วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2562 JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING Vol.33 No.2 May – August 2019

พิมพ์ที่ rabbit4print.com

# วารสารพยาบาลสาธารณสุข

## JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2562 Vol.33 No.2 May – August 2019

# วารสารพยาบาลสาธารณสุข

# JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

**ปีที่ 33 ฉบับที่ 2** **พฤษภาคม - สิงหาคม 2562**

**Vol. 33, No. 2** **May - August 2019**



**บทบรรณาธิการ**

**บทความวิจัย**

- ผลของโครงการต้นกล้าความดีต่อความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา โรงเรียนสังกัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน จังหวัดปทุมธานี
- การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
- ความสัมพันธ์ระหว่างการติดเฟซบุ๊ก ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักศึกษาพยาบาลยุคเจเนอเรชั่นแซด
- ปัจจัยทำนายความเครียดของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ตำบลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร
- พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัว
- ปัจจัยทำนายสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่สถาบันบำราศนราดูร
- ค่าใช้จ่ายในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านของโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

**บทความวิชาการ**

- การพัฒนาซอล์ฟสกิลของนักศึกษาพยาบาล: การเรียนรู้จากเครือข่ายความร่วมมือประกันคุณภาพการศึกษา
- การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง

# วารสารพยาบาลสาธารณสุข

# JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

**ปีที่ 33 ฉบับที่ 2** **พฤษภาคม - สิงหาคม 2562** **ISSN 0857-5371**

**Vol. 33, No. 2** **May-August 2019**

**วัตถุประสงค์**
1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการศึกษาค้นคว้าและผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข และการพยาบาล
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ และความคิดทางวิชาการ
3. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ที่อยู่ในวิชาชีพพยาบาล

**คณะที่ปรึกษา**

| | | |
|---|---|---|
| ศ.บุญธรรม | กิจปรีดาบริสุทธิ์ | มหาวิทยาลัยบูรพา |
| ศ.ดร.ผ่องพรรณ | เกิดพิทักษ์ | มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต |
| ศ.พ.ญ.ชุติมา | ศิริกุลชยานนท์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| ศ.ดร.ศิริพร | จิรวัฒน์กุล | มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| ศ.ดร.พรพิมล | กองทิพย์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| ศ.ดร.ศศิธร | พุมดวง | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| รศ.ดร.สมพร | กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| รศ.ดร.สุลี | ทองวิเชียร | มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี |
| รศ.พ.ญ.จรวยพร | สุภาพ | มหาวิทยาลัยมหิดล |

**บรรณาธิการ**

| | | |
|---|---|---|
| ศ.เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ | ศิลปสุวรรณ | มหาวิทยาลัยมหิดล |

**รองบรรณาธิการ**

| | | |
|---|---|---|
| ผศ.ดร.ศรีสุดา | วงศ์วิเศษกุล | มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| ผศ.ดร.วรรณรา | ชื่นวัฒนา | มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา |

**กองบรรณาธิการ**

| | | |
|---|---|---|
| ศ.นายแพทย์พงษ | จูทา | มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา |
| รศ.ดร.สุนีย์ | ละกำปั่น | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| รศ.ดร.ปัญญรัตน์ | ลาภวงศ์วัฒนา | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| รศ.ดร.อาภาพร | เผ่าวัฒนา | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| รศ.ดร.รัชนี | สรรเสริญ | มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง |
| ผศ.ดร.วนิดา | ดุรงค์ฤทธิ์ชัย | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| ผศ.ดร.นันทพันธ์ | ชินล้ำประเสริฐ | มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ |
| ผศ.ดร.ทัศนีย์ | รวิวรกุล | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| ผศ.ดร.พิมสุภาว์ | จันทนะโสตถิ์ | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| ผศ.ดร.พรนภา | หอมสินธุ์ | มหาวิทยาลัยบูรพา |
| ผศ.ดร.เพลินพิศ | บุณยมาลิก | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| Dr.Stephen | Hamann | ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ |
| Dr.Carol | Hutchinson | มหาวิทยาลัยมหิดล |

**เจ้าของ** สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ โทรศัพท์ : 02 354 8542, 095 701 3182 โทรสาร : 02 354 8542

**สถานที่ตั้ง** ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

**กำหนดการออกวารสาร** ปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม และฉบับออนไลน์ ปีละ 1 ฉบับ

**พิมพ์ที่** บริษัท แรบบิท4พริ้นต์ จำกัด
40/44 ซอยวิภาวดีรังสิต 66 แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210
E-mail: info@rabbit4print.com Tel. 0-2552-2222

**เนื้อหา** บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารนี้ ถือว่าเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนโดยเฉพาะทาง คณะกรรมการจัดทำวารสารหรือสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ ไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วย

## บทบรรณาธิการ

สวัสดีท่านผู้อ่านที่เคารพรัก เป็นที่น่ายินดีที่วารสารพยาบาลสาธารณสุขไทยฉบับที่ 2 ปีที่ 33 ได้ดำรงอยู่คู่กับวิชาชีพพยาบาล พยาบาลสาธารณสุข และกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะในชุมชน กองบรรณาธิการขอประกาศข่าวที่น่ายินดีว่า ในปี พ.ศ. 2562 สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทย ในพระอุปถัมภ์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ได้จัดเตรียมงานวิจัยและบทความทางวิชาการเพื่อนำเสนอเพิ่มขึ้นในระบบออนไลน์อย่างเดียว 1 ฉบับ เพื่อขยายช่องทางให้นักวิชาการและนักวิจัย ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้มีพื้นที่ๆ แสดงผลงานให้เป็นที่ประจักษ์และสาธารณชนได้เข้าถึง เข้าใจและใช้ประโยชน์ผลงานการค้นคว้าได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่องเพิ่มขึ้น ถึงแม้จะมีอุปสรรคในเรื่องของทรัพยากรและการเงินในการจัดเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ โดยทางกองบรรณาธิการยินดีสนับสนุนการจัดทำฉบับออนไลน์ในครั้งนี้ เพื่อให้ได้มีนักวิจัยและนักวิชาการนำเสนอประเด็นสำคัญๆ ได้แก่ โครงการต้นกล้าความดีที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กนักเรียนระดับปานกลาง ซึ่งพัฒนาการของเด็กนั้นเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของประเทศในอนาคต ขณะเดียวกันประเด็นปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ก็ยังเป็นปัญหาที่สังคมไทยเผชิญอยู่ได้มีตัวอย่างของโครงการเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ประเด็นร่วมสมัยได้แก่ การติดเฟซบุ๊คของนักศึกษาพยาบาลเชื่อมโยงไปสู่ภาวะความซึมเศร้าและการเสี่ยงในการฆ่าตัวตายรวมไปถึงกรประเมินค่าใช้จ่ายของการจัดบริการเยี่ยมบ้านที่สะท้อนข้อเท็จจริง ทั้งในระบบการทำงานของรัฐต้องจัดเตรียมในปัจจุบันและอนาคต

ในฉบับต่อไปผู้อ่านจะได้ติดตามผลงานวิชาการที่ได้รับการคัดสรรทั้งในส่วนของปรัชญา การมองปัญหาตามความเชื่อ เรื่องความจริงและความรู้ของปัญหาในกลุ่มวิชาชีพพยาบาลเพื่อค้นหาคำตอบให้มีความถูกต้อง เชื่อถือได้ เพื่อเป็นองค์ความรู้ที่นำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

ทีมงานขอน้อมรับทุกข้อคิดเห็นของทุกท่าน และช่วยปรับให้เนื้องานสมบูรณ์เพิ่มขึ้น

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ
หัวหน้ากองบรรณาธิการ

# สารบัญ

**วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2562**

**Journal of Public Health Nursing Vol.33, No.2 May-August 2019**

**บทบรรณาธิการ**

**บทความวิจัย** **หน้า**

ผลของโครงการต้นกล้าความดีต่อความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา โรงเรียนสังกัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน จังหวัดปทุมธานี

Effects of A Tonkla Kwamdee Program on emotional intelligent among primary school children under the Office of the Basic Education Commission in Pathumthani province. 1

ประกายเพชร วินัยประเสริฐ
สุกัญญา พูลโพธิ์กลาง

Prakaipetch Winaiprasert
Sukanya Phoolphoklang

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

EVIDENCE-BASED PRACTICE PROGRAM FOR TEENAGE PREGNANCY PREVENTION 18

ปริษณา อยู่คง
อาภาพร เผ่าวัฒนา
วันเพ็ญ แก้วปาน

PRITSANA YOUKHONG
ARPAPORN POWWATTANA
WONPEN KAEWPAN

ความสัมพันธ์ระหว่างการติดเฟซบุ๊ก ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักศึกษาพยาบาลยุคเจเนอเรชั่นแซด

Facebook Addiction, Depression, and Suicidal Risk Among Z generation Nursing Students 33

เฉลิมพล กำใจ
อรัญญา นามวงศ์

Chalermpon kajai
Arunya namwong

# สารบัญ (ต่อ)

**บทความวิจัย (ต่อ)** **หน้า**


| | | |
|---|---|---|
| ปัจจัยทำนายความเครียดของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ตำบลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี | Factors Predicting stress of Community-dwelling Family Member with Chronic disease Patient at Nayia Subdistrict, Nayia District, Ubon Ratchathani Province | 48 |
| สิริทรัพย์ สีหะวงษ์<br>ภูษณิศา มีนาเขตร | Sirisup Sihawong<br>Phusanisa Meenakate | |
| ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร | FACTORS RELATED TO SMOKING CESSATION OF CLIENTS IN SMOKING CESSATION CLINIC IN PUBLIC HEALTH CENTER BANGKOK | 61 |
| ชลธิชา นิวาสเวส<br>วันเพ็ญ แก้วปาน<br>สุรินธร กลัมพากร<br>ดุสิต สุจิรารัตน์ | Chonticha Nivasavesa<br>Wonpen Kaewpan<br>Surintorn Kalampakorn<br>Dusit Sujirarat | |
| พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัว | Caregiving Behaviors among Family Caregivers of Diabetes Mellitus Patients | 77 |
| ธีรนันท์ วรรณศิริ | Theranun Wannasiri | |

# สารบัญ (ต่อ)

**บทความวิจัย (ต่อ)** **หน้า**


| | | |
|---|---|---|
| ปัจจัยทำนายสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่สถาบันบำราศนราดูร | Predictive Factors of Psychological Well-Being Among Older Adults with Chronic Disease receiving care at Bamrasnaradura Infectious Disease Institute | 96 |
| พิณทิพย์ สดวิไลย<br>พัชราพร เกิดมงคล<br>ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ<br>พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ | Pintip Sodvilai<br>Patcharaporn Kerdmongkol<br>Kwanjai Amnajsatsue<br>Pimpan Silapasuwan | |
| ค่าใช้จ่ายในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านของโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร | The Expenditure for Home Healthcare Nursing: Analysis from Ramathibodi Hospital, Bangkok | 111 |
| นิชธิมา เสรีวิชยสวัสดิ์<br>พัชระกรพจน์ ศรีประสาร<br>อนงค์ ดิษฐสังข์ | Nitchatima Sereewichayasawad<br>Phatcharakoraphot Sreeprasarn<br>Anong Dittasung | |

# สารบัญ (ต่อ)

**บทความวิชาการ** **หน้า**


| | | |
|---|---|---|
| การพัฒนาซอล์ฟสกิลของนักศึกษาพยาบาล: การเรียนรู้จากเครือข่ายความร่วมมือประกันคุณภาพการศึกษา | Develop Nursing Students' soft skills : Learned from the Collaboration Network for Educational Quality Assurance | 130 |
| ละเอียด แจ่มจันทร์<br>สุภัจฉรี มะกรครรภ์<br>สมฤดี กีรตวนิชเสถียร | Laiad Jamjan<br>Supatcharee Makornkan<br>Somruidee Keeratavanithsathian | |
| การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง | Nursing Care for Pain Management in Chronic Pancreatitis | 141 |
| กาญจนา คงเปีย<br>จันจิรา จินาพร<br>กิ่งกานต์ จันทคาม<br>สุธิสา เต็มทับ | Karnchana Kongpia<br>Janjira Jinaporn<br>Kingkarn Junthakam<br>Suthisa Temtap | |

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ 158

ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข 164

แบบฟอร์มขอส่งผลงานวิจัย/บทความ 165

หนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ 166

# บทวิจัย

## ผลของโครงการต้นกล้าความดีต่อความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา โรงเรียนสังกัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน จังหวัดปทุมธานี

**ประกายเพชร วินัยประเสริฐ* สุกัญญา พูลโพธิ์กลาง****
**สุปริญญา สัมพันธรัตน์*** จิรนันท์ ครุฑอยู่******

**บทคัดย่อ**

คนเราทุกกลุ่มวัยจะประสบความสำเร็จและมีชีวิตที่เป็นสุขนั้นการมีความฉลาดทางเชาวน์ปัญญาอย่างเดียวไม่เพียงพอจำเป็นต้องมีความฉลาดทางอารมณ์ ควบคู่ไปด้วย โดยเฉพาะ เด็กวัยเรียน ซึ่งเป็นวัยที่มีความพร้อมในการพัฒนาและการเรียนรู้ด้านต่างๆ มีการพัฒนาทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม จริยธรรม เป็นช่วงวัยที่สำคัญในการพัฒนาด้านอัตมโนทัศน์ การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโครงการต้นกล้าความดีต่อความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาจังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-5 จำนวน 60 คน เป็นเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ30 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2558 – วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2559 โดยให้กิจกรรมซ้ำๆ และติดตามโดยผู้วิจัยอย่างต่อเนื่องทุก 1 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ กิจกรรมตามโครงการต้นกล้าความดีแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสถิติ t-testและ สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมและคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านดี ด้านเก่ง ด้านสุข สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า เด็กวัยเรียนควรดีรับการพัฒนาทั้งความฉลาดด้านเชาว์ปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ควบคู่กันไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เด็กวัยเรียนเติบโตขึ้นอย่างมีคุณภาพของประเทศ และการการวิจัยมีข้อเสนอแนะให้นำกิจกรรมในโครงการต้นกล้าความดีไปใช้ในการพัฒนาความฉลาดอารมณ์ของเด็กวัยเรียน โดยเฉพาะในโรงเรียนต่างๆตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถนำไปปรับใช้เพื่อเสริมสร้างทักษะของเยาวชนในชุมชนที่รับผิดชอบต่อไป

**คำสำคัญ:**กิจกรรมโครงการต้นกล้าความดี/ ความฉลาดทางอารมณ์/ นักเรียนชั้นประถมศึกษา

---

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*** อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

***นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

# Effects of A Tonkla Kwamdee Program on Emotional Intelligent among Primary School Children under the Office of the Basic Education Commission in Pathumthani Province

Prakaipetch Winaiprasert* Sukanya Phoolphoklang**
Suparinya Sumpuntharat*** Jiranan Krutyou****

## ABSTRACT

Every people who have become success and happiness must have intelligence quotient and emotional quotient at the sametime, especiallyin school age child whose in cognitive development period.This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of A TonklaKwamdee Program on emotional intelligent among primary school children under the Office of the Basic Education Commission in Pathumthani province. The sample composed of 60 elementary school students (Prathom 4-5) in Pathumthani Province. The experimental and control groups consisted of 30 students each. The research was carried out from June 1, 2015 to February28, 2016, and this program was monthly implemented. The instruments were the TonklaKwamdee Program, and the emotional intelligence evaluation. The data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, paired t-test and independent t-test.The research findings were as follows: The mean score of the emotional quotient of the experimental group student after received the TonklaKwamdee Program were significantly higher than before at .05 levels. The mean score of the emotional quotient of the experimental group student after received the A TonklaKwamdee Program were significantly higher than the control group at the .05 levels.

The result presented that the student had better emotional intelligence due to the effectiveness of the TonklaKwamdee Program. Based on the finding, therefore, it recommended that nurses, teachers, student leaders, and others should apply the TonklaKwamdee Programe for sustainability development.

**Keywords:** Tonkla Kwamdee Program/ emotional intelligence/ elementary school students

Article info:Received July 12, 2018; Revised November 22, 2018; Accepted May 20, 2019.

* Corresponding author, Assistant Professor, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University.

** Lecture, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University.

*** Lecture, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University.

**** Public Health Technical Officer, Professional Level, Phra Nakhon Si Ayutthaya Distric Public Health Office

**บทนำ**

เด็กวัยเรียนจะประสบความสำเร็จและมีชีวิตที่เป็นสุขนั้นการมีความฉลาดทางเชาวน์ปัญญาอย่างเดียวไม่เพียงพอจำเป็นต้องมีความฉลาดทางอารมณ์ “อีคิว”[1] ซึ่งเป็นทักษะทางอารมณ์ส่วนบุคคล 3 ด้าน คือ ดี เก่ง สุข ในการรับรู้ เข้าใจ จัดการและควบคุมอารมณ์ให้เหมาะสมในการแสดงออก เพื่อเป็นแรงจูงใจในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นช่วยให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างมีความสุขและประสบความสำเร็จ ผลกระทบจากการมีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำในเด็กวัยเรียนจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ปัญหาพฤติกรรมแสดงออกโดยการ ลักขโมย พูดโกหก หนีโรงเรียน ติดเกม ก้าวร้าว ปัญหาอารมณ์ มีภาวะวิตกกังวล กลัวการไปโรงเรียนหรือปฏิเสธการไปโรงเรียน มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย[2] จากรายงานของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์พบว่าเด็กและเยาวชนไทยมีแนวโน้มใช้ความรุนแรงเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 10 และมีอายุเฉลี่ยน้อยลงอยู่ที่อายุ 12-18 ปี โดยมีอัตราเด็กที่ถูกส่งเข้าสถานพินิจฯ เพิ่มขึ้น 4 เท่าตัว และมีจำนวนคดีของเด็กและเยาวชนตั้งแต่แต่ ปี 2555-2557 และพบว่าจำนวนคดีจาก 34,276 คดีเพิ่มขึ้นเป็น 36,537 คดีโดยส่วนใหญ่เป็นเด็กผู้ชาย[3] ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวที่เพิ่มขึ้นของเด็กผู้ชายส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากการเปลี่ยนด้านร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคมร่วมกับปัจจัยเกี่ยวกับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองที่ลดลง การควบคุมความโกรธและพฤติกรรมการจัดการกับปัญหาไม่เหมาะสม[3] และพบว่ามีความสอดคล้องกับองค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์โดยพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากเด็กมีความฉลาดทางอารมณ์ที่ลดลง ความฉลาดทางอารมณ์เป็นความสามารถของบุคคลในการรับรู้ และเข้าใจอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น อีกทั้งสามารถปรับอารมณ์และแสดงออกได้อย่างเหมาะสม

จากนโยบายยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กในแผนการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ 2555-2559 มีเป้าหมายให้เด็กและเยาวชนมีความมั่นคงแข็งแรงมีสุขและสร้างสรรค์ มีการส่งเสริมความฉลาดทางสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กวัยเรียนเพื่อให้เด็กมีความฉลาดทางอารมณ์ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานไม่น้อยกว่าร้อยละ 70[4] ในขณะที่สภาพแวดล้อมและสังคมเปลี่ยนแปลง การแข่งขัน ความเร่งรีบ และความกดดันต่างๆ ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตจนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความฉลาดทางอารมณ์[5] ผลการสำรวจระดับความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2559 พบว่า นักเรียนไทยอายุ 6-11 ปี มีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ เฉลี่ยระดับประเทศ จัดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (77.1) แต่นักเรียนกลุ่มนี้ยังมีจุดอ่อน ทั้ง 3 องค์ประกอบใหญ่ คือ ด้านดี (ต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 19.7) ด้านเก่ง (ต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 24.2) ด้านสุข (ต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 18.1)[6] และจากการสำรวจสถานการณ์ระดับความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กวัยเรียนของกระทรวงสาธารณสุขเฉพาะในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 3,696 คน พบว่า มีความฉลาดทางอารมณ์ปกติ ร้อยละ 79.9 แต่ยังมีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ต่ำ

กว่าปกติ ร้อยละ 20.16 ซึ่งที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางและจัดทำคู่มือการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์แก่เด็กทุกลุ่มวัยให้กับสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ เพื่อใช้พัฒนาความฉลาดทางอารมณ์แก่ประชาชน

ในฐานะเป็นพยาบาลอนามัยชุมชนมีความสนใจในงานพยาบาลอนามัยโรงเรียนมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพทุกด้านเห็นว่าควรการสร้างความเข้มแข็งความฉลาดทางอารมณ์เพื่อส่งเสริมคุณภาพและศักยภาพของเด็กไทยให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสากลมีศักยภาพสามารถแข่งขันกับนานาประเทศได้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำโครงการต้นกล้าความดีมาพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ให้กับเด็กวัยเรียน เพื่อให้เด็กวัยเรียนมีการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ ด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุขให้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความฉลาดทางอารมณ์ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

**สมมติฐานการวิจัย**

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางอารมณ์หลังการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการต้นกล้าความดีในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางอารมณ์หลังการเข้าร่วมโครงการต้นกล้าความดีในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

**กรอบแนวคิดในการวิจัย**

ผู้วิจัยได้พัฒนากิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความฉลาดทางอารมณ์ตามแนวคิดทฤษฎีความสามารถแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997)[7] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการสร้างความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[1] ซึ่งแบรนดูราเชื่อว่าการเสริมสร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่ปฏิบัติกิจกรรม หรือจัดการกับสถานการณ์ให้สำเร็จต้องอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 ประการ1) การประสบความสำเร็จจากการลงมือทำ 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ 3) การชักจูงด้วยคำพูด 4) การกระตุ้นสภาวะทางกายและอารมณ์ ซึ่งกิจกรรมในโครงการต้นกล้าความดีนี้ได้นำแหล่งสนับสนุนความมั่นใจ 4 ประการดังกล่าวมาพัฒนาเป็นกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดความฉลาดทางอารมณ์ ดังนี้

**1. สร้างความรู้ ความเข้าใจ:** โดยการให้ข้อมูลผ่านการบรรยายร่วมกับการเรียนรู้จาก ตัวแบบผ่านสื่อการสอน

**2. สร้างทัศนคติเชิงบวก:** โดยการใช้คำพูดชักจูงจากการอภิปรายกลุ่มและการเล่นเกมส์

**3. สร้างทักษะ:** โดยการสร้างประสบการณ์ความสำเร็จจากสถานการณ์จำลอง การฝึกวิเคราะห์ วิจารณ์ ตัดสินใจแก้ปัญหา ผ่านการอภิปรายกลุ่มและการสื่อสารผ่านบทบาทสมมุติ

**4. กระตุ้นสภาวะทางกายและอารมณ์:** โดยการใช้รูปแบบกิจกรรมผ่านการเล่นเกมส์ต่างๆ การเล่านิทาน รวมถึงการอภิปรายกลุ่ม

ระยะเวลาการจัดกิจกรรม 9 เดือนทีมผู้วิจัยได้ติดตามกระตุ้นเตือนแนะนำกลุ่มเป้าหมาย

อย่างใกล้ชิดอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

**วิธีดำเนินการวิจัย**

**ตอนที่ 1** กลุ่มตัวอย่างและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

**รูปแบบการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental study, The True Control Group Pre – test Post – test Design)

**วิธีดำเนินการวิจัย**

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างได้จากโดยคัดเลือกจากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-5 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานจังหวัดปทุมธานีจำนวน 2 แห่งๆ ละ 270 คน มาทำแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ได้นักเรียนที่มีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ต่ำโรงเรียนละ 25 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Glass (1996)[8] กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power of analysis) เท่ากับ .80 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ .05 และค่าอิทธิพล (Effect side)= .80 ได้ตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน และเพื่อป้องกันการ สูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน ในการศึกษานี้ได้ควบคุมปัจจัยภายนอกในด้านความแตกต่าง ส่วนบุคคลและปัจจัยแวดล้อมบางประการโดยเลือกนักเรียนที่มีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่า 40 คะแนนเพศละ 30 คนแล้วสุ่มแต่ละเพศเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบได้กลุ่มตัวอย่างละ 30 คน เนื่องจากคุณลักษณะของทั้งสองโรงเรียนใกล้เคียงกันเป็นโรงเรียนรัฐบาล สภาพแวดล้อมทางสังคม โรงเรียนและพื้นฐานของผู้ปกครองใกล้เคียงกัน

**ตอนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังมีรายละเอียดดังนี้**

**ส่วนที่ 1** แบบวัดปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ผลการเรียน สถานภาพสมรสของบิดา มารดา ค่าขนม รายได้ของครอบครัว และการอบรมเลี้ยงดู ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการอบรมเลี้ยงดูของนะฤเนตร จุฬากาญจน์ (2556)[9] มาเป็นแบบสอบถามให้ผู้ตอบประเมินตนเองว่าได้รับการเลี้ยงดูจากผู้ปกครองในรูปแบบใดโดยให้เลือก 6 รูปแบบ คือการอบรมเลี้ยงดูแบบให้ความรัก การเลี้ยงดูแบบลงโทษ การอบรมเลี้ยงดูแบบคาดหวังเอากับเด็ก การอบรมเลี้ยงดูแบบแสดงความเป็นเจ้าของมากเกินไป การเลี้ยงดูแบบยอมเด็ก การเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย **ส่วนที่ 2** ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ เด็กอายุ 6-11 ปี สำหรับครูของกรมสุขภาพจิต (2546)[1] มาสร้างแบบวัดความฉลาดทางอารมณ์โดยวัดในด้านการเป็นคน เก่ง ดี สุข ดังนี้

**การประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็ก ประเมินคุณลักษณะ 3 ด้าน คือ**

1) ด้านดีเป็นความพร้อมทางอารมณ์ที่จะ

อยู่ร่วมกับผู้อื่น โดยประเมินจากการรู้จักอารมณ์ การมีน้ำใจ และการรู้ว่าอะไรถูกอะไรผิด

2) ด้านเก่งคือความพร้อมที่จะพัฒนาตนไปสู่ความสำเร็จ โดยประเมินจากความกระตือรือร้น/สนใจใฝ่รู้ การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง และการกล้าพูดกล้าแสดงออก

3) ด้านสุขคือ ความพร้อมทางอารมณ์ที่ทำให้เกิดความสุข โดยประเมินจากการมีความพอใจ ความอบอุ่น และความสนุกสนานร่าเริง

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย**

ประกอบด้วยกิจกรรมตามโครงการต้นกล้าความดี ลักษณะของกิจกรรมกำหนดให้ฝึกคิดจากสถานการณ์ที่กำหนดเป็นรายบุคคล ใช้กระบวนการกลุ่ม การอภิปราย การวาดภาพ ลักษณะกิจกรรมเป็นสถานการณ์เกี่ยวข้องกับชีวิตการเรียนและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของเด็กวัยเรียนโดยมีกิจกรรมฝึกคิดรายบุคคลนำเสนอในกลุ่ม ผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นเพื่อให้ได้แนวคิดในการนำไปใช้ จัดกิจกรรมจำนวน 2 ครั้ง และเข้าไปอบรมซ้ำในเนื้อหาเดิม และสะท้อนกิจกรรมที่ตนเองได้มีการปรับเปลี่ยน ในเรื่องคนเก่ง คนดี มีความสุข ซึ่งมีโครงสร้างจำลองมาจาก ตัวชี้วัดการเป็นคนดี คนเก่ง และคนมีความสุข 10 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) มีจิตใจดีและมีคุณธรรม 2) รักผู้อื่นเป็น 3) มีความกตัญญูรู้คุณ 4) มีความซื่อสัตย์ 5) ปฏิบัติตนดีและมีบุคลิกที่เหมาะสม 6) มีวินัยความรับผิดชอบ 7) มีจิตสาธารณะ 8) คิดดี และคิดเชิงบวก 9) คิดเป็นก้าวเป็น แก้ปัญหาด้วยตนเองได้อย่างสร้างสรรค์ 10) คิดวิเคราะห์ รู้ผิดชอบชั่วดีได้ด้วยตนเอง (กรมสุขภาพจิต, 2546)[1] โดยผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าตำราเอกสารต่างๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดดังกล่าวทั้ง 10 ตัวชี้วัดซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 60 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน โดยแต่ละข้อมีคะแนนสูงสุด 4 คะแนน รวมคะแนนทุกด้านแล้วหาร 9 จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ t-test แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ตั้งแต่ 50 ขึ้นไป มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ที่ดี 40-49 คะแนนควรได้รับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในด้านนั้นๆ ให้ดียิ่งขึ้น ต่ำกว่า 40 คะแนน จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในด้านนั้นๆ ให้ดียิ่งขึ้น ต้องช่วยกันเอาใจใส่พัฒนาอย่างจริงจังและสม่ำเสมอ

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

**การหาความตรงของเนื้อหา** ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งจัดทำขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

**การหาความเชื่อมั่น** ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้ กับนักเรียนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าซึ่งมีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานีจำนวน 30 คน ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2558 และนำผลการทดสอบมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ค่าของความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์ เท่ากับ .87

**ตอนที่ 3** การดำเนินโปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้ โรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) จำนวน 2 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนจารุศรบำรุงเป็นกลุ่มทดลอง และโรงเรียนวัดคุณหญิงส้มจีนเป็นกลุ่มควบคุม ระยะเวลาการศึกษา 9 เดือน (มิถุนายน 2558 –กุมภาพันธ์ 2559)และติดตามรูปแบบกิจกรรมในทุกๆเดือนดังรายละเอียดดังนี้

1. ระยะก่อนเข้าร่วมโครงการ

1.1 นักเรียนจะได้รับการประเมินโดยการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

1.2 นักเรียนจะได้รับการประเมินโดยตอบแบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์ เด็กอายุ 6-11 ปีโดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที

2. ระยะเข้าร่วมกิจกรรม

2.1 ในวันที่แรกนักเรียนจะได้รับกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์ การนำตนเองก้าวสู่การเป็น คนเก่งดีมีสุข อย่างมุ่งมั่นตั้งใจ ให้นักเรียนวิเคราะห์ตนเอง รู้ถึงบาปบุญคุณโทษ เพื่อการสารภาพผิดบาปที่เคยทำมา เตรียมความพร้อมกิจกรรมเพื่อ สร้างความตระหนักให้เห็นถึงความสำคัญของการวางรากฐานชีวิตตามดัชนีชี้วัด 10 คุณลักษณะชีวิตที่ต้องมีเพื่อก้าวสู่ความสำเร็จในการเป็นคนเก่งดีมีสุข กิจกรรมเพื่อประเมินตนเองถึงพัฒนาการในการจะเป็นคนเก่งดีมีสุข ใช้เวลาทั้งสิ้น 6 ชั่วโมง

2.2 ในวันที่สองนักเรียนจะได้รับกิจกรรมฝึกการคิดในรูปแบบต่างๆ กิจกรรมเป็น 10 ฐาน ดังนี้

ฐานที่1 กิจกรรมการฝึกคิดมีจิตใจดีและมีคุณธรรมมีพรหมวิหาร4เพื่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้านคนดีมีสุข ใช้เวลา 20 นาที

ฐานที่ 2 กิจกรรมการฝึกคิดรักผู้อื่นเป็นคิดพูด กระทำแต่สิ่งดีๆ ต่อเพื่อนมนุษย์ ไม่เห็นแก่ตัว มีน้ำใจช่วยเหลือ เอื้ออาทร แบ่งปัน เพื่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้านคนดีมีสุข ใช้เวลา 20 นาที

ฐานที่ 3 กิจกรรมการฝึกมีความกตัญญูรู้คุณเพื่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้านคนดีมีสุข ใช้เวลา 20 นาที

ฐานที่ 4 กิจกรรมการฝึกมีความซื่อสัตย์ เพื่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้านคนดีมีสุข ใช้เวลา 20 นาที

ฐานที่5 กิจกรรมการฝึกปฏิบัติตนดีและมีบุคลิกที่เหมาะสม เพื่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้านคนดีมีสุข ใช้เวลา 20 นาที

ฐานที่6 กิจกรรมการฝึกมีวินัยความรับผิดชอบเพื่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้านคนดีมีสุข ใช้เวลา 20 นาที

ฐานที่7กิจกรรมการฝึกมีจิตสาธารณะมีภาระใจพร้อมอาสาช่วยงานต่างๆเพื่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้านคนดีมีสุข ใช้เวลา 20 นาที

ฐานที่ 8 กิจกรรมการฝึกคิดดีและคิดเชิงบวกเพื่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้านคนเก่ง ใช้เวลา 20 นาที

ฐานที่9 กิจกรรมการฝึกคิดเป็น พื่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้านคนเก่ง ใช้เวลา 20 นาที

ฐานที่10 กิจกรรมการฝึกคิดวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้านคนเก่ง ใช้เวลา 20 นาที

ซึ่งในการจัดกิจกรรมทุกฐานมีนักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมครบ ร้อยละ 100 ทุกครั้ง หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมตามโครงการต้นกล้าความดี นักเรียนจะสรุปทบทวนวิธีคิด แนวทางปฏิบัติเพื่อการเป็นคนเก่ง ดี มีสุข ได้สำเร็จอย่างยั่งยืนนาน

นักเรียนได้รับการติดตามสอบถาม ความฉลาดทางอารมณ์ เดือนละ 1 ครั้งที่โรงเรียน ตลอดระยะเวลา 9 เดือน โดยคณะผู้วิจัยเป็นผู้ติดตามทุกครั้ง

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของประชากรระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ Chi-Square เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนในด้านต่างๆก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Paired T-testและระหว่างทั้ง 2 กลุ่มโดยใช้ Independent T-test

**ผลการวิจัย**

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา โรงเรียนสังกัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-5 ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ30 คน ดังนี้

คุณลักษณะด้านประชากรมีความใกล้เคียงกัน คือ อายุ สถานภาพสมรสของบิดามารดาส่วนใหญ่ มีบิดามารดาอยู่ด้วยกัน ค่าขนมที่ได้รับต่อวัน และรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู พบว่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value≥ 0.05)

**Table 1** Number and Percentage of Sample by Personal Characteristic.

| Variables | Group | | | | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | Experimental | | comparison | | |
| | N=30 | % | N=30 | % | |
| **Gender** | | | | | |
| Male | 15 | 50.0 | 15 | 50.0 | 0.120 |
| Female | 15 | 50.0 | 15 | 50.0 | |
| **Age** | | | | | |
| 9–10 | 15 | 50.0 | 19 | 63.3 | 0.501 |
| 11–12 | 15 | 50.0 | 11 | 36.7 | |
| | $\bar{X}$ ±SD = 10.43 ±0.72 , | | $\bar{X}$ ±SD = 10.30 ±0.79 , | | |

| Variables | Group | | | | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | Experimental | | comparison | | |
| | N=30 | % | N=30 | % | |
| | Min =9,Max = 12 | | Min=9,Max = 12 | | |
| **Marital status of parents** | | | | | |
| Married | 26 | 86.3 | 25 | 83.3 | 0.410 |
| Separated/Divorced/ Widowed | 4 | 13.7 | 5 | 16.7 | |
| **Pocket money** | | | | | |
| ≤50 Baht | 21 | 70.0 | 27 | 90.0 | 0.075 |
| ≥ 51 Baht | 9 | 30.0 | 3 | 10.0 | |
| | $\overline{X}$ ±SD=47.7 ±15.85 , Min=20,Max = 80 | | $\overline{X}$ ±SD = 39.50 ±16.94 , Min=20,Max=100 | | |
| **Parenting Styles** | | | | | |
| Authoritative Parenting Style | 15 | 50.0 | 16 | 53.3 | 0.149 |
| General Parenting Style | 15 | 50.0 | 14 | 46.7 | |

*p-value ≥ 0.05

2. ผลการศึกษาเปรียบเทียบระดับความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนทดลองและหลังทดลอง ก่อนทดลองนักเรียนชั้นประถมศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีระดับความฉลาดทางอารมณ์ไม่แตกต่างกัน ได้แก่ ระดับความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับดี จำนวน 1 คน รองลงมามีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับที่ควรได้รับการพัฒนาจำนวน 8 คน และมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3, 26.7 และ 70.0 ตามลำดับ และพบว่าหลังจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมโครงการต้นกล้าความดีแล้ว กลุ่มทดลองมีระดับความฉลาดทางอารมณ์ในระดับดีเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3 ส่วนที่เหลือมีระดับความฉลาดทางอารมณ์ในระดับควรได้รับการพัฒนา จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าส่วนใหญ่ จำนวน 23 คน มีความฉลาดทางอารมณ์ที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา รองลงมาจำนวน 4 คน มีความฉลาดทางอารมณ์ระดับควรได้รับการพัฒนาและที่เหลือมีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาระดับความฉลาดทางอารมณ์จำนวน 23 คนคิดเป็นร้อยละ10.0,13.3และ 10.0 ตามลำดับ

3. ผลการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการต้นกล้าความดี และ

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์โดยรวม ไม่มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลอง มีค่าเท่ากับ 147.10±15.06 คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 144.97±14.79คะแนน (p-value=0.553) คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ด้านดี ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเท่ากับ 54.60±7.07คะแนน และ 52.17±6.95 คะแนน (p-value=0.185) คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ด้านเก่ง ไม่มีความแตกต่างกัน เท่ากับ 45.63 ±5.72 คะแนน และ 45.73 ±5.75 คะแนน (p-value= 946) คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุข ไม่แตกต่างกัน มีค่าเท่ากับ 46.87 ±5.97 คะแนนและ 47.07 ±6.02 คะแนน (p-value=0.898)

หลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์โดยรวม หลังทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง (231.80±12.85 คะแนน) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (145.17±14.37 คะแนน) (p-value=0.004) คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ด้านดี หลังทดลองกลุ่มทดลอง (89.07 ±7.65 คะแนน) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ(52.33±6.60คะแนน)(p-value =0.002) คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ด้านเก่ง กลุ่มทดลอง (73.13 ±3.79 คะแนน) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (45.77 ±5.71 คะแนน) (p-value=0.003) และด้านสุข กลุ่มทดลอง (69.60±SD=3.47 คะแนน) ก็มีค่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (47.07±6.02คะแนน) (p-value =0.012)

4. ผลการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการต้นกล้าความดี และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

หลังการทดลองในกลุ่มทดลองพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์โดยรวม ด้านดี ด้านเก่ง และ ด้านสุข มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value =0.003) คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์โดยรวม (147.10±15.06 และ 231.80 ±12.85 คะแนน) ค่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ด้านดี (54.60±7.07 และ 89.07 ±7.65 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ด้านเก่ง (45.63±5.72 และ 73.13±3.76 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุข (46.87±5.97และ 69.60±3.47 คะแนน)

หลังการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์โดยรวม ด้านดี ด้านเก่ง และ ด้านสุข มีค่าไม่แตกต่างกันกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.351) คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์โดยรวม (144.97±14.79 และ 145.17±14.33 คะแนน) ค่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ด้านดี (52.17±6.95และ 52.33 ±6.60 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ด้านเก่ง (45.73±5.75และ 45.77±5.71คะแนน) คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุข(47.07±6.02 และ 47.07±6.02 คะแนน)

**Table 2** Number and Percentage of the experimental group and Comparison group.

| Emotional Quotient | Group | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Experimental | | Comparison | |
| | N=30 | % | N=30 | % |
| **Before** | | | | |
| Good | 1 | 3.3 | 1 | 3.3 |
| Fair | 8 | 26.7 | 8 | 26.7 |
| Poor | 21 | 70.0 | 21 | 70.0 |
| **After** | | | | |
| Good | 28 | 93.3 | 3 | 10.0 |
| Fair | 2 | 6.7 | 4 | 13.3 |
| Poor | 0 | 0.0 | 23 | 76.7 |

**Table 3** Comparison of the Mean of Emotional Quotient Before and After Program Implement.

| Comparison of Mean | Group | | T-test (df) | p-value |
|---|---|---|---|---|
| | Experimental (n = 30) | Comparison (n = 30) | | |
| **The Overall Emotional Quotient Pre -Post-Test Scores** | | | | |
| Mean ± SD Before | 147.10±15.06 | 144.97±14.79 | 0.55(2.13) | 0.553 |
| Mean ± SD After | 231.80±12.85 | 145.17±14.33 | 24.60(56.63) | 0.004 |
| | p-value =0.003 | pvalue=0.351 | | |
| | t = -21.801 | t = -0.947 | | |
| | D =84.7 | D = 0.200 | | |
| **Good Emotional Quotient Pre -Post-Test Scores** | | | | |
| Mean ± SD Before | 54.60±7.09 | 52.17±6.95 | 1343 (2.43) | 0.185 |
| Mean ± SD After | 89.07±7.65 | 52.33±6.60 | 19.89 (36.74) | ≤0.002 |
| | p-value=0.008 | p-value =0.362 | | |
| | t = -15.847 | t = -0.926 | | |
| | D = 34.47 | D = 0.16 | | |
| **Smart Emotional Quotient Pre -Post-Test Scores** | | | | |

| Comparison of Mean | Group | | T-test (df) | p-value |
|---|---|---|---|---|
| | Experimental (n = 30) | Comparison (n = 30) | | |
| Mean ± SD Before | 45.63±5.72 | 45.73±5.75 | 0.67 (0.07) | 1.00 |
| Mean ± SD After | 73.13±3.79 | 45.77±5.71 | 21.85(27.36) | 0.003 |
| | p-value=0.009 | p-value =0.745 | | |
| | t = -21.174 | t = 0.328 | | |
| | D =27.47 | D = 0.07 | | |
| **Happy Emotional Quotient Pre -Post-Test Scores** | | | | |
| Mean ± SD Before | 46.87±5.97 | 47.07±6.02 | 0.12 (0.20) | 0.898 |
| Mean ± SD After | 69.60±3.47 | 47.07±6.02 | 17.75 (22.53) | 0.012 |
| | p-value=0.010 | p-value =1.00 | | |
| | t = -19.074 | t = 0.000 | | |
| | D = 22.73 | D = 0.000 | | |

*p-value ≥ 0.05

**การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ**

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรสของบิดามารดาส่วนใหญ่ มีบิดามารดาอยู่ด้วยกัน ค่าขนมที่ได้รับต่อวัน และรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู ไม่ได้มีความตกต่างกัน เนื่องจากผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ มีอายุระหว่าง 6-11 ปี เพื่อให้สามารถใช้กับแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ เด็กอายุ 6-11 ปี สำหรับครูของกรมสุขภาพจิต (2546)[1] เพศละ 30 คน แล้วสุ่มแต่ละเพศเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบได้กลุ่มตัวอย่างละ 30 คน คุณลักษณะของทั้งสองโรงเรียนใกล้เคียงกัน เป็นโรงเรียนรัฐบาล สภาพแวดล้อมทางสังคมโรงเรียนใกล้เคียงกัน และพื้นฐานของผู้ปกครอง

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลอง รวมทั้งเมื่อแยกคะแนนเฉลี่ยรายด้าน ซึ่งได้แก่ เก่ง ดี สุข ก็มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P–value = 0.003) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กิจกรรมโครงการต้นกล้าความดีมุ่งปลูกฝังกระบวนการคิดเป็นระบบ คิดวิเคราะห์ คิดสังเคราะห์ วิธีคิดเชิงบวก มุ่งหล่อหลอมกระบวนการพัฒนาจิตใจ มีคุณธรรมดำเนินชีวิต มีจิตสาธารณะ มุ่งฝึกฝนกระบวนการเป็นผู้นำและผู้ตามที่ดี มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ มุ่งสร้างปฏิสัมพันธ์และเชื่อมโยงเครือข่ายให้มีความสัมพันธ์ที่ดีมีความผูกพันต่อกันอันจะก่อให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลต่อกันในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการด้านศีลธรรม

ของโคลเบอร์ก Kohlberg[10]กล่าวว่าเด็กวัยเรียนจัดอยู่ในระดับก่อนกฎเกณฑ์ (preconventional or premoral level) ในขั้น the instrumental-relativist orientation (สัมพันธ์กับสิ่งของที่ได้) อยู่ระหว่างอายุ 7-10 ปี คือ เด็กกำหนดพฤติกรรมที่ถูกต้อง จากสิ่งของหรือรางวัลที่ได้รับ ซึ่งตนเองพึงพอใจ แสดงว่าพฤติกรรมนั้นถูกต้องและดี เด็กจึงมักยอมทำตามผู้ใหญ่ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองตามกลุ่มวัยนี้มีความพึงพอใจในกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดให้จึงยอมทำตามและส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความฉลาดทางอารมณ์ในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจันทรรัศน์ พลอินตา (2550)[11] การใช้กิจกรรมกลุ่มเพื่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนบ้านออนกลาง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อศึกษาการใช้กิจกรรมกลุ่มในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 22 คน โรงเรียนบ้านออนกลาง ตำบลออนกลาง จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการทดลองโดยให้นักเรียนทำกิจกรรมกลุ่มเป็นระยะเวลา 12 วัน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ สำหรับเด็กอายุ 6-11 ปี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่า t-test ผลการวิจัยพบว่าหลังการทำกิจกรรมกลุ่มนักเรียนมีระดับความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรายด้านแต่ละด้านสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ค่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ด้านดี (52.17$\pm$6.95 และ 52.33$\pm$6.60 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ด้านเก่ง (45.73$\pm$5.75 และ 45.77$\pm$5.71 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุข (47.07$\pm$6.02 และ 47.07$\pm$6.02 คะแนน)

**ความฉลาดทางอารมณ์ด้านดี** องค์ประกอบย่อยได้แก่ ควบคุมอารมณ์ ใส่ใจและเข้าใจอารมณ์ผู้อื่นยอมรับถูกผิดกิจกรรมโครงการต้นกล้าความดี ทุกๆ กิจกรรมล้วนเป็นกิจกรรมที่สามารถพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้านการควบคุมอารมณ์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาได้ดี อธิบายได้ว่านักเรียนเกิดการเรียนรู้จักการควบคุมตนเองสามารถควบคุมอารมณ์และความรู้สึกของตนเองและความต้องการของตนเอง อารี มั่งคั่ง (2556)[12] ทำให้แสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม เช่นเดียวกันกับกระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต (2546)[1] กล่าวว่า กิจกรรมกลุ่มจะให้ผลส่งเสริมสร้างสรรค์ทางด้านจิตวิทยา กล่าวคือมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยา การเปลี่ยนแปลงด้านความสามารถในการควบคุมความรู้สึกต่างๆ ของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ ศุภวดี บุญญวงศ์ (2527)[13] ได้กล่าวถึงคุณค่าของกิจกรรมกลุ่มด้านการพัฒนาทางด้านสังคมและอารมณ์ของนักเรียนช่วยให้เกิดความเห็นอกเห็นใจยอมรับผู้อื่นเรียนรู้กระบวนการให้การรับซึ่งเป็นพื้นฐาน ความเข้าใจเบื้องต้นของการอยู่ร่วมกันในสังคม รู้จักวิธีการควบคุมอารมณ์ของตน มีความอดทน มองโลกในแง่ดีมีน้ำใจเป็นนักกีฬา และสามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ และมีความรับผิดชอบ

**ความฉลาดทางอารมณ์ด้านเก่ง**

องค์ประกอบย่อย ได้แก่ มุ่งมั่นพยายามปรับตัวต่อปัญหา และ กล้าแสดงออก กิจกรรมโครงการต้นกล้าความดีเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้านเก่ง มีแรงจูงใจในตนเอง ตัดสินใจและแก้ไขปัญหา และมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ได้เช่นเดียวกันกับ Rogers (1970)[14] กล่าวว่า กิจกรรมกลุ่มจะให้ผลส่งเสริมสร้างสรรค์ทางด้านจิตวิทยามาก อารี มั่งคั่ง (2556)[12] จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านการรับรู้ความรู้สึก ได้ตระหนักถึงความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ตลอดจนเปิดเผยความรู้สึกความจริงใจและเป็นไปอย่างธรรมชาติมีการเปลี่ยนแปลงทางความสามารถในการควบคุมความรู้สึกต่างๆ ของตนเอง มีการแสดงพฤติกรรมที่ตรงกับความรู้สึกของตนเองมีแนวทางในการสร้างแรงจูงใจ หมายถึง การเข้าใจตนเอง การรู้จักตัดสินใจด้วยตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติทั้งต่อตนเองและผู้อื่น หมายความว่าบุคคล จะยอมรับตนเอง พัฒนาในเรื่องคุณค่าของตนเอง เข้าใจตนเองและมีความมั่นคงยิ่งขึ้น ลดการสั่งสอนและควบคุมผู้อื่น ได้แก่ การใช้อำนาจลดน้อยลงและมีความรู้สึกพึ่งพากันและกัน เชื่อในความสามารถของบุคคล มีการแก้ปัญหาโดยการทำงานเป็นกลุ่มและเป็นสมาชิกที่ดีของกลุ่ม

**ความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุข**

องค์ประกอบย่อย ได้แก่ พอใจในตนเอง รู้จักปรับใจ และรื่นเริงเบิกบานกิจกรรมโครงการต้นกล้าความดีเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุข ภูมิใจในตนเองพึงพอใจในชีวิตและมีความสุขสงบทางใจของนักเรียนชั้นประถมศึกษาได้ อธิบายได้ว่าการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทำให้สมาชิกมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีการพัฒนาตนเองให้มีความอดทน อารี มั่งคั่ง (2556)[12] มองโลกในแง่ดี เช่นเดียวกันกับ บุหงา วชิระศักดิ์มงคล (2556)[15] ที่ว่ากิจกรรมกลุ่มทำให้เกิดการพัฒนาทางด้านสังคมและอารมณ์ ทำให้รู้จักควบคุมอารมณ์ของตนเองมีความอดทน ทำให้รู้จักควบคุมอารมณ์ของตนเองมีความอดทน มองโลกในแง่ดีและสามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่น จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมกลุ่มเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ได้ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ จัดกิจกรรมกลุ่มพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์โดยให้นักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเกิดการเรียนรู้ โดยใช้เทคนิคต่างๆ ได้แก่ กลุ่มย่อย บทบาทสมมติกรณีตัวอย่าง สถานการณ์จำลอง กลุ่มย่อยการอภิปราย มีการสังเกต แสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่กันและกัน มีการสรุปวิเคราะห์ได้พยายามมุ่งเน้นให้นักเรียนมีส่วนร่วมให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองให้มากที่สุด โดยพยายามสร้างบรรยากาศให้มีความเป็นกันเองสนิทสนมคุ้นเคยมีความจริงใจ ใช้วิธีการยกย่องหรือชมเชย ทำให้เกิดความสนุกสนาน มีความตั้งใจและกระตือรือร้นที่จะมีส่วนในกิจกรรมเป็นอย่างดี นอกจากนี้นักเรียนแต่ละคนยังได้รับข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะและการนำไปใช้ซึ่งงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมโครงการต้นกล้าความดีพัฒนามากจากกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความฉลาดทาง

อารมณ์ตามแนวคิดทฤษฎีความสามารถแห่งตนของแบนดูรา เนื่องจากแนวคิดนี้สามารถทำให้เกิดการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเห็นได้ชัด ประโยชน์ในชีวิตประจำวัน รวมถึงการปรับปรุงพฤติกรรมของตนเอง ทำให้แต่ละคนสามารถพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ได้ ทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์สามารถเข้าใจตนเองและผู้อื่นตลอดจนดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

**จุดอ่อน**

การศึกษาครั้งนี้ไม่มีการติดตามการประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มทดลอง หลังเสร็จสิ้นการวิจัย และขณะดำเนินการวิจัยควรเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกต, สอบถามและสัมภาษณ์ เพื่อผู้วิจัยจะได้นำไปปรับปรุงและดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไปให้ดีขึ้น

**จุดแข็ง**

ลักษณะของการจัดกิจกรรมต้นกล้าความดีกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายฝึกคิดวิเคราะห์ประเด็นที่เกี่ยวกับตนเองแสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่กันและกันมีการสรุปวิเคราะห์ได้พยายามมุ่งเน้นให้นักเรียนมีส่วนร่วมให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองให้มากที่สุดนำผลการวิเคราะห์ เป็นการให้รู้จักแก้ไขสถาการณ์เฉพาะหน้าซึ่งจะนำไปสู่การเกิดทักษะชีวิตที่ดีได้ในอนาคต

**สรุป**

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมกิจกรรมต้นกล้าความดี เป็นกิจกรรมกลุ่มที่มีความหลากหลาย สามารถพัฒนา ความฉลาดทางอารมณ์และลดพฤติกรรมไม่เหมาสะมในเด็กวัยเรียนลงได้

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

1. สอดแทรกระยะเวลาในการทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อละลายพฤติกรรมของนักเรียนเป็นระยะๆ เนื่องจากเด็กวัยนี้จะเรียนรู้จากการเล่นและการลงมือปฏิบัติ

2.นักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมนี้เป็นนักเรียนที่มีความฉลาดทางอารมณ์รวมต่ำ การแสดงออกบางครั้งไม่เหมาะสมผู้วิจัยต้องเพิ่มผู้ช่วยพร้อมตักเตือนนักเรียนที่เป็นสาเหตุของปัญหามาตักเตือน ให้คำแนะนำ

3. กิจกรรมคิดดี คิดเชิงบวก คิดเป็นก้าวเป็นแก้ปัญหาด้วยตนเองได้อย่างสร้างสรรค์ และคิดวิเคราะห์ รู้ผิดชอบชั่วดีได้ด้วยตนเอง เป็นกิจกรรมที่มีความเหมาะสมในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้านเก่ง

4. กิจกรรมมีจิตใจดี มีคุณธรรม รักผู้อื่นเป็นกตัญญูรู้คุณ ซื่อสัตย์ ปฏิบัติตนดีและมีบุคลิกที่เหมาะสม มีวินัยรับผิดชอบ มีจิตสาธารณะเป็นกิจกรรมที่มีความเหมาะสมในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้านดี และด้านสุข

5. ในระยะติดตามผลควรเน้นการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ ผู้ปกครองในกิจกรรมต่างๆ ของโรงเรียนเพื่อส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

1. มีการศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ที่เหมาะสมกับนักเรียนแต่ละเพศ

2. มีการศึกษาผลการจัดโปรแกรมเพื่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนชั้นอื่นๆ

**กิตติกรรมประกาศ**

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกองทุนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ภายใต้ทุน “นักวิจัยทั่วไป”

**เอกสารอ้างอิง**

1. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. EQ: Emotional Quotients. Nonthaburi. Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2007 (in Thai)

2. Ministry of Public Health. Strategies, indicators, and approach of data storage, Ministry of Public Health in Fiscal year 2016. Bangkok: Office of Policy and Strategy, Ministry of Public Health; 2018. (in Thai)

3. Department of Mental Health, Ministry of Public Health.Thai students Good Intelligent Quotients: IQ and Good Emotional Quotients: EQ of confident. Bangkok. Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2016 (in Thai)

4. Mongkol A, Visanuyothin T, Chanarong P, Pavasuthiapaisit C, Panyawong W. IQ distribution of Thai students. Journal of Mental Health of Thailand 2012;20:90-102. (in Thai)

5. Siriwan P, Karnsunaphat B,Usanee P, et al. Developing a Model for Enhancing the Goodness, Smartness and Happiness of Thai Primary School Students in Songkhla Province: A Participation Action Research Study. Online Songklanagarind Journal of Nursing. 2016; 36 (3):150-171. (in Thai)

6. Ministry of Public Health. Strategies, indicators, and approach of data storage, Ministry of Public Health in Fiscal year 2016. Bangkok: Office of Policy and Strategy, Ministry of Public Health; 2018. (in Thai)

7. Bandura, A. Self-efficacy: The Exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company. (1997a).

8. Glass, G.V., & Kenneth, D.H. Statistical methods in education and psychology. (3rd ED.). United States. Simon and Schuster Company. United States.(1996)

9. Narunest C. Effects of emotional quotient development program by applying principles of Buddhist (Yonisomanasikara) for high school students. Journal of Public Health Nursing.2014 28(1):83-101. (in Thai)

10. Kohlberg, L. Stage and sequence: The cognitive-development approach to socialization. In D. Goslin (Ed.), Handbook of socialization theory. New York: Rand McNally. (1969).

