PRINCESS OF NARADHIWAS UNIVERSITY
มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

ISSN 2651-1274 (online)

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 (กันยายน - ธันวาคม 2567)
VOL.16 NO.3 SEPTEMBER - DECEMBER 2024







PNUJR

วารสารผ่านการรับรองคุณภาพ TCI กลุ่ม 1 (พ.ศ.2563 - 2567)
สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
PNUJR ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล ASEAN Citation Index (ACI)

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ รับพิจารณาตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการประเภท บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และบทความปกิณกะ ทั้งนี้บทความต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อนนับจากวันที่ผู้เขียนได้ส่งบทความต้นฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น ด้าน การแพทย์ (Medicine) ด้านการพยาบาล (Nursing) ด้านทันตกรรม (Dentistry) ด้านสาธารณสุขศาสตร์ (Health profession) และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในสถาบันการศึกษาและสถาบันวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้ และการเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานทางวิชาการของมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

สำนักงาน กองบรรณาธิการวารสาร
มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส 96000
โทร. 0-7370-9030 ต่อ 1611 โทรสาร 0-7370-9030
http://journal/pnu.ac.th, E-mail: pnu_jr@hotmail.com

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

ที่ปรึกษา

ศ.ดร.นพ.กระแส ชนะวงศ์
ผศ.ดร.จงรัก พลาศัย
รศ.ดร.รสสุคนธ์ แสงมณี
ผศ.ดร.ปรีชา สะแลแม
อ.ดร.อาสลัน หิเล
รศ.ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์
ผศ.ดร.สายทอง แก้วฉาย
อาจารย์มารีย๊ะ ปุเต๊ะ

บรรณาธิการ

ผศ.มุสลินท์ โตะแปเราะ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

รศ.ดร.พนม สุขจันทร์
ผศ.วนิสา หะยีเซ๊ะ
อาจารย์วนิดา อาแว

กองจัดการ

ผศ. ดร.ประทาน ศรีชัย
ผศ.เดชดนัย จุ้ยชุม
อ.ดร.ลาตีฟะห์ เจ๊ะเลาะ
อาจารย์ฟิรดาว นิสะนิ
นางสาวนฤมล รัตนธานี
นางปิยนุช วัจนศิริ
นางสาวซัมซียะห์ เจ๊ะสาเม๊าะ

เจ้าของ

มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.ถวิล พึ่งมา	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
ศาสตราจารย์ ดร.ชาญวิทย์ วัชรพุกก์	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Prof Dr.Saryono	University of Jenderal Soedirman, Indonesia
Dr.Ahmed H.A. Dabwan	TATI University College, Terengganu, Malaysia
Dr.Samantha Chandranath Karunarathna	Kunming Institute of Botany, CAS, China
รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.ศราวุธ ปาลิโภชน์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
รองศาสตราจารย์ ดร.มณฑล เลิศคณาวนิชกุล	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
รองศาสตราจารย์ ดร.ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล	มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา คงวัฒนานนท์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล	มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จงกล สายสิงห์	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เด่นนภา แซ่หล่อ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินีกาญจน์ คงสุวรรณ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
พ.อ.รศ.ดร.นพ.นครินทร์ ศันสนยุทธ	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
พ.ท.ผศ.นพ.ดร. ธีรยสถ์ นิมมานนท์	วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.รุ่งนภา จันทรา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
อาจารย์ ดร.นภชา สิงห์วีรธรรม	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มนัสวี อดุลยรัตน์	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฟูซียะห์ หะยี	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรอนงค์ สมทรัพย์	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิซรีน เจ๊ะมามะ	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โตมร นุ่นแก้ว	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เครือวัลย์ ห้วนก้ง	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรฤทัย พรหมสงค์	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนุสรา คำเนตร	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
อาจารย์ ดร.มุสลีฮา เจ๊ะซอ	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
อาจารย์ ดร.อามีนา เบญจมานะ	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์อย่างน้อยจำนวน 2 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือมหาวิทยาลัย-นราธิวาสราชนครินทร์ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567

บทบรรณาธิการ

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ฉบับนี้ เป็นปีที่ 16 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567 เผยแพร่บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Science) จำนวน 18 บทความ โดยเป็นบทความวิจัยภาษาไทย 17 เรื่อง บทความวิจัยภาษาอังกฤษ 1 เรื่อง ในฉบับนี้มีงานวิจัยที่เป็นนวัตกรรมดิจิทัล นวัตกรรมทางการพยาบาล และมีงานวิจัยที่ศึกษาในหลากหลายกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มารดาหลังคลอด ผู้สูงอายุ ผู้ติดสารเสพติด และที่น่าสนใจมีงานวิจัยที่ศึกษาในบิดาวัยรุ่น และเด็กออทิสติกด้วย

ทางวารสารฯจะส่งเสริมสนับสนุนและเผยแพร่ผลงานทางวิชาการสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Science) และคงไว้ซึ่งมาตรฐานจริยธรรมการตีพิมพ์และรักษาไว้ซึ่งจริยธรรมและจรรยาบรรณของวารสารวิชาการไทยในฐานข้อมูล TCI เพื่อให้ได้รับการรับรองคุณภาพและอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1ในรอบที่ 5 (พ.ศ.2568–2572) ต่อไป

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนทุกท่านที่ร่วมส่งผลงานมาเผยแพร่ในวารสาร หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์จะได้รับความไว้วางใจในการเผยแพร่ผลงานที่มีคุณค่าของท่าน และเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านทุกท่านในการพัฒนาทางวิชาการและวิชาชีพต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์มุสลินท์ โตะแปเราะ

บรรณาธิการ

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

สารบัญ...

บทความวิจัย	**หน้าที่ Page**	**Research Article**
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้วยการบริการพยาบาลทางไกลในผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ เรือนจำกลาง จังหวัดอุดรธานี พรณภา ราญมีชัย, โอฬาร วิวัฒนาช่าง, ธีราภรณ์ หัสดี, กำทร ดานา, ศริญญา ชาญสุข, อนุชา ไทยวงษ์	1	Effects of a Self-Management Enhancing Program Using a Tele-Nursing Service among Prisoners with Infected Hepatitis Virus, Central Prison, Udon Thani Province Pornnapa Ranmeechai, Olarn Wiwattanachang, Teeraporn Hassadee, Kamthorn Dana, Sarinya Chansuk, Anucha Taiwong
ผลของการใช้โมบายแอปพลิเคชัน Y- Course ต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถในการติดตาม ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอยี่งอ จังหวัดนราธิวาส นิรุสณีย์ อากาจิ, มาเรียม อิสลามธรรมธาดา, ซอลาฮุดดีน เบนโน	20	Effects of Y - Course Mobile Application on Knowledge, and Perceived Efficacy for Following Up, and Rehabilitation among Patients with Schizophrenia of Village Health Volunteers in Yingo District, Narathiwas Province Nirusnee Akaji, Mariam Islamthamthada, Salahuddin Benno
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง: การศึกษานำร่อง อามีเนาะ ดาแต, ผจงศิลป์ เพิงมาก, อุมาพร ปุญญโสพรรณ	38	Effects of a Family Participation Promotion Program on Medication Adherence in Muslim Elderly Patients with Myocardial Infarction: A Pilot Study Ameenoh Datae, Pajongsil Perngmark, Umaporn Boonyasopun
ประสิทธิผลของการใช้หมอนยางพาราต่ออุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้าในผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ นอวาตี มะยิ, อามานี แดมะยุ, นูรดีนี ดือเระ, อนุวัติ แซ่ตั้ง	63	Effectiveness of a Latex Pillow on the Incidence of Heel Pressure Ulcers among Bedridden Patients in Naradhiwas Rajanagarindra hospital Norwatee Mayi, Amanee Daemayu, Nuradeenee Dereh, Anuwat Saetung

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

สารบัญ...

บทความวิจัย	หน้าที่ Page	Research Article
ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับของโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมาและเครือข่าย เบญจวรรณ จันลาวงศ์, พรรณงาม พรรณเชษฐ์, มินตรา แหลมจันทึก, พจนารถ พระจอหอ	78	The Effectiveness of the Prevention and Care Program for Patients with Pressure Ulcer in The Debaratana Nakhon Ratsima Hospital and Networks Benjawan Chanlawong, Panngam Panchet, Mintra Laem Chanthuek, Pochanat Phra Choho
การสร้างเสริมพลังอำนาจของสถานศึกษาและครอบครัวในการดูแลบุคคลออทิสติกใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ พาตีเมาะ นิมา, ฮาซานะ ไพเราะ, อัศลี สนิทกุล, นันทิยา โข้ยนึ่ง, ซัยนูรดีน นิมา, รอกิ เจ๊ะเต้, เกษมสุข พสุนธราธรรม	94	Promoting Empowerment of School and Family in Caring for Persons with Autism in Five Southern Border Provinces Patimoh Nima, Hasanah Piroh, Aslee Sanitsakul, Nantiya Khoynueng, Zainurdin Nima, Roki Jehte, Kasemsuk Pasuntharatham
ความอยู่ดีมีสุขและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่นในชนบทอีสาน กำทร ดานา, ศุภกฤต สุริโย, ดิษฐพล ใจซื่อ, ชาติ ไทยเจริญ, ชนิดาภา วงศ์รักษา, วีระชัย อิ่มน้ำขาว, ณฐพร คำศิริรักษ์, อนุชา ไทยวงษ์	110	Family Well-Being and Factors Associated with Well-Being among Older Adults on Skipped Generation Family in Isan Rural Context Kamthorn Dana, Supakrit Suriyo, Dithapol Jaisue, Chart Thaijarean, Chanidapa Wongruksa Weerachai Imnamkhoa, Nataporn Kumsisriruk, Anucha Taiwong
ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบลในจังหวัดสงขลา อรสา พูลสวัสดิ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ	133	Factors Predicting Success in Implementation of The Subdistrict Narcotic Dose Screening Center in Songkla Province Orasa Poolsawat, Kittiporn Nawsuwan

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

สารบัญ...

บทความวิจัย	หน้าที่ Page	Research Article
ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพซ้ำในผู้ติดยาเสพติดชนิดผสมผสาน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ไกรวุฒิ ศรีจันทร์, อัญชลี เจตวรานนท์, รัชณีย์ วรรณขาม, ทิพสุคนธ์ มูลจันที	149	Factors Affecting Drug Relapse in Persons with Mixed Type Drug Addiction: A Systematic review Kraiwut Srijan, Anchalee Jetwaranon, Rachanee Vannakam, Tipsukon Moonjuntee
การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีผสมผสานโดยใช้แนวคิดการศึกษาที่เน้นผลลัพธ์ต่อผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด รีนา มะโน, ปรียา แก้วพิมล, มะรุชมี อาหวัง	173	The Development Blended Learning Model by using Outcome- Based Education Framework on Learning Outcome in Maternal and Newborn Nursing Subject Reena Mano, Preeya Kaewpimon, Marushme Awang
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทองหลาง อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา พิยดา สามารถ, ชมพูนุช สุภาพวานิช, สฤษดิ์ ผาอาจ, กฤษเนตร เกษสระ	196	Factors Related to Quality of Life of Older Adults in the Areas Responsible by Ban Thong Lang Sub-District Health Promoting Hospital, Takua Thung District, Phang Nga Province Piyada Samart, Chompunuch Supapvanich, Sarit Paarch, Kritsanate Katesara
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกดื่มสุราของผู้ที่มาบำบัดรักษาติดสุรา ในจังหวัดมหาสารคาม ผดุงศิษฎ์ ชำนาญบริรักษ์, ณัฐวุฒิ สุริยะ, ควันเทียน วงศ์จันทรา, บุญชอบ สิงห์คำ, กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์	211	Factors Associated with Alcohol Abstinence among Patients with Alcohol Dependence in Mahasarakham Province Phadoongsit Chumnanboriruk, Natthawut Suriya, Kuantean Wongchantra, Boonchorp Singhkum, Kittisak Kraichan
ผลของการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลบัณฑิต สุไฮดาร์ แวเตะ, รอฮานิ เจะอาแซ, วันยามีละห์ แก้วกับทอง	229	Effects of Hybrid Learning Approach on Achievement of Program Learning Outcomes among Nursing Students of Bachelor Degree of Nursing Science Suhaida Waeteh, Rohani Jeharsae, Wanyanilah Kaewkubtong

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

สารบัญ...

บทความวิจัย	หน้าที่ Page	Research Article
การตัดสินใจแสดงบทบาทการเป็นบิดาของวัยรุ่นมุสลิมไทย: การวิจัยเชิงคุณภาพ ชญานันท์ อึ้งวงศพัฒน์, ประณีต ส่งวัฒนา	246	Decision to Take on a Father's Role of Thai-Muslim Adolescents: A Qualitative Study Chayanan Uengwongsapat, Praneed Songwathana
ความสัมพันธ์ระหว่างความศรัทธาในศาสนาอิสลาม ความแข็งแกร่งในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด อัครีมีะ กาเซ็ง, พิสมัย วัฒนสิทธิ์, ศศิกานต์ กาละ	263	The Relationship between Islamic Faith, Resilience, Social Support and Psychological Well-being of Muslim Mothers with Infant Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit Akreemah Kaseng, Pissamai Wattanasit, Sasikarn Kala1
ประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 สาลิกา อิสลามิกกุล, นิรัชรา ลิลละฮ์กุล	286	Self-care Experiences of Patients with Chronic Kidney Disease Stage 4 Salika Issalamikkul, Niratchara lillahkul
ฤทธิ์ของสารสกัดสะตอในการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลสและแอลฟากลูโคซิเดส วนิตา ปานทอง, อรอนงค์ สมทรัพย์, เพ็ญพร สูจิวัฒนารัตน์	301	Inhibitory Effects of Stink Bean *(Parkia speciose)* Extracts Against α-amylase and α-Glucosidase Activity Wanita Pantong, On-Anong Somsap, Penporn Sujiwattanarat1
การศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในสังคมพหุวัฒนธรรมชายแดนใต้ สุรวุฒิ ดอเลาะ , ฟาอิส วาเลาะแต, อนุชิต มะรอปี	316	A Study of Adaptive Behavior of Students from Bachelor of Nursing Science Program in a Multicultural Society in Southern Border Surawut Doloh, Fa-is Walohtae, Anuchit Maropi

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้วยการบริการพยาบาลทางไกลในผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ เรือนจำกลาง จังหวัดอุดรธานี

Effects of a Self-Management Enhancing Program Using a Tele-Nursing Service among Prisoners with Infected Hepatitis Virus, Central Prison, Udon Thani Province

พรณภา ราญมีชัย[1], โอฬาร วิวัฒนาช่าง[1], ธีราภรณ์ หัสดี[2]
กำทร ดานา[3*], ศริญญา ชาญสุข[4], อนุชา ไทยวงษ์[3]
Pornnapa Ranmeechai[1], Olarn Wiwattanachang[1], Teeraporn Hassadee[2]
Kamthorn Dana[3*], Sarinya Chansuk[4], Anucha Taiwong[3]

(Received: April 14, 2024; Revised: June 10, 2024; Accepted: July 19, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียวแบบวัดผลก่อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและ / หรือซีระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และศึกษาความพึงพอใจของผู้ต้องขัง ทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่เรือนจำกลางอุดรธานีต่อการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือ 1) ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและ/หรือซี ที่คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 217 ราย และ 2) ทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่เรือนจำกลางอุดรธานี จำนวน 30 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้วยการบริการพยาบาลทางไกลในผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและหรือซี และ 2) เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล

[1] โรงพยาบาลอุดรธานี

[1] Udon Thani Hospital

[2] เรือนจำกลางอุดรธานี

[2] Udon Thani Central Prison

[3] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[3] Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[4] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

[4] Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

*Corresponding Author: kamthorn@smnc.ac.th

คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ต้องขัง และผู้ให้บริการและทีมสหวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติทดสอบทีแบบจับคู่ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ (mean = 5.03, S.D. = 0.30) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น (mean = 7.18, S.D. = 0.76) และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ต้องขัง และทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่เรือนจำกลางอุดรธานีมีคะแนนความพึงพอใจโดยรวมต่อโปรแกรมในระดับมากที่สุด การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้วยการบริการพยาบาลทางไกลนี้ สามารถส่งเสริมให้ผู้ต้องขังมีความรู้และมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องและนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ในเรือนจำ

คำสำคัญ: การบริการพยาบาลทางไกล, ผู้ต้องขัง, โรคไวรัสตับอักเสบ

Abstract

This research is quasi-experimental, with a one-group pretest-posttest design. The objective was to compare the average knowledge scores and medication adherence behavior of prisoners infected with hepatitis B and C before and after participating in the program and to study the satisfaction of prisoners, a multidisciplinary team, and Udon Thani Central Prison officials with the program. The sample groups were: 1) prisoners infected with hepatitis B and/or C; 217 people were purposively selected according to inclusion criteria; and 2) a multidisciplinary team and 30 officials from Udon Thani Central Prison. Research tools were 1) the tool used in the experiment, which was the self-management enhancing program using a tele-nursing service among prisoners infected with hepatitis B and or C, and 2) the tools for data collection, which were a personal information questionnaire, knowledge scale, medication adherence behavior scale, and prisoner and service providers and multidisciplinary teams' satisfaction questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test statistics. The research findings revealed a significant improvement in the mean knowledge score (mean=5.03, SD=0.30) and the mean medication adherence behavior score (mean=7.18, SD=0.76) post-implementation of the program compared to pre-experiment levels ($p< 0.001$). Prisoners (mean=4.71, SD=0.42), service providers, and multidisciplinary teams (mean=4.51, SD=0.53) reported high satisfaction scores. This study

demonstrated that the self-management enhancing program using a tele-nursing service could improve prisoners' knowledge and medication adherence behavior. However, there should be continuous follow-up. They were applied to care for prisoners with other health problems in prisons.

