญกับความรู้สึกทรมานนี้เกิดขึ้นในขณะที่มีอาการหืดการกำเริบ ที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด ถึงแม้ว่าอาการหืดกำเริบที่เกิดขึ้นนั้นอาจจะมีความรุนแรงแตกต่างกันแต่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินทุกรายก็ต้องเจอกับความรู้สึกเหล่านั้นทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่จะมีสรีรวิทยาที่ทำให้อาการหืดกำเริบสามารถกำเริบได้ง่ายมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ MacBean, Wheatley, Lunt & Rafferty[20] ที่พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะมีการรับรู้ว่าเมื่อมีอาการหืดกำเริบจะต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการหายใจอันเนื่องมาจากภาวะหายใจลำบาก และการศึกษาของ Sah และคณะ[21] ที่พบว่า เด็กที่ป่วยเป็นโรคหืดและมีภาวะน้ำหนักเกินจะไม่สามารถควบคุมอาการหืดกำเริบของตนเองได้

นอกจากนั้นผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินยังมีความกลัวต่อการกำเริบของโรค ความกลัวที่เกิดขึ้นเป็นความกลัวที่มาพร้อมกับความพะวง วิตกกังวล เกี่ยวกับการกำเริบของโรค เนื่องจากโรคนี้สามารถกำเริบได้ตลอดเวลา ดังนั้นเมื่อร่างกายได้รับการสัมผัสจากสิ่งที่กระตุ้นก็สามารถทำให้อาการของโรคมีการกำเริบขึ้นมาได้ซึ่งเป็นการกำเริบของโรคแบบซ้ำแล้วซ้ำเล่า ส่งผลให้เกิดสภาพของความบอบช้ำทั้งในร่างกายและจิตใจเป็นอย่างมาก นอกจากนั้นเมื่อมีการกำเริบของโรคเกิดขึ้นผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินยังต้องประสบกับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากกระบวนการรักษาพยาบาล อาทิเช่น ต้องถูกเจาะเลือดหลายครั้ง ต้องถูกฉีดยา การถูกกดทับ และการพ่นยาในหลายๆ ครั้ง สิ่งเหล่านี้เป็นความทรมานจากการรักษาที่เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำเล่า ความเจ็บปวดที่ซ้ำแล้วซ้ำเล่านี้จะซ้ำเติมให้เด็กเกิดความทุกข์ทรมานและส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกจันทร์ เขม้นการ[22] ที่พบว่าสิ่งที่กระทบต่อความคิดและความรู้สึกของเด็กมากที่สุด คือ สถานการณ์ที่เด็กต้องเผชิญกับโรคและอยู่เพียงลำพัง (Being alone) ทำให้เด็กเกิดความเจ็บปวด ทรมาน และรู้สึกโดดเดี่ยวเป็นอย่างมาก นอกจากนั้นการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและผลกระทบจากการรักษาที่ได้รับ การไม่สามารถคาดเดาเกี่ยวการเจ็บป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนของความเจ็บป่วย ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ประกอบกับการที่ต้องเผชิญกับอาการหืดกำเริบ ทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีการรับรู้ว่ามีความทรมานมากขึ้น[23] การที่ต้องใช้ชีวิตอยู่กับอาการหอบที่มาพร้อมกับความทรมาน เป็นการใช้ชีวิตที่ลำบาก ต้องอยู่ภายใต้ข้อจำกัดและมีผลต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกิน[24,25] ดังนั้นผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดทีมีภาวะน้ำหนักเกินทุกคนในการศึกษาครั้งนี้

จึงรู้สึกว่าตนเองนั้นต้องใช้ชีวิตที่อยู่ภายใต้ความรู้สึกไม่แน่นอนของความเจ็บป่วย ต้องอยู่ภายใต้ข้อจำกัดในหลายอย่าง มีสิ่งที่คอยติดตามเป็นเสมือนเงาอยู่ตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดความบอบช้ำทั้งในร่างกายและจิตใจเป็นอย่างมาก ซึ่งก็คือ “การอยู่กับอาการหืดกำเริบที่มาพร้อมกับความทรมาน”

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรนำข้อมูลจากประเด็นการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกินร่วมด้วย เพื่อให้การบรรเทาอาการหืดได้อย่างรวดเร็ว โดยตระหนักว่า 1) อาการหืดที่กำเริบในผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะรุนแรงและทรมานมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ดังนั้นต้องสอนให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกิน บิดามารดาและครูประจำชั้นได้มีความรู้ ความเข้าใจสามารถรับมือกับอาการหืดกำเริบได้ 2) เมื่อมีอาการหืดกำเริบ ต้องหยุดพักการทำกิจกรรม และใช้ยาขยายหลอดลมอย่างรวดเร็ว ถูกวิธี และ 3) พยาบาลควรใส่ใจ อยู่ดูแล อยู่เป็นเพื่อนใกล้ชิดเพื่อลดความกลัว ความทุกข์ทางจิตใจและช่วยให้เขาผ่านพ้นอาการหืดกำเริบได้อย่างดีที่สุด นอกจากนั้นแล้วประเด็นที่ได้ยังเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการการจัดโปรแกรมเพื่อช่วยในการบรรเทาและดูแลจัดการเมื่อมีอาการหืดกำเริบ การฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกินได้อย่างครบองค์รวมและสามารถเป็นองค์ความรู้เพิ่มเติมสำหรับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลที่ปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการหืดกำเริบสำหรับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เช่น รูปแบบการจัดห้องพักขณะพ่นยาที่เอื้อให้เด็กรู้สึกปลอดภัยลดความกลัว รูปแบบฝึกการหายใจขณะให้ยาขยายหลอดลม เป็นต้น

2. ศึกษาเพิ่มเติมในรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับมุมมอง ประสบการณ์ในการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจากผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. No-in K. Overweight and obesity among Thai school-aged children and adolescents. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017;18 Suppl May - August:1-8. (in Thai).
2. Thongtaeng P, Seesawang J. Overweight in Thai children. Rama Nurse Journal 2012;18(3):287-97. (in Thai).
3. Ali Z, Ulrik CS. Obesity and asthma: a coincidence or a causal relationship? a systematic review. Respiratory Medicine 2013;107(9):1287-300.
4. Lang JE. Obesity and asthma in children: current and future therapeutic options. Paediatr Drugs 2014;16(3):179-88.

5. Chettanachai P. Obesity and the effects on the respiratory system in children. Thai Pediatric Journal 2009;16(2):133. (in Thai).
6. Mohanan S, Tapp H, McWilliams A, Dulin M. Obesity and asthma: pathophysiology and implications for diagnosis and management in primary care. Exp Biol Med (Maywood) 2014;239(11):1531-40.
7. Kajbaf TZ, Asar S, Alipoor MR. Relationship between obesity and asthma symptoms among children in Ahvaz, Iran: a cross sectional study. Ital J Pediatr 2011 Jan 6;37:1.
8. Nakham A. Principle of phamacotherapy and management in asthmatic patients. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2008. (in Thai).
9. Liu PC, Kieckhefer GM, Gau BS. A systematic review of the association between obesity and asthma in children. J Adv Nurs 2013;69(7):1446-65.
10. Papoutsakis C, Priftis KN, Drakouli M. Childhood overweight/obesity and asthma: isthere a link? a systematic review of recent epidemiologic evidence. J Acad Nutr Diet 2013;113(1):77-105.
11. Kawamatawong T. Management of patient with asthma. Controlversial-in-Asthma-20-22 Mar-2016. [Internet]. [cited 2016 November 20]. Available from: http:// www.tac.or.th /web/images/annualmeeting. (in Thai).
12. Maimon P, Chanthapasa K. The explanatory model of asthma in perspective of patients. IJPS 2011;7(1):39-51. (in Thai).
13. Chaichana K, Talpradit P, Kaskratok R, Ngamsang W, Kerdchantuk P. Screening questionnaire to identify children at risk for asthma or decreased lung function. IJPS 2014;10(1):93-102. (in Thai).
14. Saraban L, Thoranasonton S, Chu-ngan T, Wongwirud S. Dyspnea experience, symptom management and outcomes among caregivers of school-age asthmatic children. Songklanakarind Journal of Nursing 2012;32(2):23 -36. (in Thai).
15. Morse JM, Field PA. Nursing research: the application of qualitative approaches. New York: Springer US; 1995.
16. Shosha GA. Employment of Colaizzi's strategy in descriptive phenomenology: a reflection of a researcher. European Scientific Journal 2012;8(27):31-43.
17. Lincon YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. LA: SAGE Publications; 1985.
18. Niyomwit K. Nursing care for ill children with acute asthmatic attack. Journal of Phrapokklao Nursing College 2017;28(1):149-60. (in Thai).
19. Wacharasin C. Suffering among parents having children with leukemia. Journal of Nursing and Health Care 2017;35(3):78–88. (in Thai).

20. MacBean V, Wheatley L, Lunt AC, Rafferty GF. Respiratory load perception in overweight and asthmatic children. Respir Physiol Neurobiol 2017 May;239:81-6.
21. Sah PK, Gerald Teague W, Demuth KA, Whitlock DR, Brown SD, Fitzpatrick AM. Poor asthma control in obese children may be overestimated because of enhanced perception of dyspnea. J Allergy Clin Immunol Pract 2013;1(1):39-45.
22. Khamenkan K. Children's thoughts and feelings during hospitalization: nursing management. Journal of Nursing Science & Health 2011;34(3):75-87. (in Thai).
23. Silapavitayatorn B. Illness-related uncertainty and coping strategies observed in children with thalassemia. Thai Journal of Nursing Council 2015;30(3):67-79. (in Thai).
24. Manion AB, Velsor-Friedrich B. Quality of life and health outcomes in overweight and non- overweight children with asthma. Journal of Pediatric Health Care 2017;31(1):37-45.
25. Nilpruk U. A study of post-traumatic stress in patients after acute myocardial infarction. Royal Thai Navy Medical Journal 2018;45(2):289–310. (in Thai).

ความต้องการและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี
Health Need Assessment and Accessibility to Health Services of Rural Elderly in Wihandaeng District, Saraburi Province

สุธาลักษณ์ ขวัญเจริญทรัพย์* นวรัตน์ สุวรรณผ่อง** มธุรส ทิพยมงคลกุล** จารุวรรณ หมั่นมี**
Suthaluk Kwanjaroensub,* Nawarat Suwannapong,** Mathuros Tipayamongkholgul,** Charuwan Manmee**
* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร
* Student in Master Degree of Science Program (Public Health), Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok
** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร
** Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok
* Corresponding Author: sutha_ka@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความต้องการและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และหาความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี จำนวน 299 คน เก็บข้อมูลระหว่าง พ.ย. 2559 - ม.ค. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้จากการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และการสังเกต ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ความต้องการบริการด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.91 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.86 และแบบสัมภาษณ์การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยไบนารีโลจิสติค

ผลการวิจัย พบว่า ความต้องการบริการด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.50 การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.52 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบกลุ่มติดสังคมมีมากที่สุด ร้อยละ 91.30 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 6.68 ส่วนกลุ่มติดเตียงมีเพียงร้อยละ 2.00 เท่านั้น การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.20 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ได้แก่

Received: December 16, 2018; Revised: April 21, 2019; Accepted: April 29, 2019

การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (Adj. OR = 2.36; 95% CI 1.24 - 4.51) การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่า (Adj. OR = 2.10; 95% CI 1.19 - 3.70) และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร (Adj. OR = 1.91; 95% CI 1.01 - 3.60) และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือ สิ่งของ อุปกรณ์

ข้อเสนอแนะ : การเพิ่มศักยภาพของสถานบริการสุขภาพ เช่น การเพิ่มศักยภาพของพยาบาลให้มีความเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุมากขึ้น มีการนัดหมายที่เหมาะสม และมีการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสารด้านบริการสุขภาพให้กับผู้สูงอายุจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมากขึ้น

คำสำคัญ : ความต้องการด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

Abstract

This research was a cross-sectional study. The objectives of this research were to evaluate health need assessment and accessibility to health services of rural elderly and analyse the relationship between personal characteristics, activities of daily living, social support, and accessibility to health services of rural elderly in Wihandaeng district, Saraburi province. The sample of this research was 299 rural elderly. The data were collected by interview and observation between November 2016 - January 2017. The reliability values of interview health need, social support and accessibility to health services were 0.91, 0.86, and 0.96, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and binary logistic regression.

The results of this research found that overall health need assessment was at a moderate level 49.50%, the overall accessibility to health services was at a high level 55.52%, activities of daily living found that well elder group was 91.30%, home bound elder group 6.68% and bed bound elder group 2.00%. Overall social support was at a moderate level 59.20%. The factors related to the accessibility to health services of rural elderly in Wihandaeng district, Saraburi province were high level of the emotional social support (Adj. OR = 2.36; 95% CI 1.24 – 4.51), appraisal social support at a high level (Adj. OR = 2.10; 95% CI 1.19 – 3.70) and informational social support at a high level (Adj. OR = 1.91; 95% CI 1.01 – 3.60). Personal characteristics, activities of daily living and instrumental social support did not relate factors.

Suggestions: Increasing the performance of health facilities, such as staff nurses with expertise elderly care, the appropriate appointments and giving health information to elders will help them more easily access to healthcare services.