11. Chantarat P. Using group activities to develop emotional quotients of Prathom Suksa 2 students, Ban on Klang School, Chiang Mai province. Master's Thesis in Education, Department of Educational Psychology and Guidance, Graduate School Chiang Mai University. 2007. (in Thai)

12. Aree M. Effect of group activity on emotional quotient of Mattayom Suksa 6 students at Chonkanyanukoon School, Chonburi Province: A preliminary study. HCU Journal. 2013; 16 (32): 53-72. (in Thai)

13. Supawadee B. Group Activities in School, Songkhla Province: Department of Guidance and Educational Psychology, Faculty of Education, Srinakharinwirot University. 1984. (In Thai)

14. Roger, Carl R. Carl Roger on Encounter Group. New York : Harper & Row. (1970).

15. Bunga W, Supanee S. The Follow Up of Teacher Quality Development Project by Using Coaching and Mentoring System: In-Service Teacher of Thai language Learning in Sukhothai Primary Educational Service Area Office 2. Journal of Education Naresuan University.2013 15(4):165-172. (in Thai)

# บทวิจัย

## การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ปริษณา อยู่คง*
อาภาพร เผ่าวัฒนา** วันเพ็ญ แก้วปาน***

บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์สูงกว่าการตั้งครรภ์ทั่วไป การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนขยายโอกาส ในพื้นที่อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์จำนวน 64 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลอง (32 ราย) กลุ่มควบคุม (32 ราย) กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วยการส่งเสริมทัศนคติ ความรู้ ทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จัดกิจกรรม 4 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง เก็บข้อมูล 3 ครั้ง คือก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ และระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 8 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (try out ที่ รร.มัธยมศึกษาในพื้นที่ อ.ปราสาท 2 แห่ง) เก็บข้อมูล 3 ครั้งคือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองใน 1 สัปดาห์ และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 8 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติ Chi square และ t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมสูงกว่าหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05)

ผลการศึกษานี้ได้สนับสนุนให้ครู หรือพยาบาลอนามัยชุมชนจัดกิจกรรมประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทชุมชนในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

**คำสำคัญ** : การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น/ หลักฐานเชิงประจักษ์/ โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

---

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

# EVIDENCE-BASED PRACTICE PROGRAM FOR TEENAGE PREGNANCY PREVENTION

**PRITSANA YOUKHONG***

**ARPAPORN POWWATTANA** WONPEN KAEWPAN****

## ABSTRACT

Teenage pregnancy results in higher medical complications as compared to other pregnancies. This quasi-experimental study aimed to examine evidence-based practice for teenage pregnancy prevention . The purposive sample of this study included 64 female teenage junior high school students in Prasat District, Surin Province who were equally divided into experimental and comparison groups. The experimental group receiveded evidence-based practice in a teenage pregnancy prevention program covering the topics of attitude adjustment, educational activities and skill training for teenage pregnancy prevention. Activities of the program were four two-hour sessions. Data were collected through self-administered questionnaire at pretest, one week and eighth weeks after intervention and were analyzed by Chi square and t-test.

After the program, the mean scores of attitude, knowledge, skills and behaviors among the experimental group were significantly higher than the mean scores before the program (p-value <0.001), and of those of the comparison group (p-value ≤0.05). At follow-up, the experimental group had mean scores of attitude, knowledge, skills and behaviors significantly different than in the posttest. (p-value <0.05).

The findings of this study suggest that teachers and/or community health nurses apply activities appropriate to the community for teen pregnancy prevention**.**

**Keyword:** Teenage pregnancy/ Evidence base practice/ Pregnancy prevention program

Article info: Received June 14, 2017; Revised December 7, 2018; Accepted 24, August 2019.

* Master student, Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner), Faculty of Public Health, Mahidol University.

**Corresponding Author, Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University.

*** Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University.

**บทนำ**

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก[1] กำหนดว่า การตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ไม่ควรเกินร้อยละ10 ของการตั้งครรภ์และการคลอดทั้งหมด สำหรับประเทศไทย พบว่า จากสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เมื่อพิจารณาตามเขตบริการสุขภาพ อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นพบว่าในปี พ.ศ. 2555 เขตบริการสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย จังหวัด สมุทรปราการ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี และตราด มีอัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 69.4 ต่อ 1,000ประชากร เป็นอันดับหนึ่งของประเทศไทย และในจังหวัดสุรินทร์ อยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 9 มีอัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 54.4 ต่อ 1,000 ประชากร ซึ่งเป็นอันดับ 4 ของประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า อัตราการคลอดของวัยรุ่นเพิ่มขึ้นเล็กน้อยตั้งแต่ปี พ.ศ.2547-2554 และลดลงในช่วงปีพ.ศ.2555-2556 อัตราการคลอดของวัยรุ่นที่มีอายุ15-19 ปีเพิ่มขึ้นจาก 47 ต่อ 1000รายในปี พ.ศ.2547 เป็น 54 ในปี พ.ศ.2555 และเริ่มลดลงเป็น 48.8 ในปีพ.ศ.2556[2] 2และเมื่อเปรียบเทียบรายจังหวัดพบว่า จังหวัดสุรินทร์ มีอัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19ปี เท่ากับ 50.3 ต่อ 1,000ประชากร ส่วนข้อมูลที่มีการรายงานในกลุ่มที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ของปี 2556 ในประเทศไทย มี 3,680 ราย คิดเป็นร้อยละ 4 ของการคลอดทั้งหมด ส่วนในจังหวัดสุรินทร์พบว่ามี 61รายซึ่งคิดเป็น ร้อยละ 3 ของการคลอดทั้งหมด[3] ในเขตตำบลปราสาททนง อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ จากการติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอดพบว่า หญิงหลังคลอดอายุ 15-19 ปี คลอดบุตรมากกว่า ร้อยละ 10 ตลอดระยะเวลา 3 ปี คือ ปี 2554 ร้อยละ 13.7 ปี 2555 ร้อยละ 16.47 ปี2556 ร้อยละ 13.98 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์สูงกว่าการตั้งครรภ์ทั่วไป โดยมีการเกิดภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์ เอชไอวี/เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะตกเลือดหลังคลอด มีภาวะป่วยทางจิต นอกจากนี้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ยังมีผลต่อสุขภาพของทารกในครรภ์โดยเพิ่มความเสี่ยงต่อทารกเสียชีวิตหลังคลอดภายใน 7 วัน ทารกเสียชีวิตหลังคลอดภายใน 42 วัน ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 2,500 กรัม และทารกมีความผิดปกติแต่กำเนิด[4]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา การดำเนินการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีความเชื่อมโยงกับกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของวัยรุ่นมีเป้าหมายที่สำคัญคือลดอัตราโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี/ เอดส์และการตั้งครรภ์ การศึกษาที่ผ่านมามีการดำเนินการใน สามระดับคือระดับบุคคล ระดับครอบครัวและระดับชุมชน **ระดับบุคคล**โดยใช้แนวคิดInformation Motivation Behavior (IMB model) คือการให้ความรู้โน้มน้าวและตั้งเป้าหมายกำหนดค่านิยมในกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเชิงพฤติกรรม เช่น ชะลอการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ ลดความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ลดจำนวนคู่นอน เพิ่มการใช้ถุงยางอนามัยและเพิ่มการคุมกำเนิด การให้ความรู้ (Information) ในเรื่องการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เน้นให้เห็นถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์(Motivation) และประเมินพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยและการลดจำนวนคู่นอน (Behavior)[5,6] ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Stage of change)เป็นการศึกษาเกี่ยวกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศไปสู่การมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย[7] ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) การปรับค่านิยม

ความเชื่อและทัศนคติที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ทักษะการสื่อสาร การปฏิเสธเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับทางเลือกที่มีผลต่อการตัดสินใจ และสุขภาพทางเพศ[6] **ระดับครอบครัว** เน้นทักษะการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างพ่อแม่กับวัยรุ่น (Parent-child communication) แนวคิด Precede-Proceed framework การใช้การควบคุมกำกับโดยบิดา มารดาและผู้ปกครอง[8] การรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว[9] **ระดับชุมชน** มีการสื่อสารสาธารณะเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยใช้แนวคิดThe social Development model ที่มีห้าองค์ประกอบหลัก คือการสร้างโอกาส การฝึกทักษะ การให้รางวัล การสร้างความผูกพันระหว่างวัยรุ่นและครอบครัว และการมีพฤติกรรมเป้าหมาย[10] มีการสร้างความร่วมมือในหลายภาคส่วน เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับวัยรุ่นเป็นต้น แต่ก็ยังคงลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้เพียงเล็กน้อย การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) เป็นแนวคิดการรวบรวมโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยมีการสืบค้นและคัดเลือกจากการศึกษาที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และมีผลการศึกษาที่สำเร็จอย่างชัดเจน ผ่านการสังเคราะห์และสรุปประเด็นสำคัญ นำมาพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมในการศึกษาครั้งนี้ อาจช่วยส่งผลให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นการนำเอากลวิธีที่ได้จากงานวิจัยที่มีผลลัพธ์ที่ดี ต่อการแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

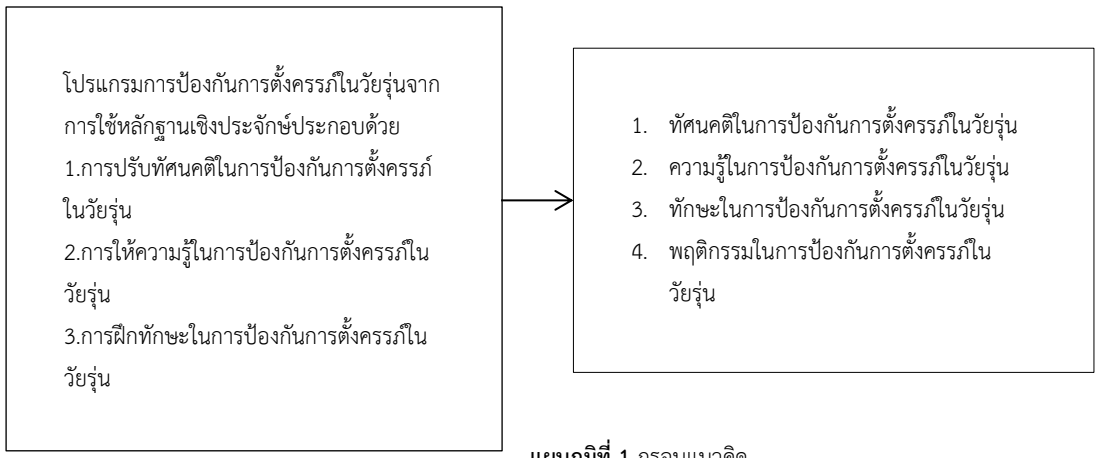
การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) ซึ่งประกอบด้วย 4 กระบวนการหลักคือ การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ การสกัดเนื้อหาจากหลักฐาน การสังเคราะห์หลักฐาน และการสรุปสาระสำคัญ ซึ่งในกระบวนการแรกที่สำคัญคือ การกำหนดคำสำคัญ (Key word) โดยใช้หลัก PICO: Population, Intervention, Comparison Intervention, Outcome[11] ในการทำการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ค้นคว้างานวิจัย ในช่วงเวลา 10 ปีย้อนหลัง โดยกำหนดคำสำคัญคือ Teenage pregnancy prevention program , Risky sexual behavior, Randomized controlled trial, Pre-pregnancy prevention for Adolescent ได้งานวิจัยที่มีผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่นำไปสู่การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ดี ทั้งสิ้น 31 เรื่อง จากนั้นนำมาคัดเลือกโดยใช้การวิเคราะห์ในประเด็นของ ชนิดของการศึกษา (Type of study: keep in mind the evidence hierchy) โดยคัดเฉพาะกลุ่ม Randomized Controlled Trail และประเมินผลลัพธ์ของการศึกษา ได้งานวิจัยทั้งสิ้น 7 เรื่อง ทำการสกัดเนื้อหา สรุปสาระสำคัญ และสังเคราะห์กระบวนการที่ดำเนินการในระดับบุคคล โดยประเมินในสี่หัวข้อคือ ทัศนคติในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ เรื่องเหตุผลที่ตัดสินใจมีเพศสัมพันธ์ ความเชื่อและค่านิยมทางสังคม ความภาคภูมิใจในเพศตน ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้แก่เรื่องพัฒนาการทางเพศและวัยเจริญพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัยและการใช้ยาคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้แก่ทักษะการสื่อสาร การเจรจาต่อรอง การตัดสินใจในการมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย และใช้ยาคุมกำเนิด และพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้แก่ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับคู่รักเพียงคนเดียว พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยและการใช้ยาคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปฏิบัติงานใน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ที่มีปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จึงประยุกต์ใช้การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) ในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลุ่มวัยรุ่นหญิงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อน หลังการทดลองและระยะติดตามผล

**กรอบแนวคิด**




**แผนภูมิที่ 1** กรอบแนวคิด

**วิธีการดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ทำการศึกษาในกลุ่มเด็กนักเรียนหญิงโดยแบ่งกลุ่มที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ทำการศึกษาในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของโรงเรียนขยายโอกาสในพื้นที่อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ โดยทำการศึกษาในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2558 (เดือนพฤศจิกายน 2558-กุมภาพันธ์ 2559) โดยที่กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และในกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการศึกษาเพศศึกษาในหลักสูตรปกติ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากค่าขนาดอิทธิพล Effect Size= 0.74 นำค่าขนาดอิทธิพลไปเทียบในตาราง ขนาดตัวอย่างประมาณจากค่าขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม[12] ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 25 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง จึงคำนวณเพิ่มร้อยละ 20 ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 64 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน โดยผู้วิจัยใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 2 โรงเรียน ตำบลที่อยู่ใกล้เคียงกัน ในอำเภอเดียวกัน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าทำการศึกษา โดยเกณฑ์การคัดเข้าการศึกษา คือ เป็นนักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3, มีเพื่อนชายที่สนิท, ให้ความร่วมมือและยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยการลงนามในเอกสารและผู้ปกครองอนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ**

**ส่วนที่1 เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล**คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการสังเคราะห์งานวิจัยตามแนวคิดของหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้ผ่านการตรวจสองความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านภายหลังปรับแก้ไขแล้วนำไปทดสอบความเชื่อมั่น กับนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเดือนกุมภาพันธ์ 2559 จากโรงเรียนมัธยมศึกษาในพื้นที่ อำเภอปราสาท จำนวน 2 โรง โรงเรียนละ 30 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 60 คน ได้ผลดังนี้

ส่วนที่ 1.1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามแบบเติมคำและเลือกตอบจำนวน 14ข้อ ส่วนที่ 1.2 แบบประเมินทัศนคติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่นความคิดเห็นต่อการมีแฟนของวัยรุ่น ความตั้งใจต่อการละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 มี 20 ข้อ ค่าครอนบาค แอลฟา = 0.82 ส่วนที่ 1.3 แบบทดสอบความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่นพัฒนาการทางเพศ และวัยเจริญพันธ์ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการป้องกัน เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ มี 4 ตัวเลือก มี 13 ข้อมีค่า K-R 20 = 0.72 ส่วนที่ 1.4 แบบทดสอบทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ทักษะการปฏิเสธและเจรจาต่อรอง แบบเลือกตอบ มี 4 ตัวเลือก มี 10 ข้อ และทักษะการใช้ถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิด แบบเลือกตอบ ถูกผิด มี 11 ข้อ รวมทั้งสิ้น 21 ข้อ ค่า K-R 20 = 0.88 ส่วนที่ 1.5 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่น การอยู่กับเพื่อนต่างเพศตามลำพังสองต่อสอง การดูสื่อการตุ้นอารมณ์เพศ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่ทำเลย = 1 ถึงทำเป็นประจำ = 4 มี 18 ข้อ ค่าครอนบาค แอลฟา= 0.79

**ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง**คือ โปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จัดกิจกรรมโดยประยุกต์แนวคิดของหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งประกอบด้วย 4 กระบวนการหลักคือ การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ การสกัดเนื้อหาจากหลักฐาน การสังเคราะห์หลักฐาน และการสรุปสาระสำคัญ ซึ่งในกระบวนการแรกที่สำคัญคือ การกำหนดคำสำคัญ โดยใช้หลัก PICO: Population, Intervention, Comparison Intervention, Outcome ได้เป็นกิจกรรมกลุ่มจัดทั้งสิ้น 4ครั้งๆ ละ 2ชั่วโมง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ จัดที่โรงเรียนมัธยมขยายโอกาสในพื้นที่ตำบลปราสาททนง อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2558 (เดือนกุมภาพันธ์ 2559-มีนาคม 2559)โดยครั้งที่ 1) เป็นกิจกรรมการเพิ่มทัศนคติในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นกิจกรรมกลุ่มส่งเสริมความภาคภูมิใจในเพศของตน อธิบายความแตกต่างกันโดยธรรมชาติด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมระหว่างเพศหญิงและชาย เพื่อให้เข้าใจความแตกต่างระหว่างเพศ เสนอหนังสั้นเรื่อง “ทางเลือก”[13] และผูกประเด็นเรื่องทัศนคติในการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นก่อนการแต่งงาน วิเคราะห์ความเหมาะสม และผลกระทบที่เกิดขึ้น เพื่อสร้างให้เกิดทัศนคติในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ครั้งที่ 2) กิจกรรมการให้ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นกิจกรรมกลุ่มเพื่อการค้นคว้าหาความรู้ สรุปประเด็นสำคัญ และนำเสนอใน4หัวข้อต่อไปนี้พัฒนาการทางเพศ และวัยเจริญพันธ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และความเสี่ยงการใช้ถุงยางอนามัยและการใช้ยาคุมกำเนิด การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ครั้งที่ 3) กิจกรรมการฝึกทักษะการป้องการการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นช่วงที่ 1 ประเด็นการสื่อสาร เจรจาต่อรอง และปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยเป็นกิจกรรม

กลุ่มฝึกทักษะการเจรจาต่อรองและการปฏิเสธการอยู่กับเพื่อนต่างเพศสองต่อสองและการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยตามสถานการณ์จำลอง ครั้งที่ 4) กิจกรรมการฝึกทักษะการป้องการการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นช่วงที่ 2 ประเด็นการใช้ถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นการนำเสนอ สาธิต และฝึกปฏิบัติการใช้ถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิด

**การดำเนินการเก็บข้อมูล**

ภายหลังการได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล (รหัส MUPH 2016-015) ผู้วิจัยได้เดินทางไปเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำหนังสือขออนุญาตหัวหน้าสถานศึกษาทั้งสองแห่ง ประสานงานกับครูแนะแนวและผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิในการยอมรับและปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ปกครองลงนาม หลังจากนั้นทำการเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์- พฤษภาคม 2558 และทำการตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ผลการวิจัย

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบใช้สถิติเชิงอนุมาน Independent t-test และ Paired t-test

**ผลการวิจัย**

**ด้านข้อมูลทั่วไป**

ลักษณะทางประชากรกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดเป็นเพศหญิง โดยกลุ่มทดลอง มีอายุระหว่าง 12- 15 ปี เป็นอายุ 15 ปีมากที่สุด กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุระหว่าง 13- 16 ปี เป็นอายุ 14 ปีมากที่สุด อายุเฉลี่ย 14.25 ปี และ 14.21 ปี ตามลำดับ ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 สถานภาพสมรสของบิดามารดา มีสถานภาพสมรสมากที่สุด (ร้อยละ59.40, 56.20) บุคคลที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ด้วย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา (ร้อยละ46.90, 50.00) รองลงมาอาศัยอยู่กับมารดา (ร้อยละ28.10,21.90) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มทดลองเท่ากับ9,375บาท (SD= 5,700) ของกลุ่มเปรียบเทียบ8,981บาท(SD=6,887) รายจ่ายส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มทดลองเท่ากับ 1,070.30บาท(SD= 675.71) ของกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 974.37บาท (SD= 488.65) ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เพียงพอ เหลือเก็บ (ร้อยละ 75.00,56.25) การมีแฟนหรือคู่รัก มีปัจจุบันยังคบอยู่สูงสุดทั้งสองกลุ่ม (ร้อยละ 81.20,65.60) รองลงมา มีปัจจุบันเลิกกันแล้ว(ร้อยละ 18.80 ,34.40) อายุเฉลี่ยเมื่อมีแฟนครั้งแรกของกลุ่มทดลองคือ 14.25 ปี(SD=1.21) ของกลุ่มเปรียบเทียบคือ 12.81ปี(SD= 0.96) การเที่ยวสถานเริงรมย์ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มทดลองไม่เคยร้อยละ 68.80 กลุ่มทดลองร้อยละ 84.40 การอ่านหรือดูสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ กลุ่มทดลอง ไม่เคยร้อยละ 93.80 กลุ่มเปรียบเทียบไม่เคยร้อยละ 84.40 การมีอารมณ์เพศ กลุ่มทดลอง ไม่เคยร้อยละ 84.40 กลุ่มเปรียบเทียบไม่เคยร้อยละ 71.90 จากข้อมูลข้างต้นสรุปว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคุณลักษณะส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน (p-value>o.o5)

**Table 1.** Compare attitude toward teenage pregnancy prevention, teenage pregnancy prevention knowledge, teenage pregnancy prevention skills, teenage pregnancy prevention behaviors among female teenagers before and after the experiment, and during the follow-up period

| Variables | $\bar{x}$ | S.D. | t | p-value (one-tailed) |
|---|---|---|---|---|
| **Attitude toward teenage pregnancy prevention** | | | | |
| Pre-test | 82.87 | 7.71 | 1.084 | < 0.001* |
| Post-test(5th weeks) | 84.12 | 10.39 | | |
| Post-test(5th weeks) | 84.12 | 10.39 | 0.078 | 0.012* |
| Follow up(8th weeks) | 83.96 | 10.11 | | |
| **Teenage pregnancy prevention knowledge** | | | | |
| Pre-test | 6.71 | 1.70 | 5.408 | 0.001* |
| Post-test(5th weeks) | 8.81 | 2.55 | | |
| Post-test(5th weeks) | 8.81 | 2.55 | 0.135 | 0.012* |
| Follow up(8th weeks) | 8.87 | 2.19 | | |
| **Behavior skills on teenage pregnancy prevention** | | | | |
| Pre-test | 11.71 | 3.17 | 1.407 | < 0.001* |
| Post-test(5th weeks) | 12.53 | 3.80 | | |
| Post-test(5th weeks) | 12.53 | 3.80 | 1.441 | < 0.001* |
| Follow up(8th weeks) | 11.75 | 3.68 | | |
| **Behavior toward teenage pregnancy prevention** | | | | |
| Pre-test | 56.15 | 8.64 | 0.318 | < 0.001* |
| Post-test(5th weeks) | 56.56 | 9.51 | | |
| Post-test(5th weeks) | 56.56 | 9.51 | 0.618 | 0.002* |
| Follow up(8th weeks) | 57.56 | 8.67 | | |

* p-value <0.05 สถิติที่ใช้: paired independent t- test

**จากตารางที่ 1 พบว่า** ค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ภายในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.005) ส่วนในระยะ หลังการทดลองกับระยะติดตามผล ค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

**Table 2.** Compare attitude toward teenage pregnancy prevention, teenage pregnancy prevention knowledge, teenage pregnancy prevention skills, and teenage pregnancy prevention behaviors of experimental group and those of comparison group.

| Variables | Experimental (n=32) | | Comparison (n=32) | | t-test | p-value (one-tailed) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{x}$ | S.D. | $\bar{x}$ | S.D. | | |
| **POST-TEST** | | | | | | |
| Attitude toward teenage pregnancy prevention | 84.12 | 10.39 | 76.34 | 7.97 | 0.76 | 0.223[c] |
| **Teenage pregnancy prevention knowledge** | **8.81** | **2.55** | **7.62** | **2.10** | **2.02** | **0.023*** |
| **Behavior skills on teenage pregnancy prevention** | **12.53** | **3.80** | **11.62** | **2.61** | **1.11** | **0.029*** |
| Behavior toward teenage pregnancy prevention | 56.56 | 9.51 | 55.78 | 8.55 | 0.34 | 0.365 |
| **FOLLOW UP** | | | | | | |
| Attitude toward teenage pregnancy prevention | 83.96 | 10.11 | 75.15 | 8.87 | 0.95 | 0.173[c] |
| **Teenage pregnancy prevention knowledge** | **8.87** | **2.19** | **7.40** | **2.12** | **2.72** | **0.004*** |
| Behavior skills on teenage pregnancy | 11.75 | 3.68 | 11.84 | 3.10 | 0.11 | 0.185 |
| Behavior toward teenage pregnancy prevention | 57.56 | 8.67 | 57.03 | 9.03 | 0.24 | 0.405 |

* p-value <0.05

[c] = compare mean difference

สถิติที่ใช้ : independent t- test

**จากตารางที่ 2 พบว่า** ในระยะก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ย**ทัศนคติในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น** ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกัน ในระยะหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย**ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและ**คะแนนเฉลี่ย**ทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น**ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกัน ในระยะติดตามผลมีเพียงคะแนนเฉลี่ย**ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น** ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกัน

**อภิปรายผลการวิจัย**

**1.ทัศนคติในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น**

โปรแกรมที่จัดขึ้นได้อธิบายความหมายของทัศนคติที่มีต่อเพศสัมพันธ์ ความเชื่อ และค่านิยมทางสังคมที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น กิจกรรมการส่งเสริมความภาคภูมิใจในเพศของตน โดยวิเคราะห์จากข้อดี และข้อเสียของตนเองและการวิเคราะห์คุณค่าของเพศหญิง ทั้งยังมีการเปิดหนังสั้นเรื่อง “ทางเลือก” เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเห็นภาพความสัมพันธ์ของวัยรุ่นที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์และปัญหาการตั้งครรภ์ต่อไป รวมทั้งการแสดงความคิดเห็นต่อหนังสั้น และปรับแนวคิดสะท้อนกลับสู่ผู้ชม ในประเด็นเรื่องความรู้สึกนึกคิด และความเห็นต่อการอยู่ด้วยกันสองต่อสองของชายหญิงในที่ลับตาคน การรักนวลสงวนตัว การมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน ซึ่งกิจกรรมที่จัดขึ้นสามารถเพิ่มทัศนคติในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระยะหลังการทดลองให้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่มีความแตกต่างในระยะติดตามผล จึงอาจพิจารนาจัดกิจกรรมกระตุ้นต่อไป ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Sieving และคณะ[14] ที่ทำการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นหญิงอายุ 13-17 ปี โดยมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศรายบุคคล และสร้างกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าทัศนคติและความเชื่อเรื่องเพศ ได้แก่ความตั้งใจมีเพศสัมพันธ์ เหตุผลที่ตัดสินใจมีเพศสัมพันธ์ และการรับรู้ของบุคคลมีส่วนสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bereson และคณะ[15] ที่ทำการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นหญิงอายุ 16-24 ปี โดยมีกิจกรรมการให้คำปรึกษารายบุคคลเรื่อง การคุมกำเนิด ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน ส่งผลต่อการสร้างความตระหนักในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยใช้ถุงยางอนามัย หรือยาเม็ดคุมกำเนิดทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ DiClemente และคณะ[16] ที่ทำการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นหญิงอายุ 14-18 ปี กลุ่มที่ทำการศึกษาในโปรแกรม Project image โดยมีกิจกรรมมีการส่งเสริมความภาคภูมิใจในเพศของตนและสร้างความตระหนักในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยให้กับกลุ่มวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่าช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มวัยรุ่นหญิงจากการตั้งครรภ์และการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ พอเพ็ญ ไกรนรา[17] ที่ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมโดยแกนนำนักศึกษาพยาบาลต่อความรู้ ทัศนคติและความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้น พบว่า หลังการอบรม นักเรียนมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติและความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ในระดับมาก และคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

**2.ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น**

โปรแกรมที่จัดขึ้นเป็นการศึกษาค้นคว้าในเรื่องพัฒนาการทางเพศและวัยเจริญพันธุ์ โรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์ และความเสี่ยง การใช้ถุงยางอนามัย และยาเม็ดคุมกำเนิด การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งหัวข้อในการศึกษาค้นคว้า มีความครอบคลุมเนื้อหาที่สำคัญที่วัยรุ่นต้องรู้เพื่อนำไปใช้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั้งสิ้น และรูปแบบกิจกรรมเป็นการศึกษาค้นคว้าตามหัวข้อที่เป็นวัตถุประสงค์หลักที่ต้องการให้วัยรุ่นมีความรู้ และรูปแบบการค้นคว้าเป็นกลุ่มช่วยให้เกิดความสนใจในเนื้อหามากขึ้น และสามารถจดจำเนื้อหาได้ดี โดยการเขียนสรุปเนื้อหาที่สำคัญตามที่ได้รับมอบหมาย เพื่อนำเสนอในกลุ่มใหญ่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของนักเรียน และการเพิ่มเติมประเด็นสำคัญ หรือแก้ไขความเข้าใจไม่ถูกต้องโดยผู้วิจัยกล่าวเสริมให้นักเรียนในขั้นตอนของการสรุปในทุกประเด็น กิจกรรมต่างๆ นี้สอดคล้องกับพัฒนาการเรียนรู้ในช่วงวัยรุ่น ที่เน้นการเรียนรู้ตามความสนใจ และเรียนรู้จากการได้แลกเปลี่ยนและการฝึกฝน ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Sieving และคณะ[14] ทำการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นหญิงอายุ 13-17 ปี โดยมีกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นและการคุมกำเนิดที่ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการใช้ถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด หรือใช้ทั้งสองอย่างมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bereson และคณะ[15] ที่ทำการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นหญิงอายุ 16-24 ปี โดยมีการให้ความรู้กลุ่มทดลองเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย และยาเม็ดคุมกำเนิดเพื่อช่วยเพิ่มความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ และการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้กับวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่าในระยะหลังการทดลองกลุ่มวัยรุ่นมีอัตราการตั้งครรภ์และการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพสสัมพันธ์ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Beedyและคณะ[5] ที่ทำการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี ที่จัดกิจกรรมเพิ่มความรู้เรื่องพัฒนาการทางเพศและวัยเจริญพันธุ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และความเสี่ยง การใช้ถุงยางอนามัย และยาเม็ดคุมกำเนิด ผลการศึกษาพบว่าช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Diclimenta และคณะ[16] ที่ทำการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นหญิงอายุ 14-18 ปี ซึ่งมีการให้ความรู้เรื่องการใช้ถุงยางอนามัย และยาเม็ดคุมกำเนิด ผลการศึกษาพบว่าเพิ่มพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของพอเพ็ญ ไกรนรา[17] ที่ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมโดยแกนนำนักศึกษาพยาบาลต่อความรู้ ทัศนคติและความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นตอนต้น พบว่าหลังการอบรม นักเรียนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นตอนต้นในระดับมาก และคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

**3.ทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น**

โปรแกรมที่จัดขึ้นเป็นการ**ฝึกทักษะการเจรจาต่อรองและการปฏิเสธ** มีการนำเสนอเหตุการณ์จำลองแสดงการสื่อสารของวัยรุ่น และการแบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติการเจรจา เพื่อปฏิเสธ และการเจรจาต่อรองในสถานการณ์ การอยู่กับเพื่อนต่างเพศสองต่อสอง และการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย โดยการนำเสนอเหตุการณ์จำลองช่วยให้นักเรียนเห็นภาพชัดเจนในเรื่องของทักษะการสนทนา และรูปแบบสัมพันธภาพของวัยรุ่น และการแบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติช่วยส่งเสริมให้เกิดทักษะในการสนทนาได้มากขึ้น และมีการ**ฝึกทักษะการใช้ถุงยางอนามัย** และยาเม็ดคุมกำเนิดมี กิจกรรมการให้ความรู้ในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย และยาเม็ดคุมกำเนิด แบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติการใช้ถุงยางอนามัยช่วยให้วัยรุ่น ได้ เห็นภาพ

อุปกรณ์ และฝึกปฏิบัติด้วยตนเองส่งเสริมให้เกิดทักษะในการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น และการมีอุปกรณ์ประกอบการฝึกโดยใช้หุ่นทำให้เกิดความสนใจมากยิ่งขึ้น ซึ่งกิจกรรมที่จัดขึ้นเน้นการสร้างความเข้าใจและฝึกฝนให้เกิดทักษะการปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ และฝึกฝนจนชำนาญนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในช่วงวัยนี้ ที่เน้นการฝึกฝนและการปฏิบัติจริง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Sieving และคณะ[14] ที่ทำการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นหญิงอายุ 13-17 ปี มีกิจกรรมการฝึกทักษะการปฏิเสธและการเจรจาต่อรองเพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเจรจาต่อรองและปฏิเสธการมีเพสสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยโดยใช้ถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิดหรือใช้ทั้งสองอย่างมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนกิจกรรมการฝึกทักษะการใช้ถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิดช่วยเพิ่มคะแนนเฉลี่ยทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ แต่กลับไม่คงอยู่ในระยะติดตามผล สอดคล้องกับการศึกษาของ Flay และคณะ[18] ที่ทำการศึกษาในวัยรุ่นหญิงและชายอายุ 10-14 ปี เป็นการเปรียบเทียบโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ระหว่างโปรแกรมการพัฒนาทางสังคม กับโปรแกรมที่จัดให้มีการส่งเสริมในโรงเรียนและผู้ปกครอง ผลการศึกษาพบว่าการเจรจาต่อรองเพื่อลดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bereson และคณะ[15] ที่ทำการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นหญิงอายุ 16-24 ปี มีกิจกรรมการให้คำปรึกษารายบุคคลและการฝึกทักษะการเจรจาต่อรอง และการปฏิเสธเพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ผลการศึกษาพบว่า มีการเจรจาต่อรองการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนสูงขึ้นในระยะหลังการทดลอง แต่ไม่เปลี่ยนแปลงในระยะติดตามผล ที่ต้องเพิ่มกิจกรรม กระตุ้นโดยใช้การติดตามทางโทรศัพท์ก่อนระยะติดตามผล สอดคล้องกับการศึกษาของ Beedyและคณะ[5] ที่ทำการศึกษาในวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี โดยมีกิจกรรมการให้ความรู้ และการโน้มน้าวกลุ่มวัยรุ่นให้ป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผลการศึกษาพบว่าการโน้มน้าวคู่นอนเพื่อใช้ถุงยางอนามัย และยาเม็ดคุมกำเนิดของกลุ่มวัยรุ่น ช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นได้

**4.พฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น**

โดยโปรแกรมที่จัดขึ้นทั้งสิ้น 4 ครั้งๆ ละ 2ชั่วโมง โดยครั้งที่ 1 เรื่องการสร้างทัศนคติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ช่วยให้เกิดพฤติกรรมการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ครั้งที่ 2 เรื่องการให้ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ช่วยให้วัยรุ่นเรียนรู้วิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ ครั้งที่ 3 เรื่องการฝึกทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (การปฏิเสธและเจรจาต่อรอง) โดยการฝึกทักษะการปฏิเสธส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิเสธเมื่อเพื่อนชวนไปเที่ยว และดื่มเครื่องดื่มแอกอฮอล์ ครั้งที่ 4 เรื่องการฝึกทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (การใช้ถุงยางอยามัย และยาเม็ดคุมกำเนิด) ซึ่งกิจกรรมที่จัดขึ้น ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล สอดคล้องกับการศึกษาของ Beedy และคณะ[5] ที่ทำการศึกษาในโปรแกรม HIP TEEN ในกลุ่มวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี มีเป้าหมายเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นหญิง ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลดลง ในระยะหลังการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ DiClemente และคณะ[16] ที่ทำการศึกษาในโปรแกรม Project image ในกลุ่มวัยรุ่นหญิงอายุ 14-18 ปี เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทาง

เพศ การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลดลง การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลง และอัตราการตั้งครรภ์ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของBereson และคณะ[15] ที่ทำการศึกษาในวัยรุ่นหญิงอายุ 16-24 ปี ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นลดลงในระยะหลังการทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของCoyle และคณะ[19] ที่ทำการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นหญิงอายุ 13-18 ปี พบว่าหลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์และการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่ากลุ่มทดลองถึง 3.4 เท่า

**จุดแข็งของงานวิจัยนี้**

การจัดโปรแกรมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ได้สังเคราะห์มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีความครอบคลุมในประเด็นการสร้างทัศนคติ การให้ความรู้ การฝึกทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งประเด็นดังกล่าวมีผลกระทบโดยตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งเมื่อนำมาใช้ในพื้นที่พบว่าสามารถลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้จริง

**จุดอ่อนของงานวิจัยนี้**

ก่อนการทดทองพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่แตกต่างกัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างควรมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด

**สรุป**

โปรแกรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วยส่งเสริมทัศนคติ ความรู้ ทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จัดกิจกรรม 4 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมงผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สูงกว่าหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05)

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

1. ควรจัดให้มีการดำเนินงานและประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานทางการศึกษาให้มีความพร้อมในการร่วมมือกันแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

2. มีการสำรวจความพร้อมของบุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรม และจัดระบบการประสานความร่วมมือด้านบุคลากร และอุปกรณ์ระหว่างพื้นที่

3. ควรมีการฝึกหรืออบรมเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นโดยเฉพาะเพื่อให้เกิดรูปแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มวัยรุ่น และสามารถแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้

4. จัดระบบบริการให้กลุ่มวัยรุ่นสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก

5. ควรจัดรูปแบบบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มวัยรุ่น จัดให้มีบริการให้คำปรึกษาสุขภาพวัยรุ่น ทางโทรศัพท์

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรมีการจัดกิจกรรมกระตุ้นในระยะติดตามผลเพื่อให้ ทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ใน

วัยรุ่นดีขึ้นในระยะยาว โดยใช้วิธีการฝึกหัดด้วยตนเองหรือจัดเป็นการบ้านที่สามารถประเมินผลได้

2. ควรทำเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมในการประเมินประสิทธิผลของกิจกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในแต่ละรูปแบบ

3. ในการจัดกิจกรรมฝึกทักษะการปฏิเสธควรมีการเพิ่มเติมสถานการณ์ที่ใช้ในการตัดสินใจ และเลือกใช้บทสนทนาในการปฏิเสธที่หลากหลาย เพื่อเกิดประสบการณ์ในการฝึกทักษะมากยิ่งขึ้น

4. ควรทำการศึกษาในเด็กหญิงที่อายุน้อยลง เช่นในกลุ่มประถมศึกษาตอนปลายเพื่อมีการเตรียมความพร้อมก่อนการเข้าสู่วัยรุ่น เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

**เอกสารอ้างอิง**


1. World Health Organization. Health for the World's Adolescents A second chance in the second decade.2014.

2. Unite for children, Situation analysis Teen pregnancy in Thailand Search on September 2019 from: https://www. unicef.org/thailand/media/1131/file.(in thai)

3. Ministry of Social Development and Human Security. Fertility rate per 1,000 female population by maternal age group in 2002-2014. Office of the National Economic and Social Development Board.(1-4) [July 2015] Available from: www.m-society.go.th /ewlnews.php?.nid=15733.2011. (in thai)

4. Sukrit B. Pregnancy in Teens: Policy Operational guidelines And the evaluation. Agricultural Cooperative federation of Thailand Printing house : Department of Health. 2014;2:4-7.(in thai)

5. Beedy, Dianne Morrison, Jones, Sheryl H., Xia, Yinglin, Tu, Xin, Crean, Hugh F., & Carey Michael P.Reducing Sexual Risk Behavior in Adolescent Girl: Results From a Randomized Controlled Trial. Journal Adolescent Health. 2013;52:314-21.

6. Boyer,C.B.,Shafer.,M-A.,Shaffer.,R.A., Brodine,S.K.,Pollack,L.M.,Betsinger,K.,et al. Evaluation of a cognitive-behavioral ,group ,randomized controlled intervention trail to prevent sexually transmitted infection and unintended pregnancy in young women. Preventive Medicine.2005;40:420-31.

7. Cowan FM, Pascoe SJ, Langhaug LF, Dirawo J, Chidiya S, Jaffar S, et al. The Regai Dzive Shiri Project: a cluster randomised controlled trial to determine the effectiveness of a multi-component community-based HIV prevention intervention for rural youth in Zimbabwe--study design and baseline results. Trop Med Int Health.2008;13:1235-44.

8. Butcharoen W.,Pichayapinyo P., Powwarrana A. Factors Related to Sexual Risk Behavior among Thai Secondary School Students. Journal of Public Health.2012;42: 30-40.(in thai)

9. Suthinphuak B.,Chamroonsawasdi K., Suprap J., Taechaboonsermask P.Factors

Influencing Sexual Abstinence Behavior among Secondary School Students in Samutprakan Province, Thailand. Journal of Public Health.2010; 40:10.(in thai)

10. Haggerty Kevin P.,Anne MeGlynn-Wrigth,B.A. and Tali klima. Promising Parenting Programs for Reducing. Adolescent Problem Behavior Journal Child.Sarv. 2013; 8:1-17.

11. Sackett DL.Rosenbery WM,Gray JA,Ha.(1997). Using a PICO method to organize Medical Evidence: A case study involving Medical students and The Cochrance Library.cited Febuary2015 Available from:citeseerx.ist.psu.edu/ viewdoc/domnnload?doi=101.1.408.2206&re p=rep1&type=pdf.

12. Polit,D.F.,Hungler,B.P. Nursing Reserch:Principles and Methods 6th edn. Philadelphia:J.B. Lippincott. 1999.

13. PATH. Short film "THANG LEUK" project Up to me Awareness Campaign to Prevent Unsecured Pregnancy in Teens. Search on December 2015 From http. www.youtube. com/watch?v.=vWhoPx4z n8.2011.(in thai)

14. Sieving RE, McMorris BJ, Beckman KJ, Pettingell SL, Secor-Turner M, Kugler K, et al. Prime Time: 12-month sexual health outcomes of a clinic-based intervention to prevent pregnancy risk behaviors. Journal Adolescent Health.2011;49:172-9.

15. Berenson AB, Rahman M.A randomized controlled study of two educational interventions on adherence with oral contraceptives and condoms. Contraception. 2012;86:716-24.

16. DiClemente RJ, Wingood GM, Harrington KF, Lang DL, Davies SL, III EWH, et al.Efficacy of an HIV Prevention Intervention for African American Adolescent Girls A Randomized Controlled Trial. JAMA.2004;292:171-9.

17. Krinara P.,Ketvatimart M.,Maneechot M. The Effects of Nursing Student-lead Unplanned Pregnancy Prevention Program on Knowledge, Attitude and Intention to Prevent Unplanned Pregnancy Among Early Adolescents. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. 2013; 19 :20-30. (in thai)

18. Flay B.R., Graumlich S.,Segawa E., Burn J.L.,Holliday M.Y. Effects of 2 Prevention Programs on High-Risk Behavior Among African American Youth:A Randomized trial. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine. 2004;153:377-84.

19. Coyle K.K., Jill R Glassman, Healter M. Franks, Shannon Campe, Jill Denner, Gina Lepore. Interventions to reduce sexual risk behaviors among youth in alternative schools: A randomized control trial. Journal Adolescent health. 2013;53:68-78.

# บทวิจัย

## ความสัมพันธ์ระหว่างการติดเฟซบุ๊ก ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักศึกษาพยาบาลยุคเจเนอเรชั่นแซด

**เฉลิมพล ก๋ำใจ***

**อรัญญา นามวงศ์****

**บทคัดย่อ**

การติดเฟซบุ๊กมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลยุคเจเนอเรชั่นแซด การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการติดเฟซบุ๊ก ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในนักศึกษาพยาบาลยุคเจเนอเรชั่นแซด กลุ่มตัวอย่างเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 383 ราย โดยเป็นนักศึกษาพยาบาลของสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามการติดเฟซบุ๊กเบอเกน ฉบับภาษาไทย (Thai-BFAS) แบบประเมินภาวะสุขภาพ และแบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (Mini international neuropsychiatric structure interview: M.I.N.I.) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลยุคเจเนอเรชั่นแซดมีการติดเฟซบุ๊ก ร้อยละ 19.84 ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ติดเฟซบุ๊กรุนแรง ร้อยละ 40.79 นักศึกษาพยาบาลยุคเจเนอเรชั่นแซดมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 16.19 ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 1.61 นักศึกษาพยาบาลยุคเจเนอเรชั่นแซด มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 7.83 ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับมาก ร้อยละ 10.00 และการติดเฟซบุ๊กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .213$, $p < .01$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ($r = .062$, $p > .01$)

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลจิตเวชควรประเมินการติดเฟซบุ๊ก ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักศึกษาพยาบาลยุคเจเนอเรชั่นแซดพร้อมทั้งส่งต่อผู้ที่ติดเฟซบุ๊ก ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับที่รุนแรง เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

**คำสำคัญ:** การติดเฟซบุ๊ก/ภาวะซึมเศร้า/ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย/นักศึกษาพยาบาลยุคเจเนอเรชั่นแซด

---

*ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา สถาบันพระบรมราชชนก

**อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา สถาบันพระบรมราชชนก

# Facebook Addiction, Depression, and Suicidal Risk Among Z Generation Nursing Students

**Chalermpon kajai***

**Arunya namwong****

**ABSTRACT**

Facebook addiction affects the psychological health of Z generation nursing students. The purpose of this descriptive, correlational research study was to examine Facebook addiction, depression and suicidal risk among Z generation nursing students. The participants were selected based on inclusion criteria and consisted of 383 Z generation nursing students during June - August 2018. The research tools were the Thai version of the Bergen Facebook Addiction Scale (Thai-BFAS), the Thai version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), and the Mini International Neuropsychiatric structured Interview (M.I.N.I.) Descriptive statistics and Spearman's product moment correlation were used to analyze the data.

Results of the study revealed the following: 19.84% of Z generation nursing students had Facebook addiction. Out of those who were addicted to Facebook, 40.79% had severe Facebook addiction and 16.19% had depression. Of those depressed 1.61% were severely depressed and 7.83% had suicidal risk. Of those with suicidal risk 10.00% had severe suicidal risk. Facebook addiction was positively correlated with depression ($r=.213$, $p<.01$), but was not correlated with depression or suicidal risk ($r=.062$, $p>.01$).

These research findings suggest that there should be screenings of Z generation nursing students for Facebook addiction, depression, and suicidal risk so psychiatric nurses can refer those with these problems for appropriate counseling and care.

**Keywords:** Facebook Addiction/Depression/Suicidal Risk/Z generation Nursing Students

Article info: Received August 10, 2019; Revised August 20, 2019; Accepted August 29, 2019.

* Corresponding Author Lecturer of Department of Community and Psychiatric Nursing, Boromrajonani College of Nursing, Phayao, Praboromarajchanok Institute.

**Lecturer of Department of Community and Psychiatric Nursing, Boromrajonani College of Nursing, Phayao, Praboromarajchanok Institute.

**ความสำคัญและที่มาของการศึกษา**

ปัจจุบันพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของประชากรโลกได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีการเข้าถึงการใช้งานสูงถึง 4.021 พันล้านคน จากประชากรประชากรโลกทั้งหมด 7.593 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 52.96 หรือเกินกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรโลกทั้งหมด โดยในจำนวนนี้มีผู้ใช้งานเครือข่ายสังคม หรือ Social Network 3.196 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 79.48 โดยทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีผู้ใช้เครือข่ายสังคม สูงถึงร้อยละ 55 ของจำนวนประชากรในภูมิภาคนี้ สำหรับประเทศไทยเป็นประเทศที่ใช้เวลาต่อวันอยู่กับอินเทอร์เน็ตมากที่สุดในโลก โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 9 ชั่วโมง 38 นาทีต่อวัน โดยมีผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ต 57 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์ สูงถึง 51 ล้านคน[1] ช่วงอายุที่ใช้อินเทอร์เน็ตต่อวันสูงที่สุดคือ เจเนอเรชั่นแซด (Generation Z)[2] ซึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง8-22 ปี เฟซบุ๊ก (Facebook) เป็นเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่ได้รับความนิยมสูงสุด

การติดเฟซบุ๊กเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต โดยประเมินจากการเข้าใช้งานเฟซบุ๊กภายในระยะเวลา 1 ปี[3] สำหรับประเทศไทยพบว่าวัยรุ่นในสถาบันอุดมศึกษามีการติดเฟซบุ๊ก (Facebook Addiction) สูงถึงร้อยละ 34.8-45[4,5,6] จากการศึกษาผลกระทบของการติดเฟซบุ๊กต่อสุขภาพจิตของผู้ที่ใช้งานเฟซบุ๊กติดต่อการเป็นระยะเวลานาน พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า[7,8,9] อีกทั้งการใช้งานเฟซบุ๊กสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้[10] โดยพฤติกรรมการใช้เฟซบุ๊กด้วยความอิจฉา (Facebook envy) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยได้[11] อย่างไรก็ตามพบรายงาน 2 เรื่องที่พบว่าการติดเฟซบุ๊กและภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กัน[12,13] ผู้ใช้เฟซบุ๊กที่มีพฤติกรรมการใช้ในลักษณะอยากเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและขาดความยับยั้งไตร่ตรองในระดับมาก มีโอกาสที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตเป็น 3.9 เท่า[4] กลุ่มนักเรียนที่มีความภาคภูมิใจในตนเองระดับต่ำนั้นติดเฟซบุ๊กมากกว่ากลุ่มนักเรียนที่มีความภาคภูมิใจในตนเองระดับปานกลางและระดับสูงตามลำดับ[14] และวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในระดับอุดมศึกษาของรัฐในจังหวัดเชียงใหม่ มีการติดเฟซบุ๊ก ร้อยละ 34.93 ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ติดเฟซบุ๊กรุนแรง ร้อยละ 51.25 และติดเฟซบุ๊กไม่รุนแรง ร้อยละ 48.75 และการติดเฟซบุ๊กมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า (r=.501, p<.01)[6]

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญเมื่อพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าแล้ว จะเป็นสาเหตุของการสูญเสียทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ในปี ค.ศ. 2020[15] ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการเรียนรู้ และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง[16] จากการศึกษายังพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[17] โดยอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มมากขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี พบว่าการพยายามฆ่าตัวตายในช่วงอายุดังกล่าวมีประมาณ 1-2 ล้านคนต่อปี ซึ่งประชากรวัยรุ่นกลุ่มนี้มีความชุกตลอดชีพ (lifetime prevalence) ของ

การพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 7.1[18] จากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลพบว่ามีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ ดังตัวอย่างการศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในต่างประเทศพบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 44-60[19,20,21,22] สำหรับการศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทยนั้นพบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 16.2-50.1[23,24,25,26] โดยพบปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ และปัจจัยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือปัญหาด้านการเรียน[27] จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยมีความชุกค่อนข้างสูง และเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบจากการสูญเสียบุคลากรตั้งแต่อยู่ในระหว่างการเรียนจากความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ทั้งนี้ยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการติดเฟซบุ๊ก ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในนักศึกษาพยาบาลยุคเจเนอเรชั่นแซด ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ใช้อินเทอร์เน็ตต่อวันสูงที่สุด ซึ่งนักศึกษากลุ่มนี้จะมีอายุในช่วง 18-22 ปี ซึ่งเป็นช่วงของอายุของนักศึกษาพยาบาลในระดับอุดมศึกษาของไทยที่มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีต่างๆ โดยสังคมของนักศึกษากลุ่มนี้ส่วนใหญ่อยู่บนอินเทอร์เน็ต[27] อีกทั้งยังพบความชุกของภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง อันเป็นความเสี่ยงที่จะนำสู่การเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และนำไปสู่ภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อป้องกันผลกระทบที่จะเกิดขึ้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวในนักศึกษาพยาบาลของสถาบันแห่งหนึ่ง ประจำปีการศึกษา 2560 เพื่อเป็นความรู้ในการนำสู่แนวทางการจัดการกับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่อาจเป็นผลจากการติดเฟซบุ๊กในนักศึกษากลุ่มนี้ และพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพในการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่ตรงกับความต้องการและเกิดประโยชน์ สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยอย่างแท้จริง ในด้านการดูแลและช่วยเหลือนักศึกษาพยาบาลกลุ่มเสี่ยงที่ติดเฟซบุ๊ก มีภาวะซึมเศร้า หรือมีความคิดในการฆ่าตัวตายต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาการติดเฟซบุ๊ก ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรข้างต้น ในนักศึกษาพยาบาลยุคเจเนอเรชั่นแซด

**สมมติฐานการวิจัย**

การติดเฟซบุ๊ก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในนักศึกษาพยาบาลยุคเจเนอเรชั่นแซด

**กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย**

นักศึกษาพยาบาลยุคเจเนอเรชั่นแซดซึ่งกำลังศึกษาในระดับอุดมศึกษา อยู่ในช่วงของวัยรุ่นตอนปลายที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้าน ซึ่งลักษณะที่สำคัญของช่วงอายุ

นี้ คือ ไม่ค่อยมีความอดทนในการรอคอย ต้องการคำตอบหรือเห็นผลลัพธ์ในทันที สังคมส่วนใหญ่อยู่บนอินเทอร์เน็ต[28] นักศึกษาเหล่านี้มีโอกาสที่จะใช้งานเฟซบุ๊ก ซึ่งเป็นสื่อสังคมที่เป็นแหล่งสนับสนุนหรือประคับประคองหนึ่งทางสังคม จนพบว่ามีการติดเฟซบุ๊กตามแนวคิดของแอนเดรียสเซน และคณะ[3] ประกอบกับแนวคิดทฤษฎีปัญญานิยม กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ ทั้งเกี่ยวกับตนเองสิ่งแวดล้อมหรือโลกและอนาคต[29] การที่นักศึกษามีการติดเฟซบุ๊กแล้วมีประสบการณ์การได้รับปฏิสัมพันธ์ในทางลบจากผู้ใช้งานด้วยกันเองหรือจากการประเมินตนเองในทางลบ จะส่งผลให้คุณค่าของตนเองลดลง แสดงออกโดยการตำหนิตนเอง เสียใจ ท้อแท้หมดหวัง รู้สึกไร้ค่า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับและมีภาวะเศร้าหรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในที่สุด ดังนั้นการศึกษาภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลยุคเจเนอเรชั่นแซดที่ติดเฟซบุ๊ก จะทำให้เกิดความเข้าใจและนำไปสู่การช่วยเหลือนักศึกษาพยาบาลยุคเจเนอเรชั่นแซดซึ่งมีการติดเฟซบุ๊ก มีภาวะซึมเศร้า หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้อย่างเหมาะสมต่อไป

## วิธีการดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional survey)

**ประชากร คือ** ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษาปริญญาตรี ของสถาบันแห่งหนึ่ง ประจำปีการศึกษา 2560 ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 394 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกประชากร ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีบัญชีผู้ใช้งานเฟซบุ๊ก 2) มีอายุ 18 - 22 ปี 3) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 383 คน เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเฝ้าระวังการติดเฟซบุ๊ก ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายให้กับนักศึกษาพยาบาล และประชากรนักศึกษาพยาบาลที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมดยินดีเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้เก็บข้อมูลกับประชากรจริงทั้งหมด

### การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์จากสถาบันเอกสารรับรองเลขที่ Re-07-61 โดยผู้วิจัยชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการให้ทราบถึงสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบหรือเกี่ยวข้องกับผลการเรียนของนักศึกษาแต่อย่างใด รวมทั้งการอธิบายถึงการรักษาความลับ โดยผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้ จะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ทั้งการเผยแพร่จะเป็นในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอเป็นรายบุคคล และการทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ผู้วิจัยได้ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยกำหนดค่าที่ยอมรับได้ที่ 0.80 ขึ้นไป[30]

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ ชั้นปีที่ศึกษา ลำดับการเป็นบุตรของครอบครัว สถานภาพของบิดามารดา รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษาของบิดา ระดับการศึกษาของมารดา รูปแบบการได้รับการเลี้ยงดู ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้อง ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายที่ได้รับ กิจกรรมยามว่าง รูปแบบการเรียน ความภูมิใจในตนเอง เกรดเฉลี่ย จำนวนเพื่อนสนิท ระยะเวลาที่เป็นสมาชิกเฟซบุ๊ก ระยะเวลาที่ใช้เฟซบุ๊ก ความถี่ในการโพสรูปตัวเองลงเฟซบุ๊ก ความถี่ในการใช้งานเฟซบุ๊ก การอัพเดทสถานะบนเฟซบุ๊ก การแสดงความคิดเห็นบนเฟซบุ๊ก การเช็คอินบนเฟซบุ๊ก การตั้งกลุ่มสนทนาบนเฟซบุ๊ก การติดตามความเคลื่อนไหวของเพื่อน การถ่ายรูปด้วยตนเองแล้วโพสบนเฟซบุ๊ก การแท็กรูปบนเฟซบุ๊ก การโพสวิดีโอบนเฟซบุ๊ก การเปิดรับเพื่อนเฟซบุ๊ก จำนวนเพื่อนในเฟซบุ๊ก อุปกรณ์ที่ใช้ในการใช้งานเฟซบุ๊ก และจำนวนชื่อบัญชีเฟซบุ๊ก