Keywords: Tele-nursing service, Prisoners, Hepatitis virus

บทนำ

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ (Hepatitis infection) เป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อ (Razavi, 2020) ทั่วโลกพบว่ามีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเรื้อรังประมาณ 320 ล้านคน โดยเฉพาะการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและหรือไวรัสตับอักเสบซี (Cox et al., 2020) สำหรับประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่พบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบที่ค่อนข้างสูง โดยพบว่ามีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบทุกชนิดประมาณ 2.2-3 ล้านคน ในจำนวนนี้มีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง และไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 0.6 และ 1.2 ตามลำดับ หรือคิดเป็นจำนวนประมาณ 3 - 8 แสนคน (Division of AIDS and STIs, 2021) จากการคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีในเรือนจำ 24 แห่งใน 20 จังหวัด และทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ 1 แห่ง พบว่า มีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีร้อยละ 1.81 (Department of Disease Contril, 2021) และจากการศึกษานำร่องในเรือนจำกลางคลองเปรม ในผู้ต้องขังที่ไม่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด พบว่ามีผู้ต้องขังติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 7 และติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีร้อยละ 7 (Tangkitwanit et al., 2021) แม้ว่าจะพบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและหรือไวรัสตับอักเสบซีไม่สูงมากนัก แต่ต้องขังกลุ่มนี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคตับแข็งและมะเร็งตับได้มากกว่าปัจจัยเสี่ยงอื่น (Alqahtani & Colombo, 2020; Negro, 2021) โดยในระยะแรกของการติดเชื้อ อาจไม่แสดงอาการ ทำให้ผู้ต้องขังไม่ทราบว่าตนเองมีการติดเชื้อ ทำให้มีโอกาสสูงในการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น ประกอบกับบริบทการดำเนินชีวิตในเรือนจำ อาจจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ของมีคมต่าง ๆ ร่วมกัน (Tanwandee et al., 2006) นอกจากนี้ผู้ต้องขังยังสามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้ต้องขังด้วยกันเอง และเมื่อผู้ต้องขังกลับสู่สังคมภายหลังการพ้นโทษก็สามารถถ่ายเชื้อให้กับคู่นอนของตน ซึ่งผู้ต้องขังมักไม่ทราบว่าตัวเองเป็นผู้ติดเชื้อ โดยจะทราบว่าตนเองติดเชื้อเมื่อมีอาการและอาการแสดงที่เกิดจากตับถูกทำลายไปมาก เกิดอาการตับแข็ง บางรายอาจเป็นมะเร็งตับและเสียชีวิตในที่สุด (de Mattos et al., 2021)

องค์การอนามัยโลกได้ตระหนักและให้ความสำคัญกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ได้กำหนดให้มีนโยบายในการป้องกันโรค ลดอัตราการติดเชื้อและสามารถกำจัดโรคตับอักเสบจากไวรัสให้ได้ภายในปี 2573 ซึ่งกำหนดเป้าหมายให้ลดอุบัติการณ์ให้ลดลงโดยเฉลี่ยที่

ร้อยละ 90 (ร้อยละ 95 สำหรับไวรัสตับอักเสบบี และร้อยละ 80 สำหรับไวรัสตับอักเสบซี) และลดอัตราตายลงร้อยละ 65 เมื่อเทียบกับข้อมูลพื้นฐานปี 2558 (World Hepatitis Alliance, 2022) เนื่องจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบจะทำให้เซลล์ตับถูกทำลายเรื้อรัง จะเกิดเป็นพังผืดอาจทำให้เกิดโรคตับแข็งและมะเร็งตับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและหรือซีจะมีความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งตับค่อนข้างสูงและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายในการลดอัตราการติดเชื้อ ลดการป่วย ลดอัตราการตาย และลดจำนวนผู้ป่วยมะเร็งตับเพื่อให้สอดรับกับองค์การอนามัยโลกดังที่กล่าวมาข้างต้น รวมถึงมีพระบรมราชโองการของพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวิชิราลงกรณ์พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว ให้มีการดำเนินการโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกรมราชทัณฑ์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อมุ่งเน้นในการส่งเสริมด้านเครื่องมือแพทย์ ด้านการบริการทางการแพทย์ พยาบาล ให้มีองค์ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่จำเป็นแก่ผู้ต้องขังให้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและกำจัดโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ (Ministry of Justice, 2022) ดังนั้นโรงพยาบาลอุดรธานีร่วมกับเรือนจำกลางจังหวัดอุดรธานี เพื่อให้ผู้ต้องขังสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพ ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข และเข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพ เพื่อจะได้ทำการรักษาตามหลักการเรื่องการรักษาเป็นการป้องกันการติดต่อโรค (Treatment as Prevention) โดยจัดให้มีการตรวจคัดกรองสุขภาพเชิงรุกในผู้ต้องขังตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ซึ่งจะเป็นการตรวจเลือดหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบซี เพื่อค้นหาโรคและทำการรักษา เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อในผู้ต้องขังเองและชุมชนภายนอกเมื่อพ้นโทษ ด้วยโครงการ Screen All Treat All อยู่ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

การเข้าสู่กระบวนการรักษาผู้ต้องขังติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบซี ผู้ต้องขังจะได้ตรวจรักษาและติดตามผล การรักษากับอายุรแพทย์โรคระบบทางเดินอาหาร ได้รับความรู้เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบซี การดูแลตนเอง การรับประทานยา ซึ่งมีรูปแบบการสอนและการให้ความรู้ที่ยังไม่ชัดเจน เป็นเพียงการสอนเป็นรายกลุ่มในช่วงเวลาสั้น ๆ เนื่องจากมีข้อจำกัดตามข้อบังคับในเรือนจำ นอกจากนี้การส่งต่อผู้ต้องขังไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นที่อยู่ภายนอกเรือนจำทำได้อย่างจำกัด เนื่องจากมีขั้นตอนที่เข้มงวดในการอนุญาตเพื่อไปรับการรักษาในหน่วยบริการที่อยู่ภายนอกเรือนจำ จำเป็นต้องมีผู้คุมติดตามออกไปด้วยเพื่อป้องกันการหลบหนี นอกจากนั้นพบว่าอัตรากำลังผู้ต้องขังกับเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอที่จะนำและดูแลผู้ต้องขังออกมาตรวจพร้อมกันหลายคน รวมถึงมี

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการติดเชื้อระหว่างกลุ่มผู้ต้องขังและทีมแพทย์ พยาบาลที่จะให้การรักษา ลดภาระงานและลดอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุขในการไปตรวจรักษากลุ่มผู้ต้องขังที่เรือนจำ และการส่งต่อผู้ต้องขังไปยังโรงพยาบาลภายนอกจะเกิดขึ้นในกรณีที่รุนแรงเท่านั้น สำหรับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและ / หรือซีจัดเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่แสดงอาการรุนแรง ซึ่งจะไม่ได้รับการส่งต่อเพื่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น

จากข้อจำกัดและประเด็นปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรม พบว่าการใช้การบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing servise) เป็นนวัตกรรมที่นำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ในการดูแลสุขภาพ เป็นบริการผ่านระบบอินเตอร์เน็ตซึ่งผู้ป่วยสามารถพูดคุยกับแพทย์ได้ และแพทย์สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยได้ โดยผ่านไลฟ์ วิดีโอ (Live video) มีระบบให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์ผู้ดูแล พยาบาลและการให้ข้อมูลข่าวสารสำหรับผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแล มีประสิทธิภาพมีความคุ้มค่าคุ้มทุน สามารถเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการ (Achenbach, 2020; Mohammed & El – sol, 2020) โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดในการเดินทาง อีกทั้งยังลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยอีกด้วย การใช้การบริการพยาบาลทางไกลยังสามารถช่วยให้แพทย์สามารถตัดสินใจให้การรักษาอาการของผู้ป่วยหรือตัดสินใจให้นำส่งผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย (Mohammed & El-sol, 2020; Flodren et al., 2015) นอกจากนี้ทีมสุขภาพสามารถใช้การตรวจสอบผู้ป่วยระยะไกลในการกำกับติดตามอาการของผู้ป่วยได้ ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลได้ (Achenbach, 2020; Mohammed & El-sol, 2020) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการใช้การบริการพยาบาลทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายกลุ่มในพื้นที่ห่างไกลเช่น โรคหัวใจล้มเหลว (Piscesiana & Afriyani, 2020) และโรคมะเร็ง (Osorio-Calle et al., 2021) เป็นต้นชี้ให้เห็นว่าการบริการพยาบาลทางไกล จึงอาจเป็นทางเลือกใหม่ที่จะนำมาใช้ในการสนับสนุนการให้บริการผู้ป่วยในเรือนจำเพิ่มโอกาสในการเข้าบริการให้กับผู้ป่วยในเวลาที่มีข้อจำกัดในการเดินทาง (Tian et al., 2021) เนื่องจากถูกกักขังและเป็นระเบียบข้อบังคับของกรมราชทัณฑ์ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้วยการบริการพยาบาลทางไกลในผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ เรือนจำกลาง จังหวัดอุดรธานี โดยได้นำแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการจัดบริการการตรวจรักษาและการพยาบาลด้วยการบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing servise) โดยแพทย์และพยาบาล เพื่อให้ผู้ต้องขังได้รับการดูแลรักษาและให้คำปรึกษาจากอายุรแพทย์โรคระบบทางเดินอาหาร ได้รับความรู้เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบีและ / หรือไวรัสตับอักเสบซีจากพยาบาล ซึ่งการให้ความรู้เป็นวิธีการที่จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ ความเข้าใจ

มีทักษะเพื่อจะก่อให้เกิดเจตคติที่ดี ส่งผลไปสู่การปฏิบัติตนที่ถูกต้องและมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อันจะส่งผลทำให้ผู้ต้องขังหายจากโรคและ/หรือมีสุขภาพดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และการรับประทานยาของผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและ / หรือซี ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและหรือซี ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ต้องขัง ทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่เรือนจำกลางอุดรธานีต่อการใช้โปรแกรม

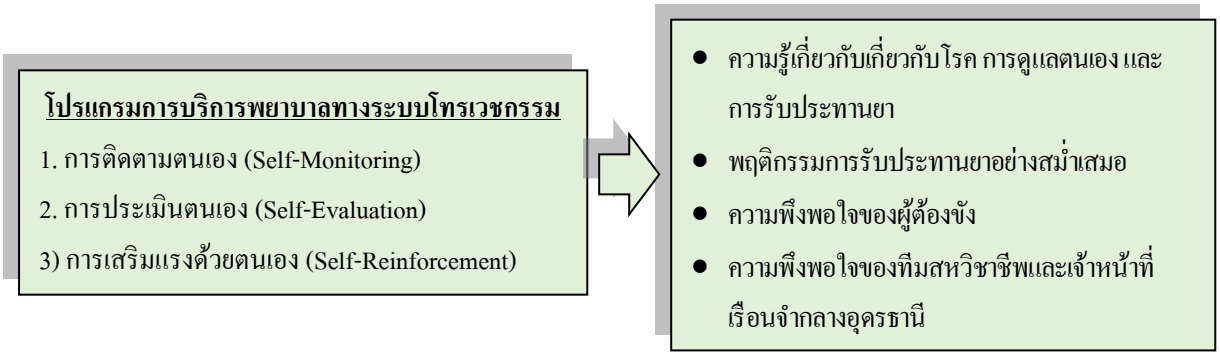
สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและ / หรือซี มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และการรับประทานยาเพิ่มขึ้นและสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและ / หรือซี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นและสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยบุคคล ส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ภายใต้การใช้ทักษะและความสามารถของตนเองในการคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจ ตั้งเป้าหมาย และวางแผนในการจัดการตนเอง การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการจัดบริการการตรวจรักษาและการพยาบาลด้วยการบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing servise) โดยแพทย์และพยาบาล สำหรับผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและหรือซี ประกอบด้วย 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring or self-observation) 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และ 3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) กระบวนการจัดการตนเองจะเพิ่มความตระหนักของผู้ป่วยต่อกระบวนการรักษา เพิ่มความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ สามารถรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ นำไปสู่ความสามารถในการควบคุมโรคได้และมีชีวิตอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างมีความสุข (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง (One group pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือน มกราคม - กันยายน พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1. ผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและ / หรือซี ในเรือนจำกลางอุดรธานี จำนวน 217 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและ / หรือซีในเรือนจำกลางอุดรธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้ต้องขังในเรือนจำกลางอุดรธานีผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและ / หรือซี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ การสื่อสารได้ดี สามารถอ่าน เขียน ภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย โดยมีเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ เสียชีวิตหรือพ้นโทษในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

2. ทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่เรือนจำกลางอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมสหวิชาชีพ (แพทย์และพยาบาล) 5 คน และเจ้าหน้าที่เรือนจำกลางอุดรธานี 25 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจงทุกราย รวมทั้งสิ้นจำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วนโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการบริการพยาบาลทางไกลนี้พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยภายใต้แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) ร่วมกับการจัดบริการการ

ตรวจรักษาและการพยาบาลด้วยการบริการพยาบาลทางไกลโดยแพทย์และพยาบาล โดยโปรแกรมได้จัดขึ้นเดือนละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน ประกอบด้วยกิจกรรมครอบคลุมการติดตามตนเอง (Self-Monitoring) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) และการเสริมแรงด้วยตนเอง (Self-Reinforcement) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การตั้งเป้าหมายของตนเอง การสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การมอบคู่มือเรื่องไวรัสตับอักเสบบีและซี ภัยเงียบใกล้ตัวคุณ การทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาและอาการข้างเคียงที่อาจพบ การประเมินปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเอง การพูดคุยให้กำลังใจ และการเปิดโอกาสให้สอบถามและแสดงความคิดเห็น การสร้างการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง โดยการจัดบริการการตรวจรักษาและการพยาบาลด้วยการบริการพยาบาลทางไกลโดยแพทย์และพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี

2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ต้องขัง สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม สำหรับบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและ / หรือซี มีลักษณะเป็นช่วงว่างสำหรับเติมคำและตัวเลือก ประกอบด้วย เพศ อายุ ภูมิลำเนา และระดับการศึกษา

2.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการและทีมสหวิชาชีพ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม สำหรับบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการและทีมสหวิชาชีพ มีลักษณะเป็นช่วงว่างสำหรับเติมคำและตัวเลือก ประกอบด้วย เพศ อายุ และระดับการศึกษา

2.3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และการรับประทานยา สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม สำหรับวัดระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและ / หรือซี การดูแลตนเองที่สำคัญเมื่อติดเชื้อ และการรับประทานยา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะตัวเลือกของคำตอบแบบถูก-ผิด (Dichotomous choice) มีช่วงคะแนนที่เป็นได้ตั้งแต่ 0 - 10 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนน้อยกว่า 5 คะแนน แปลผลว่ามีความรู้ในระดับต่ำ และคะแนนตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป แปลผลว่ามีความรู้ในระดับสูง

2.4 แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานยา ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) (Morisdy et al., 1986) สำหรับวัดพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ มีลักษณะตัวเลือกของคำตอบแบบใช่ - ไม่ใช่ (Dichotomous choice) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวก ตอบใช่ = 0 คะแนน ตอบไม่ใช่ = 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบ ตอบใช่ = 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ = 0 คะแนน และในข้อที่ 8 ให้

เลือกตอบ 6 ระดับ ตอบข้อ 8.1 ให้ 1 คะแนน ข้อ 8.2 ให้ 0.75 คะแนน ข้อ 8.3 ให้ 0.5 คะแนน ข้อ 8.4 ให้ 0.25 คะแนน และข้อ 8.5 ให้ 0 คะแนน มีช่วงคะแนนที่เป็นได้ตั้งแต่ 1 - 8 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนน้อยกว่า 2.66 คะแนน แปลผลว่ามีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในระดับต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง 2.67 - 5.33 คะแนน แปลผลว่ามีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในระดับพอใช้ และคะแนนตั้งแต่ 5.34 คะแนน ขึ้นไป แปลผลมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในระดับดี

2.5. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ต้องขัง สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยตามแนวคิดความพึงพอใจของประชาชนต่อการบริการของ Andersen and Aday (1978) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม สำหรับประเมินความพึงพอใจของผู้ต้องขังประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน (ด้านละ 3 ข้อ) คือ 1) ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (Convenience) 2) ความพึงพอใจต่อการประสานบริการ (Coordination) 3) ความพึงพอใจต่ออัธยาศัยและการให้เกียรติของผู้ให้บริการ (Courtesy) 4) ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical information) 5) ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (Quality of care) และ 6) ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of pocket cost) มีลักษณะตัวเลือกของคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (มีความพึงพอใจตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด) ถึง 5 (มีความพึงพอใจตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด) มีช่วงคะแนนเฉลี่ยที่เป็นได้ตั้งแต่ 0 - 5 คะแนน แปลผลคะแนนเป็นคะแนนเฉลี่ยภาพรวม คะแนนเฉลี่ยน้อย แปลผลว่ามีความพึงพอใจน้อย และคะแนนเฉลี่ยมาก แปลผลว่ามีความพึงพอใจมาก

2.6 แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่เรือนจำกลางอุดรธานี สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม สำหรับประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่เรือนจำกลางอุดรธานีต่อการใช้โปรแกรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน (ด้านละ 3 ข้อ) คือ 1) ความสะดวกในการบริการ 2) การประสานงานบริการ 3) บุคลิกภาพอัธยาศัยและการให้เกียรติกัน 4) การแลกเปลี่ยนและส่งต่อข้อมูลจากการบริการ และ 5) ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ มีลักษณะตัวเลือกของคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (มีความพึงพอใจตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด) ถึง 5 (มีความพึงพอใจตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด) มีช่วงคะแนนเฉลี่ยที่เป็นได้ตั้งแต่ 0 - 5 คะแนนคะแนนเฉลี่ยน้อย แปลผลว่ามีความพึงพอใจน้อย และคะแนนเฉลี่ยมาก แปลผลว่ามีความพึงพอใจมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity testing) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการบริการพยาบาลทางไกลแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และการรับประทานยา แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานยา

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ต้องขัง และแบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่เรือนจำกลางอุดรธานี เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล จำนวน 3 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ต้องขังและมีประสบการณ์ในจัดบริการแนวคิดการจัดบริการการตรวจรักษาและการพยาบาลด้วยการบริการพยาบาลทางไกล จำนวน 2 ท่าน คำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) อยู่ในช่วง 0.80 – 0.92 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Polit et al., 2007)

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability testing) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และการรับประทานยา และแบบวัดพฤติกรรมการรับประทานยา ไปตรวจสอบความเชื่อมั่นในผู้ต้องขังที่ได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 30 ราย โดยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และการรับประทานยา วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์ค่า KR - 21 และแบบวัดพฤติกรรมการรับประทานยา วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 และ 0.96 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Wadkar et al., 2016)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 6 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน ระหว่างเดือนมกราคม -กันยายน 2566 โดยการจัดบริการการตรวจรักษาและการพยาบาลด้วยการบริการพยาบาลทางไกล โดยแพทย์และพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานี การตรวจแต่ละครั้งจะมีการนัดล่วงหน้ากับเจ้าหน้าที่เรือนจำก่อนบริการตรวจรักษาผ่านจอรับภาพระหว่างแพทย์และพยาบาล โรงพยาบาลอุดรธานีกับผู้ป่วยในเรือนจำ กรณีที่แพทย์ต้องการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ เช่น เจาะเลือดและเก็บสิ่งส่งตรวจอื่น ๆ ให้พยาบาลเรือนจำกลางอุดรธานีเก็บสิ่งส่งตรวจมาส่งที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาโรงพยาบาลอุดรธานี

ครั้งที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และการรับประทานยา และประเมินพฤติกรรมการรับประทานยา ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองรายบุคคล สอนและให้ความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และการรับประทานยา เป็นรายกลุ่ม 10 - 15 คน ใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที พร้อมทั้งมอบคู่มือเรื่องไวรัสตับอักเสบบีและซี ภัยเงียบใกล้ตัวคุณ พร้อมทั้งนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 - 5 ติดตามผลการรักษาโดยแพทย์เจ้าของไข้ ใช้เวลา 5 - 10 นาที ผู้วิจัยจะทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และการรับประทานยา สอนและให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาและอาการข้างเคียงที่อาจพบได้เป็นรายกลุ่ม 10 - 15 คน ใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที รวมถึงสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเอง และร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

ครั้งที่ 6 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินความรู้ พฤติกรรมการรับประทานยา และความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความพึงพอใจของผู้ต้องขัง และความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่เรือนจำกลางอุดรธานี และใช้สถิติทดสอบทีแบบจับคู่ (Paired t-test) สำหรับวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และการรับประทานยา และพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยข้อมูลของการศึกษาครั้งนี้มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการใช้สถิติทดสอบทีแบบจับคู่

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่ UDH REC No 16 / 2566 เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566 ภายหลังการได้รับรองจริยธรรมในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือไปยังกรมราชทัณฑ์เพื่อขออนุญาตและประสานงานเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลวิจัย จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และจรรยาบรรณในการวิจัยให้ทราบก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ข้อมูลว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อไรก็ได้ ได้ทันทีเมื่อต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ทั้งนี้การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่มีการนำเสนอผลเป็นรายบุคคล เอกสารเครื่องมือวิจัยจะเก็บไว้ในห้องทำงานของผู้วิจัยและทำลายทิ้งภายหลังผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่ 2 ปี

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 92.63 มีอายุเฉลี่ย 40.54 ปี (S.D. = 10.22) มีประวัติเคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี คิดเป็นร้อยละ 94.93 ไม่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวเคยเจ็บป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี คิดเป็นร้อยละ 87.56 สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.00 มีอายุเฉลี่ย 43.20 ปี (S.D. = 13.14) มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 80.00 เจ้าหน้าที่เรือนจำกลางอุดรธานี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 84.00 มีอายุเฉลี่ย 46.76 ปี (S.D. = 6.65) มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 84.00 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ต้องขัง (n = 217)		
เพศ		
ชาย	201	92.63
หญิง	16	7.37
อายุ (ปี)		
20 - 40 ปี	117	53.92
41 - 60 ปี	91	41.93
มากกว่า 60 ปี	9	4.15
Mean = 40.54 (S.D. = 10.22), Min = 20, Max = 72		
ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ		
เคยได้รับ	206	94.93
ไม่เคยได้รับ	11	5.07
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบของสมาชิกในครอบครัว		
มี	27	12.44
ไม่มี	190	87.56
ทีมสหวิชาชีพ (n = 5)		
เพศ		
ชาย	2	40.00
หญิง	3	60.00
อายุ (ปี)		
25 - 45 ปี	2	40.00
46 - 55 ปี	2	40.00
56 - 60 ปี	1	20.00
Mean = 43.20 (S.D. = 13.14), Min = 26, Max = 59		
ระดับการศึกษา		
อนุปริญญา	1	20.00
ปริญญาตรี / สูงกว่า	4	80.00
เจ้าหน้าที่เรือนจำกลางอุดรธานี (n = 25)		
เพศ		
ชาย	21	84.00
หญิง	4	16.00