Keywords : health need, accessibility to health services, social support, activities of daily living

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมทั่วโลกได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) เนื่องจากเป็นสังคมที่มีประชากรทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรมวลรวม[1] จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2557 ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ14.9 มีการคาดการณ์ว่าในปี 2564 ประเทศไทยจะมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ซึ่งหมายถึง ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์[2] การที่ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุนั้นรัฐบาลได้เตรียมวางแผนสวัสดิการต่างๆ ให้แก่ประชากรผู้สูงอายุไทยโดยมีสิทธิเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลโดยใช้กองทุนหลักทั้ง 3 กองทุนของประเทศไทย ได้แก่ กองทุนประกันสังคม กองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อลดปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ[3] แต่ยังพบปัญหาในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในเขตชนบทบางแห่งในประเทศไทย เช่น ด้านระยะทางและการเดินทางยังเป็นปัญหาสำคัญโดยเฉพาะในหน้าฝน[4]

อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี เป็นอำเภอที่มีขนาดเล็ก ประกอบด้วย 6 ตำบล 54 หมู่บ้าน มีโรงพยาบาลชุมชน (ขนาด F2) 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 แห่ง มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 13.6[5] และอำเภอวิหารแดงยังมีจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงสูงที่สุดในจังหวัดสระบุรี นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังประสบปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สำคัญ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด และอาจมีผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกที่จะรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) แต่เนื่องจากภูมิศาสตร์ของพื้นที่หมู่บ้านในอำเภอวิหารแดงแต่ละหมู่บ้านอยู่ห่างไกลกันมากจึงอาจเป็นปัจจัยสำคัญในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งที่ผ่านมายังไม่มีข้อมูลแสดงเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในเขตอำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความต้องการและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทอำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เพื่อเก็บรวบรวมเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะได้นำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพหรือเสนอเป็นแนวทางแก่ผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ทั่วถึงอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

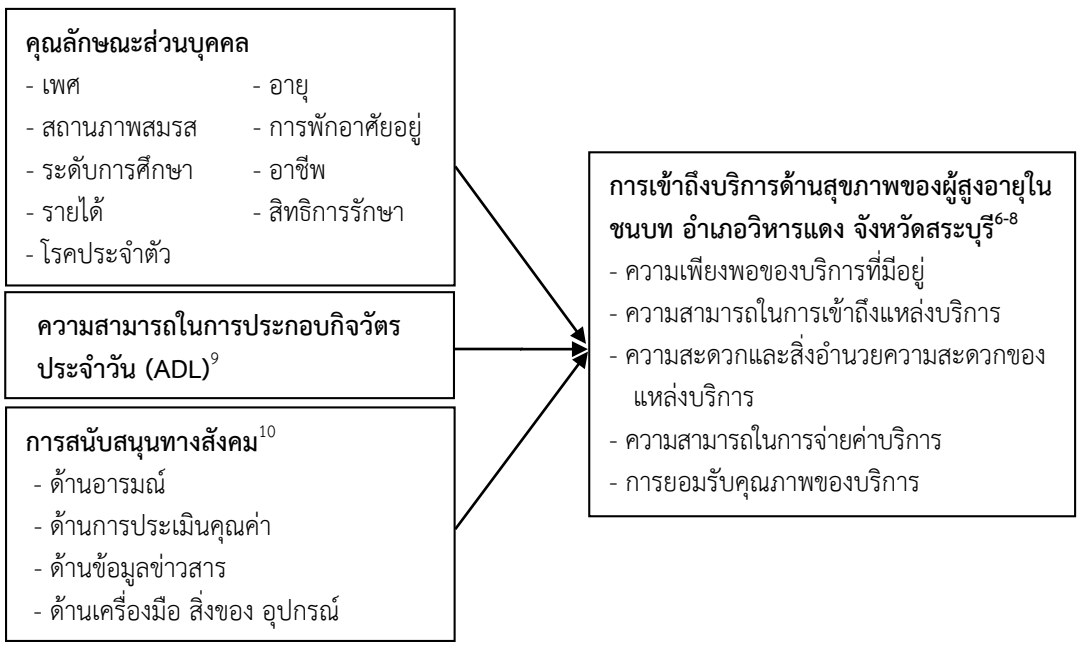
1. ประเมินความต้องการบริการด้านสุขภาพ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี

2. อธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การพักอาศัยอยู่ สิทธิการรักษา โรคประจำตัวของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนทางสังคม กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดที่เกี่ยวกับการแสวงหาบริการด้านสุขภาพในแต่ละบริบทของผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพ การเจ็บป่วย ปัจจัยและข้อจำกัดต่างๆ หรือด้านภูมิศาสตร์ รวมทั้งด้านการเงิน จากแนวคิดของ Aday & Andersen[6-7] ร่วมกับแนวคิดของ Penchansky & Thomas[8] โดยประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และการยอมรับคุณภาพของบริการ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่อาจมีผลต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สำคัญ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด และอาศัยอยู่ในครอบครัวขยายมีลูกหลานช่วยเหลือดูแล ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัย 3 ปัจจัย ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL index)[9] และการสนับสนุนทางสังคม จากแนวคิดของ House[10] โดยประเมินจาก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือ สิ่งของ อุปกรณ์ ส่วนการประเมินความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นเป็นการหาข้อมูลเพื่อช่วยกำหนดแนวทางในการพัฒนาบริการด้านสุขภาพให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุในชนบท ดังแสดงแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุสัญชาติไทยที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุสัญชาติไทยที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ที่ได้จากเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล สื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ในชุมชนในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหรือที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เช่น หูตึง สื่อสารไม่ได้ คำนวณตัวอย่างจากสูตรที่ทราบจำนวนประชากรของ Daniel[11] ได้กลุ่มตัวอย่าง 209 คน เนื่องจากเป็นการสุ่มแบบ Cluster sampling จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย design effect = 1.5 รวมจำนวนทั้งสิ้น 315 คน แล้วใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างจากแต่ละตำบลแบบกำหนดความน่าจะเป็นให้เป็นสัดส่วนกับขนาด (Probability proportional to size-PPS) เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลแล้ว นำมาสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) และไม่แทนที่ (Sampling without replacement) โดยขอรายชื่อผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นนำมาจับฉลากแบบไม่แทนที่ในแต่ละตำบลทั้ง 6 ตำบล และทำการสัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายชื่อจากการสุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลระหว่าง พ.ย. 2559 - ม.ค. 2560 แต่เนื่องจากมีผู้สูงอายุมีการย้ายถิ่นและบางรายมีปัญหาในการสื่อสาร ทำให้เหลือ 299 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้จากการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล และความต้องการบริการด้านสุขภาพ

1.1 แบบสัมภาษณ์คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การพักอาศัยอยู่ สิทธิการรักษา โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ โดยลักษณะคำถามมีทั้งคำถามปลายเปิด และปลายปิด จำนวน 15 ข้อ

1.2 แบบสัมภาษณ์ความต้องการบริการด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบคำถามปลายปิด และคำตอบเป็นแบบวัดมาตรประมาณค่า (Rating scale) ที่มีคำตอบ 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 1 - 3 จากน้อย ปานกลาง และมาก มีคะแนนรวมเท่ากับ 48 คะแนน การแปลความหมายคะแนน คือ คะแนน 16 - 28 หมายถึง มีความต้องการบริการด้านสุขภาพน้อย คะแนน 29 - 37 หมายถึง มีความต้องการบริการด้านสุขภาพปานกลาง คะแนน 38 - 48 หมายถึง มีความต้องการบริการด้านสุขภาพมาก

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL index)[9] จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นเลือกข้อที่ตรงกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนการประเมินกลุ่มติดสังคม มีผลรวมคะแนน ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป กลุ่มติดบ้าน มีผลรวมคะแนน 5 – 11 คะแนน และกลุ่มติดเตียง มีผลรวมคะแนน 0 - 4 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดของ House[10] แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้าน

อารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือ สิ่งของ อุปกรณ์ จำนวน 12 ข้อ และมีคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) ที่มีคำตอบ 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 1 - 5 จากน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด มีคะแนนรวมเท่ากับ 60 คะแนน การแปลความหมายคะแนน คือ คะแนน 12 - 35 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนน 36 - 47 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คะแนน 48 - 60 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมมาก

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดของ Aday & Andersen[6-7] และ Penchansky & Thomas[8] แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ด้านความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ ด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ด้านการยอมรับคุณภาพของบริการ เป็นแบบสัมภาษณ์ จำนวน 20 ข้อ และคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) ที่มีคำตอบ 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 1 - 3 จากน้อย ปานกลาง และมาก มีคะแนนรวมเท่ากับ 60 คะแนน การแปลความหมายคะแนน คือ คะแนน 20 - 35 หมายถึง มีการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพน้อย คะแนน 36 - 47 หมายถึง มีการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพปานกลาง และคะแนน 48 - 60 หมายถึง มีการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเองโดยการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุใช้ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL index) การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เสนออาจารย์ที่ปรึกษา 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ถูกต้อง แล้วจึงนำแบบสัมภาษณ์ที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงแบบสัมภาษณ์ ดังนี้ ความต้องการบริการด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.91 การสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.86 และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.96

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2016 – 103 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี อนุมัติวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2559 เอกสารหมายเลข EC 2 - 002/2559

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล และผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดสระบุรีแล้ว ผู้วิจัยได้ประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอวิหารแดง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา รายละเอียดในการเก็บข้อมูล และขอความอนุเคราะห์ในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 6 ตำบล

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย จึงลงเก็บข้อมูลตามรายชื่อที่ได้จากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย และตอบข้อข้องใจต่างๆ ถึงประโยชน์ และผลที่อาจเกิดขึ้น เมื่อรับทราบข้อมูลและตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือ (กรณีไม่สามารถเขียนหนังสือได้) เข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงทำการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

3. ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมแบบเก็บข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลในลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS Version 18 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่ามัธยฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยไบนารีโลจิสติก (Binary logistic regression analysis)[12] กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.87 อายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 55.85 อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 97 ปี และอายุเฉลี่ย 70.23 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.21 จบการศึกษาระดับสูงสุดชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 84.28 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 56.19 ส่วนใหญ่รายได้รวมต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 85.95 ค่ามัธยฐานรายได้รวมต่อเดือนเท่ากับ 1,000 บาท เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา ร้อยละ 40.13 รองลงมาอยู่กับบุตร/หลาน ร้อยละ 36.79 อยู่คนเดียวเพียงร้อยละ 7.36 เกือบทั้งหมดของผู้สูงอายุใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 91.97 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.24 พบโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานมากที่สุด ในด้านการจัดการกับปัญหาสุขภาพเกือบทั้งหมดของผู้สูงอายุไปสถานบริการสุขภาพ ร้อยละ 99.70 ส่วนสถานบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการ 3 อันดับแรก เมื่อมีการเจ็บป่วยทั้ง 3 ระดับ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นอันดับแรก รองลงมา คือ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลประจำจังหวัด

ความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 49.50 ส่วนรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุต้องการบริการด้านการป้องกันโรคมากที่สุด ร้อยละ 70.23 รองลงมา คือ ด้านการรักษา ร้อยละ 60.54 ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร้อยละ 40.80 และด้านส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 26.09

การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.52 ระดับปานกลาง ร้อยละ 42.48 ส่วนรายด้าน พบว่า การเข้าถึงบริการด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 62.87 รองลงมา คือ ด้านการยอมรับ

คุณภาพของบริการ ร้อยละ 61.54 ด้านความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ ร้อยละ 51.51 ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ร้อยละ 48.50 และด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ร้อยละ 29.76

การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรีโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คือ ร้อยละ 59.20 ส่วนรายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.18 รองลงมา คือ ด้านการประเมินคุณค่า ร้อยละ 51.50 ด้านข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 41.14 และด้านเครื่องมือ สิ่งของ อุปกรณ์ ร้อยละ 35.45 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ร้อยละของระดับความต้องการบริการด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี โดยรวมและรายด้าน (n = 299)

ตัวแปร	มาก	ปานกลาง	น้อย
ความต้องการบริการด้านสุขภาพโดยรวม	**39.46**	**49.50**	**11.04**
ด้านส่งเสริมสุขภาพ	26.09	33.11	40.80
ด้านการป้องกันโรค	70.23	20.74	9.03
ด้านการรักษา	60.54	31.10	8.36
ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ	40.80	37.79	21.41
การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพโดยรวม	**55.52**	**42.48**	**2.00**
ด้านความเพียงพอของบริการที่มีอยู่	51.51	43.14	5.35
ด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ	62.87	30.77	6.36
ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ	48.50	42.14	9.36
ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ	29.76	53.18	17.06
ด้านการยอมรับคุณภาพของบริการ	61.54	37.46	1.00
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	**28.43**	**59.20**	**12.37**
ด้านอารมณ์	55.18	12.71	32.11
ด้านการประเมินคุณค่า	51.50	15.72	32.78
ด้านข้อมูลข่าวสาร	41.14	18.73	40.13
ด้านเครื่องมือ สิ่งของ อุปกรณ์	35.45	15.72	48.83

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี โดยใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)[9] พบว่า ผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี จัดอยู่ในกลุ่มติดสังคมมากที่สุด ร้อยละ 91.3 รองลงมา คือ กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 6.7 ส่วนกลุ่มติดเตียงมีเพียงร้อยละ 2.0 เท่านั้น

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี โดยใช้ Binary logistic regression นำตัวแปรทั้งหมดเข้าสมการด้วยวิธี Forward LR

อย่างเป็นขั้นตอน โดยพิจารณานำเข้าสมการจากอิทธิพลที่มีต่อตัวแปรตาม และคัดออกจากสมการ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และด้านเครื่องมือ สิ่งของ อุปกรณ์ ตามระดับนัยสำคัญ ($p < .05$) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (Adj. OR= 2.36; 95% CI 1.24 – 4.51) การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่า (Adj. OR = 2.10; 95% CI 1.19 – 3.70) และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร (Adj. OR = 1.91; 95% CI 1.01 – 3.60) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทอำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี (n = 299)

ปัจจัย	Crude OR	Adj. OR	95% CI	p - value
การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์				
ระดับน้อย/ปานกลาง	1	1		
ระดับมาก	4.79	2.36	1.24 - 4.51	0.009*
การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่า				
ระดับน้อย/ปานกลาง	1	1		
ระดับมาก	3.83	2.10	1.19 - 3.70	0.011*
การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร				
ระดับน้อย/ปานกลาง	1	1		
ระดับมาก	4.22	1.91	1.01 - 3.60	0.046*

* $p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

ความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 49.50 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60 – 69 ปี) และมีสภาพร่างกายยังแข็งแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิณณ์ณิชา พงษ์ดี และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์[13] ที่ศึกษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านเหมืองแบ่ง ตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย พบว่า ความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งต่างกับการศึกษาของ เจ๊ะยารีเย๊าะ เจ๊ะโซ๊ะ[14] และพันธิตรา สิงห์เขียว[15] ที่พบว่า ความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก และข้อมูลของกรมอนามัย[16] ที่ลงสำรวจพื้นที่ พบว่า ความต้องการที่มากที่สุดของผู้สูงอายุ คือ ความต้องการบริการด้านสุขภาพ/การรักษามาเป็นอันดับแรก (ร้อยละ 42.1) และจากการสัมภาษณ์ พบว่า ความต้องการของผู้สูง อายุส่วนมากเป็นความต้องการพื้นฐานของร่างกาย[17] เช่น ด้านอาหาร ด้านการเงิน การเพิ่มเบี้ยผู้สูงอายุ ด้านสวัสดิการต่างๆ เป็นต้น สอดคล้องกับ พงษ์ชัย จิตตะมัย[18] พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนเอง

มีปัญหาด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิต รองลงมา คือ ความต้องการด้านการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