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามการติดเฟซบุ๊กเบอ-เกน ฉบับภาษาไทย (Thai-BFAS) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยพนาสถิตย์, มั่นวงศ์, หาญประเทศ, คุ้มศรี, และยิ่งยืน (2015) จากแบบสอบถามการติดเฟซบุ๊กเบอเกน ของแอนเดรสเซน และคณะ[3] แต่ละข้อคำถามแสดงถึงพฤติกรรมการติด 6 ด้าน คำตอบแต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก คือ 0 = น้อยมาก 1 = น้อย 2 = บางครั้ง 3 = ค่อนข้างบ่อย 4 = บ่อยมาก ผลคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 24 คะแนน โดยมีจุดตัดคะแนนที่ 12 คะแนนเป็นต้นไป แปลผลว่ามีการติดเฟซบุ๊ก คะแนนตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไปแปลผลได้ว่าติดเฟซบุ๊กรุนแรง แบบทดสอบนี้มีค่าความเชื่อมั่น (Chronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.81

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินภาวะสุขภาพ ฉบับภาษาไทย (PHQ-9) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยหล่อตระกูล, สัมฤทธิ์, และสายพานิชย์ (2008)[31] ประกอบด้วยข้อคาถาม 9 ข้อ ที่พัฒนาโดยหล่อตระกูลและคณะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-27 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน แปลผลได้ว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 5-8 คะแนน แปลผลได้ว่ามีความผิดปกติ แต่ยังไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 9-14 คะแนน แปลผลได้ว่ามีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 15-19 คะแนน แปลผลได้ว่ามีมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และคะแนน 20-27 คะแนน แปลผลได้ว่ามีภาวะซึมเศร้ารุนแรง แบบทดสอบนี้มีค่าความเชื่อมั่น (Chronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.83

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยใช้เครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini international neuropsychiatric structure interview: M.I.N.I.) พัฒนาขึ้นโดยชีฮาน และคณะ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2550) ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ เป็นคำถามแบบ Dichotomous Question มีคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ คะแนนที่ได้จะรวมกัน และจำแนกเป็นความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3 ระดับ คือ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับน้อย (คะแนน = 1-8 คะแนน) มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง (คะแนน = 9-16 คะแนน) และมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับมาก (คะแนน ≥17 คะแนน) แบบทดสอบนี้มีค่าความเชื่อมั่น (Chronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 31 สิงหาคม 2561 หลังจากโครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตรวบรวมข้อมูล ได้อธิบายถึงการยินยอมและสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งเลือกเวลา และสถานที่ที่มีความเหมาะสมในการรวบรวมข้อมูล โดยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling)ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด สอบถามความสมัครใจอย่างอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยทุกราย และแจ้งให้ทราบว่าการดำเนินการวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างจะไม่เสียประโยชน์ใดๆ หากไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย ยกเลิกหรือถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป การติดเฟซบุ๊ก ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จะวิเคราะห์โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนภาวะซึมเศร้ากับการติดเฟซบุ๊ก และคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับคะแนนการติดเฟซบุ๊ก นำข้อมูลที่ได้ทุกชุดไปทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมกรอฟ สเมอร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov test [KS]) พบว่ามีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติจึงได้ใช้สถิติการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

**ผลการวิจัย**

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงจำนวน 360 คน คิดเป็นร้อยละ 93.99 เพศชาย จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 6.01 มีอายุอยู่ระหว่าง 18-22 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.10 ปี มีสถานภาพโสด ร้อยละ 95.30 ชั้นปีที่ 4 มากที่สุด ร้อยละ 29.77 เป็นบุตรคนที่ 2 ร้อยละ 41.68 บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 72.32 รายได้ของครอบครัว 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 31.07 รายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ ร้อยละ 69.19 บิดาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา

ร้อยละ 43.08 มารดาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.04 ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขต ร้อยละ 85.64 มีความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้อง แบบสนิทและเข้ากันได้ดี ร้อยละ 85.12 พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 67.62 ได้รับค่าใช้จ่ายที่เพียงพอ ร้อยละ 87.72 กิจกรรมยามว่าง 2 กิจกรรม ร้อยละ 65.54 มีรูปแบบการเรียนโดยใช้สื่อ Social media ประกอบการเรียน ร้อยละ 92.43 มีความภูมิใจในตนเองระดับปานกลาง ร้อยละ 67.89 เกรดเฉลี่ยน้อยกว่า 2.50 จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 10.71 เกรดเฉลี่ยตั้งแต่ 2.50 - 2.99 จำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 48.56 และเกรดเฉลี่ยตั้งแต่ 3.00 ขึ้นไป จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 40.73 มีเพื่อนสนิท 1-5 คน ร้อยละ 58.75 ระยะเวลาที่เป็นสมาชิกเฟซบุ๊กมากกว่า 4 ปี ร้อยละ 88.77 ระยะเวลาการใช้งานเฟซบุ๊กที่มากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 77.55 มีความถี่ในการโพสรูปตัวเองลงเฟซบุ๊กน้อยกว่า 10 รูปใน 1 เดือน ร้อยละ 85.90 มีความถี่ในการใช้งานแบบเล่นเป็นบางเวลา ร้อยละ 47.52 ไม่เคยอัพเดทสถานะหรืออัพเดทสถานะเป็นบางครั้ง ร้อยละ 74.41 ไม่เคยแสดงความคิดเห็นหรือแสดงความคิดเห็นเป็นบางครั้ง ร้อยละ 71.54 ไม่เคยเช็คอินที่ที่ตัวเองอยู่หรือเช็คอินที่ที่ตัวเองอยู่เป็นบางครั้ง ร้อยละ 85.90 ไม่เคยตั้งกลุ่มสนทนาหรือเคยตั้งกลุ่มสนทนาเป็นบางครั้ง ร้อยละ 50.91 ไม่เคยติดตามความเคลื่อนไหวของเพื่อนหรือติดตามความเคลื่อนไหวของเพื่อนเป็นบางครั้ง ร้อยละ 51.70 ไม่เคยถ่ายรูปด้วยตนเองแล้วโพสหรือเคยถ่ายรูปด้วยตนเองแล้วโพสเป็นบางครั้ง ร้อยละ 80.68 ไม่เคยโพสหรือแท็กรูป หรือเคยโพสหรือแท็กรูปเป็นบางครั้ง ร้อยละ 79.63 ไม่เคยโพสสวิดีโอหรือแท็กวิดีโอหรือเคยโพสสวิดีโอหรือแท็กวิดีโอเป็นบางครั้ง ร้อยละ 93.99 เปิดรับเพื่อนเฟซบุ๊กเฉพาะคนที่รู้จัก ร้อยละ 49.35 มีจำนวนเพื่อนในเฟซบุ๊ก มากกว่า 1,000 คนขึ้นไป ร้อยละ 44.65 ใช้โทรศัพท์และคอมพิวเตอร์แบบพกพา ร้อยละ 55.61 และมีจำนวนชื่อบัญชีเฟซบุ๊ก 1 บัญชี ร้อยละ 80.16

2. กลุ่มตัวอย่างมีการติดเฟซบุ๊ก ร้อยละ 19.84 โดยติดเฟซบุ๊กรุนแรงร้อยละ 40.79 และติดเฟซบุ๊กไม่รุนแรงร้อยละ 59.21 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 75.81 และมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ร้อยละ 22.58 และระดับรุนแรง ร้อยละ 1.61 ส่วนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 7.83 ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 60.00 ดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

3. การติดเฟซบุ๊กและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับเล็กน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .213$, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ผลการทดสอบสมมติฐาน**

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับการติดเฟซบุ๊กของนักศึกษาพยาบาลยุคเจเนอเรชั่นแซด อย่างมีนัยสำคัญเชิงสถิติ (p-value < 0.01) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ($r = .213$) ดังตารางที่ 3

**Table 1.** The number and percentage of the Facebook addiction and Depression of the sample group (n = 383)

| Facebook addiction | number | % |
|---|---|---|
| had no Facebook addiction | **307** | **80.16** |
| had Facebook addiction | **76** | **19.84** |
| mild Facebook addiction | 45 | 59.21 |
| severe Facebook addiction | 31 | 40.79 |

**Table 2.** The number and percentage of the Depression of the sample group (n = 383)

| Depression | number | % |
|---|---|---|
| had no depression | **246** | **64.23** |
| Abnormal but had no depression | **75** | **19.58** |
| had depression | **62** | **16.19** |
| mild depression | 47 | 75.81 |
| moderate depression | 14 | 22.58 |
| severe depression | 1 | 1.61 |

**Table 3.** The Correlation Coefficients Between Facebook addiction, Depression and number and Suicidal risk of the sample group (n = 383)

| Variables | Facebook addiction | |
|---|---|---|
| | r | p-value |
| **Depression** | .213 | < 0.01 |
| **Suicidal risk** | .062 | 0.223 |

**อภิปรายผลการวิจัย**

1. ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างติดเฟซบุ๊ก ร้อยละ 19.84 (ตาราง 1) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการติด เฟซบุ๊กรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 40.79 (จำนวน 31 คน) หรือเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเฟซบุ๊กทั้งหมด ที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาในยุคเจเนอเรชั่นแซด ซึ่งสังคมของนักศึกษากลุ่ม

นี้ส่วนใหญ่จะอยู่บนอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นช่องทางที่ใช้ติดต่อสื่อสารขอความช่วยเหลือตลอดจนแสดงความคิดเห็น แสดงอารมณ์ความรู้สึกกับเพื่อนหรือคนทั่วไปในเครือข่ายอินเทอร์เน็ตและการแสดงออกจะเป็นแบบเปิดเผย มีความอยากรู้อยากเห็น ชอบการค้นคว้าผ่านสารสนเทศ และคิดว่ากลุ่มเพื่อนสามารถช่วยเหลือได้เมื่อต้องการความช่วยเหลือ ประกอบกับลักษณะเฉพาะของนักศึกษารุ่นใหม่ที่เกิดมากับความเพียบพร้อมด้วยสิ่งอำนวยความสะดวกที่อยู่รอบข้าง มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีต่างๆ ในการหาความรู้ได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นลักษณะของเฉพาะของนักศึกษากลุ่มนี้ ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 8-22 ปี ในปี พ.ศ.2561 ซึ่งสอดคล้องกับช่วงอายุของนักศึกษาพยาบาลในระดับอุดมศึกษาของไทยในปัจจุบัน ซึ่งอายุจะอยู่ระหว่าง 18-22 ปี นักศึกษากลุ่มนี้มีความเป็นตัวของตัวเองสูง คิดเร็ว ทำเร็ว ปรับปรุงเร็ว มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง ชอบความท้าทาย มีวิถีชีวิตที่ทันสมัย นิยมสื่อสารผ่านเทคโนโลยี [28] อาจนำสู่การติดสื่อสังคมออนไลน์ (Online social media หรือ blogging addiction) นั่นคือการติดเฟซบุ๊ก อีกทั้งเมื่อมีการปรับตัวเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในขณะที่กำลังศึกษาในระดับอุดมศึกษาทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และด้านสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และเมื่อถูกตัดขาดจากสังคมในชีวิตจริง[32] ก็จะส่งผลให้รู้สึกว่าคุณค่าของตนเองลดลง หลังจากนั้นก็มีความปรารถนาที่จะเพิ่มคุณค่าให้กับตนเอง โดยการเพิ่มการใช้งานเฟซบุ๊กมากขึ้นเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนใหม่ในสื่อสังคมเพื่อเพิ่มคุณค่าในตนเอง[33] อันจะเป็นการเพิ่มโอกาสในการใช้งานเฟซบุ๊กมากขึ้น และเมื่อนักศึกษาพยาบาลยุคเจเนอเรชั่นแซด มีการแสดงออกซึ่งการใช้งานที่เพิ่มมากขึ้นทั้งความถี่และระยะเวลาในการใช้ในชีวิตประจำวัน ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ต้องเพิ่มเวลาในการเข้าใช้งานมากขึ้น เมื่อหยุดการใช้งานจะรู้สึกวิตกกังวล กระสับกระส่าย เฝ้าคิดถึงแต่ความเคลื่อนไหวของเฟซบุ๊ก[34] ก็จะส่งผลให้เกิดการติดเฟซบุ๊กในที่สุด จึงส่งผลให้เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มที่ติดเฟซบุ๊กมีการติดเฟซบุ๊กในระดับรุนแรง และ นำไปสู่การเสพติดเหมือนกับการเสพสิตสารเสพติดอื่นๆ[35]

2. ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 16.19 (ตาราง 2) ซึ่งผลการศึกษาใกล้เคียงกับช่วงร้อยละของความชุกที่มีการศึกษาในประเทศไทยซึ่งพบว่าภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทยนั้นอยู่ในช่วงร้อยละ 16.2 – 50.1[23,24,25,26] แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้ายังคงเป็นปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลยุคเจเนอเรชั่นแซดที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษา การที่กลุ่มตัวอย่างเกือบหนึ่งในสี่ของทั้งหมดมีภาวะซึมเศร้า อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่น ต้องมีการปรับตัวด้านต่างๆ มาก ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย[36] การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 62 คน ในจำนวนนี้คิดเป็นเพศชายร้อยละ 1.61 (จำนวน 1 คน) และเพศหญิงร้อยละ 98.39 (จำนวน 61 คน) เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า รายได้ของ

ครอบครัวไม่เพียงพอ ร้อยละ 69.19 มีความภูมิใจในตนเองระดับปานกลาง ร้อยละ 67.89 เกรดเฉลี่ยตั้งแต่ 2.50–2.99 ร้อยละ 48.56 มีเพื่อนสนิท 1-5 คน ร้อยละ 58.75 ผลการศึกษาครั้งนี้คล้ายคลึงกับหลายการศึกษาพบว่าวัยรุ่นเพศหญิงมีสัดส่วนของภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย และเป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า[27] ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลไทยเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลด้านความเป็นพวกพ้องและด้านการเปิดเผยตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รูปแบบการใช้ชีวิตด้านการรับรู้ต่อภาวะความเครียด การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ความคิดอัตโนมัติทางลบ การครุ่นคิด การแก้ปัญหาทางสังคม เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ บุคลิกภาพส่วนบุคคล ความเครียด ความเพียงพอของรายได้ บรรยากาศในครอบครัว ความวิตกกังวล และการออกกำลังกาย[37,38,39]

3. ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 7.83 หรือจำนวน 30 คน จากทั้งหมด 383 คน เป็นเพศชาย 5 คน เพศหญิง 25 คน ในจำนวนนี้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับน้อยและรุนแรง ร้อยละ 60.00 และร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยง ใกล้เคียงกับผลการศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี ซึ่งประชากรวัยรุ่นกลุ่มนี้มีความชุกตลอดชีพ (lifetime prevalence) ของการพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 7.10[18] ซึ่งในจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยวต่อการฆ่าตัวตาย 30 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย 15 คน หรือครึ่งหนึ่ง สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีปัญญานิยมที่กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ[29] จนก่อให้เกิดความรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองลดลงจนเกิดภาวะเศร้าหรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

4. ผลการวิจัยพบว่าการติดเฟซบุ๊กมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.213$, $p< .01$) (ตาราง 3) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zaffar, Mahmood, Saleem, & Zakaria[8] ซึ่งได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการติดเฟซบุ๊กกับภาวะซึมเศร้า พบว่าการติดเฟซบุ๊กมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($r=0.385$, $p< .01$) อธิบายได้ว่านักศึกษาพยาบาลอยู่ในช่วงของวัยรุ่นตอนปลายที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้าน เช่น การปรับตัวด้านการเรียน ด้านการสร้างสัมพันธภาพหรือด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสภาพแวดล้อมใหม่ ตลอดจนการปรับตัวกับปัญหาต่าง ๆ ระหว่างศึกษา เมื่อมีทักษะการปรับตัวกับปัญหาได้น้อย จนก่อให้เกิดความวิตกกังวล นอนไม่หลับ ความเครียด และเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น นักศึกษาเหล่านี้จึงหันไปใช้งานเฟซบุ๊ก ซึ่งเป็นสื่อสังคม ที่เป็นแหล่งสนับสนุนหรือประคับประคองหนึ่งทางสังคม จนพบว่ามีการติดเฟซบุ๊กจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หรือเมื่อมีการติดเฟซบุ๊กแล้วมีประสบการณ์การได้รับปฏิสัมพันธ์ในทางลบจากผู้ใช้งานด้วยกันเองหรือจากการประเมินตนเองในทางลบ จะส่งผลให้ครุ่นคิดถึงประสบการณ์นั้น

จนก่อให้เกิดความรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองลดลง จนเกิดภาวะซึมเศร้า ในขณะเดียวกันเมื่อนักศึกษามีภาวะซึมเศร้า โดยมีความรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองลดลงก็จะมีความปรารถนาที่จะปกป้องและเพิ่มคุณค่าให้กับตนเอง โดยการเพิ่มการใช้งานเฟซบุ๊กเพิ่มมากขึ้นในการสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนใหม่ในสื่อสังคมเพื่อเพิ่มคุณค่าในตนเอง[33] อันจะเป็นการเพิ่มโอกาสในการใช้งาน เฟซบุ๊กมากขึ้น จนกระทั่งมีการติดเฟซบุ๊กในที่สุด ทั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการติดเฟซบุ๊กและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย อาจเนื่องมาจากผู้ที่ติดเฟซบุ๊กเกิดจากสาเหตุทางจิตใจที่แตกต่างกัน สาเหตุหนึ่งอาจต้องการมีเพื่อนและต้องการการยอมรับ ซึ่งเป็นเพียงกิจกรรมที่ทำให้ลืมความทุกใจในชั่วขณะ[35]

**จุดเด่นของการศึกษานี้**

การวิจัยนี้เป็นการรายงานองค์ความรู้ใหม่ในการศึกษาการติดเฟซบุ๊ก ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักศึกษาพยาบาลยุคใหม่หรือยุคเจเนอเรชั่นแชดในระดับอุดมศึกษา และยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าว อันจะนำไปสู่การป้องกันความเสี่ยงและการดูแลที่เหมาะสม

**ข้อจำกัดในการวิจัย**

ผลการศึกษาครั้งนี้ใช้ได้กับกลุ่มประชากรนักศึกษาพยาบาลของสถาบันแห่งหนึ่งที่คล้ายคลึงกัน แต่ไม่สามารถใช้อ้างอิงนักศึกษาในกลุ่มประชากรอื่นได้

**ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้**

อาจารย์ผู้สอน อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลจิตเวช และผู้ที่เกี่ยวข้องควรประเมินการติดเฟซบุ๊ก ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักศึกษายุคเจเนอเรชั่นแชดที่กำลังศึกษาระดับอุดมศึกษา เพื่อให้การช่วยเหลือดูแล พร้อมทั้งส่งต่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

การวิจัยเพื่อศึกษาในสถาบันอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาประสบการณ์ในการใช้งานเฟซบุ๊กของนักศึกษายุคเจเนอเรชั่นแชดที่มีการติดเฟซบุ๊กและมีภาวะซึมเศร้า

**กิตติกรรมประกาศ**

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะผู้บริหารสถาบันการศึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิจัยในครั้งนี้ และกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

**เอกสารอ้างอิง**

1. We Are Social and Hootsuite. The new 2018 Global Digital suite of reports [Internet]. 2018. [cited 2019 April 10]. Available from https://wearesocial.com/blog/2018/01/global-digital-report-2018.

2. Electronic Transactions Development Agency. Thailand Internet User Profile 2018. Electronic Transactions Development Agency. Bangkok, ETDA. 2018. (in Thai)

3. Andreassen C, Torsheim S, Brunborg T.G.S, Pallesen S, Development of a Facebook addiction scale, *Psychological reports*. 2012; 110(2): 501-517.

4. Pitanupong J, Anantapong K, Mental Health of University Student Facebook Users, *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2014; 59(3): 257-266. (in Thai)

5. Charoensri P, Sereetrakul W, Facebook Addict of Students in Bangkok Metropolitan Area, *ACADEMIC JOURNAL BANGKOKTHONBURI UNIVERSITY*. 2015; 4(2): 236-244. (in Thai)

6. Kajai C, Thapinta D, Skulphan S,The Relationship between Facebook Addiction and Depression among Adolescents Attending State University in Chiang Mai Province,*The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2018; 5(2): 57-69. (in Thai)

7. Hong FY, Huang DH, Lin HY,Chiu SL, Analysis of the Psychological Traits, Facebook Usage, and Facebook Addiction Model of Taiwanese University Students, *Telematics and Informatics*. 2014; 31(4): 597-606.

8. Zaffar M, Mahmood S, Saleem M, Zakaria E, Facebook Addiction: Relation with Depression, Anxiety, Loneliness and Academic Performance of Pakistani Students, *Science International*. 2015; 27(3): 2469-2475.

9. Delfour M, Moreau A, Laconi S, Goutaudier N, Chabrol H, Utilisation Problématique de Facebook à l'adolescence et au Jeune âge Adulte. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 2015; 63(4): 244-249.

10. Park S, Lee SW, Kwak J, Cha M, Jeong B, Activities on Facebook Reveal the Depressive State of Users. *Journal of Medical Internet Research*, 2013; 15(10): e217.

11. Tandoc EC, Ferrucci P, Duffy M, Facebook Use, Envy, and Depression among College Students: Is Facebooking Depressing?. *Computers in Human Behavior*, 2015; 43: 139-146.

12. Jelenchick LA, Eickhoff JC, Moreno MA, "Facebook Depression?" Social Networking Site Use and Depression in Older Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 2013; 52(1): 128-130.

13. Datu, JAD, Valdez JP, Datu N, Does Facebooking Make us Sad? Hunting

Relationship Between Facebook use and Depression among Filipin Adolescents. *International Journal of Research Studies in Educational Technology*, 2012; 1(2): 83-91.

14. Pholphet K, Tuntasood B,Self-esteem and Facebook addicted of high school students in Bangkok Metropolitan Area, *J Psychiatr Assoc Thailand*, 2016; 1(2): 83-91. (in Thai)

15. Markowitz JC, Weissman MM, Interpersonal Psychotherapy: Principles and Applications. *World Psychiatry*, 2004; 3(3): 136-139.

16. Ruangtrakul S, Child and adolescent psychiatric texts. Bankok: Ruankeaw Printing; 2008. (in Thai)

17. Akwarangkoon S, Psychiatric nursing and mental health: science and art to practice. Nakhonsrithammarat: School of Nursing Walailak University; 2015. (in Thai)

18. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiiz P, Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.

19. Rafati F, Ahmadi J, Depression in nursing studentsofShirazuniversity of medical sciences. *Journal of Research in Medical Sciences*, 2004; 1: 39-41.

20. Papazisis G, Tsiga E, Papanikolaou N, Vlasiadis I, Sapountzi-Krepia D, Psychological distress, anxiety and depression among nursing students in Greece. *International Journal of Caring Sciences*, 2008; 1(1), 42.

21. Furegato AR, Santos JL, Silva EC,Depression among nursing students associated to their self-esteem, *health perception and interest in mental health*. 2008; 16(2), 198-204.

22. Huong HM, Hengudomsub P, Suppaseemanont W, Depression and it's associated factors among Vietnamese undergraduate nursing students. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*. 2011; 6(2), 121-129.

23. Ros R, Suphasamanon W, Somchit S, Factors affecting depression of undergraduate nursing students in the eastern region of Thailand. Faculty of Nurse Burapa university; 2000. (in Thai)

24. Vatanasin D, Prevention of Adolescent Depression: From Evidence to Practice. Prevention of Adolescent Depression: From Evidence to Practice. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2016; 24(1), 1-12.

25. Thana P, Factors that influence depression in nursing students at Boromratchathani Nursing College, Saraburi. [M.N.S Thesis in Mental health and Psychiatric nursing]. Chonburi: Faculty of Nursing, Burapha University, 2008. (in Thai)

26. Kaewmart N, Koedbangkham J, Nabkasorn C, Factors Influencing

Depression among Nursing Students of Burapha University. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2011; 19(6), 83-95. (in Thai)

27. Rukkhajeekul S, Depression and Suicidal Behaviors among Naresuan University Students. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2015; 58(4), 359-370. (in Thai)

28. Wongsaree C, CLINICAL TEACHING IN ADULT NURSING PRACTICUM COURSE FOR GENERATION Z COLLEGIAN. *Journal of Boromarajonani College of Nursing*. 2015; 31(2), 130 -140. (in Thai)

29. Beck T, Rush J, Shaw F,Emery G, Cognitive therapy of depression: New York; 1979.

30. Polit F, Hungler P, Nursing research: principles and methods: Philadelphia; 1999.

31. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R, Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*. 2008; 8(46), 1-7. (in Thai)

32. Baumeister F, Leary R, The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*. 1995; 117(3), 497-529.

33. Valkenburg M, Peter J,Schouten P, Friend networking sites and their relationship to adolescents' well-being and social self-esteem. *CyberPsychology & Behavior*. 2006; 9(5), 584-590.

34. Phrarubraksa N, Factors Affecting Facebook Addiction of University Students in Chiangmai. *rmutto journal*. 2014; 9(5), 584-590. (in Thai)

35. Pornnopadol C, Wasuphanthit A, Siriraj Psychiatry DSM-5, Bankok: Prayurasanthai Printing; 2015. (in Thai)

36. Kaewjanta N, Depressive disorders in college students: Difference male and female. *Journal of Nursing Science & Health*. 2015; 38(3), 32-44.

37. Kaewmart N, Nursing Students with Depression. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2013; 21(3), 14-23. (in Thai)

38. Vatanasin D, Hengudomsub P, Vatanasin S, Asarath T, Chupan S, Srisopa P, Factors Predicting Depression among Health Science Students. 2013; 21(3), 14-23. (in Thai)

39. Samarksavee N, Sangon S, Factors Associated with Depression in Nursing Students. THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH. 2013; 21(3), 14-23. (in Thai)

# บทวิจัย

## ปัจจัยทำนายความเครียดของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ตำบลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

**สิริทรัพย์ สีหะวงษ์***

**ภูษณิศา มีนาเขตร****

**บทคัดย่อ**

ความเครียดของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นอกจากจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียดและภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 197 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบประเมินความเครียด แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และแบบสอบถามปัจจัยทำนายความเครียด ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามโดยใช้สถิติเชิงพรรณา และหาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $< 0.001$

ผลการวิจัยพบว่า สมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน มีความเครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 11.70 มีความเครียดในระดับสูง ร้อยละ 1.00 และร้อยละ 2.03 เป็นผู้มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ปัจจัยที่สามารถทำนายความเครียดของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือปัจจัยแหล่งประโยชน์หรือทุนทางสังคมของครอบครัว บุคลากรสุขภาพควรให้ความสนใจถึงผลกระทบของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน มีการคัดกรองความเครียดและภาวะซึมเศร้าของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนเป็นระยะ และจัดการส่งเสริมปัจจัยแหล่งประโยชน์หรือทุนทางสังคมของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนอย่างเหมาะสม

**คำสำคัญ :** ความเครียด/ ครอบครัว/ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ ชุมชน

---

* ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

** อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

# Factors Predicting Stress of Community-dwelling Family Members of Patients with Chronic Disease at Nayia Subdistrict, Nayia District, Ubon Ratchathani Province

**Sirisup Sihawong***

**Phusanisa Meenakate****

## ABSTRACT

Stress of community-dwelling family members dealing with a chronic disease patient affects both physical and mental health. It also impacts the care quality of chronic disease patients both physically and mentally. This research aimed to explore the stress and depression of family members living with chronic disease patients and investigated factors predicting their stress. The study sample was 197 family members with chronic disease patients in the family. The study tool consisted of a stress test questionnaire, depression screening questionnaire and self-administered questionnaires in factors predicting stress. Reliability of the tool was 0.83. The data was analyzed by descriptive statistic and multiple linear regression analysis. Level of statistically significance was $p < 0.001$.

Results showed that subjects with family members with chronic disease had a moderate level of stress at 11.70 %, with only 1 % having a high level of stress, and the risk of depressive disorder at 2.03 %. Correlational analysis revealed that the factors predicting stress in family members with chronic disease patients were resistance due to resources. Health care providers should be aware of the effects on community-dwelling family members dealing with chronic disease patients. Stress and depression screening should be provided continuously. Family resource limitations of community-dwelling family members of chronic disease patients should be monitored and addressed appropriately.

**Keywords:** Stress/ Family/ Chronic Disease Patient/ Community

Article info: Received June 14, 2017; Revised March 7, 2019; Accepted August 24, 2019.

* Corresponding Author, Lecturer, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

** Lecturer, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

**ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา**

การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2558[1] พบว่ามีผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 16.40 ซึ่งสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตคนไทย มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากว่า 1 ล้าน 4 แสนราย แต่มีเพียงร้อยละ 29 เท่านั้นที่เข้ารับบริการเพื่อรักษาฟื้นฟูในสถานพยาบาล[2] ความเครียดจัดเป็นปัญหาสุขภาพจิต ในระยะเริ่มต้น เป็นสภาวะของความรู้สึกความคิดหรืออารมณ์ ที่เกิดจากการบีบคั้นกดดันที่เป็นสภาวะปกติของมนุษย์ ซึ่งเมื่อเกิดความเครียดขึ้นแล้วนั้น มนุษย์จะปรับตัวหลังจากเจอความเครียด โดยหาวิธีผ่อนคลายความเครียดทำให้สภาวะนี้หายไปได้เองหรืออาจทำให้ทุกข์ทรมานมากขึ้น จนเปลี่ยนจากความเครียดธรรมดาเป็นภาวะซึมเศร้า (Depression) หรือโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) และนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตาย[3] การฆ่าตัวตายถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นทั่วโลกกว่า 800,000 คนต่อปี และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2563[4] จากประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติงานในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน2 ของคณะผู้วิจัย ณ ตำบลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี ปีการศึกษา 2559 และปีการศึกษา 2560 ได้ใช้แบบคัดกรองและประเมินภาวะเครียด (ST-5) กับสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 20 ครอบครัว พบว่าสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่ามีสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนนาเยียประสบกับปัญหาความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเครียดในครอบครัวที่มีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบการศึกษาเรื่องความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง[5] ที่ระบุว่าผู้ดูแลผู้พิการที่นอนติดเตียงที่บ้านมีความเครียดในระดับสูง การศึกษาความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง[6] พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความเครียดร้อยละ 44.90 การศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง[7] พบค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองมีจำนวนถึงร้อยละ 26.83 การศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[8] พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 44.80 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลได้แก่ เวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ความรุนแรงของโรค และระดับการศึกษา เพศ รายได้ การพักผ่อนของผู้ดูแล ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า แต่ยังไม่พบการศึกษาความเครียดและภาวะซึมเศร้าของสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว

เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน สมาชิกทุกคนในครอบครัวจะต้องมีส่วนร่วมและได้รับผลกระทบ ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวต้องใช้พลังกาย พลังใจและต้องทุ่มเทเวลาให้อย่างต่อเนื่องและยาวนาน เพราะภารกิจในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นต้องใช้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของความเจ็บป่วยหรือโรคเรื้อรังนั้นๆ รวมทั้งต้องใช้

ทักษะความชำนาญหลายด้าน ตลอดจนการจัดการกับภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเวลาใดก็ได้ ทำให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทุกคนได้รับผลกระทบ ซึ่งอาจเกิดความเครียดสะสม และมีภาวะซึมเศร้าตามมา ผลจากความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล ทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต และยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ[9] คณะผู้วิจัยจึงมีความต้องการที่จะศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความเครียดของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจัดการป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน สำหรับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและผู้ที่สนใจต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความเครียดของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

**กรอบแนวคิดในการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้มีการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการคืนสภาพครอบครัว (The resiliency model)[10] ระยะการปรับเปลี่ยนในการคืนสภาพของครอบครัว โดยมีแนวคิดว่าครอบครัวทุกครอบครัวต่างประสบปัญหาที่ไม่ได้คาดคิด สมาชิกในครอบครัวจะได้รับผลการทบจากสถานการณ์นั้น โดยมีการแสดงออกถึงความเครียดและภาวะซึมเศร้า ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้คือสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัว โดยตามทฤษฎีได้ระบุถึงโนมติที่กำหนดความสามารถของการปรับตัวเพื่อให้เกิดดุลยภาพของครอบครัวดังนี้[10]

**1. สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤต (Stress)** คือสิ่งที่เป็นแรงกดดันต่อครอบครัว ที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตหรือก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในครอบครัว เช่น การเจ็บป่วย การเจ็บปวดรุนแรงของสมาชิกในครอบครัว

**2. ความเสี่ยงหรือความเปราะบางของครอบครัว (Family vulnerability)** คือปัจจัยอื่นที่ทำให้ครอบครัวมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะวิกฤต ได้แก่ การพอกพูนทับถมของปัญหาที่เกิดขึ้นในของครอบครัว เช่น หนี้สิน ความขัดแย้งในครอบครัว การเจ็บป่วยของสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว และการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการของครอบครัว เช่น การสูญเสียสมาชิกในครอบครัว การหย่าร้างของสมาชิกในครอบครัว

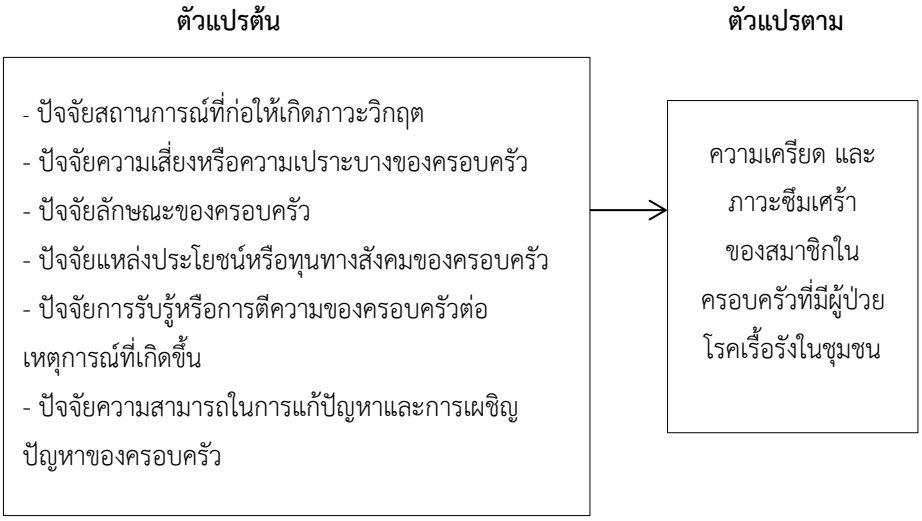
**3. ลักษณะของครอบครัว (Family typology)** คือตัวกำหนดรูปแบบบทบาทหน้าที่ของครอบครัว พฤติกรรมการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวเมื่อเกิดภาวะวิกฤต ซึ่งจะเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่จะพยากรณ์ว่าครอบครัวนั้นสามารถที่จะเผชิญหน้าหรือปรับตัวในภาวะวิกฤตได้หรือไม่ ครอบครัวที่มีความยืดหยุ่น จะสามารถปรับเปลี่ยนบทบาทหรือความสัมพันธ์ เพื่อลดความกดดันจากปัญหาที่เกิดขึ้น นอกจากนั้นยังมี

ความสัมพันธ์อันดีต่อกัน มีการติดต่อสื่อสารกันทำให้เข้าสู่สมดุลได้

**4. แหล่งประโยชน์หรือทุนทางสังคมของครอบครัว (Family resistance resource)** คือแหล่งประโยชน์ที่สามารถช่วยเหลือครอบครัวเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤต ได้แก่ การได้รับข้อมูลหรือความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาล เทศบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สัมพันธภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัว และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเพื่อน เพื่อนบ้าน ญาติพี่-น้อง เป็นต้น

**5. การรับรู้หรือการตีความของครอบครัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Family appraisal of the situation)** คือการให้ความหมายของครอบครัวต่อเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นว่ามีความหมายต่อครอบครัวอย่างไร ซึ่งการรับรู้ของครอบครัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จะเป็นตัวชี้นำให้เกิดพฤติกรรมตามความคิดความเชื่อ เช่น ครอบครัวรับรู้ว่าโรคที่เกิดขึ้นมีสาเหตุเกิดจากอะไร จะทำอย่างไรจึงจะมีอาการดีขึ้น ความเชื่อในการรักษาโดยใช้การรักษาทางเลือกและจิตวิญญาณเข้ามาเกี่ยวข้อง

**6. ความสามารถในการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาของครอบครัว (Family problem solving and coping)** คือความสามารถของครอบครัวหรือวิธีการในการจัดการกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น เช่น ครอบครัวมีการจัดการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการพาไปพบแพทย์ตามนัด ดูแลให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดูแลควบคุมอาหารให้เหมาะสมกับโรค สมาชิกในครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่เพื่อเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน หรือปล่อยปละละเลย ดูแลเหมือนที่ผ่านมาก่อนป่วย โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ เป็นต้น




**แผนภาพที่ 1** กรอบแนวคิดในการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlation Descriptive Research)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตตำบลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี ในปี 2560 มีจำนวนทั้งหมด 357 คน[11] กลุ่มตัวอย่าง คือตัวแทนสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังครอบครัวละ 1 คน ที่เป็นผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลรองของผู้ป่วยด้วย โรคเรื้อรังที่รักษาตัวอยู่ที่บ้าน เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และสามารถสื่อสารอ่านออกเขียนได้ การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้ G* power (version 3.1.9.2) โดยใช้สถิติทดสอบ F tests (Linear multiple regression: fixed model, R2 deviation from zero) จะได้ขนาดตัวอย่างร่วมเท่ากับ 197 คน และใช้การสุ่มโดยการจับฉลาก ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามปัจจัยทำนายความเครียดของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด (ST- 5)

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q9Q)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยทำนายความเครียดของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนมีจำนวน 18 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ปัจจัยทำนายความเครียดของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนตามกรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบไปด้วย 6 ปัจจัย ซึ่งแต่ละปัจจัย มี 3 คำถาม คณะผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยขึ้นขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและการประยุกต์ใช้กรอบทฤษฎีคืนสภาพครอบครัว(The resiliency model )[10] การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย มีการหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามปัจจัยทำนายความเครียดของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในด้านการพยาบาลครอบครัว การพยาบาลชุมชนและการพยาบาล จิตเวช ตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์การศึกษา และมีการหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try - out) กับประชากรที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง คือสมาชิกในครอบครัว ที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตตำบลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี ในปี 2560 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน ก่อนเก็บข้อมูลวิจัย หลังจากนั้นนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbrach’s alpha coeffcient) ได้ 0.83

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

พื้นที่ในการวิจัยคือ เขตตำบลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2559 ถึงวันที่ 1

กรกฎาคม พ.ศ. 2560 คณะผู้วิจัยได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและมีผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเยียจำนวน 3 ท่านโดยการเตรียมผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้มีกระบวนการชี้แจงขั้นตอนและวิธีการเก็บข้อมูลอย่างชัดเจน ก่อนการเข้าร่วมวิจัยคณะผู้วิจัยได้ชี้แจงสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์รวมถึงวิธีการในการวิจัย ให้ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอและให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบ 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้ขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง UBU-REC-13/2559 วันที่ให้ใบรับรอง 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2559

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และหาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple linear regression) กำหนดนัยสำคัญที่ $p < 0.001$ โดยมีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนด้วย Histogram, Boxplot, Scatter Plots, Probability Plots, Kolmogorov-Smirnov Test และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normality) มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง (Linearity) ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีความคงที่ (Homoscedasticity) และตัวแปรทำนายไม่มีความสัมพันธ์กันสูง (Multicollinearity)

**ผลการวิจัย**

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 50.30 เพศหญิงร้อยละ 49.70 อายุระหว่าง 46 – 55 ปี ร้อยละ 28.90 อายุเฉลี่ยคือ 50.81 ปี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 88.80 การศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้นร้อยละ 52.80 อาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 72.10 ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวเป็นครอบครัวขยายประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูกรวมญาติด้วยร้อยละ 51.30 โรคเรื้อรังของผู้ป่วยในครอบครัวคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 72.60 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังคือ 4 – 6 ปี ร้อยละ 29.90 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลรองร้อยละ 61.90 และได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพร้อยละ 99.00

**ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับของความเครียดและภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**

ผลการวิเคราะห์ระดับของความเครียดพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีความเครียดในระดับที่ก่อให้เกิดปัญหากับตัวเอง ยังสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆได้อย่างเหมาะสม ร้อยละ 87.30 รองลงมาคือมีความเครียดระดับปานกลาง สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด หรือมีเรื่องไม่สบายใจและยังไม่ได้คลี่คลาย ซึ่งต้องใช้เวลาในการปรับตัวหรือแก้ปัญหา ร้อยละ 11.70 และมีความเครียดระดับสูงที่อาจจะส่งผลเสียต่อร่างกาย ร้อยละ 1.00 ผลการวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าของสมาชิกครอบครัว

ที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าร้อยละ 97.97 ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 2.03 (4 คน) เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า เมื่อใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ประเมินในผู้ที่มีแนวโน้มว่าจะเป็นโรคซึมเศร้าทั้ง 4 คน พบว่าไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก

**ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเครียดของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤติ ปัจจัยความเสี่ยงหรือความเปราะบางของครอบครัว ปัจจัยลักษณะของครอบครัว ปัจจัยแหล่งประโยชน์หรือทุนทางสังคมของครอบครัว ปัจจัยการรับรู้หรือการตีความของครอบครัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และปัจจัยความสามารถในการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาของครอบครัว ที่มีผลต่อความเครียดของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังแสดงในตารางที่ 1

**Table 1.** Association between factors relating to stress and stress in family members with chronic disease patient in community.

| factors relating to stress | ($X_1$) | ($X_2$) | ($X_3$) | ($X_4$) | ($X_5$) | ($X_6$) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| - Situation ($X_1$) | 1.00 | | | | | |
| - Family vulnerability ($X_2$) | 0.79** | 1.00 | | | | |
| - Family typology ($X_3$) | 0.39** | 0.42** | 1.00 | | | |
| - Family resistance resource ($X_4$) | -0.36** | -0.51** | 0.00 | 1.00 | | |
| - Family appraisal of the situation ($X_5$) | 0.34* | 0.34* | 0.34* | 0.14 | 1.00 | |
| - Family problem solving and coping ($X_6$) | -0.53** | -0.64** | -0.36** | 0.59** | -0.02 | 1.00 |
| - stress in family members with chronic disease patient at community (Y) | 0.11 | 0.17 | -0.10 | -0.36** | -0.01 | -0.22** |

**p-value<0.01

จากตารางที่ 1พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 คือ ปัจจัยแหล่งประโยชน์หรือทุนทางสังคมของครอบครัว (X4) (r = -0.359) และปัจจัยความสามารถ ในการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาของครอบครัว (X6) (r = -0.222) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ตั้งแต่ -0.534 ถึง 0.788 แสดงให้เห็นว่าตัวแปรทุกตัว สามารถใช้เป็นตัวแปรพยากรณ์เพื่อการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ เนื่องจากมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไม่เกิน 0.80 ซึ่งจะไม่เกิดปัญหา Multicollinearity[12] โดยผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression) และคัดเลือกตัวแปรโดยวิธี Stepwise ดังแสดงในตารางที่ 2

**Table 2.** Association between factor predicting to stress and stress in family members with chronic disease patient at community**.**

| factor predicting | b | SE | $\beta$ | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| Constant | 8.601 | 1.278 | - | 6.730 | .000 |
| Family resistance resource ($X_4$) | -1.582 | .294 | -.359 | -5.373 | .000 |

R = .359; F = 28.868; p<.001

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเครียดของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression) และคัดเลือกตัวแปรโดยวิธี Stepwise พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายความเครียดของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และสามารถทำนายความเครียดของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 35.90 คือ ปัจจัยแหล่งประโยชน์หรือทุนทางสังคมของครอบครัว (Family resistance resource) ได้แก่ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านอย่างเพียงพอ การได้รับความช่วยเหลือและการติดตามจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เทศบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน และสัมพันธภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพที่ดีระหว่างเพื่อน เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง

**อภิปรายผลการวิจัย**

ผลการวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาความเครียดในสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่าส่วนใหญ่มีความเครียดระดับต่ำร้อยละ 87.30 มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน[13] ที่พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.92) มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ คือไม่มีความเครียดในระดับที่ก่อให้เกิดปัญหากับตัวเอง ยังสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้และปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากญาติผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมให้เกิดทักษะในการดูแลและเกิดผลลัพธ์ที่ดีจากการดูแล มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และครอบครัว ทำให้เกิดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับประเพณีวัฒนธรรมของภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความเชื่อและค่านิยมเกี่ยวกับบาปบุญ ความกตัญญูกตเวที การทดแทนบุญคุณผู้มีพระคุณ[13] และจากผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังในครอบครัวส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 72.60 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่เป็นภาระในการดูแลต่อผู้ดูแลมาก และระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในครอบครัวส่วนใหญ่คือ 4 – 6 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่นานพอให้ครอบครัวสามารถยอมรับและปรับตัวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงมีความเครียดในระดับที่ต่ำ

ปัจจัยที่สามารถทำนายความเครียดของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือปัจจัยแหล่งประโยชน์หรือทุนทางสังคมของครอบครัว ในการวิจัยในครั้งนี้หมายถึงแหล่งประโยชน์ที่สามารถช่วยเหลือครอบครัวเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤต ได้แก่ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านอย่างเพียงพอ การได้รับความช่วยเหลือและการติดตามจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เทศบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน และสัมพันธภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพที่ดีระหว่างเพื่อน เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความต้องการ[14] ที่ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักมีความต้องการด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด และยังสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง[15] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพและสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่างได้ สอดคล้องกับทฤษฎีคืนสภาพครอบครัว (The resiliency model ) ที่ระบุถึงหนึ่งในมโนมติ ที่สามารถกำหนดความสามารถของการปรับตัวเพื่อให้เกิดดุลยภาพของครอบครัว ทำให้ครอบครัวไม่เกิดความเครียดหรือภาวะวิกฤต คือ แหล่งประโยชน์หรือทุนทางสังคมของครอบครัว

การให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด จะต้องควบคู่ไปกับการดูแลและช่วยเหลือญาติผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวไปพร้อมกัน ไม่มุ่งเฉพาะการให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเท่านั้น แต่จะต้องให้การดูแลแบบองค์รวม กล่าวคือคำนึงถึงสวัสดิภาพและสุขภาพของญาติผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตและการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม มีการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพและการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงเครือข่ายความร่วมมือ ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และความต่อเนื่องในการประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาล ที่บ้านและแหล่งประโยชน์ในชุมชน[16] บุคลากรสุขภาพควรให้ความสนใจถึงผลกระทบของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน เนื่องจากภาวะสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต และการควบคุมอาการโรคหรือการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ถ้าสมาชิกครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังย่อมส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคุณภาพ ผลลัพธ์ตามมาที่จะเกิดกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถควบคุมอาการของโรคและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังลงได้ ในทางตรงกันข้าม ความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาจทำให้สมาชิกครอบครัวกลายเป็นผู้ป่วยเอง ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือไม่สามารถให้การดูแลที่เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างเต็มที่ ซึ่งอาจเป็นที่มาของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ นำมาซึ่งค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังและของโรงพยาบาล รวมถึงภาระของบุคลากรสุขภาพที่ต้องให้การรักษาพยาบาลต่อไป[16]

**จุดอ่อนของการศึกษาในงานวิจัย**

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลวิจัยในชุมชน ซึ่งจำเป็นต้องมีผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นผู้ที่รู้จักชุมชนเป็นอย่างดี ซึ่งในการเตรียมผู้ช่วยวิจัยได้มีกระบวนการชี้แจงขั้นตอนและวิธีการเก็บข้อมูลอย่างชัดเจน และให้ช่องทางติดต่อกับคณะผู้วิจัยได้หลายช่องทาง แต่ทั้งนี้อาจมีผลต่อการชี้แจงรายละเอียดต่างๆ และการตอบข้อซักถามจากแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลให้กับกลุ่มตัวอย่าง

**จุดแข็งของการศึกษาในงานวิจัย**

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 197 ครอบครัว จากครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมดในเขตอำเภอนาเยีย 357 ครอบครัว กลุ่มตัวอย่างจึงเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร และการวิจัยในครั้งนี้ได้แสดงถึงความสำคัญของแหล่งประโยชน์หรือทุนทางสังคมของครอบครัว ที่จะสามารถทำนายความเครียดของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

การวิจัยครั้งนี้ได้แสดงถึงความเครียดและภาวะซึมเศร้าของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน และแสดงถึงปัจจัยที่สามารถทำนายความเครียดของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ซึ่งเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพหรือหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง สามารถนำข้อมูลนี้มาใช้ในการวางแผนจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตใจของสมาชิกครอบครัว และเป็นการส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนอีกทาง

**สรุป**

สมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับต่ำร้อยละ 87.30 ปัจจัยที่สามารถทำนายความเครียดของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือปัจจัยแหล่งประโยชน์หรือทุนทางสังคมของครอบครัว ตามทฤษฎีคืนสภาพครอบครัว (The resiliency model) ได้อธิบายถึงความสามารถในการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวเพื่อไม่ให้เกิดความเครียดหรือภาวะวิกฤต ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าโดยธรรมชาติสมาชิกครอบครัวทุกคนมีจุดแข็ง มีศักยภาพในการเติบโต เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ทำหน้าที่เป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวก และส่งเสริมการใช้แหล่งประโยชน์ที่ก่อให้เกิดการคืนสภาพครอบครัวให้อยู่ในภาวะสมดุล เมื่อครอบครัวเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือภาวะวิกฤต เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพจึงต้องส่งเสริมให้ครอบครัวนำปัจจัยปกป้องออกมาทำงานให้พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง และสามารถเผชิญปัญหาได้[10] ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ปัจจัยปกป้องให้เกิดการปรับตัวไม่ให้เกิดความเครียดของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน คือปัจจัยแหล่งประโยชน์หรือทุนทางสังคมของครอบครัว ได้แก่ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านอย่างเพียงพอ การได้รับความช่วยเหลือและการติดตามจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เทศบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน และการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพที่ดีระหว่างเพื่อน เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlation Descriptive Research) การกำหนดตัวแปรและระดับของตัวแปรจึงมีความกว้าง จึงควรมีการทำวิจัยเชิงคุณภาพ เช่นการศึกษาแบบกรณีศึกษา(Case Study) ในครอบครัวของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่พบภาวะแทรกซ้อนและไม่สามารถควบคุมอาการป่วยได้ เกี่ยวกับสภาพปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน เพื่อเป็นการศึกษาเชิงลึกในการค้นหาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน อันจะนำไปสู่การวางแผนการจัดการและดำเนินการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

**กิตติกรรมประกาศ**

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากทุนวิจัยสถาบัน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

**เอกสารอ้างอิง**

1. National Statistical Office. Executive in Thai mental health survey [Internet]. Bangkok: National Statistical Office; 2015 [cited 2016 Sep2]. Availablefrom:http://service.nso.go.th/nso/web/survey/surpop2-4-10.html

2. Thai Health Promotion Foundation. Annual report 2013 [Internet]. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2013. [cited 2016 Sep 2]. Available from:http://www.thaihealth. or.th/Books/387

3. Piyayodilokchai H, Kampusiripong A, Sawatmuang M, Chandrapas T. Stress and stress coping of business information technology students of Rajamangala university of Technology Rattanakosin, Bophit Phimuk Chakkrawat. Nakhon Pathom: Rajamangala university of Technology Rattanakosin; 2015.(in Thai)

4. Wipulakorn P.Thailand's Suicide Rate Remains Constant in Recent Years [Internet]. Bangkok: MGR Online; 2015 [cited 2016 Sep 2]. Available from: https://mgronline.com/qol/detail/9590000021628

5. Boonvas K, Supanunt T, Chunhabordee A, Wae N. Caregiver stress and needs in caring disabled. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017; 4(1), 205-216. (in Thai)

6. Penlap N, Rungnirundorn T. Stress and associated factors among caregivers of chronic kidney disease patients at Department of Medicine, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Chula Med J. 2016; 60(4): 425 – 438. (in Thai)

7. Chayawatto C. Depression in the caregivers of stroke patients. Region 4-5 medical journal. 2016;35(1): 14-27. (in Thai)

8. Pakoakorn R, Kanjanatawan B, Channarong N. Prevalence and associated factors of depression in caregivers of patients with stroke at King Chulalongkorn Memorial hospital [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2014. (in Thai)

9. Kangjai W. Stress in Caregiver.[cited 2016 Sep 2]. Available from: http://www.eldercarethailand.com/content/view/1 5 9 / 80/.

10. Jongudomkan D. Family health nursing: theory and application for families with crisis situations. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 2015. (in Thai)

11. Ministry of Public Health. Non - Communicable diseases Information System (2560). [cited 2017 May 11]. Available from:http://203.157.166.6/ chronic/.

12. Pantakarn T. Factors influencing health promoting behavior among people in Ubon Ratchathani province. [M.P.H. (Health Promotion) in Public Health]. Ubon Ratchathani: Faculty of Graduate school, Ubon Ratchathani Rajabhat University, 2009. (in Thai)

13. Promboot P, Piaseu N, Sakunhongsophon S. Factors related to stress of family caregiver of patients with stroke at home. Ramathibodi Nursing Journal. 2014; 20(1): 82-96. (in Thai)

14. Kittivittayakul P, Chunhawiksit W. The needs and related factors of caregivers when caring for epileptic children. Songklanagarind Medical Journal. 2008; 26(4): 339 - 347. (in Thai)

15. Mueanchoo S, Keeratiyutwong P, Wachirawat W. Factors predicting the stress-coping ability of caregivers of spinal cord injury patients. Thai Journal of Nursing Council. 2016; 31 (1): 124-136. (in Thai)

16. Kasemkitwattana S, Prison P. Caregivers of chronic illness patients: risk group should not be disregard. Thai Journal of Nursing Council. 2014; 29(4): 22-31 (in Thai)

# บทวิจัย

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

ชลธิชา นิวาสเวส[*] วันเพ็ญ แก้วปาน[**]
สุรินธร กลัมพากร[***] ดุสิต สุจิรารัตน์[****]

**บทคัดย่อ**

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนโดยรวม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 จำนวน 200 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลการเข้าบำบัดบุหรี่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยมัชฌิมเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไค-สแควร์ และสถิติวิเคราะห์ความถดถอยลอจิสติกแบบไบนารี่ (Binary Logistic Regression Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า มีผู้รับบริการเลิกบุหรี่นานมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 25.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ ได้แก่ การรับประทานยาครบและจำนวนครั้งการรับบริการ โดยผู้รับประทานยาครบมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้มากกว่าผู้รับบริการที่รับประทานยาไม่ครบและผู้ที่ไม่ได้รับยาเท่ากับ 27.53 เท่า (OR = 27.53, 95 % CI = 3.35 – 22 .30) และผู้รับบริการที่มารับบริการมากกว่า 5 ครั้ง มีโอกาสเลิกบุหรี่ได้มากกว่าผู้รับบริการที่รับบริการน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง 6.30 เท่า (OR = 6. 30, 95% CI = 2.93 – 13.52) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่แก่ผู้รับบริการ โดยบุคลากรสาธารณสุขในคลินิกควรมีการติดตามและกระตุ้นเตือนผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยเน้นการรับประทานยาให้ครบตามแผนการบำบัด และจำนวนครั้งของการรับบริการตามนัด เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลและคำแนะนำ รวมถึงการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการเลิกบุหรี่ ซึ่งส่งผลต่อโอกาสการประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการ

**คำสำคัญ :** การเลิกบุหรี่/ คลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

*นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**ผู้รับผิดชอบหลัก, รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

****รองศาสตราจารย์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

# FACTORS RELATED TO SMOKING CESSATION OF CLIENTS IN SMOKING CESSATION CLINIC IN PUBLIC HEALTH CENTER BANGKOK

**Chonticha Nivasavesa[*] Wonpen Kaewpan[**]**
**Surintorn Kalampakorn[***] Dusit Sujirarat[****]**

## ABSTRACT

Smoking is a health problem that affects the individual, family and community. This study investigated factors related to smoking cessation of clients in a smoking cessation clinic in a public health center in Bangkok. This study used a cross sectional design of two hundred clients selected by stratified random sampling in 2555 (2011). Data were collected by questionnaire and from medical records. Statistical representation and analysis included percent, mean, standard deviation, Chi-square and binary logistic regression.

Results found that 25.5% of the clients had succeeded in quitting smoking for more than six months. The factors associated with success were haven taken the full course of medicine and number of times haven visited the smoking cessation clinic. The probability of smoking cessation in clients who took the full course of medicine was 27.53 times (OR =27.53, 95 % CI = 3.35 – 226.30) that for clients who took medicine sometimes or never, while the clients who visited the smoking cessation clinic more than 5 times were 6.30 times (OR = 6.30, 95% CI = 2.93 – 13.52) more likely to quit smoke than those that visited the clinic 5 or fewer times. This result shows the importance of health officers emphasizing adherence to medication and clients making scheduled visits to the smoking cessation clinic for successful quitting.