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
30 - 40 ปี	6	24.00
41 - 50 ปี	12	48.00
51 - 60 ปี	7	28.00
Mean = 46.76 (S.D. = 6.65), Min = 36, Max = 59		
ระดับการศึกษา		
อนุปริญญา	4	16.00
ปริญญาตรี / สูงกว่า	21	84.00

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคและการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบริการพยาบาลทางไกล กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และการรับประทานยา (mean = 5.03, S.D. = 0.30) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น (mean = 7.18, S.D. = 0.76) และมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และการรับประทานยา และพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ต้องขังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบริการพยาบาลทางไกล (n = 217)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		แปลผล	หลังทดลอง		แปลผล	95 % CI	t	*p*-value
	mean	S.D.		mean	S.D.				
ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และการรับประทานยา	3.94	1.72	ต่ำ	5.03	0.30	สูง	1.32-1.85	-9.01	<0.001*
พฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ	3.52	1.07	พอใช้	7.18	0.76	ดี	3.49-3.83	4.29	<0.001*

*p-value < 0.001

หลังดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการบริการพยาบาลทางไกล กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ต้องขังมีคะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (mean = 4.71, S.D. = 0.42) เมื่อพิจารณาเป็นราย

ด้านพบว่า ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 4.84, S.D. = 0.40) รองลงมาคือความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (mean = 4.80, S.D. = 0.44) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ต้องขังภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบริการพยาบาลทางไกล (n = 217)

ความพึงพอใจ	mean	S.D.	การแปลผล
ด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ	4.67	0.59	มากที่สุด
ด้านการประสานบริการ	4.69	0.55	มากที่สุด
ด้านอัธยาศัยและการให้เกียรติของผู้ให้บริการ	4.57	0.58	มากที่สุด
ด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ	4.80	0.44	มากที่สุด
ด้านคุณภาพของบริการ	4.69	0.51	มากที่สุด
ด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ	4.84	0.40	มากที่สุด
ความพึงพอใจภาพรวม	4.71	0.42	มากที่สุด

สำหรับความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่เรือนจำกลางอุดรธานี พบว่า ภายหลังดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการบริการพยาบาลทางไกล มีคะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (mean = 4.51, S.D. = 0.53) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ความพึงพอใจบุคลิกภาพอัธยาศัยและการให้เกียรติกันมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 4.79, S.D. = 0.49) รองลงมาคือความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (mean = 4.62, S.D. = 0.52) และความพึงพอใจการประสานงานบริการ (mean = 4.61, S.D. = 0.62) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่เรือนจำกลางอุดรธานีต่อโปรแกรมการบริการพยาบาลทางไกล (n = 30)

ความพึงพอใจ	mean	S.D.	การแปลผล
ด้านความสะดวกในการบริการ	4.05	0.55	มาก
ด้านการประสานงานบริการ	4.61	0.62	มากที่สุด
ด้านบุคลิกภาพอัธยาศัยและการให้เกียรติกัน	4.79	0.49	มากที่สุด
ด้านการแลกเปลี่ยนและส่งต่อข้อมูลจากการบริการ	4.49	0.68	มาก
ด้านความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ	4.62	0.52	มากที่สุด
ความพึงพอใจภาพรวม	4.51	0.53	มากที่สุด

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบริการพยาบาลทางไกลต่อความรู้และพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี เรือนจำกลาง จังหวัดอุดรธานี สามารถอภิปรายประเด็นที่น่าสนใจตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานการวิจัยได้ดังนี้

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น ซึ่งมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการบริการพยาบาลทางไกลนี้ได้พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) ร่วมกับแนวคิดการตรวจรักษาและการพยาบาลด้วยการบริการพยาบาลทางไกล ซึ่งการจัดการตนเองเป็นกลวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยให้บุคคลเกิดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ โดยการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การติดตามตนเอง (self-monitoring or self-observation) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และ การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมจะมีการจัดเป็นกิจกรรมรายกลุ่มผ่านการบริการพยาบาลทางไกลกลุ่มละ 10 - 15 คน ใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที โดยทีมผู้วิจัยจะกล่าวทักทาย สอนและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อติดเชื้อไวรัสตับอักเสบและ / หรือซี โดยจะมีการโต้ตอบกันทั้งสองฝ่าย (Two-way communication) ทำให้สามารถพูดคุย และซักถามผู้ต้องขังได้อย่างใกล้ชิด โดยเปิดโอกาสให้ผู้ต้องขังแต่ละรายได้วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของตนเอง และค้นหาปัญหาในการดูแลตนเองด้วยตนเอง รวมถึงผู้ต้องขังเป็นผู้วางแผนและตั้งเป้าหมายของตนเองตามปัญหาที่ตนเองค้นพบ จากนั้นผู้วิจัยจะสรุปประเด็นความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองพร้อมทั้งนัดหมายครั้งต่อไป นอกจากนี้ผู้คุมจะมอบคู่มือเรื่องไวรัสตับอักเสบบีและซี ภัยเงียบใกล้ตัวคุณ เพื่อให้ผู้ต้องขังสามารถนำกลับไปอ่านซ้ำเพื่อทบทวนความรู้ ซึ่งการให้ความรู้เป็นวิธีการที่จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ ทำให้ผู้ต้องขังเกิดความตระหนักในการจัดการตนเองและเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง มีความมั่นใจในการปฏิบัติการจัดการตนเอง มองเห็นประเด็นปัญหาของตนเอง และประเมินตนเอง (Ju, 2020) นำไปสู่การวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้วิจัย รวมถึงได้รับการเสริมแรง การชื่นชมให้กำลังใจ และการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องในทุกครั้งที่เข้าร่วมโปรแกรมการบริการพยาบาลทางไกล เป็นตัวผลักดันสำคัญในการช่วยให้ผู้ต้องขังมีกำลังแรงใจในการปฏิบัติการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง (Sriprasert et al., 2023) อีกทั้งการรับบริการการตรวจรักษาและการพยาบาลด้วยการบริการพยาบาลทางไกล โดยแพทย์และพยาบาลอาจทำให้ผู้ต้องขังเกิดความรู้สึกได้ ใกล้ชิด ไว้วางใจ และได้รับการบริการเสมือนมารับบริการ ณ โรงพยาบาล จึงเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ต้องขังเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง และมีพฤติกรรม

การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง อันจะส่งผลทำให้ผู้ต้องขังหายจากโรคและ / หรือมีสุขภาพดีขึ้น เนื่องจากการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งพบว่าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านการพยาบาลทางไกล มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (Sriprasert et al., 2023) นอกจากนี้การจัดบริการการตรวจรักษาและการพยาบาลด้วยการบริการพยาบาลทางไกล โดยแพทย์และพยาบาล ทำให้เกิดการสื่อสารสองทาง มีทั้งภาพเคลื่อนไหวและเสียงที่สามารถสื่อสารกันชัดเจนมากกว่าการใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม และ เป็นการใช้เทคโนโลยีที่ช่วยให้ผู้ต้องขังและบุคลากรทางการแพทย์สามารถพูดคุยโต้ตอบกันได้ในทันที ลดการเดินทางและลดค่าใช้จ่ายในการมาโรงพยาบาล (Agastiya et al., 2022; Ju, 2020) ส่งผลให้ผู้ต้องขังสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ง่ายและสะดวกสบายมากขึ้น จึงทำให้ทั้งผู้ต้องขังและผู้ให้บริการและทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจใจในระดับมาก

สรุป

ผลการศึกษานี้แสดงเห็นว่าโปรแกรมการบริการพยาบาลทางไกลนี้ สามารถส่งเสริมให้ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบและ/หรือซีมีความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และการรับประทานยาเพิ่มขึ้นตลอดจนมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอสูงขึ้น แม้ว่าผู้ต้องขังในเรือนจำอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงสื่อความรู้และมีข้อจำกัดในการสอนและให้ความรู้รายบุคคลเนื่องจะมีระยะเวลาค่อนข้างจำกัด

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผู้ให้บริการและทีมสหวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบและซี ควรนำโปรแกรมการบริการพยาบาลทางไกลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงอาจมีการส่งเสริมให้ผู้คุมผู้ต้องขังและเพื่อนผู้ต้องขังซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ต้องขังกลุ่มนี้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ต้องขังมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง รวมถึงนำไปประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ต้องขังที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังชนิดอื่น ๆ ในทัณฑสถาน

ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาติดตามผลการรักษาในระยะยาวได้แก่ การตรวจการทำงานของตับ ประเมินผลการรักษาด้วยการตรวจ HCV RNA ด้วยวิธี Quantitative HCV หรือ HCV antigen (HCVAg) ที่ 12 สัปดาห์หลังหยุดการรักษา และการตรวจประเมินความเสี่ยงต่อภาวะตับแข็ง

รายการอ้างอิง (Reference)

Achenbach, S. J. (2020). Telemedicine: benefits, challenges, and its great potential. *Health Law and Policy Brief*, *14*(1), 2. https://digitalcommons.wcl.american.edu/hlp/vol14/iss1/2

Agastiya, I. M. C., Kurianto, E., Akalili, H., & Wicaksana, A. L. (2022). The impact of telehealth on self-management of patients with type 2 diabetes: A systematic review on interventional studies. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, *16*(5), 102485. https://doi.org/10.1016/j.dsx.2022.102485

Alqahtani, S. A., & Colombo, M. (2020). Viral hepatitis as a risk factor for the development of hepatocellular carcinoma. *Hepatoma Research, 6*(58), 1 - 18. https://www.oaepublish.com/articles/2394-5079.2020.49

Andersen, R., & Aday, L. A. (1978). Access to medical care in the US: Realized and potential. *Medical Care*, *16*(7), 533 - 546. http://doi.org/10.1097/00005650-197807000-00001

Cox, A. L., El-Sayed, M. H., Kao, J.-H., Lazarus, J. V., Lemoine, M., Lok, A. S., & Zoulim, F. (2020). Progress towards elimination goals for viral hepatitis. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, *17*(9), 533 - 542. http://doi.org/10.1038/s41575-020-0332-6

de Mattos, Â. Z., Debes, J. D., Boonstra, A., Yang, J.-D., Balderramo, D. C., Sartori, G. D., & de Mattos, A. A. (2021). Current impact of viral hepatitis on liver cancer development: The challenge remains. *World Journal of Gastroenterology*, *27*(24), 3556 - 3567. http://doi.org/10.3748/wjg.v27.i24.3556

Department of Disease Control. (2021, November 12). *Disease control, accelerate building of knowledge about "Hepatitis B" is a silent danger that should not be overlooked, Hoping to end it within 9 years*. https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21693&deptcode=brc&news_views=3235

Division of AIDS and STIs. (2021, July 27). *Campaign idea for Hepatitis Day 2021: Hepatitis can't wait.* https://www.facebook.com/photo?fbid=2978581039058328& set=pcb.2978582089058223

Flodren, G., Rachas, A., Farmer, A. J., Inzitari, M., & Shepperd, S. (2015, September 7). *Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes.* Cochranelibrary. https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002098.pub2/full#CD002098-abs-0001

Ju, H. H. (2020). Using telehealth for diabetes self-management in underserved populations. *The Nurse Practitioner*, *45*(11), 26-33. http://doi.org/10.1097/01.NPR.0000718492.44183.87

Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). *Self-management methods*. Pergamon Press.

Ministry of Justice. (2022). *Pansuk, 2nd anniversary of the Royal Pansuk, doing good deeds for the nation, religion, and king*. B.S.C. Limited.

Mohammed, H. M., & El-sol, A. E. (2020). Tele-nursing: Opportunities for nurses to shape their profession's future. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, *7*(3), 660 - 676. https://www.researchgate.net/publication/347927551_Tele-Nursing_Opportunities_for_Nurses_to_Shape_their_Profession's_Future#full-text

Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, *24*(1), 67 - 74. http://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007

Negro, F. (2021). Residual risk of liver disease after hepatitis C virus eradication. *Journal of Hepatology*, *74*(4), 952 - 963. http://doi.org/10.1016/j.jhep.2020.11.040

Osorio-Calle, Y. P., SebastiÃ, K. J., & Meneses-La-Riva, M. n. E. (2021). Systematic review: Tele-nursing a universal access to care for oncology patients. *Journal of Ners and Midwifery*, *8*(3), 393 - 400. http://ojs.phb.ac.id/index.php/jnk/article/view/703

Piscesiana, E., & Afriyani, T. (2020). The effect of tele-nursing on preventing re-admission among patients with heart failure: A literature review. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, *3*(2), 251 - 260. https://doi.org/10.35654/ijnhs.v3i2.315

Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health, 30*(4), 459 - 467. https://doi.org/10.1002/nur.20199

Razavi, H. (2020). Global epidemiology of viral hepatitis. *Gastroenterol Clinics of North American*, *49*(2), 179 - 189. http://doi.org/10.1016/j.gtc.2020.01.001.

Sriprasert, K., Aungwattana, S., & Tamdee, D. (2023). The effect of a tele-nursing-based self-management program on health behavior of persons with uncontrolled diabetes mellitus in a community. *Nursing Journal*, *50*(3), 99 - 115. https://he0 2 .tci-thaijo.org/index.php/cmunursing /article/view/262506/181139

Tangkitwanit, P., Avihingsanon, A., Hanpariporn, W., Jiewchuephan, K., Lertpiriyasuwat, C., Rosa, D., Chandrathaniwat, K., & Bunwiriya, S. (2021). *Digital registration to track testing and treatment of people infected with hepatitis in government hospitals under the Ministry of Public Health.* http://www.correct.go.th/infosaraban64/letter/filepdf/ 1621840785.pdf

Tanwandee, T., Piratvisuth, T., Phornphutkul, K., Mairiang, P., Permpikul, P., & Poovorawan, Y. (2006). Risk factors of hepatitis C virus infection in blood donors in Thailand: A multicenter case-control study. *Journal of the Medical Association of Thailand*, *89*(Suppl. 5), S79 - S83. https://www.thaiscience.info/journals/Article/JMAT/10401732.pdf

Tian, E. J., Venugopalan, S., Kumar, S., & Beard, M. (2021). The impacts of and outcomes from telehealth delivered in prisons: A systematic review. *PLoS One*, *16*(5), e0251840. https://doi. org/10.1371/journal.pone.0251840

Wadkar, S. K., Singh, K., Chakravarty, R., & Argade, S. D. (2016). Assessing the reliability of attitude scale by Cronbach's alpha. *Journal of Global Communication*, *9*(2), 113 - 117. http://doi.org/10.5958/0976-2442.2016.00019.7

World Hepatitis Alliance. (2022, May 21). *World Hepatitis Summit 2022- Dates announcement.* https://www.worldhepatitisalliance.org/news/world-hepatitis-summit-2022-dates-announcement

ผลของการใช้โมบายแอปพลิเคชัน Y- Course ต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถในการติดตาม ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอยี่งอ จังหวัดนราธิวาส

Effects of Y - Course Mobile Application on Knowledge, and Perceived Efficacy for Following Up, and Rehabilitation among Patients with Schizophrenia of Village Health Volunteers in Yingo District, Narathiwas Province

นิรุสณีย์ อากาจิ[1*], มาเรียม อิสลามธรรมธาดา[2], ซอลาฮุดดีน เบนโน[2]

Nirusnee Akaji[1*], Mariam Islamthamthada[2], Salahuddin Benno[2]

(Received: May 11, 2024; Revised: August 20, 2024; Accepted: August 26, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโมบายแอปพลิเคชัน Y - Course ต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถในการติดตาม ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทใน 6 ทักษะ และเพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในการใช้โมบายแอปพลิเคชัน Y - Course กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม.จำนวน 45 ราย ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) เพื่อเลือกตัวแทนตำบล เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 1) แอปพลิเคชัน Y - Course 2) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการประเมิน การดูแล และการฟื้นฟูทักษะ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการใช้แบบประเมินติดตามอาการ และแบบสอบถามความพึงพอใจของแอปพลิเคชัน Y - Course ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.95 ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบทดสอบวัดความรู้ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.92 แบบประเมินการรับรู้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Paired t-test

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

[1]Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University

[2]โรงพยาบาลยี่งอเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

[2]Yingo Hospital

[*]Corresponding Author: nirusnee.a@pnu.ac.th

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้และการรับรู้ความสามารถในการติดตาม ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทของ อสม. ในอำเภอยี่งอหลังการใช้โมบายแอปพลิเคชัน Y - Course สูงกว่าก่อนการใช้แอปพลิเคชันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถในการติดตาม ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทก่อนการใช้แอปพลิเคชัน Y - Course อยู่ในระดับปานกลาง หลังใช้แอปพลิเคชันมีค่าคะแนนอยู่ในระดับดี ผลการประเมินความพึงพอใจโดยรวมของแอปพลิเคชัน Y - Course อยู่ในระดับพึงพอใจมาก

คำสำคัญ: แอปพลิเคชัน Y - Course, การฟื้นฟูสมรรถภาพ, ผู้ป่วยจิตเภท, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

One group pre - posttest quasi experimental study examined the effects of Y -course mobile application on knowledge, perceived efficacy for follow up, and rehabilitation among patients with schizophrenia in six skills. It also assessed satisfaction level of village health volunteers in district with the use of the Y-course mobile application. 45 village health volunteers were selected as samples to serve as subdistrict representatives by using multistage random selection. Instruments utilized as follows: 1) The Y-course mobile application; 2) instruments for data collection comprised the following four components: 1) A general personal questionnaire; 2) a questionnaire concerning assessment, care, and rehabilitation skills; 3) an evaluation of the perceived efficacy using a symptom monitoring questionnaire; and 4) a satisfaction questionnaire was surveyed regarding the Y-course mobile application. The contents of these instruments were validated by five experts. These instruments had a CVI index of 0.95. The knowledge measurement test's reliability of KR-20 equaled 0.92. Alpha Cronbach's coefficient of perceived efficacy assessment reliability was 0.84. Data analysis was conducted by using descriptive statistics and Pair t-test.

Findings revealed that knowledge and perceived efficacy for following up and rehabilitation among patients with schizophrenia of village health volunteers in Yingo district, Narathiwas province, were statistically significantly higher after using the Y-course mobile application than before using the program. The perceived efficacy for following up, and rehabilitation among patients with schizophrenia was in the moderate level prior to using the Y-course mobile application. Following use

of the application, the score level was in a good level. The Y-course mobile application yielded a good overall satisfaction score.