ส่วนความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุต้องการบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคระดับมากสูงถึงร้อยละ 70.23 เนื่องจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทอำเภอวิหารแดง มีความสนใจในเรื่องสุขภาพโดยเฉพาะการได้รับวัคซีนป้องกันโรคที่จำเป็นและการได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ[2] รายงานว่าผู้สูงอายุไทยได้รับการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 35.2 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 52.2 ในปี 2557 และรายงานการวิจัยของ อรวรรณ์ คูหา, พงางาม พงศ์จตุรวิทย์ และอภิวรรณ ณัฐมนวรกุล[19] ที่พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 55.6) โดยมีกลุ่มอายุ 60 – 69 ปี ได้รับการตรวจมากที่สุด ซึ่งการที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีนั้นเป็นกิจกรรมที่สามารถประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและทำให้ผู้สูงอายุทราบถึงปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่จะทำให้เกิดโรคได้โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเอาใส่ใจในสุขภาพมากยิ่งขึ้น

การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.52 ซึ่งสอดคล้องกับ ผานิตา พงษ์เศวต[20] ที่พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี โดยรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการระดับมาก ร้อยละ 62.87 ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งสามารถเดินทางไปสถานบริการใกล้บ้านได้ง่าย เนื่องจากการคมนาคมสะดวกใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที สอดคล้องกับแนวคิดของ Aday & Andersen[6-7] การที่ผู้ใช้บริการจะตัดสินใจใช้บริการของสถานบริการที่ใดที่หนึ่งขึ้นอยู่กับระยะทางที่ไม่ห่างจากที่พักอาศัย ซึ่งคนส่วนใหญ่จะเลือกใช้สถานบริการที่ใกล้บ้านมากที่สุด ซึ่งต่างกับ Yingtaweesak, Yoshida, Hemhongsa, Hamajima & Chaiyakae[4] พบว่า ผู้ที่มารับบริการด้านสุขภาพในเขตชนบทจะต้องใช้เวลามากกว่า 30 นาที ในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการสุขภาพ ในช่วงฤดูฝนต้องใช้เวลามากกว่า 2 ชั่วโมง เนื่องจากสภาพของถนนไม่ดี

การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพด้านการยอมรับคุณภาพของบริการระดับมาก ร้อยละ 61.54 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกที่จะมารับบริการที่ รพ.สต. ใกล้บ้านโดยมีความพอใจที่เจ้าหน้าที่เอาใจใส่ เป็นกันเองมีความสุภาพยิ้มแย้มแจ่มใส[20] ซึ่งผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และมีแพทย์มาเฉพาะบางวันอาจเป็นไปได้ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คุ้นเคยกับผู้ให้บริการจึงมีความพอใจในความเชี่ยวชาญ การให้คำปรึกษาแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพที่ให้บริการ

การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพด้านความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ระดับมาก ร้อยละ 51.51 ในพื้นที่ของตำบลต่างๆ ในอำเภอวิหารแดง จะมี รพ.สต. อย่างน้อย 1 แห่ง จะมีบางพื้นที่ที่มีขนาดใหญ่และมีจำนวนประชากรมากจึงมีจำนวน รพ.สต. เพิ่มอีก 1 - 2 แห่ง ทำให้มีจำนวนสถานบริการและบุคลากรด้านสุขภาพเพียงพอในการให้บริการประกอบกับมีการจัดให้มีเจ้าหน้าที่ให้บริการในช่วงเสาร์-อาทิตย์ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกใช้บริการได้ง่ายแม้จะเป็นวันหยุด สอดคล้องกับ อรวรรณ์ คูหา และคณะ[19] พบว่า ผู้สูงอายุพอใจในเรื่องสถานบริการที่ให้บริการสุขภาพเพียงพอ ร้อยละ 80.4

การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 48.50 ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจสถานบริการในด้านที่มีขั้นตอนในการบริการที่เข้าใจง่าย สะดวก และสถานบริการมีเครื่องมือ/อุปกรณ์อำนวยความสะดวก เช่น รถเข็น ราวจับทางเดิน/ห้องน้ำ ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Penchansky & Thomus[8] ที่กล่าวว่าแหล่งบริการสุขภาพมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการมารับบริการจะทำให้เข้าถึงบริการได้ง่าย สอดคล้องกับ อรวรรณ์ คูหา และคณะ[19] พบว่า ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีความสะดวกในการเข้าถึงการบริการ ร้อยละ 88.6 โดยพบว่า สถานบริการระดับ รพ.สต. มีความสะดวกในการเข้าถึงบริการมากที่สุด ร้อยละ 91.2

การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการอยู่ในระดับมากเพียงร้อยละ 29.76 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมด ร้อยละ 86 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท โดยรายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในค่าบริการ ค่ายาที่นอกเหนือจากสิทธิหรือค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการมาเข้ารับบริการ เช่น การเดินทาง ซึ่งสอดคล้องกับ Yingtaweesak และคณะ[4] พบว่า ผู้ที่มารับบริการด้านสุขภาพในชนบทจะมีอุปสรรคภาระค่าใช้จ่ายในเรื่องการเดินทาง ค่าอาหารระหว่างเดินทาง และเฉลิมพล แจ่มจันทร์[21] พบว่า ผู้สูงอายุในชนบท มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในเรื่องของ “ภาระค่าใช้จ่าย” โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการ

คุณลักษณะส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี สอดคล้องกับ พันธิตรา สิงห์เขียว[15] พบว่า ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์ความต้องการบริการด้านสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lecovich & Carmel[22] และ Yang และคณะ[23] ที่พบว่า ช่วงอายุมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า การไปใช้บริการของผู้สูงอายุอาจขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวสามารถเข้ารับบริการได้ทุกช่วงอายุอยู่แล้ว และเกือบทั้งหมดของผู้สูงอายุในอำเภอวิหารแดงใช้สิทธิการรักษาพยาบาลจาก 3 กองทุนหลักอยู่แล้ว ไม่ว่าจะใช้สิทธิใดก็เข้าถึงการบริการสุขภาพได้

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60 – 69 ปี) ยังช่วยเหลือตัวเองได้ดี ทำให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ไม่ใช่ปัจจัยหลักที่จะเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ประกอบกับการมีสิทธิบัตรประกันสุขภาพ ครอบคลุมถึงร้อยละ 92 จึงทำให้ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุกลุ่มใดก็สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี และเมื่อควบคุมอิทธิพลจากปัจจัยอื่น พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่า และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความไว้วางใจ ให้รับฟังปัญหาจากบุคคลรอบข้าง การได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้างและการได้รับการยอมรับว่ามี

ความสำคัญในครอบครัว กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ระดับมากจะมีโอกาสเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเป็น 2.36 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ระดับน้อย/ปานกลาง (Adj. OR = 2.36; 95% CI 0.22 – 0.81) สอดคล้องกับ พงษ์ชัย จิตตะมัย[18] และ ผานิตา พงษ์เศวต[20] พบว่า ผู้ดูแลหลักในครอบครัวจะมีบทบาทมากที่สุดและเป็นบุคคลหลักในการช่วยดูแลสุขภาพรอบด้านของผู้สูงอายุให้เข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้น และการได้รับการสนับสนุนทางครอบครัวในระดับสูงจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพทางกาย สุขภาพจิตดีขึ้น[24]

การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่า ได้แก่ การได้รับความเคารพนับถือจากบุคคลรอบข้าง การได้รับการยกย่องจากบุคคลรอบข้าง การที่บุคคลรอบข้างรับฟังคำแนะนำ สั่งสอนจากผู้สูงอายุ และนำไปปฏิบัติได้ อธิบายได้ว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่าระดับมากจะมีโอกาสเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเป็น 2.10 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่าระดับน้อย/ปานกลาง (Adj. OR = 2.10; 95% CI 1.19 – 3.70) ซึ่งผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบุตร/หลาน และมีเพื่อนบ้านพักอาศัยอยู่ติดๆ กันเป็นชุมชน มีความเป็นอยู่แบบพึ่งพาอาศัยกัน ยังมีความเคารพ ยกย่องนับถือและเชื่อฟังคำสั่งสอนผู้ที่สูงวัยกว่าจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจและมองเห็นศักยภาพคุณค่าในตนเอง[8] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนิจ นิจอนันต์ชัย และมาลี สันติถิรศักดิ์[25] พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนและเพื่อนบ้านยิ่งมีมากทำให้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนและสังคมยิ่งมีมากทำให้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ต้องการ การได้รับคำแนะนำ แนวทางปฏิบัติด้านสุขภาพเพื่อนำไปแก้ปัญหาด้านสุขภาพที่เผชิญอยู่ ความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ อธิบายได้ว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารระดับมากจะมีโอกาสเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเป็น 1.91 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารระดับน้อย/ ปานกลาง (Adj. OR = 1.91; 95% CI 1.01 – 3.60) สอดคล้องกับ อังคนา นาคอุบล, จิตติมา บุญเกิด, สายพิณ หัตถีรัตน์ และนิสิต เที่ยงสมพงษ์[26] ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการหาข้อมูลข่าวสารของสถานบริการผู้สูงอายุระยะยาวแต่ละแห่งมาก่อนเข้ารับบริการจะมีการปรับตัวเข้าถึงบริการได้มากกว่า

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า และด้านข้อมูลข่าวสาร ส่วนคุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือ สิ่งของ อุปกรณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เกิดจากการรับรู้ของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลและเป็นผู้สูงอายุในเขตชนบทเท่านั้น อาจมีผลการประมาณค่าที่มากหรือน้อยเกินไปได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ทีมสุขภาพควรจัดให้มีบริการด้านการป้องกันโรค โดยการตรวจสุขภาพอย่างเป็นประจำและต่อเนื่อง โดยอาจทำเป็นเชิงรุกเข้าถึงชุมชนเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อโรค และจัดหาวัคซีนป้องกันโรคที่จำเป็นให้กับผู้สูงอายุ

2. ด้านการสนับสนุนทางสังคม

2.1 ด้านอารมณ์ บุคคลรอบข้างและบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ ได้แก่ สามี/ภรรยา บุตร/หลาน ญาติพี่น้อง ควรให้ความรัก ความเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และได้รับการฝึกอบรมความรู้ในการผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

2.2 ด้านการประเมินคุณค่า สาธารณสุขอำเภอหรือทีมสุขภาพในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรจัดให้มีโครงการเชิดชู ยกย่องผู้สูงอายุที่ทำคุณงามความดีกับสังคมหรือประพฤติปฏิบัติตัวดี โดยเฉพาะด้านสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นอาสาสมัครหมู่บ้าน/อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ/จิตอาสาที่ช่วยแนะนำ ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพ หรือแจ้งให้ผู้สูงอายุทราบเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเพื่อให้เกิดการดูแลตนเอง เพื่อเป็นการเสริมพลังในผู้สูงอายุในชุมชนให้รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

2.3. ด้านข้อมูลข่าวสาร เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ร่วมกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครหมู่บ้าน ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านต่างๆ แก่สมาชิกในหมู่บ้าน โดยเฉพาะด้านบริการสุขภาพเพื่อช่วยในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ เช่น การประชาสัมพันธ์การฉีดวัคซีนเฉพาะกาล การออกตรวจพิเศษของแพทย์

3. ด้านการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ แม้ว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก แต่การเพิ่มศักยภาพของสถานบริการสุขภาพ เช่น การเพิ่มศักยภาพของพยาบาลให้มีความเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุมากขึ้น มีการนัดหมายที่เหมาะสม และมีการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสารด้านบริการสุขภาพให้กับผู้สูงอายุจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเชิงลึก เปรียบเทียบระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท หรือนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่ได้จากการศึกษานี้ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะด้านการประเมินคุณค่าและด้านข้อมูลข่าวสารไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ต่อไป

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในรายละเอียดด้านอื่นๆ เช่น ด้านทันตกรรม ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Department of health, Ministry of Public Health. Global age - friendly cities: a guide. Bangkok: Printing office Veterans Organization; 2014.
2. National Statistical Office, Ministry of Information & technology. Elderly population survey in Thailand 2014. Bangkok: Tex and Journal Publication; 2014.
3. National Health Security Office. Strategic plan for long-term care system implementation for the elderly in dependence 2014 - 2018. [Internet]. [cited 2015 September 7]. Available from: http://shi.or.th/upload/Download%20File/%E0%B8%A8%E0%B8%B8%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B9%8C%E0%B9%80%E0%B8%AA%E0%B8%A7%E0%B8%99%E0%B8%B2%2056/FridaySem57/5_plan%20LTC.pdf.
4. Yingtaweesak T, Yoshida Y, Hemhongsa P, Hamajima N, Chaiyakae S. Accessibility of health care service in Thasongyang, Tak province, Thailand. Nagoya J Med Sci 2013;75(3-4):243-50.
5. Information systems and public health information offices in Saraburi province. [Internet]. [cited 2016 March 6]. Available from: http: //182.52.58.35/report datacenter/report2.php?id=19.
6. Aday LA, Andersen RM. Framework for the study of access to medical care. Health Serv Res 1974;9(3):208–20.
7. Aday LA, Andersen RM. Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. Medical Care 1981;19(12):4-27.
8. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care 1981;19(2):127-40.
9. Department of Health, Ministry of Public Health. Guidelines for elderly caregivers training course 70 hours. Bangkok: National Buddhism Printing Office; 2013.
10. House JS. Work stress and social support. Philadelphia: Addison Wesley; 1981.
11. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 9th ed. United States of America: John Wiley & Sons Inc; 2009. p. 205.
12. Wanichbancha K. Advanced statistical analysis with SPSS for Windows. 5thed. Bangkok: Faculty of Commerce and Accountancy, Chulalongkorn University; 2006. (in Thai).
13. Pongdee J, Kuhirunyaratn P. Problems and health needs of the elderly in the area of responsibility of the Muang Baeng Tambon Health Promotion Hospital, Nong Ya Phung sub-district, Wang Sa Phung district, Loei province. Journal of Community Health Development Quarterly Khon Kaen University 2015;3(4):561-76. (in Thai).