**KEY WORDS:** QUITTING SMOKING/ CLIENTS OF SMOKING CESSATION CLINIC, BANGKOK

Article info: Received December 28, 2018: Revised March 7, 2019 Accepted: August 25, 2019.

*Master Student, Master of Science (Public Health), Faculty of Public Health, Mahidol University

** Corresponding Author, Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

*** Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

****Associate Professor, Department of Epidemiology, Faculty of Public Health, Mahidol University

**ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา**

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนทั่วโลก ปัจจุบันมีคนสูบบุหรี่ประมาณ 1.1 พันล้านคน[1] ทางการแพทย์ยอมรับว่าควันบุหรี่มีสารเคมีจำนวนมากกว่า 250 ชนิด เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มากกว่า 25 ชนิดเป็นสารก่อมะเร็ง[2] นอกจากนี้ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเดินหายใจ โรคมะเร็งของอวัยวะต่างๆเป็นต้น[3] จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2560 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปบริโภคยาสูบมีจำนวนถึง 10.7 ล้านคน[4] แต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคที่มีสาเหตุจากบุหรี่จำนวน 7 ล้านคน ในจำนวนนี้ 6 ล้านคน เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่โดยตรง[2] สำหรับประเทศไทยทุกปีมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคที่เป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ประมาณ 54,512 คน นับเป็นสถิติที่สูงกว่าการเสียชีวิตจากโรคร้ายแรง เช่น โรคเอดส์ วัณโรค หรืออุบัติเหตุ[4] การช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบ ซึ่งจะส่งผลดีทั้งต่อตัวผู้สูบบุหรี่และบุคคลรอบข้าง แต่ที่ผ่านมาเน้นนโยบายและมาตรการระดับประเทศ การช่วยผู้ติดบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ทำน้อยที่สุด สาเหตุเนื่องจากการขาดระบบบริการที่ช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพผู้ติดบุหรี่ไม่สามารถเข้าถึงยาเนื่องจากราคายาที่แพงและเบิกไม่ได้ บุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการมีภาระงานมาก[6] การศึกษาระบบการช่วยเลิกบุหรี่ในประเทศไทยพบว่า บริการส่วนใหญ่ลักษณะเป็นคลินิกช่วยเลิกบุหรี่ บริการในวันและเวลาราชการ แนวทางการบำบัดโดยการใช้มาตรการ 5A ซึ่งเป็นมาตรการช่วยเลิกบุหรี่/ยาสูบ ประกอบด้วย Ask, Advise, Assess, Assist และ Arrange Ask คือ การสอบถามถึงประวัติการสูบบุหรี่/ยาสูบ Advise คือการให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่/ยาสูบ Assess คือการประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่/ยาสูบ Assist คือการบำบัดตามความเหมาะสม (ยาสมุนไพร ยาอดบุหรี่ หรือสารนิโคตินทดแทน) เพื่อให้สามารถเลิกบุหรี่/ยาสูบ Arrange คือการจัดให้มีการติดตามและประเมินผลการบำบัด[5] ปัญหาอุปสรรค พบว่าโครงสร้างการบริการช่วยเลิกบุหรี่ไม่ชัดเจน ขาดการสนับสนุนงบประมาณ ขาดบุคลากร ขาดการส่งต่อ และการติดตามยังไม่เป็นระบบ และนับตั้งแต่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การติดบุหรี่เป็นพฤติกรรมการเสพติดที่ต้องได้รับการรักษา[6] การบำบัดยังไม่แพร่หลาย คนไทยที่สูบบุหรี่ยังไม่รับรู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมเสพติด และมักจะสูบอย่างต่อเนื่อง เกิดการเสพติดบุหรี่แล้วมักจะเลิกยาก มักจะเกิดอาการถอนนิโคติน ทำให้เกิดอาการอยากบุหรี่ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่สุดในการขัดขวางทำให้ผู้สูบบุหรี่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จและต้องกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ แม้จะมีความพยายามเลิกด้วยตนเองแต่มักไม่ประสบผลสำเร็จ โครงสร้างของคลินิกที่ไม่ชัดเจนส่งผลให้การบริการช่วยเลิกบุหรี่เป็นงานที่แฝงอยู่ในกลุ่มงานอื่น ซึ่งมีภารกิจหลักอยู่แล้ว ทำให้ผู้ปฏิบัติมีภาระงานเพิ่มมากขึ้น สถานที่ให้บริการไม่เป็นสัดส่วน[7] คลินิกที่ให้บริการเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่มักจะรวมอยู่กับคลินิกบำบัดยาเสพติดหรือคลินิกจิตเวช

ผู้รับบริการที่จะเข้ามารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ จึงไม่นิยมที่เข้ามารับการรักษาด้วยเกรงว่าจะติดภาพกลายเป็นผู้เสพติดหรือผู้ป่วยจิตเวช ผลการสำรวจโรงพยาบาลและคลินิกเลิกบุหรี่ทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2552 พบว่า มีคลินิกเลิกบุหรี่ที่ได้มาตรฐานในการรักษาและมียาช่วยเลิกบุหรี่ให้บริการเพียงร้อยละ 31.1 เท่านั้น[8] จากผลการดำเนินงานของคลินิกเลิกบุหรี่ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2553 พบว่า มีผู้รับบริการที่เลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 27.0 และผู้กลับไปเสพซ้ำถึงร้อยละ 73.0 และในปี พ.ศ. 2554[9] พบว่า ในกรุงเทพมหานครมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 27.86 และอัตราการกลับไปเสพซ้ำถึงร้อยละ 72.96 ทั้งนี้มีผู้รับบริการเลิกบุหรี่ในระบบเพียงร้อยละ 3.4 เฉลี่ย 3 - 4 คนต่อเดือน[8] ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสการศึกษาน้อยและยากจน โอกาสการเข้าถึงระบบบริการเลิกบุหรี่น้อย ส่วนผู้ที่ใช้วิธีเลิกด้วยตนเองถึงร้อยละ 88.9 สามารถเลิกได้เพียงร้อยละ 3 - 5[10] จากปัญหาดังกล่าวการบำบัดช่วยเลิกสูบบุหรี่ จึงมีความจำเป็นที่ต้องทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมา โดยศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เข้ารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ว่ามีสาเหตุหรือปัจจัยใดบ้าง ที่ทำให้ยังผู้รับบริการยังเลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จและกลับไปเสพซ้ำอีกจำนวนมาก ทั้งที่ผู้รับบริการเลิกบุหรี่เหล่านี้ ได้ผ่านเข้าสู่ระบบการบำบัดบุหรี่แล้วก็ตาม และปัจจัยใดบ้างที่ทำให้ผู้รับบริการสามารถเลิกบุหรี่ได้ การเลิกบุหรี่ที่ไม่ประสบผลสำเร็จและอัตราการกลับไปเสพซ้ำที่สูงอยู่นั้นยังเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ที่สูบบุหรี่ บุคคลรอบข้าง รวมถึงเศรษฐกิจและสังคม การหาแนวทางบำบัดช่วยเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพเพื่อช่วยเหลือผู้ติดบุหรี่ให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ประสบความสำเร็จและเพิ่มจำนวนผู้เลิกบุหรี่ได้ให้มากขึ้น ยังควรต้องดำเนินการศึกษาหาแนวทางปฏิบัติต่อไป

ดังนั้นการศึกษาวิจัยถึงพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ ซึ่งจากกรอบแนวคิด PRECEDE - PROCEED Framework ของกรีน และกรูเธอร์[11] และจากการทบทวนวรรณกรรม โดยตัวแปรที่ทำการศึกษาได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เพื่อศึกษาว่าปัจจัยใดส่งผลต่อการเลิกบุหรี่และสามารถทำนายการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อศึกษาอัตราการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การมีโรคประจำตัว) ระยะเวลาการสูบบุหรี่ครั้งแรกถึงวันที่เข้ารับบริการ ประวัติระดับการติดสารนิโคตินเมื่อแรกรับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ลักษณะบริการ รูปแบบการบริการ และการ

ติดตามผลการบำบัดบุหรี่ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนของบุคคลในครอบครัว และการสนับสนุนจากเพื่อนสนิทกับการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

3. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

**คำถามการวิจัย**

1. อัตราการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร

2. ปัจจัยนำ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การมีโรคประจำตัว) ระยะเวลาการสูบบุหรี่ครั้งแรกถึงวันที่เข้ารับบริการ ประวัติระดับการติดสารนิโคตินเมื่อแรกรับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ลักษณะบริการ รูปแบบการบริการ และการติดตามผลการบำบัดบุหรี่ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนของบุคคลในครอบครัว และการสนับสนุนจากเพื่อนสนิทมีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานครหรือไม่อย่างไร

3.ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมสามารถทำนายการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานครได้หรือไม่

**สมมติฐานของการวิจัย**

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การมีโรคประจำตัว) ระยะเวลาการสูบบุหรี่ครั้งแรกถึงวันที่เข้ารับบริการ ประวัติระดับการติดสารนิโคตินเมื่อแรกรับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ได้แก่ ลักษณะบริการ รูปแบบการบริการ และการติดตามผลการบำบัดบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

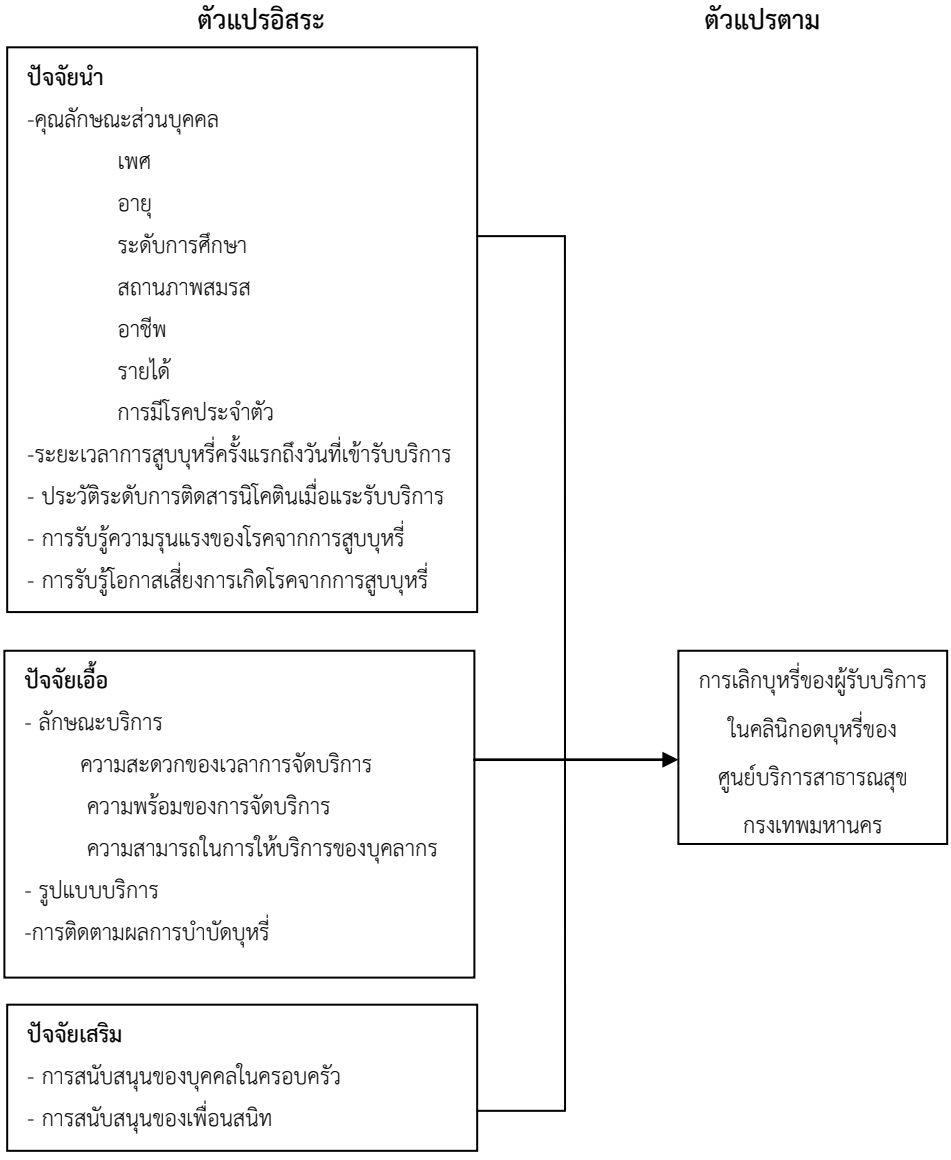
3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนของบุคคลในครอบครัว และการสนับสนุนจากเพื่อนสนิทมีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

4. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมสามารถทำนายการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดจาก PRECEDE-PROCEED Framework มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาหา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลิกบุหรี่ และจากผลการศึกษาจะสามารถนำข้อมูลที่ได้ใช้ในการปรับปรุงหรือเป็นแนวทางในการช่วยเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการประสบความสำเร็จมากขึ้น และสามารถลดผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในด้านต่างๆได้ ทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และการพัฒนาประเทศ

**กรอบแนวคิดการวิจัย**




**แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย**

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Studies) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของแดเนียล[12] ได้จำนวน 153 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 185 คน แต่เนื่องจากการเก็บข้อมูลเป็นการส่งแบบสอบถามซึ่งโดยทั่วไปมีอัตราการตอบกลับค่อนข้างต่ำ อาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของผลการศึกษาครั้งนี้ เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากปัญหาดังกล่าว ดังนั้นผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจากผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 ทั้งหมดจำนวน 310 คน ซึ่งมีอาสาสมัครตอบกลับจำนวน 200 คน คิดเป็นร้อยละ 64.5

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามมีจำนวน 2 ชุด

**<u>ชุดที่ 1 แบบสอบถาม</u>** ประกอบด้วย 4 ส่วน

**ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยนำ** ได้แก่

**คุณลักษณะส่วนบุคคล** ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การมีโรคประจำตัว) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

**ระยะเวลาการสูบบุหรี่ครั้งแรกถึงวันที่เข้ารับบริการ** ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

**แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่และแบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่** เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่ามี 5 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)

**ส่วนที่ 2 ปัจจัยเอื้อ** ได้แก่ **ลักษณะบริการ** เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับความคิดเห็นและการเข้าถึงระบบบริการมี 3 ระดับ จากเห็นด้วย (3) ถึงไม่เห็นด้วย (1)

**รูปแบบบริการ และการติดตามผลการบำบัดบุหรี่** เป็นข้อคำถามที่เกี่ยว กับความคิดเห็นและการเข้าถึงบริการ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

**ส่วนที่3 ปัจจัยเสริม** ได้แก่ **การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและการสนับสนุนจากเพื่อนสนิท** มี 3 ระดับ จากได้รับเป็นประจำ (3) ถึงไม่เคยได้รับ (1)

**ส่วนที่ 4** การเลิกบุหรี่ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับระยะเวลาที่ผู้รับบริการสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ นับตั้งแต่เข้ารับการบำบัดจนถึงปัจจุบัน โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

**<u>ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูล</u>** ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้เข้ารับบริการซึ่ง

เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจากคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ได้แก่

**ประวัติระดับการติดสารนิโคตินเมื่อแรกรับบริการ** เป็นข้อมูลที่ได้จากประวัติการบำบัดบุหรี่ของผู้รับบริการจากทะเบียนประวัติการรักษาในคลินิกอดบุหรี่ ใช้แบบบันทึกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข 2 ท่าน และภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ 1 ท่าน จากสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 1 ท่าน และผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 6 กรุงเทพมหานคร 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา และนำแบบสอบถามมาแก้ไขตามคำแนะนำ และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำนวน 30 คนเพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) และวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) การตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่าแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยจากการสูบบุหรี่เท่ากับ 0.84 แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่เท่ากับ 0.83 แบบวัดความคิดเห็นถึงลักษณะบริการ รูปแบบบริการ และการติดตามผลการบำบัดบุหรี่เท่ากับ 0.75 แบบวัดการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวเท่ากับ 0.97 และแบบวัดการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนสนิทเท่ากับ 0.97

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเมื่อได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร รหัสโครงการ U004q / 56 หนังสือรับรองเลขที่ 006 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจัดส่งทางไปรษณีย์ตามทะเบียนรายชื่อผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 จำนวนทั้งหมด 310 คน ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 เดือน ตั้งแต่เดือนสิงหาคม – ตุลาคม 2557 มีอาสาสมัครส่งกลับ 200 คน คิดเป็นร้อยละ 64.5 จากนั้นเก็บข้อมูลของผู้รับบริการจากแฟ้มประวัติโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

**ผลการวิจัย**

**ลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร**

ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ในคลินิกอดบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 85.0) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 15.0) มีอายุเฉลี่ยประมาณ 45.7 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 14.7) มีการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ

39.5) และ 1 ใน 2 ของผู้รับบริการเลิกบุหรี่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 57.0) มากกว่าครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 56.0) ซึ่งมีรายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท (ร้อยละ 37.0) รายได้เฉลี่ย 10,729.5 บาทต่อเดือน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8,328.6) ด้านสุขภาพของผู้รับบริการเลิกบุหรี่ พบว่า 1 ใน 3 มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 38.5) โดยโรคประจำตัว 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 29.5) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 11.0) และโรคหอบหืด (ร้อยละ3.0) ระยะเวลาการสูบบุหรี่ครั้งแรกจนถึงวันแรกที่เข้ารับบริการอยู่ในช่วง16- 30 ปีมากที่สุด(ร้อยละ 48.5) การประเมินความรุนแรงในการติดบุหรี่โดยใช้แบบสอบถาม Fagerstrom test พบว่าผู้รับบริการเลิกบุหรี่ในคลินิกมีระดับการเสพติดนิโคตินเมื่อแรกรับอยู่ในช่วงคะแนน 5 - 10 มากที่สุด (ร้อยละ 62.0) รองลงมา คือ ผู้รับบริการเลิกบุหรี่มีระดับการเสพติดนิโคตินเมื่อแรกรับอยู่ในช่วงคะแนน 3 – 4 (ร้อยละ 27.5) การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ พบว่าผู้รับบริการเลิกบุหรี่ในคลินิกส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 88.0) รองลงมา คือ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ12.0) การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ พบว่า ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 68.3) รองลงมา คือ ผู้รับบริการมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 31.2)

**การเลิกสูบบุหรี่ได้หลังการติดตาม 1 ปีของผู้รับบริการเลิกบุหรี่ในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร**

ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ในคลินิกอดบุหรี่ 1 ใน 4 สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้นานมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป (ร้อยละ 25.5) โดยผู้รับบริการเลิกบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้นานอยู่ระหว่างช่วง 21 - 30 เดือนมากที่สุด (ร้อยละ 70.6) พบว่าผู้รับบริการที่กลับมาเสพซ้ำหลังการเข้ารับบริการที่ระยะเวลาน้อยกว่า 1 เดือนมากที่สุด (ร้อยละ 39.4) มีผู้รับบริการเลิกบุหรี่ที่สามารถลดปริมาณการสูบลงได้ (ร้อยละ 21.0) โดยผู้รับบริการที่มารับบริการในคลินิกเลิกบุหรี่เคยสูบบุหรี่มีปริมาณมากกว่า 20 มวนต่อวัน (ร้อยละ 59.5) และปัจจุบันผู้รับบริการเลิกบุหรี่สามารถลดปริมาณการสูบลงได้เหลือ 1 - 9 มวนต่อวันมากที่สุด (ร้อยละ 61.9) โดย 3 ใน 4 ของผู้รับบริการเลิกบุหรี่ในคลินิกเลิกบุหรี่เป็นผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (ร้อยละ 74.5) ยังมีปริมาณการสูบบุหรี่อยู่ในช่วง 10 - 19 มวนต่อวันมากที่สุด (ร้อยละ 51.7) สำหรับสาเหตุที่ทำให้ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากที่สุด คือ ความเครียด (ร้อยละ62.5) รองลงมา คือ ความเคยชิน (ร้อยละ 57.5) ดังตารางที่ 1

Table 1. Number and percentage of clients in smoking cessation clinic classified by current smoking (n =200)

| Current smoking | Number | % |
|---|---|---|
| quit Smoking | | |
| quit smoking | 51 | 25.5 |
| Smoking | 149 | 74.5 |
| Duration of quitting to date (month) (N = 51) | | |
| 10 – 20 months | 10 | 19.6 |
| 21 – 30 months | 36 | 70.6 |
| 31 – 40 months | 5 | 9.8 |
| Mean = 24.6, S.D. = 4.6, Min = 10, Max = 34 | | |

**ปัจจัยทำนายการเลิกบุหรี่การเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร**

การวิเคราะห์เมื่อนำปัจจัยที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติ (p– value) น้อยกว่า 0.1 มาวิเคราะห์โดยใช้ Binary Logistic Regression เพื่อหาความสามารถในการทำนายของปัจจัยนำปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มี 6 ตัวแปร ได้แก่ การได้รับคำแนะนำทางโทรศัพท์ การได้รับยารับประทาน จำนวนครั้งการรับบริการ การนัด 2 สัปดาห์หรือ 1 เดือนช่วงแรก และนัดห่างออกไปหลัง 6 เดือน การได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการแพ้ยา และการได้รับคำชมเชยเมื่อสามารถลดบุหรี่ได้

การวิเคราะห์โดยใช้ Binary Logistic Regression พบว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับประทานยาครบ และจำนวนครั้งการรับบริการสามารถทำนายการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (p - value <0.001) ผู้รับบริการที่รับประทานยาครบมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้มากกว่าผู้รับบริการที่รับประทานยาไม่ครบและผู้ที่ไม่ได้รับยาเท่ากับ 27.53 เท่า (OR = 27.53, 95 % CI = 3.35 – 226.30) และจำนวนครั้งการรับบริการมากกว่า 5 ครั้ง (p - value <0.001) มีโอกาสทำให้ผู้รับบริการที่เข้ารับบริการสามารถเลิกบุหรี่ได้มากกว่าผู้รับบริการเลิกบุหรี่ที่มีจำนวนของการรับบริการน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้งเท่ากับ 6.30 เท่า (OR = 6.30, 95 % CI = 2.93 – 13.52) สำหรับการได้รับคำแนะนำทางโทรศัพท์ การนัด 2 สัปดาห์หรือ 1 เดือนช่วงแรกและนัดห่างออกไปหลัง 6 เดือน การได้รับคำแนะนำเมื่อมีอาการแพ้ยา และการได้รับคำชมเชยเมื่อสามารถลดบุหรี่ได้ไม่สามารถทำนายการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ดังตารางที่ 2

**Table 2**. Binary Logistic Regression Analysis the factors related to smoking cessation of clients in smoking cessation clinic in public health center Bangkok. (n = 200)

| Factors | OR | 95 % CI | p – value |
|---|---|---|---|
| Advised by phone | | | |
| Yes | 1.60 | 0.52 – 4.92 | 0.409 |
| No | 1.00 | | |
| Take Medicine for quit (bupropion SR and varenicline) | | | |
| Full course | 27.53 | 3.35 - 226.30 | 0.002* |
| Non Full course | 1.00 | | |
| Times to visit smoking cessation clinic | | | |
| ≤ 5 | 6.30 | 2.93 – 13.52 | < 0.001* |
| > 5 | 1.00 | | |
| Follow up 2 weeks or 1 month and 6 months | | | |
| Yes | 2.25 | 0.76 - 6.68 | 0.145 |
| No | 1.00 | | |
| Advised side effect of medicine | | | |
| Yes | 3.07 | 0.83 - 11.35 | 0.093 |
| No | 1.00 | | |
| Compliment for the tobacco quit | | | |
| Yes | 1.76 | 0.79 - 3.91 | 0.165 |
| No | 1.00 | | |

OR = Odds Ratio CI = Confidence Interval *p – value < 0.05

**อภิปรายผลการวิจัย**

อัตราการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ในคลินิกอดบุหรี่ 1 ใน 4 สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้นาน 6 เดือนขึ้นไป (ร้อยละ 25.5) ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้นานอยู่ระหว่างช่วง 21- 30 เดือนมากที่สุด (ร้อยละ 70.6) ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า ผู้รับบริการที่เข้าสู่ระบบการบัดบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้มากกว่าผู้สูบบุหรี่ที่เลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง จากสถิติของคลินิกเลิกบุหรี่

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ปี พ.ศ. 2559 พบว่าผู้รับบริการที่เข้าโครงการเลิกบุหรี่ในคลินิกเลิกบุหรี่จำนวน 102 คน สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ 18 คน (ร้อยละ 17.6)[13] การศึกษาครั้งนี้แม้ว่าอัตราการเลิกบุหรี่ไม่ได้เพิ่มขึ้นมาก แต่การศึกษาพบว่า การรับประทานยาครบและจำนวนครั้งการรับบริการสามารถทำนายการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ผู้รับบริการที่รับประทานยาครบมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้มากกว่าผู้ที่รับประทานยาไม่ครบและไม่ได้รับยา 27.53 (OR = 27.53, 95 % CI = 3.35 – 226.30) เท่า สอดคล้องกับการศึกษาการทบทวนวรรณกรรม มาตรการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานที่ทำงาน พบว่าการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ร่วมกับการรับคำปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่มสามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้สูงกว่าการใช้นโยบายบังคับ[14] และการศึกษายาวาเรนิคลิน สามารถเพิ่มโอกาสเลิกบุหรี่ได้ถึง 2 เท่า ควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่องไม่เกิน 12 สัปดาห์ [15] และผู้รับบริการที่มีจำนวนครั้งการรับบริการมากกว่า 5 ครั้ง มีโอกาสเลิกบุหรี่ได้มากกว่าผู้ที่มีจำนวนครั้งรับบริการน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง 6.30 เท่า (OR = 6.30, 95 % CI = 2.93– 13.52) สอดคล้องกับแนวโน้มอัตราการเลิกบุหรี่ที่สูงขึ้นจะสัมพันธ์กับระยะเวลาการพบแพทย์และจำนวนครั้งที่พบแพทย์ [16] การพบแพทย์ตามนัดทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลและติดตามผลการบำบัด ได้รับคำแนะนำในการแก้ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการเลิกบุหรี่ เช่น อาการข้างเคียงของการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ อาการถอนนิโคติน ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่สุดในการขัดขวางทำให้ผู้สูบบุหรี่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จและต้องกลับมาสูบบุหรี่ใหม่[17] ฯลฯ รวมถึงการได้รับกำลังใจและคำชมเชยจากบุคลากร ส่งผลให้ผู้รับบริการมีโอกาสเลิกบุหรี่ประสบความสำเร็จมากขึ้น ดังนั้นควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้รับบริการเห็นความสำคัญของการรับประทานยาครบตามแผนการรักษา และมารับบริการตานัด จะช่วยให้ผู้รับบริการมีโอกาสประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่มากขึ้น สำหรับปัจจัยอื่นๆไม่สามารถทำนายการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร

**จุดแข็งของงานวิจัยนี้**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยต่างๆ รวมถึงการสนับสนุนของบุคคลในครอบครัว และเพื่อนสนิทต่อการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของกรุงเทพมหานคร ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการที่เข้าสู่ระบบการเลิกบุหรี่และผ่านกระบวนการเลิกบุหรี่ของคลินิกอดบุหรี่กรุงเทพมหานคร การเก็บข้อมูลจะทำให้ได้ข้อมูลเฉพาะได้มากกว่า ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาวิจัยถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของผู้เข้ารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของกรุงเทพมหานคร

**จุดอ่อนของงานวิจัยนี้**

การเก็บข้อมูลใช้วิธีการตอบแบบสอบถามส่งกลับทางไปรษณีย์ ทำให้พบปัญหาข้อมูลไม่

ครบถ้วน เกิดความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล มีการย้ายที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง มีการสูญหายขณะนำส่ง

**สรุปผลการวิจัย**

ปัจจัยที่สามารถทำนายการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร คือ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ รูปแบบบริการ การได้รับผลิตภัณฑ์และยาช่วยเลิกบุหรี่และการติดตามผลการบำบัดบุหรี่ ได้แก่ จำนวนครั้งการรับบริการเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ผู้รับบริการที่รับประทานยาครบและมีจำนวนครั้งการรับบริการมากกว่า 5 ครั้งจะเพิ่มโอกาสให้ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่าผู้รับบริการที่รับประทานยาไม่ครบตามแผนการบำบัดบุหรี่และมีจำนวนครั้งการรับบริการน้อยกว่า 5 ครั้ง ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการนำผลการศึกษาไปขยายผลในการศึกษาและสามารถนำไปพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานระบบบริการในคลินิกอดบุหรี่ต่อไป

**ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย**

1. **ด้านบริหาร**

ผู้บริหารสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ควรกำหนดนโยบายแนวทางการบำบัดช่วยเลิกบุหรี่เป็นแนวทางเดียวกัน จัดสรรงบประมาณการดำเนินงานการบำบัดเพื่อการเลิกบุหรี่ที่เพียงพอทั้งด้านวัสดุอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ต่างๆ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน และบริการที่สะดวกต่อการเข้าถึงของประชาชนที่ต้องการเลิกบุหรี่

**2. ด้านบริการ**

2.1 คลินิกอดบุหรี่ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ควรจัดให้มีบริการบำบัดเชิงรุกในประชาชนที่อยู่ในวัยทำงาน หรือจัดบริการคลินิกนอกเวลา เพื่อให้ผู้รับบริการที่ไม่สะดวกในการเข้ารับบริการในวันและเวลาราชการ รวมทั้งการให้บริการเชิงรุกในชุมชน

2.2 ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสร้างเครือข่ายในการดำเนินงานการบำบัดการเลิกบุหรี่ร่วมกัน มีการส่งต่อที่เป็นระบบ

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

1. การศึกษาถึงการให้บริการบำบัดบุหรี่เชิงรุกในชุมชน ศาสนสถาน โรงเรียน สถานประกอบการ โดยใช้แนวทางบำบัดที่เต็มรูปแบบ รวมถึงการติดตามอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

2. การศึกษาคลินิกบำบัดบุหรี่ที่ให้บริการระดับปฐมภูมิ เพราะคลินิกดังกล่าวอยู่ใกล้ประชาชน การศึกษาด้านต่างๆ สามารถนำมาพัฒนาระบบบริการบำบัดบุหรี่และเป็นต้นแบบในการปฏิบัติงาน

**เอกสารอ้างอิง**

1. World Health Organization. Global health Observatory (GHO) data: second-hand Smoke [Internet]. Geneva; 2017. [Cited 2019 Sep 10]. Available from: http: //who.int/gho/phe/ Secondhand Smke/ en/.

2. Center for Disease Control and Prevention. Health effects of cigarette smoking [Internet]. 2017. [Cited 2019 Sep 10]. Available from: http://cdc. gov. tobacco/data_Statistics/factsheet/health effects/effects_cig_smoking/index.htm.

3. Vathesatokit P,Charoenca N. Tobacco control: Lessons learnt in Thailand. Indian Journal of Public Health. 2011; 55(3):228-33.

4. National Statistic Office. The survey of smoking and drinking behavior of the population 2014[Internet]. 2018. [Cited 2019 Sep 10]. Available from: http:// www1.health.gov.au/internet/publication /publishing.nsf/Content/tobacco-control-toc-smoking-rate.

5. Health Intervention and Technology Assessment Programe. Good to know about health screening[Internet]. 2019. [Cited 2019 Sep 17]. Available from: http://www.mycheckup.in.th/hitap/articl e_view.php?txtID=24.

6.World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic: the MPOWER package. Geneva;2008. 342 p.

7. Tipyawong T, Ratanasaeng P. Smoking cessation services system in Thailand. Department of Medical Services Journal. 2015; 40(2): 94-102.

8. Rungruanghiranya S. SMART Quit Clinic program. Bangkok;2011. 132 p.

9. Public Health Department, Bangkok Metro Politan Administration. Statistic report client in Pubilc Health Centers [Internet]. 2011. [Cited 2019 Sep 10]. Available from: http//203.155.220. 215/ healthsite/web2013/about6(Thi). php. (in Thai).

10. Pitayarangsarit S, Sommit K, Aium A-nun P. Situation of tobacco consumption by province In Thailand 2011. Bangkok; Healthwork. 2012. 104 p.

11. Green, L. W., & Kreuter, M .W. Health program planning: An educational and Ecological approach. New York : Mc Graw Hill; 2005.

12. Daniel, W. W. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 8th ed. USA: John Wiley & Sons; 2005. 780 p.

13. Thammasat University Hospital. Cigarrette clinical statistics report at health promotion. Journal of Public Health Nursing. 2016; 32(2): 137-53. (in Thai).

14. Nuchsongsin F, Chatdokmaiprai k, Pitayarangsarit S. Smoking cessation interventions in the workplace: a review. Journal of Health Science. 2018;27 (1) :67-75.

15. Burke M V, Hays J T, Ebbert J O. Varenicline for smoking cessation: a narrative review of efficacy adverse effects, use in at-risk populations, and adherence. Patient Prefer Adherence. 2016; 10: 435-441.

16. Fiore M C, Bailey W C, Cohen S J, et al. Treating tobacco use and dependence. AM J Prev Med. 2008; 35 (2) :158-176.

17. Weinberger A H, Krish-Sarin S, Mazure C M, McKee S A. Relationship of perceived risks of smoking cessation to symptoms of withdrawal, craving, and depression during short-term smoking abstinence. 2008. Addictive behavior; 33(7): 960-963.

# บทวิจัย

## พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัว

ธีรนันท์ วรรณศิริ*

**บทคัดย่อ**

เบาหวานเป็นโรคที่มีภาวะซับซ้อนต้องดูแลระยะยาวมีผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อระบบหลอดเลือดทั้งเล็กและใหญ่ในร่างกาย การลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวผู้ป่วยต้องดูแลตนเอง โดยมีสมาชิกในครอบครัวสนับสนุน การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว จำนวน 30 ครอบครัว เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นค่าร้อยละและข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

**ผลการวิจัยพบว่า** พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัว มีดังนี้ 1) การพึ่งพาไปเป็นเพื่อนพบแพทย์ตามนัด หรือขับรถรับส่ง 2) ช่วยเหลือในกิจกรรมที่มีข้อจำกัดทางสุขภาพ 3) เตือนใจผู้ป่วยให้ความสำคัญกับภาวะแทรกซ้อน 4) การจัดการเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยปรุงอาหารที่มีวัตถุดิบในชุมชน มีผักเป็นส่วนประกอบ อาหารรสไม่หวาน ออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพของร่างกาย เตือนการรับประทานยาเป็นครั้งคราว การสนับสนุนด้านอารมณ์ มีความรักใคร่ผูกพันกันในครอบครัว 5) การยอมรับความจริงและการปรับตัว 6) เพศภาวะมีผลต่อการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ในฐานะคู่สมรสและบุตรสาว โดยครอบครัวคาดหวังให้ผู้หญิงเป็นผู้ดูแลเนื่องจากเชื่อว่าหน้าที่การดูแลควรเป็นหน้าที่ของผู้หญิงตามวัฒนธรรมไทย และผู้ดูแลมีภาระอื่นที่ต้องทำ

ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ให้บริการด้านสุขภาพควรพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้สามารถดูแลได้ครอบคลุมความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดยเน้นให้ผู้ชายมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองให้มากขึ้นเพื่อลดภาระการดูแลของผู้หญิงในครอบครัวและปรับเปลี่ยนค่านิยมให้เกิดความเท่าเทียมกันในการเป็นผู้ดูแลที่ผู้หญิงและผู้ชายสามารถทำได้เช่นเดียวกัน

**คำสำคัญ** : **ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ ผู้ดูแล/ พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล**

---

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

# Caregiving Behaviors of Family Caregivers for Diabetes Mellitus Patients

Theranun Wannasiri*

**Abstract**

Diabetes mellitus is a multifactorial disease that requires long-term care since it involves major changes in both physical and psychosocial dimension of patients. It is a major problem leading to complications affecting both small and large blood vessels. To reduce the chances of developing long-term complications, patients need quality self-care activities involvement providing supportive behaviors. This qualitative research aims to study the effect of provision of family support for diabetes mellitus-affected patients with regard to self-medication. Thirty (30) families consisting of diabetes mellitus-diagnosed patients and their caregivers were selected using purposive sampling. In-depth interview and non-participatory observation were also used in collecting data. Data were characterized using descriptive statistics and content analysis.

The caregiving behaviors examined fell into 6 main areas: 1) Dependence on companions to meet doctor appointments or to drive and pick-up patients; 2) Caregivers assistance in activities for patients with health limitations; 3) Caregivers warnings to patients of potential danger; 4) Management of self-care of diabetic patients which included cooking food such as raw food with local ingredients, mostly involving vegetables with an absolute abstinence of sweets, exercise to maintain proper physical weight and strength of the body, medication monitoring of the timely intake of medicines, and emotional support and love from other family members; 5) Acceptance of realities and adaptation to them and 6) Most of the caregivers were female; they were the patient's spouse or daughter who was responsible enough to provide care according to gender roles in Thai tradition. In addition to caregiving, Thai females have many other family responsibilities.

Health care providers should support building capacities for diabetes mellitus patients together with family members to control the disease. Moreover, health care providers should assist men with diabetes mellitus to practice self-care to reduce the women's burden in the family and support men and women's access to the caregiving role.

**Key words:** diabetes mellitus patients/ caregivers/ caregiving behaviors

Article info: Received December 12, 2018; Revised March 22, 2019; Accepted July 4, 2019.

* Assistant Professor, College of Nursing , Christian University of Thailand, Muang District, Nakhonpathom Province, Thailand 73000. E mail: wtranun@hotmail.com

**ความสำคัญและที่มาของการศึกษา**

เบาหวานเป็นโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับประเทศและโลก การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีอัตราความชุกของโรคเบาหวานจากร้อยละ 6.9 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี 2557 และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ความชุกของผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารสูงพบร้อยละ15.6 ผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 43.2 ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อนว่าเป็นโรคเบาหวาน[1] แสดงว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานอีกจำนวนหนึ่งที่ยังไม่ได้รับการรักษา โรคนี้มีผลต่อสุขภาพและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและประเทศ การรักษาโรคจะได้ผลดีถ้าผู้ป่วยมีส่วนร่วมและกระตือรือร้นต่อการรักษา ผู้ป่วยต้องการแรงจูงใจ ความรู้และยึดมั่นการปฏิบัติที่ซับซ้อน เป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยได้แก่การควบคุม เมตาบอลิค ลดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี[2]

วัตถุประสงค์ในการรักษาโรคเบาหวานได้แก่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุดเพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการปรับพฤติกรรมเรื่องการควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกายที่เหมาะสม การคลายเครียดและการดูแลสุขภาพทั่วไป[3] ผลกระทบของโรคทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาการกระหายน้ำมาก ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ตามัว แผลหายช้า ชาตามปลายมือและเท้า[4] ถ้าผู้ป่วยควบคุมโรคไม่ได้จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ความผิดปกติที่ไต ระบบประสาท โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต[5] การควบคุมโรคเบาหวานเป็นสิ่งสำคัญต้องมีการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วย ได้แก่การจัดหาอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การติดตามน้ำตาลในเลือด การใช้ยา ซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้ป่วยเอง โดยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ[6] ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่แบบเป็นทางการหมายถึงกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ และแบบไม่เป็นทางการ เป็นผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวเรียกว่าเป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ เป็นผู้ให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่างๆ ที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมมาก่อน ไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนแต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณ หน้าที่หรือมีความสัมพันธ์ทางการสมรส[6] สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลจะเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วย มีความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและทางจิตใจรวมทั้งเผชิญกับสภาวะการเจ็บป่วยด้วยกัน มีการศึกษาพบว่าการสนับสนุนของครอบครัวเป็นตัวทำนายที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยยึดมั่นในการปฏิบัติ โดยความร่วมมือกันของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ[7] เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวเนื่องจากสภาวะของโรค ความทุพลภาพ การเสื่อมถอยด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ก่อให้เกิดผลกระทบต่อ

ผู้ป่วยในด้านการทำกิจวัตรประจำวันหรือต้องบำบัดโรคในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือตลอดไป การดูแลผู้ป่วยขึ้นอยู่กับการจัดการตนเองและครอบครัว[8] แนวความคิดของการดูแล ได้แก่ 1) เป็นสภาวะของความเป็นมนุษย์ 2) ความมีคุณธรรม 3) เป็นอารมณ์ความรู้สึก 4) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 5) เป็นการปฏิบัติทางการพยาบาล ผลที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ที่เป็นนามธรรมและการตอบสนองทางร่างกายต่อผู้ป่วย[9] การดูแลอาจเกิดปัญหาเนื่องจากผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคและวิธีการดูแล ปัญหาทางด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย ระดับความเจ็บป่วย ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเชื่อ ทัศนคติ ปัญหาการเงิน และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย[6] นอกจากนั้นจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยตรงได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ ไตวาย ผู้ที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หรือมีอาการไม่คงที่ต้องนอนโรงพยาบาลบ่อย[10] การดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวเป็นหน้าที่ของครอบครัว มีการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเพื่อควบคุมโรคเบาหวานจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี[11] และการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาได้ และมีความผาสุกด้านจิตใจ อาการทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้น[12] ในต่างประเทศได้มีการเตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลก่อนให้การดูแล ได้แก่ให้ความรู้เรื่องโรค วิธีการควบคุมโรค และสอนให้ผู้ป่วยปรับสภาพการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปอย่ารุกเร้า ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ใช่การจับผิดเปลี่ยนวิถีชีวิตเหมือนกันทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อผู้ป่วยจะไม่โดดเดี่ยว ตั้งเป้าหมายเล็กๆ ร่วมกันกับผู้ป่วยเพื่อไปให้ถึงจุดหมาย ทำงานร่วมกันกับทีมสุขภาพพบแพทย์ตามนัดด้วยกันถามข้อสงสัยในการควบคุมโรค นอกจากนั้นผู้ดูแลควรหาสิ่งสนับสนุนตนเองด้วย[9] ในสหรัฐอเมริกามีผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ให้การช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน จัดยา เตรียมอาหาร วิธีการสนับสนุนมีหลากหลาย ได้แก่ทำกิจกรรมให้หรือการให้กำลังใจ ได้แก่ การอ่านรายการอาหารให้ผู้ป่วยฟัง การปรึกษาแพทย์ในเรื่องอาหารร่วมกัน การกระตือรือร้นในการจัดการอาหาร การจัดยา หรือการสังเกตอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ สิ่งเหล่านี้เป็นการอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ส่วนการไม่สนับสนุนของครอบครัวได้แก่เกิดความขัดแย้งกับผู้ป่วย[13]

การสำรวจอัตราป่วยโรคเบาหวานของผู้ป่วยในต่อแสนประชากรของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าจังหวัดนครปฐมเป็นอันดับที่ 9 จาก 44 จังหวัด[14] จากการศึกษาสถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดนครปฐมโดยการสนทนากลุ่มกับญาติผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าส่วนใหญ่ญาติขาดความรู้เฉพะต่อโรคเบาหวาน เพราะไม่เคยได้รับการอบรมจากบุคลากรทางการแพทย์ และไม่ได้ร่วมรับรู้ปัญหาของโรคพร้อมผู้ป่วยจากแพทย์[15] ตำบลโพรงมะเดื่ออำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมเป็นพื้นที่ที่มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐมจะพัฒนาให้เป็นตำบลผาสุก โดยพัฒนาศักยภาพของประชาชนและสุขภาพควบคู่ไป ตำบลนี้มี

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 300 คน[16] มี รพ.สต. 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหุบรัก และตำบลโพรงมะเดื่อ จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะในการควบคุมโรคเบาหวาน สมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญในการมีส่วนร่วมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดี เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ลดอัตราการเกิดภาวะทุพพลภาพ และเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร ผู้วิจัยจึงศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้ดูแลเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาครอบครัวให้มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยดียิ่งขึ้นสืบไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้ดูแลในครอบครัว

**กรอบแนวคิดในการวิจัย**

จากการศึกษาทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้ดูแล จะใช้การดูแลตนเองของโอเรม[17] เป็นกรอบในการศึกษา ซึ่งการดูแลตนเอง เป็นการทำหน้าที่ของบุคคลที่กระทำอย่างจงใจ เพื่อคงรักษาการทำหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจ มีการเรียนรู้ในการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก โรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาหายได้ ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในการปฏิบัติตนเองอาจมีข้อจำกัด จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของบุคคล ผู้ศึกษาจะประยุกต์ทั้ง 2 แนวคิดนี้มาศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมของ เฮ้าส์[18] ซึ่งมี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ ได้แก่การให้ความรัก ความเห็นอกเห็นใจ และความห่วงใย 2) ด้านสิ่งของ ได้แก่การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของหรือเงิน 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และ 4) การประเมินสะท้อนคิด ได้แก่การเตรียมข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์ในการประเมินด้วยตนเองหรือการสะท้อนความคิดของตนเอง

**วิธีการดำเนินการวิจัย**

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาที่เสนอรายละเอียดของการศึกษาด้วยเทคนิคการบรรยาย ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมเนื่องจากเป็นตำบลผาสุกของมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

**ผู้ให้ข้อมูลหลัก** ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยเบาหวาน 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันในตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม โดยคัดเลือกครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานอย่างเฉพาะเจาะจง

**เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวาน** ได้แก่ 1) อาศัยอยู่ในตำบลโพรงมะเดื่อไม่น้อยกว่า 2 ปี 2) สื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย 3) ยินดีให้ข้อมูล 4) ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ไม่เจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล 5) รักษาโรคเบาหวานที่

รพ.สต.บ้านหุบรัก ตำบลโพรงมะเดื่อในระยะแรก และอาจจะย้ายไปรักษาที่อื่นในภายหลัง

**เกณฑ์การคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน** ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 2) อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) ยินดีให้ข้อมูล 4) สื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย

**จำนวนครอบครัวผู้ให้ข้อมูลหลัก** ได้แก่ ครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 30 ครอบครัว ประกอบด้วยผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 30 คน และผู้ดูแล จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลช่วงมีนาคม–ตุลาคม 2554

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เทปบันทึกเสียง 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสัมภาษณ์ทั้งผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแล เป็นแนวคำถามที่สอดคล้องกันตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่านและแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแล จำนวน 5 คน เพื่อทดสอบภาษาที่ใช้ และนำมาปรับให้เหมาะสม ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแล ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเบาหวานทำกิจกรรมอะไรบ้างในครอบครัวและปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อควบคุมโรค 2) การดูแลหรือช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานทำอย่างไรบ้าง 3) ปัญหาอุปสรรคในการดูแลมีอะไรบ้างและแก้ปัญหาอย่างไร 4) แบบสังเกตทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ 4.1) ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม 4.2) สีหน้าและน้ำเสียงขณะให้สัมภาษณ์ 4.3) การเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นต้น

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยได้ศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่รพ.สต.บ้านหุบรัก ตำบลโพรงมะเดื่อและนัดพบผู้ป่วยในวันแพทย์นัดตรวจโรคเบาหวาน ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และขอนัดวันสัมภาษณ์ผู้ดูแลและผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะแยกเก็บข้อมูลแต่ละครอบครัว โดยการสอบถามและสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกๆ รายรายละ 1-2 ครั้ง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้ายังไม่สมบูรณ์จะเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนได้ข้อมูลอิ่มตัว ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด จำนวน 30 ครอบครัว ได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแล เก็บข้อมูลช่วงมีนาคม–ตุลาคม 2554

**ความน่าเชื่อถือของการวิจัย**

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลสามเส้าเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ ผู้เก็บข้อมูลประกอบด้วยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 1 คน ซึ่งเป็นอาจารย์คณะครุศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ก่อนเก็บข้อมูลได้ประชุมวิธีการเก็บข้อมูล ชี้แจงแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ให้มีความเข้าใจตรงกัน การเก็บข้อมูลส่วนใหญ่จะนัดไปตรงวันที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่บ้านพร้อมกัน แต่จะแยกถามแต่ละคนโดยลำพัง หรือถ้าไม่อยู่พร้อมกันจะสัมภาษณ์คนใดคนหนึ่งก่อน แล้วนัดอีกคนครั้งต่อไป แบบสัมภาษณ์จะมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ผู้สัมภาษณ์จะสังเกตที่อยู่อาศัยและปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูล และท่าทางการเดินของผู้ป่วย เมื่อได้ข้อมูลแล้วจะนำข้อมูลมา

วิเคราะห์และอภิปรายร่วมกัน จนมีความเห็นสอดคล้องกัน ผู้วิจัยถอดเทปข้อมูลแต่ละรายและวิเคราะห์ข้อมูลกับผู้ช่วยวิจัย และเก็บเอกสารเพื่อตรวจสอบซ้ำได้

**การวิเคราะห์ข้อมูล** มีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์สาระเนื้อหา การตีความหมายและการให้ความหมายใช้วิธีการตีความหมายโดยพิจารณาความเหมือนและความต่างของข้อมูลโดยจัดหมวดหมู่ที่เหมือนกันไว้ด้วยกัน พร้อมทั้งให้ความหมายโดยอิงการตรวจสอบกับแนวความคิดและสถานการณ์ในชุม

**การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย**

โครงการวิจัยได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลนครปฐม เลขที่หนังสือรับรอง 013/2011

**ผลการศึกษา**

**1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และผู้ดูแล**

ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแลอยู่บ้านเดียวกัน เป็นสามี ภรรยาและบุตร การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ผู้ป่วยสูงอายุมีจำนวนร้อยละ 53.3 ทำเกษตรกรรมในครอบครัว วัยผู้ใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ค้าขาย ส่วนผู้ดูแลมีอาชีพคล้ายกับผู้ป่วย รับราชการ 1 ราย รายได้ต่อเดือนในครอบครัวมีรายได้น้อย ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานนานตั้งแต่ 1-15 ปี ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเป็นโรค ดังรายละเอียด ในตารางที่ 1

**Table1. Demographic data of Diabetes mellitus patients and caregivers**

| Data | Patients (n=30) Number (%) | Caregivers (n=30) Number (%) |
|---|---|---|
| Female | 21 (70) | 20 (66.7) |
| Age (years) Mean+ Standard Deviation | 59.7± 12.4 | 41.2 ± 12.9 |
| Married | 27 (90) | 25 (83.3) |
| Highest education Level at elementary | 23 (76.7) | 18 (60) |
| Occupation by employee, gardener, grocery, official | 20 (66.7) | 26 (86.7) |
| Role in family: Husband/wife/ Daughter | 25 (83.3) | 25 (83.3) |
| Family Number > 5 | 17 (56.7) | 17 (56.7) |
| Family income per month ≤ 5,000 baht | 19 (70.4) | 19 (70.4) |
| Diabetes duration 1- 15 years | 27 (90) | 24 (80) |

**2.ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย**

ปัญหาสุขภาพในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาก่อนเก็บข้อมูลมีอาการแสดงของโรคจำนวน 21 ราย ได้แก่ ชาตามปลายมือเท้า ตาพร่ามัว ปัสสาวะบ่อย อ่อนเพลียไม่มีแรง ดื่มน้ำมาก น้ำหนักลด เป็นต้น และพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน แต่ละคนอาจพบหลายโรคเรียงลำดับดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง 15 ราย (50%) มองเห็นภาพลดลงเป็นต้อกระจก 12 ราย (40 %) กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 7 ราย (23.3 %) เป็นโรคเกาต์ไตวายและโรคหัวใจอย่างละ 1 ราย และผู้ป่วยหญิงรูปร่างอ้วนปวดสะโพกเวลาเดิน 1 ราย

**3. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของผู้ดูแล**

ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้แก่ญาติผู้ดูแลในครอบครัว เป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ส่วนใหญ่ให้การดูแลในสิ่งที่ผู้ป่วยทำไม่ได้ หรือผู้ป่วยสูงอายุบุตรหลานจะปรนนิบัติดูแลเรื่องอาหาร ที่นอน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะทำกิจกรรมในครอบครัวเหมือนกับที่เคยทำก่อนรู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน ได้แก่ การทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน ทำเกษตรกรรม หรือค้าขาย เป็นต้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงซึ่งดูแลในบทบาทของเมียและลูกสาวดูแลผู้ชายที่ป่วยตามแนวทางยึดถือของสังคมไทยในบทบาทเพศภาวะที่เป็นหญิง ส่วนผู้ป่วยชายวัยผู้ใหญ่จะทำงานนอกบ้าน ได้แก่ อาชีพรับจ้างขับรถ ทำงานก่อสร้าง มักละเลยในการดูแลตนเอง รวมทั้งไม่ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้หญิงในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานผู้หญิงต้องดูแลตนเองเป็นหลัก พฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลมีประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

**3.1 การพึ่งพาไปเป็นเพื่อนพบแพทย์ตามนัด หรือขับรถรับส่ง** ผู้ป่วยเบาหวานจะไปตรวจที่รพ.สต.ตามแพทย์นัดทุก 1-2 เดือน ขึ้นอยู่กับระดับน้ำตาลในเลือด ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่ไม่สามารถเดินทางไปเองได้ ผู้ดูแลจะขับมอเตอร์ไซด์พาไปตรวจ และจะอยู่เป็นเพื่อนจนตรวจเสร็จ ในกรณีที่ผู้ดูแลต้องไปทำงานจะขับรถมาส่งและจะมารับกลับภายหลังจากรับยาแล้ว หรือผู้ดูแลอาจจะให้ญาติคนอื่นรับส่งผู้ป่วยแทน ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะนั่งรอหน้าห้องตรวจขณะผู้ป่วยพบแพทย์ คิดว่าเป็นหน้าที่ของผู้ป่วยที่ต้องเข้าไปพบแพทย์เองและปฏิบัติตัวตามที่แพทย์บอก ผู้ป่วยจะบอกว่าสมาชิกในครอบครัวไม่รู้การปฏิบัติตัวเรื่องโรคเบาหวานดังรายละเอียดดังนี้

*“บางครั้งก็นั่งรถเมล์ไปตรวจ ถ้าเราไม่ว่าง” (ID23,24)*

“ไม่เคยเข้าไปพบแพทย์ด้วย เพราะจะต้องไปถอนผักบุ้ง” (ID 2-23, 24)

“ไม่เคยเข้าไปตรวจกับแฟนทำให้ไม่รู้ว่าหมอบอกให้ทำอย่างไร”(ID.1,2,12,13,16,22,28-30)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาตรวจตามนัดเพราะกลัวแพทย์หรือพยาบาลไม่พอใจหรือยาใกล้หมด โดยมีผู้ดูแลอำนวยความสะดวกในการเดินทาง

**3.2 ช่วยเหลือในกิจกรรมที่มีข้อจำกัดทางสุขภาพ** ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยหญิงผู้สูงอายุ เดินนานแล้วจะปวดสะโพก จะมีบุตรชายเป็นผู้ดูแลช่วยอำนวยความสะดวกไปซื้อของที่ผู้ป่วยต้องการ ขับรถรับส่งเมื่อจะไปพบแพทย์และถ้าไม่ว่างจะให้ญาติมาแทน ผู้ป่วยเป็นแม่บ้านมีหน้าที่ทำอาหารและทำงานบ้านที่พอทำ

ได้ ผู้ป่วยหญิงอีกรายเป็นโรคเกาต์อยู่กับสามี อาชีพขายของชำที่บ้าน ปวดข้อเป็นบางครั้ง ถ้าวันไหนปวดข้อสามีจะช่วยเหลือโดยออกไปซื้อของมาขายเองตอนเช้า ซึ่งโดยปกติภรรยาจะเป็นผู้ไปซื้อของเอง และผู้ดูแลจะขับรถมาส่งเมื่อแพทย์นัดตรวจโรค ดังรายละเอียด

*“แม่ไม่ได้ออกไปข้างนอก ไม่เคยถามว่าเป็นอย่างไร เมื่อไปตรวจจะให้อาไปส่งเพราะผมไปทำงาน” (ID29)*

*“ผมจะขับรถไปส่งแฟนที่โรงพยาบาลนครปฐม เพราะแฟนตรวจโรคเก๊าต์ด้วย และจะรอหน้าห้องตรวจ” (ID1)*

ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจะมีผู้ดูแลทำกิจกรรมแทน ทำให้ผู้ป่วย ได้รับความสะดวกในการดำรงชีวิต

**3.3 เตือนใจผู้ป่วยให้ความสำคัญกับภาวะแทรกซ้อน** ผู้ดูแลบางรายให้ข้อมูลกับผู้ป่วยว่าเป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ เพราะมีประสบการณ์ เคยเห็นผู้ป่วยเบาหวานเป็นแผลที่เท้าและถูกตัดเท้าทำให้เกิดความพิการ บางคนเสียชีวิตในเวลาต่อมา ผู้ดูแลจะบอกผู้ป่วยถึงอันตรายถ้ามีแผลที่เท้า แต่ก็ไม่ทราบรายละเอียดในการดูแลเท้า ผู้ดูแลกลุ่มนี้จะเตือนผู้ป่วยให้ระมัดระวังอย่าให้เท้าเป็นแผล ให้ใส่รองเท้าออกนอกบ้าน ดังรายละเอียด