Keywords: Y - Course mobile application, Rehabilitation, Patients with schizophrenia, Village health volunteer

บทนำ

การเจ็บป่วยทางจิตเป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติทางความคิด และพฤติกรรม มักพบความคิดหลงผิดเชื่อว่าตนเองจะโดนปองร้าย เป็นผู้วิเศษ บางรายเชื่อว่าคู่ครองนอกใจ มีความคิดที่แปลกประหลาด หูแว่ว ภาพหลอน ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และบางอาการอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน (Ngamdee, 2020) ซึ่งมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยจิตเวชต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และฟื้นฟูสภาพให้สามารถดูแลตนเองทั้งในการรักษาสุขภาพ และการดำเนินชีวิตในสังคม (Ounlam, 2021)

งานสุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาลยี่งอเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา มีผู้ป่วยจิตเภท (F 20-F 29) ในปีงบประมาณ 2565 ที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง 381 ราย โดยได้จำแนกเป็นตำบลยี่งอ จำนวน 98 ราย ตำบลละหาร จำนวน 72 ราย ตำบลจอเบาะ 78 ราย ตำบลลุโบะบายะ จำนวน 33 ราย ตำบลลุโบะบือซา จำนวน 48 ราย และตำบลตะปอเยาะ จำนวน 52 ราย จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษามีอาการกำเริบซ้ำ ร้อยละ 5.06 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมาย สาเหตุจากการขาดยา ไม่มีผู้แลหลัก และใช้สารเสพติด จากงานวิจัยของ Benjehma and Upasen (2020) ศึกษาปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด การให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และการหยั่งรู้สภาพของตนเอง และจากการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเภทเป็นครั้งแรก จะรู้สึกวิตกกังวลในระดับสูง จากการขาดการรับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท มีวิธีการสื่อสารในครอบครัวที่แสดงออกทางอารมณ์สูง และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านในชุมชนเป็นสิ่งที่จำเป็นในการเตรียมผู้ดูแล (Kasiphol et al., 2020) ดังนั้นควรลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล โดยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และเน้นการเข้าถึงการให้บริการจิตเวชในครอบครัวผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเจ้าหน้าที่ด้านการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดครอบครัวของผู้ป่วยมากที่สุดคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมีการศึกษากระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม (Butthayothi, 2020) ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของ

ผู้ป่วยจิตเภท มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและชุมชน การกำหนดแนวทางการดูแลแบบชุมชนมีส่วนร่วม และการกำกับติดตามผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังการนำกระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ พบว่าเมื่อติดตามผลระยะเวลา 90 วัน ไม่พบผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมงานวิจัยกลับเป็นซ้ำ และมีค่าคะแนนจากการประเมินอาการทางจิตน้อยกว่า 36 ถือว่ามีอาการระดับน้อย ฉะนั้นการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน และการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลรวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ให้สามารถดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเพื่อลดการกำเริบซ้ำของอาการทางจิตเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญยิ่ง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพทั้งก่อนและหลังเจ็บป่วย เป็นผู้ที่มีบทบาทในการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชน การขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพทั้งปัญหาสุขภาพกายและทางจิตใจ (Rasiri et al., 2021)โรงพยาบาลยิ่งอเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามีการดำเนินงานของทีม อสม.ที่เข้มแข็ง ได้พัฒนาศักยภาพของอสม. ในการดูแลประชาชนในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่มีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้นอีกทั้งผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนจึงมีความจำเป็นที่ อสม.ในชุมชนต้องมีความรู้ในการประเมิน เฝ้าระวัง ติดตามและฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากแนวคิดการพัฒนา อสม. 4.0 ที่ต้องส่งเสริมทักษะในการใช้เทคโนโลยีเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสารด้วยโทรศัพท์มือถือ ที่เข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันและนำมาประยุกต์ใช้ในการทำงานมากขึ้น การพัฒนาแอปพลิเคชันที่เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. และการสื่อสารข้อมูลระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับ อสม.ที่ถูกต้อง รวดเร็ว สามารถประกอบการตัดสินใจ และมีข้อมูลทางสุขภาพที่น่าเชื่อถือ จะส่งผลให้เกิดศักยภาพในการดูแลประชาชนมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องมีการติดตามอาการ เฝ้าระวังการกำเริบซ้ำอย่างต่อเนื่องโดยใช้วิธีการประเมินพฤติกรรม หากมีพฤติกรรมเสี่ยงต้องมีการประสานงานและการจัดการที่รวดเร็วเพื่อลดความอันตรายต่อผู้ป่วย และชุมชน รวมถึงกระบวนการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องมีความรู้และทักษะเฉพาะโรค จากการทบทวนวรรณกรรม มีการวิจัยแอปพลิเคชัน “Know COVID19” ต่อการรับรู้โรคติดเชื้อโควิด - 19 ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบุ่งหวาย จังหวัดอุบลราชธานี หลังใช้งานแอปพลิเคชันมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการใช้งาน (Chaikhan et al., 2023) ในด้านการเพิ่มความรู้และการรับรู้มีการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและภาวะเสียการสื่อความของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผ่านโปรแกรมประยุกต์ LINE official account สื่อภาษาอะฟาเซีย ที่ให้ผู้ดูแลฝึกกระตุ้นการสื่อความ ทั้งยังสามารถพูดคุย ให้กำลังใจและสะท้อนกลับถึงผลลัพธ์การดูแล ผลการศึกษาในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่ง

ตน และค่าเฉลี่ยคะแนนการสื่อความสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Lalaloes et al., 2023) นอกจากนี้ แอปพลิเคชันยังสามารถส่งเสริมกระบวนการรักษาพยาบาล มีการศึกษาในประเทศจีนโดยใช้แอพพลิเคชั่นบนมือถือเพื่อเพิ่มความต่อเนื่องการกินยา ในผู้ป่วยจิตเภทที่ออกจากโรงพยาบาลในหยินชวน มณฑลหนิงเซี่ย ประเทศจีน โดยใช้ WeChat ซึ่งประกอบด้วยการแจ้งเตือนการใช้ยาและข้อความให้ความรู้ในการใช้ยาและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภทอายุ 18 - 60 ปี 84 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความต่อเนื่องในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มควบคุม (Zhua et al., 2020) จะเห็นได้ว่าการใช้แอปพลิเคชันนอกจากเพิ่มความรู้และยังสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนได้รับการติดตาม และฟื้นฟูในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญ เกี่ยวการสร้างนวัตกรรมแอปพลิเคชันเพื่อให้ความรู้ และการประเมินผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และจากการศึกษายังไม่พบแอปพลิเคชันการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนาโมบายแอปพลิเคชัน Y - Course เพื่อเพิ่มความรู้ และความสามารถในการติดตามประเมินอาการและความรุนแรงของอาการทางจิต ความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และช่องทางการติดต่อเจ้าหน้าที่ เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ และการเกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของโมบายแอปพลิเคชัน Y - Course ต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถในการติดตาม และฟื้นฟูสมรรภาพผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของ อสม. ในการใช้โมบายแอปปพลิเคชัน Y – Course

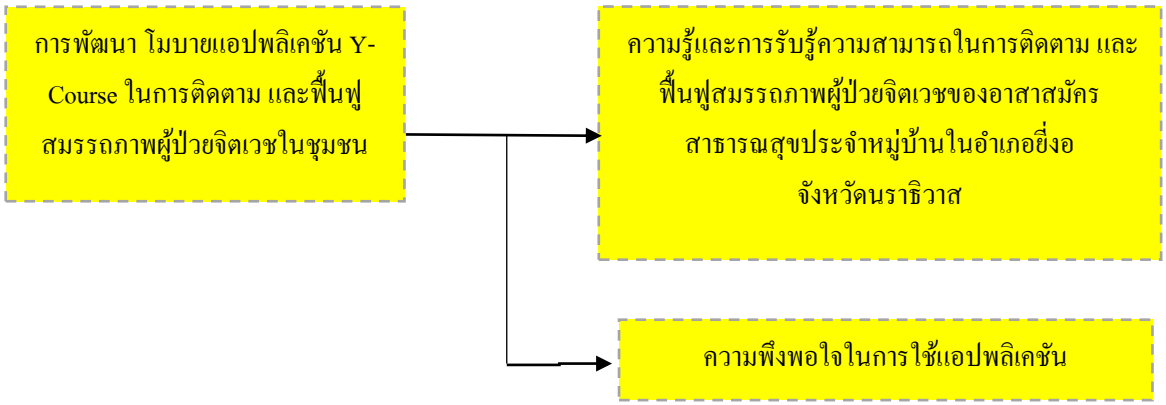
สมมติฐานการวิจัย

คะแนนความรู้และการรับรู้ความสามารถในการติดตาม และฟื้นฟูสมรรภาพผู้ป่วยจิตเวชใน 6 ทักษะของ อสม.ในชุมชน อำเภอยิ่งอ จังหวัดนราธิวาส สูงกว่าก่อนใช้โมบายแอปพลิเคชัน ฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาการให้ความรู้ผ่านโมบายแอปพลิเคชัน Y - Course จากกรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทตามแนวคิดการคืนสู่สุขภาวะ (Recovery Model) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เน้นให้บุคคลมีการเรียนรู้การเจ็บป่วยและสามารถจัดการกับตนเองเพื่อที่จะอยู่ร่วมกับการเจ็บป่วยได้อย่างสร้างสรรค์ (Suwanmaitri et al., 2018) โดยมีกระบวนการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ 1) การประเมินอาการผู้ป่วยในชุมชน (Assessing) โดยมีการประเมินอาการเตือน การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ (Basic ADL) การประเมินความสามารถเกี่ยวกับทักษะ

จำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน 2) การปฏิบัติการช่วยเหลือ และฟื้นฟูสภาพ โดยใช้กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพเน้นการฝึกทักษะที่จำเป็น 6 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการใช้เวลาว่างและการพักผ่อน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน 3) การติดตามผู้ป่วยในชุมชน โดยใช้แบบติดตาม 10 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการทางจิต ด้านการกินยา ด้านผู้ดูแล / ญาติ ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการสื่อสาร ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่ / สุรา / ยาเสพติด) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (OAS) แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ (V SCAN) และแบบประเมินซึมเศร้า สามารถเขียนกรอบแนวคิดตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการเรียนรู้ (One group pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็น อสม.ในพื้นที่ อำเภอยี่งอ จังหวัดนราธิวาส จำนวน 120 ราย กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม.ในอำเภอยี่งอ จังหวัดนราธิวาส คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ 1) อสม. ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ใช้สมาร์ตโฟนระบบแอนดรอยด์ 3) มีพื้นฐานด้านการอ่าน เขียน และฟังภาษาไทย 4) ยินดีเข้าร่วมวิจัย มีเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ไม่ใช้สมาร์ตโฟนระบบแอนดรอยด์ 2)ไม่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบของ Cohen (1977) กำหนดขนาดอิทธิพล .5 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 และอำนาจการทดสอบ .95 ทำการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power

3.1.9.7 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 ราย จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) โดยเริ่มต้นสุ่มแบบง่ายเพื่อเลือกตัวแทนตำบลที่มีผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องติดตาม ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตำบลละ 7 - 8 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือแอปพลิเคชัน Y - Course ที่สามารถใช้บนสมาร์ตโฟนระบบแอนดรอยด์ โดยผู้วิจัยใช้หลักการวิเคราะห์และออกแบบระบบของ ADDIE model (Sahaat et al., 2020) ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ดังนี้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ (Analysis) ศึกษาปัญหาและความต้องการของ อสม.โดยการสัมภาษณ์ร่วมกับทบทวนองค์ความรู้จากตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการประเมิน ติดตามและกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบ (Design) เนื้อหาภายในแอปพลิเคชัน Y - Course ประกอบด้วย แบบคัดกรอง แบบประเมินติดตามอาการ แผนความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ 6 ทักษะ พร้อมแบบประเมินในแต่ละทักษะ ความรู้เรื่องยาจิตเวช และการส่งต่อ

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนา (Development) การสร้างแอปพลิเคชันโดยผู้ร่วมวิจัยที่มีความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีได้เขียนโปรแกรมในส่วนต่าง ๆ ที่ได้ออกแบบเนื้อหาไว้

ขั้นตอนที่ 4 การนำไปใช้ (Implementation) ทดลองใช้กับ อสม.ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (Evaluation) ทดสอบเพื่อประเมินคุณภาพของแอปพลิเคชัน โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และอสม.ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ทดลองใช้แอปพลิเคชันและให้ข้อเสนอแนะนำมาปรับปรุง ก่อนนำไปใช้งาน ตัวอยางแอปพลิเคชันดังภาพที่ 2

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วน

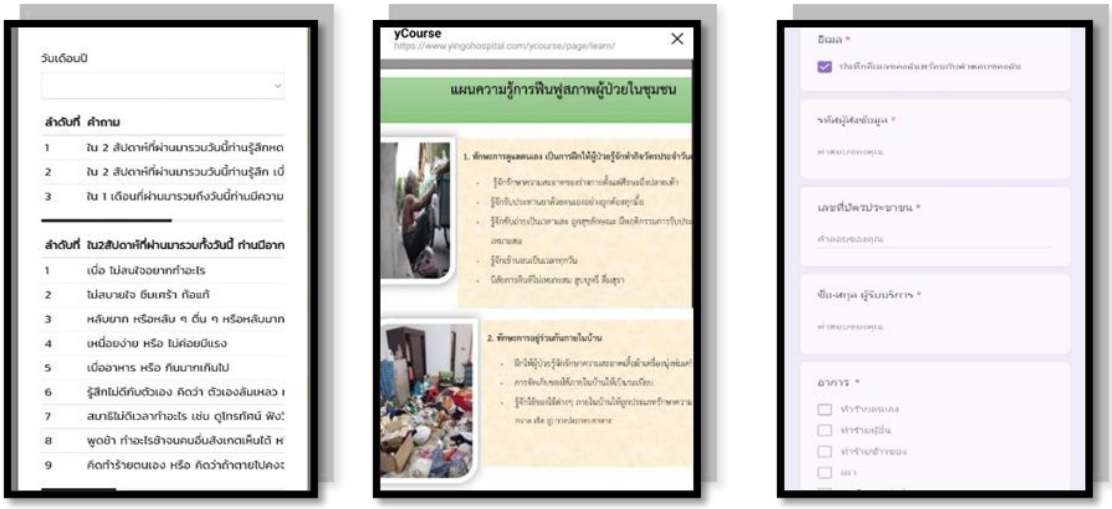
2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่ง อสม. และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแล และฟื้นฟูทักษะ ทั้งหมด 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบถูกและผิด ให้เลือกเพียง 1 คำตอบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 15 คะแนน โดยแบ่งเกณฑ์การแปลผลตามหลักของ Bloom (1971) แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ 10 - 15 คะแนน ระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ 5 - 9 คะแนน และระดับต่ำ หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน ผู้วิจัยใช้ประเมินคะแนนกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้โมบายแอปพลิเคชัน Y - Course

2.3 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการใช้แบบประเมินติดตามอาการ 10 ด้าน จำนวน 5 ข้อ แบบประเมินก้าวร้าวรุนแรง (OAS) จำนวน 3 ข้อ แผนความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ 6 ทักษะได้แก่ ได้แก่ 1) ทักษะการดูแลตนเอง จำนวน 4 ข้อ 2) ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน จำนวน 4 ข้อ 3) ทักษะทางสังคม จำนวน 4 ข้อ 4)ทักษะการทำงาน จำนวน 3 ข้อ 5) ทักษะการใช้เวลาว่างและการพักผ่อน จำนวน 3 ข้อ 6) ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน จำนวน 4 ข้อ พร้อมแบบประเมินในแต่ละทักษะ รวมทั้งหมด 30 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือมากที่สุดได้ 5 คะแนน จนถึง น้อยที่สุด ได้ 1 คะแนน คะแนนเต็ม 150 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือระดับดี หมายถึงคะแนนเฉลี่ย มากกว่า 100 คะแนน ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 50 - 99 คะแนน และ ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 50

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของโมบายแอปพลิเคชัน Y - Course ประกอบด้วย 1) ด้านการใช้งาน 2) ด้านเนื้อหา และ 3) ด้านรูปแบบและประโยชน์ จำนวน 17 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือพึงพอใจมากที่สุดได้ 5.00 คะแนน พึงพอใจมากได้ค่าเฉลี่ยช่วง 4.00 - 4.99 คะแนน พึงพอใจปานกลางได้ค่าเฉลี่ยช่วง 3.00 - 3.99 คะแนน พึงพอใจน้อยได้ค่าเฉลี่ยช่วง 2.00 - 2.99 คะแนน และพึงพอใจน้อยค่าเฉลี่ยช่วง 1.00 - 1.99 คะแนน





ภาพที่ 2 ตัวอย่างโมบายแอปพลิเคชัน Y – Course

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ของแบบสอบถามความรู้และการรับรู้ความสามารถในการติดตาม และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 3 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านงานสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการสร้างแอปพลิเคชันในการดูแลสุขภาพ 1 ท่าน เป็นผู้ที่พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ภาษารวมทั้งความครอบคลุมของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้ค่าความตรงของเนื้อหา CVI เท่ากับ 0.95 จากนั้นไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้โดยใช้ KR-20 เท่ากับ 0.92 และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการติดตามฟื้นฟูและแบบประเมินความพึงพอใจใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยประสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม.ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ตำบลละ 7 - 8 คน จำนวน 6 ตำบล ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. พบครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยอธิบายวิธีการใช้งานแอปพลิเคชัน Y - Course ให้กลุ่มตัวอย่างเปิดการใช้งาน อธิบายเนื้อหาที่มีในแอปพลิเคชัน หากไม่เข้าใจให้สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา กำหนดให้นำไปใช้ใน

กับผู้รับบริการที่อยู่ในความดูแลของ อสม. จำนวน 3 ราย จากนั้นนัดหมายพบครั้งที่ 2 อีก 1 สัปดาห์ถัดไป

ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการประเมิน และฟื้นฟูทักษะผู้ป่วยจิตเภท ทั้งหมด 15 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการใช้แบบประเมินติดตามอาการ และแผนความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ 6 ทักษะจำนวน 30 ข้อ

2. พบครั้งที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการประเมิน และฟื้นฟูทักษะผู้ป่วยจิตเภท ทั้งหมด 15 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการใช้แบบประเมินติดตามอาการ และแผนความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ 6 ทักษะจำนวน 30 ข้อ หลังการใช้แอปพลิเคชัน และเก็บข้อมูลความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชัน Y - Course

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส เลขที่ 27 / 2566 ให้การรับรองวันที่ 27 กันยายน 2566 และได้รับอนุญาตการเก็บข้อมูลจากรพ.ยี่งอเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา และรพ.สต.ในอำเภอยี่งอ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน โดยการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะมีอิสรภาพในการตัดสินใจ หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการวิจัยสามารถกระทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ การวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน และจิตใจของผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และนำมาใช้เฉพาะการวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น ส่วนการนำเสนอข้อมูลที่ได้โดยภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และมีการลงลายมือชื่อในแบบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งข้อมูลเอกสารที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจะมีการทำลายดังนี้ 1) ข้อมูลที่ส่งผ่านระบบจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) จะลบข้อมูลในระบบ Email ส่วนตัวหลังจากพิมพ์เอกสารออกมาเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล 2) เอกสารข้อมูลที่เป็นกระดาษจะจัดเก็บเอกสารไว้เป็นความลับแยกจากเอกสารทั่วไปและทำลายด้วยเครื่องทำลายเมื่อครบ 3 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้ การรับรู้ความสามารถในการติดตามและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช และความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา คือ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้ความสามารถในการติดตามและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังใช้โมบายแอปพลิเคชัน Y - Course วิเคราะห์โดยใช้สถิติอ้างอิง ได้แก่ Paired t-test โดยที่มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน พบว่าเป็นเพศหญิง 45 คน คิดเป็นร้อยละ100 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25 - 45 ปี ร้อยละ 71.11 ระดับวุฒิการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91.11 ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่ง อสม.ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5 - 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.33 และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 42.22

ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ของ อสม.ในการติดตาม และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชใน 6 ทักษะในชุมชนอำเภอยี่งอ จังหวัดนราธิวาส (n = 45)

	คะแนนความรู้				
	ระดับคะแนน	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	ดี	12.11	.95	-17.05	.000
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	ดี	14.35	.71		

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนความรู้ของ อสม.ในการติดตาม และฟื้นฟูสมรรภาพผู้ป่วยจิตเวชใน 6 ทักษะในชุมชนอำเภอยี่งอ จังหวัดนราธิวาสมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชัน Y - Course อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการติดตาม และฟื้นฟูสมรรภาพผู้ป่วยจิตเวชใน 6 ทักษะในชุมชนอำเภอยี่งอ จังหวัดนราธิวาส (n = 45)

	คะแนนการรับรู้ความสามารถ				
	ระดับคะแนน	**Mean**	**S.D.**	**t**	**p-value**
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม					
1) ทักษะการดูแลตนเอง	ดี	102.44	6.82		
2) ทักษะอยู่ร่วมกันภายในบ้าน	ปานกลาง	76.65	7.35		
3) ทักษะทางสังคม	ปานกลาง	78.25	7.75		
4)ทักษะการทำงาน	ปานกลาง	84.36	7.25		
5) ทักษะใช้เวลาว่างและพักผ่อน	ปานกลาง	82.40	8.17		
6) ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน	ปานกลาง	88.70	7.52		
รวม	ปานกลาง	85.46	7.48		
หลังเข้าร่วมโปรแกรม				-21	.000
1) ทักษะการดูแลตนเอง	ดี	122.50	4.25		
2) ทักษะอยู่ร่วมกันภายในบ้าน	ดี	103.20	6.72		
3) ทักษะทางสังคม	ดี	119.35	5.36		
4)ทักษะการทำงาน	ดี	110.44	5.25		
5) ทักษะใช้เวลาว่างและพักผ่อน	ดี	116.80	5.05		
6) ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน	ดี	108.50	5.88		
รวม	**ดี**	**113.46**	**5.46**		