14. Jeosoh J. Health service needs and health service patterns of the elderly at health promotion and rehabilitation center, faculty of nursing. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Prince of Songkla University; 2013. (in Thai).
15. Singkheaw P. Health behavior, social support and health care service request of elderly at Muang Phitsanulok district, Phitsanulok province. Naresuan University Journal Science and Technology 2015;23(3):46-59. (in Thai).
16. Elderly Health Department, the Department of Health, Ministry of Public Health. Important issues related to the national elderly plan No. 2. [Internet]. [cited 2015 September 7]. Available from: http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/network/topic001.php.
17. Maslow AH. Motivation and Personality. 2nd ed. New York: Harper & Row PublishersInc; 1970.
18. Jitamai P. The study of supply chain management for elderly home care service Suranaree University, Nakhon Ratchasima Province; 2013. (in Thai).
19. Khuha O, Chaturawit P, Nathamonworakun A. Research report: the study and development of the model of access to health service systems of Thai elderly in each service area under the sufficiency economy philosophy. The Institute of Epidemiology for the Elderly (Institute of Geriatric Medicine) Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2015. (in Thai).
20. Pongsaweth P. Accessibility to curative care services for the elderly in Damnoen Saduak, Ratchaburi Province. [Master's Thesis, Faculty of Pharmacy]. Silpakorn University; 2008. (in Thai).
21. Chamchan C. Equity and accessibility to needed health services of the elderly in Bangkok and Ayudhaya province. 2011 [Internet]. [cited 2016 March 6]. Available from: http://www.thaitgri.org/images/document/Relative_work/MRG5380111_full.pdf.
22. Lecovich E, Carmel S. Differences in accessibility, affordability and availability (AAA) of medical specialists among three ages-groups of elderly people in Israel. J Aging Health 2009;21(5):776-97.
23. Yang YT, Iqbal U, Ko HL, Wu CR, Chiu HT, Lin YC, et al. The relationship between accessibility of healthcare facilities and medical care utilization among the middle-aged and elderly population in Taiwan. Int J Qual Health Care 2015;27(3):222-31.
24. Huang X, Yang H, Wang H, Qiu Y, Lai X , Zhou Z, et al. The association between physical activity, mental status, and social and family support with five major non-communicable chronic diseases among elderly people: a cross-sectional study of a

rural population in Southern China. Int J Environ Res Public Health 2015;12(10):13209–23.

25. Nijananchai S, Santithirisak M. Social and environmental support that affects self-care of the elderly in Samut Prakan province. Journal of Nursing Division 2010;37(2):64-76. (in Thai).
26. Nakubon A, Boongird C, Hathirat S, Tiengsompong N. Thai elderly people's experiences of moving through journeys of dependences in long-term care facilities. Journal of Health Systems Research 2015;9(3):269-78. (in Thai).

ภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงานของคนประจำเรือ
Burnout Syndrome in Seafarers

แป้งร่ำ ยงเจริญ* พรชัย สิทธิศรัณย์กุล**
Pangrum Yongcharoen,* Pornchai Sithisarankul**
* แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์ทางทะเล กรมแพทย์ทหารเรือ กรุงเทพมหานคร
* Resident in Preventive Medicine (Maritime Medicine), Naval Medical Department, Royal Thai Navy, Bangkok
* นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร
* Graduate student in Health Research and Management Program, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok
** คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร
** Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok
* Corresponding Author: lettertopangrum@gmail.com

บทคัดย่อ

ภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงาน (Burnout syndrome) ถือเป็นปรากฏการณ์สำคัญเพราะก่อให้เกิดผลเสียหลายๆ ด้าน ทั้งต่อตัวบุคคลและองค์การ เช่น เกิดอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ ประสิทธิภาพการทำงานขององค์การลดลง สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน-หัวหน้างานแย่ลง เป็นต้น ซึ่งหากคนเหล่านี้ไม่สามารถรับมือหรือจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อาจพัฒนากลายเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด

ภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงานเกิดขึ้นได้กับทุกคนทุกสายอาชีพที่ต้องสัมผัสกับงานที่มีความเครียดสูง โดยเฉพาะกลุ่มคนประจำเรือที่ต้องออกเรือเดินทางในทะเลเป็นเวลานานๆ มีโอกาสสัมผัสกับความเสี่ยงสูงและแรงกดดันที่สูงกว่าลักษณะงานบนบก ทว่าในปัจจุบันการศึกษาในเรื่องเกี่ยวกับภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงานของคนกลุ่มนี้ยังมีไม่มากและไม่ชัดเจนเพียงพอ ผู้นิพนธ์ได้รวบรวมข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม บทความทางวิชาการ รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงานหลากสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะในคนประจำเรือทั้งในและต่างประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับความสำคัญ สาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะอาการของผู้ที่มีภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ผลกระทบที่เกิดจากภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงาน การวินิจฉัย รวมถึงแนวทางการจัดการต่อภาวะนี้ของคนประจำเรือ ผู้นิพนธ์ยังได้เสนอแนะการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้ด้วย

คำสำคัญ : คนประจำเรือ ภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ความเครียด

Received: December 18, 2018; Revised: April 6, 2019; Accepted: April 22, 2019

Abstract

Burnout syndrome is becoming a mass phenomenon due to its various negative effects on the persons and organizations such as expressed in physical and mental illness, decreased performance/productivities and increased conflicts with colleagues/supervisors, etc. The seafarers could finally progress to depressive disorders if the workers cannot cope or manage with these problems.

Burnout syndrome can affect anyone in every profession with high occupational stress, especially the seafarers who have to be at sea for a long time and are exposed to the stressors and the job-based pressures almost all the seafaring period. However, the studies about the burnout syndrome in seafarers are limited. The authors have conducted literature review on researches and articles of burnout syndrome among seafarers from Thailand and other countries. This review article covers the significance, causes, associating factors, signs and symptoms, effects, diagnosis, and management of burnout syndrome among seafarers. The authors also suggested some relevant research.

Keywords : seafarers, burnout, stress

ความสำคัญและที่มาของภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงานของคนประจำเรือ

นับแต่อดีตถึงปัจจุบัน การเดินเรือทางทะเลถือเป็นอาชีพที่มีลักษณะพิเศษเฉพาะอย่างหนึ่ง[1,2] เนื่องจากคนที่ทำงานบนเรือต้องเผชิญกับสภาพการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ไม่ว่าจะเป็นจากปัจจัยทางกาย ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม และปัจจัยจากลักษณะงาน คนกลุ่มนี้จึงมีโอกาสรับความเสี่ยงและเกิดอันตรายต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตได้มากกว่าลักษณะงานของคนที่ทำงานบนบกทั่วไป[3-5] จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มคนทำงานบนเรือเหล่านี้ มีโอกาสสัมผัสปัจจัยที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดสูง และมีแรงกดดันสูงจากตัวงานเกือบตลอดเวลาในช่วงที่ออกเรือเดินทะเล โดยจำแนกปัจจัยดังกล่าวตามลักษณะตัวงานที่มีความยากลำบาก และหน้าที่บนเรือที่แตกต่างกัน[2] ซึ่งหากเกิดการสะสมเป็นความเครียดเรื้อรังโดยที่ไม่สามารถปรับตัวหรือจัดการกับสภาวะเหล่านี้ได้ ความเครียดที่สะสมนี้อาจพัฒนาไปสู่การเกิดภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงานได้ในที่สุด[3] หรือกรณีที่เป็นระดับรุนแรงมากขึ้นมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าตามมาได้[6]

ภาวะเหนื่อยล้าจากการทำงาน เรียกอีกชื่อคือ ภาวะความเหนื่อยหน่ายหรือภาวะหมดไฟจากการทำงาน (Burnout) คือ ความรู้สึกอ่อนล้าทั้งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เกิดจากการตอบสนองต่อความเครียดเรื้อรังสะสมจากการทำงาน โดยบุคคลนั้นไม่สามารถจัดการกับความเครียดเหล่านั้นได้ ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจจนแสดงออกในรูปแบบอาการและอาการแสดงต่างๆ โดยยังไม่ถือว่าเป็นโรคและไม่จำเป็นต้องมีอาการทางจิตมาก่อน เช่น มีความกังวล รู้สึกซึมเศร้าหรือหดหู่ มีปัญหาการนอนหลับ ความจำแย่ลง อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเจตคติ

พฤติกรรม และการปฏิบัติงานไปในทางไม่พึงประสงค์ ขาดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (เพื่อนร่วมงานหรือผู้รับบริการ) มีทัศนคติเชิงลบต่อคนรอบข้างและตนเอง (รู้สึกตนเองไร้ค่าและไร้ความสามารถในการทำงาน) มีความผูกพันในอาชีพตนเองลดลง จนถึงตัดสินใจลาออกจากงานในที่สุด หากมีระดับรุนแรงมากขึ้น อาจพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าได้ ถือเป็นหนึ่งในสิ่งคุกคามสุขภาพที่สำคัญของประชากรวัยทำงาน

ปัจจุบันมีแนวโน้มประชากรวัยทำงานมีอุบัติการณ์ภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงานเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลกทุกปี[7] ดังเห็นได้จากรายงานข่าวความชุกจากหลายประเทศ พบร้อยละ 15 - 50 ของประชากรวัยทำงาน[8] โดยเฉพาะในกลุ่มอาชีพที่ต้องเผชิญกับความเครียด ความกดดันทางอาชีพสูง รวมถึงอาชีพที่ให้บริการต่างๆ เช่น ทหาร ตำรวจ นักกฎหมาย แพทย์ พยาบาล ครู ไม่เว้นแม้แต่กลุ่มคนที่ต้องทำงานในสภาวะที่ยากลำบาก ได้แก่ คนประจำเรือ กำลังพลประจำเรือของกองทัพเรือ เป็นต้น[9,10] ในปี 2000 มีรายงานขององค์การอนามัยโลกเรื่อง “Mental health and work: impact, issues and good practices”[11] กล่าวว่า นานาประเทศกำหนดให้มีมาตรฐานการดูแลในเรื่องความปลอดภัยและสุขภาพทั่วไปในที่ทำงาน หากยังไม่มีกฎหมายควบคุมดูแลเกี่ยวกับความเครียดจากงานโดยเฉพาะ ฉะนั้นการตระหนักถึงความสำคัญและหาแนวทางป้องกันหรือหามาตรการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งไม่ว่าจะเป็นปัญหาที่เกิดในกลุ่มอาชีพใดก็ตาม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า นับแต่อดีตถึงปัจจุบันการเดินเรือทางทะเลถือเป็นอาชีพที่มีลักษณะพิเศษเฉพาะอย่างหนึ่ง เนื่องจากคนที่ทำงานบนเรือต้องเผชิญกับสภาพการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ไม่ว่าจะเป็นจากปัจจัยทางกาย ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม และปัจจัยจากลักษณะงานนั้น คนกลุ่มนี้จึงมีโอกาสรับความเสี่ยงและเกิดอันตรายต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตได้มากกว่าลักษณะงานทั่วไปของคนที่ทำงานบนชายฝั่ง กลุ่มคนทำงานบนเรือมีโอกาสเกิดและสัมผัสต่อปัจจัยที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดสูง และมีแรงกดดันสูงจากตัวงานเกือบตลอดเวลาในช่วงที่ออกเรือเดินทะเล โดยจำแนกปัจจัยดังกล่าวตามลักษณะตัวงานที่มีความยากลำบากและหน้าที่บนเรือที่แตกต่างกัน ซึ่งหากเกิดการสะสมเป็นความเครียดเรื้อรังโดยที่คนประจำเรือเหล่านั้น ไม่สามารถปรับตัวหรือจัดการกับสภาวะเหล่านี้ได้ ความเครียดที่สะสมนี้อาจพัฒนาไปสู่การเกิดเป็นภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงานได้ในที่สุด หรือกรณีที่เป็นระดับรุนแรงมากขึ้น มีโอกาสเกิดเป็นโรคซึมเศร้าตามมาได้

คนประจำเรือคือใคร

กลุ่มคนที่ทำงานในทะเลมาจากสองภาคส่วนหลัก คือ ภาคพลเรือนและทหาร ส่วนพลเรือนมีชื่อเรียก ได้แก่ คนประจำเรือ (Seafarer) ลูกเรือ (Ship crew) อันประกอบด้วย 4 แผนกหลัก คือ แผนกการเดินเรือ (Deck department) แบ่งแยกย่อยในการปฏิบัติหน้าที่อีก เช่น ต้นเรือ (Chief officer) ต้นหน (Second officer) ซึ่งรับผิดชอบด้านการเดินเรือ รวมถึงการขนถ่ายสินค้าเป็นหลัก แผนกวิศวกรรมเรือ (Engineer department) เช่น ต้นกล (Chief engineer) รองต้นกล (Second engineer) ดูแลเรื่องเครื่องจักรกลทั้งหมดบนเรือ แผนกห้องครัว (Catering/food department) เตรียมและเสิร์ฟอาหารแก่ลูกเรือบนเรือ และ แผนกนำร่อง (Pilot) ทำหน้าที่ดูแลนำเรือใหญ่และกินน้ำลึกเข้าหรือออกจากท่าตามร่องน้ำในระยะที่อาจมีอันตรายแก่การเดินเรือ[12,13] แต่ในส่วนของทหาร ได้แก่ กำลังพลประจำเรือของกองทัพเรือ โดย

โครงสร้างพื้นฐานของลำดับสายการบังคับบัญชาของเรือมีความคล้ายคลึงกับภาคพลเรือน แต่ชื่อแผนกที่เรียกต่างกัน เช่น แผนกการเดินเรือ (Navigation)

คนกลุ่มนี้ต้องทำงานและใช้ชีวิตส่วนใหญ่ภายในเรือกลางทะเล ห่างจากชายฝั่งเป็นระยะเวลานาน มีข้อจำกัดการทำงานและการใช้ชีวิตบนเรือหลายด้าน อีกทั้งมีความเสี่ยงทางอาชีพสูง ทั้งเรื่องความเสี่ยงจากการทำงาน ปัญหาสุขภาพส่วนบุคคลทั้งทางกาย (โรคประจำตัวเดิม อุบัติเหตุจากการทำงาน ความปลอดภัยในอาชีพ) และจิตใจ (ความเครียดจากงาน การต้องแยกจากครอบครัว ความเบื่อหน่ายและอ่อนล้าจากการทำงาน) รวมถึงสภาพแวดล้อมที่ไม่สามารถพยากรณ์ล่วงหน้าได้ตลอดเวลา เช่น เผชิญกับสภาพอากาศที่แปรปรวน การทำงานบนที่แจ้ง แดดแรง หรือ พายุฝน เป็นต้น[5] โดยปัจจัยเสี่ยงนั้นจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับลักษณะของตัวงานบนเรือตามแต่ละแผนกงานของบุคคลนั้นๆ[3,4,14]

ปัจจัยเหล่านี้ทำให้คุณภาพชีวิตของคนประจำเรือเลวร้ายลงจนอาจไม่สามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้ นำไปสู่การพัฒนาเป็นภาวะเหนื่อยล้าจากการทำงาน และส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพอื่นตามมาได้ คือ สุขภาพเสื่อมโทรม ขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน มีปัญหากับเพื่อนร่วมงาน และอาจลาออกจากงาน ในด้านจิตใจ เสี่ยงและมีแนวโน้มเกิดโรคซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย ทั้งนี้นอกจากผลกระทบต่อบุคคล (ทั้งที่แสดงออกในรูปอาการทางร่างกายและจิตใจ) แล้วยังส่งผลต่อส่วนรวมหรือองค์การอีกด้วย เช่น ผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ที่รับผิดชอบและการดำเนินการในภาพรวมขององค์การนั้นๆ ผลกระทบต่อมูลค่าทางเศรษฐกิจ หากคนประจำเรือที่มีปัญหาไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนขณะเดินเรือในทะเลได้ เป็นต้น[8,15]