*“อย่าให้เท้าเป็นแผลให้สวมรองเท้าออกนอกบ้านทุกครั้ง” (ID 8,13,17,20,25)*

*“ระวังอย่าให้เป็นแผล เพราะเห็นป้าเป็นแผลที่ขาต้องตัดนิ้วและเสียชีวิต” (ID 14)*

ผู้ป่วยเบาหวานจะจำและปฏิบัติตามที่ผู้ดูแลเตือน เพราะเมื่อเป็นแผลที่เท้าแล้วอาจต้องถูกตัดขา เกิดความพิการ ผู้ป่วยจะระมัดระวังไม่ให้เกิดแผลที่เท้า โดยจะใส่รองเท้าเมื่อออกนอกบ้าน และถ้ามีแผลจะไปโรงพยาบาล

**3.4 การจัดการเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย** ผู้ป่วยเบาหวานต้องควบคุมโรคเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดปกติหรือใกล้เคียงปกติ โดยควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การใช้ยาและจัดการด้านอารมณ์ ซึ่งต้องมีผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนร่วมส่งเสริมพฤติกรรม ดังนี้

3.4.1 ด้านอาหาร ปรุงอาหารที่มีวัตถุดิบอยู่ในท้องถิ่นพวกผักผลไม้ รับประทานอาหารหลากหลาย และรสไม่หวาน ในชนบทจะรับประทานข้าวเป็นอาหารหลัก รับประทานวันละ 3 มื้อ เมื่อถึงเวลาอาหารจะรับประทานด้วยกัน ไม่ค่อยรับประทานอาหารนอกบ้าน หรือซื้ออาหารสำเร็จ ในชุมชนมีผักหลายชนิด เช่น ผักบุ้ง ถั่วฝักยาว พริก จึงนำมาปรุงอาหารให้มีความหลากหลาย เช่นแกงส้ม ผัดผัก ต้มผักสดจิ้มน้ำพริก อาหารเป็นเรื่องสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในครอบครัวเกษตรกรรมส่วนใหญ่จะปลูกผักบุ้งไว้ขาย และมีพืชผักสวนครัวต่างๆ ไว้ปรุงอาหาร ผู้ทำอาหารได้แก่ผู้ป่วยหรือบุตรสาว จะปรุงอาหารที่หลากหลายโดยมีพืชผักตามฤดูกาลในท้องถิ่น จะปรุงรสไม่หวาน ผู้ดูแลจึงไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหาร เพราะเป็นอาหารสุขภาพ จะรับประทานอาหารเหมือนกันทั้งครอบครัวเหมือนก่อนป่วย และเชื่อว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ทุกอย่าง สามารถรับประทานเหมือนคนอื่นๆ ไม่จำเป็นต้องแยกอาหารปรุงต่างหาก สำหรับผู้ป่วยชายจะมีภรรยาและลูกสาวดูแล ผู้ที่ทำงานนอกบ้าน จะควบคุม

อาหารยาก ภรรยาต้องเตือนให้ระมัดระวังอาหารที่ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง มีรายละเอียดดังนี้

*“แม่จะทำอาหารเอง ทำอาหารที่มีอยู่ตามธรรมชาติ”* (ID 2)

*“แม่ทำอาหารทุกอย่างไม่ค่อยใส่กะทิ”* (ID 11)

*“กินอาหารทั้ง 3 มื้อ กินทุกอย่างไม่มีของแสลง”* (ID 5, 24)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ดื่มน้ำอัดลมเพราะกลัวอันตราย จากการเตือนของแพทย์และผู้ดูแลจะรับประทานอาหารรสไม่หวาน ส่วนใหญ่จะปรุงอาหารที่มีผักเป็นส่วนประกอบ

3.4.2 การออกกำลังกายให้เหมาะสมตามสภาพร่างกายและการประกอบอาชีพ ครอบครัวที่ทำเกษตรกรรม ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะทำงานในสวนเกือบทั้งวัน กิจกรรมที่ทำได้แก่ ตอนเช้าจะปลูกผักบุ้งและถอนหญ้า ตอนเย็นถอนผักบุ้งเพื่อไปขายช่วงกลางคืน กิจกรรมที่ทำเป็นประจำเช่นนี้ได้ใช้แรงงานทั้งวันเป็นการออกกำลังกาย ส่วนผู้มีปัญหาสุขภาพ จะมีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย เช่นผู้ป่วยโรคเกาต์จะปวดข้อ ผู้ป่วยอ้วนเดินแล้วปวดสะโพก และผู้ป่วยโรคไตวาย ผู้ป่วยเหล่านี้จะทำกิจกรรมเฉพาะในบ้านเท่านั้น ส่วนผู้ป่วยชายที่ทำงานนอกบ้านรับจ้างขับรถ หรือทำงานก่อสร้างจะใช้แรงงานตามการประกอบอาชีพ ไม่ได้ออกกำลังกายอย่างเป็นแบบแผน ในครอบครัวที่ผู้ดูแลให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ผู้สูงอายุชายจะออกกำลังกายโดยใช้ไม้พองที่หน้าบ้านตอนเย็นทุกวัน จะมีบุตรสาวรับจ้างเย็บรองเท้าที่บ้านคอยเฝ้าดูและเป็นกำลังใจ ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงแม้จะอายุมากแล้ว การออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนจึงมีความหลากหลาย ดังคำกล่าว

*“ปกติแม่ถอนผักบุ้งอยู่แล้ว ทำทั้งวันและเหนื่อยเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว” (ID 7,9,11)*

“แม่ไปขายผักบุ้ง 3 ทุ่มถึงเที่ยงคืน และมาปลูกผักบุ้งตอน 6 โมงเช้า และลงแรงกับเพื่อนบ้านจนเย็น” (ID 9)

ผู้วิจัยสังเกตผู้ป่วยสูงอายุออกกำลังกายหน้าบ้านโดยใช้ไม้พอง ออกกำลังกายท่าทางคล่องแคล่ว มีความสุขในการออกกำลังกาย ถึงแม้จะอายุ 83 ปี แต่ยังดูแข็งแรง เมื่อถึงเวลาตอนเย็นจะต้องมาออกกำลังกายเป็นประจำ

3.4.3 เตือนเรื่องการรับประทานยาเป็นครั้งคราว_ผู้ป่วยทุกคนรับประทานยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด บางคนรับประทานเฉพาะเวลาเช้าก่อนออกไปทำงาน มีบางคนรับประทานทั้งเช้าและเย็น ผู้ป่วยจะจัดการเรื่องยาเอง บางครั้งอาจจะลืมแต่เมื่อนึกได้ก็จะรับประทานยาทันที ส่วนผู้ดูแลจะรู้ว่าผู้ป่วยต้องรับประทานยาช่วงเช้าหรือเย็นเท่านั้น แต่จะไม่รู้รายละเอียดว่ายามีผลอย่างไร ต้องรับประทานก่อนหรือหลังอาหาร ผลข้างเคียงเป็นอย่างไร คิดว่าเรื่องยาผู้ป่วยจะรู้ดีกว่าใคร ผู้ดูแลไม่เคยดูยาของผู้ป่วยว่าเหลือมากน้อยขนาดไหน เพียงแต่จะถามการรับประทานยาเป็นบางครั้ง ดังมีรายละเอียดดังนี้

*“ไม่รู้ว่ายากินตอนไหน เขารู้เองว่าจะกินยาตอนไหน” (ID 7-11, 19-21,23-24, 28,30)*

*“กินยาหรือยัง....” (ID 1, 16, 22, 26, 29)*

ผู้ป่วยจะรับผิดชอบการรับประทานยาเอง ผู้ดูแลเพียงแต่เตือนเป็นบางครั้ง

3.4.4 ด้านอารมณ์ มีความผูกพันรักใคร่กันในครอบครัว ครอบครัวในชนบทส่วนใหญ่จะทำกิจกรรมร่วมกัน ได้แก่ทำเกษตรกรรม การรับประทานอาหาร การพูดคุยกันในครอบครัว โดยเฉพาะในตอนเย็นภายหลังจากรับประทานอาหาร สมาชิกในครอบครัวจะพูดคุยกันเรื่องทั่วๆ ไป เช่นปัญหาในครอบครัว การทำมาหากิน หรือสอบถามอาการผิดปกติของผู้ป่วย ผู้ดูแลจะแสดงความเป็นห่วงและให้ข้อเสนอแนะ การได้ปรับทุกข์กันในครอบครัว ผู้ป่วยจะคลายเครียด ได้ระบายความรู้สึกออกมา หรือเมื่อลูกได้แสดงความรู้สึกเป็นห่วงใยในความเจ็บป่วยทำให้มีความรู้สึกสุขใจ ไม่กังวลเรื่องโรคเพราะมีคนในครอบครัวคอยห่วงใย ไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้ต่อสู้กับโรคเพียงคนเดียว มีกำลังใจจากคนในครอบครัว นอกจากนั้นยังได้ร่วมกิจกรรมในชุมชน หรือเทศกาลทางศาสนา ดังรายละเอียด

*“กินอาหารด้วยกัน นั่งคุยกัน ดูทีวี พูดคุยกันเรื่องทั่ว ๆ ไปในบ้าน” (ID 9,16,22,29)*

*“แม่จะบ่นเรื่องพี่สาว” (ID9, 29)*

“แม่ไปนอนโรงพยาบาลไหม หาหมอใหม่ลองดู” (ID19)

การได้พูดคุย หรือปรึกษากันกับสมาชิกในครอบครัว โดยมีบุตร สามี/ภรรยารับฟังและแสดงความรู้สึกห่วงใย ทำให้ผู้ป่วยคลายเครียด ลดความกังวลเรื่องโรค และดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

**3.5 การยอมรับความจริงและการปรับตัว** ตามการรับรู้ของผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ว่าผู้ป่วยเบาหวานเหมือนคนไม่ป่วยเพราะดำรงชีวิตได้ตามปกติ ทำกิจกรรมเหมือนก่อนเป็นโรคเบาหวาน ได้แก่การทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน ผู้ดูแลจึงปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนตอนที่ยังไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ผู้ป่วยรู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน ตั้งแต่ 1-15 ปี มีอาการของโรคเบาหวานเป็นมานานและได้รับการรักษาต่อเนื่อง ผู้ดูแลมีความรู้ในเรื่องโรคอย่างผิวเผิน ได้แก่ไม่กินของหวาน ออกกำลังกาย กินยาตามการรักษา แต่รายละเอียดเฉพาะในแต่ละเรื่อง เช่นปริมาณอาหารที่รับประทาน อาหารแลกเปลี่ยนเบาหวาน วิธีการออกกำลังกาย ความหนัก ระยะเวลาในการออกกำลังกาย และรายละเอียดเรื่องยาเป็นต้น ผู้ป่วยที่เป็นโรคมานาน ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป ผู้ดูแลจะเคยชินต่ออาการของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่ อาการชาที่เท้า ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ตามัว ผู้ดูแลไม่ได้กังวลในสิ่งที่เกิดขึ้นเพราะผู้ป่วยได้รับการรักษา พบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ส่วนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพอื่นร่วมด้วย ได้แก่ผู้ป่วยโรคเกาต์ ปวดสะโพกเวลาเดินหรือผู้ป่วยโรคหัวใจไตวาย จะทำกิจกรรมที่สามารถทำได้ กิจกรรมที่มีข้อจำกัดของโรคผู้ดูแลจะช่วยทำ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังทำกิจกรรมเหมือนเดิมมาเป็นเวลาหลายปี ผู้ป่วยชายวัยผู้ใหญ่ อาชีพรับจ้างขับรถ ทำงานก่อสร้าง ส่วนวัยสูงอายุจะอยู่บ้านหรือทำเกษตรกรรมกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งการทำงานทำให้เกิดความเพลิดเพลิน ไม่ได้กังวลกับโรค ดำรงชีวิตได้ตามปกติ ดังรายละเอียด

*“เขาก็เหมือนปกติ อาหารที่บ้านก็ทำไม่หวานก็กินได้เหมือนกันทุกคน” (ID 1-30)*

*“เขาดูแลตนเองได้ กินอาหารไม่หวาน จะกินผักมาก ผมไม่เคยแนะนำการออกกำลังกายหรือเรื่องอื่นๆ” (ID 23)*

*“แม่ทำความสะอาดเองมีห้องนอนส่วนตัว ห้องโล่งเย็นสบาย” (ID 5,7,9,11)*

ผลจากการที่ผู้ป่วยเป็นเบาหวานที่ยังทำงานได้ตามที่เคยปฏิบัติมา คุ้นชินกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น มีสมาชิกในครอบครัวดูแลในส่วนที่ไม่สามารถทำได้ ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้และอยู่กับโรคเบาหวานได้ตามปกติ

**3.6 ผู้หญิงกับภาระผู้ดูแล** ผู้หญิงในครอบครัวส่วนใหญ่ทำหน้าที่ดูแลความเป็นอยู่ของบุคคลในครอบครัว ทั้งเรื่องอาหาร ความเป็นระเบียบเรียบร้อยในบ้าน ความสะอาดห้องนอน และดูแลทุกข์และสุขของทุกคนในครอบครัว และถ้ามีบุตรยังเล็กก็ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวป่วย ผู้หญิงต้องทำหน้าที่ดูแลเป็นหลักเนื่องจากผู้ชายจะทำงานนอกบ้าน การดูแลเรื่องภายในบ้านจะเป็นของผู้หญิง จากข้อค้นพบมี 2 ประเด็น ดังนี้

3.6.1 เมียและลูกสาวคือผู้ดูแลสามี และพ่อ ผู้หญิงในครอบครัวที่มีสถานะเป็นภรรยาหรือลูกสาว จะทำหน้าที่ดูแลในครอบครัว ได้แก่ การปรุงอาหาร ความเป็นระเบียบเรียบร้อยในบ้าน ในครอบครัวขยายที่มีสมาชิกตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป ประกอบด้วยรุ่นปู่ ย่า หรือ ตา ยาย รุ่นพ่อ แม่ ลูก หลานอยู่ด้วยกัน ผู้ป่วยจะมีผู้ดูแลมากกว่าครอบครัวเดี่ยวที่มีสมาชิกในครอบครัวน้อย ผู้ป่วยชายสูงอายุจะมีลูกสาวดูแลในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย ทีนอน เพราะถือว่าเป็นหน้าที่ของผู้หญิง ส่วนผู้ป่วยชายวัยผู้ใหญ่จะมีภรรยาดูแล และส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้าน จะรับประทานอาหารนอกบ้านเป็นบางมื้อ ภรรยาจะต้องเตือนให้ระวังอาหารที่ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง นอกจากนั้นเมื่อถึงวันแพทย์นัด ภรรยาต้องมาเป็นเพื่อนและรอรับยาแทน เพราะสามีต้องไปทำงานต่อ ดังรายละเอียด

*“แฟนรับจ้างขับรถ บอกแฟนว่าอย่ากินของหวาน น้ำอัดลม” (ID 10,14,16)*

*“แนะนำให้ควบคุมอาหาร ไม่ให้กินทุเรียน มะม่วง ให้กินข้าวน้อยๆ ไม่ให้ดื่มน้ำอัดลม”(ID 4)*

*“ปัดกวาดที่นอนให้พ่อ” (ID 2,8,13)*

ผู้ป่วยชายสูงอายุในครอบครัวจะมีภรรยาและบุตรดูแลในเรื่องอาหาร ความเรียบร้อยภายในบ้าน การออกกำลังกาย และการพักผ่อน ส่วนผู้ป่วยชายที่ทำงานนอกบ้านจะมีภรรยาช่วยเหลือดูแลเรื่องอาหาร เตือนการรับประทานอาหารนอกบ้าน รับยาแทนเมื่อมาตรวจโรคตามนัด ผู้ป่วยรับฟังคำเตือนเพื่อไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน

3.6.2 ผู้ดูแลมีภาระอื่นที่ต้องทำ ผู้ดูแลเพศหญิงส่วนใหญ่จะทำงานทั้งในบ้านและนอกบ้าน ได้แก่การทำเกษตรกรรมด้วยกันในครอบครัว หรือรับจ้างงานมาทำที่บ้าน ในบางครอบครัวผู้ป่วยอยู่บ้านไม่ได้ประกอบอาชีพ มีลูกชายหาเลี้ยงในครอบครัว มีลูกสะใภ้ที่มีลูกเล็กซึ่งต้องดูแลลูกอย่างใกล้ชิด ทำให้ไม่มีเวลาได้พูดคุยกับผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนั้นผู้ดูแลหญิงต้องทำงานบ้าน ดูแลพ่อ/ แม่ และสามี ดังรายละเอียดดังนี้

*“ไม่รู้เรื่องเขาให้ทำอะไร อยู่บ้านเลี้ยงลูกซึ่งยังเล็ก ไม่มีเวลาดูแลเรื่องยา” (ID 10)*

*"แม่ทำสิ่งต่าง ๆ ได้เองเราก็มีงานทำ ต้องถอนผักบุ้ง เราเลี้ยงลูกที่ยังเล็ก" (ID 7)*

**การอภิปรายผล**

ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70 เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 53 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 76 สอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม พบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดนครปฐมปี 2552-2555 เป็นเพศหญิงร้อยละ 76 และมีอายุ 60-69 ร้อยละ 34[15] ระยะเวลาการเป็นโรคตั้งแต่ 1-15 ปี ร้อยละ 90 ผู้ป่วยทั้งหมดมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50 มีอาการตามัวเป็นต้อหินต้อกระจก จำนวน 12 คน กลั้นปัสสาวะไม่ได้ 7 คน ไตวาย 1 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับการรักษาที่รพ.สต. ยกเว้นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจะรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ได้แก่ผู้ป่วยไตวาย โรคหัวใจ และโรคเกาต์ ผู้ป่วยรู้ว่าเป็นเบาหวานเมื่อมีอาการเจ็บป่วยและได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งสอดคล้องกับการตรวจสุขภาพอนามัยของคนไทยที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 43.2 ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน[1] ผู้ป่วยอาจจะเป็นเบาหวานก่อนหน้านี้หลายปีและเกิดภาวะแทรกซ้อนแล้ว การเป็นโรคเบาหวานนานมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดเล็ก และหลอดเลือดใหญ่ การเกิดที่หลอดเลือดเล็ก ได้แก่ความผิดปกติที่ตา อาจพบก่อนที่จะวินิจฉัยโรค ความผิดปกติที่ไต ก่อให้เกิดไตวาย พบโปรตีนในปัสสาวะตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ความผิดปกติทางเส้นประสาท เกิดความผิดปกติของเส้นประสาทส่วนปลาย จะเป็นสัดส่วนของขนาดและระยะเวลาที่น้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วย 80 % ที่ถูกตัดขาเนื่องจากเป็นแผลที่เท้าเป็นผลจากเส้นประสาท ส่วนความผิดปกติที่ หลอดเลือดใหญ่ ได้แก่โรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิด stroke สูง 150-400 %[5] กลุ่มผู้ดูแลเป็นสามี/ภรรยา/บุตร ร้อยละ 83.3 ผู้ดูแลหลักเป็นผู้หญิงร้อยละ 66.7 ซึ่งเป็นลักษณะของสังคมไทยที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ในครอบครัวจะเป็นผู้หญิงที่จะดูแลสมาชิกในครอบครัว และเป็นบุตรซึ่งเรียกว่าญาติผู้ดูแล เป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการหรือญาติผู้ดูแล ได้แก่ ลูกสาวหรือภรรยาที่อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน[6,19] ครอบครัวส่วนใหญ่มีสมาชิกมากกว่า 5 คน ร้อยละ 56.7 ในชนบทในครอบครัวยังเป็นครอบครัวขยายประกอบด้วยปู่ ย่า ตา ยาย พ่อแม่และลูก ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวที่เฉพาะต่อโรคเบาหวาน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 53.3 เป็นวัยสูงอายุ ซึ่งจะได้รับการปรนนิบัติช่วยเหลือดูแลจากบุคคลในครอบครัวจากภรรยา ลูกสาวหรือลูกสะใภ้ ซึ่งเกิดจากค่านิยมของสังคมไทยที่นิยมให้บุตรหญิงดูแลบิดามารดามากกว่าบุตรชาย นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับบรรทัดฐานของสังคมที่สอนให้บุตรมีความกตัญญูเนื่องจากวัฒนธรรมครอบครัวไทยที่ให้การเคารพเชื่อฟังตามลำดับอาวุโส[20] ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสุขภาพดีอยู่ร่วมกันในครอบครัวจึงอยู่แบบพึ่งพาอาศัยกัน

**พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล**

พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน พบประเด็นที่สำคัญดังนี้

1. ให้การช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ โดยพึ่งพาเป็นเพื่อนไปพบแพทย์ตามนัด หรือขับรถรับส่งผู้ดูแลจะให้การช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ ได้แก่การขับรถพาผู้ป่วยไปตรวจที่โรงพยาบาลตามแพทย์นัด และมารับเมื่อตรวจเสร็จ หรือถ้าผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางสุขภาพผู้ดูแลจะช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ การดูแลนี้เป็นระบบการดูแลบางส่วน ทดแทนสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ ซึ่งสอดคล้องตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem)[17] ซึ่งแบ่งระบบการพยาบาลออกเป็น 3 ระบบย่อย ได้แก่ ระบบทดแทนทั้งหมด ระบบทดแทนบางส่วน และระบบสนับสนุนการศึกษาให้ความรู้

2. การเตือนให้ความสำคัญกับภาวะ แทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคเบาหวานเมื่อเป็นเรื้อรังและควบคุมโรคไม่ได้จะเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ สมอง ตา ไต และเส้นประสาท ซึ่งบุคคลต้องมีความรู้เรื่องโรคจึงจะทราบความเกี่ยวพันที่เกิดขึ้น ส่วนอันตรายที่เห็นได้ชัดเจนได้แก่การเกิดแผลที่เท้าเมื่อเป็นเบาหวาน ซึ่งอาจจะต้องถูกตัดขาได้ สิ่งนี้ผู้ดูแลเคยเห็นอันตรายที่เกิดกับผู้ป่วยเบาหวานคนอื่นมาก่อน จึงเตือนให้ผู้ป่วยเบาหวานระวังการเกิดแผลที่เท้า โดยให้ใส่รองเท้าทุกครั้งที่ออกจากบ้าน หรือถ้าเป็นแผลที่เท้าควรไปโรงพยาบาล การเตือนนี้ผู้ดูแลได้เรียนรู้จากสิ่งที่เคยประสบมาจากบุคคลอื่น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน กล่าวว่าการเรียนรู้มี 3อย่าง ได้แก่ การเรียนรู้แบบเชื่อมโยงความสัมพันธ์ การเรียนรู้จากผลกรรม และการเรียนรู้จากตัวอย่างหรือต้นแบบ[21] ดังนั้นวิธีการเรียนรู้ที่ดีอย่างหนึ่งคือการเห็นตัวอย่างจะทำให้จดจำได้ดี

3. การจัดการเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานต้องดูแลตนเองเพื่อการควบคุมโรคในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และด้านอารมณ์ โดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว ในชนบทเป็นครอบครัวขยายบุตรหลานจะดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การควบคุมเรื่องอาหารส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารที่มีวัตถุดิบในท้องถิ่น เช่นผักผลไม้ตามฤดูกาล ซึ่งเป็นอาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานได้ ผู้ป่วยที่เป็นแม่บ้านหรือลูกสาวจะทำอาหารเอง ทุกคนในบ้านจะรับประทานอาหารเหมือนกัน ซึ่งอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมีความยืดหยุ่นมากมีให้เลือกมากมายเรียกว่าอาหารแลกเปลี่ยน โดยผู้ป่วยสามารถเลือกกินอาหารที่ชอบในโอกาสพิเศษ และทุกคนจะเป็นโรคเบาหวานหรือไม่ ก็ควรกินอาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยผลไม้ ผัก ธัญพืช อาหารโปรตีนไม่มีมัน และไขมันที่มีผลดีต่อสุขภาพของหัวใจ ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานไม่จำเป็นต้องแยกอาหาร[22] การบริโภคผักและผลไม้ทำให้อิ่มท้องจะรับประทานอาหารได้น้อยลง ฮอร์โมนอินซูลินทำงานดีขึ้น การศึกษากลุ่มเสี่ยงเบาหวานพบว่าการบริโภคผักและผลไม้น้อยกว่า 400 กรัม/วัน เป็นปัจจัยให้เกิดโรคเบาหวาน[23] ดังนั้นอาหารที่รับประทานในครอบครัวจึงเป็นอาหารสุขภาพ ผู้ดูแลจะเตือนผู้ป่วยเบาหวาน

ชายที่ทำงานนอกบ้านไม่ให้ดื่มน้ำอัดลมจะทำให้น้ำตาลในเลือดสูงได้ ส่วนการออกกำลังกาย ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุจะทำเกษตรกรรมจะใช้แรงงานในการทำงาน จึงไม่ได้ออกกำลังกายอย่างเป็นแบบแผน ส่วนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจะทำกิจกรรมในส่วนที่ทำได้ มีส่วนน้อยที่ออกกำลังกายเป็นประจำ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องออกกำลังกายด้วยกัน ต้องเปลี่ยนวิถีชีวิตเหมือนกัน การทำกิจกรรมด้วยกันจะทำให้ผู้ป่วยไม่โดดเดี่ยว[9] การออกกำลังกายจะลดการดื้อต่ออินสุลิน เพิ่มความไวของเนื้อเยื่อในการตอบสนองของอินสุลิน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวานขาดการออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ เช่นมีข้อจำกัดด้านเวลา หรือไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต มีการศึกษาพบว่าถ้าผู้ป่วยได้ฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง[3] ส่วนการสนับสนุนเรื่องวัสดุสิ่งของ ได้แก่อุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด หรือเครื่องวัดความดันโลหิต ผู้ดูแลไม่ได้ซื้อไว้ในครอบครัวเนื่องด้วยรายได้ในครอบครัวเฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน และมีรายได้ไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับผลิตผลที่ได้จากการเกษตร จากการศึกษาพบว่ารายได้ของผู้ให้ข้อมูลต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยของครัวเรือนไทยในปี 2556 คือ 30,856 บาทต่อเดือน[24] รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต และการใช้ดูแลสุขภาพ ถ้าครอบครัวมีรายได้สูงจะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่อสุขภาพได้มาก เช่นในเรื่องอาหารที่มีคุณค่า หรือมีเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกัน จากการศึกษาพบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นปัญหาสำคัญในการใช้จ่ายกับผู้ป่วย เช่นค่าใช้จ่ายในเรื่องยา การเดินทาง อาหารบำรุงสุขภาพ เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องวัดความดันโลหิต[25] สอดคล้องกับการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานพบว่าภาวะเศรษฐกิจมีผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน[26]

การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยมีความผูกพันรักใคร่กันในครอบครัว โดยเฉพาะในครอบครัวขยาย บุตรหลานจะปรนนิบัติพ่อแม่ปู่ย่าตายาย การดูแลพ่อแม่ที่แก่ชราเป็นหน้าที่ของบุตรหลาน ซึ่งคำสอนทางพุทธศาสนาในเรื่องความกตัญญูกตเวที เรื่องผลกรรม โดยมีบรรทัดฐานทางสังคมคอยทำหน้าที่กำกับ เบาหวานส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวซึ่งมีลูกและหลาน จะมีการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว ได้แก่การรับประทานอาหาร การดูทีวี การปรึกษาเรื่องภายในครอบครัว หรือการสอบถามอาการเจ็บป่วยของสมาชิก มีการศึกษาพบว่าถ้าครอบครัวสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นอาจจากอาการของโรค หรือปัญหาในครอบครัว ผู้ป่วยจะมีความผาสุกทางจิตใจ การแสดงความเอาใจใส่ การแสดงออกซึ่งความรัก ความเอื้ออาทร ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีต่อกันทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวจัดการกับโรคเรื้อรังได้[26] ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการปฏิบัติตามการรักษา ได้แก่การสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องอาหาร ยา การออกกำลังกาย การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลเท้า ซึ่งการจัดการ

ตนเองเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมโรค[8] เมื่อผู้ป่วยรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวและยอมรับและเห็นคุณค่าจะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ผู้ป่วยที่รับรู้การสนับสนุนต่ำจะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ดีเมื่อมีความเครียด[27] จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาสุขภาพจิต 1 ใน 3 เนื่องด้วยการดูแลตนเองที่ยากในเรื่องโรค ปัญหาด้านสุขภาพจิตและสังคมเป็นตัวบ่งชี้หนึ่งที่ต้องดูแล ซึ่งการดูแลด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้[28] โรคเบาหวานเป็นโรคครอบครัว มีผลกับผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นการสนับสนุนของครอบครัวและร่วมจัดการโรคด้วย ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี กิจกรรมที่ควรทำด้วยกันได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และพบแพทย์[7]

**การยอมรับความจริงและการปรับตัว**

ผู้ดูแลรับรู้ว่าป่วยเบาหวานเป็นปกติไม่มีอะไรที่จะต้องปรับเปลี่ยน เพราะยังทำกิจกรรมได้เหมือนเดิม ผู้ดูแลประเมินจากอาการแสดง ไม่ได้เจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเบาหวานมาตั้งแต่ 1 ปี จนถึงมากกว่า 10 ปี เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ดำรงชีวิตได้ตามปกติ หรือผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนเป็นระยะเวลานาน เช่นตามัว ชาตามปลายมือหรือเท้า เป็นความดันโลหิตสูง ซึ่งมีอาการเป็นเวลานานจนเกิดความเคยชิน มีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเบาหวานมีการควบคุมโรคด้วยตนเองและให้คะแนนการจัดการตนเองสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ แสดงถึงการยอมรับการอยู่ร่วมกับโรคเบาหวานและความมั่นใจการยอมรับการควบคุมโรคได้ด้วยตนเองสูงในผู้สูงอายุไทย[29] ผู้ป่วยมีอาการคงที่ และทำกิจกรรมเหมือนที่เคยทำก่อนเป็นโรคเบาหวาน ผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วยมากกว่า 1 ปี จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการปรับตัวต่อสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยได้ดี เมื่อมีประสบการณ์การดูแลมาแล้ว 6 เดือน [30]

**ผู้หญิงกับการดูแลผู้ป่วย**

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 20 คน (ร้อยละ 66.7) ส่วนใหญ่เป็นภรรยาและบุตร ผู้ป่วยเบาหวานเพศชายมีจำนวน 9 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุ 4 คน จะทำการเกษตรและอยู่บ้าน วัยผู้ใหญ่ 5 คน วัยนี้จะมีอาชีพรับจ้างและทำเกษตรกรรมในครอบครัว ส่วนใหญ่ผู้หญิงที่เป็นภรรยา หรือบุตรสาวจะมีหน้าที่ดูแลสมาชิกในบ้าน ผู้ป่วยเบาหวานชายภรรยาจะเตือนสามีในเรื่องอาหารที่ไม่ควรรับประทาน การไปเป็นเพื่อนพบแพทย์ตามนัด และดูแลเรื่องภายในครอบครัว เพศชายจะได้รับการดูแลจากครอบครัวมากกว่าเพศหญิง และเพศหญิงจะดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย [31] ตามประเพณีผู้ชายกำหนดให้เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว และเป็นตัวแทนสมาชิกในครอบครัว ส่วนผู้หญิงที่เป็นแม่จะถูกกำหนดบทบาทให้ดูแลครอบครัว รับผิดชอบดูแลอารมณ์และความรู้สึกของคนในครอบครัว เป็นผู้ประสานงานให้สมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยกัน ซึ่งบทบาทของครอบครัว ได้แก่ การตอบสนองความต้องการสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานรวมทั้งการดูแลสุขภาพตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ อบรมเลี้ยงดูสมาชิกให้เป็นผู้ที่มีคุณภาพของสังคม สร้างฐานะทางเศรษฐกิจและสถานภาพทางสังคม และหน้าที่ในการสืบเชื้อสายการผลิต

สมาชิกใหม่[32] ผู้ดูแลเพศหญิงที่มีบุตรยังเล็กต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้สนใจผู้ป่วยเบาหวานน้อย มีการศึกษาครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วย พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวลดลงในครอบครัวที่ผู้ดูแลมีภาระมาก เช่นการประกอบอาชีพ การเลี้ยงดูบุตร[33] ในครอบครัวการดูแลผู้ป่วยเบาหวานถือว่าเป็นภาระหน้าที่ของครอบครัว มีการศึกษาต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในส่วนของการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยความร่วมมือของผู้ป่วยและครอบครัวให้มีทักษะช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการควบคุมโรคเบาหวานตั้งแต่การศึกษาหาความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับผู้ป่วย การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรค ตลอดจนครอบครัวต้องวางแผนและกำหนดเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม

**จุดอ่อนของงานวิจัย**

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จึงเห็นบทบาททางเพศหญิงมากกว่า และกลุ่มตัวอย่างมีวิถีชีวิตที่คล้ายคลึงกัน

**จุดแข็งของงานวิจัย**

จะเห็นความผูกพันของครอบครัวในชนบท การทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว มีเวลาพูดคุยปรึกษากัน การประกอบอาชีพทำด้วยกันมีความรักและความผูกพันกันในครอบครัว

**สรุป**

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัวในตำบลโพรงมะเดื่อ จังหวัดนครปฐม โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสามีหรือภรรยาและบุตร ผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัวที่อยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยซึ่งเป็นเบาหวานส่วนใหญ่ตั้งแต่ 1 ปี ถึงมากกว่า 10 ปี บางคนมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย และได้รับการรักษาโรคเบาหวานต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีอาการคงที่ยังทำกิจกรรมดังที่เคยทำมา การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยมีประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ 1) ช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำเองได้ ได้แก่ การพาไปพบแพทย์ตามนัด 2) ช่วยเหลือกิจกรรมผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางสุขภาพ 3) เตือนใจผู้ป่วยให้ความสำคัญกับภาวะแทรกซ้อน 4) การจัดการให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจ 5) การยอมรับความจริงและการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย 6) ผู้หญิงกับภาระผู้ดูแลจะมีภาระมากทั้งการดูแลภายในบ้าน การประกอบอาชีพ และความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชาย

**ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้**

1. ผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพในชุมชนควรฝึกให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความสามารถการจัดการตนเอง โดยการอบรมฝึกทักษะสมาชิกในครอบครัว และผู้ป่วยในเรื่องอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การคลายเครียดและการดูแลสุขภาพทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดี

2. สถานบริการสุขภาพควรส่งเสริมให้ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้าไปร่วมรับรู้การรักษาของแพทย์ เพื่อจะได้ร่วมกันส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ถูกต้อง

3. ในชุมชนควรติดตามการปฏิบัติตัวของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อเป็นกำลังใจและแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่พบในครอบครัว

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบบทบาทของญาติในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคได้กับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้

2. ควรศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนและทีมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่คนเดียว

3. ควรศึกษาคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานโดยเปรียบเทียบผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีปัญหาที่หลากหลาย

**เอกสารอ้างอิง**

1. Aekplakorn W. Report Thai Health by the 5th Physical in 2014. In: Diabetes Association of Thailand, The Endocrine Society of Thailand, Department of Medical Services, and National Health Security office (NHSO). Clinical Practice Guideline for Diabetes. [cited in 2018 April 2]. Available from https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/7711.

2. Anderson RM. Patient Empowerment and The Traditional Medical Model. A case of Irreconcilable Difference?. Diabetes care. 1995; 18: 412-415.

3. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2009. Diabetes Care.2009; 32 (Suppl.1): S13-S61.

4. Jiamcharasrungsi W. Chronic Care Model. Health Systems Research Institute; 2551 [cited in 2018 April 2]. Available from http//hdl.handle. net /123456789/2100

5. Fowler MJ. Microvascular and Macrovascular Complications of Diabetes. Clinical Diabetes. 2008; 26 (2): 77-80.

6. Sasat S. Gerontological Nursing: Common Problems and Caring Guideline. Bangkok, Chulalongkorn University; 2008. (in Thai).

7. American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT). Diabetes. 2015. [cited April 16], 2016. Available from http://www.aamft.org/immis15

8. Grey M, Knafl K, Mc R. A framework for the study-and family management of chronic conditions. *Nurs Outlook*. 2006; 54:278-286.

9. Morse JM, Solberg SM, Neander WL, Bottorff JL, Johnson JL. Concepts of caring and caring as a concept. ANS Adv Nurs Sci. 1990; 13: abstract.

10. Saipin Kasemkitwattana, Piyaporn Prison. Chronic Patients' Family Caregivers: A Risk Group That Must Not Be Overlooked. *Thai Journal of Nursing Council*. 2014; 29(4): 22-31. (in Thai).

11. Supachaipanichpong P, Attasopon L, Chumchuen P. Effectiveness of Social Support to Change Health Behavior in Glycemic control for Diabetic Patients type II in Phaengphuai Sup-district, Damnoensaduak District, Ratchaburi Province. *Mahasarakham Hospital Journal*. 2016; 13(2): 36-46.

12. Karlsen B, Idsoe T, Hanestad BR, Murberg T, Bru E. Perceptions of support, diabetes- related coping and psychological well-being in adults with type 1 and type 2 diabetes. *Journal Psychol, Health Med*. 2004; 9(1): 53-70.

13. Mayberry lS, Osborn CY. Family support, medication adherence and glycemic control among adults with type 2 diabetes. Diabetic care. 2012; 35: 1239-1245.

14. Bureau of Non Communicable, Department of Disease Control Ministry of Public Health. Data and statistics. [Internet]. 2013. [cited 20 December 2017]. Available from http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php

15. Wannasiri T, Sriphuthorn A, Wuttayaakul P. Situation of Diabeties Mellitus: Problems and Needs of Diabetes Mellitus Patients in Nakhon Pathom. Full research report. Nakhonpathom Province: Nakhonpathom Rajaphat University; 2013. (in Thai)

16. Prongmaduae Sub Distric Admin. Organization Office. Data of Diabetes Mellitus register in 2011.

17. Orem DE. Nursing: Concepts of Practices (6th ed) St.Louis: Mosby Year Book; 2001.

18. House JS. Work, stress and social support reading**.** Addison-Wesley, House; 1981.

19. Knodel J. Chayovan, N. Population Ageing and the Well-being of Olders in Thailand: Past Trends, Current; 2008.

20. Institute for Population and Social Research; Mahidol University.Thai Health 2007: The Scent of the Lamduan Flower: Preparing for an Aging Society. Amarin Printing and Publishing Ltd.: Bangkok; 2007.

21. Bandura A. Social-foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-hall;1986.

22. Campbell A. 5 Common Food Myths for People with Diabetes Debunked. [Internet]. 2011. [Cited 2018 April 25]. Available from http://www.joslin.org

23. Pradidthaprecha, A., Muktabhant, B. Dietary Factors Affecting Type 2

Diabetes Mellitus in People of Naklang District, Nongbualumpho Province. KKU RES J (GS). 2012; 12(3): 61-69.

24. National Statistic Office, Ministry of Information and Communication. Primary Report of Economy and society in Family. [Internet]. 2015. [cited 2017 October 14]. Available from http:// service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/ files/SocioSum58M6.pdf

25. Odume BB, Ofoegbu OS,Aniwada,EC, Okechukwu, EF.The influence of family characteristics on glycemic control among adult patients with type 2 diabetes mellitus attending the general outpatient clinic, National Hospital, Abuja, Nigeria. *S Afr Fam Pract*. 2015; 57(6): 347-353.

26. Wannasiri T. Family relationship in self-care promotion for controlling blood sugar in type 2 diabetes. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2016; 20 (2) :31-50. (in Thai)

27. Suphanee, S. Model of Care for Diabetic Patients through Families Community and Organization Participation; A Case Study in Pundon Subdistrict Udonthani Provinces. [ An Independent study Report for the Master of Nursing Subject Family Nursing]. Khon Khaen: Faculty of Nursing, Khon Khaen University, 2550.

28. Garrett C, Doherty A. Diabetes and mental health. Clinical Medicine. 2014; 14 (6): 669–72.

29. Reantippayasakul O, Boonsatean W. A Comparison of Illness Perception and Self-Management among Adults and Elderly with Type 2 Diabetes in Pathum Thani Province. Thai Red Cross Nursing Journal. 2017; 10 (1): 110-125. (in Thai).

30. Niyomthai N, Tonmukayaku O, Wonghongkul T, Panya P, Chanprasit C. Family strength in caring for a stroke survivor at home. *Pacific Rim Int J Nurs Res.* 2010; 14(1): 17-31.

31. Wanlaoo S, Malathum P, Siripitayakunkit A. Family Support Perceived by Older Persons with Controlled Type 2 Diabetes. *Rama Nurs J*. 2012; 18 (3) :372-388.

32. Thai Family link Association. Gender role in Family [Internet]. 2014 . [cited 2017 October 14]. Available from http: //www.thaifamilylink.net/web/node/ 11 (in Thai).

33. Koonnarong O, Thaniwatananont P.,Kitrungrote L. Caregiving Preparedness, Family Relationships and Role Strain among Caregivers of Muslim Stroke Patients. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2012; *4* (1): 14 – 27. (in Thai).

# บทวิจัย

## ปัจจัยทำนายสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่สถาบันบำราศนราดูร

**พิณทิพย์ สดวิไลย* พัชราพร เกิดมงคล****

**ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ*** พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ*****

**บทคัดย่อ**

สุขภาวะทางจิตมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางกาย เช่นโรคเรื้อรัง ซึ่งมักส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาวะทางจิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรังและมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ของสถาบันบำราศนราดูร ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 385 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดสุขภาวะทางจิตของรีฟฟ์ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและการถดถอยพหุ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางจิตในระดับปานกลาง โดยพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในชุมชน สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 51.2 ($p < .05$ )

ผลการวิจัยสนับสนุนว่า พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรให้ความสำคัญกับการประเมินสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ควรส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างอิสระ

**คำสำคัญ: สุขภาวะทางจิต/ ผู้สูงอายุ/ โรคเรื้อรัง**

---

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

****ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

# Predictive Factors of Psychological Well-Being Among Older Adults with Chronic Disease Receiving Care at Bamrasnaradura Infectious Disease Institute

**Pintip Sodvilai*Patcharaporn Kerdmongkol****
**Kwanjai Amnajsatsue*** Pimpan Silapasuwan******

**ABSTRACT**

Psychological well-being is important for older adults, especially those with physical illness, which often affects their psychological well-being. This descriptive research was conducted to examine psychological well-being and its predictive factors among older adults with chronic diseases. Study subjects were 385 older subjects diagnosed with a chronic disease and who received medical treatment at the outpatient department of Bamrasnaradura Infectious Disease Institute between June and August 2018. Data were collected by interview using a questionnaire developed by the researcher incorporating Ryff's concept of psychological well-being. Data were analysed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, Chi-square, and multiple regression analysis.

The results showed that most subjects reported a moderate level of psychological well-being. According to multiple regression analysis, health awareness, social support, health behavior and community participation jointly explained 51.2% of the variance of subject's psychological well-being ($p < 0.05$).

The findings suggest that community nurse practitioners should focus more on promoting health awareness, social support, health behavior modification, and community participation in order to maintain independent living among older adults with chronic disease.

**KEYWORDS:** psychological well-being / older adult / chronic disease

Article info: Received March 21, 2019; Revised May 10, 2019; Accepted August 25, 2019.

*Master student in community nurse practitioner, Faculty of Public Health, Mahidol University.

**Corresponding Author, Associate Professor Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University.

*** Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University.

****Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

**ความสำคัญและที่มาของการศึกษา**

การขยายตัวของประชากรผู้สูงอายุ กำลังเป็นปรากฏการณ์ที่สำคัญที่เกิดขึ้นทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า จากเดิมร้อยละ 11 ในปี ค.ศ. 2006 เป็นร้อยละ 22 ในปี ค.ศ. 2050[1] ประเทศไทยก้าวสู่สังคมสูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และมีแนวโน้มสถานการณ์ผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่แนวโน้มผู้สูงอายุอยู่คนเดียวหรืออยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อายุยิ่งสูงยิ่งเจ็บป่วย โดยเฉพาะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวานหรือไขมันในเลือดสูง ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้มีภาวะการพึ่งพิง ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและระยะยาว

โรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นผู้สูงอายุต้องประสบภาวะพึ่งพิงหลายด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านสังคมและจิตใจ เนื่องจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพจิต[2] จากการศึกษาของ Kamble และคณะ[3] ผู้สูงอายุมีปัญหาภาวะสุขภาพจิตถึงร้อยละ 41.3 และจากการศึกษาของศิริพันธ์ สาสัตย์[4] พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีความวิตกกังวลเพราะผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีปัญหาสุขภาพคือมีการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัวอย่างน้อย1 โรคส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลง มีภาวะทุพพลภาพหรือพิการ

สถาบันบำราศนราดูร เป็นโรงพยาบาลรัฐบาลเฉพาะทาง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่ในการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุม ตรวจ วินิจฉัย รักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเอดส์และโรคติดต่ออันตราย ต่อมาได้มีการปรับภารกิจใหม่ ดูแลและให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคเรื้อรังมากขึ้น จึงมีผู้รับบริการเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยโรคที่พบมากเป็นอันดับ 1 คือโรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ โรคเบาหวาน และโรคข้อเสื่อม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุในต่างประเทศยังมีข้อขัดแย้งกันในแต่ละพื้นที่ และระดับเศรษฐกิจ[5] รวมถึงยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำไปส่งเสริมบริการสุขภาพของสถานบริการให้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และปรับแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ให้เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการ วิถีการดำเนินชีวิตและบริบทของแต่ละบุคคล เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะในทุกมิติอย่างยั่งยืน

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อศึกษาสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยภาวะสุขภาพ ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยสิ่งแวดล้อม

กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

**กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย**

การเจ็บป่วยทางกายโดยเฉพาะโรคเรื้อรังมักมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต[6] รีฟฟ์ ได้กล่าวว่า การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตต้องพิจารณาถึงมิติทางสังคมเชิงบวกของบุคคลด้วยโดยจำแนกไว้เป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย 1. การยอมรับในตนเอง 2. การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆ 3. ความเป็นตัวของตัวเอง 4. ความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อมรอบตัว 5. การมีเป้าหมายในชีวิต และ 6. การเจริญพัฒนาแห่งตนในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงประยุกต์และบูรณาการใช้กรอบแนวคิดสุขภาวะทางจิตของรีฟฟ์ และทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ มาเป็นกรอบและตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีข้อจำกัด และการเสื่อมถอยในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งเกิดการเจ็บป่วยและเกิดโรคเรื้อรังได้[7] 2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านครอบครัว ที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่ตามลำพังถูกทอดทิ้งและเกิดความว้าเหว่ 3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาทหน้าที่ จากการเกษียณอายุการทำงานทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียรายได้ อำนาจ บทบาทและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 4) การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ที่มีความก้าวหน้าและใช้เทคโนโลยีมากขึ้น ผู้สูงอายุจึงอาจถูกมองว่าด้อยคุณค่า และไร้ความสามารถ เนื่องจากบุตรหลานไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้ อาชีพ และประสบการณ์จากผู้สูงอายุเหมือนในอดีต[8] การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวข้างต้นหากผู้สูงอายุไม่ยอมรับและปรับตัวไม่ได้จะเกิดผลกระทบทางด้านจิตสังคมทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต รบกวนการดำเนินชีวิต และส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ[9]

**วิธีการดำเนินการวิจัย**

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการศึกษาวิจัยพรรณนาเชิงวิเคราะห์ แบบภาคตัดขวาง

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ของสถาบันบำราศนราดูร จำนวน 4,000 คน ใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครซี่และมอร์แกน[10] ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 350 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 385 คน

*เกณฑ์คัดเข้า* เป็นผู้สูงอายุ 60ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรังได้แก่ 1. โรคหัวใจและหลอดเลือด 2. โรคมะเร็ง 3. โรคทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง เช่น หอบหืด ถุงลมโป่งพอง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง 4. โรคหลอดเลือดสมอง/อัมพาต 5. โรคเบาหวาน 6. โรคความดันโลหิตสูง 7. โรคข้อเสื่อม และ 8.โรคไต ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมของสถาบันบำราศนราดูร ไม่มีภาวะสมองเสื่อม คัดกรองด้วยแบบทดสอบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT) ที่มีคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป โดยอ้างอิงจากสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล[11] ซึ่งสามารถพูด สื่อสารและเข้าใจภาษาไทย ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาเมื่อได้รับการชี้แจง

*เกณฑ์คัดออก* ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคซึมเศร้าหรือเจ็บป่วยระยะสุดท้ายหรือ admit ในช่วงที่เก็บข้อมูล

**การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล**

วิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรอง เลขที่ MUPH 2018-094 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในคน สถาบันบำราศนราดูร เลขที่ NO13h/61_ExPD ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการให้ทราบถึงสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

**1. เครื่องมือคัดกรอง** ได้แก่ แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม ใช้แบบทดสอบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT) จำนวน 13 ข้อ[11] ที่พัฒนาโดย ศ.นพ. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ใช้ทดสอบสมรรถภาพของสมองส่วนต่างๆ ในการควบคุมการรับรู้ ความคิด ความจำ ความใส่ใจ สติปัญญา เชาวน์ การคำนวณ การพูด เกณฑ์คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน ถือว่ามีความผิดปกติของ Cognitive function จะคัดออกจากการศึกษาแบบสัมภาษณ์

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล** ประยุกต์ใช้แนวคิดสุขภาวะทางจิตของรีฟฟ์ โดยเครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ 1 ชุด ประกอบด้วย 10 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1ข้อมูลสุขภาพและคุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 12 ข้อ ให้ผู้สูงอายุตอบตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ซึ่งยึดตามกรอบแนวคิดสุขภาวะทางจิตของรีฟฟ์ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 18 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 4 ระดับ มีความเชื่อมั่นภายในค่าสัมประสิทธ์แอลฟ่าของครอนบาค = 0.73

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะพึ่งพิงผู้สูงอายุ ใช้เครื่องมือของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ[12] ประเมินจากความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการวัดความจำกัดในกิจวัตรที่ซับซ้อนขึ้นหรือมีอุปกรณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นภายในค่าสัมประสิทธ์แอลฟ่าของครอนบาค=1

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นแบบคัดกรองที่กรมสุขภาพจิตพัฒนาขึ้น[13] แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8DS) วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นภายในค่าสัมประสิทธ์แอลฟ่าของครอนบาค = 1

ส่วนที่ 5 การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นภายในค่าสัมประสิทธ์แอลฟ่าของครอนบาค = 0.70

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมสุขภาพ เป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 4 อันดับ มีทั้งหมด 15 ข้อ วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นภายใน ค่าสัมประสิทธ์แอลฟ่าของครอนบาค = 0.71

ส่วนที่ 7 สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบมาตรประมาณค่า(Rating Scale) 5 ระดับ วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นภายใน ค่าสัมประสิทธ์แอลฟ่าของครอนบาค = 0.86

ส่วนที่ 8 การสนับสนุนทางสังคม มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 18 ข้อ วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นภายใน ค่าสัมประสิทธ์แอลฟ่าของครอนบาค = 0.83

ส่วนที่ 9 การมีส่วนร่วมในชุมชน มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 6 ข้อ วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นภายใน ค่าสัมประสิทธ์แอลฟ่าของครอนบาค = 0.70

ส่วนที่ 10 การเข้าถึงบริการสุขภาพ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 7 ข้อ รวมถึงความพึงพอใจต่อบริการ (ในภาพรวม) วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นภายใน ค่าสัมประสิทธ์แอลฟ่าของครอนบาค = 0.70

นำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และมารักษาที่แผนกอายุรกรรมสถาบันบำราศนราดูร ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นภายในทั้งฉบับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค = 0.82

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

หลังจากที่โครงการผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุหรือมีประสบการณ์ในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับการเตรียมความพร้อมโดยผู้วิจัย และเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลโดย เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและมารับการตรวจที่แผนกอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจากฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์และขอความยินยอมจากผู้รับบริการ โดยชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ และเปิดโอกาสให้ซักถาม เมื่อผู้สูงอายุลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา จึงเริ่มทำการสัมภาษณ์ในห้องที่จัดเตรียมไว้ ใช้เวลาประมาณ 45-60นาที หลังจากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ และนำไปบันทึกข้อมูลต่อไป

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการทดสอบสถิติ chi-square วิเคราะห์ข้อมูลการทำนายสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

**ผลการวิจัย**

**คุณลักษณะทางประชากร**

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.6) และมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 45.5) ซึ่งส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ62.9) โดยเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.7) ประมาณครึ่ง จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 47.0) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 93.2) ส่วนใหญ่จะอยู่กับครอบครัว ได้แก่ คู่สมรสและบุตรหลาน (ร้อยละ 51.4) รายได้อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 36.6) โดยรายได้ส่วนใหญ่มาจากบุตรหลาน (ร้อยละ 76.4) และเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ร้อยละ 59.7) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 71.9 มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย ส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์ข้าราชการ (ร้อยละ 74.0) และไม่เป็น

สมาชิกกลุ่มหรือชมรม (ร้อยละ 86.8) มากกว่าครึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี (ร้อยละ 57.1) ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ96.4) แต่พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 63.1) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 45.2) และโรคข้อเสื่อม (ร้อยละ 23.4) ตามลำดับ และ มีภาวะอ้วนในระดับที่สอง (ร้อยละ 41.3)

**สุขภาวะทางจิต**

จากการศึกษาสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สถาบันบำราศนราดูร พบว่า ส่วนใหญ่มีสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.2 (ค่าเฉลี่ย56.64±5.51) รองลงมาคือมีสุขภาวะทางจิตระดับสูง ร้อยละ 15.8 สำหรับเกณฑ์ในการแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้การแปลผลแบบอิงกลุ่ม โดยคิดจากค่า Mean ± S.D. เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีสุขภาวะทางจิตด้านการการยอมรับตนเอง ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ด้านความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อมรอบตัว ด้านการมีเป้าหมายในชีวิต และด้านการเจริญพัฒนาแห่งตน อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาวะทางจิตด้านการเจริญพัฒนาแห่งตนมากที่สุด (Mean=3.32, S.D.=0.57) รองลงมาคือด้านความเป็นตัวของตัวเอง (Mean=3.29,S.D.=0.50) และน้อยที่สุดคือด้านการมีเป้าหมายในชีวิต (Mean=2.95, S.D.=0.52)

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ พบว่าตัวแปร เพศ ระดับอายุ ระดับรายได้ สิทธิการรักษา ของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สถาบันบำราศนราดูร ส่วนระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และการเข้าถึงการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สถาบันบำราศนราดูร ที่ระดับนัยสำคัญ .05

**Table 1.** Association between demographic characteristics and psychological well-being among older adults with chronic diseases: (n = 385)

| Factors | | Level of psychological well-being | | | $\chi^2$ | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Low number(%) | Moderate number(%) | High number(%) | | |
| **Sex** | | | | | | |
| | Female | 29(58) | 175(63.9) | 41(67.2) | 1.030[a] | .597 |
| | Male | 21(42) | 99(36.1) | 20(32.8) | | |
| **Age** (year) | | | | | | |
| | 60-69 | 18(36) | 129(47.1) | 28(45.9) | 4.657[a] | .324 |
| | 70-79 | 19(38) | 105(38.3) | 24(39.2) | | |

| Factors | Level of psychological well-being | | | $\chi^2$ | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|
| | Low number(%) | Moderate number(%) | High number(%) | | |
| 80 or over | 13(26) | 40(14.6) | 9(14.8) | | |
| **Marital status** | | | | | |
| Married | 20(40) | 179(65.3) | 43(70.5) | 13.429[a] | .001** |
| Single/Widow/Separate | 30(60) | 95(34.7) | 18(29.5) | | |
| **Education level** | | | | | |
| primary school | 37(74) | 122(44.5) | 32(52.5) | | |
| secondary education / diploma | 6(12) | 74(27) | 12(19.7) | 15.442[a] | .004* |
| Bachelor or over | 7(14) | 78(28.5) | 17(27.9) | | |
| **Income/month (baht)** | | | | | |
| ≤ 10,000 | 27(54) | 116(42.3) | 32(52.5) | 9.456[a] | .051 |
| 10,000-20,000 | 12(24) | 94(34.3) | 10(16.4) | | |
| 20,000 ≥ | 11(22) | 64(23.4) | 19(31.1) | | |
| **Treatment rights** | | | | | |
| Government officials / state enterprises | 36(72) | 215(78.5) | 45(73.8) | | |
| Social Security | 4(8) | 19(6.9) | 8(13.1) | 3.690[a] | .450 |
| Payment | 10(20) | 40(14.6) | 8(15.1) | | |
| **Easily access to services** | | | | | |
| no | 29(58) | 106(38.7) | 15(24.6) | | |
| yes | 21(42) | 168(61.3) | 46(75.4) | 12.927[a] | .002** |