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถในการติดตาม และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชใน 6 ทักษะของ อสม.ก่อนการใช้แอปพลิเคชัน Y - Course ค่าคะแนนอยู่ในระดับดี 1 ทักษะ ได้แก่ทักษะด้านการดูแลตนเองและอีก 5 ทักษะ อยู่ในระดับปานกลาง หลังใช้แอปพลิเคชัน Y - Course มีค่าคะแนนอยู่ในระดับดีทั้ง 6 ทักษะ

ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการติดตาม และฟื้นฟูสมรรภาพผู้ป่วยจิตเวชใน 6 ทักษะของ อสม. มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชัน Y - Course อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้โมบายแอปพลิเคชัน “Y - Course”

ด้านความพึงพอใจ	Mean	S.D.	ระดับคะแนน
การใช้งานของแอปพลิเคชัน	3.96	.36	ปานกลาง
เนื้อหาในแอปพลิเคชัน	3.88	.34	ปานกลาง
ประโยชน์จากการใช้แอปพลิเคชัน	4.26	.42	มาก

ด้านความพึงพอใจ	Mean	S.D.	ระดับคะแนน
รวม	**4.03**	**.38**	**มาก**

จากตารางที่ 3 ผลการศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้โมบายแอปพลิเคชัน “Y - Course” พบว่า ระดับความพึงพอใจด้านการใช้ประโยชน์จากการใช้แอปพลิเคชันอยู่ในระดับมาก ด้านการใช้งานและเนื้อหาอยู่ในระดับปานกลาง และความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก

วิเคราะห์ความต้องการและข้อเสนอแนะจาก อสม.ที่มีความต้องการแอปพลิเคชันที่ทันสมัย ทดแทนการใช้กระดาษ แอปพลิเคชันมีการประมวลผลของค่าคะแนนทำให้ทราบระดับความรุนแรงของโรค และเพิ่มความสามารถในด้านความรู้ และวิธีการประเมิน ติดตาม และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจิตเวชในบทบาทของ อสม.ที่มีความสะดวก ใช้ได้ง่าย ไม่ซับซ้อน และมีความปลอดภัยในการดูแล ส่งต่อข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว หลังได้ทดลองใช้มีข้อเสนอแนะในการพัฒนาดังนี้ 1) ให้เจ้าหน้าที่ รพ.ลงข้อมูลของผู้รับบริการที่ต้องลงเยี่ยมให้ชัดเจน 2) ตัวอักษรที่อ่านได้ง่าย 3) แบบประเมินให้สามารถเลือกชนิดของการประเมินก่อน เมื่อประเมินและประมวลผลแล้วให้ระบุระดับความรุนแรงของโรคและการให้คำแนะนำเบื้องต้น 4) ให้สามารถแชร์ Location ระบุพิกัดบ้านของผู้รับบริการที่ชัดเจน 5) แผนการให้ความรู้ควรเพิ่มเป็น VDO บรรยาย หรือเป็นการ์ตูนอนิเมชั่น

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อเป็นช่องทางในการส่งเสริมความรู้และเพิ่มความสามารถในการติดตาม ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอยี่งอ จังหวัดนราธิวาส สามารถอภิปรายผลดังนี้

ค่าเฉลี่ยความรู้ในการติดตาม และฟื้นฟูสมรรภาพผู้ป่วยจิตเวชใน 6 ทักษะในชุมชนของอสม. อำเภอยี่งอ จังหวัดนราธิวาส สูงกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 เนื่องจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตามแนวทางของกรมสุขภาพจิตซึ่งต้องมีการใช้แบบประเมินต่าง ๆ ในการเฝ้าระวังพฤติกรรมรุนแรง อาการกำเริบซ้ำ รวมถึงการประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย และแบบประเมินอาการต่าง ๆ ในโมบายแอปพลิเคชัน Y - Course มีเนื้อหาความรู้ มีแบบประเมินเฝ้าระวังการกำเริบซ้ำ V Scan แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 3 Q Plus แบบประเมินโรคซึมเศร้า (8Q) แบบประเมินการทำร้ายตนเอง (9Q) แบบประเมินการติดตามและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช 10 ด้าน และแบบประเมินก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ซึ่งเมื่อประเมินแล้วแอปพลิเคชันจะมีการแปลผลค่าคะแนนเพื่อให้ อสม. ได้รับรู้ความรุนแรง และการส่งต่อเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป นอกจากนี้ยังมีเนื้อหาความรู้ในการฟื้นฟูผู้ป่วยในชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัย เรื่องผลของการใช้แอปพลิเคชันการดูแลแบบ

ประคับประคองในมิติจิตวิญญาณตามวิถีพหุวัฒนธรรมต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลมิติจิตวิญญาณของ อสม.ในจังหวัดนราธิวาส ของ Dereh et al. (2021) ภายหลังการใช้แอปพลิเคชัน อสม.มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 และการศึกษาการให้คำแนะนำโดยใช้แอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองก่อนจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉินพบว่าผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Binsa et al., 2023) ทั้งนี้ความรู้ในแอปพลิเคชัน Y - Course มีรูปแบบเนื้อหา แยกเป็นประเด็นที่ชัดเจน สามารถเลือกเปิดหัวข้อที่สนใจ มีรูปภาพบรรยาย แต่เป็นภาพนิ่งควรพัฒนาให้มีภาพเคลื่อนไหวทำให้เกิดความน่าสนใจเพิ่มขึ้น

ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการติดตาม และฟื้นฟูสมรรภาพผู้ป่วยจิตเวชใน 6 ทักษะของ อสม.ในชุมชนอำเภอยี่งอ จังหวัดนราธิวาสสูงกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 ซึ่งการรับรู้ถึงวิธีการติดตามผู้ป่วยจิตเวช ของ อสม.จะช่วยให้เกิดการเฝ้าระวังพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ต่อผู้อื่นและต่อทรัพย์สิน รวมถึงการส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การช่วยเหลือผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ปัญหาความสัมพันธ์กับผู้ดูแล การใช้ยาเสพติด และการถูกตีตรา ซึ่งเป็นแนวทางในการป้องกันการกำเริบซ้ำ (Kerdsang et al., 2022) ในแอปพลิเคชันได้อธิบายวิธีการฟื้นฟู 6 ทักษะ ครอบคลุมแนวทางการกำเริบซ้ำดังที่กล่าวมา ซึ่งผลการศึกษาการรับรู้ความสามารถในการติดตามและฟื้นฟูผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ก่อนการใช้แอปพลิเคชัน กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถในการฟื้นฟูทักษะการดูแลตนเองในระดับดี อันเนื่องจากการปฏิบัติการโดยส่วนใหญ่ อสม.ได้เน้นให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพทางร่างกาย การรักษาความสะอาดและการแต่งกายที่เหมาะสม ส่วนทักษะด้านการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน การเข้าสังคมและการใช้ชีวิตในสังคมจะมีค่าคะแนนในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นประสบการณ์การใหม่สำหรับ อสม.ในพื้นที่ ทั้งนี้การใช้โมบายแอปพลิเคชัน Y - Course ทำให้ อสม.เกิดความสะดวก สามารถประเมินติดตามได้ง่ายขึ้น และยังสามารถพัฒนาทักษะในการใช้เทคโนโลยีให้เท่าทันกับยุคสมัย และเพิ่มประสิทธิผลในการทำงานส่งผลให้ค่าคะแนนหลังการใช้แอปพลิเคชันอยู่ในระดับดีในทุกทักษะ สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ (Suwanampa & Purksametanan, 2023) กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.01 และงานวิจัยการพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อประเมินและให้ความรู้ในการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยภาวะสองเสื่อมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (Magteppong et al., 2022) ผลการศึกษาพบว่า อสม.กลุ่มทดลองมีความรู้และทักษะในการประเมินภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมที่อบรมให้ความรู้โดยไม่ใช้แอปพลิเคชัน ในต่างประเทศได้ศึกษาประสิทธิผลของแอปพลิเคชันมือถือสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการป่วยทางจิตขั้นรุนแรง: ผลการวิเคราะห์อภิมาน (meta - analysis) งานวิจัย 14 เรื่อง ที่

ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า โรคจิตเภท และโรคไบโพลาร์ รวบรวมงานวิจัยที่เผยแพร่ระหว่างปี 2012 ถึง 2020 ผลการศึกษาพบว่าแอปพลิเคชันบนมือถือสามารถลดอาการทางจิตทั้งกลุ่มอาการทางบวกและกลุ่มอาการทางลบ เนื้อหาในแอปพลิเคชันส่วนใหญ่จะเป็นการแจ้งเตือนอาการ และการให้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพ (Kim et al., 2022) จะเห็นได้ว่าการใช้แอปพลิเคชันเป็นสื่อกลางและเครื่องมือในการเพิ่มการเรียนรู้ และการเข้าใจเนื้อหาเพื่อนำไปปฏิบัติได้มากยิ่งขึ้น

ความพึงพอใจต่อการใช้โมบายแอปพลิเคชัน Y - Course อยู่ในระดับดี การพัฒนาแอปพลิเคชันออกแบบให้สามารถใช้งานได้ง่าย มีการแบ่งหัวข้อเป็นหมวดหมู่ให้สามารถเลือกการใช้งาน ตรงตามความต้องการในการปฏิบัติงานในชุมชน รวมถึงช่วยเพิ่มทักษะในการคัดกรอง ประเมินโรคทางจิตเวช และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ส่งผลให้การประเมินความพึงพอใจด้านประโยชน์จากการใช้งานอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาโปรแกรมดิจิทัลเพื่อฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนในการตรวจหาและส่งต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทในชนบทอินเดีย พบว่าโปรแกรมดิจิทัลมีประโยชน์มากที่สุดในการช่วยประเมินอาการทางจิตเวชที่มีความเฉพาะ ส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในการปฏิบัติการ ช่วยประหยัดเวลาและเพิ่มขีดความสามารถของผู้ปฏิบัติมากขึ้น (Tyagi et al., 2023) ส่วนในด้านการใช้งานและเนื้อหาอยู่ในระดับปานกลาง และมีข้อเสนอแนะให้มีการปรับปรุงพัฒนาในรูปแบบการนำเสนอเนื้อหาในรูปแบบวิดีทัศน์ หรือมีการบรรยายที่มีการเคลื่อนไหว ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และเพิ่มสีเป็นองค์ประกอบ จะทำให้เกิดความสนใจ มีผลต่อความจำของผู้ใช้ ในด้านการใช้งาน พบปัญหาในการใช้สัญญาณอินเทอร์เน็ต ในบางพื้นที่ของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในบันทึกข้อมูล จากขั้นตอนและกระบวนการก่อนการสร้างแอปพลิเคชัน ผู้วิจัยส่งเสริมให้ อสม.มีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการสร้างโดยการรับฟังความต้องการ และข้อคิดเห็นจาก อสม.ในการเสนอความต้องการเช่น อยากให้มีการประเมินอาการของผู้ป่วย มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน และวิธีการป้องกันการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยในชุมชน ทำให้การสร้างแอปพลิเคชันในครั้งนี้เกิดความพึงพอใจต่อผู้ใช้ และเห็นความสำคัญในการมีส่วนร่วมให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อไป

สรุป

การใช้แอปพลิเคชันช่วยในการเพิ่มความรู้และความสามารถของ อสม.ในการปฏิบัติการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อันเนื่องจากการบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดการกำเริบซ้ำและความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ซึ่งในโมบายแอปพลิเคชัน Y - Course ได้มีหัวข้อในการประเมินอาการ การช่วยเหลือเบื้องต้นและกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทอย่างครอบคลุม ส่งผลค่าคะแนนความรู้ และการรับรู้ความสามารถในการติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่า

ก่อนใช้แอปพลิเคชัน และการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชันอยู่ในระดับดี โมไบล์แอปพลิเคชัน Y - Course ส่งเสริมให้อสม.มีความรู้ รับรู้ประโยชน์ของการรักษา สร้างเจตคติที่ดี และมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรเพิ่มระบบการแจ้งเตือนเมื่อมีการบันทึกข้อมูลที่มีค่าคะแนนการประเมินในระดับที่เสี่ยงสูง เพื่อให้มีการจัดการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน และมีการระบุพิกัดพื้นที่ของผู้ป่วยเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินและต้องการความช่วยเหลือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาอัตราการกำเริบซ้ำ และประสิทธิภาพในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนหลังการใช้โมไบล์แอปพลิเคชัน Y - Course

2.ควรศึกษาข้อคิดเห็นจากกลุ่มผู้ใช้แอปพลิเคชัน เพื่อพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและสามารถใช้งานได้ง่ายขึ้น

รายการอ้างอิง (Reference)

Benjehma, R., & Upasen, R. (2020). Predicting factor of remission in persons with schizophrenia Srithaya Hospital. *Nursing Journal*, *47*(4), 66 - 75. https://he02.tci-thaijo.org/ index.php /cmunursing/article/view/247920/168412

Binsa, F., Khupantavee, N., & Naka, K. (2023). Effectiveness of Discharge Instruction on Mobile Application toward Knowledge and Care Practice of Caregivers of Patients with Low-Risk Mild Traumatic Brain Injury before Discharge from Emergency Department. *Princess of Naradhiwas University Journal*, *15*(1), 157 - 172. https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr /article/view/256179/175768

Bloom, B.S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.

Butthayothi, N. (2020). Process of the relapse prevention by community participation with multidisciplinary team for schizophrenic patients at Kosumphisai Hospital, Mahasarakham District, Mahasarakham Province. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office, 5*(9), 77 – 88. https://thaidj.org/index.php/AJMP/article/view/9964

Chaikhan, S., Churbundid, T., Junsiri, S., & Tanjareun, J. (2023). Effects of “Know COVID 19” Application on COVID-19 Perception among Village Health Volunteers in Bungwai District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Nakhon phanom Provincail Health Office, 1*(1), e265489 - e265489. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nkp/article/view/265489/181571

Cohen J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic Press.

Dereh**,** N., A-lee, A., Adulyarat, M., & Wangsawad, T. (2021). Effect of Palliative Care Application in Spiritual Dimension according to Multicultural Ways on Knowledge and Spiritual Care Competencies among Village Health Volunteers in Narathiwat Province. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, *31*(3), 85 - 95. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph /article /view/255642/173958

Kasiphon, T., Chunhathititham, P., Prasertsong, C., Jaroenjitkul, C., Nansunanon, S., & Jarutatsanangkoon, A. (2020). Primary Caregivers’ Experiences of Families with Schizophrenia Patients. *Thai Red Cross Nursing Journal***,** *13* (1), 102 - 115. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/ view/243819/165731

Kerdsang, U., Intarakamhang, U., Peungposop, N., & Kerdsang, T. (2022). Health beliefs, participation behavior and community rehabilitation guidelines for schizophrenia patients. *The journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, *36*(2), 1 - 21. https://he02.tci-thaijo. org/index.php/JPNMH/article/view/255235/176680

Kim, S. K., Lee, M., Jeong, H., & Jang, Y. M. (2022). Effectiveness of mobile applications for patients with severe mental illness: A meta‐analysis of randomized controlled trials. *Japan Journal of Nursing Science*, *19*(3), e12476. http://doi.org/10.1111/jjns.12476

Lalaloes, P., Thongthawee, B., & Muengtaweepongsa, S. (2023). he Effects of a Caregiver Self-Efficacy Promoting Program in Rehabilitation Combined with Use of a Mobile Application on Self-Efficacy of Caregivers and Aphasia of Stroke Patients. *Nursing Journal CMU*, *50*(2), 14 - 26. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/263028/179913

Magteppong, W., Triamlumlerd, S., & Kongsuwan, P. (2022). The The Development of a MobileApplication for Assessing Dementia and Educating Village Health Volunteers on the Prevention and Caring for Dementia Patients. *Thai Red Cross Nursing Journal*, *15*(3), 87 - 103. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/254636/178563

Ngamdee, P. (2020). Nurse care in patients with paranoid schizophrena: case study. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*, *2*(2), 265 - 280. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/article/view/246789/169016

Ounlam, T. (2021). Nurses' roles in promoting family functioning of schizophrenia persons in a community. *The journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, *34*(1), 1 - 12. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/241984/164667

Rasiri, S., Intarakumhang Na Rachasima, S., & Rasiri. T. (2021). The role of thai public health volunteers. *Journal of health research and Development, 7*(2), 80 – 97. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/250391/174231

Sahaat, Z., Nasri, N. M., & Bakar, A. Y. A. (2020). ADDIE model in teaching module design process using modular method: Applied topics in design and technology subjects. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, *464*, 719 - 724. https://doi.org/10.2991/assehr.k.200824.161

Suwanampa, T., & Purksametanan, T. (2023). Effects of a Mobile Application-Based Health Education Program on Health Literacy in Pregnant Women. *Thai Journal of Nursing Council, 38*(1), 98 – 111. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/260306 /178639

Suwanmaitri, S., Ophaswattana, C., & Jarusirichaikul, C. (2018). Patient care manual Psychiatrics at Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V For institutions/hospitals Under the Department of Mental Health. In Opatwatana. C (Ed.) *Department of Mental Health, Ministry of Public Health* (pp.80-113). Prosperus Plus Printting.

Tyagi, V., Khan, A., Siddiqui, S., Kakra Abhilashi, M., Dhurve, P., Tugnawat, D., & Naslund, J. A. (2023). Development of a digital program for training community health workers in the detection and referral of schizophrenia in rural India. *Psychiatric Quarterly*, *94*(2), 141 - 163. https://link.springer.com/article/10.1007/s11126-023-10019-w#Sec14

Zhu, X., Li, M., Liu, P., Chang, R., Wang, Q., & Liu, J. (2020). A mobile health application-based strategy for enhancing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, *34*(6), 472 - 480. http://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.08.001

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง: การศึกษานำร่อง

Effects of a Family Participation Promotion Program on Medication Adherence in Muslim Elderly Patients with Myocardial Infarction: A Pilot Study

อามีเนาะ ดาแต[1*] ผจงศิลป์ เพิงมาก[1] อุมาพร ปุญญโสพรรณ[1]

Ameenoh Datae[1] Pajongsil Perngmark[1] Umaporn Boonyasopun[1]

(Received: October 13, 2023; Revised: December 18, 2023; Accepted: January 17, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง วิธีการศึกษา เป็นการศึกษานำร่อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและผู้ดูแล จำนวน 12 ราย (6 คู่) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และได้รับการดูแลตามโปรแกรมฯ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ 0.95 และ 0.93 ตามลำดับ ทดสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาจำนวน 20 ราย วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการทดสอบสมมติฐานการวิจัยใช้สถิติวิลคอกซัน

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวของผู้สูงอายุมุสลิมฯ หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.20, -2.21, p < .05$)

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

[1]Faculty of Nursing, Princess of Songkla University

* Corresponding Author: sirisalamat@gmail.com

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งสามารถทำให้เกิดความต่อเนื่องได้ในระยะยาวและควรมีการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมกับพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ในกลุ่มที่นอกเหนือไปจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว, พฤติกรรมการรับประทานยา, ผู้สูงอายุมุสลิม, โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

Abstract

The purpose of this study was to determine the effect of a family participation promotion program on medication adherence in Muslim elderly patients with myocardial infarction. Research's methodology: A pilot study. Twelve patients with myocardial infarction and family members (six pairs) were used as study samples. They were selected based on predetermined criteria and received the program. Medication adherence behavior questionnaires for patients with myocardial infarction and family member participation questionnaires were utilized to collect data. All questionnaires were validated by three experts. Alpha's Cronbach's reliability results were 0.95 and 0.93, respectively. Twenty samples that were comparable to the research sample were used to test the reliability of the questionnaires. Personal data were analyzed by using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, and the assumptions of the Wilcoxon sign test.

The findings showed that the mean scores for medication adherence and family member participation of Muslims elderly patients with myocardial infarction after receiving program were statistically significantly higher than before receiving the program. ($Z= -2.20$ and -2.21, $p < .05$)

The results indicated that a family participation promotion program can enhance caring of Muslims elderly patients with myocardial infarction by encouraging family members to assist in providing continuous long-term care. The program's impact on other health-related behaviors should also be assessed in patients with other diseases.