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงาน

ภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงานนั้นเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน สามารถแบ่งออกเป็น 4 ปัจจัยหลัก[15-17] ได้แก่

ปัจจัยส่วนบุคคล (Individual aspect) อันมีสาเหตุได้จากการมีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ กลไกความสามารถในการปรับตัวต่อการทำงานหรือสภาพแวดล้อมไม่ดี ไม่ตระหนักถึงความสำคัญหรือคุณค่าของงานที่ทำ ปัญหาทางการเงิน คนที่มีมุมมองเชิงอุดมคติและมีความคาดหวังสูงเกินกว่าความเป็นจริง มีบุคลิกภาพไม่ยืดหยุ่นปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ใหม่ๆ ได้ยาก มีลักษณะนิยมความสมบูรณ์แบบ (Perfectionism) เช่น กังวลหมกหมุ่นกับความผิดพลาดอย่างมาก หรือมีมาตรฐานสูงจนเกินไป

ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal aspect) ไม่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในหมู่เพื่อนร่วมงาน ความขัดแย้งระหว่างเพื่อนร่วมงานหรือผู้บังคับบัญชา

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental aspect) ภาระงานหนักที่ไม่สมดุล รางวัลตอบแทนเทียบกับความพยายามในภาระงานที่ไม่สมดุลกัน งานที่เคร่งเครียด กดดัน และมีความต้องการต่อผลสำเร็จที่สูงในระยะเวลาอันสั้น งานที่ขาดความมั่นคงและไม่มีความเจริญก้าวหน้า

ปัจจัยจากองค์การ (Organizational aspect) ได้แก่ ทรัพยากรในการทำงานที่ลดลงเทียบกับปริมาณงานที่มากเกินไป จำนวนคนในที่ทำงานไม่เพียงพอต่อภาระงาน ไม่มีเวลาว่างหรือวันหยุดพักผ่อน ไม่สามารถตัดสินใจหรือไม่มีอำนาจสั่งการแต่มีความรับผิดชอบมาก ขาดสิ่งจูงใจในการทำงาน ไม่มีความยุติธรรมในองค์การ มีการบริหารงานที่ยุ่งยากและซับซ้อน ค่านิยมของ

องค์การขัดแย้งกับค่านิยมส่วนบุคคล รวมถึงการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วขององค์การ เหล่านี้สามารถกระตุ้นให้เกิดภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงานได้

Maslach นักจิตวิทยาชาวอเมริกันได้อธิบายอาการของ Burnout ไว้สามด้าน ดังนี้[7,8,18]

1. ความเหนื่อยหน่ายด้านอารมณ์ (Emotional exhaustion) เป็นอาการที่เด่นชัดที่สุดของ Burnout คือ มีความรู้สึกเบื่อ เซ็ง หมดกำลังใจ ไม่กระตือรือร้นในการทำงาน

2. การลดความเป็นคน (Depersonalization) หมายถึง การมีมุมมองต่อเพื่อนร่วมงานหรือลูกค้าในแง่ไม่ดี จนมักทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่มีความเต็มใจที่จะบริการลูกค้า (หรือผู้มาติดต่อ) และปฏิบัติต่อลูกค้าแบบแห้งแล้งเหมือนคนไม่มีชีวิตจิตใจ

3. การลดความสำเร็จส่วนบุคคล (Decreased occupational accomplishment) ผู้ที่มีอาการ Burnout จะรู้สึกว่าตัวเองไม่มีประสิทธิภาพ ไม่มีความสามารถ และมองตัวเองในแง่ลบ

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงานในคนประจำเรือ

จากการทบทวนวรรณกรรม ในส่วนของคนประจำเรือ สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อความเหนื่อยล้าในการทำงานมีมากมายหลากหลายปัจจัยเกี่ยวข้องกัน[1-5,14,19] ได้แก่

โรคประจำตัวเดิมของคนประจำเรือแต่ละคน เนื่องด้วยหากมีการเจ็บป่วยเป็นโรคบนเรือการส่งกลับขึ้นฝั่งเพื่อรักษารวมถึงการรักษาพยาบาล ณ ขณะนั้นเป็นไปด้วยความยากลำบาก เนื่องจากขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และอุปกรณ์ที่ครบครัน จึงมีความสำคัญต่อเนื่องถึงการตรวจสุขภาพของคนประจำเรือก่อนออกเรือเดินทะเลทุกครั้งเพื่อประเมินสุขภาพสำหรับการทำงาน หรือ Fitness for work ของคนๆ นั้นว่าเหมาะสมกับการออกเรือเดินทะเลหรือไม่

สิ่งคุกคามต่างๆ บนเรือ[20] ได้แก่ ปัจจัยทางกายภาพ เช่น เสียง แสง แรงสั่นสะเทือนความร้อนและชนิดของเรือ[3] ปัจจัยทางเคมี ได้แก่ สารเคมีบนเรือ สินค้าเคมีภัณฑ์อันตรายที่บรรทุกมากับเรือ ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ เชื้อโรคต่างๆ สัตว์และแมลงนำโรค รวมถึงปัจจัยทางการยศาสตร์และอุบัติเหตุต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเดินเรือ

การมีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ[3,20] บางรายงานการศึกษาแสดงให้เห็นถึงจำนวนคนประจำเรือเกินครึ่งมีปัญหาด้านนี้ ซึ่งเกิดได้จาก **การเฝ้าเวรยาม** ซึ่งต้องทำงานเป็นกะบนเรือตลอด 24 ชั่วโมง ที่ทำให้นาฬิกาชีวภาพในร่างกาย (Circadian rhythms) แปรปรวน เนื่องจากการเดินทางข้ามเวลาของโลกที่ต่างกัน (Time zones)[7,8] **การนอนหลับที่ไม่ได้คุณภาพ** จากปัจจัยภายนอกที่รบกวน เช่น จากปัจจัยทางกายภาพข้างต้น มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างการศึกษามากกว่าร้อยละ 95 ประสบปัญหานี้ นอกจากนี้คุณภาพการนอนหลับยังแตกต่างกันตามลักษณะของงานและหน้าที่ที่รับผิดชอบด้วย เช่น เจ้าพนักงานนำร่องกับวิศวกรเรือ มีอุบัติการณ์การนอนหลับที่ไม่ได้คุณภาพสูงกว่าเจ้าพนักงานเดินเรือ[3,21] **การมีเวลาพักผ่อนและอิสระส่วนตัวที่จำกัด** ส่งผลให้เกิดการเหนื่อยล้า (Fatigue) ซึ่งเป็นผลจากช่วงระยะเวลาการทำงานที่ยาวนานและการเข้าเวรบนเรือ ปริมาณงานจำนวนมาก สถานการณ์ทางทะเลที่ไม่สามารถคาดเดาได้ แรงงานคนประจำเรือที่ลดลงจากการที่มีการแทนที่ด้วยเครื่องจักรมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของลูกเรือที่ถดถอยลง รวมถึงภาวะทุพโภชนาการ ทั้งหมดนี้ทำให้

คุณภาพชีวิตคนประจำเรือแย่ลง เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุบนเรือสูงขึ้น

ความเครียด[20] มาจากแรงกดดันและความเครียดจากการทำงานสูง ความตึงเครียดทางจิตใจในการที่จะปฏิบัติหน้าที่ที่รับผิดชอบบนเรือให้สำเร็จลุล่วง โดยความเครียดและแรงกดดันนี้มีความต่างกันไปในแต่ละแผนกเช่นเดียวกัน สิ่งเหล่านี้ทำให้ลูกเรือมีแนวโน้มในการพึ่งพาการใช้ยาและการดื่มแอลกอฮอล์ขณะจอดที่ท่าเทียบเรือหรือขณะอยู่บนบกเพื่อคลายเครียด ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหา อาการหรือโรคทางจิตเวชอื่นตามมาได้

ความโดดเดี่ยวและการแยกตัวจากสังคม[4,19] เนื่องจากลักษณะของอาชีพที่ต้องแยกตัวเป็นเอกเทศอยู่กลางทะเล มีการติดต่อกับผู้อื่นน้อย โดยปกติคนประจำเรือบนเรือแต่ละลำมักมีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม[3] ทำให้เกิดความขัดแย้งทางสังคมหรือเกิดความรู้สึกแปลกแยกได้ง่าย นำไปสู่การแยกตัวออกจากสังคมได้ และอาจมีแนวโน้มต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวชตามมาได้เช่นกัน เช่น โรคซึมเศร้า การเสพติดแอลกอฮอล์และการใช้ยามากขึ้น

ความคิดถึงครอบครัวและบ้านบนฝั่ง จากการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า เกือบทั้งหมดทุกแผนกไม่มีใครไม่คิดถึงคนที่รักและบ้านเกิดที่จากมา

ปัจจัยที่เกิดจากเนื้องาน โดยมาจากเนื้องานและชนิดงานที่ทำบนเรือต้องมีมาตรฐานการทำงานสูงและมีหน้าที่สำคัญรับผิดชอบมาก ผลักดันให้เกิดเป็นความเครียดและแรงกดดันต่อการทำงานโดยเฉพาะการต้องติดสินใจแก้ปัญหาเฉพาะหน้าตามสถานการณ์ที่ไม่อาจคาดเดาได้ ปริมาณงานบนเรือที่มีจำนวนมากเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ปฏิบัติงาน ลักษณะงานและชีวิตที่ซ้ำซากทุกๆ วัน (Monotony)[4] การขาดความเป็นอิสระส่วนตัว ความขัดแย้งระหว่างลูกเรือ ความรู้สึกไม่พอใจต่องานในปัจจุบัน เงินเดือน ความรู้สึกขาดการได้รับการสนับสนุนและรางวัลจากการทุ่มเททำงาน ไม่มีความก้าวหน้าทางอาชีพเท่าที่ควรล้วนมีผลกระทบทั้งสิ้น

สังคมและองค์การ ได้แก่ การต้องแยกจากครอบครัวและสังคมบนฝั่ง รวมถึงการใช้ชีวิตบนเรือเป็นเวลายาวนาน ปัญหาความขัดแย้งระหว่างเพื่อนร่วมงาน ผู้ใต้บังคับบัญชา และหัวหน้างาน การมีสิ่งอำนวยความสะดวกบนเรือไม่เพียบพร้อม อื่นๆ ได้แก่ อายุ ตำแหน่งหน้าที่บนเรือ อายุงานคนประจำเรือ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ทุกปัจจัยเสี่ยงที่กล่าวมาข้างต้นก่อให้เกิดความเครียดและความเหนื่อยล้าจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)[3] รวมถึงการประเมินแบบทดสอบของ MBI (Maslach Burnout Inventory) พบว่า ลูกเรือเกือบทุกแผนกมีค่า EE score (ค่าคะแนนความเหนื่อยหน่ายด้านอารมณ์) สูงขึ้นร้อยละ 10.8 (พบในกลุ่มเจ้าหน้าที่แผนกเดินเรือสูงที่สุดและเจ้าพนักงานห้องครัวน้อยที่สุด) การทำงานต่อวันเป็นระยะเวลานาน การนอนหลับไม่เพียงพอ การไม่ได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้างานหรือองค์การ หน้าที่ความรับผิดชอบต่องานที่สูง รวมถึงปัญหาทางสังคมบนเรือนั้นสัมพันธ์กับค่า EE score ที่สูงขึ้น ทว่าค่า EE score และค่าตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับเรือ (Ship-related parameter) นี้ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มคนประจำเรือที่ขึ้นเรือต่างชนิดกันมีค่า EE score ต่างกัน ตัวอย่าง คนทำงานบนเรือเป็นผู้ดูแลถังบรรจุภัณฑ์ต่างๆ (Tankers) มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงานมากกว่าคนทำงานบนเรือผู้โดยสาร หรือการที่ชนิดของเรือเล็กใหญ่ไม่เท่ากัน ส่งผลต่อค่า EE score ที่แตกต่างกันด้วยเช่นเดียวกัน ในขณะที่เส้นทางการเดินเรือไม่มีความสัมพันธ์กับค่า EE score[3]

ลักษณะอาการและผลกระทบของภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงาน

ลักษณะอาการเครียด หดหู่ ขาดแรงจูงใจในการทำงาน หงุดหงิด ก้าวร้าว ร่างกายอ่อนแรง ไม่มีสมาธิ เป็นอาการที่เข้าข่ายโรคซึมเศร้า แต่แท้จริงแล้ว อาการเหล่านี้อาจจะไม่ได้เป็นตัวชี้วัดถึงภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจนเสียทีเดียว แต่อาจจะเป็นตัวชี้วัดว่ากำลังอยู่ในภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงานหรือหมดไฟ (Burnout) ในการทำงานซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการทำงานเป็นหลัก คนที่มีอาการของภาวะนี้ไม่ได้หมายความว่าจะต้องป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเสมอไป เพียงแต่จะมีความเสี่ยงมากขึ้นที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

อาการแสดงของภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงานที่เกิดขึ้น ได้แก่ ผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบกระดูกกล้ามเนื้อและข้อ อาการแสดงทางกาย เช่น ร่างกายเหนื่อยล้า ปวดศีรษะ ปวดหลัง นอนไม่หลับ ช่วงระยะเวลาการนอนสั้นลง หลับไม่สนิท รู้สึกเหมือนมีไข้ ระบบการย่อยอาหารผิดปกติ อาการแสดงทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิด โกรธง่าย หุนหันพลันแล่น ไม่มีสมาธิในการทำงาน อาการแสดงทางความคิด เช่น ไร้อารมณ์ความรู้สึก รู้สึกเมินเฉยต่อสิ่งรอบตัว[4,17,22]

ผลกระทบที่เกิดขึ้น ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง สูญเสียความมั่นใจตนเองในการทำงาน ขาดงานหรือลางานมากขึ้น มีความคิดลาออกจากงาน อาจเกิดความคิดฆ่าตัวตาย มีปัญหากับเพื่อนร่วมงาน แยกตัวจากสังคม กระทบต่อปัญหาชีวิตคู่ หันไปพึ่งพายาและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น[6,23]

เนื่องจากลักษณะหลายอาการของ Burnout สามารถพบได้ในกลุ่มคนที่เป็นโรคซึมเศร้าเช่นเดียวกันจึงทำให้มีการวินิจฉัยที่คลาดเคลื่อนได้[21,24] เช่น วินิจฉัยคนที่เป็นโรคซึมเศร้าว่าเป็น Burnout ส่งผลต่อการจัดการและให้การรักษาที่เหมาะสมคนเหล่านี้ได้ โดยจากข้อมูลของ Informed Health Online[7] สามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างความเหนื่อยล้าจากการทำงาน และภาวะซึมเศร้า ได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความแตกต่างระหว่างความเหนื่อยล้าจากการทำงาน และภาวะซึมเศร้า

	ภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงาน	ภาวะซึมเศร้า
ลักษณะการเกิดขึ้น	ปัญหาที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับงาน	ปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้มาจากงานที่ทำเท่านั้น แต่รวมถึงปัญหาด้านอื่นๆ ในชีวิตของคนๆ นั้นด้วย
อาการ	รู้สึกอ่อนเพลียมาก รู้สึกแย่กับตนเอง ประสิทธิภาพการทำงานลดลง	รู้สึกอ่อนเพลียมาก รู้สึกแย่กับตนเอง ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ไร้ความหวัง มีความนับถือตนเองต่ำ มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย
การดูแลรักษา	ถ้าได้หยุดงาน หรือมีช่วงเวลาพักผ่อนมากขึ้นสามารถฟื้นตัวจากอาการเหนื่อยล้าได้	อาการแย่ลงหากใช้วิธีการรักษาแบบเดียวกันกับภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ต้องการความช่วยเหลือและการดูแลรักษาที่แตกต่าง เช่น การรักษาทางจิตเวช หรือการใช้ยา

การวินิจฉัยภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงาน

การวินิจฉัยภาวะเหนื่อยล้าจากการทำงาน ใช้แบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน (Gold standard) อย่าง Maslach Burnout Inventory (MBI) โดย Maslach & Jackson[3,7,18,22] ที่มีลักษณะเป็นแบบสอบถามรายงานตนเอง (Self-reported questionnaire) สามารถใช้ได้กับหลายกลุ่มอาชีพ โดยมีทั้งหมด 22 ข้อ ใช้ประเมิน 3 ด้าน คือ[17,22]

- Emotional Exhaustion-EE (9 ข้อ) ประเมินความอ่อนล้าทางอารมณ์ คือ ความเหนื่อยกายและใจ (อ่อนล้า สิ้นหวัง ท้อแท้ หดหู่ เบื่อ เซ็ง หมดกำลังใจ ขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน) มักแยกตัวจากสังคม หมดพลังกายใจที่จะรับมือกับงานนั้นต่อไป

- Depersonalization-DP (5 ข้อ) ประเมินการลดค่าความเป็นบุคคล คือ การมีทัศนคติในแง่ลบต่อเพื่อนร่วมงานหรือผู้มารับบริการมักทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น รู้สึกผู้อื่นตำหนิตนเอง ทำงานอย่างไม่มีชีวิตชีวา

- Personal Accomplishment-PA (8 ข้อ) ประเมินความรู้สึกตนเองมีความสำเร็จลดลง ความรู้สึกตนเองมีประสิทธิภาพการทำงานลดลง ความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง รู้สึกตนเองไร้ความสามารถประเมินตนเองในทางไม่ดี

โดยอ้างอิงจากแบบวัดฯ MBI ของ Maslach & Jackson ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย สิระยา สัมมาวาจ[22] ลักษณะและเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตรประมาณค่า 7 ระดับ คือ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดค่าความเป็นบุคคล วัดระดับความรู้สึกตั้งแต่ไม่เคยเลย เท่ากับ 0 คะแนน จนถึงมีทุกวัน เท่ากับ 6 คะแนน ในขณะที่ด้านความรู้สึกตนเองมีความสำเร็จลดลง ลักษณะและเกณฑ์การให้คะแนนจะเป็นไปในทางตรงข้าม คือ ความรู้สึกตั้งแต่ไม่เคยเลย เท่ากับ 6 คะแนน จนถึงมีทุกวัน เท่ากับ 0 คะแนน ซึ่งผลรวมของคะแนนความเหนื่อยล้าจากการทำงานของแต่ละด้าน จะถูกแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ มีความเหนื่อยล้าจากการทำงานอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ดังแสดงในตารางที่ 2 การแปลผลผู้ที่มีภาวะเหนื่อยล้าจากการทำงาน คือ ผู้ที่มีคะแนนอยู่ในระดับสูงตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป

ตารางที่ 2 เกณฑ์คะแนนการแบ่งระดับความเหนื่อยล้าจากการทำงานในแต่ละด้าน ตามเกณฑ์การกำหนดคะแนนโดย Maslach & Jackson (MBI)[18] ซึ่งแปลโดย สิระยา สัมมาวาจ[22]

ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน	คะแนนระดับต่ำ	คะแนนระดับปานกลาง	คะแนนระดับสูง
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	0 - 16	17 - 26	≥ 27
การลดค่าความเป็นบุคคล	0 - 6	7 - 12	≥ 13
ความรู้สึกตนเองมีความสำเร็จลดลง	≥ 39	32 - 38	0 - 31

การจัดการปัจจัยความเสี่ยงต่อความเหนื่อยล้าจากการทำงาน

สิ่งสำคัญที่ควรพึงระลึกไว้ คือ ภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงานนี้ไม่สามารถแก้ไขได้ในระดับบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องแก้ไขในระดับขององค์การร่วมด้วย หลายการศึกษามีคำแนะนำมาตรการป้องกันและแก้ไข ดังนี้[1-5,14,20,25]

จัดหาเวลาส่วนตัวและช่วงเวลาพักผ่อนหย่อนใจให้แก่คนประจำเรืออย่างเหมาะสม สร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานให้กับหมู่คณะ สร้างเสริมกิจกรรมละลายความแตกต่างทางวัฒนธรรม ภาษา ศาสนาและเชื้อชาติ สร้างความสามัคคีในหมู่คณะ ติดตั้งระบบการสื่อสารทางไกลระหว่างบนเรือและบนชายฝั่งเพื่อที่คนประจำเรือสามารถติดต่อกับครอบครัวและสังคมของเขาได้ ปรับปรุงชั่วโมงการทำงานและระบบการเข้าเวรยามบนเรือเพื่อลดภาระงานที่มากเกินจำเป็นของคนประจำเรือ เพิ่มระยะเวลานอนหลับพักผ่อนให้ยาวนานขึ้นและได้คุณภาพ ปรับปรุงสภาวะความเป็นผู้นำของหัวหน้างานและการติดต่อสื่อสารระหว่างหัวหน้าและผู้ใต้บังคับบัญชา ลดความเครียดของหัวหน้างานหรือผู้บังคับบัญชาอันเนื่องจากเหตุหน้าที่ความรับผิดชอบต่อองค์การหรือบริษัทเดินเรือ ให้ความรู้ความเข้าใจทางด้านความผิดปกติทางจิตเวชแก่คนประจำเรือเพื่อประโยชน์ต่อการจัดการและรับมือความเครียดและความเหนื่อยล้าของแต่ละบุคคล รวมถึงรู้จักวิธีสังเกตความผิดปกติทางอาการทางจิตเวชเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม อาจมีการออกแบบและจัดให้มีพื้นที่สำหรับกิจกรรมยามว่างและผ่อนคลายความเหนื่อยล้าและความเครียด

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเห็นได้ว่าภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงานของคนประจำเรือนั้นเกิดได้จากหลายปัจจัยไม่ว่าจากปัจจัยทางกาย ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและปัจจัยจากลักษณะเฉพาะของงานนั้นทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตได้มากกว่าลักษณะงานของคนที่ทำงานบนบกซึ่งหากคนประจำเรือมีภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงาน อาจส่งผลกระทบทั้งต่อตัวบุคคลและองค์การส่วนรวมได้ ฉะนั้นการใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ เช่น แบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน (Gold standard) อย่าง Maslach Burnout Inventory (MBI) โดย Maslach & Jackson ในการตรวจคัดกรองเพื่อหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะนี้และมีการติดตามคนประจำเรืออย่างต่อเนื่องจะสามารถลดผลกระทบความเสียหายที่เกิดขึ้นได้ รวมถึงควรมีมาตรการในการดูแลและป้องกันปัจจัยที่จะส่งผลต่อการเกิดภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงานของคนประจำเรือ เพื่อให้คนประจำเรือมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ และเนื่องจากในปัจจุบันจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเรื่องภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงานในคนประจำเรือในประเทศไทยยังมีข้อมูลไม่มากเพียงพอทั้งกลุ่มคนประจำเรือภาคพลเรือนและในกำลังพลประจำเรือกองทัพเรือ จึงควรมีการศึกษาในระยะยาวต่อยอดเพิ่มเติม ได้แก่

- ศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Burnout ในขณะคนประจำเรือออกเรือเดินทะเล โดยใช้เครื่องมือและมาตรการการวัดที่ถูกต้องและเที่ยงตรง ร่วมกับใช้แบบสอบถามและแบบประเมินของ MBI

- ศึกษาต่อยอดหาช่วงระยะเวลาและจำนวนความถี่ของรอบการเดินเรือทะเลที่เป็นปัจจัยเสี่ยง สัมพันธ์ต่อการเกิดความเครียดและภาวะ Burnout ในกลุ่มคนประจำเรือ

- ออกแบบการศึกษาลักษณะ Longitudinal study เพื่อประเมินถึงภาวะ Burnout ในกลุ่มคนประจำเรือ

- ศึกษาวิจัยต่อยอดเพิ่มเติมในกลุ่มกำลังพลประจำเรือ กองทัพเรือ รวมถึงศึกษาหาผลลัพธ์จากการแก้ไขลดปัจจัยเสี่ยงต่อความเครียดและความเหนื่อยล้าจากการทำงานว่าเป็นอย่างไร

- ศึกษาวิจัยต่อยอดเพิ่มดูว่าหลังมีแนวทางมาตรการป้องกันความเครียดหรือความเหนื่อยล้าจากการทำงานแล้ว ผลการศึกษาเป็นอย่างไรเทียบกับก่อนมีแนวทางมาตรการป้องกัน

- ศึกษาวิจัยต่อยอดเพิ่มเติมดูว่าการมีภาวะความเหนื่อยล้าที่เพิ่มขึ้นนี้ สัมพันธ์ต่ออุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางทะเลขณะทำงานในเรืออย่างไร

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ที่ผ่านมาใช้การเก็บข้อมูลในลักษณะใช้แบบสอบถามโดยให้รายงานด้วยตนเอง (Self-reported questionnaire) พบว่า มีการไม่เปิดเผย แจ้งข้อมูลไม่ครบ หรือบิดเบือนข้อมูลตามจริงของคนประจำเรือเกิดขึ้นได้ ประชากรกลุ่มนี้อาจสามารถนับได้ว่าเป็นกลุ่มประชากรอ่อนไหว (Vulnerable groups) ซึ่งการตอบอาจมีข้อจำกัดมาก การจะเก็บแบบสอบถามในรูปแบบดังกล่าวนี้จึงควรระมัดระวังในเรื่องการชี้แจงคนประจำเรือก่อนการเก็บข้อมูล อธิบายถึงที่มาที่ไปและความสำคัญของการเก็บข้อมูลในเรื่องภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงานนี้เพื่อข้อมูลที่เก็บได้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และให้ข้อมูลแก่ผู้ตอบแบบสอบถามว่าการตอบแบบสอบถามต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ มีการรับรองการเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับโดยไม่สามารถสืบค้นข้อมูลกลับมาถึงผู้ตอบแบบสอบถามได้เพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อตัวผู้ตอบแบบสอบเอง หรือหลีกเลี่ยงผลกระทบต่อองค์การของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นต้น

หากผลจากแบบสอบถามพบผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงาน หรือตรวจพบโรคทางจิตเวชอื่นที่มีความเสี่ยงจากการเป็น Burnout เช่น โรคเครียด โรคซึมเศร้า อาจพิจารณาถึงแผนการดำเนินการจัดการกับกลุ่มคนเหล่านี้เพื่อรับการรักษาต่อไป

โดยสรุป การจัดหามาตรการป้องกันและแนวทางแก้ไขในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดและความเหนื่อยล้าจากการทำงานของคนประจำเรือเป็นเรื่องที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องตระหนักและให้ความสำคัญ เพราะนอกจากส่งผลกระทบต่อระดับตัวบุคคลแล้วยังมีผลกระทบต่อส่วนรวมไม่ว่าจะเป็นเพื่อนรวมงาน จนถึงระดับองค์การและประเทศได้

แม้ว่าปัจจุบันจะยังไม่มีเครื่องมือในการตรวจประเมินวินิจฉัยความเหนื่อยล้าจากการทำงานที่ดีกว่าการใช้แบบวัดความเหนื่อยล้าจากการทำงานของ Maslach & Jackson (MBI) หรือแบบสอบถามรายงานด้วยตนเอง (Self-reported questionnaire) รวมถึงยังไม่มีการตรวจประเมินลูกเรือขณะออกเรือเดินทะเลที่ชัดเจน แต่หากในอนาคตมีการศึกษาต่อยอดอย่างต่อเนื่อง อาจมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนที่ทุกฝ่ายสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

เอกสารอ้างอิง

1. Chung YS, Lee PTW, Lee JK. Burnout in seafarers: its antecedents and effects on incidents at sea. Marit Policy Manag 2017;44(7):916-31.
2. Carotenuto A, Molino I, Fasanaro AM, Amenta F. Psychological stress in seafarers: a review. Int Marit Health 2012;63(4):188-94.
3. Oldenburg M, Jensen HJ, Wegner R. Burnout syndrome in seafarers in the merchant marine service. Int Arch Occup Environ Health 2013;86(4):407-16.
4. Rengamani J, Shameem A. A study on the factors influencing the occupational stress of Indian seafarers. IJMET 2017;8(6):411-7.
5. Patchiappane M, Rengamani J. A study on the job satisfaction and job burn out of Indian marine engineers. IJCIET 2017;8(11):427–36.
6. Mellbye A, Carter T. Seafarers' depression and suicide. Int Marit Health 2017;68(2):108-14.
7. Informed Health Online Depression: What is burnout? [Internet]. [cited 2017 January 12]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279286/.
8. The Psychiatric Association of Thailand. Burnout. [Internet]. [cited 2017 January 12]. Available from: https://www.facebook.com/ThaiPsychiatricAssociation/photos/a.499791366791551/518490378254983/?type=3&__tn__=K-R.
9. Summawart S. Burnout among the staff nurses in Ramathibodi Hospital. [Master's Thesis, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital]. Mahidol University; 1989. (in Thai).
10. Polikandrioti M. Burnout syndrome. HealthScience Journal 2009;3(4):195-6.
11. Harnois G, Gabriel P. Mental health and work: impact, issues and good practices. Geneva: World Health Organization; 2000.
12. Wikipedia. Seafarer's professions and ranks. [Internet]. [cited 2019 March 10]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Seafarer%27s_professions_and_ranks.
13. Bhattacharjee S. A guide to merchant navy officer ranks: marine careers; 2017 [Internet]. [cited 2018 May 5]. Available from: https://www.marineinsight.com/careers-2/a-guide-to-merchant-navy-officer-ranks/.
14. Oldenburg M, Jensen HJ, Latza U, Baur X. Seafaring stressors aboard merchant and passenger ships. Int J Public Health 2009;54(2):96-105.
15. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol 2001;52:397-422
16. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. Journal of Organizational Behavior 1981;(2)2:99-113.