* p - value < 0.05, ** p – value < 0.01, a. 0 cells ( 0% ) have expected count less than

ตารางที่ 2 ศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สถาบันบำราศนราดูรพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในชุมชน และจำนวนสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภาวะซึมเศร้า จำนวนโรคเรื้อรัง และภาวะพึ่งพิง มีความสัมพันธ์เชิงลบกับสุขภาวะทางจิต

**Table 2.** Factors related to psychological well-being among older adults with chronic diseases (n = 385)

| Factors | psychological well-being | |
|---|---|---|
| | r | p-value |
| Health perception | .660** | <0.001 |
| Family relationship | .633** | <0.001 |
| Social support | .558** | <0.001 |
| Health behavior | .484** | <0.001 |
| Community participation | .393** | <0.001 |
| Depression | -.392** | <0.001 |
| Number of family members | .159** | 0.002 |
| Number of chronic diseases | -.157** | 0.002 |
| Dependency | -.117* | 0.022 |

* p - value < 0.05, ** p – value < 0.01

ตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาแยกวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สถาบันบำราศนราดูร ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพสถานะภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในชุมชน และการสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมกันทำนายความเปลี่ยนแปลงสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สถาบันบำราศนราดูร ได้ ร้อยละ 52.7 (F Change 34.608, p-value < 0.05)

**Table 3**. Variables that can predict psychological well-being among older adults with chronic diseases (n = 385)

| Factor | b | Standardized beta | t | p-value |
|---|---|---|---|---|
| Access to services | .933 | .083 | 2.193 | .029 |
| Marital status | .858 | .075 | 1.985 | .048 |
| Health perception | .255 | .282 | 4.448 | .001 |
| Health behavior | .243 | .129 | 2.865 | .004 |
| Community participation | .236 | .126 | 3.018 | .003 |
| Social support | .107 | .149 | 2.565 | .011 |

Constant = 14.159, $R^2$ = 0.527,$R^2$ Adjusted = 0.512, F Change = 34.608, p – value <0.05

**อภิปรายผล**

**สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ**

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในสถาบันบำราศนราดูร ส่วนใหญ่มีสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือมีสุขภาวะทางจิตระดับสูง เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีสุขภาวะทางจิตด้านการยอมรับตนเอง ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ด้านความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อมรอบตัว ด้านการมีเป้าหมายในชีวิต และด้านการเจริญพัฒนาแห่งตน อยู่ในระดับปานกลางสอดคล้องกับการศึกษาของ กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์[14] และการศึกษาของปิยะกมล วิจิตรศิริ[15] โดยมีด้านการยอมรับตนเอง และด้านการเจริญพัฒนาแห่งตนในระดับสูง สอดคล้องกับกรอบแนวคิดสุขภาวะทางจิตของรีฟฟ์ที่มองว่าเป็นคุณลักษณะทางบวกทางจิตใจ เป็นพฤติกรรมการแสดงออกท่าทางหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุที่แสดงถึงภาวะจิตใจของผู้สูงอายุที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการที่ผู้สูงอายุเกิดการยอมรับตนเอง มีเป้าหมายในชีวิต สามารถจัดการกับสภาพแวดล้อม มีการเจริญเติบโตเฉพาะบุคคล มีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นและมีความเป็นอิสระเป็นตัวของตัวเอง

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง**

**สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง** ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และจำนวนสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของบีคแมน และคณะ[16] พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่ำจะสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะโรคซึมเศร้า ส่วนสถานภาพพบว่าการเป็นหม้ายเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต โดยพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่แต่งงานแล้วแต่อาศัยอยู่ลำพัง เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า และจำนวนสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้สูงอายุ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ นันทพร จิตรประเสริฐ[17] ที่พบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็นเพราะ การที่มีจำนวนสมาชิกมากแต่สัมพันธภาพไม่ดี หรือขาดการดูแลเอาใจใส่

**สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง** ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยภาวะสุขภาพ เรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งหมายถึงความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในทางบวก โดยข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ผู้สูงอายุจะมีอาการเวียนศีรษะบ่อยๆ จากการรับประทานยามาก นั่นหมายความว่า ผู้สูงอายุเมื่อได้รับประทานยามากหรือรักษาหลายโรคจะมีอาการเวียนศีรษะหรือมีอาการน้อย อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังหลายโรคและเป็นมาระยะเวลานาน จึงมีความเคยชินกับยาเพราะต้องทานต่อเนื่องและติดต่อกันระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ

กาญจนา ไทยเจริญ[18] ที่พบว่า การรับรู้สุขภาพเป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 32 ส่วนจำนวนโรคเรื้อรัง ภาวะพึ่งพิง และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในทางลบ จึงอาจสรุปได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพราะการรับรู้ที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง จะทำให้มองเห็นประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความพอใจในการกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและมีความมุ่งกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น

**สมมติฐานข้อที่ 3 ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง** ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ คือการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ 6ด้าน คือ การเลือกรับประทานอาหาร การหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา การออกกำลังกาย การพักผ่อน การใช้ยา และยึดมั่นในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของธิดา ทองวิเชียร[19] ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง สัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตในด้านของการเจริญพัฒนาแห่งตน เป็นการที่บุคคลจะพัฒนาตนเองให้สุขภาพดี ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้สุขภาพดีขึ้น สนใจในการดูแลสุขภาพ พยายามปรับปรุงหรือลดข้อจำกัดที่เคยมีให้น้อยลง โดยพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุจะต้องมีความรู้ มีทัศนคติในการดูแลสุขภาพ จึงจะส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมที่จะดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**สมมติฐานข้อที่ 4 ปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอก มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง** ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอก ได้แก่ตัวแปรสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในชุมชน และการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง สถาบันบำราศนราดูรสอดคล้องกับการศึกษาของ เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ[20] ที่พบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัว ความรู้สึกต่อการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด และการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตที่ระดับนัยสำคัญ .01 ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีมีส่วนช่วยในการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี[21] และจากการศึกษาของสถิตย์พงษ์ มั่นหลำ[22] พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสัมพันธ์กับการศึกษาของธิดา ทองวิเชียร[19] ที่พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิต การเข้าถึงบริการสุขภาพในการศึกษานี้เน้นที่ความสะดวกในการเข้าถึงบริการเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากผู้สูงอายุนั้นต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน การมารักษาหรือรับยานั้นต้องสม่ำเสมอ ถ้ามีความไม่สะดวกในการเข้าถึงบริการจะทำให้ผู้สูงอายุขาดการรักษาที่มี

คุณภาพ ไม่เป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว มีผู้ดูแลหรือคนในครอบครัวพามา ที่ไม่สามารถมาด้วยตนเองหรือมีความลำบากนั้น จากการศึกษาพบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น เรื่องข้อเสื่อม อาการปวดเมื่อย อ่อนล้า เหนื่อยเพลีย ตามวัยของผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 39 ดังนั้นต้องตระหนักและให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วย

**สมมติฐานข้อที่ 5 ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยภาวะสุขภาพ ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอก สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง** ผลการศึกษาพบว่า สถานะภาพสมรส การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในชุมชนในเชิงการพัฒนาชุมชน และเชิงการทำหน้าที่พลเมือง การสนับสนุนทางสังคม เชิงการได้รับการช่วยเหลือ การให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงินสิ่งของและการเข้าถึงบริการสุขภาพ เชิงความสะดวกในเข้ารับบริการ สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 51.2 ซึ่งสนับสนุนแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาวะทางจิตของรีฟฟ์ ที่อธิบายว่า สุขภาพจิตที่ดีต้องปราศจากอารมณ์หรือคุณลักษณะทางลบ เช่น ปราศจากความวิตกกังวล ปราศจากความซึมเศร้า ซึ่งรีฟฟ์มองว่าเป็นการมองข้ามหรือไม่นำลักษณะทางบวกมากล่าวเลย รีฟฟ์จึงเสนอว่า การอธิบายถึงสุขภาพจิตที่ดีต้องมองจากลักษณะด้านบวกที่บุคคลมีอยู่ ว่ามีอยู่มากน้อยเพียงใด อย่างไร โดยปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศรายได้ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาวะทางจิต เช่น สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตในเชิงบวก นั่นหมายถึงคนที่มีคู่ชีวิตสามีหรือภรรยายังมีชีวิตอยู่ อยู่ด้วยกัน จะทำให้มีสุขภาวะทางจิตดี ทั้งนี้เพราะมีคู่ชีวิตเป็นที่ปรึกษา ตัวแปรปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิต โดยถ้าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง หรือตระหนักในความรุนแรง ก็จะหันมาดูแลตนเองมากขึ้น เอาใจใส่ และพัฒนาปรับปรุงให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ตัวแปรปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น การสนับสนุนทางสังคม การมีสัมพันธภาพที่ดี การมีส่วนร่วมในชุมชน มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ โดยการมีสัมพันธภาพที่ดีมีส่วนช่วยในการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิณห์นิภา บุญญานุวัตร[23] ที่พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุจังหวัดชัยนาทสูงที่สุด คือ ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และตัวแปรสัมพันธภาพในครอบครัวตามลำดับ

**ข้อจำกัดในการวิจัย**

การศึกษานี้ เก็บข้อมูลจาก 1 โรงพยาบาล ซึ่งไม่มีความหลากหลายของประชากร และส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาข้าราชการอาจจะทำให้ไม่ได้เป็นตัวแทนของประชากรผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

**จุดแข็ง** ได้แก่ งานวิจัยนี้มีตัวแปรหลายตัว ที่คัดเลือกมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ศึกษาอิทธิพลของตัวแปรหลายตัวร่วมกัน จึงทำให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

**จุดอ่อน** เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ ไม่ครอบคลุมสิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงทำให้อาจไม่ได้เป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด

**สรุป**

การศึกษานี้พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิตผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารักษาที่สถาบันบำราศนราดูร ได้แก่ ตัวแปรสถานะภาพสมรส การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในชุมชนในเชิงการพัฒนาชุมชนและเชิงการทำหน้าที่พลเมือง การสนับสนุนทางสังคม เชิงการได้รับการช่วยเหลือ การให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน สิ่งของและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความสะดวกการเข้ารับบริการ โดยสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 51.2

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

1. จากผลการวิจัยพบว่าตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุได้มากที่สุด ดังนั้นเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพราะการมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลตนเองจะทำให้มองเห็นประโยชน์ของการกระทำ มีความพอใจในการกระทำ และมีความมุ่งมั่นกระทำพฤติกรรมที่ดูแลสุขภาพโดยรวมของตนเองมากขึ้น ผู้บริหารรวมทั้งเจ้าหน้าที่ควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ ตระหนักในการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง เช่น มีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งหาแนวทางร่วมกันในการดูแลสุขภาพ

2. ผู้บริหารพยาบาล ควรให้ความสำคัญในการจัดบริการหรือกิจกรรมเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ควรให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

3. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรออกแบบการต่อเนื่องผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ควรสนับสนุนญาติหรือผู้ที่ดูแล โดยเฉพาะการให้กำลังใจ การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน แก่ผู้สูงอายุให้มากขึ้น และเพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุด้วยการให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองให้มากที่สุด รวมไปถึงการดูแลตนเองไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้า

4. หลักสูตรการศึกษาพยาบาล ควรเน้นการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ที่เน้นให้ครอบครัวและชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง โดยเน้นเรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุ

2. การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มbio-marker เช่น ระดับคอร์ติซอลในน้ำลาย ซึ่งสามารถสะท้อนภาวะเครียดของผู้สูงอายุได้

**กิตติกรรมประกาศ**

ผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันบำราศนราดูร ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร กลุ่มงานอายุรกรรม กลุ่มงานเวชสถิติ ตลอดจนบุคลากรใน

สถาบันที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่อำนวยความสะดวกในการวิจัยและขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

**เอกสารอ้างอิง**

1. World Health Organization. Preventing Chronic Diseases a vital investment [Internet]. 2015 [cited 2017 December 14]. Available from http://www.who.int/chp/chronic_ disease_report/full_report.pdf.
2. Nansuppawat V, Siriwattanamethanon J, Honboonherm P. Mental health in Elderly. Journal of the Northeastern Nursing Association. 2009;27(1). (in Thai)
3. Kamble SV, Ghodke YD, Dhumale GB, Avchat SS. Health Status of Elderly Persons in Rural Area of India.India: Indian Medical Gazette; 2012.
4. Sasut S. Directions and trends in long-term elderly care. Journal of Nursing. 2010;25(3):5-10.(in Thai)
5. Steptoe A, DPhil, Deaton A, Stone A. Psychological well-being, health and ageing. HHS Public Access. 2015; 385(9968):640-648.
6. Mongkol A, Hattapanom W, Chetchotsak P, Chalorkul V, Punyoyai L, Suwannacheep S. Development and testing of Thai mental health indicators (version 2007). Bangkok; Printing Agriculture Cooperatives of Thailand; 2009. (in Thai)
7. Ryff CD. Psychological Well-Being in Adult Life. Current Directions in Psychological Science. 1995;4(4):99-104.
8. Linton A.D, Lach H.W. Matterson & McConnell's gerontological nursing: Concept and practice (3rd ed.). Bangkok: St Louis:Saunders Elsevier; 2007.
9. Miller C.A. Nursing for wellness in older adults (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.2009
10. Krejcie R.V, Morgan D.W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational Psychology Meas.1970; 30(1): 607.
11. Jitapankul S. Status of the current elderly population in Thailand and various actions of the country. Bangkok: Chulalongkorn University; 2000. (in Thai)
12. Bureau of Elderly Health. Long Term Care[Internet]. 2016[cited 2016 January 15]. Available from.http://eh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=LongTremCare (in Thai)
13. Department of Mental Health: New depression screening form 2004

[Internet]. 2014[cited 2016 January 11]. Available from http://www.dmh. go.th/test/depress/asheet.asp?id=1

14. Sappawong K. Psychological well-being in Thai Elderly.BU Academic Review. 2012; 99-110. (in Thai)
15. Wijitsiri P. Wisdom Social Support and Psychological Well-being of Elderly in the Elderly Club at Wat Sarod Rat Burana District Bangkok. [Thesis]. Bangkok: Faculty of Graduate studies, Kasetsart University, 2012.
16. Beekman A.T, Deeg D.J, Van T.T, Smit J.H, Hooijer C, Van T. W. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. J Affect Disord. 1995; 36(1-2):65-75.
17. Jitprasert N. Factors associated with quality of life among older adults in Bangpa-in district, Ayutthaya Province (Thesis) Bangkok Faculty of Graduate Studies Manidol University
18. Thaicharoen K.Factors that predict mental health status of the elderly in Chonburi province. [Thesis]. Chonburi: Faculty of Graduate studies, Burapa University, 2000.
19. Tongvichean T. The Psychologicall well-being of the elderly in Samut Prakan Province. [Thesis]. Bangkok: Faculty of Graduate studies, Mahidol University, 2010.
20. Wongpoom T. Factors related to mental health problems of the elderly in Chiang Mai Province.[Thesis] . Bangkok: Faculty of Graduate studies, Ramkhamhaeng University, 2010.
21. Wongpanarak N, Kumpol B,Chamusi S. Mental health status, hope, and self-care behaviors regarding mental health of elderly in Maha Sarakham municipality. Research Journal Faculty of Public Health Khonkaen University. 2013; 6 (1): 141-150. (in Thai)
22. Munlam S. Factors associated with participation in social activities of the elderly in Yannawa District Bangkok. [Thesis]. Bangkok: Faculty of Graduate studies, Ramkhamhaeng University, 2010.
23. Boonyanuwat J. Development of learning programs to enhance Psychological well-being of Elderly in Chainat Province. Journal of Academic and Social Sciences Research, Nakhon Sawan Rajabhat College.2013; 24(8): 89-106. (in Thai)

# บทวิจัย

## ค่าใช้จ่ายในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านของโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

นิชธิมา เสรีวิชยสวัสดิ์[*]
พัชระกรพจน์ ศรีประสาร[**] อนงค์ ดิษฐสังข์[***]

**บทคัดย่อ**

การศึกษาค่าใช้จ่ายในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านมีความจำเป็น เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่บ้านให้ดีขึ้น การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาค่าใช้จ่ายและคำนวณค่าใช้จ่ายในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากข้อมูลทุติยภูมิของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านที่มีข้อมูลบันทึกสมบูรณ์ในระเบียนประวัติสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 1,600 ราย ระหว่างปี พ.ศ. 2555 – 2557 ข้อมูลปฐมภูมิของพยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 24 ราย พนักงานขับรถหน่วยยานพาหนะ จำนวน 3 ราย ระหว่างเดือน มกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2559 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากระเบียนประวัติสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เอกสารเรื่องการกำหนดรายการและอัตราค่าบริการรักษาพยาบาล และหนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูลอัตราเงินเดือนพยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน พนักงานขับรถ และข้อมูลค่าใช้จ่ายการเดินทาง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมารับบริการที่หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื้อรังยุ่งยากซับซ้อนรุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 31.6 หัตถการทางการพยาบาลที่พบบ่อย คือ การตรวจร่างกาย การทำแผลผ่าตัดหรือแผลกดทับ การใส่สายให้อาหารทางสายยางผ่านทางจมูก ร้อยละ 100, 24.6 และ 8.9 ตามลำดับ กำหนดราคาการทำหัตถการของผู้ป่วยในแต่ละระดับอาการและความรุนแรงของโรคต่อการเยี่ยมบ้าน 1ครั้ง ดังนี้ ผู้ป่วยที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็น 110 บาท ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื้อรังในระดับต้น เป็น 120 บาท ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื้อรังระดับกลาง เป็น 140 บาท และผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื้อรังยุ่งยากซับซ้อนรุนแรงกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็น 170 บาท ผลจากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบราคาการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยทั้งหมด และสามารถนำไปคำนวณค่าใช้จ่ายในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านต่อไป

**คำสำคัญ: ค่าใช้จ่าย/ การให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน/ หัตถการทางการพยาบาล**

---

* พยาบาล (ผู้ชำนาญการพิเศษ) หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ฝ่ายการพยาบาลูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาล (ผู้ชำนาญการพิเศษ) ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพชุมชนโรงพยาบาลรามาธิบดี (ชุมชนซอยสวนเงิน) หน่วยให้คำปรึกษาและสร้างเสริมสุขภาพ งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*** พยาบาล (ผู้ชำนาญการพิเศษ) หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

# The Expenditure for Home Healthcare Nursing: Analysis from Ramathibodi Hospital, Bangkok

**Nitchatima Sereewichayasawad***

**Phatcharakoraphot Sreeprasarn**Anong Dittasung*****

**ABSTRACT**

The study of expenditure is significant to providers who will develop nursing care in home healthcare. This study aimed to explain expenditures and develop calculations for home healthcare nursing. This retrospective study analyzed secondary data of the Ramathibodi Home Healthcare Data Set (RHDS). A sample of 1,600 home healthcare cases was selected where complete data was available for those who had received home healthcare nursing from the Home Healthcare Unit, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital between 2012 and2014. Primary data included nursing salaries of 24 registered nurses and driver salaries of 3 drivers during January-March 2016. Transportation expenses of the unit, and documentation of all other expenditures by the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital were included. Data were analyzed with descriptive statistics.

The results showed that most patients who received home healthcare nursing were long-term patients with extreme disability (31.6%). Main nursing interventions were physical examination (100%), wound dressing (24.6%), and insertion of nasogastric tubes (8.9%). The expenditures for nursing interventions by patient type were 110 baht/visit for curable patients, 120 baht/visit for long-term chronic patients, 140 baht/visit for long-term patients with mild disability, and 170 baht/visit for long-term patients with extreme disability/ terminally ill patients. Results of this study show total nursing care costs and may be useful in calculating/projecting expenditures for other home healthcare nursing units.

**Keywords: Expenditure/ Home healthcare nursing/ Nursing intervention**

Article info: Received July 4, 2018; Revised March 7, 2019; Accepted May 10, 2019.

* Clinical Nurse Specialist, Home Healthcare Nursing Unit, Nursing Department, Somdech Phra Debaratana Medicine Center, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

** Corresponding Author, Clinical Nurse Specialist, Community Health Promotion Center Ramathibodi Hospital (Suan-ngern Community), Health Counselling and Health Promotion Unit, Ambulatory Nursing Service Division, Nursing Department, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

*** Clinical Nurse Specialist, Home Healthcare Nursing Unit, Ambulatory Nursing Service Division, Nursing Department, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา**

ความต้องการการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร โดยมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะนอนติดเตียงมากขึ้นตามไปด้วย[1,2] การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลอย่างเดียวโดยไม่มีการรักษาด้านการแพทย์จึงไม่มีความจำเป็น นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนที่พบว่าการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสามารถช่วยลดจำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะยาว และยังช่วยส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น[3] โดยเฉพาะการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง[3] กลุ่มเด็กแรกเกิด[4] กลุ่มผู้สูงอายุหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล[5] กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว[6] เป็นต้น นอกจากนี้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านยังช่วยส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นด้วย

การให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านหมายถึง การให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการโดยทีมสุขภาพที่ครอบคลุม การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสนองต่อเป้าหมายการดูแลตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหา และคงไว้ซึ่งศักยภาพในการดูแลตนเองและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งการให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผนเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Discharge planning) การให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home healthcare nursing) การติดตามผลการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Follow up) และการประสานงานกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ (Referral service)[7,8] จะเห็นว่าขั้นตอนการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home healthcare nursing) เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญที่พยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล ตลอดจนการเผชิญปัญหาและภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงเพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลสามารถพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว ซึ่งการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home healthcare nursing) จะติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านภายใน 7 วันแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง โดยมีกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ที่บ้าน ได้แก่ การตรวจร่างกายเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การประเมินความรู้ ความสามารถของผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลในการดูแลตนเองโดยการ ให้ความรู้ คำแนะนำ ทบทวนและสอนซ้ำ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การสวนปัสสาวะแบบสะอาดเป็นครั้งคราว การดูแลผู้ป่วยเจาะคอ การดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะเป็นต้น รวมถึงมีการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการเสริมสร้างพลังใจ และสนับสนุนแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดูแล[9] ถึงแม้จะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนว่าการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home healthcare nursing) ช่วยเพิ่มคุณภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านก็ตาม แต่การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาล ยังต้องอาศัยการประเมินที่รอบด้าน ซึ่งเป็นผลลัพธ์อย่างหนึ่งใช้วัดคุณภาพการบริการพยาบาล[10] และการให้บริการพยาบาล

ผู้ป่วยที่บ้าน เป็นบริการทางการพยาบาลประเภทหนึ่งที่มีการใช้ต้นทุนและทรัพยากรต่างๆ เพื่อส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ตามมาตรฐานการพยาบาล นำมาซึ่งความพึงพอใจและบรรลุความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล

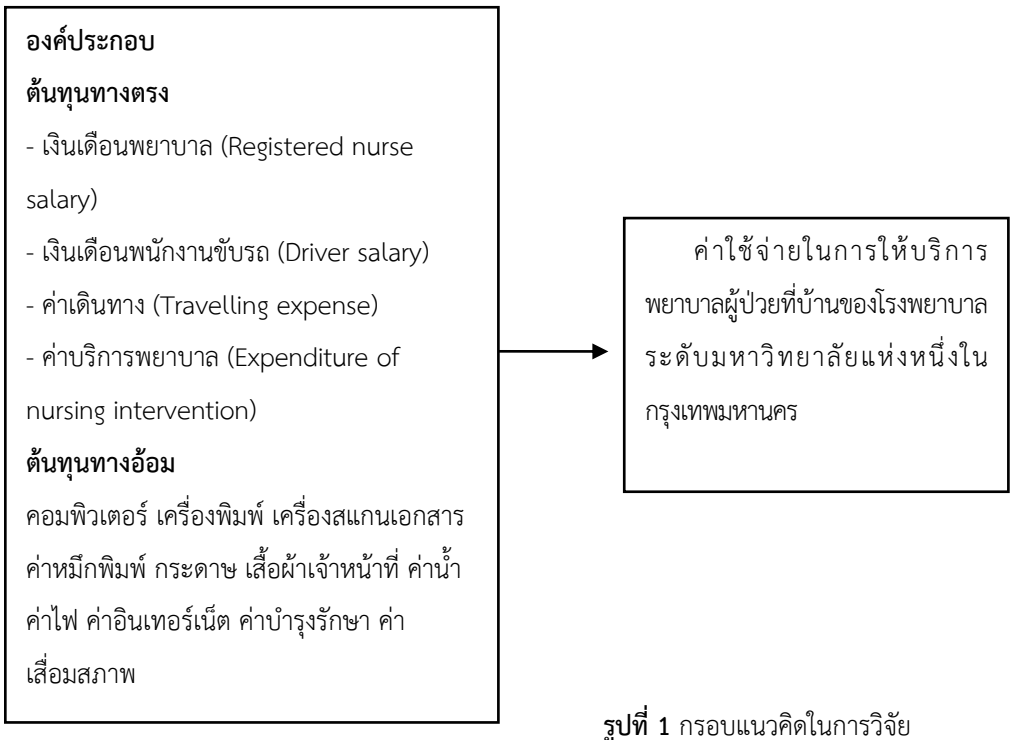
หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ยังไม่มีการศึกษาค่าใช้จ่ายในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารวบรวมข้อมูล ค้นคว้า ตลอดจนทบทวนวรรณกรรม เพื่อพัฒนาสูตรคำนวณค่าใช้จ่ายในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านขึ้น ซึ่งในงานวิจัยนี้จะกล่าวถึงต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมของการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

เพื่อพัฒนาสูตรคำนวณค่าใช้จ่ายในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ของหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**กรอบแนวคิดในการวิจัย**

พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านของโรงพยาบาลทั้งในประเทศและต่างประเทศโดยอาศัยกรอบแนวคิดทั้งหมด 5 วิธีในการคิดค่าใช้จ่าย คือ การวัดต้นทุนทางตรง (Direct measure of costs) วิธีการคำนวณจากค่าใช้จ่าย (Cost counting methods) ต้นทุนจากหน่วยมาตรฐาน (Standard unit costs) ค่าธรรมเนียมค่าบริการ และ/หรือราคาตลาด (Fees, Charges and/or Market prices) การประมาณการ (Estimates /Extrapolations) ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้อาศัยวิธีคิดจากทั้ง 5 วิธีดังกล่าวข้างต้น โดยแบ่งเป็น 2 ประเภทหลักๆ คือ ต้นทุนทางตรง และต้นทุนทางอ้อม ที่มีความเกี่ยวข้องกับหน่วยงานมากที่สุด ซึ่งต้นทุนทางตรง ได้แก่ องค์ประกอบด้านเงินเดือนพยาบาล (Registered nurse salary) เงินเดือนพนักงานขับรถ (Driver salary) ค่าเดินทาง (Travelling expense) ค่าบริการพยาบาล (Expenditure of nursing intervention) และต้นทุนทางอ้อม ได้แก่ คอมพิวเตอร์ เครื่องพิมพ์ เครื่องสแกนเอกสาร ค่าหมึกพิมพ์ กระดาษ เสื้อผ้าเจ้าหน้าที่ ค่าน้ำค่าไฟ ค่าอินเทอร์เน็ต ค่าบำรุงรักษา ค่าเสื่อมสภาพ โดยนำองค์ประกอบดังกล่าวมาคำนวณค่าใช้จ่ายในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ดังรูปที่ 1




**รูปที่ 1** กรอบแนวคิดในการวิจัย

**วิธีการดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) จากแฟ้มข้อมูลของหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี บัญชีแนบท้ายประกาศคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เรื่อง การกำหนดรายการและอัตราค่าบริการรักษาพยาบาล หนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูลอัตราเงินเดือนพยาบาล ของหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจากหัวหน้างานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยไม่เปิดเผยชื่อ-สกุล หนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูลอัตราเงินเดือนพนักงานขับรถ เพื่อให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ของหน่วยยานพาหนะ จากหัวหน้างานอาคารสถานที่และยานพาหนะ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยไม่เปิดเผยชื่อ-สกุล หนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูลค่าใช้จ่ายการเดินทาง เพื่อให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ของหน่วยยานพาหนะ จากหัวหน้างานอาคารสถานที่และยานพาหนะ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อนำมาศึกษาค่าใช้จ่ายในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ของหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และนำมาคำนวณค่าใช้จ่ายในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากรที่ศึกษา** คือ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน จากหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านงานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลระหว่าง ปี พ.ศ. 2555 - 2557 จำนวน 1,600 ราย

**เกณฑ์การคัดเข้า** ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการบริการพยาบาลที่บ้านระหว่างปี พ.ศ. 2555-2557

**เกณฑ์การคัดออก** การลงข้อมูลไม่ครบถ้วน ในระเบียนประวัติสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

2. พยาบาล หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วย ที่บ้าน งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 24 ราย เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนมกราคม – มีนาคม พ.ศ. 2559

**เกณฑ์การคัดเข้า** พยาบาล วุฒิการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป เป็นข้าราชการหรือพนักงานมหาวิทยาลัย ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา จำนวน 24 ราย ปฏิบัติงานระหว่างปี พ.ศ. 2555 – 2557

**เกณฑ์การคัดออก** พยาบาลที่ลาออก และลาศึกษาระหว่างปี พ.ศ. 2555 – 2557

3. พนักงานขับรถ วุฒิการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป เป็นลูกจ้างประจำ ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาของหน่วยยานพาหนะ งานอาคารสถานที่และยานพาหนะ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลือกแบบเฉพาะเจาะจงที่ขับรถประจำหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจำนวน 3 ราย เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนมกราคม – มีนาคม พ.ศ. 2559

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) ระเบียนประวัติสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล 2) บัญชีแนบท้ายประกาศคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เรื่อง การกำหนดรายการและอัตราค่าบริการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 9) พ.ศ. 2558 ประกาศ ณ วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 3) หนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูลอัตราเงินเดือนพยาบาล ของหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจากหัวหน้างานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยไม่เปิดเผยชื่อ-สกุล 4) หนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูลอัตราเงินเดือนพนักงานขับรถเพื่อให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ของหน่วยยานพาหนะจากหัวหน้างานอาคารสถานที่และยานพาหนะ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยไม่เปิดเผยชื่อ-สกุล 5) หนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูลค่าใช้จ่ายการเดินทาง เพื่อให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ของหน่วยยานพาหนะ จากหัวหน้างานอาคารสถานที่และยานพาหนะ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**วิธีการเก็บข้อมูล**

เก็บรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ หลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ID 05-59-31ย ข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูล ชื่อ-นามสกุล โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้านจากหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลระดับของผู้ป่วย และข้อมูลหัตถการที่ทำที่บ้าน จากระเบียนประวัติสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ข้อมูลอัตราค่าบริการรักษาพยาบาลอ้างอิงจากบัญชีแนบท้ายประกาศ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เรื่อง การกำหนดรายการ และอัตราค่าบริการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 9) พ.ศ. 2558 ประกาศ ณ วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 ส่วนข้อมูลข้อมูลปฐมภูมิประกอบไปด้วย เงินเดือนพยาบาล เงินเดือนพนักงานขับรถ และข้อมูลค่าใช้จ่ายการเดินทาง ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากหัวหน้างานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ และหัวหน้างาน งานอาคารสถานที่และยานพาหนะ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลประเภทการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านระดับต่าง ๆ ตามระดับอาการและความรุนแรงของโรค ข้อมูลหัตถการทางการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับที่บ้าน และข้อมูลอัตราค่าบริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรามาธิบดี โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป PASW 18 (Mahidol license) โดยคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการอ้างอิงเพื่อคำนวณค่าใช้จ่ายในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

**ผลการวิจัย**

ผลการศึกษานำไปสู่การคำนวณค่าใช้จ่ายในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านตามวิธีการคิดต้นทุนมาตรฐาน (Standard costing methodology) ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1. การวิเคราะห์องค์กร และการจำแนกต้นทุน (Organization analysis and cost center classification) ประกอบด้วยค่าบริการพยาบาล (Expenditure of nursing intervention) 2. ค่าใช้จ่ายทางตรง (Direct cost determination) ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ยเงินเดือนพยาบาล (Registered nurse salary) วุฒิการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป เป็นข้าราชการหรือพนักงานมหาวิทยาลัย ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา จำนวน 24 ราย ค่าเฉลี่ยเงินเดือนพนักงานขับรถ (Driver salary) วุฒิการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป เป็นลูกจ้างประจำ ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาจำนวน 3 ราย ค่าเดินทาง (Travelling expense) 3. ค่าใช้จ่ายทางอ้อม (Indirect cost determination) ได้แก่ คอมพิวเตอร์ เครื่องพิมพ์ เครื่องสแกนเอกสาร ค่าหมึกพิมพ์ กระดาษ เสื้อผ้าเจ้าหน้าที่ ค่าน้ำค่าไฟ ค่าอินเทอร์เน็ต ค่าบำรุงรักษา ค่าเสื่อมสภาพ ซึ่งต้นทุนทางอ้อมทางหน่วยวิเคราะห์ต้นทุน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี คิดจากร้อยละ

20 ของต้นทุนทางตรง[11] 4. การกำหนดต้นทุนทั้งหมด (Full cost determination) 5. การคำนวณต้นทุนต่อหน่วยบริการ (Calculating unit cost of medical services) [12,13] โดยมีรายละเอียด ดังนี้

**1. การวิเคราะห์องค์กร และการจำแนกต้นทุนค่าบริการพยาบาล**

ค่าบริการพยาบาล ของหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้แนวคิดมาจากการทบทวน การทำหัตถการทางการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับที่บ้าน ในผู้ป่วยแต่ละประเภท แบ่งตามระดับอาการ และความรุนแรงของโรค 3 ปีย้อนหลัง เปรียบเทียบกับราคาการทำหัตถการทางการพยาบาลแต่ละชนิดในโรงพยาบาลรามาธิบดี ตามบัญชีแนบท้ายประกาศคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เรื่อง การกำหนดรายการ และอัตราค่าบริการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 9) พ.ศ. 2558 ประกาศ ณ วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 ตามตารางที่ 1

**Table 1** Category of patients and nursing procedure in home healthcare unit A.D. 2012 - 2014 (N = 1600) Numbers (%) *

| Category of patient | Physical examination and Heath education | Injection | NG –tube feeding | Surgical wound care | Pressure ulcer care | Chest percussion and vibration | Suctioning via oral | Changing Foley's cath | Suctioning via tracheostomy tube | Changing gastrostomy or PEG | Total number of patients A.D. 2012-2014 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Category 1** | 352 (100) | 31 (8.8) | 2 (0.6) | 27 (7.7) | 1 (0.3) | 1 (0.3) | 1 (0.3) | 1 (0.3) | - | - | 352 (22.0) |
| **Category 2** | 75 (100) | 2 (2.7) | 3 (4.0) | 10 (13.3) | 3 (4.0) | 6 (8.0) | 3 (4.0) | - | - | - | 75 (4.7) |
| **Category 3** | 437 (100) | 12 (2.7) | 21 (4.8) | 98 (22.4) | 29 (6.6) | 88 (20.1) | 31 (7.1) | 9 (2.1) | 5 (1.1) | - | 437 (27.3) |
| **Category 4** | 506 (100) | 26 (5.1) | 68 (13.4) | 73 (14.4) | 81 (16.0) | 29 (5.7) | 25 (4.9) | 25 (4.9) | 35 (6.9) | 3 (0.6) | 506 (31.6) |
| **Category 5** | 230 (100) | 7 (3.0) | 22 (9.6) | 30 (13) | 42 (18.3) | 14 (6.1) | 10 (4.3) | 13 (5.7) | 16 (7) | 1 (0.4) | 230 (14.4) |

*ผู้ป่วย 1 ราย อาจมีหัตถการทางการพยาบาลมากกว่า 1 อย่าง

**การแบ่งประเภทการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านตามอาการและความรุนแรงของโรค (Category of patients)**

ผู้ป่วยที่ให้การพยาบาลที่บ้านมีหลายระดับ ซึ่งปัญหาที่พบจะต่างกัน การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยจะช่วยในการวางแผนการพยาบาล การกำหนดเป้าหมาย กิจกรรมและการประเมินผลง่ายขึ้น ซึ่งผู้ป่วยที่ส่งต่อให้ได้รับการดูแลที่บ้านแบ่งได้เป็น 5 ระดับ[9] ดังนี้

ระดับที่ 1 ผู้ป่วยที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (Curable patient) มีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่รุนแรงมาก ใช้เวลาในการดูแลระยะสั้น เช่น ปอดบวม ภาวะโภชนาการบกพร่อง ระบบทางเดินอาหารผิดปกติและมีบาดแผลเล็กน้อย เป็นต้น

ระดับที่ 2 ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื้อรังในระดับต้น (Long-term chronic patient) มีความเจ็บป่วยเฉียบพลันของโรคคงอยู่ระยะหนึ่ง เมื่ออาการทุเลาลงแล้วไม่สามารถหายเป็นปกติได้ แต่ไม่รบกวนต่อการดำเนินชีวิต มีปัญหาในการปฏิบัติตน ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง การรับประทานอาหารและยา การออกกำลังกาย ซึ่งต้องการคำแนะนำ และติดตามการรักษาดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ที่ยังสามารถช่วยตนเองได้

ระดับที่ 3 ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื้อรังในระดับกลาง (Long-term with mild disability patient) และทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตปกติ ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือในระยะยาวในเรื่องของการทำกิจวัตรประจำวันบางส่วน และต้องพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์บางชนิด เพื่อช่วยให้อาการทุเลา เช่น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องฟอกไตทุกสัปดาห์หรือล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) ผู้ป่วยที่ถูกตัดขาจากภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย ต้องใช้เครื่องช่วยเดิน (Walker) รถเข็น (Wheel chair) ดังนั้น ครอบครัวหรือผู้ดูแลจึงต้องการ การสอน และสาธิต การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน

ระดับที่ 4 ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื้อรังยุ่งยากซับซ้อนรุนแรง (Long-term with extreme disability patient) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด เช่น โรคไตวายเฉียบพลัน โรคหัวใจที่รุนแรง โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้ออักเสบรุนแรง และโรคมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะอยู่ในภาวะนอนติดเตียง (Bed ridden) พร่องการรับรู้ การสื่อสาร ครอบครัวหรือผู้ดูแลจึงต้องการ การสอน และสาธิตกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื่องต่างๆ เช่น การให้อาหารทางสายยางผ่านทางจมูก การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ การดูดเสมหะ การคาสายสวนปัสสาวะหรือการทำแผลกดทับ เป็นต้น

ระดับที่ 5 ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminally ill patient) กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคอยู่ หรือโรคที่มีภาวะคุกคามชีวิต ผู้ป่วยในระยะนี้แพทย์มักจะวินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาได้ และเข้าสู่ระยะสุดท้าย มีเพียงรักษาตามอาการเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ความไม่สุขสบาย การเตรียมผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลเพื่อเผชิญกับการจากไปอย่างสงบ เช่น ผู้ป่วยถุงลมโป่งพองในระยะสุดท้าย โรคมะเร็งระยะลุกลาม โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นต้น

**สูตรคำนวณค่าใช้จ่ายในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ตามประเภทการดูแลสุขภาพผู้ป่วย**

$$P_{CNI} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการแต่ละประเภท x อัตราค่าบริการรักษาพยาบาลแต่ละประเภท *}}{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในแต่ละระดับอาการและความรุนแรงของโรค (Category)}}$$

* ราคาค่าหัตถการทางการพยาบาลตามบัญชีแนบท้ายประกาศคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เรื่อง การกำหนดรายการและอัตราค่าบริการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 9) พ.ศ. 2558

ที่มา : นิชธิมา เสรีวิชยสวัสดิ์, พัชระกรพจน์ ศรีประสาร. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2557; (28)2: 92-108.

**Table 2** The expenditure nursing procedure in home healthcare unit followed category of patient

| Category of patient | Expenditure nursing procedure (Baht) |
|---|---|
| Category 1: Curable patient | 110 บาท |
| Category 2: Long-term chronic patient | 120 บาท |
| Category 3: Long-term with mild disability patient | 140 บาท |
| Category 4: Long-term with extreme disability patient | 170 บาท |
| Category 5: Terminally ill patient | 170 บาท |

**สูตรคำนวณค่าบริการทางการพยาบาลทั้งหมดที่ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านใน 1 วัน[9]**

$$TP_{CNI1\text{-}5} = n_1(P_{CNI\ 1}) + n_2(P_{CNI\ 2}) + n_3(P_{CNI\ 3}) + n_4(P_{CNI\ 4}) + n_5(P_{CNI\ 5})$$

ที่มา : นิชธิมา เสรีวิชยสวัสดิ์, พัชระกรพจน์ ศรีประสาร. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2557; (28)2: 92-108.

**นิยามตัวแปร**

$TP_{CNI\ 1\text{-}5}$ หมายถึง ค่าบริการทางการพยาบาลทั้งหมดที่ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านใน 1 วัน

$n_1$ หมายถึง จำนวนผู้ป่วยระดับที่ 1 ที่ได้รับการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านใน 1 เวร

$n_2$ หมายถึง จำนวนผู้ป่วยระดับที่ 2 ที่ได้รับการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านใน 1 เวร

$n_3$ หมายถึง จำนวนผู้ป่วยระดับที่ 3 ที่ได้รับการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านใน 1 เวร

$n_4$ หมายถึง จำนวนผู้ป่วยระดับที่ 4 ที่ได้รับการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านใน 1 เวร

$n_5$ หมายถึง จำนวนผู้ป่วยระดับที่ 5 ที่ได้รับการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านใน 1 เวร

$P_{CNI\ 1}$ หมายถึง ค่าบริการทางการพยาบาลของผู้ป่วยระดับที่ 1

$P_{CNI\ 2}$ หมายถึง ค่าบริการทางการพยาบาลของผู้ป่วยระดับที่ 2

$P_{CNI\ 3}$ หมายถึง ค่าบริการทางการพยาบาลของผู้ป่วยระดับที่ 3

$P_{CNI\ 4}$ หมายถึง ค่าบริการทางการพยาบาลของผู้ป่วยระดับที่ 4

$P_{CNI\ 5}$ หมายถึง ค่าบริการทางการพยาบาลของผู้ป่วยระดับที่ 5

**หมายเหตุ:** 1 เวร คือระยะเวลาปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านในวันเวลาราชการตั้งแต่เวลา 8.00 - 16.00 น.

**2. ค่าใช้จ่ายทางตรง (Direct cost determination)**

**องค์ประกอบที่ 1: เงินเดือนพยาบาล (Registered nurse salary)**

เงินเดือนพยาบาล (Registered nurse salary) หมายถึง เงินเดือนประจำสุทธิของพยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ที่ได้รับภายใน 1 เดือน ประกอบด้วย ค่าใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล ค่าประสบการณ์-การพยาบาล เงินเพิ่มพิเศษประจำตำแหน่ง ทั้งนี้ไม่รวมค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ และค่าตอบแทนอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในเวลาราชการ[10]

**สูตรคำนวณ**

$$\overline{NS} = \frac{NS_1 + NS_2 + NS_3 \ldots + NS_{(n)}}{(n)} \times \frac{1}{WD}$$

ที่มา: จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, อัมภา ศรารัชต์. การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เพื่อความคุ้มค่า คุ้มทุน. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2551.

**นิยามตัวแปร**

$\overline{NS}$ หมายถึง ค่าเฉลี่ยเงินเดือนประจำสุทธิของพยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

$NS_1$ หมายถึง เงินเดือนประจำสุทธิของพยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน คนที่ 1

$NS_2$ หมายถึง เงินเดือนประจำสุทธิของพยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน คนที่ 2

$NS_3$ หมายถึง เงินเดือนประจำสุทธิของพยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน คนที่ 3

$NS_{(n)}$ หมายถึง เงินเดือนประจำสุทธิของพยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน คนที่ n

n หมายถึง จำนวนพยาบาลทั้งหมดในหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

WD หมายถึง จำนวนวันที่ปฏิบัติงานจริงของพยาบาล หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Working Day) กำหนดค่าคงที่ 22 วัน

**องค์ประกอบที่ 2: เงินเดือนพนักงานขับรถ (Driver salary)**

เงินเดือนพนักงานขับรถ (Driver salary) หมายถึง เงินเดือนประจำสุทธิของพนักงานขับรถ หน่วยยานพาหนะที่ได้รับภายใน 1 เดือน ประกอบด้วย ค่าประสบการณ์-การทำงาน เงินเพิ่มพิเศษประจำตำแหน่ง ทั้งนี้

ไม่รวมค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ และค่าตอบแทนอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในเวลาราชการ[10]

**สูตรคำนวณ**

$$\overline{DS} = \frac{DS_1 + DS_2 + DS_3 \ldots + DS_{(n)}}{(n)} \times \frac{1}{WD}$$

ที่มา: จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, อัมภา ศรารัชต์. การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เพื่อความคุ้มค่า คุ้มทุน. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2551.

**นิยามตัวแปร**

| | | |
|---|---|---|
| $\overline{DS}$ | หมายถึง | ค่าเฉลี่ยเงินเดือนประจำสุทธิของพนักงานขับรถหน่วยยานพาหนะ |
| $DS_1$ | หมายถึง | เงินเดือนประจำสุทธิของพนักงานขับรถหน่วยยานพาหนะ คนที่ 1 |
| $DS_2$ | หมายถึง | เงินเดือนประจำสุทธิของพนักงานขับรถหน่วยยานพาหนะ คนที่ 2 |
| $DS_3$ | หมายถึง | เงินเดือนประจำสุทธิของพนักงานขับรถหน่วยยานพาหนะ คนที่ 3 |
| $DS_{(n)}$ | หมายถึง | เงินเดือนประจำสุทธิของพนักงานขับรถหน่วยยานพาหนะ คนที่ n |
| n | หมายถึง | จำนวนพนักงานขับรถทั้งหมดในหน่วยยานพาหนะ |
| WD | หมายถึง | จำนวนวันที่ปฏิบัติงานจริงของพนักงานขับรถ หน่วยยานพาหนะ (Working Day) กำหนดค่าคงที่ 22 วัน |

**องค์ประกอบที่ 3: ค่าเดินทาง (Travelling expense)**

3.1 ค่าเดินทาง (Travelling expense) หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home visit) ต่อ 1 ครั้ง[10]

**สูตรคำนวณ**

$$\overline{TE} = Km\ (k)$$

ที่มา: จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, อัมภา ศรารัชต์.การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เพื่อความคุ้มค่า คุ้มทุน. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2551.

**นิยามตัวแปร**

$\overline{TE}$ หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านต่อ 1 ครั้ง

Km หมายถึง ระยะทางไป-กลับในการเดินทางเพื่อให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านต่อ 1 ครั้ง

k หมายถึง ค่าคงที่ราคาน้ำมัน & ค่าเสื่อมสภาพรถต่อระยะทาง 1 กิโลเมตร

$$k = \frac{\text{ค่าคงที่ราคาน้ำมัน \& ค่าเสื่อมสภาพรถ}}{\text{ระยะทาง 1 กิโลเมตร}}$$

ข้อมูล ณ วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2559

k = 2.75 บาท/กิโลเมตร ข้อมูล ณ วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2559

3.2 ค่าเดินทาง (Travelling expense) หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Visit) ใน 1 วัน

**4. ค่าใช้จ่ายทางอ้อม (Indirect cost determination)**

ต้นทุนทางอ้อมในที่นี้หมายถึง คอมพิวเตอร์ เครื่องพิมพ์ เครื่องสแกน ค่าหมึกพิมพ์ กระดาษ เสื้อผ้าเจ้าหน้าที่

$$\text{Indirect Cost (I-20)} = \frac{20\ (\text{Direct Cost})}{100}$$

ค่าน้ำค่าไฟ ค่าอินเตอร์เน็ต ค่าบำรุงรักษา ซึ่งทางโรงพยาบาลรามาธิบดีคิดเป็นร้อยละ 20 ของต้นทุนทางตรง[11]
ที่มา: หน่วยวิเคราะห์ต้นทุน, ค่าใช้จ่ายของหน่วยงานในโรงพยาบาลรามาธิบดี. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.

**5. การกำหนดต้นทุนทั้งหมด (Full cost determination)**

การกำหนดต้นทุนทั้งหมด (Full cost determination) ของงานวิจัยครั้งนี้ คือ ผลรวมของการ วิเคราะห์องค์กรและการจำแนกต้นทุน (Organization analysis and cost centre classification) ค่าใช้จ่ายทางตรง (Direct cost determination ค่าใช้จ่ายทางอ้อม (Indirect cost determination) [12,13]

**6. การคำนวณต้นทุนต่อหน่วยบริการ (Calculating unit cost of medical services**

$$\text{EPV} = \frac{n_1\left\{\frac{\overline{NS}}{DW}\right\} + n_2\left\{\frac{\overline{DS}}{DW}\right\} + Km\ (k) + n_3(P_{CNI1}) + n_4(P_{CNI2}) + n_5(P_{CNI3}) + n_6(P_{CNI4}) + n_7(P_{CNI5}) + I\text{-}20}{T}$$

ที่มา: Riewpaiboon A, Malaroje S, Kongsawatt S. Effect Of costing methods on unit cost of hospital medical services. Tropical Medicine and International Health. 2007; 12(4): 554-563.
วิโรจน์ ไววานิชกิจ. หลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเบื้องต้น สำหรับพยาบาล แพทย์ และ บุคลากรทางแพทย์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.