Keywords: A family participation promotion program, Medication adherence, Muslim elderly, Myocardial infarction

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease, IHD) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีความรุนแรงนำไปสู่สาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีการเสียชีวิตจากโรคนี้เพิ่มมากขึ้นเป็น 23 ล้านคนทั่วโลก (American Heart Association, 2019) และในประเทศไทยพบว่ามีแนวโน้มการป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดถึง 432,943 คน และเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดถึง 37,000 คนต่อปี หรือเฉลี่ยเสียชีวิตชั่วโมงละ 2 คน (Thai Health Stat, 2020) และมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าที่อื่น ประมาณ 4 - 6 เท่า รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหัวใจถึง 6,906 ล้านบาทต่อปี (Department of Disease Control, 2020) โดยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านการทำงานของหัวใจ จึงเป็นเหตุให้หัวใจต้องทำงานมากกว่าปกติในการเอาชนะความต้านทานของหลอดเลือด เพื่อส่งเลือดไปยังอวัยวะต่าง ๆ ได้อย่างเพียงพอ (Dai et al., 2015) ความเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยปัญหาสุขภาพเหล่านี้เป็นความเจ็บป่วยที่เรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องใช้ยาในการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถควบคุมอาการและความรุนแรงของโรค (Penpimol et al., 2016)

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกำเริบซ้ำ ในผู้ป่วยสูงอายุหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนายภาวะเจ็บหน้าอกได้สูงที่สุด (Supanam et al., 2020) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ และปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำคือ การควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีการรับรู้การเจ็บป่วยที่ถูกต้อง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาที่เหมาะสมและเลิกสูบบุหรี่ โดยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาสามารถทำนายระดับไขมันในเลือดได้มากที่สุด (Kanbuala et al., 2021) โดยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 พบว่าในปี พ.ศ. 2561 ประชากรในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง (ปัตตานี ยะลา นราธิวาส) มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจังหวัดปัตตานีมีอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากที่สุดคิดเป็น 42.2 ต่อประชากร 100,000 คน (Department of Disease Control, 2019) พบในผู้สูงอายุมุสลิมคิดเป็นร้อยละ 80 (Pattani Provincial Public Health, 2019) เนื่องจากบริบทของพื้นที่และวัฒนธรรม ความเชื่อของประชาชนชาวไทยมุสลิมมีการดำเนินชีวิตที่เป็นไปตามหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามและยึดถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด เช่น อาหารที่รับประทานต้องเป็นอาหารฮาลาลและอาหารที่ดี (ตอยยิบัน) ที่มีคุณค่าและดีต่อสุขภาพ แต่ส่วนใหญ่ชาวไทยมุสลิมจะเน้นรับประทานอาหารจำพวกแป้ง

น้ำตาล กะทิและรสเค็ม เช่น แกงไตปลา น้ำบูดู มัสมั่น โรตี มะตะบะ เป็นต้น (Lillahkul & supanakul, 2018)

ในปัจจุบันการดำเนินกิจกรรมของคลินิกโรคหัวใจ (ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข) ได้มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในคลินิก เช่น การให้คำปรึกษารายกรณี การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาโดยเภสัชกร ทั้งนี้ก็ยังพบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น ซึ่งมีส่วนเกี่ยวเนื่องจากการมีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (Penpimol et al., 2016)

จากรายงานข้อมูลของคลินิกโรคหัวใจโรคพยาบาลมายอ พบว่า ยังมีผู้สูงอายุมุสลิมที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แต่ไม่ได้มาตามนัด ขาดยา คิดเป็นร้อยละ 30 ซึ่งในปี 2563 พบผู้สูงอายุมุสลิมที่อยู่ในระยะที่ 3 หลังการจำหน่าย มีอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดกำเริบซ้ำจำนวน 5 ราย และเสียชีวิตจำนวน 3 ราย จากการสอบถามข้อมูลเบื้องต้นพบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมบางส่วนมีความเชื่อหรือความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการรับประทานยา โดยเชื่อว่า “เป็นพระประสงค์ของอัลลอฮให้เกิดการเจ็บป่วย จะหายหรือไม่หายก็เกิดจากพระเจ้า” (Lutfi, 2013) จึงไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หรือบางคนเข้าใจว่า “ตนเองหายดีแล้ว ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก” (Samae et al., 2016) บางคนไม่มีผู้ดูแลนำส่งเพราะผู้ดูแลไปทำงาน ลืมวันนัด รวมถึงความเชื่อเรื่อง “การรับประทานยาจำนวนมากทำให้เกิดไตวายได้เร็วขึ้น” หรือการรับประทานอาหารหรือผลไม้บางชนิดอาจทำให้เกิดปฏิกิริยากัน ทำให้ละเลยการรับประทานยา โดยสาเหตุหลัก คือ การลืมรับประทานยา สาเหตุต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมยังคงมีพฤติกรรมการควบคุมโรคไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัวอีกด้วย

โดยหัวใจสำคัญของการควบคุมโรคและป้องกันการเกิดการกำเริบซ้ำ คือ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลต้องตระหนักและเห็นความสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรค มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ข้อดีของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและข้อเสียของการขาดยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ครอบครัวมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และช่วยทำให้ลดการเกิดโรคหัวใจกำเริบซ้ำได้

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวคิดหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดกลยุทธ์การกำกับการรับประทานยาต่อหน้า (directly observe treatment: DOT) และแนวคิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (Suwannapong et al., 2016; World Health Organization [WHO], 2010) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม ซึ่งผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อช่วยดูแลผู้สูงอายุมุสลิมให้มีพฤติกรรมการรับประทานยา

อย่างต่อเนื่อง ป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกำเริบซ้ำในอนาคตภายใต้บริบทของพื้นที่และวัฒนธรรม ความเชื่อของประชาชนชาวไทยมุสลิม เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

2. เพื่อศึกษาการรับรู้หรือความคิดเห็นต่อโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยอาศัยแนวคิดหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามซึ่งมี 6 ประการแต่ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้หลักศรัทธาในศาสนาอิสลามเพียง 5 ประการ คือ 1) ศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้าแห่งสากลโลก 2) การศรัทธาบทบัญญัติในคัมภีร์อัลกรุอาน 3) ศรัทธาในบรรดาเทวฑูต 4) ศรัทธาในท่านศาสดาและ 6) ศรัทธาต่อสภาวการณ์ที่เกิดขึ้น (การเปลี่ยนแปลงหรือดับสูญเนื่องจากความประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้า) ยกเว้นข้อที่ 5 (Lutfi, 2013) ร่วมกับประยุกต์ใช้กลยุทธ์การกำกับการรับประทานยาต่อหน้า (directly observe treatment:DOT) โดยผู้ดูแล ดูแลการกินยาทุกขนานและมีการจดบันทึกการรับประทานยา (WHO, 2010) รวมทั้งแนวคิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) การรู้เรื่องยาอย่างถูกต้อง 2) การเก็บรักษายาอย่างเหมาะสม 3) การกำกับตนเองให้รับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง และ 4) การมีส่วนร่วมในแผนการรักษาอย่างเหมาะสม (Suwannapong et al., 2019) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีประสิทธิผลที่ดีต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

2. โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษานำร่อง (pilot study) โดยมีการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรม

ประชากร

ประชากรมี 2 กลุ่มคือ 1) ผู้สูงอายุมุสลิมที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้รับการรักษาด้วยยา (Non-Invasive) อยู่ในระยะที่ 3 หลังการจำหน่าย จำนวน 6 ราย และ 2) ผู้ดูแลที่มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จำนวน 6 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 ราย (6 คู่)

กลุ่มตัวอย่าง

คุณสมบัติของผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่มีประวัติจากเวชระเบียนว่ารับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และได้รับการรักษาล่าสุดก่อนการทดลองภายใน 3 เดือน

3.ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และภาวะหัวใจล้มเหลว

4. มีระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ โดยจำแนกตามความรุนแรงของโรคตามสมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก ระดับ 1 - 2 (New York Heart Association FC I - II) คือ มีอาการของโรคคงที่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และความผิดปกติใดๆภายหลังการได้รับยาขยายหลอดเลือด

5. ปฏิเสธการทำหัตถการใส่สายสวนหัวใจและหลอดเลือด

คุณสมบัติผู้ดูแล

1. ผู้ดูแลมีอายุอยู่ในช่วง 30-59 ปี (Middle age)

2. สามารถติดต่อสื่อสารและเขียน ภาษาไทยและภาษามลายูได้

3.ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน หรือการใช้สายตา ยกเว้นสายตาสั้น หรือสายตายาว

4. เป็นผู้ดูแลหลักและเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยไปรับการรักษาตามนัด

5. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

6. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมฯ ปฏิทินโปสเตอร์ “พลังใจ ร่วมด้วยช่วยกัน” แผ่นพับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ และแบบบันทึกการนับเม็ดยา

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อ

หัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามร่วมกับการประยุกต์กลยุทธ์การรับประทานยาต่อหน้า DOT (WHO, 2010) และแนวคิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

1.2 ปฏิทินโปสเตอร์ “พลังใจ ร่วมด้วยช่วยกัน” สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นปฏิทินใช้ประกอบการสอนเรื่องยา ผลข้างเคียงของยา การจดบันทึกการรับประทานยาเพื่อให้ผู้ดูแลติดตามการรับประทานยาของผู้สูงอายุในแต่ละสัปดาห์ ฉบับร่างให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษามลายูแปลเนื้อหาจากภาษาไทยเป็นภาษามลายู

1.3 แผ่นพับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สร้างขึ้นเพื่อประกอบการสอนให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุทำความเข้าใจการปฏิบัติตัว การป้องการการกำเริบซ้ำ และเป็นแผ่นพับ 2 ภาษาที่มีภาษามลายูท้องถิ่นเพื่อผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีความเข้าใจมากขึ้น

1.4 แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

1.5 แบบบันทึกการนับเม็ดยา เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินการนับเม็ดยาของ Wangji et al. (2015) เพื่อความเหมาะสมในการนำมาใช้ในผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การพักอาศัย หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ มีทั้งหมด 9 ข้อ

2.2 แบบสอบถามข้อมูลด้านภาวะสุขภาพและการรักษา ประกอบด้วยข้อมูล น้ำหนัก ส่วนสูง BMI ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการรับประทานอาหารประเภทไขมัน ประวัติการออกกำลังกาย ประวัติความเครียด ระยะเวลาที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีทั้งหมด 9 ข้อ

2.3 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพ ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย หน้าที่รับผิดชอบ มีทั้งหมด 10 ข้อ

2.4 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม แบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 25 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านการรู้เรื่องยาอย่างถูกต้อง ด้านการเก็บรักษายาอย่างเหมาะสม ด้านการกำกับตนเองให้รับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง และด้าน การมีส่วนร่วมในแผนการรักษา (Suwannapong et al., 2019) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (ratio scale) 5 ระดับ ดังนี้ เป็นจริง = 5 ค่อนข้างจริง = 4 ปานกลาง = 3 ค่อนข้างไม่จริง = 2 ไม่จริง = 1 วิเคราะห์การแบ่งพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมี 3 ระดับ ระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย > 3.68 ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 และระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ย < 2.34 (Suwannapong et al., 2019)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการวิจัย

แบบประเมินการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว (ที่เป็นผู้ดูแลหลัก) ด้านการใช้ยาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสำหรับผู้สูงอายุมุสลิม ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีคำตอบเป็นมาตรส่วนประเมินค่า (ratio scale) 4 ระดับคือ 4 = มีส่วนร่วมเป็นประจำ 3 = มีส่วนร่วมบ่อยครั้ง 2 = มีส่วนร่วมเป็นบางครั้ง 1 = มีส่วนร่วมน้อยมากหรือแทบไม่มี การวิเคราะห์โดยแบ่งคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00 ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00 และระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) และใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยมีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือวิจัย ดังนี้

1.ผู้วิจัยนำเครื่องมือประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและแบบประเมินการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์คณะวิทยาการอิสลาม ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องของหลักการอิสลามและการใช้ภาษามลายู 1 ท่าน เภสัชกรที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความซ้ำซ้อนและความชัดเจนของข้อคำถาม และความเหมาะสมของภาษา สำหรับโปรแกรมฯได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้ปฏิบัติจริง สำหรับแบบประเมินการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวได้นำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index [CVI]) โดยคำนวณหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด ([S-CVI]) ได้เท่ากับ 0.96 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจใช้ของ Suwannapong et al. (2019) ซึ่งเป็นแบบสอบถาม (ที่ผ่านการตรวจสอบมาแล้ว) ที่มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.99 มีค่าความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดี (α = 0.81)

สำหรับสื่อที่ใช้ประกอบการดำเนินโปรแกรมได้แก่ ปฏิทินโปสเตอร์ “พลังใจ ร่วมด้วยช่วยกัน”และแผ่นพับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ภายหลังปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยได้นำปฏิทินโปสเตอร์ “พลังใจ ร่วมด้วย ช่วยกัน”และแผ่นพับโรค

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเข้าสู่กระบวนการแปลสองภาษาโดยอาจารย์ 2 ท่าน จากภาควิชามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ เอกภาษามลายู มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี และได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษามลายูและยังคงความหมายเดิมว่าถูกต้องตามหลักไวยกรณ์ก่อนนำไปปฏิบัติจริง

2. เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างแบบสัมภาษณ์ตามขั้นตอน ดังนี้

2.1 ศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบสัมภาษณ์

2.2 กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่ต้องการศึกษา

2.3 นำแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์คณะวิทยาการอิสลาม ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องของหลักการอิสลามและการใช้ภาษามลายู 1 ท่าน เภสัชกรที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 1 ท่าน พิจารณาประเด็นคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงความถูกต้องเหมาะสมและปรับปรุงแก้ไขทางด้านภาษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2.4 นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและแก้ไขปรับปรุงให้เรียบร้อยแล้ว ไปเก็บข้อมูลสำคัญในการวิจัยต่อไป

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งผ่านการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาจำนวน 20 ราย แล้วนำมาหาค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงคือ 0.95 และ 0.93 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยมีการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

1. การวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล พยาบาลประจำคลินิก

โรคหัวใจ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมุสลิม ฯ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจง ส่งแบบสอบถามและแบบประเมิน (pre test) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเองโดยการนำแบบสอบถามใส่ซองเมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จให้ใส่ซองส่งกลับมา

1.3 ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมที่วางไว้ จำนวน 8 สัปดาห์ ตามแนวทางของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยมีพยาบาลประจำคลินิกโรคหัวใจเป็นผู้ช่วยวิจัยและให้คำแนะนำตลอดการดำเนินการทดลอง

1.4 ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงและนำแบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวและแบบประเมินการรับประทานยา (post test) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเองโดยการนำแบบสอบถามใส่ซองเมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จให้ใส่ซองส่งกลับมา

1.5 นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมตามลำดับขั้นตอนดังนี้

2.1 ขอหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในช่วงเดือนมิถุนายน - ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล พยาบาลประจำคลินิกโรคหัวใจ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมุสลิม ฯ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ซึ่งเป็นการสนทนากลุ่ม โดยมีกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิม ฯ ครอบครัวผู้ดูแล ได้ทำการสัมภาษณ์เป็นเวลา 20 - 30 นาทีด้วยตนเอง พร้อมกับแจกปฏิทินโปสเตอร์ “พลังใจ ร่วมด้วย ช่วยกัน” และแผ่นพับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด รวมทั้งแนะนำการใช้สื่อทั้งสองให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้เรียนรู้ร่วมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป หาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

2.วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เป็นการตีความหมายของเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมของนักวิจัย โดยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ คณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พิจารณารหัสโครงการ PSU IRB 2022 – Nur 011 (Internal) ลงวันที่ 19

เมษายน 2565 จากนั้นทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลแก่โรงพยาบาลที่จะศึกษา ทีมวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ให้กับกลุ่มตัวอย่างทุกรายไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือนำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ของการวิจัย การนำเสนอข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ ไม่สามารถเชื่อโยงถึงตัวบุคคลได้ ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาซึ่งการปฏิเสธครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่ว ไปของผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และครอบครัวผู้ดูแลหลัก มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบ่งเป็นเพศหญิง และเพศชาย ร้อยละ 50.00 เท่ากัน มีอายุเฉลี่ย 67.50 ปี (S.D. = 6.47) ส่วนใหญ่จบการศึกษาภาคบังคับศาสนาอิสลาม ร้อยละ 50 ระยะเวลาเจ็บการป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉลี่ย 5.92 ปี (S.D. = 2.81) ผู้สูงอายุมีประวัติการสูบบุหรี่ร้อยละ 50

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักแบ่งเป็นเพศหญิง และเพศชายร้อยละ 50.00 เท่ากัน มีอายุเฉลี่ย 47.17 ปี (S.D. = 6.34) ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ฯ ส่วนใหญ่เป็นบุตรหลาน จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอนุปริญญา ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ บุตรหลานเป็นผู้จัดยา ผู้ดูแลทั้งหมดไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาก่อน (ร้อยละ 100) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป และจำนวน (คน) ของผู้สูงอายุมุสลิม ฯ และผู้ดูแลหลักที่ได้ทดลองใช้โปรแกรม (นำร่อง)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด			**ผู้ดูแลหลัก**		
เพศ			เพศ		
ชาย	3	50	ชาย	3	50
หญิง	3	50	หญิง	3	50
อายุ (ปี)			อายุ (ปี)		
60 - 69	4	66.67	40 - 49	4	66.67
> 70	2	33.33	> 50	2	33.33

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา			ระดับการศึกษา		
ไม่เรียน	2	33.33	มัธยมศึกษา	3	50
การศึกษาภาคบังคับศาสนาอิสลาม	3	50	ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	3	50
ประถมศึกษา	1	16.67			
การประกอบอาชีพ			การประกอบอาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	33.33	เกษตรกร	2	33.33
รับจ้าง	1	16.67	ค้าขาย	2	33.33
เกษตรกร	2	33.33	รับราชการ	2	33.33
ค้าขาย	1	16.67			
ระยะเวลาการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด			การพักอาศัย		
เลือด (ปี)			อยู่บ้านเดียวกัน	4	66.67
1 - 9	5	83.33	อยู่คนละบ้าน	2	33.33
> 10	1	16.67	สถานภาพสมรส คู่	6	100
การสูบบุหรี่			ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย		
ไม่สูบ	3	50	ไม่มีประสบการณ์	6	100
หยุดสูบ	2	33.33	ผู้จัดยา		
สูบบุหรี่	1	16.67	จัดยาเอง	2	33.33
โรคประจำตัว			บุตร / หลาน	3	50
HT, DM	2	33.33	สามี / ภรรยา	1	16.67
HT, DM, DLP	2	33.33	ความสัมพันธ์		
HT	1	16.67	บุตร / หลาน	4	66.67
อื่นๆ	1	16.67	สามี / ภรรยา	2	33.33
การออกกำลังกาย					
ไม่เคยออกกำลังกาย	3	50			
ออกกำลังกาย < 3 ครั้ง / สัปดาห์	3	50			
จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน					
< 5	1	16.67			
5 - 10	4	66.67			
> 10	1	16.67			

* หมายเหตุ HT = โรคความดันโลหิตสูง DM = โรคเบาหวาน DLP = โรคไขมันในเลือดสูง

1.3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ฯ

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ฯ ของผู้สูงอายุมุสลิม ฯ โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่าก่อนทดลองใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.20, -2.21, p < .05$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ฯ ของผู้สูงอายุมุสลิม ฯ โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test (n = 6 คู่)

ตัวแปร	ระยะการทดลอง	Mean rank	Z	*p*
การรับ ประทานยาอย่างต่อ เนื่อง	ก่อนการใช้โปรแกรม Min 2.10, Max 2.30 หลังการใช้โปรแกรม Min 3.48, Max 3.96	3.50	-2.20	.03*
การมีส่วนร่วมของครอบครัว	ก่อนการใช้โปรแกรม Min 2.10, Max2.30 หลังการใช้โปรแกรม Min 3.10, Max 3.90	3.50	-2.21	.03*

ตารางที่ 3 การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ฯ

ข้อที่	การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในการใช้ยาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา	ก่อนการใช้โปรแกรมฯ		หลังการใช้โปรแกรมฯ	
		M	**S.D.**	**M**	**S.D.**
1.	ท่านมีการพูดคุย สอบถามปัญหาการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	2.67	.82	3.67	.52
2	เมื่อท่านพาผู้สูงอายุเข้ารับการรักษา ท่านได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลการรักษาและการรับประทานยากับแพทย์	2.00	.00	3.50	.55