17. Sangtong N. The development of guideline for stress and job burnout reduction among professional nurses of Samut Sakhon hospital. [Master's Thesis, Faculty of Pharmacy]. Silpakorn University; 2010. (in Thai).
18. Mealer M, Moss M, Good V, Gozal D, Kleinpell R, Sessler C. What is burnout syndrome (BOS)? Respir Crit Care Med 2016;194(1):1-2.
19. Agterberg G, Passchier J. Stress among seamen. Psychol Rep 1998;83(2):708-10.
20. Jepsen JR, Zhao Z, van Leeuwen WM. Seafarer fatigue: a review of risk factors, consequences for seafarers' health and safety and options for mitigation. Int Marit Health 2015;66(2):106-17.
21. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is it time to consider the "burnout syndrome" a distinct illness? Front Public Health 2015 Jun 8;3:158.
22. Summawart S. Burnout among the staff nurses in Ramathibodi Hospital. [Master's Thesis, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital]. Mahidol University; 1989. (in Thai).
23. Iversen RT. The mental health of seafarers. Int Marit Health 2012;63(2):78-89.
24. van Dam A. Subgroup analysis in burnout: relations between fatigue, anxiety, and depression. Front Psychol 2016 Feb 4;7:90.
25. Patchiappane M, Rengamani J. A study on the job satisfaction and performance of Indian seafarers. JMET 2018;9(8):982-91.

Supplement & Eye Disease

Napang Kedkovid
Somdech Phra Pinklao Hospital, Naval Medical Department, Royal Thai Navy, Bangkok.
Corresponding Author: n.kedkovid@gmail.com

Introduction

The global longer life expectancy over the past decades has numerous impacts on health care system. There are eye conditions that are associated with aging population such as Age-related Macular Degeneration and cataract and there is also plenty of researches finding the way to stop those diseases. The treatments can be in the form of surgery, medication, supplement or life style change. Normally, patients will receive surgeries or medications when their treatment criteria is met but the questions about what to do to cease the disease before the treatment is initiated still prevail and inquiries about vitamin & supplements to promote or improve eye conditions have been frequently asked. Some of these products are claimed to be beneficial for eyes and vision. This review article on major clinical trials relating to supplements and eye disease is anticipated to yield advice on patient recommendations.

Age-related Macular Degeneration

Age-related macular degeneration (AMD) is the disease of macula and the leading cause of visual impairment and blindness among people 65 years or older worldwide. AMD is divided into dry AMD (non-neovascular) or wet AMD (neovascular) and may be caused by aging process, genetics, smoking and race. Dry AMD is the early stage of AMD and is diagnosed when drusen or pigmentary changes are found at the macula. Through a period of times dry AMD can progress to late-stage geographic atrophy (GA) or wet AMD, which can cause an irreversible severe vision loss. Clinical trials have evaluated the impact of diet and supplements on the development and progression of AMD. The Age-Related Eye Disease Study (AREDS) and the Age-Related Eye Disease Study 2 (AREDS2) are two of the largest clinical trials supported by the United States National Institutes of Health (NIH) that have assessed the effects of supplements included by Vitamin C 500 mg, Vitamin E 400 IU, Beta-Carotene 15 mg, Zinc 80 mg, Copper 2 mg on the progression of dry AMD to wet AMD.[1]



Figure 1 Dry AMD with drusen (asterisk) at macula

AREDS was first published in October 2001, over 3,500 patients with dry AMD took this supplement for a minimum of 5 years, the study found that patients with AMD category 1 (few or no drusen) or AMD category 2 (small or a few intermediate-sized drusen) would be at low risk of progression to advanced AMD thus treatment targeting progression to advanced AMD is not warranted, participants of AMD category 3 (extensive intermediate-sized drusen or large drusen or noncentral GA in at least 1 eye and who did not have advanced AMD in either eye) and AMD category 4 (advanced AMD [macular scar or wet AMD] or vision loss due to AMD in 1 eye only) at 10 years of follow-up demonstrated a significant reduction in the risk of progressing to advanced AMD or wet AMD (odds ratio [OR] 0.66; 95% confidence interval [CI], 0.53-0.83 , and OR 0.60; 95% CI, 0.47-0.78, respectively).[2]No adverse effects were associated with the AREDS formulation supplement with possible contraindications for smokers to avoid beta-carotene due to the risk of developing lung cancer.[3]



Figure 2 Wet AMD with subretinal hemorrhage

Then the AREDS2 was released in 2013 and they adjusted the formula by replacing Beta-Carotenoids with Lutein (10 mg) + Zeaxanthin (2 mg) as a result of the association between high doses of Beta-Carotene and an increased risk of lung cancer in current or former smokers, Zinc was also reduced from 80 mg to 25 mg for the link to digestive problems, and Omega-3 long-chain polyunsaturated fatty acids (350 mg Docosahexaenoic acid [DHA] + 650 mg Eicosapentaenoic acid [EPA]), was added to the presumption of additional benefit on AMD progression risk reduction. However, they found that the AREDS2 formulation did not further reduce the risk of progression to advanced AMD but because of potential increased incidence of lung cancer in former smokers, Lutein + Zeaxanthin could be an appropriate carotenoid substitute.[4]

The Blue Mountains Eye study was conducted in Australian population to assess the relationship between baseline dietary and supplement intakes of antioxidants and the long-term risk of incident AMD. In contrast to the ARED2, this study shown that higher dietary Lutein and Zeaxanthin intake reduced the risk of long-term incident AMD (risk ratio [RR] 0.35; 95% CI, 0.13–0.92), the discrepancy between 2 studies may be explained by the population differences, a high intake of vegetables also was protective for any AMD and the Blue Mountains Eye study confirmed the AREDS finding of protective influences from zinc against AMD when compared the top Zinc intake with the remaining population, the RR for the top decile intake was 0.56 (95% CI, 0.32–0.97) for any AMD and 0.54 (95% CI, 0.30–0.97) for early AMD.[5]

Besides supplement, diet may play a role on AMD risk reduction. The EYE-RISK Consortium has 2 European population-based prospective cohorts investigating the associations of adherence to the Mediterranean diet (MeDi), which is food rich in fruits, vegetables, legumes and fish, with incidence of advanced age-related macular degeneration. They found that the higher adherence to the MeDi was associated with a 41% reduced risk of incident advanced AMD (P = 0.046).[6]

Regular exercise has been shown to increase antioxidant enzyme activity and increase resistance to oxidative stress[7]. Oxidative stress has long been theorized to contribute to be one of the key components in the pathogenesis of AMD[8]. An oxidative stress is one of several possible pathways influenced by physical activity, the increase in oxidative resistance conferred by regular physical activity may lead to prevention of AMD or a delay of its progression. The systematic review and meta-analysis from Mcguinness et al supported this theory by showing the protective association between physical activity and early AMD (8 studies, n = 38 112, OR 0.92, 95% CI 0.86-0.98) late AMD (7 studies, n = 28 854, OR 0.59, 95% CI 0.49-0.72).[9]

To summarize, patients with intermediate or advanced AMD should be recommended to take the AREDS or AREDS2 formulated supplements for former or current smokers. Smoking is a risk factor for the development of AMD and should be discontinued. Diet consisting of fish, fruits, leafy greens, and nuts has been shown to be beneficial in some studies. Physical activity should be encouraged, as it has been demonstrated to have a modest protective effect.[10]

Cataract

A cataract is a clouding of the lens in the eye that affects vision. The lens is made of mostly water and protein which is arranged in a precise way that keeps the lens clear. Most cataracts are related to aging, as we age, some of the protein inside the lens may clump together and start to cloud a small area resulted in a cataract. Over time, the cataract may grow larger and cloud more of the lens, making it harder to see. Currently surgery is the only effective treatment of cataract by removing the cloudy lens and replacing it with an artificial lens.[11]

Several studies have been conducted to investigate the effectiveness of supplements against cataract. The result from AREDS study found that individuals with highest dietary intake of riboflavin had a 22% and 38% lower likelihood of mild and moderate nuclear cataracts at baseline, respectively, compared with participants reporting the lowest dietary intake (OR 0.78; 95% CI, 0.63-0.97; P = 0.02; and OR, 0.62; 95% CI, 0.43-0.90; P = 0.01). A similar reduction in likelihood of having mild and moderate nuclear cataracts was seen for individuals reporting the highest intake of vitamin B12 (OR, 0.78; 95% CI, 0.63-0.96; P = 0.02, and OR, 0.62; 95% CI, 0.43-0.88; P = 0.01, respectively).[12] But no statistically significant effect of the antioxidant formulation (vitamin C, 500 mg; vitamin E, 400 IU; and beta carotene, 15 mg) was seen on the development or progression of age-related cataract (OD = 0.97, P =.55).[13]

The Blue Mountain Eye Study investigated the relationships between a wide range of nutrients and cataract in older people. The result was suggesting that higher intakes of protein, vitamin A, niacin, thiamin, and riboflavin were associated with reduced prevalence of nuclear cataract. The odds ratios for those in the highest intake groups compared to those in the lowest intake were 0.5 (95% CI, 0.3-0.8) for protein, 0.5 (95% CI, 0.3-0.9) for vitamin A, 0.6 (95% CI, 0.4-0.9) for niacin, 0.6 (95% CI, 0.4-0.9) for thiamin, and 0.5 (95% CI, 0.3-0.9) for riboflavin.[14]

On the contrary, researchers from an international research group called the Cochrane Collaboration examined the benefits of vitamin supplements for cataracts. They looked for randomized controlled trials that compared these products either with one another or with placebo. The researchers analyzed nine studies involving a total of almost 120,000 people between the ages of 35 and 85. The participants used products with vitamin C, vitamin E and/or beta-carotene for up to twelve years. The results of the studies clearly showed that vitamin supplements are not effective against cataracts. People who had taken these products developed cataracts just as often as people who had been taking a placebo. These supplements also did not slow down the progression of the cataracts and did not have any effect on eyesight thus there is no reason to take dietary supplements to try to prevent or slow down cataracts.[15]

Sunlight exposure may play a role in occurrence of cataract. There are studies supporting a link between sun exposure and nuclear cataract and the risk was highest among those with high sun exposure at younger ages.[16,17] As well, NIH is recommending people to wear sunglasses and a hat with a brim to block ultraviolet sunlight in order to help delaying cataract.[15]

Dry eye

Dry eye disease is a common chronic, inflammatory, age-related condition that causes ocular discomfort, fatigue, and visual disturbances that interfere with reading, computer use, driving, and other aspects of quality of life[18-20], and also one of the most common reasons for seeking eye care[20]. Patients with dry eye disease use a variety of approaches for symptom relief, including artificial tears, lid scrubs, punctal plugs, and prescription anti-inflammatory eye drops. Many clinicians recommend and many patients take dietary supplements of n−3 fatty acids (omega-3 fatty acids), because they have anti-inflammatory activity and are not associated with substantial side effects.[21,22]

The Dry Eye Assessment and Management Study Research Group (DREAM) shown that among patients with dry eye disease, those who were randomly assigned to receive supplements containing 3000 mg of fish-derived n-3 eicosapentaenoic and docosahexaenoic acids (omega-3 fatty acids) for 12 months did not have significantly better outcomes than those who were assigned to receive olive oil placebo.[22]

Oxygen is the primary oxidant that is utilized during mitochondrial oxidative metabolism of various organic molecules in metabolic reactions providing cellular energy. Reactive oxygen species (ROS) that might be potentially damaging to tissues are generated

as by-products during oxidative metabolism.[23] Recently literature suggests that oxidative stress may have a direct and/or indirect effect on ocular surface health and plays an important role in the pathogenesis of several forms of dry eye.[24] An antioxidant defense system in the ocular surface is essential for the protection against oxidative damage.[25] Thus, therapeutic modalities employing topical/systemic use of antioxidants may have a promising future in the treatment of dry eye disease.[24]

Glaucoma

Glaucoma is a chronic, irreversible optic neuropathy. There has been a longstanding interest in the potential impact of lifestyle factors such as diet on glaucoma development and progression.[26]

Coffee is a source of caffeine, a biologically active compound that exerts physiological effects on the human body.[27] A transient elevation in IOP has been noted following caffeine ingestion in patients with glaucoma.[28] But no significant association was found between the consumption of coffee and glaucoma risk.[27-29]

It is speculated that Ginkgo biloba extract (GBE) can decrease the risk of developing glaucoma and the evidence is still inconclusive. No effect of ginkgo biloba extract on visual field defect in normal tension glaucoma (NTG) patients from a study by Guo et al[30], which differ from other reports suggesting that GBE may be helpful in improving visual function in some individuals with NTG.[31,32] However the patient demographics and treatment period were different among the studies and that can affect the results.

There is a consideration that fruits and vegetables can decrease the risk of developing glaucoma.[27] A study from Coleman et al found a higher intake of certain fruits and vegetables such as green collards, kale, carrots and peaches may be associated with a decreased risk of glaucoma.[33]

A firm dietary advice to glaucoma patients would be to avoid excessive coffee consumption and increase the intake of fruits and vegetables. However, patients should be advised that nutritional management may complement, but would not substitute conventional glaucoma treatment.[27]

Conclusion

There is evidence suggesting that a combination of vitamins E and C, beta-carotene, and zinc (AREDS formulation) may reduce the risk of developing advanced AMD

with beta-carotene abstention in current or former smokers due to the risk of developing lung cancer. Diet rich in fruits, vegetables, legumes, fish and regular exercise may also help lower the chance of AMD. Current data do not support the use of supplement as treatment for dry eye, cataract or glaucoma.