**นิยามตัวแปร**

EPV หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Expenditure per visit) ต่อ 1 ครั้ง

$n_1$ หมายถึง จำนวนพยาบาลที่ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านใน 1 วัน

$n_2$ หมายถึง จำนวนพนักงานขับรถที่ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านใน 1 วัน

$n_3$ หมายถึง จำนวนผู้ป่วยระดับที่ 1 ได้รับการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านใน 1 วัน

$n_4$ หมายถึง จำนวนผู้ป่วยระดับที่ 2 ได้รับการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านใน 1 วัน

$n_5$ หมายถึง จำนวนผู้ป่วยระดับที่ 3 ได้รับการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านใน 1 วัน

$n_6$ หมายถึง จำนวนผู้ป่วยระดับที่ 4 ได้รับการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านใน 1 วัน

$n_7$ หมายถึง จำนวนผู้ป่วยระดับที่ 5 ได้รับการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านใน 1 วัน

$\overline{NS}$ หมายถึง ค่าเฉลี่ยเงินเดือนประจำสุทธิของพยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

$\overline{DS}$ หมายถึง ค่าเฉลี่ยเงินเดือนประจำสุทธิของพนักงานขับรถหน่วยยานพาหนะ

DW หมายถึง จำนวนวันที่ปฏิบัติงานจริงของพยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านและพนักงานขับรถหน่วยยานพาหนะ (Working Day) กำหนดค่าคงที่ 22 วัน

Km หมายถึง ระยะทางไป-กลับในการเดินทางเพื่อให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Visit) ใน 1 วัน

k หมายถึง ค่าคงที่ราคาน้ำมัน & ค่าเสื่อมสภาพรถ ต่อ ระยะทาง 1 กิโลเมตร

$P_{CNI\,1}$ หมายถึง ค่าบริการทางการพยาบาลของผู้ป่วยระดับที่ 1

$P_{CN\,I2}$ หมายถึง ค่าบริการทางการพยาบาลของผู้ป่วยระดับที่ 2

$P_{CNI\,3}$ หมายถึง ค่าบริการทางการพยาบาลของผู้ป่วยระดับที่ 3

$P_{CNI\,4}$ หมายถึง ค่าบริการทางการพยาบาลของผู้ป่วยระดับที่ 4

$P_{CNI\,5}$ หมายถึง ค่าบริการทางการพยาบาลของผู้ป่วยระดับที่ 5

I-20 หมายถึง ต้นทุนทางอ้อม

T หมายถึง จำนวนครั้งของการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านใน 1 วัน

**ตัวอย่าง :**

โรงพยาบาล A มีพนักงานในหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจำนวน 30 ราย เงินเดือนเฉลี่ยของพยาบาลเยี่ยมบ้านทั้งหมด 25,000 บาท พนักงานขับรถที่ให้บริการขับรถเพื่อให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 5 ราย เงินเดือนเฉลี่ย 12,000 บาท วันนี้ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้พยาบาลทั้งหมด 4 คน พนักงานขับรถ 2 คน รถตู้จำนวน 2 คัน (ระยะทางรวมในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านของรถตู้ทั้งสองคันระยะ 220 กิโลเมตร) ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านได้ทั้งหมดจำนวน 8 ราย เป็นผู้ป่วยระดับที่ 2 จำนวน 3 ราย เป็นผู้ป่วยระดับที่ 3 จำนวน 2 ราย เป็นผู้ป่วยระดับที่ 4 จำนวน 2 ราย เป็นผู้ป่วยระดับที่ 5 จำนวน 1 ราย

**หมายเหตุ :** ค่าที่สมมติขึ้น คือ เงินเดือนของพยาบาลพนักงานขับรถ 2.ค่าใช้จ่ายตามจริง คือ ประเภทของการใช้ยานพาหนะที่เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ค่าใช้จ่ายในการทำหัตถการในผู้ป่วยแต่ละระดับ

**จากสูตร ค่าใช้จ่ายในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านต่อ 1 ครั้ง (Expenditure per visit)**

$$EPV = \frac{n_1\left\{\frac{\overline{NS}}{DW}\right\} + n_2\left\{\frac{\overline{DS}}{DW}\right\} + Km\,(k) + n_3(P_{CNI1}) + n_4(P_{CNI2}) + n_5(P_{CNI3}) + n_6(P_{CNI4}) + n_7(P_{CNI5}) + I\text{-}20}{T}$$

$$EPV = \frac{4\left\{\frac{25000}{22}\right\} + 2\left\{\frac{12000}{22}\right\} + 220(2.75) + 0(110) + 3(120) + 2(140) + 2(170) + 1(170) + 1444.3}{8}$$

จะเห็นว่า ค่าใช้จ่ายในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านต่อ 1 ครั้ง หรือ ต่อ 1 ราย ราคา 1,083.2 บาท เป็นต้น

**การอภิปรายผล**

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการส่งต่อมารับบริการที่หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื้อรังยุ่งยากซับซ้อนรุนแรง (Long-term with extreme disability patient) ถึง ร้อยละ 31.6 และผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื้อรังในระดับกลาง (Long-term with mild disability patient) ร้อยละ 27.3 กล่าวคือ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน (Partial dependent) หรือพึ่งพาทั้งหมด (Totally dependent) จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ป่วยมีหัตถการที่พบบ่อยมากที่สุด 3 อันดับแรก เมื่อให้การบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home visit) (ดังแสดงในตารางที่ 1) คือ การตรวจร่างกาย การทำแผลผ่าตัดหรือแผลกดทับ การใส่สายให้อาหารทางสายยางผ่านทางจมูก ร้อยละ 100.0, 24.6 และ 8.9 ตามลำดับ จากการศึกษาจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการแต่ละประเภทในหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับ อัตราค่าบริการรักษาพยาบาลแต่ละประเภท ตามบัญชีแนบท้ายประกาศคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เรื่อง การกำหนดรายการและอัตราค่าบริการรักษาพยาบาล (ฉบับที่ 9) พ.ศ. 2558 ประกาศ ณ วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 และจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในแต่ละระดับอาการและความรุนแรงของโรค (Category of patient) สามารถกำหนดราคาการทำหัตถการทางการพยาบาลใน

หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยเป็นค่าคงที่ของผู้ป่วยในแต่ละระดับอาการและความรุนแรงของโรคตามการแบ่งประเภทการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน [9] ระดับต่างๆ ดังนี้ ผู้ป่วยระดับที่ 1 คือ ผู้ป่วยที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (Curable patient) กำหนดราคาการทำหัตถการทางการพยาบาล 110 บาท เฉลี่ยแล้วผู้ป่วยระดับนี้ต้องเยี่ยม 2 ครั้ง/ปี ดังนั้นค่าใช้จ่ายสำหรับราคาหัตถการทางการพยาบาลในการเยี่ยมผู้ป่วยระดับที่ 1 เท่ากับ 220 บาท/ปี ผู้ป่วยระดับที่ 2 คือผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื้อรังในระดับต้น (Long-term chronic patient) กำหนดราคาการทำหัตถการทางการพยาบาล 120 บาท เฉลี่ยแล้วผู้ป่วยระดับนี้ต้องเยี่ยม 3 ครั้ง/ปี ดังนั้นค่าใช้จ่ายสำหรับราคาหัตถการทางการพยาบาลในการเยี่ยมผู้ป่วยระดับที่ 2 เท่ากับ 360 บาท/ปี ผู้ป่วยระดับที่ 3 คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื้อรังในระดับกลาง (Long-term with mild disability patient) กำหนดราคาการทำหัตถการทางการพยาบาล 140 บาทเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยระดับนี้ต้องเยี่ยม 3 ครั้ง/ปี ดังนั้นค่าใช้จ่ายสำหรับราคาหัตถการทางการพยาบาลในการเยี่ยมผู้ป่วยระดับที่ 3 เท่ากับ 420 บาท/ปี ผู้ป่วยระดับที่ 4 คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื้อรังยุ่งยากซับซ้อนรุนแรง (Long-term with extreme disability patient) กำหนดราคาการทำหัตถการทางการพยาบาล 170 บาท เฉลี่ยแล้วผู้ป่วยระดับนี้ต้องเยี่ยม 5 ครั้ง/ปี ดังนั้นค่าใช้จ่ายสำหรับราคาหัตถการทางการพยาบาลในการเยี่ยมผู้ป่วยระดับที่ 4 เท่ากับ 850 บาท/ปี และผู้ป่วยระดับที่ 5 คือ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminally ill patient) กำหนดราคาการทำหัตถการทางการพยาบาล 170 บาท เฉลี่ยแล้วผู้ป่วยระดับนี้ต้องเยี่ยม 5 ครั้ง/ปี ดังนั้นค่าใช้จ่ายสำหรับราคาหัตถการทางการพยาบาลในการเยี่ยมผู้ป่วยระดับที่ 5 เท่ากับ 850บาท/ปี ตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 2)

**จุดอ่อน**

การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มุ่งเน้นการวิเคราะห์ต้นทุนของหน่วยงาน จึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงในในการคำนวณค่าใช้จ่ายที่เป็นต้นทุนของหน่วยงานได้ทุกส่วน ประกอบกับการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ต้นทุนหน่วยงานต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเข้ามาร่วมกันวางแผนการศึกษา ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องการการสนับสนุนจากผู้บริหารการพยาบาลและการสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้ที่มีอำนาจ และต้องใช้ระยะเวลาในการศึกษา

**จุดแข็ง**

งานวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ได้กับบริบทและสภาพจริงของการคำนวณค่าใช้จ่ายของการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ที่ต้องการนำข้อมูลการคิดค่าใช้จ่ายไปใช้ในการศึกษาต้นทุนการให้บริการพยาบาลในเบื้องต้น

**สรุปผลงานวิจัย**

งานวิจัยนี้เป็นองค์ความรู้ใหม่ และสามารถใช้อ้างอิงในการคำนวณค่าใช้จ่ายทางตรงของการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

1. หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี ทราบราคาการทำหัตถการทางการพยาบาลในผู้ป่วยแต่ละระดับ จนนำไปสู่การคำนวณค่าใช้จ่ายทางตรงในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

2. หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปใช้ประกอบการวางแผนตัดสินใจ เรื่อง การคิดอัตราค่าบริการของหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านให้เหมาะสมและและยุติธรรมต่อผู้รับบริการ

3. หน่วยงานอื่นๆที่มีลักษณะงานที่คล้ายคลึง เช่น มีการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ทั้งนี้ควรปรับสูตรการคำนวณค่าใช้จ่ายให้มีความสอดคล้องกับบริบท และลักษณะการดำเนินงานของตนเอง

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรมีการศึกษาเชิงเปรียบเทียบลักษณะการคิดความคุ้มทุนระหว่างการนอนโรงพยาบาลกับการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านในเชิงเศรษฐศาสตร์อย่างเป็นรูปธรรม ครอบคลุมทุกมิติของการดูแลสุขภาพ เช่น ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 14 วัน คิดเป็นราคาเท่าไหร่ เมื่อเทียบกับการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน 1 ครั้ง เป็นต้น ทั้งนี้ มีข้อควรระวังเรื่องการจำหน่ายผู้ป่วยให้กลับไปดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านต้องไม่เป็นการผลักภาระค่าใช้จ่ายไปให้กับผู้ป่วยและครอบครัวมากจนเกินไปด้วย

2. ควรมีการศึกษาการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านในทัศนะเชิงคุณภาพ และเชิงเศรษฐศาสตร์ เพื่อประเมินผลคุณภาพของการรักษาพยาบาลภายหลังจากที่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการติดตาม ประเมินผลของผู้ซื้อบริการสุขภาพในเชิงคุณภาพและเชิงเศรษฐศาสตร์ เพื่อซื้อใจของผู้รับบริการสุขภาพและเป็นการขยายฐานผู้รับบริการให้มีความรู้สึกถึงความอุ่นใจในการเข้ามารับบริการ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ซื้อบริการทางสุขภาพอยากเข้ามารักษาที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอดจนเชิญชวนให้คนรู้จักเข้ามาซื้อบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาต้นทุนรายกิจกรรมในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งจะส่งผลให้การคำนวณค่าใช้จ่ายมีความเที่ยงตรงในเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพมากยิ่งขึ้น

**เอกสารอ้างอิง**


1. World Health Organization: WHO. Global status report on non-communicable diseases 2014. Available at http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/, [cited 2016 March 5].
2. Thai Health Promotion Foundation. Non-communicable diseases: NCDs. Available at http:// www.thaihealth .or.th/microsite/categories/5/ncds/2/173 /176-84+NCDs.html, [cited 2016 March 13]. (In Thai).
3. Kouli E, Kaitelidou D, Kalokerinou-Anagnostopoulou A, Siskou O. The cost of home care for patients with malignant neoplasms. Home Healthcare Nurse. 2008; 26(10): 594-9.
4. Pitt C, Tawiah T, Soremekun S, Ten Asbroek AH, Manu A, Tawiah-Agyemang C, & et al. Cost and cost-effectiveness of newborn home visits: findings from the Newhints cluster-randomised controlled trial in rural Ghana. The Lancet. 2016; 4(1); 45-56.
5. MSafSc IF, Howard K, Hayes AJ, Ferreira ML, Lord SR, Close JT, Vogler C, & et al. Cost-effectiveness of a home-exercise program among older people after hospitalization. JAMDA. 2015; 16(1): 490-6.
6. Maru S, Byrnes J, Carrington MJ, Chan YK, Thompson DR, Stewart S, & et al. Costeffectiveness of home versus clinic-based management of chronic heart failure: extended follow-up of pragmatic, multicenter randomized trial cohort - The WHICH? Study (Which Heart Failure Intervention Is Most Cost-Effective & Consumer Friendly in Reducing Hospital Care). International Journal of Cardiology. 2015; 201(1): 368-75.
7. Wongteerapak S. Home health care in Ramathibodi hospital. Proceeding of the second conference on home healthcare in 2013, July, 2013, Bangkok, 1-6. (In Thai).
8. Prasanatikom NW. The Relationships between patient factors, homecare provision and outcomes of care in Thailand. [Ph.D. Thesis in home healthcare]. Ohio: Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University, 2001. (In Thai).
9. Sereewichayasawat N, Sreeprasarn P. The roles of home healthcare nurse in the university hospital. Journal of Public Health Nursing. 2014; (28)2: 92-108. (In Thai).

10. Sreepatarapinyo J, Sararach A. The quality of health care for the value. Bangkok: Samchareonpanich; 2008. (In Thai).
11. Cost Analysis Unit, Costs of unit in Ramathibodi hospital. Faculty of medicine Ramathibodi hospital. Bangkok: Mahidol university; 2018. (In Thai).
12. Riewpaiboon A, Malaroje S, Kongsawatt S. Effect Of costing methods on unit cost of hospital medical services. Tropical Medicine and International Health. 2007; 12(4): 554-63.
13. Wiwanichakit W. Basic economics for medical personal public health. Bangkok: Chulalongkorn university; 2015. (In Thai).
14. Kongseen S. Introduction to health economics. Nakornpathom: Sri chad chad Press; 2011. (In Thai).
15. Farag I, Howard K, Hayes AJ, Ferreira ML, Lord SR, Close JT, & et al. Cost-effectiveness of a home - exercise program among older people after hospitalization. Journal of the American Medical Directors Association. 2015; 16(6): 490-6.

# การพัฒนาซอล์ฟสกิลของนักศึกษาพยาบาล: การเรียนรู้จากเครือข่ายความร่วมมือประกันคุณภาพการศึกษา

**ละเอียด แจ่มจันทร์***

**สุภัจฉรี มะกรครรภ์** สมฤดี กีรตวนิชเสถียร*****

**บทคัดย่อ**

การพัฒนานักศึกษาด้าน Soft Skills เป็นเป้าหมายของแผนอุดมศึกษา ในช่วง พ.ศ 2560-2574 คำอธิบาย Soft Skills ส่วนใหญ่แสดงถึงคุณลักษณะด้านเก่งคน ซึ่งมีทักษะหลายมิติเชื่อมโยงกัน เช่น ทักษะด้านสังคม สื่อสาร การแก้ปัญหา รวมทั้งทัศนคติและลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล สำหรับคุณลักษณะที่มีคุณค่าในวิชาชีพพยาบาลที่เป็นผลจากการพัฒนา Soft Skills ซึ่งเป็นความฉลาดทางอารมณ์หรือความมีคุณธรรม เป็นนามธรรมที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการบ่มเพาะ ไม่น้อยกว่าการเรียนรู้ทางวิชาการ นอกจากนั้น Soft Skills ยังเป็นทักษะที่วัดและประเมินผลได้ยาก

การจัดการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ กำหนดคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ด้าน Soft skills สองประการ คือมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีภาวะผู้นำ และมีศรัทธาในวิชาชีพการพยาบาลเชื่อมั่นในคุณค่าแห่งตน ซึ่งเป็นสมรรถนะด้านเก่งคน การเรียนรู้จึงอิงทฤษฎีกลุ่มมนุษยนิยม ที่ให้ความสำคัญกับความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม การแสดงออกและความสนใจของผู้เรียน

บทความนี้เป็นการนำประสบการณ์เรียนรู้นอกห้องเรียน ของนักศึกษา 80 คนจากคณะพยาบาลศาสตร์ภาคเอกชนสี่แห่ง จากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นในชุมชน เครือข่ายความร่วมมือประกันคุณภาพการศึกษา ผลวิเคราะห์การสะท้อนคิดของนักศึกษาที่มีต่อตนเอง พบว่านักศึกษาได้เรียนรู้สาระสำคัญเรื่อง การนำความรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริง การแก้ปัญหา การสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การทำงานเป็นทีม เข้าใจปัญหาของชุมชนและภาคภูมิใจที่ได้มีส่วนช่วยลดปัญหาสังคม มั่นใจในคุณค่าวิชาชีพ ดังนั้นการพัฒนา Soft Skills แก่นักศึกษา ซึ่งเป็นความท้าทายของสถาบันคือ คือ ความเข้าใจสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ประเทศต้องการในอนาคต ซึ่งเป็นวิสัยทัศน์จากผู้บริหารในเชิงนโยบายและจากอาจารย์ในการออกแบบพื้นที่การเรียนรู้นอกห้องเรียน

**คำสำคัญ :** ซอล์ฟสกิล/ นักศึกษาพยาบาล/การเรียนรู้

---

* ผู้รับผิดชอบหลัก: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก

*** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

# Developing Nursing Students' Soft Skills: Learned from the Collaborative Network for Educational Quality Assurance

**Laiad Jamjan***

**Supatcharee Makornkan** Somruidee Keeratavanithsathian*****

**ABSTRACT**

The long-term Thai Higher Education plan (B.E.2560-2574) for student development is focused on soft skills. Soft skills are a part of People Management Competency which involves many skills such as social, communication, problem solving, as well as attitudes and personal attributes. The value for professional nursing from soft skills development includes emotional quotient or virtues. Those virtues need a period of time to develop as well as to assess.

Nursing educators propose two expected characteristic of graduates' soft skills; good human relationships, leadership and professional faithfulness, and trust in nursing and the self-value of promoting good to people. Learning is based on humanizing theory, belief in learning through experiences of realization, skills and attitudes concurrently. The focus of learning is the students' sensations, values, ideas, and fascination.

This article reflects principles learned from out-of-class experiences of 80 nursing students from four private institutes serving the teenage health promotion Collaborative Network for Educational Quality Assurance project. Their reflection for self-development suggests the need to apply knowledge to the real situation for problem solving, have improved communication, relationships, and team work, realize community problems and be proud of reducing social problems through trust in nursing values. The challenge in developing students' soft skills is to recognize the national need for future professional competency. This should originate from two viewpoints, those of executive policy and of faculty in designing the platforms of out-of-class learning.

**Key words:** Soft Skills/ Student Nurse / Learning.

Article info: Received June 16, 2018; Revised April 25, 2019; Accepted August 15, 2019.

* Corresponding Author: Faculty of Nursing, Saint Louise College

**Mission Faculty of Nursing, Asia Pacific International University

*** Faculty of Nursing, Bangkok Thonburi University

**ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา**

สถาบันอุดมศึกษามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาประเทศไทย ในฐานะที่เป็นกลไกการขับเคลื่อนความรู้และการสร้างทรัพยากรมนุษย์ให้เป็นนักวิชาชีพสาขาต่างๆ แผนอุดมศึกษาระยะยาว 15 ปี ฉบับที่ 3 (พ.ศ 2560-2574) มีแนวคิดในการปรับเปลี่ยนระบบอุดมศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลงในประเด็นสำคัญประการหนึ่ง คือ ด้านการพัฒนานักศึกษา โดยมีการกำหนดนโยบายในแต่ละประเด็น ในการกำหนดประเด็นเชิงนโยบายในการพัฒนานักศึกษา ประกอบด้วยการกำหนดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิต 4 ด้าน คือ 1) ทักษะวิชาชีพ (Professional Skills) 2) Soft Skills 3) การเป็นพลเมืองและพลโลก 4) การเป็นผู้ประกอบการหรือผู้สร้างงาน[1]

บทความนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนการสะท้อนคิดของนักศึกษาที่มีต่อตนเอง จากประสบการณ์เรียนรู้นอกห้องเรียนของนักศึกษา จากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นในชุมชน โดยมีขอบเขตเนื้อหาเรื่อง การทบทวนสาระสำคัญของคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิต ทักษะด้านเก่งคน การพัฒนา Soft skills ในสาขาพยาบาลศาสตร์ กิจกรรมการเรียนรู้นอกห้องเรียน ผลการ สะท้อนคิดของนักศึกษาที่มีต่อตนเองและการสรุปแนวคิดต่อสถาบัน

จากคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิต 4 ด้านดังกล่าว สถาบันอุดมศึกษามีความเข้าใจคุณลักษณะแล้วอย่างน้อย 3 ด้าน รวมทั้งได้มีการปรับปรุงระบบการศึกษาเพื่อเอื้อต่อคุณลักษณะทางวิชาชีพ การเป็นพลเมืองและพลโลก การเป็นผู้ประกอบการหรือผู้สร้างงานไปบ้างแล้ว แต่คุณลักษณะ Soft Skills เป็นสิ่งที่มหาวิทยาลัยไม่ได้สอน เนื่องจาก Soft Skills เป็นความรู้และทักษะความชำนาญที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับสายงาน แต่เป็นตัวช่วยหนุนให้การทำงานดีขึ้น ดีมากขึ้นจนถึงดีเยี่ยม และเป็นลักษณะเฉพาะหรือคุณสมบัติเฉพาะของบุคคลที่เป็นนามธรรมที่วัดและประเมินผลยาก[2]

วิชาชีพการพยาบาลเป็นสาขาวิชาที่ให้ความสำคัญกับความเข้าใจและความเมตตาต่อมนุษย์ ควบคู่กับด้านวิชาการหรือการเก่งคนมาเนิ่นนาน นับจากเริ่มต้นการพยาบาลสมัยใหม่ตราบจนปัจจุบัน ดังนั้นความเข้าใจต่อคุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้าน Soft skill จึงมีความสำคัญในการพัฒนานักศึกษาให้เป็นบัณฑิตพยาบาลในอนาคต บทความนี้จึงมีเนื้อหาการทบทวนที่มาและความสำคัญของ Soft skill และการถอดบทเรียนการพัฒนานักศึกษาจากกิจกรรมเครือข่ายความร่วมมือประกันคุณภาพการศึกษาในกลุ่มสถาบันการศึกษาเอกชนสี่สถาบัน เพื่อการสะท้อนคิดสู่การปฏิบัติต่อไป

**Soft skills ที่มาและความสำคัญ**

การพัฒนาทักษะบัณฑิตในอนาคตซึ่งใช้ทับศัพท์ว่า Soft Skills นั้น ทำให้ไม่สื่อความ บางคนไม่เข้าใจและบางคนไม่ศรัทธา จึงเรียกใหม่ว่าสมรรถนะด้านเก่งคน (People Management Competency) ที่เพิ่มเสริมจากสมรรถนะด้านเก่งงาน (Work Related Competency) Soft Skills แบ่งได้เป็นสองด้านคือ 1) ด้านบริหารตนเอง บริหารเวลา จัดการตนเอง จูงใจตนเอง ความมั่นใจในตนเอง เชาวน์อารมณ์ 2) ด้าน

ทำงานร่วมกับคนอื่น การจูงใจ การบริหารทีมงาน การสื่อสาร การนำเสนอ การจัดการข้อโต้แย้ง การบริหารคนดื้อ และการจัดการการเปลี่ยนแปลง[2]

คณะกรรมการจัดทำพจนานุกรมศัพท์ศึกษาศาสตร์ร่วมสมัย ราชบัณฑิตยสถานอธิบายว่า ทักษะ (skill) ประกอบด้วย สมรรถนทักษะ (hard skill) และจรณทักษะ (จะระนะ) หรือ soft skill บุคคลที่มีจรณทักษะจะเป็นผู้ปฏิบัติงานได้ดี ส่วนบุคคลที่มีสมรรถนทักษะจะเป็นผู้ปฏิบัติงานได้เก่ง จรณทักษะหมายถึง ทักษะที่เป็นลักษณะเฉพาะหรือคุณสมบัติเฉพาะของบุคคล ในเรื่องของความฉลาด ความสามารถทางอารมณ์ หรือความมีคุณธรรม มีลักษณะเป็นนามธรรม เช่น บุคลิกภาพ อุปนิสัย ความสุภาพ ความนุ่มนวลในการเข้าสังคม การใช้ภาษาติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ความเป็นมิตร การมองโลกในแง่ดี มีวุฒิภาวะ มีความคิดริเริ่ม สามารถควบคุมอารมณ์ความรู้สึก เข้าใจความเป็นจริงของสภาพการณ์ต่างๆ ได้ จรณทักษะ จึงเป็นคุณลักษณะที่จะช่วยให้บุคคล สามารถดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น และสามารถทำงานประกอบอาชีพให้ก้าวหน้าได้เป็นอย่างดี จรณทักษะเป็นพฤติกรรมที่สร้างให้เกิดในบุคคลได้ตั้งแต่วัยเยาว์จากวัฒนธรรม การอบรมเลี้ยงดู และการเรียนรู้ ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาในการบ่มเพาะนานกว่าการเรียนรู้ทางวิชาการ จรณทักษะวัดและประเมินผลได้ยากมักต้องใช้วิธีการสังเกต บันทึก และวิเคราะห์พฤติกรรมต่อเนื่องจึงพอจะสรุปได้[3]

Soft skills ยังสามารถอธิบายความหมายได้อีกเช่นเป็นผลรวมของทักษะต่อผู้อื่น (people skills) ทักษะสังคม (social skills) ทักษะสื่อ-สาร (communication skills) คุณลักษณะเฉพาะตัว (character traits) ทัศนคติ (attitudes) ลักษณะอาชีพ (career attributes) ความฉลาดทางสังคม(social intelligence) และความฉลาดทางอารมณ์ (emotional intelligence) ที่ช่วยให้บุคคลนั้นเข้ากับสิ่งแวดล้อม ทำงานกับผู้อื่นได้ดี ทำงานได้ผลดี ช่วยให้ประสบผลสำเร็จและเป็นทักษะที่เสริมทักษะความสามารถ (hard skills) ทางด้านสังคมศาสตร์คำว่า soft skills อธิบายแทน "EQ" หรือความฉลาดทางอารมณ์[4]

คำอธิบายของ Soft skills นอกจากคุณลักษณะเก่งคน หรือความฉลาดทางอารมณ์แล้ว ยังมีการใช้คำที่มีความใกล้เคียงกัน เช่น สถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งกล่าวถึงทักษะทางสังคม (Soft skills) ว่าหมายถึง ทักษะที่เติมเต็มบัณฑิตนักปฏิบัติ นอกเหนือจากศาสตร์เฉพาะสาขาที่ศึกษาในชั้นเรียน โดยสามารถพัฒนาทักษะเหล่านี้นอกชั้นเรียน ด้วยความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ โดยเน้นทักษะทางสังคมที่สำคัญ คือ ภาษาต่างประเทศ การสื่อสารและสารสนเทศ การทำงานเป็นทีม ใฝ่เรียนใฝ่รู้ คิดวิเคราะห์ หรือกระบวนการคิดและการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ นิสัยอุตสาหกรรม ความมีระเบียบวินัย และรักองค์กร[5]

จากสาระสำคัญดังกล่าว การจัดการศึกษาในสาขาพยาบาลศาสตร์ ควรทบทวนวัฒนธรรม การอบรม บ่มนิสัยที่ดีและมีอยู่แล้วในสถาบัน เพิ่มการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง

ด้วยวิธีการเรียนแบบผู้เรียนเป็นสำคัญ ให้นักศึกษาเกิดการรับรู้และตระหนักบทบาทของพยาบาลในฐานะวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติต่อมนุษย์

การทบทวนความเป็นมาดังกล่าว สรุปได้ว่า Soft skills สามารถอธิบายได้หลายลักษณะ แม้ว่าราชบัณฑิตยสถานจะใช้คำอธิบาย Soft skills ว่าจรณทักษะ ก็ยังไม่พบความนิยมในการใช้คำนี้ นอกจากนั้นสถาบันอุดมศึกษายังสามารถให้คำอธิบาย Soft skills ที่สอดคล้องกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นภาพรวมของการพัฒนาคุณลักษณะส่วนบุคคลของนักศึกษา ให้มีทักษะต่อผู้อื่น หรือทักษะทางสังคมควบคู่กับทักษะวิชาการหรือทักษะวิชาชีพของสถาบันตนเอง โดยตระหนักถึงคุณลักษณะบัณฑิตที่ประเทศชาติต้องการ รวมทั้งมีความเป็นพลวัตรตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก เช่น ทักษะสำคัญสำหรับผู้เรียนในอนาคต ที่เรียกว่า ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่21[6] ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 R ได้แก่ การอ่าน (Reading), การเขียน(Writing) และคณิตศาสตร์ (Arithmetic) และ 4 C ได้แก่ การคิดวิเคราะห์ (Critical Thinking) การสื่อสาร (Communication) การร่วมมือ (Collaboration) และความคิดสร้างสรรค์ (Creativity) หรือ 10 ทักษะ[7] ซึ่งจะเป็นที่ต้องการในปี 2020 ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน 2) การคิดวิเคราะห์ 3) ความคิดสร้างสรรค์ 4) การจัดการบุคคล 5) การทำงานร่วมกัน 6) ความฉลาดทางอารมณ์ 7) รู้จักประเมินและการตัดสินใจ 8) มีใจรักบริการ 9) การเจรจาต่อรอง 10)ความยืดหยุ่นทางความคิด เป็นต้น

**การพัฒนา Soft skillsในสาขาพยาบาลศาสตร์**

กล่าวได้ว่าสถาบันการศึกษาพยาบาล มีการพัฒนา Soft skills ที่เป็นระบบเดียวกันจากประกาศมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ.2552[8] ซึ่งได้กำหนดไว้ที่คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์สองประการที่เป็น Soft skills ได้แก่ *"...มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีภาวะผู้นำ สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถทำงานเป็นทีมกับสหวิชาชีพ"* และ *"มีศรัทธาในวิชาชีพการพยาบาล รวมทั้งมีความเชื่อมั่นในการพยาบาล และคุณค่าแห่งตน..."* การเรียนรู้ดังกล่าวจึงควรเป็นการเรียนรู้แบบบูรณาการจากประสบการณ์จริงนอกห้องเรียน โดยนัยดังกล่าวจัดเป็นทักษะเก่งคน ซึ่งรวมถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและวิชาชีพ

นอกจากนั้น การกำหนดมาตรฐานผลการเรียนรู้ 6 ด้าน ในด้านที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ซึ่งประกอบด้วยข้อรายการที่ใช้เป็นแนวทางประเมิน จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1) มีความสามารถในการปรับตัวเชิงวิชาชีพและมีปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์กับ ผู้ใช้บริการ ผู้ร่วมงาน และผู้บังคับบัญชา 2) สามารถทำงานเป็นทีมในบทบาทผู้นำและสมาชิกทีมในทีมการพยาบาล ทีมสุขภาพ และทีมในชุมชนของระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับ และในบริบทหรือสถานการณ์ที่แตกต่างกัน 3) สามารถแสดงออกซึ่งภาวะผู้นำในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีในองค์กร ในสถานการณ์ที่หลากหลายและสถานการณ์เฉพาะ 4) ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ ต่อสังคม และรับผิดชอบใน

การพัฒนาตนเอง วิชาชีพ องค์กรและสังคมอย่างต่อเนื่อง ผลการเรียนรู้ทั้งสี่ข้อจัดว่ามีนัยของทักษะที่เอื้อต่อการพัฒนา Soft skills หรือทักษะด้านเก่งคนเช่นเดียวกัน การจัดการรายวิชาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ยังข้อกำหนดให้มีการกระจายผลการเรียนรู้สู่รายวิชาใน Curriculum mapping ซึ่งทุกรายวิชาจำเป็นต้องประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้อย่างน้อยหนึ่งข้อรายการตามที่กำหนดไว้ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการพัฒนา Soft skills ในสาขาพยาบาลศาสตร์นั้น มีแบบแผนชัดเจน ในหลักสูตรและการเรียนการสอน ทุกรายวิชาหมวดวิชาชีพตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ.2552

อนึ่ง สภาการพยาบาล[9] ในฐานะองค์การวิชาชีพที่กำกับดูแลมาตรฐานการศึกษา ได้กำหนดสมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ไว้ 8 สมรรถนะ พบว่าสมรรถนะที่สัมพันธ์กับคุณลักษณะเก่งคนปรากฏในสมรรถนะสามด้าน ได้แก่ สมรรถนะที่ 3 ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพที่แสดง ออกด้วย บุคลิกภาพเชิงวิชาชีพ พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องและมีเจตนคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาล สมรรถนะที่ 4 ด้านภาวะผู้นำแสดงออกด้วย มีภาวะผู้นำ การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ การพยาบาล การทำงานเป็นทีม การใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด และสมรรถนะที่ 6 ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ แสดงออกด้วย การติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ

จากสาระสำคัญดังกล่าวยืนยันได้ว่าการพัฒนา Soft skills ไม่ใช่เรื่องใหม่ในการจัดการศึกษาในสาขาพยาบาลศาสตร์ เพราะมีแบบแผนที่ชัดเจนในมาตรฐานหลักสูตรระดับปริญญาตรี และการประกาศสมรรถนะบัณฑิตที่คาดหวังจากองค์การวิชาชีพ แต่การพัฒนาบัณฑิตด้าน Soft Skills ยังคงเป็นความท้าทายของสถาบันการศึกษาพยาบาล ที่มีต่อความหมายใหม่ของ Soft Skills ที่ร่วมสมัยกับการพัฒนาสมรรถนะของคนอนาคต และการสร้างพื้นที่การเรียนรู้นอกห้องเรียนเพื่อพัฒนา Soft Skills แก่นักศึกษา/บัณฑิตของสถาบันตนเอง

**ทฤษฎีการเรียนรู้ที่สัมพันธ์กับการพัฒนา Soft skills**

การพัฒนาคุณลักษณะส่วนบุคคลของนักศึกษา/บัณฑิต มีความสัมพันธ์กับทฤษฎีการเรียนรู้ในกลุ่มมนุษยนิยมที่เชื่อว่าผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง การจัดประสบการณ์จึงมุ่งให้เกิดการเรียนรู้ทั้งด้านความเข้าใจ ทักษะและเจตคติไปพร้อมๆ กัน โดยให้ความสำคัญกับความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม การแสดงออก ความสนใจของผู้เรียน และการจัดประสบการณ์ที่เอื้อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เป็นสำคัญ

ทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ เริ่มการศึกษาและพัฒนาการมาจาก แนวความคิดว่าผู้ใหญ่สามารถเรียนรู้ได้จากความสนใจ และความสามารถนั้นแตกต่างออกไปจากการเรียนรู้ของเด็ก เพราะมีแนวความคิดทางด้านที่เป็นศิลป์ในการเรียนรู้ การค้นหาวิธีการในการรับความรู้ใหม่ๆ และการวิเคราะห์ความสำคัญของประสบการณ์ โดยนักการศึกษาชาวอเมริกันโนลส์ (M.S. Knowles) ได้สรุปเป็นพื้นฐานของ

ทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่สมัยใหม่ ซึ่งมีสาระสำคัญโดยสรุป[10] ดังนี้

1. ความต้องการและความสนใจเกิดการเรียนรู้ได้ดีถ้าตรงกับความต้องการ และความสนใจ ตามประสบการณ์ที่ผ่านมา

2. สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต การเรียนรู้จะได้ผลดี ถ้าผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ในการเรียนและใช้สถานการณ์ทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับชีวิตเป็นหลักสำคัญมิใช่ตัวเนื้อหาวิชา

3. การวิเคราะห์ประสบการณ์ แหล่งการเรียนรู้ที่มีคุณค่ามากที่สุดคือประสบการณ์ของผู้เรียน ส่วนของประสบการณ์ที่จะนำมาใช้ในการเรียนการสอนจึงควรนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์

4. ความต้องการเป็นผู้นำตนเอง ผู้เรียนมีความสามารถในนำตนเองในการสืบค้นหรือค้นหาคำตอบ และการจัดการตนเองได้

5. ความแตกต่างระหว่างบุคคล ผู้เรียนมีความแตกต่างระหว่างบุคคลและเพิ่มมากขึ้นตามอายุ รูปแบบของการเรียนการสอนจึงควรสัมพันธ์กับเวลา สถานที่และวิธีการเรียนรู้

แนวคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้ดังกล่าว มีลักษณะที่ช่วยให้ผู้เรียนได้พัฒนาตนเองอย่างเปิดกว้าง โดยใช้สถานการณ์ต่างๆ ที่จะช่วยให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ โดยไม่จำกัดเฉพาะในห้องเรียน ซึ่งกิจกรรมของเครือข่ายความร่วมมือประกันคุณภาพการศึกษาในกลุ่มสถาบันการศึกษาเอกชนสามสถาบันที่ได้ดำเนิน งานในปีการศึกษา 2559 เป็นกิจกรรมที่สัมพันธ์กับการพัฒนาทักษะเก่งคน ซึ่งสามารถถอดบทเรียนเพื่อพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มี Soft skills ต่อไป

**เครือข่ายความร่วมมือประกันคุณภาพการศึกษา**

สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนสาขาพยาบาลศาสตร์ มีสมาชิกคณะพยาบาลศาสตร์ 21 สถาบัน ได้นำนโยบายสู่การปฏิบัติโดยเริ่มต้นในปีการศึกษา 2559 ในโครงการเครือข่ายความร่วมมือประกันคุณภาพการศึกษาที่ได้แบ่งสมาชิกเป็นกลุ่มย่อย 3-4 แห่งตามความใกล้เคียงของที่ตั้ง โดยกลุ่มคณะพยาบาลศาสตร์สี่แห่งคือ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี และมหาวิทยาลัยสยาม ได้สร้างกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกันของนักศึกษาสี่สถาบัน เพื่ออนุวัฒน์ตามระบบการประกันคุณภาพการศึกษาภายในระดับสถาบันองค์ประกอบที่1 การผลิตบัณฑิต[11] ซึ่งเป็นจัดกิจกรรมที่มุ่งให้ผู้เรียนมีความรู้ในวิชาการและวิชาชีพ โดยใช้หลักการของการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ตามเกณฑ์ตัวบ่งชี้ที่ 1.5 กิจกรรมนักศึกษาระดับปริญญาตรี ประเภทการส่งเสริมสุขภาพ ที่ทั้งสี่สถาบันคัดสรรแล้วว่านักศึกษาสามารถทำกิจกรรมร่วมกันได้ รวมทั้งมีความสอดคล้องกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ และมาตรฐานผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาแห่งชาติ สาขาพยาบาลศาสตร์อีกประการหนึ่งด้วย

สรุปกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นในชุมชน โครงการเครือข่ายความร่วมมือประกันคุณภาพการศึกษา ที่เป็นการเรียนรู้นอกห้องเรียนแสดงในตาราง ข้างล่างนี้

| กิจกรรม | เป้าหมายการพัฒนา Soft skills |
|---|---|
| - ผู้นำนักศึกษาสถาบันละ 20 คน รวม 80 คน เข้าร่วมการอบรมในโครงการ บทบาทนักศึกษาในการประกันคุณภาพการศึกษา ระดับสถาบัน | - ทำความรู้จัก ติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพระหว่างกันทั่งภายในกลุ่มและข้ามสถาบัน |
| -ประชุมเชิงปฏิบัติการโครงการประกันคุณภาพร่วมเครือข่ายนักศึกษาเอกชน สสอท.เขต1ครั้งที่3 นักศึกษาแต่ละสถาบันเสนอโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่จะดำเนินงานร่วมกัน | - ภาวะผู้นำ ทำงานเป็นทีม ในบทบาทผู้นำและสมาชิกทีม ความรับผิดชอบต่อปัญหาในสังคม |
| - คัดสรรหนึ่งโครงการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ชื่อโครงการ“วัยรุ่นวัยใส คิดให้ได้ รักให้เป็น Bright Teenager Best Think Best Love”ซึ่งเป็นโครงการสร้างเสริมสุขภาวะวัยรุ่นในโรงเรียน ดำเนินงานตามความต้องการของโรงเรียนวัดสมณานัมบริหารในชุมชนวัดญวน-คลองลำปัก เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร | |
| - ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง“วัยรุ่นวัยใส คิดให้ได้ รักให้เป็น” นักศึกษาแต่ละสถาบันเสนอต้นแบบ กิจกรรม 4 ฐานได้แก่<br>1. เพศศึกษาสำหรับวัยรุ่น<br>2. การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยเรียน<br>3. ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อม<br>4. วัยใสกับยามว่าง<br>อาจารย์ที่ปรึกษาให้ข้อเสนอแนะ | - ภาวะผู้นำ ทำงานเป็นทีม ในบทบาทผู้นำและสมาชิกทีม |
| - จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาวะวัยรุ่น ณ โรงเรียนวัดสมณานัมบริหาร เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร | - การสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพระหว่างกันทั้งภายในกลุ่มและข้ามสถาบัน |
| - ประเมินความสำเร็จของโครงการ นักศึกษาบันทึกสะท้อนคิด ผลการเรียนรู้ที่มีต่อตนเอง | - ความคิดใคร่ครวญ ความรับผิดชอบในการพัฒนาตนเอง |

**การสะท้อนคิดของนักศึกษาที่มีต่อการพัฒนาตนเอง**

ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมโครงการ “วัยรุ่นวัยใส คิดให้ได้ รักให้เป็น Bright Teenager Best Think Best Love”แต่ละสถาบันได้จัดการสนทนากลุ่ม โดยนักศึกษาบันทึกสะท้อนคิดผลการเรียนรู้ที่มีต่อตนเองจากการทำงานร่วมกัน ใน 3 ประเด็น คือ 1) การ

เรียนรู้นอกชั้นเรียน 2) การเรียนรู้จากทำงานร่วมกับเพื่อนต่างสถาบัน 3) การเรียนรู้จากทำงานร่วมกับชุมชน ประมวลผลการสะท้อนคิดของนักศึกษา สรุปได้ ดังนี้

**1. ประเด็นการเรียนรู้นอกชั้นเรียน** นักศึกษาสะท้อนคิดในเรื่อง การนำความรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริง การเรียนรู้สิ่งใหม่ ได้แสดงความคิดเห็น ความท้าทาย การแก้ปัญหาด้านสุขภาพ การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ดังตัวอย่างการวิเคราะห์เนื้อหา

“...เพิ่มทักษะทางวิชาการ ความรู้ในการใช้ชีวิตของวัยรุ่น เข้าใจความยากของการแก้ปัญหา ได้ประโยชน์จากประสบการณ์จริง สถานการณ์จริง...” (M-01,M-08 M-12,S-02 ,S-09,S-17)

“...แสดงความคิดได้เต็มที่ ร่วมกันคิด ท้าทายความสามารถ การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ทำให้สนใจในการเรียนรู้มากกว่าเรียนในชั้นเรียนอย่างเดียว...” (M-04,M-06,M-15,S-07 ,S-10 ,S-15)

“...เป็นการเรียนที่ไม่น่าเบื่อ มีความตื่นเต้น ได้เรียนรู้ถึงการแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพ นักศึกษาค้นหาปัญหาได้จากเรื่องจริง...” (M-5,M-13,M-18,S-5,S-9,S14)

“...เป็นการเรียนรู้ที่ดี แปลกใหม่ เป็นการตรวจสอบความรู้ของตัวเราเองด้วยจะนำมาใช้แก้ปัญหาอย่างไร...” (M-02,M-10,M-13,S-08,S-12)

**2. ประเด็นการทำงานร่วมกับเพื่อนต่างสถาบัน** นักศึกษาสะท้อนคิดในเรื่อง การสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การทำงานเป็นทีม การแลกเปลี่ยนและยอมรับความคิดแตกต่าง ความสำเร็จของงาน เพื่อนต่างสถาบัน ดังตัวอย่างการวิเคราะห์เนื้อหา

“...ได้รู้จักเพื่อนใหม่ แลกเปลี่ยนความรู้ความคิด มีน้ำใจช่วยเหลือซึ่งกันและกันเพื่อที่จะให้งานสำเร็จได้ด้วยดี...” (M-06,MS-09,M-16,S-06,S-09,S-20)

“...ฝึกทักษะในการสื่อสาร ประสานงานต่างสถาบัน ได้ประสบการณ์ใหม่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ร่วมกันเป็นทีมสามารถทำงานได้สำเร็จ...”(M-05,MS-11,S-03,S-14)

“...ปรับความคิดใหม่จากความคิดตัวเอง ได้ฟังเพื่อนนำเสมอนำมาปรับให้เข้ากัน มีแนวคิดมุมมองหลากหลาย ได้ต่อยอดความคิด...” (M-02,MS-12,S-06,S-17)

“...สิ่งที่ดีที่ได้ทำความรู้จักกับเพื่อนๆ สถาบันอื่น เพราะเมื่อจบออกไปทำงาน ก็ต้องไปเจอกับคนที่มาจากต่างสถาบันอื่น...” (M-1,M-18, S-09,S-15)

**3. ประเด็นการทำงานร่วมกับชุมชน** นักศึกษาสะท้อนคิดในเรื่อง พบปัญหาจริง เข้าใจปัญหาของชุมชนประยุกต์ใช้ความรู้ สร้างสัมพันธภาพ ช่วยลดปัญหาสังคมดังตัวอย่างการวิเคราะห์เนื้อหา

“...พบปัญหาที่มีอยู่จริง ภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือ ได้นำความรู้ที่มีไปประยุกต์ใช้ ทำให้ชุมชนได้ประโยชน์...” (M-1,M-18,S-06,S-13)

“...เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหา ได้รู้จักการปรับตัวและสร้างสัมพันธภาพกับผู้คน รู้ว่าชุมชน

ยังต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ...” (M-03,M-05, S-05,S-11)

“...ได้ช่วยเหลือสังคมในการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาแก่นักเรียน หวังว่าจะช่วยลดปัญหาสังคมลงได้บ้าง ...” (M-12,M-13, S-09,S-11)

**บทสรุป**

จากประเด็นเชิงนโยบายในการพัฒนานักศึกษา ให้เป็นบัณฑิตมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ด้าน Soft Skills ซึ่งคำว่า Soft Skills ยังไม่มีนิยามที่ชัดเจน แต่มีคำอธิบายหลายชุดที่แสดงถึงคุณลักษณะด้านเก่งคน ซึ่งจะมีทักษะหลายมิติเชื่อมโยงกัน เช่น ทักษะด้านสังคม สื่อสาร การแก้ปัญหา รวมทั้งทัศนคติและลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่สอดคล้องกับการพัฒนา Soft Skills จากคำอธิบายว่า เกิดการเรียนรู้ได้ดีจากสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ตรงกับความต้องการ ความสนใจซึ่งมิใช่ตัวเนื้อหาวิชา ผู้เรียนสามารถนำตนเองในการค้นหาคำตอบและจัดการตนเองได้

กิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกันของนักศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ภาคเอกชนสี่แห่ง ในเครือข่ายความร่วมมือประกันคุณภาพการศึกษา การสะท้อนคิดผลการเรียนรู้ที่มีต่อตนเองจากการทำงานร่วมกัน พบว่านักศึกษาได้เรียนรู้ “... *ในการนำความรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริง การแก้ปัญหา การสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การทำงานเป็นทีม เข้าใจปัญหาของชุมชน และภาคภูมิใจที่ได้มีส่วนช่วยลดปัญหาสังคม...*”โดยกิจกรรมนอกห้องเรียนที่ได้จัดขึ้นนั้นเป็นการบูรณาการทักษะความรู้กับทักษะด้านเก่งคน ซึ่งมีความสอดคล้องกับรูปแบบการพัฒนาการเรียนรู้เชิงวิชาการและสังคม[12] (Model to Design an Academic and Social Development) ที่ประกอบด้วย ความต้องการของนักศึกษา จัดกิจกรรมที่มีเป้าหมายตรงตามความต้องการ และกิจกรรมที่ทำให้ผู้เรียนผูกพันกับโครงการ (Engaging activity)

ทักษะด้านเก่งคนในสาขาพยาบาลศาสตร์มีแบบแผนอยู่แล้วในแต่ละสถาบัน จึงจำเป็นต้องมีการทบทวนคำอธิบาย Soft Skills เพื่อปรับภาพลักษณ์นักศึกษาและบัณฑิตให้แสดงคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามที่สังคมประเทศต้องการ ซึ่งเป็นภารกิจที่ท้าทายแนวคิดใหม่สองระดับ คือระดับผู้บริหารในเชิงนโยบาย และระดับอาจารย์ในการออกแบบพื้นที่การเรียนรู้นอกห้องเรียน ซึ่งสถาบันสามารถออกแบบวิธีการเรียนได้ในหมวดวิชาชีพ รายวิชาการพยาบาลที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน หรือหมวดวิชาศึกษาทั่วไป ที่มีการเรียนแบบบูรณาการอยู่แล้ว รวมทั้งหมวดวิชาเลือกที่สามารถสร้างรายวิชาที่สัมพันธ์กับคุณลักษณะบัณฑิตที่สถาบันต้องการสร้างให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย

**เอกสารอ้างอิง**

1.Sumet Yamnun, The policy setting conference of student development. A presentation file of 15 years higher education framework version 3 B.E. 2560-2574. Office of the Higher Education Commission. 31 October 2016. (in Thai)

2. Oknation.nationtv.tv/ blog/. [Internet]. Future graduate skills. Soft Skill: The University did not taught.[cited 2017 Oct 1]. Available from: http.//oknation. nationtv.tv/blog/hrd/2009/12/09/entry-1. (in Thai)

3.Jindarat Pho. [Internet]. Soft Skill. [cited 2016Oct15]. Available from: http:// www. royin.go.th/knowledges/SoftSkill. (in Thai)

4. Investopedia. [Internet]. Soft Skills. [cited 2016 Oct 15]. Available from: www.investopedia.com/terms/s/soft-skills.asp.

5. Rajamangala University of Technology Thanyaburi. [Internet]. Soft skills. [cited 2017Oct15]. Available from: http://www. handson.rmutt.ac.th/?p=1429. (in Thai)

6. Wijarn Panich. [Internet]. 21st century skills. [cited2017Oct19]. Available from: http://www.vicharkarn.com/article/60454 . (in Thai)

7. Dilka Lathaphiphat. [Internet]. Demanded Skills. World Economic Forum.10. [cited 2018 May15]. Available from: https://www.etoyotaclub.net/site/ Webboard/aft/43770. (in Thai)

8. Office of the Higher Education Commission. Announcement of Bachelor Degree Qualifications of Nursing Science 2009. Ministry of Education. Bangkok.

9. Thailand Nursing and Midwifery Council. [Internet]. Main competencies of bachelor degree graduates in nursing. [cited 2017 Oct 15]. Available from: Nursing Council Announcement www. tnmc.or.th/images/userfiles/files/1project (1).pdf. (in Thai)

10. Media thailand blog/ [Internet]. Learning theory for adults. [cited 2017 Oct 29]. Available from: http://media-thailand.blogspot.com/2012/05/blogpost _1880.html. (in Thai)

11. Office of the Higher Education Commission. Internal quality assurance guide for education. Office of Educational Quality Assurance, Ministry of Education. Bangkok 2014. (in Thai)

12. Abir Eldaba. An Innovative Model to Design an Academic and Social Development for International College Students. College student Journal volume 50 No.2: 2016.171-177.

# การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง

กาญจนา คงเปีย* จันจิรา จินาพร**
กิ่งกานต์ จันทคาม*** สุธิสา เต็มทับ****

**บทคัดย่อ**

ความปวดเป็นประสบการณ์อาการที่สร้างความทุกข์ทรมานและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง การจัดการความปวดเป็นบทบาทสำคัญและท้าทายสำหรับพยาบาล การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์กรณีศึกษาจากประสบการณ์ของผู้เขียน มีวัตถุประสงค์ประสงค์เพื่อให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุความปวดและการจัดการความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง

ความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังมีสาเหตุที่สำคัญ คือ 1) ระบบประสาท 2) แรงดันในท่อและเนื้อตับอ่อน 3) ภาวะแทรกซ้อนของตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง 4) หัตถการและการรักษา และ 5) สภาวะอารมณ์และจิตใจ การจัดการความปวดเป็นบทบาทสำคัญและท้าทายที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ทั้งภายใต้การรับคำสั่งการรักษาจากแพทย์และบทบาทอิสระ การจัดการความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความปวด 2) การจัดการความปวดโดยใช้ยา 3) การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา 4) การชี้แนะและให้ข้อมูล 5) การเสริมสร้างพลังอำนาจ 6) การเป็นตัวแทนผู้ป่วย และ 7) การสนับสนุนทางอารมณ์

กรณีศึกษาครั้งนี้พบว่าการจัดการความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังมีอุปสรรคสำคัญคือการจัดการความปวดของบุคลากรสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับระดับความปวด พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความปวดและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตับอ่อนอับเสบเรื้อรัง

**คำสำคัญ: การจัดการความปวด/ ผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง**

---

* พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

** พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

*** พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

**** ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

# Nursing Care for Pain Management in Chronic Pancreatitis

Karnchana Kongpia* Janjira Jinaporn**
Kingkarn Junthakam*** Suthisa Temtap****

## ABSTRACT

Chronic pancreatitis patient's, like many other patients, experience pain, and this experience of suffering adversely affects their quality of life. Pain management is an important and challenging role for nurses. The study was done by using a literature review and a case study from direct experience of the author. This article aimed to enhance care knowledge for nurses rerated to causes and management of pain in chronic pancreatitis patients.

Chronic pancreatitis pain patients has 5 important causes including; 1) wiring problems 2) plumbing problems 3) pancreatic and extra-pancreatic complication 4) procedures and treatments and 5) emotional and mental conditions. Hence, pain management is an important and challenging role for nurses both administrating medical treatment and their independent roles, which consists of in 7 activities including; 1) pain assessment and measurement 2) medication 3) non-medication treatment 4) introductions and giving information 5) empowerment 6) patient representation and 7) emotional support.

Based on the case study, it was found that the main barriers to effective pain management was inappropriate pain management for pain levels among health care providers. Nurses play key roles in effective pain management for patients with chronic pancreatitis. Effective pain management helps reduce suffering from pain and increase a quality of life for patients with chronic pancreatitis.

**Key word: Pain Management/ Chronic Pancreatitis Patient**

Article info: Received September 6, 2018; Revised August 14, 2019; Accepted May 8, 2019.