ข้อที่	การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในการใช้ยาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา	ก่อนการใช้โปรแกรมฯ		หลังการใช้โปรแกรมฯ	
		M	S.D.	M	S.D.
3.	ท่านมีส่วนร่วมช่วยเหลือในการตัดสินใจวางแผนด้านการใช้ยาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ร่วมกับผู้สูงอายุ	2.17	.41	3.33	.52
4	ท่านมีส่วนช่วยเหลือในการค้นหาและสาเหตุของการไม่ได้รับยาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตามแผนการรักษาร่วมกับผู้สูงอายุ	2.50	.55	3.33	.52
5	ท่านมีส่วนช่วยเหลือในการกำหนดกิจกรรมหรือวิธีการในการใช้ยาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร่วมกับผู้สูงอายุ	2.00	.63	3.33	.52
6.	ท่านมีส่วนร่วมช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับยาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตามจำนวน และเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์ครบทุกมื้อ	1.83	.41	3.50	.55
7.	ท่านมีส่วนร่วมช่วยเหลือในการพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	2.33	.52	3.67	.55
8.	เมื่อผู้สูงอายุไม่สบายหรือมีเหตุจำเป็น ท่านมีส่วนช่วยเหลือในการเดินทางไปรับยาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแทนผู้สูงอายุตามที่แพทย์นัดหมาย	2.67	.52	3.17	.41
9.	ท่านมีส่วนร่วมช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่น ไอแห้ง ๆ จากยาขยายหลอดเลือด เวียนศีรษะ ปวดศีรษะจากยาลดไขมันในเลือด เป็นต้น	2.00	.00	3.33	.52
10.	ท่านมีส่วนช่วยเหลือในการกระตุ้นเตือนเมื่อผู้สูงอายุลืมรับประทานยาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	2.00	.63	3.50	.55
	รวม	**2.22**	**.07**	**3.43**	**.28**

จากตารางที่ 3 แสดงการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ในกลุ่มทดลองใช้โปรแกรม ฯ ก่อนการทดลองพบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.22, S.D. = .07) แต่ภายหลังการทดลองใช้โปรแกรม ฯ พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่สูงขึ้น (M = 3.43, S.D. = .28) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้มีการนำโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาใช้ ทำให้ผู้ดูแลมีบทบาทที่ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จาก

แบบสอบถามพบว่า ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีส่วนร่วมช่วยเหลือในการตัดสินใจวางแผนด้านการใช้ยาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์น้อย ผู้ดูแลและผู้สูงอายุไม่กล้าสอบถามในสิ่งที่สงสัย ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ไม่กล้าอธิบายถึงความต้องการของตนเอง ทำให้ทีมผู้รักษาไม่สามารถที่จะวางแผนการรักษาร่วมกัน แต่ภายหลังการทดลอง ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนและการตัดสินใจร่วมกับทีมผู้รักษาหรือการสอบถามแพทย์ในประเด็นที่สงสัย ทำให้ผู้ดูแลมีความกล้าในการสอบถามและแสดงความคิดเห็น กล้าที่จะบอกความต้องการของตนมากยิ่งขึ้น ประกอบกับแพทย์และทีมผู้รักษาเป็นผู้ที่สามารถใช้ภาษามลายูได้ ทำให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุสามารถใช้ภาษามลายูในการสอบถาม และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ

ข้อ	คำถาม	พฤติกรรมการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด			
		ก่อนการใช้โปรแกรมฯ		หลังการใช้โปรแกรมฯ	
		M	S.D.	M	S.D.
(1)	ด้านการรู้เรื่องยาอย่างถูกต้อง	2.50	.25	3.88	.26
	1. ฉันรู้ประโยชน์ของยาตามที่แพทย์สั่งให้ผู้สูงอายุกิน	2.00	0.00	4.00	.63
	2. ฉันรู้ถึงอาการผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากยาที่ผู้สูงอายุกิน	2.33	.52	4.33	.52
	3. ฉันรู้ว่าผลที่ตามมาหากผู้สูงอายุไม่รับประทานยาที่แพทย์สั่ง	2.67	.52	3.83	.41
	4. ฉันรู้วิธีกินยาที่ถูกต้องของผู้สูงอายุ	3.17	.98	3.83	.41
	5. ฉันรู้วิธีสังเกตอาการข้างเคียงของผู้สูงอายุที่ถูกต้องหลังจากรับประทานยาเช่น อาการไอแห้งๆจากยาขยายหลอดเลือด	2.50	.55	4.17	.41
	6. ฉันรู้วิธีดำเนินการที่เหมาะสมหากเกิดผลข้างเคียงเชิงลบจากยากับผู้สูงอายุ	2.50	.55	3.67	.52
	7. ฉันรู้วิธีเก็บยาของผู้สูงอายุที่ถูกต้อง	2.33	.52	3.33	.52
(2)	ด้านการเก็บรักษายาอย่างเหมาะสม	2.33	.30	3.28	.26
	8. ฉันเก็บยาของผู้สูงอายุไว้ในที่แห้ง	2.17	.41	3.50	.55
	9. ฉันเก็บยาของผู้สูงอายุไว้ในภาชนะที่ปิดสนิท	2.33	.52	3.17	.41
	10. ฉันนำยาออกจากซองฟอยล์เมื่อฉันต้องการนำไปให้ผู้สูงอายุรับประทาน	2.50	.84	3.17	.41
(3)	ด้านการกำกับตนเองให้รับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง	2.39	.16	3.74	.22
	11. ฉันตรวจสอบวันหมดอายุของยาก่อนให้ผู้สูงอายุรับประทาน	2.17	.41	3.83	.41

ข้อ	คำถาม	พฤติกรรมการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด			
		ก่อนการใช้โปรแกรมฯ		หลังการใช้โปรแกรมฯ	
		M	**S.D.**	**M**	**S.D.**
	12. ฉันอ่านฉลากบนภาชนะบรรจุอย่างละเอียดก่อนให้ผู้สูงอายุรับประทานยา	2.33	.52	3.67	.52
	13. ฉันปฏิบัติตามคำแนะนำทั้งหมดที่เขียนฉลากทั้งหมดบนภาชนะบรรจุอย่างใกล้ชิด	2.83	.75	3.50	.55
	14. ฉันให้ผู้สูงอายุกินยาตามเวลาที่แพทย์สั่ง	2.33	.52	3.83	.75
	15. ฉันให้ผู้สูงอายุทานยาทุกประเภทที่แพทย์สั่ง	2.50	.55	3.50	.55
	16. ฉันให้ผู้สูงอายุทานยาตามขนาดที่แพทย์สั่ง	2.50	.55	3.67	.52
	17. ฉันไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาของผู้สูงอายุโดยไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์	2.33	.52	3.50	.55
	18. ฉันให้ผู้สูงอายุทานยาตามที่กำหนดต่อไปจนกว่าจะครบปริมาณ	2.33	.52	3.50	.55
	19. ฉันถามแพทย์ เภสัชกรหรือพยาบาลเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาก่อนที่จะเริ่มใช้ยาเหล่านั้น	2.00	.00	4.17	.41
	20. ฉันยังคงให้ผู้สูงอายุทานยาตามที่แพทย์สั่งแม้ว่าจะรู้สึกว่าอาการดีขึ้น	2.50	.52	4.00	.63
	21. ฉันนำยาของผู้สูงอายุไปด้วยเมื่อต้องออกไปข้างนอกแล้วถึงเวลารับประทานยา	2.50	.52	4.00	.63
(4)	ด้านการมีส่วนร่วมในแผนการรักษา	2.58	.20	3.87	.14
	22. ฉันสังเกตว่าผู้สูงอายุดีขึ้นหรือไม่ หลังจากกินยา	2.83	.75	4.00	.63
	23. ฉันสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นหลังจากรับประทานยา	2.83	.75	3.83	.41
	24. ฉันแจ้งให้แพทย์ทราบอย่างถูกต้องเกี่ยวกับอาการของผู้สูงอายุเพื่อปรับวิธีการใช้ยาให้เหมาะกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ	2.17	.41	3.83	.41
	25. ฉันมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับแพทย์ในการเลือกยาที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ	2.50	.55	3.83	.41
	รวม	**2.45**	**.13**	**3.75**	**.15**

จากตารางที่ 4 แสดงพฤติกรรมการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.45, S.D. = .13) และภายหลังการทดลองเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นรายด้านประกอบด้วย 4 ด้าน

1. ด้านการรู้เรื่องยาอย่างถูกต้อง ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับยาเพิ่มมากขึ้น (M = 3.88, S.D. = .26) คือ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา การสังเกตอาการภายหลังการรับประทานยา และรับรู้เกี่ยวกับผลเสียของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เช่น จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ หรือการรับประทานยา ASA ให้สังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการปวดมวนท้อง เลือดออกผิดปกติในตามร่างกาย เป็นต้น ซึ่งในด้านนี้ก่อนการทดลองผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความรู้ในระดับปานกลาง ไม่ค่อยรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จึงเกิดการรับประทานยาแบบกินบ้าง ไม่กินบ้าง

2. ด้านการเก็บรักษายาอย่างเหมาะสม กลุ่มทดลองใช้โปรแกรมมีผลด้านการเก็บรักษายาที่อยู่ในระดับสูงขึ้น (M = 3.28, S.D. = .26)

3. ด้านการกำกับตนเองให้รับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง มีคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น (M = 3.74, S.D. = .22) ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีความพยายามที่จะทำให้เกิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ดูแลที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านจะจัดยาในแต่ละมื้อให้ผู้สูงอายุรับประทานตามเวลา แต่สำหรับครอบครัวที่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ตลอดเวลาก็จะมีส่วนร่วมมากขึ้น โดยส่วนใหญ่จะยึดตามเวลาละหมาด มื้อเช้าจะรับประทานหลังอาหารเช้าเวลาประมาณ 7.00 - 9.00 น. มื้อเที่ยงจะรับประทานยาหลังอาหารหลังละหมาดซุฮรีเวลา 12.30 - 13.30 น. มื้อเย็นจะรับประทานยาหลังอาหารที่รับประทานเพียงเล็กน้อยก่อนมื้อยาเวลา 15.30 - 16.30น. และมื้อก่อนนอนจะรับประทานยาหลังอาหารมื้อเย็นเวลา 20.00 - 21.00 น. ซึ่งผู้สูงอายุก็จะรับประทานยาตามเวลาดังกล่าว

4. ด้านการมีส่วนร่วมในแผนการรักษา ภายหลังการทดลองใช้โปรแกรม ฯ พบว่า ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในแผนการรักษามากยิ่งขึ้น (M = 3.87, S.D. = .14) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความกล้าที่จะสอบถามทีมผู้รักษาในประเด็นที่สงสัย เช่น รับประทานยาแล้วไอบ่อยหรือบวมบริเวณแขนขาเกิดจากผลข้างเคียงของยาตัวไหน สามารถปรับเปลี่ยนยาได้หรือไม่ ซึ่งทำให้การรักษามีความยืดหยุ่น จากเดิมที่เมื่อมีอาการไอบ่อยหลังการรับประทานยาผู้สูงอายุก็จะหยุดยาเอง หรือรับประทานยาตัวไหนแล้วรู้สึกเพลีย เวียนศีรษะ ผู้สูงอายุก็จะหยุดยาเอง ทำให้ทีมผู้รักษาไม่รับรู้ถึงผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจึงไม่มีการปรับยา ทั้งนี้เมื่อมีการนำโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาใช้ ผลที่เกิดขึ้นทั้ง

ผู้สูงอายุและดูแลมีความพึงพอใจ มีความเข้าใจในตัวโรคและแผนการรักษามากยิ่งขึ้น รับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งยังสามารถวางแผนการรักษาร่วมกับทีมรักษาได้อีกด้วย

2. การรับรู้หรือความคิดเห็นต่อโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาใช้

ผลการทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุมุสลิม ฯ โดยได้ทดลองใช้ในผู้สูงอายุมุสลิมฯเพศชาย 3 คน เพศหญิง 3 คน และผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมุสลิมฯเป็นบุตรหลานและสามี / ภรรยา จำนวน 6 คน พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิม ฯ และสมาชิกในครอบครัวทุกคนเห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยในด้านที่ 1 มีความเหมาะสมของขั้นตอนในแต่ละกิจกรรมของผู้สูงอายุมุสลิม ฯ และครอบครัว ซึ่งมีความเห็นว่าขั้นตอนในโปรแกรมมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมากที่สุด ด้านที่ 2 แผ่นพับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แบบบันทึกการรับประทานยาสามารถบันทึกได้จริง และรูปแบบการบันทึกไม่ยุ่งยากซับซ้อน และมีแรงจูงใจให้ปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมากที่สุด และด้านที่ 3 สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้คือ ปฏิทินโปสเตอร์ “พลังใจ ร่วมด้วย ช่วยกัน” ผู้สูงอายุมุสลิมฯและผู้ดูแล มีความเห็นว่าสื่อที่นำมาใช้ในโปรแกรมมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรม และสอดคล้องกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยอาศัยกลยุทธ์การกำกับการรับประทานยาต่อหน้าควบคู่กับหลักศรัทธาของศาสนาอิสลามและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมากที่สุด อย่างไรก็ตามผู้ดูแลผู้สูงอายุมุสลิมฯ ได้เสนอแนะให้มีการปรับระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมให้มีความกระชับมากยิ่งขึ้น

สำหรับปฏิทินโปสเตอร์ “พลังใจ ร่วมด้วย ช่วยกัน” และแผ่นพับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้นำหลักการการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยอาศัยกลยุทธ์การกำกับการรับประทานยาต่อหน้าร่วมกับหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามมาประยุกต์ใช้ โดยสื่อสารด้วยภาษาไทยและภาษามลายูในท้องถิ่นนั้นมีส่วนที่ทำให้ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้สูงอายุมุสลิม ฯ ผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท รู้สึกประทับใจ และให้ความคิดเห็นที่ตรงกันว่า ปฏิทินโปสเตอร์ และแผ่นพับที่จัดทำนี้มีประโยชน์มาก ทำให้เข้าใจเนื้อหาได้เป็นอย่างดี สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้และสอดคล้องกับบริบท ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้สูงอายุมุสลิม ฯ และผู้ดูแลหลัก

ตัวอย่าง 1 บางส่วนของการสนทนากับผู้วิจัยหลัก กับผู้สูงอายุเพศชาย อายุ 78 ปี จำนวน 1 ราย เกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของโปรแกรม ฯ

“ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมเปาะจิยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นเลย คิดว่าภายหลังการรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินในวันนั้นแล้วอาการดีขึ้น จึงหยุดยาไม่รู้ว่า เมื่อหยุดยาแล้วมีโอกาสที่จะเกิดอาการ

เจ็บหน้าอกที่รุนแรงซ้ำได้ แต่ภายหลังได้เข้าร่วมกิจกิจกรรมเข้าใจเกี่ยวกับโรคมากขึ้น สามารถอ่านแผ่นพับภาษามลายูได้และเข้าใจเกี่ยวกับการทำบอลลูนที่เคยปฏิเสธการรักษาไปในตอนแรกเพราะไม่เข้าใจและกลัวการทำหัตถการ และหลังจากนี้เปาะจิอาจจะไม่ปฏิเสธการการทำหัตถการอีกและจะพยายามรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพราะเป้าหมายสูงสุดของการมีชีวิตอยู่ของเปาะจิในทุกวันนี้คือ การได้ใกล้ชิดอัลลอฮ ปฏิบัติศาสนกิจต่าง ๆ เท่าที่สามารถทำได้ แค่นี้ก็คือที่สุดแล้ว"

ตัวอย่าง 2 บางส่วนของการสนทนากับผู้วิจัยหลัก กับผู้ดูแลหลักเพศหญิง อายุ 40 ปี ที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย จำนวน 2 ราย สอบถามเกี่ยวกับประโยชน์ของคู่มือในโปรแกรม ฯ

"ก๊ะมัวแต่ทำงานไม่ค่อยดูแลการกินยาของแมะ (แทนสรรพนามของมารดา) เลย ไม่รู้ว่าแมะกินยาอย่างไรบ้าง แต่หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมกับเดะ (แทนสรรพนามผู้วิจัย) ก๊ะกลับไปอ่านแผ่นพับ และอ่านปฏิทินโปสเตอร์เกี่ยวกับกินยา ทำให้เข้าในตัวโรคและการรักษามากขึ้น และในคู่มือที่เดะให้มา (แทนสรรพนามผู้วิจัย) มีรูปภาพประกอบเกี่ยวกับยาที่แมะกิน มีตัวหนังสือน้อยและเป็นภาษามลายูแมะเองก็สามารถอ่านได้ ทำให้ไม่พลาดมื้อยาของแมะได้ ตรีมอกาเสะ (ขอบคุณ) นะอาเดะที่มีการจัดกิจกรรมแบบนี้ขึ้นมา"

กล่าวโดยสรุปโปรแกรม ฯ มีลำดับขั้นตอนต่อเนื่องเข้าใจง่าย และมีองค์ประกอบที่สามารถนำไปใช้ได้จริง และมีสื่อที่สามารถนำหลักศรัทธาของศาสนาอิสลามมาประยุกต์ใช้ และสื่อสารด้วยภาษามลายู พยาบาลประจำคลินิก ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมุสลิมฯให้ความเห็นตรงกันว่ามีประโยชน์สามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว สำหรับผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่มีการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องภายหลังการทดลองใช้โปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คู่ (12 ราย) พบว่า มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะมีองค์ประกอบที่เหมาะสมตรงกับความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก) โปรแกรมที่สร้างขึ้นได้ปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับ บริบท วัฒนธรรม และความเชื่อของชาวไทยมุสลิม และมีลำดับขั้นตอนการนำไปใช้ที่ดี โดยเริ่มจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากหลักศรัทธาในศาสนาอิสลามถูกต้อง ทำให้ได้รำลึกถึงพระผู้เป็นเจ้า ที่ได้ประทานโรคมาให้เพื่อเป็นบททดสอบถึงความยำเกรงของ

บ่าวที่มีต่อพระองค์ และไม่ลืมที่จะทำอีบาดะห์ (แสดงความภักดี) ต่อพระองค์โดยการหาแนวทางการรักษาเพื่อให้หายจากโรค ผู้ดูแลและผู้สูงอายุร่วมกันขอดุอาร์ให้เกิดพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนผู้ดูแลมีการจดบันทึกการรับประทานยา ซึ่งจะได้รับการบันทึกความดี จากการทำหน้าที่ในการดูแลบุพการีและการได้มีแบบอย่างที่ดีในการดูแลผู้ป่วยตามท่านศาสดาในศาสนาอิสลาม

การให้ความรู้ สร้างความตระหนักถึงอันตรายของโรคหากรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง พร้อมทั้งนำเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ จนทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกิดความความตระหนัก ตั้งใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้รับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมุสลิมที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งให้ผลการทดลองที่ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Wangji et al. (2015)

2. การศึกษาการรับรู้และความคิดเห็นต่อโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องที่นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คู่ (12 ราย) พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมฯ และผู้ดูแลทุกคนมีความคิดเห็นตรงกันว่า โปรแกรมมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ทั้งในด้านขั้นตอนของแต่ละกิจกรรม และแผ่นพับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดรวมทั้งปฏิทินโปสเตอร์ “พลังใจ ร่วมด้วย ช่วยกัน”เนื่องจากรูปแบบของกิจกรรมมีความสอดคล้องกับหลักศรัทธาในศาสนาอิสลาม ทำให้ผู้สูงอายุมุสลิม ฯ มีความสนใจ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมเหมาะสม ขั้นตอนในการทำกิจกรรมไม่ซับซ้อน ปฏิทินโปสเตอร์ “พลังใจ ร่วมด้วย ช่วยกัน” มีแบบบันทึกการรับประทานยาสามารถใช้บันทึกได้จริง รูปแบบของปฏิทินยามีความน่าสนใจ มีรูปภาพประกอบตรงกับยาที่ผู้สูงอายุรับประทาน ขนาดอักษรที่มองเห็นชัดเจน และมีภาษามลายูท้องถิ่นที่เป็นจุดเด่นของโปรแกรม ซึ่งได้เขียนประกอบในแผ่นพับและปฏิทินโปสเตอร์อีกด้วย ซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่าง (ทั้งผู้สูงอายุมุสลิมและผู้ดูแลหลัก) ส่วนใหญ่อ่านภาษาไทยไม่แตกฉาน การใช้ภาษามลายูท้องถิ่น ร่วมกับรูปภาพ กำกับไว้ จะทำให้ผู้ใช้สามารถอ่านเข้าใจเนื้อหาสาระและความรู้ได้มากขึ้น นอกจากนี้สามารถนำไปใช้ทบทวนด้วยตัวเองเมื่ออยู่ที่บ้าน ซึ่งมีส่วนช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bunchaisuriya (2011) ที่พบว่า การให้ความรู้เพียงครั้งเดียวผู้ป่วยไม่สามารถจำได้หมด ต้องมีการทบทวน ซ้ำ ๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องและสามารถควบคุมโรคได้ อย่างไรก็ตาม โปรแกรมนี้อาจมีข้อจำกัด ไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่แตกต่างออกไป เนื่องจากเป็นการศึกษาในบริบทเฉพาะของโรงพยาบาลซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่ชนบทในเขตพื้นที่ของสามจังหวัดชายแดนใต้