References

1. Age-Related Eye Disease Study Research Group. A randomized, placebo-controlled, clinical trial of high-dose supplementation with vitamins C and E, beta carotene, and zinc for age-related macular degeneration and vision loss: AREDS report no. 8. Arch Ophthalmol 2001;119(10):1417-36.
2. Chew EY, Clemons TE, Agrón E, Sperduto RD, Sangiovanni JP, Kurinij N, et al. Long-term effects of vitamins C and E, β-carotene, and zinc on age-related macular degeneration: AREDS report no. 35. Ophthalmology 2013;120(8):1604-11.
3. Chew EY, Lindblad AS, Clemons T, Age-Related Eye Disease Study Research Group. Summary results and recommendations from the age-related eye disease study. Arch Ophthalmol 2009;127(12):1678-9.
4. Age-Related Eye Disease Study 2 Research Group. Lutein + zeaxanthin and omega-3 fatty acids for age-related macular degeneration: the Age-Related Eye Disease Study 2 (AREDS2) randomized clinical trial. JAMA 2013;309(19):2005-15.
5. Tan JS, Wang JJ, Flood V, Rochtchina E, Smith W, Mitchell P. Dietary antioxidants and the long-term incidence of age-related macular degeneration: the Blue Mountains Eye Study. Ophthalmology 2008;115(2):334-41.
6. Merle BMJ, Colijn JM, Cougnard-Grégoire A, de Koning-Backus APM, Delyfer MN, Kiefte-de Jong JC, et al. Mediterranean diet and incidence of advanced age-related macular degeneration: the EYE-RISK Consortium. Ophthalmology 2019;126(3):381-90.
7. Radak Z, Taylor AW, Ohno H, Goto S. Adaptation to exercise-induced oxidative stress: from muscle to brain. Exerc Immunol Rev 2001;7:90-107.
8. Khandhadia S, Lotery A. Oxidation and age-related macular degeneration: insights from molecular biology. Expert Rev Mol Med 2010 Oct 20;12:e34. doi: 10.1017/S146239941000164X.
9. McGuinness MB, Le J, Mitchell P, Gopinath B, Cerin E, Saksens NTM, et al. Physical activity and age-related macular degeneration: a systematic literature review and meta-analysis. Am J Ophthalmol 2017;180:29-38.
10. Hobbs BN. Eye health' supplements: do the benefits justify the cost?. [Internet]. [cited 2019 March 2]. Avialable from: https://www.medscape.com/viewarticle/903552.

11. Nation Eye Institue. Facts about cataract. [Internet]. [cited 2019 March 25]. Avialable from: https://nei.nih.gov/health/cataract/cataract_facts.
12. Glaser TS, Doss LE, Shih G, Nigam D, Sperduto RD, Ferris FL 3rd, et al. The association of dietary lutein plus zeaxanthin and B vitamins with cataracts in the age-related eye disease study: AREDS report no. 37. Ophthalmology 2015;122(7):1471-9.
13. Age-Related Eye Disease Study Research Group. A randomized, placebo-controlled, clinical trial of high-dose supplementation with vitamins C and E and beta carotene for age-related cataract and vision loss: AREDS report no. 9. Arch Ophthalmol 2001;119(10):1439-52.
14. Cumming RG, Mitchell P, Smith W. Diet and cataract: the blue mountains eye study. Ophthalmology 2000;107(3):450-6.
15. InformedHealth.org. Cataracts: can vitamin supplements help maintain your vision?. [Internet]. [cited 2019 March 25]. Avialable from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK390313/.
16. Neale RE, Purdie JL, Hirst LW, Green AC. Sun exposure as a risk factor for nuclear cataract. Epidemiology 2003;14(6):707-12.
17. Hayashi LC, Hayashi S, Yamaoka K, Tamiya N, Chikuda M, Yano E. Ultraviolet B exposure and type of lens opacity in ophthalmic patients in Japan. Sci Total Environ 2003;302(1-3):53-62.
18. Craig JP, Nichols KK, Akpek EK, Caffery B, Dua HS, Joo CK, et al. TFOS DEWS II definition and classification report. Ocul Surf 2017;15(3):276-83.
19. Wei Y, Asbell PA. The core mechanism of dry eye disease (DED) is inflammation. Eye contact lens 2014;40(4):248–56.
20. Stapleton F, Alves M, Bunya VY, Jalbert I, Lekhanont K, Malet F, et al. TFOS DEWS II epidemiology report. Ocul Surf 2017;15(3):334-65.
21. Serhan CN, Chiang N, Van Dyke TE. Resolving inflammation: dual anti-inflammatory and pro-resolution lipid mediators. Nat Rev Immunol 2008;8(5):349-61.
22. Dry Eye Assessment and Management Study Research Group, Asbell PA, Maguire MG, Pistilli M, Ying GS, Szczotka-Flynn LB, et al. n-3 Fatty Acid supplementation for the treatment of Dry Eye Disease. N Engl J Med 20183;378(18):1681-90.
23. Ray PD, Huang BW, Tsuji Y. Reactive oxygen species (ROS) homeostasis and redox regulation in cellular signaling. Cell Signal 2012;24(5):981-90.
24. Dogru M, Kojima T, Simsek C, Tsubota K. Potential role of oxidative stress in ocular surface inflammation and Dry Eye Disease. Invest Ophthalmol Vis Sci 2018 Nov 1;59(14):DES163-DES168. doi: 10.1167/iovs.17-23402.

25. Chen Y, Mehta G, Vasiliou V. Antioxidant defenses in the ocular surface. Ocul Surf 2009;7(4):176-85.
26. Pasquale LR, Kang JH. Lifestyle, nutrition, and glaucoma. J Glaucoma 2009;18(6):423–8.
27. Al Owaifeer AM, Al Taisan AA. The role of diet in glaucoma: a review of the current evidence. Ophthalmol Ther 2018;7(1):19-31.
28. Jiwani AZ, Rhee DJ, Brauner SC, Gardiner MF, Chen TC, Shen LQ, et al. Effects of caffeinated coffee consumption on intraocular pressure, ocular perfusion pressure, and ocular pulse amplitude: a randomized controlled trial. Eye (Lond) 2012;26(8):1122-30.
29. Wu CM, Wu AM, Tseng VL, Yu F, Coleman AL. Frequency of a diagnosis of glaucoma in individuals who consume coffee, tea and/or soft drinks. The British journal of ophthalmology 2018;102(8):1127-33.
30. Guo X, Kong X, Huang R, Jin L, Ding X, He M, et al. Effect of Ginkgo biloba on visual field and contrast sensitivity in Chinese patients with normal tension glaucoma: a randomized, crossover clinical trial. Invest Ophthalmol Vis Sci 2014;55(1):110-6.
31. Shim SH, Kim JM, Choi CY, Kim CY, Park KH. Ginkgo biloba extract and bilberry anthocyanins improve visual function in patients with normal tension glaucoma. J Med Food 2012;15(9):818-23.
32. Quaranta L, Bettelli S, Uva MG, Semeraro F, Turano R, Gandolfo E. Effect of Ginkgo biloba extract on preexisting visual field damage in normal tension glaucoma. Ophthalmology 2003;110(2):359-62.
33. Coleman AL, Stone KL, Kodjebacheva G, Yu F, Pedula KL, Ensrud KE, et al. Glaucoma risk and the consumption of fruits and vegetables among older women in the study of osteoporotic fractures. Am J Ophthalmol 2008;145(6):1081-9.

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ลงในวารสารแพทย์นาวี

วารสารแพทย์นาวี เป็นวารสารของกรมแพทย์ทหารเรือที่มีระบบการประเมินบทความต้นฉบับโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่ได้รับการแต่งตั้งจากกรมแพทย์ทหารเรือ อย่างน้อยเรื่องละ 2 ท่าน ด้วยวิธีการปิดบังชื่อผู้ประเมินและผู้เขียนบทความ

นโยบายของกองบรรณาธิการ

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

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการได้กำหนดระเบียบการส่งต้นฉบับไว้ให้ผู้เขียนยึดเป็นแนวทางในการส่งต้นฉบับสำหรับการตีพิมพ์ลงวารสารแพทย์นาวี และกองบรรณาธิการสามารถตรวจสอบต้นฉบับก่อนการตีพิมพ์เพื่อให้วารสารมีคุณภาพสามารถนำไปใช้อ้างอิงได้

1. ประเภทของบทความ ได้แก่

1.1 บทความวิจัย (Research article) ได้แก่ บทความผลงานวิจัยที่ทำขึ้นใหม่ มีหัวข้อตามลำดับดังนี้

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

5) คำสำคัญ ระบุคำสำคัญภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ ไม่ควรเกิน 5 คำ

6) ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา เป็นส่วนของเนื้อหาที่บอกความเป็นมาและเหตุผลนำไปสู่การศึกษาวิจัยและควรอ้างอิงงานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

7) วัตถุประสงค์การวิจัย ให้ชี้แจงถึงจุดมุ่งหมายของการศึกษา

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

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

10) สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ เป็นการสรุปผลที่ได้จากการวิจัย ควรมีการอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือเปรียบเทียบการทดลองของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นด้วยตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิม รวมทั้งแสดงให้เห็นถึงการนำผลไปใช้ประโยชน์ และการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

11) กิตติกรรมประกาศ เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ที่ช่วยเหลือให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ (อาจมีหรือไม่มีก็ได้)

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

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

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

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

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

2. ขนาดของต้นฉบับ

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

3. การส่งบทความต้นฉบับ

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

4. การตรวจแก้ไขและยอมรับการตีพิมพ์

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

5. เกณฑ์การประเมินบทความ

กองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเบื้องต้นเกี่ยวกับความถูกต้องของรูปแบบทั่วไป ถ้าไม่ผ่านการพิจารณาจะส่งกลับเพื่อทำการแก้ไข ถ้าผ่านจะเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก หลังจากนั้นจะส่งผลการประเมินคืนผู้เขียน เพื่อให้เพิ่มเติมข้อมูลหรือแก้ไข และเมื่อบทความได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนจะได้รับวารสารแพทย์นาวีฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ จำนวน 1 ฉบับ

6. การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง

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

7. เอกสารอ้างอิง

วารสารแพทย์นาวีใช้การอ้างอิงระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) การอ้างอิงเอกสารไม่เกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ ตำราบางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

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

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

- **หนังสือ**

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

  ตัวอย่าง

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

- **บทความจากหนังสือหรือตำรา**

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

  ตัวอย่าง

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

- **วิทยานิพนธ์/ดุษฎีนิพนธ์**

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

  ตัวอย่าง

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

- **รายงานจากการประชุมทางวิชาการ (Proceedings)**

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

  ตัวอย่าง

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

● **วารสาร (Journal)**

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

ตัวอย่าง

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

● **สื่อหรือวัสดุอิเล็กทรอนิกส์**

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. [ประเภทของสื่อ]. [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]. แหล่งที่มา: address ของแหล่งสารสนเทศ

ตัวอย่าง

1. ไททัศน์ คัมภีระพันธุ์. คู่มือปฏิบัติการในเรือ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 กรกฎาคม 2556]. แหล่งที่มา: http://www.marinerthai.com.
2. World Health Organization. Colorectal Cancer Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. [Internet]. [cited 2016 Jauary 4]. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx?cancer=colorectal.

8. ลิขสิทธิ์

ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารกรมแพทย์ทหารเรือถือเป็นกรรมสิทธิ์ของกรมแพทย์ทหารเรือ ห้ามนำข้อความทั้งหมดหรือบางส่วนไปพิมพ์ซ้ำเว้นเสียแต่ว่าจะได้รับอนุญาตจากกรมแพทย์ทหารเรือเป็นลายลักษณ์อักษร

9. ความรับผิดชอบ

เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนทั้งนี้ไม่รวมความผิดพลาดอันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์

วารสารแพทย์นาวี
Royal Thai Navy Medical Journal

แบบฟอร์มส่งบทความวิชาการ/บทความวิจัย เพื่อตีพิมพ์ในวารสารแพทย์นาวี

1. ชื่อ - สกุลผู้นิพนธ์ (ภาษาไทย).....

ชื่อ - สกุลผู้นิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ).....

ตำแหน่ง..... สถาบันที่สังกัด.....

- ในกรณีที่ผู้นิพนธ์กำลังศึกษาในระดับดุษฎีบัณฑิต/มหาบัณฑิต โปรดระบุ

ชื่อหลักสูตร.....สาขาวิชา.....แขนงวิชา(ถ้ามี) .....

คณะ.....สถาบันการศึกษา.....

2. ประเภทของบทความ ☐ บทความวิจัย ☐ บทความวิชาการ ☐ สิ่งประดิษฐ์ ☐ รายงานผู้ป่วย

3. ชื่อเรื่อง

(ภาษาไทย).....

.....

(ภาษาอังกฤษ).....

.....

4. สถานที่ติดต่อผู้นิพนธ์

ที่อยู่ เลขที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์..... E-mail.....

5. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

☐ บทความฯ ที่ส่งมาไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดวารสารหนึ่งมาก่อนและไม่อยู่ระหว่างเสนอขอตีพิมพ์ในวารสารอื่น

☐ เนื้อหาในบทความฯ เกิดจากการสังเคราะห์ความคิดขึ้นโดยผู้นิพนธ์เอง ไม่ได้ลอกเลียนหรือตัดทอนมาจากผลงานของผู้อื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต/ปราศจากการอ้างอิง หรือได้ผ่านการตรวจสอบการลอกเลียนงานวรรณกรรมด้วยระบบอักขราวิสุทธิ์/โปรแกรมอื่นที่เทียบเคียง พร้อมแนบหลักฐาน (ถ้ามี)

☐ เตรียมต้นฉบับบทความตามรูปแบบที่วารสารกำหนดใน “คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ”

☐ **<u>บทความวิจัย</u>**ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว

☐ บทความฯ ที่ส่งมาได้รับความเห็นชอบจากผู้นิพนธ์ร่วมทุกท่านแล้ว

☐ ยินดีแก้ไขบทความตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) และบรรณาธิการเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด

6. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บทความฯ ที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นลิขสิทธิ์ของวารสารแพทย์นาวี ไม่สามารถนำไปตีพิมพ์ซ้ำในวารสารฉบับอื่นได้

ลงชื่อ .....

(.....)

ผู้ส่งบทความ (ผู้นิพนธ์หลัก)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

7. ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก (ดุษฎีนิพนธ์/วิทยานิพนธ์)

ได้ตรวจสอบบทความนี้แล้วขอรับรองว่าองค์ประกอบและเนื้อหาของบทความนี้มีความสมบูรณ์และถูกต้องตามหลักวิชาการ เห็นควรให้ตีพิมพ์เผยแพร่ได้

ลงชื่อ .....

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....





วิสัยทัศน์ กรมแพทย์ทหารเรือ

“เป็นองค์กรชั้นนำด้านการแพทย์ทหาร การบริหารจัดการ
และเวชศาสตร์ทางทะเลในภูมิภาคอาเซียน”

พันธกิจ

1. เตรียมความพร้อมของกำลังพลกองทัพเรือด้านสุขภาพ
2. ให้บริการทางการแพทย์สนับสนุนปฏิบัติการทางการทหารของกองทัพเรือ
3. ให้บริการสุขภาพแก่กำลังพลและครอบครัวกองทัพเรือเป็นหลัก
   และสนับสนุนนโยบายรัฐบาลในการรักษาพยาบาลประชาชน
4. ดำเนินการฝึก ศึกษา อบรมเหล่าทหารแพทย์ รวมทั้งวิจัยและพัฒนาด้านการแพทย์

ค่านิยม

รับผิดชอบในงาน ให้บริการด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ ไม่หยุดพัฒนา

สำนักงานกองบรรณาธิการ
กองวิทยาการ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทย์ทหารเรือ
504/56 ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบุคคโล
เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600

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