* Registered nurse, Nursing Services Division, Songklanagarind Hospital

** Registered nurse, Nursing Services Division, Songklanagarind Hospital

*** Registered nurse, Nursing Services Division, Songklanagarind Hospital

**** Corresponding Author, Advanced nurse practitioner, Nursing Services Division, Songklanagarind Hospital, Prince of Songkla University

**ความสำคัญและที่มาของปัญหา**

ผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังร้อยละ 80-90 มีประสบการณ์ความปวด และเป็นอาการสำคัญที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมาพบแพทย์[1] ความปวดที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน คุณภาพชีวิตลดลงกระทบต่อการดำเนินชีวิตและการทำงาน[2,3] แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ ความคิดความจำลดลง ผู้ป่วยบางรายมีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังที่ได้รับยาแก้ปวดและมีประวัติดื่มแอลกอฮอล์[4] ความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังเป็นอาการที่มีความยุ่งยากในการจัดการ เนื่องจากต้องจัดการให้สอดคล้องกับสาเหตุหรือกลไกความปวด และต้องใช้การจัดการความปวดหลายวิธีร่วมกัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อจัดการอาการปวดตั้งแต่ 7-20 วัน โดยมีค่ารักษาพยาบาลตั้งแต่ 40,000-100,000 บาท ค่ารักษาที่สำคัญคือ ค่าตรวจวินิจฉัย ค่าหัตถการ ค่ายาและสารอาหารทางหลอดเลือด

การจัดการความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังเป็นบทบาทท้าทายสำหรับพยาบาล เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดมากที่สุด รวมทั้งผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังที่มีความปวดจะมีความไวต่อความปวดสูงขึ้น การพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังจึงเป็นอีกประเด็นที่พยาบาลจำเป็นต้องให้ความสำคัญและหาวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพผู้มีหน้าที่รับผิดชอบจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจทฤษฎีความปวด การประเมินความปวด และการจัดการความปวด เพื่อสามารถให้การดูแลช่วยเหลือในการจัดการความปวดผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม

**อาการปวดท้องจากตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง**

ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง (chronic pancreatitis) เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบของเซลล์ตับอ่อนอย่างต่อเนื่องเรื้อรัง อาจเกิดต่อเนื่องจากการอักเสบเฉียบพลันที่รักษาไม่หาย เนื่องจากสาเหตุยังคงอยู่ สาเหตุสำคัญของการเกิดตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง คือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พันธุกรรม และไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด มีอาการที่สำคัญคือ ระบบการทำงานของต่อมไร้ท่อผิดปกติ ภาวะเบาหวานจากตับอ่อนอักเสบ และอาการปวดท้อง[3]

อาการปวดท้องเป็นอาการแสดงสำคัญในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง ตำแหน่งปวดท้องที่พบได้บ่อยคือด้านบนและตรงกลาง ลักษณะอาการปวดท้อง ผู้ป่วยมักมีอาการปวดแบบตื้อๆ ที่บริเวณลิ้นปี่หรือท้องส่วนบน และอาจร้าวไปบริเวณกลางหลัง อาการปวดจะดีขึ้นถ้านั่งเอนตัวมาข้างหน้าหรือนอนคว่ำ แต่จะรุนแรงขึ้นเมื่อนอนหงาย[5,6]

**พยาธิสภาพ**

ปัจจุบันมีผู้ศึกษาพยาธิสภาพของความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังไว้หลายทฤษฎี มีรายละเอียดดังนี้

1. ความปวดจากระบบประสาท ผู้ป่วยมีความผิดปกติของระบบประสาทรับความรู้สึกทั้งประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย[5] การศึกษา

ที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังที่มีความปวดรุนแรงเซลล์ระบบประสาทมีการขยายตัวเพิ่มขึ้น มีความหนาแน่นของระบบประสาท มากกว่าผู้ป่วยตับอ่อนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)[7]

2. ความปวดจากแรงดันในท่อและเนื้อตับอ่อน ผู้ป่วยมีแรงดันในท่อและเนื้อตับอ่อนสูง การเพิ่มแรงดันในท่อและเนื้อตับอ่อนส่งผลให้ความต้านทานในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ลดการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงตับอ่อน เกิดการตกผลึกของก้อนแคลเซียม ส่งผลให้เซลล์ตับอ่อนกลายเป็นพังพืดและท่อตับอ่อนตีบและอุดกั้นตามมาได้[8]

3. ความปวดจากภาวะแทรกซ้อนของตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือภาวะถุงน้ำเทียมตับอ่อน การอุดกั้นท่อทางเดินน้ำดี ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากก้อนนิ่ว และตับอ่อนกดเบียดหรือดึงรั้งลำไส้เล็ก[5]

4. ความปวดจากหัตถการและการรักษา ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือการทำหัตถการที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปวดเพิ่มขึ้น เช่น การส่องกล้องตับอ่อนและท่อน้ำดี การเจาะระบายน้ำถุงน้ำเทียมตับอ่อน และการผ่าตัด เป็นต้น

5. ความปวดจากสภาวะอารมณ์และจิตใจ สภาวะทางอารมณ์และจิตใจเป็นอีกสาเหตุของความปวดในผู้ป่วย ซึ่งในปัจจุบันยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัด แต่มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังมีผลต่อการปรับสัญญาณกระแสประสาทรับความรู้สึกภายในสมองส่วนที่แสดงออก ส่งผลให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์เมื่อมีความปวด[9]

**การวินิจฉัยอาการปวดท้องจากตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง**

การวินิจฉัยอาการปวดท้องจากตับอ่อนอักเสบเรื้อรังในปัจจุบันมีหลายวิธี เช่น การตรวจระดับอะไมเลสหรือไลเพสในเลือด การเอกซเรย์ซึ่งจะพบว่ามีหินปูนเกาะอยู่บริเวณตับอ่อน การอัลตร้าซาวน์ มีข้อจำกัดเรื่องอากาศในลำไส้มารบกวน หรือผนังหน้าท้องที่หนาส่งผลให้การแปลผลผิดได้ การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ วิธีนี้มีประโยชน์ในการช่วยหาสาเหตุของอาการปวดท้องจากสาเหตุอื่นๆ ด้วย แต่มีข้อจำกัดคือไม่สามารถตรวจพบพยาธิสภาพที่มีขนาดเล็กน้อยกว่า 1 เซนติเมตร และการส่องกล้องตับอ่อนและท่อน้ำดี(endoscopic retrograde cholanio-pancreatography: ERCP) ซึ่งวิธีวินิจฉัยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังด้วยภาพเอกซเรย์ที่ได้มาตรฐานสากล ซึ่งในบางกรณีสามารถให้การรักษาไปพร้อมกับการวินิจฉัยได้ แต่การทำมีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นวิธีการตรวจที่มีการรุกล้ำร่างกายมากกว่าวิธีอื่นๆ และการแปลผลต้องอาศัยประสบการณ์ของผู้ทำ ซึ่งทำให้ผลมีความแตกต่างกันได้โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเพียงเล็กน้อย ซึ่งการตรวจวิธีนี้มีความไวร้อยละ 75-95 และความจำเพาะร้อยละ 90[6]

**การรักษาอาการปวดท้องในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง**

การรักษาอาการปวดท้องในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังประกอบด้วยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้

ยา โดยมีการประเมินระดับคะแนนความปวด (Numerical Rating Scale: NRS) มีรายละเอียดดังนี้

1. การใช้ยา การใช้ยาแก้ปวดเป็นการรักษาความปวดลำดับแรกในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังที่มีความปวดที่ไม่ได้เกิดจากการตีบ/ตันของท่อและเนื้อตับอ่อน[2] ซึ่งกลุ่มยาที่ใช้มีดังนี้

1.1 กลุ่มยาแก้ปวด โดยบริหารยาตามลำดับขั้น (by ladder) 3 ขั้นตอนขององค์การอนามัยโลก คือ ขั้นที่ 1 ความปวดเล็กน้อย (NRS = 1-3 คะแนน) เลือกใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่โอปิออยด์ ที่สำคัญคือยาในกลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่เสตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDs) ยา Acetaminophen และยาเสริม ขั้นที่ 2 ความปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง (NRS = 4-7 คะแนน) เลือกใช้ยาโอปิออยด์ชนิดอ่อน เช่น Codeine และ Tramadol ร่วมกับยาที่ไม่ใช่โอปิออยด์และยาเสริม ขั้นที่ 3 ความปวดปานกลางถึงมาก (NRS = 7-10 คะแนน) เลือกใช้ยาแก้ปวดโอปิออยด์ชนิดแรง เช่น Morphine และ Fentanyl เป็นต้น[10-11]

1.2 ยากลุ่มน้ำย่อยตับอ่อน (pancreatic enzymes) ที่นิยมนำมาใช้ในการรักษาความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังคือ Enteric coated enzyme (Creon) ยา Creon สามารถช่วยทำลายคอเลซิสโทไคนิน (cholecystokinin: CCK) ส่วนเกิน และส่งผลให้อาการปวดลดลงได้[11] การให้ยา Creon ต้องการให้ยาออกฤทธิ์ที่ลำไส้เล็กส่วนต้น ที่มีค่าความเป็นกรด-ด่าง (Potential of Hydrogen ion: pH) เท่ากับ 6 เนื่องจากยาจะถูกทำลายในสภาวะเป็นกรดในกระเพาะอาหารที่มีค่าความเป็นกรด-ด่าง เท่ากับ 5.0-5.5 ดังนั้นผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบที่รับประทานยาCreon จำเป็นต้องรับประทานยาลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารร่วมด้วยเพื่อป้องกันยาถูกทำลายในกระเพาะอาหาร[12]

2. การไม่ใช้ยา การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยามีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบที่มีสาเหตุความปวดมาจากการอุดตัน/หรือตีบแคบของท่อตับอ่อน รวมทั้งภาวะถุงน้ำในตับอ่อน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นที่จะต้องให้การรักษาด้วยการส่องกล้องเพื่อถ่างขยายท่อตับอ่อนหรือใส่สายระบาย จากการรวบรวมงานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1992- ค.ศ. 2006 จำนวน 10 เรื่อง พบว่าการส่องกล้องเพื่อถ่างขยายหรือใส่ขดลวดท่อตับอ่อนสามารถช่วยให้ผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบมีอาการปวดลดลงร้อยละ 50-100[13] สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดไม่ลดลงหลังให้การรักษาด้วยยาและการส่องกล้องมีความจำเป็นที่จะต้องรักษาด้วยการผ่าตัด จากการรวบรวมงานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1973- ค.ศ. 1978 จำนวน 8 เรื่อง พบว่าการผ่าตัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังมีความปวดลดลงร้อยละ 63-93[14]

**ผลกระทบจากอาการปวดท้อง**

อาการปวดท้องเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง หากอาการ

ปวดไม่สามารถควบคุมได้ จะทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย นอนหลับไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร เกิดเป็นภาวะทุพโภชนาการ นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบด้านอารมณ์ หงุดหงิดง่าย ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะเครียด ซึมเศร้า ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำงานของผู้ป่วยได้[2,4]

เพื่อให้ผู้อ่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับความปวดและบทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังเพิ่มขึ้น ผู้เขียนจึงขอยกตัวอย่างกรณีศึกษาผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังดังนี้

**กรณีศึกษาผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง**

ผู้ป่วยชายวัยกลางคน อายุ 51 ปี อาชีพพนักงานการไฟฟ้า ประวัติดื่มแอลกอฮอล์ วันละ 1 แบน เกือบทุกวันนาน 13ปี หยุดดื่ม 10 ปี และสูบบุหรี่ วันละ 10 มวน เป็นระยะเวลา 6 ปี และได้หยุดสูบมาเป็นเวลา 12 ปี แพทย์วินิจฉัยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง ถุงน้ำเทียมตับอ่อน และนิ่วในท่อตับอ่อน มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นประจำด้วยเรื่องปวดท้อง โดยจะเริ่มปวดบริเวณลิ้นปี่และท้องด้านซ้ายบนร้าวทะลุหลังและปวดบีบๆ ตลอดเวลา ระดับคะแนนความปวด NRS 8-10 คะแนน ซึ่งอาการปวดเพิ่มขึ้นทีละน้อยจนปวดมากที่สุด อาการปวดไม่สัมพันธ์กับท่าทาง มีอาการปวดแปล๊บๆ ร่วมด้วย ในเวลาที่เอี้ยวตัวหรือขยับตัว โน้มตัวไปข้างหน้าแล้วดีขึ้น รู้สึกแน่นท้อง มีเหงื่อแตกใจสั่น คลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน รับประทานอาหารได้ลดลงเนื่องจากหลังรับประทานอาหารจะปวดท้องมากขึ้น บางวันปวดท้องมากต้องไปฉีดยาแก้ปวดที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน อาการปวดทุเลาลงเล็กน้อยครั้งนี้ และมารับการตรวจรักษานอนโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 18 พ.ย. - 12 ธ.ค. 58 ด้วยเรื่องปวดท้องบริเวณลิ้นปี่มากขึ้น 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล

วันที่ 18 พ.ย.- 19 พ.ย. 58 ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องระดับมาก NRS 7-10 คะแนน การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ คือ ยาแก้ปวดโอปิออยด์ชนิดแรงแบบฉีดตามเวลาทุก 3 ชั่วโมงและเมื่อผู้ป่วยร้องขอทุก 2 ชั่วโมง หลังได้ยาแก้ปวดความปวดลดลงเล็กน้อย และผู้ป่วยร้องขอยาแก้ปวดก่อนเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล รับประทานอาหารได้น้อย

*“ปวดท้องมาก ต้องงอตัวตลอด นอนราบไม่ได้เลย ปวดมากขึ้น พยาบาลมาจัดท่าให้ บอกให้หายใจเข้า-ออกลึกๆอาการปวดก็ไม่ดีขึ้น ปวดตลอดเวลา พอได้ยาแก้ปวดก็นอนหลับได้สักชั่วโมง หลังจากนั้นปวดขึ้นมาอีก มันทรมานมาก”*

วันที่ 20 พ.ย. 58 แพทย์ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบถุงน้ำเทียมตับอ่อน แพทย์ใส่สายระบายน้ำในถุงน้ำเทียมตับอ่อน และส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อน วันที่ 21 พ.ย. 58 พบว่าขดลวดที่ถ่างขยายท่อตับอ่อนเดิมเลื่อนออก ส่งผลให้น้ำดีรั่วเพิ่มขึ้น แพทย์ใส่ขดลวดถ่างขยายท่อน้ำดีและตับอ่อนใหม่ และส่งน้ำดีเพาะเชื้อพบว่าติดเชื้อแบคทีเรียชนิดกรัมลบ แพทย์ให้การรักษาด้วยยาฆ่าเชื้อ ภายหลังการส่องกล้องท่อน้ำดีและตับอ่อนผู้ป่วยมีอาการปวดท้องเพิ่มขึ้น แพทย์จึงปรับยาแก้ปวดโอปิออยด์ชนิด

แรงแบบฉีดตามเวลาเป็นทุก 2 ชั่วโมง และเมื่อผู้ป่วยร้องขอทุก 1 ชั่วโมง

วันที่ 23 พ.ย. 58 ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องระดับปานกลาง NRS 4-6 คะแนน แพทย์คลินิกระงับปวดได้เข้าร่วมรักษา โดยปรับยาแก้ปวดโอปิออยด์ชนิดแรงแบบกินร่วมกับยาเสริมประกอบด้วย ยาต้านอาการซึมเศร้า ยากันชัก และยาน้ำย่อยตับอ่อน หลังจากนั้นอาการปวดท้องลดลงในระดับน้อยจนกระทั่งจำหน่ายในวันที่ 12 ธ.ค. 58 ระยะเวลานอนโรงพยาบาล 24 วัน ค่ารักษาพยาบาล 115,600 บาท

*“ช่วงนี้นอนหลับได้ตลอดคืน ได้ย้ายเตียงมามุมนี้ก็เงียบดี นอนหลับได้มากขึ้น ปวดลดลง ขอยาแก้ปวดน้อยลง ข้าวกินได้มากขึ้น เพราะกินแล้วไม่ปวดท้อง”*

*“พยาบาลคอยมาบอกผลการรักษา ให้กำลังใจ และให้ยาแก้ปวด ตอนนี้อาการปวดลดลงมากแล้วคะแนนไม่ถึง 5”*

จากกรณีศึกษาพบความยุ่งยากในการพยาบาลเนื่องจากความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง เป็นความปวดที่เกิดจากหลายสาเหตุรวมกันทั้งจากพยาธิสภาพจากตัวโรค สภาวะจิตใจของผู้ป่วยผู้ป่วย หัตถการ และการรักษา พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้วิธีการจัดการความปวดหลายๆ วิธีร่วมกันเพื่อช่วยบรรเทาความความปวดให้ผู้ป่วย จากกรณีศึกษามีประเด็นคำถามที่น่าสนใจคือ ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสมและเพียงพอหรือไม่ เหตุใดภายหลังได้รับการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยยาแก้ปวดและการไม่ใช้ยาแก้ปวดระดับความปวดยังคงอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก จึงนำมาสู่การศึกษาครั้งนี้

ผู้ป่วยรายนี้มีลักษณะความปวดทั้ง 5 ชนิดรวมกัน คือ ความปวดจากระบบประสาท โดยมีอาการปวดแปลบๆ เป็นเวลาที่เอี้ยวตัว หรือขยับตัว หากโน้มไปข้างหน้าความปวดลดลง ความปวดจากแรงดันในท่อและเนื้อตับอ่อน เนื่องจากผู้ป่วยมีนิ่วในท่อตับอ่อน ส่งผลให้เกิดความปวดจากแรงดันที่เพิ่มขึ้นในท่อตับอ่อน และความปวดจากภาวะแทรกซ้อนของตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง พบได้จากผลเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์พบถุงน้ำเทียมตับอ่อน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปวดตลอดเวลา

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความปวดจากการทำหัตถการ คือ การส่องกล้องตับอ่อนและท่อน้ำดีและการใส่สายระบายน้ำในถุงน้ำเทียมตับอ่อน หลังทำหัตถการ 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยมีความปวดในระดับรุนแรง NRS 7-10 คะแนน นอนไม่หลับ มีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง จำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวดโอปิออยด์ชนิดแรงบริหารยาตามเวลาทุก 3 ชั่วโมง และเมื่อผู้ป่วยร้องขอทุก 2 ชั่วโมง รวมทั้งความปวดจากความรุนแรงของตัวโรคซึ่งพบว่าน้ำดีติดเชื้อแบคทีเรียชนิดกรัมลบ ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปวดเพิ่มขึ้น สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อความปวดในผู้ป่วยรายนี้คือความวิตกกังวลเนื่องจากความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น การนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอร่วมกับความปวดที่ยังคงอยู่ถึงแม้จะได้รับยาแก้

ปวดในขนาดสูง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวด เพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความปวด และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วย

**บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง**

การช่วยเหลือดูแลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความปวดและลดอาการเจ็บปวดเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ทั้งภายใต้การรับคำสั่งการรักษาจากแพทย์และบทบาทอิสระ พยาบาลควรมีการจัดการความปวดโดยพิจารณาจากระดับความรุนแรงของความปวด และให้ความช่วยเหลือทันที การจัดการความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมินความปวด 2) การจัดการความปวดโดยใช้ยา 3) การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา 4) การสอนและให้ข้อมูล 5) การเสริมสร้างพลังอำนาจ 6) การเป็นตัวแทนผู้ป่วย และ 7) การสนับสนุนทางอารมณ์ โดยแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียด ดังนี้

**การประเมินความปวด**

การประเมินความปวดเป็นบทบาทสำคัญลำดับแรกในการจัดการความปวด การประเมินความปวดโดยการรับฟังและให้ความสนใจกับประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วย การรับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจประสบการณ์ความปวด การจัดการความปวดของผู้ป่วย และสามารถใช้เป็นกรอบในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม[15] ผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังต้องประเมินความปวดอย่างเป็นระบบและครอบคลุมในประเด็นเกี่ยวกับชนิดและคุณลักษณะ ความถี่ และความรุนแรงของความปวด เนื่องจากความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังแตกต่างกันในแต่ละบุคคลโดยผู้ป่วยบางรายมีความปวดต่อเนื่อง แต่บางรายมีความปวดแบบเป็นๆ หายๆ [16]

การประเมินความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังจำเป็นต้องใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสม สำหรับเครื่องมือประเมินความปวดในปัจจุบันที่นิยมใช้ คือ มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (NRS) คะแนน 0-10 ซึ่งเป็นมาตรวัดที่ใช้ได้ง่ายมีความตรงเหมือนและความเที่ยงในการวัดซ้ำระดับดีมาก[17] แต่มาตรวัดความปวดแบบตัวเลขไม่สามารถบอกคุณลักษณะ ความถี่ รูปแบบ และปัจจัยที่ทำให้ความปวดเพิ่มขึ้นได้ ดังนั้นการประเมินความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังจำเป็นต้องใช้เครื่องมือประเมินมากกว่า 1 เครื่องมือ เครื่องมือประเมินความปวดฉบับย่อภาษาไทย (Brief Pain Inventory-Thai: BPI-T) เป็นเครื่องมือประเมินความปวดที่สามารถประเมินความปวดได้หลากหลายมิติ ครอบคลุมการประเมินความรุนแรงและผลกระทบของความปวด ประเมินโดยให้คะแนน 0-10 (0 = ไม่กระทบ ถึง 10 = กระทบมาก) มาใช้ควบคู่กับมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข และต้องกำหนดให้ความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5[18]

พยาบาลจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยที่อาจมีผลต่อการรับรู้ต่อความปวดและการจัดการความปวดร่วมด้วย เพื่อให้สามารถประเมินความปวด

ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความปวดของผู้ป่วยที่สำคัญคือภาวะจิตสังคม จากการศึกษาภาคตัดขวาง ในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบจำนวน 692 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าสภาวะทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับความปวดที่เพิ่มขึ้นและคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง[19]

ผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังมีความจำเป็นต้องเข้ารับการทำหัตถการต่างๆ ที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรุนแรงของความปวดเพิ่มขึ้น พยาบาลจะต้องประเมินความปวดทุกครั้งก่อนและหลังทำหัตถการ หากผู้ป่วยมีคะแนนความปวดในระดับน้อยถึงปานกลาง พยาบาลควรประเมินความปวดทุก 4 ชั่วโมง แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความปวดในระดับมาก พยาบาลจำเป็นต้องประเมินความปวดถี่ขึ้น เพื่อการจัดการความปวดที่เหมาะสม ซึ่งในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังที่ได้รับยาแก้ปวด พยาบาลจำเป็นต้องประเมินความปวดก่อนได้รับยาแก้ปวดและหลังได้รับยาแก้ปวด 30-60 นาที นอกจากนี้พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะความปวดว่าเป็นความปวดพื้นฐาน หรือความปวดเป็นครั้งคราว หากมีความปวดเป็นครั้งคราวต้องประเมินสาเหตุความปวดว่าเกิดจากยาแก้ปวดมีขนาดไม่เพียงพอ ความปวดเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน หรือความปวดเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันที่มีสิ่งกระตุ้น เนื่องจากความปวดที่เกิดขึ้นแต่ละรูปแบบมีการจัดการความปวดที่แตกต่างกัน[10]

**2) การจัดการความปวดโดยการใช้ยา**

การใช้ยาในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังที่มีความปวดเป็นการจัดการความปวดที่ได้ผลดีและเป็นการรักษาความปวดลำดับแรกในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังที่มีความปวดที่ไม่ได้เกิดจากการตีบหรือตันของท่อและเนื้อตับอ่อน[2] พยาบาลต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารยาตามลำดับขั้น 3 ขั้นตอนขององค์การอนามัยโลก[10,11] ผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มักมีความปวดในระดับปานกลางถึงมาก พยาบาลควรบริหารยาแก้ปวดตามเวลาและใช้หลักการบริหารยาแก้ปวดตามลำดับขั้น 3 ขั้นตอนขององค์การอนามัยโลก โดยหลังให้ยาแก้ปวดพยาบาลต้องประเมินความปวดหลังได้ยาแก้ปวด 30-60 นาที หากพบว่าความปวดไม่ลดลง หรือ NRS≥7 คะแนน พยาบาลดำเนินการขั้นต่อไปคือ รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนหรือให้ยาเพิ่มทันที หากผู้ป่วยมีความปวดลดลงบ้าง NRS 4-6 คะแนน พิจารณาบริหารยาแบบผู้ป่วยร้องขอ และหากความปวดลดลงเหลือระดับน้อย NRS≤3 คะแนน พยาบาลสามารถบริหารยาตามแผนการรักษาของแพทย์[10]

นอกจากนี้ต้องสังเกตและติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นที่สำคัญคือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน หากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียนควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน[20] อาการท้องผูก พยาบาลควร

ตรวจสอบคำสั่งการใช้ยาว่ามีการสั่งใช้ยาระบายร่วมด้วยหรือไม่ หากไม่มีคำสั่งการใช้ยาควรรายงานแพทย์ และต้องติดตามการขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วยทุกวัน การกดการหายใจพยาบาลจำเป็นต้องติดตามระดับความง่วงซึมและอัตราการหายใจ หากผู้ป่วยมีระดับความง่วงซึม >2 คะแนน หรือหายใจ <10 ครั้งต่อนาที ต้องรายงานแพทย์เพื่อหยุดยา ปรับขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และหากมีการกดการหายใจรุนแรง จำเป็นต้องใช้ยาแก้พิษภายใต้คำสั่งการใช้ยาของแพทย์ เป็นต้น[21]

**3) การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา** การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นการบำบัดความปวดทางเลือกที่เป็นบทบาทอิสระสำคัญของพยาบาลมี 2 หลักการสำคัญคือ การบรรเทาความปวดด้วยหลักกลศาสตร์และการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม[15] การเลือกใช้การบำบัดความปวดทางเลือกชนิดใดขึ้นกับบริบทและความต้องการของผู้ป่วย การศึกษาในต่างประเทศพบว่า การนำหลักกลศาสตร์มาใช้บำบัดความปวดผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังโดยใช้หลายวิธีร่วมกันประกอบด้วย การนวดท้อง การทำชี่กง การกดจุด และการฝังเข็ม สามารถช่วยให้ระบบต่างๆ ภายในร่างกายทำงานดีขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่ง เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของม้าม ระบบไหลเวียนเลือด ระบบขับถ่าย และระบบเผาผลาญสารอาหาร ซึ่งสามารถช่วยควบคุมความปวดของผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบได้[22] นอกจากนี้ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบและลดสิ่งรบกวนที่ไม่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อน หรือจัดท่าให้ผู้ป่วยสุขสบาย โดยแนะนำให้ผู้ป่วยนอนงอตัวหรือก้มหน้ามาด้านหน้า และใช้หมอนประคองบริเวณท้อง ในท่าศีรษะสูง เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว เนื่องจากผู้ป่วยจะปวดมากในท่านอนหงาย[6]

**4) การชี้แนะและให้ข้อมูล** ข้อมูลสำคัญที่พยาบาลสอนและให้ข้อมูลผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังเพื่อช่วยบรรเทาความปวดคือ การใช้ยาแก้ปวดและการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต มีรายละเอียดดังนี้

**4.1. การใช้ยาแก้ปวด** ชี้แนะและให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความเชื่อและทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวด การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อุปสรรคต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้ยาแก้ปวดคือ กลัวดื้อยาแก้ปวด กลัวติดยาแก้ปวด และกลัวไม่สามารถติดตามอาการตนเองได้[23] พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสอนผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความปวด การรายงานความปวด การทำบันทึกความปวด การปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวด และผลข้างเคียงจากยาแก้ปวด เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลควรติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หลังกลับบ้าน 2 สัปดาห์ หรือติดตามซ้ำในผู้ป่วยบางรายที่ยังคงมีคะแนนความปวดในระดับปานกลางถึงมาก[10]

**4.2. การรับประทานอาหาร** ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

ที่เหมาะสมเนื่องจากสามารถช่วยลดความปวดได้ โดยผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังควรรับประทานอาหารมื้อเล็กๆ วันละ 4-8 มื้อ เนื่องจากสามารถช่วยลดความผิดปกติจากการหลั่งเอนไซม์จากตับอ่อนได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องจำกัดอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต เพราะอาจส่งผลให้โรคมีความก้าวหน้ามากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังมีการดูดซึมไขมันบกพร่อง จากการผลิตน้ำดีลดลง ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับไขมันชนิดสายปานกลาง (Medium Chain Triglyceride: MCT) เนื่องจากการดูดซึมไขมันชนิดสายปานกลางสามารถผ่านเข้าสู่กระแสเลือดโดยไม่ต้องอาศัยน้ำดี ต่างจากไขมันธรรมดาซึ่งเป็นกรดไขมันสายยาวที่ต้องอาศัยน้ำดีในการย่อยและดูดซึม[24]

**4.3. หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบสูบบุหรี่** แนะนำให้ผู้ป่วยเลิกดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในปริมาณมากเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดตับอ่อนอักเสบ ถึงแม้ว่ากลไกความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบที่ดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ยังไม่แน่ชัด แต่การหยุดดื่มแอลกอฮอล์และหยุดสูบบุหรี่สามารถทำให้อาการปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบลดลงได้[25]

**5) การเสริมสร้างพลังอำนาจ** ผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังที่มีความปวดจะมีการรับรู้ว่าตนเองไม่มีศักยภาพ (powerlessness) หรือการกระทำของตนเองไม่เกิดผลตามที่มุ่งหวัง รู้สึกสูญเสียความรู้สึกในการควบคุมตนเองซึ่งเกิดจากความปวดที่รุนแรง กลไกความปวดที่ซับซ้อนไม่สามารถจัดการแก้ไขได้ทันที และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย เป็นต้น ในระยะนี้หากพยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วยใช้การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาแก้ปวด เช่น การฝึกหายใจ การจัดท่า และการผ่อนคลาย อาจไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากผู้ป่วยมีแรงจูงใจต่ำ ในการปฏิบัติพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกำหนดวิธีการจัดการความปวด พยาบาลช่วยชี้แนะและฝึกทักษะการจัดการความปวดและให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดประสบการณ์ว่าตนเองสามารถควบคุมหรือจัดการความปวดได้ หลังจากนั้นพยาบาลคอยพูดให้กำลังใจสนับสนุนการจัดการความปวดที่ผู้ป่วยปฏิบัติและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยซักถามข้อสงสัยเพื่อช่วยลดความคับข้องใจซึ่งจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสร้างแรงจูงใจต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความปวดเรื้อรัง สามารถช่วยให้ระดับความรุนแรงของความปวดในผู้ป่วยลดลง และผู้ป่วยมีศักยภาพในการจัดการความปวดด้วยตนเองได้มากขึ้น[26]

**6) การเป็นตัวแทนผู้ป่วย** ผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังที่มีความปวด มีความทุกข์ทรมานจากความปวดเป็นอย่างมากโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความปวดในระดับปานกลางถึงมาก ที่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องให้การรักษาด้วยยาแก้ปวดอย่าง

เหมาะสมเป็นลำดับแรก[2] หากพยาบาลประเมินพบว่าหลังให้ยาแก้ปวดความปวดของผู้ป่วยไม่ลดลง หรือ NRS≥7 คะแนน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นตัวแทนผู้ป่วยโดยการรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนหรือให้ยาเพิ่มทันที นอกจากนี้พยาบาลต้องสังเกตและติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก และการกดการหายใจ เป็นต้น หากมีผลข้างเคียงดังกล่าวพยาบาลต้องบันทึกในบันทึกทางการพยาบาลพร้อมทั้งเป็นตัวแทนผู้ป่วยในการรายงานแพทย์เพื่อจัดการอย่างเหมาะสมต่อไป รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดก่อนและหลังการทำหัตถการโดยการรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาแก้ปวดตามความเหมาะสม เป็นต้น[10]

**7) การสนับสนุนทางอารมณ์** ความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังเป็นความปวดเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การเข้าสังคม ชีวิตครอบครัว และผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ปัญหาที่เกิดขึ้นอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และแบบแผนการนอนหลับผิดปกติ[1] พยาบาลจำเป็นต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติถามข้อสงสัย ให้การสนับสนุนทางอารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณ แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยการรับฟังประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ ไม่ตีความ ให้การยอมรับและเชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่า รวมทั้งแสดงความเห็นอกเห็นใจ และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย คอยอยู่เป็นเพื่อน ประเมินและติดตามความปวด ผลของการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม

**วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง**

จากกรณีศึกษา (Table 1) พบว่า ในช่วงวันที่ 18-22 พ.ย. 58 ผู้ป่วยมีความปวดระดับมาก NRS 7-10 คะแนน สาเหตุเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค และการทำหัตถการต่างๆ รวมทั้งการติดเชื้อแบคทีเรียชนิดกรัมลบในน้ำดี ทำให้ความปวดของผู้ป่วยรุนแรง ถึงแม้จะให้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ชนิดแรง แต่พบว่า หลังให้ยากลุ่มโอปิออยด์ชนิดแรงแบบฉีด บริหารยาแบบตามเวลาทุก 3 ชั่วโมงและเมื่อผู้ป่วยร้องขอทุก 2 ชั่วโมง คะแนนความปวดยังคงอยู่ในระดับมาก จากการวิเคราะห์พบว่าหลังฉีดยากลุ่มโอปิออยด์ชนิดแรงตามเวลา ผู้ป่วยสามารถพักหลับได้ช่วงสั้นๆประมาณ 1 ชั่วโมง และเริ่มมีความปวด NRS 5-7 คะแนน แต่ยาแก้ปวดที่บริหารแบบผู้ป่วยร้องขอจะให้ทุก 2 ชั่วโมง นั้นแสดงให้เห็นว่าปริมาณยาในแต่ละครั้งอาจไม่เพียงพอต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยรายนี้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประสานงานกับแพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดยาให้เหมาะสมและสอดคล้องกับระดับความรุนแรงความปวดของผู้ป่วย

จากกรณีศึกษาในช่วงแรกผู้ป่วยมีระดับคะแนนความปวดในระดับมาก พยาบาลได้ใช้บทบาทอิสระในการจัดการความปวดโดยการจัดท่าและฝึกให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ร่วมกับการใช้ยาแก้ปวด แต่ระดับคะแนนความปวดยังคงอยู่

ระดับมาก อาจเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มที่มีความปวดในระดับมาก การจัดการความปวดที่เหมาะสม คือ การจัดการกับสาเหตุของความปวดร่วมกับการให้ยาแก้ปวดอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับระดับความปวด บทบาทอิสระพยาบาลอาจใช้ร่วมกับการจัดการความปวดด้านอื่นๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับความปวดในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยพบว่า ช่วงวันที่ 23 พ.ย.-3 ธ.ค. 58 ผู้ป่วยได้รับการรักษาภาวะติดเชื้อดีขึ้น และระบายน้ำถุงน้ำเทียมตับอ่อน ผู้ป่วยมีระดับความปวดลดลงอยู่ในระดับปานกลาง NRS 4-6 คะแนน แพทย์ได้ปรับเปลี่ยนยาแก้ปวดเป็นกลุ่มโอปิออยด์ชนิดอ่อน ร่วมกับการใช้ยาเสริม หลังให้ยาระดับคะแนนความปวดลดลงในระดับน้อย การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาตามบทบาทอิสระของพยาบาลจึงมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีความปวดระดับน้อยถึงปานกลาง

นอกจากนี้พยาบาลจำเป็นต้องจัดการปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความปวด ได้แก่ ความวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดอย่างครอบคลุม โดยการให้ข้อมูล การจัดสิ่งแวดล้อม พูดคุยให้กำลังใจและอธิบายผลการรักษาให้ผู้ป่วยรับทราบเป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและควบคุมความปวดด้วยตนเองได้เต็มที จากการประเมินผลการพยาบาลเพื่อจัดการความปวด พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับมากหัวข้อการประเมินและสอบถามอาการปวดอย่างสม่ำเสมอ การให้ข้อมูลเรื่องวิธีการจัดการความปวด การให้ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ของยาแก้ปวด และการจัดการความปวดโดยรวม มีความพึงพอใจระดับปานกลางในหัวข้อการมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีบรรเทาความปวดร่วมกับแพทย์/พยาบาล

**Table 1** Factors of pain and pain management in case study.

| Date | factors of pain | pain management | Numerical Rating Scale | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Before pain management | After pain management |
| 18-22 November 2015 | -Inserted percutaneous pancreatic pseudocys<br>-Endoscopic retrograde cholangio pancreatography<br>- Infected with gram- | -Strong opioids intravascular around the clock every 3 hours and prn every 2 hours<br>- Position management | 7-10 | 5-7 |

| Date | factors of pain | pain management | Numerical Rating Scale | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Before pain management | After pain management |
| | negative bacteria in the bile<br>- Insomnia<br>- Anxiety<br>- Environment | - Relaxation technique | | |
| 23 November - 3 December 2015 | - Infected with gram-negative bacteria in the bile<br>- Insomnia<br>- Anxiety<br>- Environment | - Weak opioids oral around the clock every 6 hours<br>- Adjuvant drugs including:<br>1) antidepressant and<br>2)anticonvulsants<br>- Position management<br>- Environmental management<br>- Encouragement talk and explain the results of treatment for patients to acknowledge | 4-6 | 0-3 |

**สรุป**

ความปวดเป็นประสบการณ์อาการที่สร้างความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต พยาบาลเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ต้องให้ความสำคัญกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังซึ่งมีกลไกที่ยุ่งยากซับซ้อน ยากในการจัดการ และต้องใช้การจัดการความปวดหลายวิธีด้วยกันทั้งบทบาทร่วมกับแพทย์ผู้รักษาและบทบาทอิสระของพยาบาล โดยคำนึงถึงความเหมาะสมในการจัดการความปวดของผู้ป่วยแต่ละราย และพยายามตอบสนองต่อความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยในการบรรเทาความปวดให้มากที่สุด การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยรายนี้พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการจัดการความปวดโดยรวมในระดับมาก

**ข้อเสนอแนะ**

ควรนำรูปแบบการพยาบาลเพื่อจัดการอาการปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเรื้อรังไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่มีอาการปวด โดยมีการวิเคราะห์ถึงสาเหตุของอาการปวดในผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งให้การพยาบาลเพื่อการจัดการอาการปวดให้เหมาะสมกับระดับความปวด เพื่อให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากความปวดและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

**กิตติกรรมประกาศ**

กรณีศึกษาการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบ คณะผู้เขียนขอขอบพระคุณ รศ.ดร. กิตติกร นิลมานัต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**เอกสารอ้างอิง**

1. Goulden MR. The pain of chronic pancreatitis: A persistent clinical challenge. Br J Pain. 2013; 7(1): 8-22.
2. Anderson MA, Akshintala V, Albers KM, Amann ST, Belfer I, Brand R, et al. Mechanism, assessment and management of pain in chronic pancreatitis: recommendations of a multidisciplinary study group. Pancreatology. 2016; 16(1): 83-94.
3. Gardner TB, Kennedy AT, Gelrud A, Banks PA, Vege SS, Gordon SR, et al. Chronic pancreatitis and its effect on employment and health care experience: Results of a prospective American multicenter study. Pancreas. 2010; 39(4): 498-501.
4. Jongsma ML, Postma SA, Souren P, Arns M, Gordon E, Vissers K, et al. Neurodegenerative properties of chronic pain: cognitive decline in patients with chronic pancreatitis. PLoS One. [serial on

the internet] 2011 [cited 2015 May 15]; 6(8): e23363. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21876748
5. Poulsen JL, Olesen SS, Malver LP, Frokjaer JB, Drewes AM. Pain and chronic pancreatitis: a complex interplay of multiple mechanisms. World J Gastroenterol. 2013; 19(42): 7282-91.
6. Sunthorn C, Rangsas R. gastrointestinal disorders and Treatment 3. Bangkok: Faculty of Medicine Chulalongkorn University; 2006. (in Thai)
7. Ceyhan GO, Bergmann F, Kadihasanoglu M, Altintas B, Demir IE, Hinz U, et al . Pancreatic neuropathy and neuropathic pain: a comprehensive pathomorphological study of 546 cases. Gastroenterology. 2009; 136(1): 177-86.
8. Bornman P C, Marks IN, Girdwood AW, Berberat PO, Gulbinas A, Buchler MW, et al. Pathogenesis of pain in chronic pancreatitis: ongoing enigma. World J Surg. 2003; 27(11): 1175-82.
9. Simons LE, Elman I, Borsook D. Psychological processing in chronic pain: a neural systems approach. Neurosci Biobehav Rev. 2014; 39(2): 61-78.
10. Wongchan P. Best Nursing Practice in cancer. Songkhla: Chan Muang Printing. 2554. (in Thai)
11. Paisley P, Kinsella J. Pharmacological management of pain in chronic pancreatitis. Scott Med J. 2014; 59(1): 71-9.
12. Sikkens EC, Cahen DL, Kuipers EJ, Bruno MJ. Pancreatic enzyme replacement therapy in chronic pancreatitis. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2010; 24(3): 337-47.
13. Goodman AJ, Gress FG. The endoscopic management of pain in chronic pancreatitis. Gastroenterol Res Pract. [serial on the internet] 2012 [cited 2015 Oct 15];2012: 860879. Available from: https://www.hindawi.com/journals/grp/2012/860879/30
14. Duffy JP, Rebe HA. Surgical treatment of chronic pancreatitis. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2002; 9(6): 659-68.
15. Kittikorn N. The end of life care. Songkhla: Chan Muang Printing. 2555. (in Thai)
16. Mullady DK, Yadav D, Amann ST, O'Connell MR , Barmada MM, Elta GH, et al. Type of pain, pain-associated complications, quality of life, disability and resource utilisation in chronic pancreatitis: a prospective cohort study. Gut. 2011; 60(1): 77-84.
17. Suparp S. Psychometric properties of pain intensity scales comparing among

postorerative adult patients, elderly patients without, and with early cognitive impairment. [M.N.S. Thesis in Adult Nursing]. Songkhla: Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, 2008. (in Thai)
18. Chaudakshetrin P. Validation of the Thai version of brief pain inventory (BPI-T) in cancer patients. J Med Assoc Thai. 2009; 92(1): 34-40. (in Thai)
19. Balliet WE, Edwards-Hampton S, Borckardt JJ, Morgan K, Adams D, Owczarski S, et al. Depressive symptoms, pain, and quality of life among patients with non-alcohol-related chronic pancreatitis. Pain Res Treat. [serial on the internet] 2012 [cited 2016 May 10] 2012: e978646. Available from https://www.hindawi.com/journals/prt/2012/ 978646/
20. Ewan M, Nathalie H, Ruth AF, Kyle B, Maria G, Priscilla WC, et al. Management of opioid side effects in cancer-related and chronic noncancer pain: a systematic review. J Pain. 2003; 4(5): 231-56.
21. Ramsin B, Andrea MT, Sukdeb D, Ricardo B, Rajive A, Nalini Sl, et al. Opioid complications and side effects. Pain Physician. 2008;11(2 Suppl): S105-20.
22. Cormack CM. A multifaceted integrative approach to healing chronic pancreatitis. [Internet]. 2008 [cited 2015 Mar 5]. Available from http://www.acupuncture.com/news letters/ m_aug08/pancreatitis.htm
23. Wimukda W, Wongchan P, Kittikorn N. Barriers to pharmacological management of cancer pain: a comparison of beliefs between patients and caregivers. Thai J of Nursing Council. 2008; 23(2): 70-81. (in Thai)
24. Drewes AM. Understanding and treatment of chronic pancreatitis. World J Gastroenterol. 2013; 19(42): 7219-21.
25. Chauhan S, Forsmark CE. Pain management in chronic pancreatitis: a treatment algorithm. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2010; 24(3): 323-35.
26. Tse MM, Vong SK, Tang SK. Motivational interviewing and exercise programme for community-dwelling older persons with chronic pain: a randomized controlled study. J Clin Nurs. 2013; 22(13-14): 1843-56.

# คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข มีความยินดีที่จะรับบทความและรายงานการวิจัย จาก **ทุกท่านที่เป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข** รวมถึงนักวิชาการ นักวิจัย ที่สนใจเพื่อตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงานวิชาการในวารสารพยาบาลสาธารณสุข สถานภาพคุณภาพของวารสารในปัจจุบันอยู่ในระดับ Q1 หมายถึงวารสารกลุ่มที่ 1 ที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI ( Thai Citation Index) และอยู่ในฐานข้อมูล TCI เป็นฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้นผลงานวิจัยและผลงานวิชาการตลอดจนข้อมูลการอ้างอิงของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับประเทศของไทย ให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลทั้งในด้านการบริหารจัดการ ลักษณะรูปเล่ม และการนำไปใช้อ้างอิงจนถึง ธันวาคม 2563 และได้เตรียมพัฒนากระบวนการและผลผลิตของงาน ให้ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล ACI (ASEAN Citation Index) ต่อไป วารสารพยาบาลสาธารณสุขได้รับการยอมรับจาก โครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (คปก) ให้สามารถตีพิมพ์ต้นฉบับดุษฎีนิพนธ์ สำหรับนักศึกษาปริญญาเอกส่งมาตีพิมพ์ได้ เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งในการขอจบการศึกษา หลังจากตีพิมพ์ผลงานในวารสารนานาชาติแล้ว 1 ฉบับ นั่นคือเหตุผลว่าเราต้องปรับปรุงคุณภาพของวารสารอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาเรื่องที่จัดพิมพ์ เพื่อความสะดวกแก่การพิจารณาจึงขอแนะนำการเขียนและเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

**ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์**

1. บทความทางวิชาการ/วิจัยเกี่ยวกับการพยาบาล การพยาบาลสาธารณสุข หรือพยาบาลอนามัยชุมชน การสาธารณสุข
2. รายงานการวิจัยทางการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข และการพยาบาล ผลงานวิชาการด้านการเรียนการสอน การเรียนรู้ การพัฒนานโยบายสาธารณะ กรณี ศึกษา ผลงานวิชาการรับใช้สังคม โดยมีรูปแบบของบทความตามที่กำหนดในแต่ละประเภท ตามคุณภาพของผลงาน ในประกาศ ก.พ.อ.
3. บทความปริทัศน์รวบรวม หรือเรียบเรียงจากเอกสารหรือหนังสือต่างๆ ตลอดจนการจัดประชุมวิชาการระดับชาติ และนานาชาติ เพื่อเผยแพร่และฟื้นฟู งานด้านวิชาการ
4. บทความ ข้อคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในด้านวิชาการ เรื่องแปล ข่าววิชาการ ย่อความ จากงานวิจัยค้นคว้า หรือสิ่งที่น่าสนใจ
5. ข้อคิดเห็น ความเคลื่อนไหวในวงการพยาบาลสาธารณสุข

เรื่องที่จะตีพิมพ์จะต้องเป็นเรื่องที่ **ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน** หรือ **ไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น** บทวิจัยหรือบทความที่ได้รับตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์บทวิจัยหรือบทความนั้น ให้สมาชิกวารสารที่เป็นสถาบันและบุคคล สำหรับผู้แต่ง สามารถ Download ได้ที่ website : สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทย http://www.thaiphn.org

**รูปแบบของการเขียนและการเตรียมต้นฉบับบทความและงานวิจัย**

ต้นฉบับพิมพ์ด้วยอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พิมพ์หน้าเดียว โดยใช้กระดาษพิมพ์ ขนาด A4 **จำนวนไม่เกิน 12 หน้า A4 (15 หน้า B5)** (รวมชื่อเรื่อง, บทคัดย่อไทย/ อังกฤษ, เอกสารอ้างอิง) ส่งต้นฉบับ ทาง Online ใน website ของสมาคมฯ หรือส่งมายัง **กองบรรณาธิการ** เขียนชื่อเรื่อง และชื่อผู้เขียน ตาม**แบบฟอร์มส่งผลงานวิจัย/บทความ และหนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ ดังนี้**

1. ชื่อเรื่อง **ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ**

2. ชื่อ และนามสกุล **ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ** ของผู้แต่งอยู่ใต้ชื่อเรื่องโดยเยื้องไปทางขวามือ ส่วนตำแหน่งในปัจจุบันและสถานที่ทำงานของผู้เขียนตามลำดับ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และ**ระบุผู้รับผิดชอบหลัก** ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถ

3. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเขียนลักษณะเรียงลำดับเป็นความเรียงให้สอดคล้องกัน ภาษาไทยความยาวไม่เกิน 1 หน้า (ขนาด A4) รวมชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยไม่เกิน 250 คำ และภาษาอังกฤษไม่เกิน 200 คำ แล้ว ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

**<u>ส่วนที่ 1</u>** ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิด/ทฤษฎีที่นำมาใช้ ชนิดของการวิจัย สถานที่ศึกษาประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพ การผ่านการตรวจสอบทางจริยธรรมของโครงการ สรุปวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่ม ตัวอย่างในการดำเนินการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล

**<u>ส่วนที่ 2</u>** รายงานผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ กะทัดรัด ชัดเจนสอดคล้องกับผลและข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับผลการวิจัยสำคัญ และการนำผลการวิจัยไปใช้

**<u>ส่วนที่ 3</u>** ให้เขียน “คำสำคัญ” (Key word) ของงานวิจัยครั้งนี้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3-5 คำ

4. เนื้อหาของการวิจัย ประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้ คือ
   - 4.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในการวิจัย
   - 4.2 วัตถุประสงค์การวิจัยและคำถาม/สมมุติฐานการวิจัย
   - 4.3 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย
   - 4.4 วิธีการดำเนินการวิจัย เขียนเป็นความเรียง แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

     **<u>ตอนที่ 1</u>** รูปแบบของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

     **<u>ตอนที่ 2</u>** เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีกี่ส่วน อะไรบ้าง สรุปลักษณะเครื่องมือแต่ละส่วนและเกณฑ์การแปลผล และการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (ถ้ามี) และการหาค่าความเชื่อมั่น ทำกับใคร จำนวนเท่าใด ใช้สูตรอะไรและได้ค่าเท่าใด ในกรณีงานวิจัยเชิงคุณภาพ

     **<u>ตอนที่ 3</u>** การเก็บข้อมูลทำอย่างไร จำนวนเท่าใด ได้กลับมาเท่าใด คิดเป็นร้อยละเท่าใด การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมและสถิติอะไร

4.5 ผลการวิจัย (**ตาราง หรือแผนภูมิ หรือกราฟ รายงานเป็นภาษาอังกฤษ**) และการอภิปรายผล สรุปจุดอ่อนและจุดแข็งของงานวิจัยนี้

**ตัวอย่าง**

**งานวิจัยนี้มีจุดแข็ง** ได้แก่ การออกแบบการทดลองที่รัดกุมและมีแผนการดำเนินการทดลองที่กระชับสอดคล้องกับภาระหน้าที่ของวัยทำงานที่เข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้ การออกแบบเนื้อหาของโปรแกรมยังมีความสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและมีทฤษฎีรองรับที่ชัดเจน ชุมชนที่ทำการทดลองเห็นความสำคัญของการลดการสัมผัสสารเคมี อุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสสารเคมีในระหว่างการทดลอง เช่น หน้ากากป้องกันสารเคมีที่ได้มาตรฐานได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม

**งานวิจัยนี้มีจุดอ่อน**เนื่องจากระยะเวลาการศึกษาวิจัยมีจำกัด ส่งผลให้ขาดการทดสอบตัวชี้วัดทางชีวภาพ (Biomarker test) เพื่อบอกระดับของการสัมผัสสารเคมีได้จริง และการวิจัยนี้ระดับวัดพฤติกรรมตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามเท่านั้น ผู้วิจัยไม่ได้วัดหรือสังเกตพฤติกรรมจริง (Actual behaviors) ในการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวนากลุ่มตัวอย่างเพื่อมาใช้ในการวิเคราะห์ผล

**สรุป** โปรแกรมลดการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีประสิทธิผลต่อเกษตรกรชาวนากลุ่มทดลอง โดยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน เกษตรกรชาวนามีคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล

4.6 ตารางนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูล **ไม่เกิน 3 ตาราง เป็นภาษาอังกฤษ** ตัวอย่าง

Table 1 Demographic and pesticide use related characteristics by intervention status

| Demographic Data | Intervention group (n=46) | | Control group (n=46) | |
|---|---|---|---|---|
| | number | % | number | % |
| Male | 22 | 47.8 | 21 | 45.7 |
| Age (years) (Mean ±Standard Deviation) | 48.5±10.5 | | 49.5 ± 12.3 | |
| Married | 46 | 100.0 | 43 | 93.5 |
| Highest Education at Primary School | 22 | 47.9 | 26 | 56.5 |
| Diseases | 6 | 13.0 | 10 | 21.7 |
| Income not enough and debt* | 40 | 87.0 | 24 | 52.2 |
| Exposure to pesticide by spraying* | 20 | 43.5 | 9 | 19.6 |
| Exposure to pesticide by mixing | 10 | 21.7 | 6 | 13.0 |
| Exposure to pesticide by spraying & mixing | 7 | 15.2 | 5 | 10.9 |
| Using Personal Protective Equipment (PPE) | 11 | 23.9 | 17 | 36.9 |
| No experience of pesticide poisoning symptoms | 23 | 50.0 | 25 | 54.3 |

*p-value <0.05

4.7 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ที่สอดคล้องกับข้อค้นพบที่สำคัญ

4.8 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป เพื่อขยายหรือตรวจสอบองค์ความรู้

4.9 ระบุการได้รับทุน ในกิตติกรรมประกาศ ถ้าไม่ได้รับระบุว่าไม่ได้รับ

4.10 เอกสารอ้างอิง เป็น **ภาษาอังกฤษ** ใน **ระบบ Vancouver style** ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการอ้างอิง ภายในเนื้อหาและท้ายบท ถ้าสามารถใช้ End Note ได้จะดี

**การจัดเตรียมต้นฉบับ**: ต้นฉบับควรจะมีขอบ 1 นิ้ว ที่ด้านใดด้านหนึ่งของกระดาษ A4 สำเนาปัจจุบันของวารสารจะแสดงรูปแบบและสไตล์ที่ถูกต้องที่ http://www.thaiphn.org

อักษรภาษาไทย ใช้แบบอักษร (Fonts) TH Sarabun PSK ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 (Double line space) ชื่อเรื่องใช้ขนาดตัวอักษร 17 และตัวหนา ชื่อนามสกุลของผู้เขียนหรือผู้ร่วมงานวิจัย ใช้ขนาดตัวอักษร 15 และเป็นตัวหนา ความเกี่ยวพัน ความรับผิดชอบงานวิจัยนี้ และชื่อสถานที่ทำงานในปัจจุบัน ใช้ขนาดตัวอักษร 12 เป็นตัวปกติ เนื้อหาที่ใช้ขนาดตัวอักษร 14 และตัวปกติ

อักษรภาษาอังกฤษ Abstract, Table และ Reference ใช้แบบอักษร (Fonts) Times New Roman ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 (Double line space) ชื่อเรื่องใช้ขนาดตัวอักษร 17 และเป็นตัวหนา ชื่อนามสกุลของผู้เขียนหรือผู้ร่วมงานวิจัย ใช้ขนาดตัวอักษร 15 และเป็นตัวหนา ความเกี่ยวพัน ความรับผิดชอบงานวิจัยนี้ และชื่อสถานที่ทำงานในปัจจุบัน ใช้ขนาดตัวอักษร 12 และเป็นตัวปกติ เนื้อหาที่ใช้ขนาดตัวอักษร 14 และปกติ (ควรติดเลขหน้าเส้นบรรทัดทุกหน้า)

**ให้เสนอผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเนื้อหาอย่างน้อย 2 ท่าน พร้อมระบุ e-mail เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ รวมถึงเหตุผลในการเลือก** อย่างไรก็ดีการตัดสินใจเลือกผู้ทรงคุณวุฒิขึ้นอยู่กับกองบรรณาธิการและดุลยพินิจของกองบรรณาธิการในการประเมินคุณภาพบทความ

การตีพิมพ์บทความวิชาการหรือวิจัยจะได้รับการประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบตามมาตรฐานถูกต้อง เชื่อถือได้ และมีคุณภาพ ตาม ประกาศ ก.พ.อ.

คณะทำงานกองบรรณาธิการขอแจ้งให้ทราบถึงความคืบหน้าในบทความของท่านตลอดกระบวนการผลิต การประมินผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง หลังจากการประเมิน เอกสารหลักฐานจะถูกส่งไปยังผู้เขียน ผู้ที่รับผิดชอบหลัก และจะต้องแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามข้อเสนอแนะจากการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วส่งคืนให้ทันที เพื่อให้กองบรรณาธิการตรวจทานก่อนส่งโรงพิมพ์ แล้วส่งให้ผู้แต่งตรวจทานแก้ไขอีกครั้งหนึ่ง

**ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง**

**Journal artical**

ผู้แต่ง 1 คน

Sakornpanich C. Factors Associated with Non-Smoking High School Male Students' Intention to Smoke Khaosaming school, Trad Province. Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center. 2011; 28:44-52. (in Thai)

ผู้แต่ง 2 คน

Wilaiwan W, Siriwong W. Assessment of health effects related to organophosphate pesticides exposure using blood cholinesterase activity as a biomarker in agricultural area at Nakhon Nayok Province, Thailand. J Health Res. 2014; 28(1):23-30.(In Thai)

ผู้แต่ง 6 คน

Lin E H, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon G. E, Oliver, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. Journal of Diabetes Care. 2004; 27 (9): 2154-2160.

**Book**

ผู้แต่ง 1 คน

Pichayapinyo. Nursing theory and application : individual, family, and community. Bangkok: Danex inter co-operation; 2013.

ผู้แต่ง 4 คน

Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. Drug Use Disorder Identification Test. Karollinska Institutet, Stockholm; Sweden; 2002.

**Organization**

Thepthien B, Srivanichakorn S, Chucharoen P.The Behavioral Surveillance Survey of 10 Target Groups in Bangkok. Nakhon Pathom: ASEAN Institute for Health Development Mahidol University; 2013. (in Thai)

**Chapter in the book**

Areekul W, Hongsaguansri S, Tripathi S, Manaboriboon B, Areemit R, Prasertwit J et al. Practical points in Adolescent Health Care. Bangkok: APLUS Printing; 2012. P.20. (in Thai)

**Agency publication**

World Health Organization. Ecosystems and human well-being: Health synthesis. A report of the millennium ecosystem assessment. Geneva, WHO. 2005.

**Conference proceedings**

Puntang P. Factors Influencing Intention to Prevent Sexual Risk Behaviors of Female Secondary School Students under the Department of General Education, the Secondary Educational Service Area Office 2 in Chonburi Province. Proceedings of Research Conference; 2014 May 14-16; Chonburi, Thailand. Bangkok: triple Education; 2014.P.154-168 (in Thai)

**Thesis**

Panjai P. Food sanitation situation and influencing factors in Phitsanulok municipality. [M.Sc. Thesis in Environmental Sanitation]. Bangkok: Faculty of Graduate studies, Mahidol University, 2014.

**Website**

Centers for Disease Control and Prevention. Adolescent and School Health [Internet]. 2015 [cited 2016 January 10]. Available from http://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm.

**Patent**

Cramm NT. A Device to simplify the conversion of bibliographic information into citation format. U.S. Patent no. 7 005 423. September 13, 2005.

**General Article and Reviews**

1. The length of general article and reviews should be between 5-10 pages.
2. Follow the style and format of research article.

**ค่าใช้จ่ายในการยื่นขอตีพิมพ์เผยแพร่บทความตามประกาศใหม่ มีรายละเอียดดังนี้**

1. การยื่นขอตีพิมพ์เผยแพร่บทความกรณีปกติ
   - 1.1 สำหรับสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข 2,600 บาท
   - 1.2 สำหรับบุคคลทั่วไป 3,000 บาท
2. การยื่นขอตีพิมพ์เผยแพร่บทความกรณีเร่งด่วน
   - 2.1 สำหรับสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข 7,500 บาท
   - 2.2 สำหรับบุคคลทั่วไป 8,500 บาท
3. การยื่นขอตีพิมพ์เผยแพร่บทความกรณีเร่งด่วน (พิเศษ) 10,000 บาท

**หมายเหตุ**: สำหรับกรณีสมาชิกวารสาร หมายถึง ท่านต้องเป็นสมาชิกวารสารมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

***กรณีบทความมีความยาวเกินกว่า 12 หน้า A4 (15 หน้า B5) จะมีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์เพิ่มขึ้นหน้าละ 1,000 บาท**

**เริ่มใช้ในการตีพิมพ์วารสารพยาบาลสาธารณสุข ตั้งแต่ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2561 เป็นต้นไป

สามารถเข้าดูตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมได้ที่

http://www.ph.mahidol.ac.th/phjournal/Instructions%20to%20Authors.pdf

**ส่งถึง บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข**

**สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ**

**ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**

**420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400**

**โดยเขียนที่อยู่พร้อมรหัสไปรษณีย์, เบอร์โทรศัพท์ และ E-mail ที่สะดวกในการติดต่อกลับ**

หมายเหตุ อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อความเหมาะสมในการตีพิมพ์

สามารถติดตามข้อมูลข่าวสารได้ที่ http://www.thaiphn.org

# ใบสมัครเป็นสมาชิก
# วารสารพยาบาลสาธารณสุข

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/หน่วยงาน).....

ที่อยู่เพื่อส่งวารสารเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

**ออกใบเสร็จในนาม**.....

มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข

| ประเภท | **รายปี** | **อัตราค่าสมาชิก** | **1,000.00 บาท** |
|---|---|---|---|
| | **ราย 3 ปี** | **อัตราค่าสมาชิก** | **2,500.00 บาท** |

โดยเริ่มตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....ถึงเดือน.....พ.ศ.....รวม.....เล่ม

และได้ส่งเงิน จำนวน.....บาท (.....)

ตัวอักษร

โดยส่งเงิน ผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาย่อยโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน

บัญชีออมทรัพย์ **เลขที่ 254-2-04516-0 ชื่อบัญชี “สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ”**

และให้ส่งใบสมัครพร้อมสำเนาใบโอนเงินมาที่ :

บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข
สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ 420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์/โทรสาร 02 354 8542, 095-7013182

.....

(ลงนามผู้สมัคร)

วันที่สมัคร...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่วารสาร :

วารสาร/เลขที่ใบเสร็จ.....

ส่งใบเสร็จวันที่.....

.....

(ผู้ลงทะเบียน)

วันที่.....

# แบบฟอร์มส่งผลงานวิจัย/บทความ

**รหัสเรื่อง.....**

ข้าพเจ้า ☐นาย ☐นาง ☐นางสาว ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่งวิชาการ (โปรดระบุ)

☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ อาจารย์ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....E-mail.....

กรณีที่เป็นนักศึกษา หลักสูตร..... สาขาวิชา.....

คณะ..... มหาวิทยาลัย.....

มีความประสงค์ ส่งบทวิจัย/บทความเรื่อง

.....

.....

เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ประเภท ☐บทความ ☐บทความวิจัย ☐บทความที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ ☐ สถานที่ทำงานที่ระบุข้างต้น ☐ ที่อยู่ดังนี้

.....โทรศัพท์.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ที่ใดมาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่น

ลงชื่อ.....ผู้ที่เป็นตัวแทนเจ้าของบทความ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำรับรองของอาจารย์ที่ปรึกษาในกรณีที่เป็นนักศึกษา

ข้าพเจ้า.....อาจารย์ที่ปรึกษาของ.....

ได้ตรวจผลงานของนักศึกษาในบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารสารธารณสุขแล้ว

ได้ตรวจผลงานของ.....เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ลงชื่อ.....อาจารย์ที่ปรึกษา

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

# หนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ

วันที่.....

ข้าพเจ้าผู้มีรายนามต่อไปนี้ ขอรับรองว่าบทความ/ผลงานวิจัย

เรื่อง.....

.....

**ไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังส่งไปลงตีพิมพ์**ในวารสาร/ หนังสือ/ เอกสารวิชาการอื่นๆ เช่น Proceedings นอกจากวารสารพยาบาลสาธารณสุข และข้าพเจ้าและทีมงานที่ปรากฏชื่อทุกคนยินยอมให้นำผลงานวิจัย/ บทความนี้ลงพิมพ์ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

| ลำดับ | ชื่อสกุล | ลายเซ็น |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ผู้ที่เป็นตัวแทนเจ้าของผลงานวิจัย/บทความ ที่ประสานงานติดต่อกับกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข คือ.....

ที่อยู่ .....

.....

E-mail address: .....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....

**หมายเหตุ** ผลงานวิจัย/บทความจะได้ลงตีพิมพ์เมื่อข้อมูลของบทความ ถูกต้องครบสมบูรณ์ และโอนเงินค่าบริหารจัดการ พร้อมส่งหลักฐานการโอนเรียบร้อยแล้ว (คำแนะนำ ยังอยู่ในกระบวนการแก้ไข ปรับปรุง โปรดติดตามความก้าวหน้าใน website ของสมาคมที่จะประกาศ เพิ่มเติมเร็วๆนี้ รวมถึงการส่งต้นฉบับทาง Online)