นอกจากนี้ กิจกรรมของโปรแกรมยังไม่ส่งผลกระทบต่อระยะเวลาในการตรวจรักษาและส่งผลเสียต่อสุขภาพ ผู้วิจัยมีการนัดหมายการทำกิจกรรมในชั่วโมงที่รอตรวจและทำกิจกรรมเพิ่มเติมทาง

โทรศัพท์เพื่อเป็นการลดการสัมผัสกับกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลตามมาตรการในการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรน่า 2019 แต่จะต้องทำการอธิบายให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจมากที่สุด และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องได้ดียิ่งขึ้น

สรุป

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ออกแบบโดยใช้องค์ความรู้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุมุสลิม ฯ พบว่าโปรแกรมมีความถูกต้องเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้ การนำโปรแกรมไปทดลองใช้พบ ว่าผู้สูงอายุมุสลิม ฯ และผู้ดูแลมีความพึงพอใจ และโปรแกรมสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุมุสลิม ฯ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

การทดลองใช้โปรแกรมในครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลได้นำแนวปฏิบัติต่าง ๆ มาใช้แต่ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุให้รับประทานยาต่อหน้าได้ทั้งหมด เนื่องจากผู้ดูแลจำเป็นจะต้องไปทำงานนอกบ้าน จึงมีการปรับใช้โปรแกรมนี้ด้วยการให้ผู้ดูแลจัดยาเตรียมยาโดยการเขียนป้ายยาที่มีขนาดตัวอักษรหรือรูปภาพที่ชัดเจน และกระตุ้นเตือนการรับประทานยาเป็นระยะ ๆ ดังนั้น เมื่อนำแนวปฏิบัติ และเครื่องมือของโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องมาปรับใช้ในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ โดยมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการกำกับติดตามและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต สังคมมุสลิม

ด้านการบริหาร

ผู้บริหารของโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดให้เกิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เป็นมุสลิม อีกทั้งยังช่วยเพิ่มผลงานตามตัวชี้วัดอีกด้วย

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่องโดยการติดตามประเมินผลในระยะยาว เป็นระยะเวลาทุก 3 เดือน 6 เดือน หรือทุก 1 ปี เพื่อติดตามพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

2. ควรนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องโดยใช้กลยุทธ์การกำกับการรับประทานยาต่อหน้าแบบมีผู้ดูแล (DOT) หลักศรัทธาในศาสนาอิสลามและแนวคิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องของการสูบบุหรี่ การออกกำลังกายและการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

จุดแข็งและข้อจำกัดในการวิจัย

จุดแข็ง การศึกษาครั้งนี้มีจุดแข็งที่สำคัญ คือ การนำโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่สอดคล้องกับบริบทของสังคม ความเชื่อตามหลักศรัทธาของชาวมุสลิม และสื่อที่เป็นสื่อสองภาษาและมีรูปภาพประกอบที่มีความเหมาะสมในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุและผู้ดูแล และสามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่นๆในครอบครัวและชุมชนอย่างเหมาะสม

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การนำโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาปรับใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้หลักศาสนาสามารถนำไปใช้ได้เฉพาะโรงพยาบาลที่มีบริบทหรือสิ่งแวดล้อมและระบบบริการในโรงพยาบาลที่คล้ายคลึงกับที่ผู้วิจัยศึกษา

2.ในระหว่างการทำกิจกรรมกลุ่ม ผู้สูงอายุและผู้ดูแลไม่ค่อยให้ความร่วมมือและกังวลเกี่ยวกับการตรวจรักษา ดังนั้นจะต้องเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสมในการทำกิจกรรมและชี้ให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเห็นถึงประโยชน์ของการทำกิจกรรม

3.การทดลองใช้โปรแกรมฯในครั้งนี้เป็น pilot study ซึ่งไม่สามารถนำไปใช้ได้ทันที เพราะผู้วิจัยยังไม่ทดลองจริงกับสัดส่วนประชากรที่เหมาะสม แต่สามารถนำไปทดลองใช้ได้จริงโดยการเพิ่มเวลาในช่วงการเริ่มต้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ซึ่งมีการทำแบบสอบถาม จำเป็นต้องใช้ภาษามลายูในการอธิบายเป็นส่วนใหญ่และการติดต่อสื่อสารต่าง ๆ ไม่สามารถใช้ไลน์ในการติดต่อได้ ผู้วิจัยต้องโทรศัพท์ติดตามเป็นระยะ ๆ เพื่อติดตามพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แต่ในช่วงติดตามทางโทรศัพท์ใช้เวลาไม่เกิน 10 นาที และผู้ดูแลมีความเข้าใจในการจดบันทึกการรับประทาน

4.ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนต้นที่มีความสามารถในการดูแลตนเอง ในการปรับใช้โปรแกรมต้องมีการส่งเสริมความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ส่วนในผู้สูงอายุที่ต้องมีการพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยา

ผู้ดูแลที่มีความจำเป็นต้องทำงานนอกบ้าน การกำกับการรับประทานยาต่อหน้าไม่สามารถทำได้ครบถ้วน จึงมีการปรับใช้โดยการจัดยาใส่ถุงยา เขียนรูปภาพแสดงเวลาการรับประทานยาให้ชัดเจน พร้อมทั้งกระตุ้นเตือนเมื่อถึงเวลารับปรานยาซึ่งส่วนใหญ่จะกระตุ้นเตือนในเวลาที่มีการอาซาน (การเรียกร้อง) ละหมาดของแต่ละเวลา

รายการอ้างอิง (References)

American Heart Association. (2019). Heart disease and stroke statistics A Report from the American Heart Association. *Circulation*, *139* (10), e56 - e528. http://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001123

Bunchaisuriya, D. (2011). *Program development according to Model of the process of changing behavior Food consumption for Thai Muslim patients with High blood pressure* [Master's thesis]. Prince of Songkla University.

Dai, X., Hummel, S.L., Salazar, J.B., Taffet, G.E., Zieman, S., & Schwartz, J.B. (2015). Cardiovascular physiology in the older adults. *Journal of Geriatric Cardiology, 12*(3), 196 - 201. http://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2015.03.015

Department of Disease Control. (2019, March 15). *Number and death rate of non-communicable diseases, 2016 – 2018.* http://www.thaincd.com /2016 /mission/documents-detail.php?id=13653&tid=32&gid=1-020

Department of Disease Control. (2020, March 15). *Coronary Artery Disease (CAD) situation 2019.* https://ddc.moph.go.th

Kanbuala, W., Aiadsuy, N., & Deenan, A. (2021). The Effects of a Health Literacy Promotion Program on Coronary Artery Disease Preventive Behaviors and Serum Lipid Levels Among People with Dyslipidemia. *Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 29*(3), 186 - 195. https://ojs.lib.buu.ac.th/index.php/nursing/article/view/7683

Lillahkul, N., & supanakul, P. (2018). Way of Life of Muslim People in Thailand's Southern Provinces and Health Promoting Lifestyle. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, *5*(2), 302 - 312. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/130912

Lutfi, I. (2013). *Muslim life principles* (4th ed.). Friendship Printing House.

Pattani Provincial Public Health. (2019, January 17) . *Chronic Disease Patient Statistics Pattani Province.* http://www.chronic.sasukpattani.com

Penpimol, P., Charoenkitkarn, V., Wattanakitkrileart, D., & Dumavibhat, C. (2016). The Influence of Perceived Medication Necessity, Medication Concern, Patient-Healthcare Provider Communication, and Complexity of Medical Regimens on Medication Adherence in Patients with Acute Coronary Syndrome after Hospitalization. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. *17*(3), 149 - 157. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/73275

Samae, P., Komjakraphan, P., & Piriyakunthorn, S. (2016). Development of an Oral Medication Self-Management Handbook for Elderly Muslim Patients with Diabetes. *Songklanagarind Journal of Nursing*, *36*(2), 171 - 180. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/65348

Supanam, S., Liangchawengwong, S., & Piyayotai, D. (2020). The factors predicting post-hospital discharge chest pain status among acute coronary syndrome patients during the first year. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, *21*(1) , 283 - 292. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/241572

Suwannapong, K., Thanasilp, S., & Chaiyawat, W. (2016) . The Development of Medication Adherence Scale for Persons with Coronary Artery Diseases: a Delphi study. *Journal of Health Research*, *30*(3) , 149 - 154. https://www.thaiscience.info/journals/Article/JHRE/10981369.pdf

Suwannapong, K., Thanasilp, S., & Chaiyawat, W. (2019) . The Development of Medication Adherence Scale for Persons with Coronary Artery Disease (MAS-CAD): A Nursing Perspective. *Walailak Journal of Science & Technology 16*(1), 19 - 25. https://wjst.wu.ac.th/index.php/wjst/article/view/4046

Thai Health Stat. (2020, November) . *Coronary and artery disease*. https://www.hiso.or.thThai healthstat/area/index.php?ma=1&pf=01818101&tm=2&tp=3303

Wangji, N., Boonyasopun, U., & Sikeaw, M. (2015*)*. Effect of Behavioral Modification program on Medical Adherence and Blood pressure for Muslim Elderly with Uncontrolled Hypertention. In Faculty of Medicine, Khon Kaen University, T*he national Graduate Research Conference (34th ed.)*. Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

World Health Organization. (2010, December 14) . *Treatment of Tuberculosis Guidelines*. https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/treatment-tuberculosis-guidelines-fourth-edition.pdf

ประสิทธิผลของการใช้หมอนยางพาราต่ออุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้าในผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

Effectiveness of a Latex Pillow on the Incidence of Heel Pressure Ulcers among Bedridden Patients in Naradhiwas Rajanagarindra Hospital

นอวาตี มะยิ[1*], อามานี แดมะยุ[1], นูรดีนี ดือเระ[1], อนุวัติ แซ่ตั้ง[2]

Norwatee Mayi[1*], Amanee Daemayu[1], Nuradeenee Dereh[1], Anuwat Saetung[2]

(Received: May 8, 2024; Revised: July 24, 2024; Accepted: August 8, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองชนิดวัดผลก่อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้หมอนยางพาราต่ออุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้า ในผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 25 คน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ศึกษา ประกอบด้วย หมอนยางพารา แบบรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel activities of daily living: ADL) แบบประเมินสภาพผิวหนัง และแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้หมอนยางพาราเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้า มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแบบประเมินสภาพผิวหนัง และแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้หมอนยางพารา เท่ากับ 1 และ .93 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้หมอนยางพารา ได้เท่ากับ .91 และตรวจสอบความเที่ยงแบบวิธีสังเกตร่วมของแบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) และแบบประเมินสภาพผิวหนังเท่ากับ 1 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Wilcoxon Signed Rank Test ผลการวิจัยพบว่า อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับหลังการใช้หมอนยางพารา 3 วันไม่แตกต่างกัน ($Z = .00$, $p > .05$) และความพึงพอใจของ

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

[1] Faculty of Nursing, Princessof Naradhiwas University

[2] คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

[2] Faculty of Science and Technology, Prince of Songkla University

* Corresponding Author: norwatee.m@pnu.ac.th

กลุ่มตัวอย่างในการใช้หมอนยางพารารองส้นเท้าอยู่ในระดับมากที่สุด

จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การใช้นวัตกรรมหมอนยางพาร่วมกับการดูแลผิวหนังบริเวณส้นเท้าสามารถช่วยป้องกันแผลกดทับบริเวณส้นเท้าในผู้ป่วยติดเตียงได้ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยติดเตียงในโรงพยาบาลได้โดยใช้ร่วมกับแนวปฏิบัติในการดูแลผิวหนัง

คำสำคัญ: หมอนยางพารา, การป้องกัน, แผลกดทับบริเวณส้นเท้า, ผู้ป่วยติดเตียง

Abstract

The purpose of this pretest-posttest quasi-experimental study was to determine the effectiveness of a latex pillow on the incidence of heel pressure ulcers among bedridden patients in Naradhiwas Rajanagarindra hospital. Using a purposive sampling technique, 25 bedridden patients from the medical ward of the Naradhiwas Rajanagarindra hospital served as the study's samples. The research instruments were a latex pillow, demographic data questionnaire, a Barthel activities of daily living questionnaire: ADL, a skin assessment tool, and a satisfaction questionnaire using a latex pillow on the incidence of heel pressure ulcers. The satisfaction questionnaire and the skin assessment tool's content validity index values were.93 and 1, respectively. Alpha's Cronbach coefficient index of satisfaction questionnaire reliability value was.91. The Barthel activities of daily living: ADL, and skin assessment tool had interrater reliability value indexes of 1 and.81, respectively. Descriptive statistics and the Willcoxon Signed Rank Test were utilized in the data analysis. According to the results, the incidence of heel pressure ulcers during three days after utilizing a latex pillow did not differ ($Z = .00$, $p > .05$), and the highest degree of sample satisfaction was observed with the latex pillow.

The findings indicate that using a latex pillow in conjunction with heel skin care guidelines can help hospitalized bedridden patients prevent developing pressure ulcers on their heels.

Keywords: Latex pillow, Prevention, Prevent heel pressure ulcers, Bedridden patients

บทนำ

แผลกดทับ สามารถเกิดขึ้นได้ทุกเพศ ทุกวัย และเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยที่นอนติดเตียงนาน เช่น ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลัง ในปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมาก

ที่มีแผลกดทับ การศึกษาในต่างประเทศ พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเป็นจำนวนร้อยละ 2.20 – 23.90 (Alderden et al., 2017) และในประเทศไทย มีการศึกษาการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดร้อยละ 28 (Wisutthinan & Fukfon, 2016) และพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเลย ปีพ.ศ. 2561 ถึง 2563 พบประมาณ 1.9, 2.6 และ 5.8 ต่อพันวันนอน ตามลำดับ (Boonmewiset et al., 2022) จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยส่วนใหญ่แผลกดทับพบในวันที่ 2 หลังผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ 7 วันในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเตียง (Mikarat, 2017)

แผลกดทับเป็นการบาดเจ็บเฉพาะที่ เกิดขึ้นกับผิวหนังหรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง โดยมักเกิดบริเวณที่เป็นปุ่มกระดูก อาจเกิดจากแรงกดเพียงอย่างเดียว หรือแรงกดร่วมกับแรงเสียดสีและแรงไถล โดยจะเกิดบริเวณที่มีน้ำหนักกดทับมากกว่าส่วนอื่น ซึ่งบริเวณส้นเท้า พบได้ร้อยละ 23 – 30 (Ricci et al., 2017) และจากรายงานอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของโรงพยาบาลนครปฐม ปี 2562 พบว่า ผู้ป่วยมีแผลกดทับบริเวณส้นเท้าร้อยละ 2.4 (Chai-aree & Limjaroen, 2020) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาแรงกดที่จุดรับน้ำหนักส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย พบว่าในท่านอนหงายบริเวณส้นเท้า มีแรงกดระหว่าง 65 – 80 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งสูงกว่าแรงดันบริเวณหลอดเลือดฝอย 32 มิลลิเมตรปรอท ทำให้ความสามารถในการนำออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อทำได้ยากขึ้น (Gefen & Ousey, 2020) ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้มากขึ้น

จากการศึกษาข้อมูลในการปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ พบว่า สภาการพยาบาลได้เล็งเห็นถึงความสำคัญถึงความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับจึงกำหนดให้อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดด้านการพยาบาลของระบบการประกันและการรับรองคุณภาพของการพยาบาล ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยแสดงให้เห็นถึงคุณภาพการพยาบาลที่ยังไม่ได้มาตรฐาน (Thanakaew & Phichaiphong, 2014) เนื่องจากแผลกดทับเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ โดยเฉพาะการกดทับของผิวหนังที่เกิดขึ้นในระยะแรกที่ยังไม่มีการทำลายถึงชั้นหนังแท้ การป้องกันไม่ให้พัฒนาไปเป็นแผลกดทับในระยะนี้สามารถช่วยลดการทำลายของชั้นหนังแท้ได้

การใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับเป็นวิธีที่นิยมใช้เพื่อลดแรงกด และกระจายแรงบนพื้นผิวสัมผัสระหว่างผิวหนังของผู้ป่วยและพื้นผิวที่รองรับผิวหนังผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับนวัตกรรมการป้องกันแผลกดทับพบว่า การใช้ที่นอนยางรถสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Pattarakantakul, 2013) จากการศึกษาของ Chuwittayapong (2017) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผิวหนังร่วมกับการใช้เบาะยางรถจักรยานใส่น้ำหุ้มด้วยเสื่อกระจูด เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมการ

ดูแลผิวหนังร่วมกับการใช้เบาะยางรถจักรยานใส่น้ำหุ้มด้วยเสื่อกระจูด จากการศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมหมอนลูกบอลยางเพื่อสุขภาพป้องกันแผลกดทับ: การศึกษานำร่อง ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง โดยใช้นวัตกรรมหมอนลูกบอลยางเพื่อสุขภาพวางไว้บริเวณหลัง ก้นกบและระหว่างปุ่มกระดูกข้อเข่า พบว่า หลังใช้นวัตกรรมหมอนลูกบอลยางกลุ่มตัวอย่างที่มีแผลกดทับเดิมอยู่แล้ว ไม่เกิดแผลกดทับเพิ่ม และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีแผลกดทับมาก่อน ไม่เกิดแผลกดทับ (Maytapattana et al., 2021) จะเห็นได้ว่าวัสดุยางพารามีคุณสมบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ดี ซึ่งสามารถหาซื้อได้ง่าย ราคาไม่แพง มีความทนทาน สามารถยืดหยุ่นได้

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยยังไม่พบวิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้าโดยเฉพาะ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในสร้างนวัตกรรมหมอนยางพารารองส้นเท้าที่มีความยืดหยุ่น และกระจายน้ำหนักตามแรงกดทับ สามารถช่วยป้องกันและลดการเกิดแผลกดทับได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้าในผู้ป่วยติดเตียง ระหว่างก่อนและหลังใช้หมอนยางพารา

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้หมอนยางพาราในการป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้า

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังได้รับการทดลองโดยใช้หมอนยางพารารองส้นเท้า กลุ่มตัวอย่างมีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้หมอนยางพาราต่ออุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้า ในผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดแนวทางการป้องกันแผลกดทับตามแนวปฏิบัติที่เสนอโดยคณะที่ปรึกษาแผลกดทับแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา ทวีปยุโรปและพันธมิตรแผลกดทับกลุ่มแปซิฟิก (National Pressure Ulcer Advisory Panel , 2014) ได้กล่าวถึงการดูแลผิวหนัง ประกอบด้วย การดูแลผิวหนังให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ ใช้สบู่ที่เป็นกรดอ่อน ๆ ทำความสะอาดผิวหนัง และดูแลผิวหนังให้มีความชุ่มชื้นตลอดเวลา นอกจากนี้ยังกล่าวถึงการใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้นวัตกรรมที่ใช้ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ประกอบด้วย ที่นอนยางรถ เบาะยางรถจักรยานใส่น้ำหุ้มด้วยเสื่อกระจูด และหมอนลูกบอลยาง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจการจัดทำอุปกรณ์ลดแรงกดทับ

บริเวณส้นเท้าโดยการใช้หมอนยางพารา เพื่อลดการเกิดแรงกดทับบริเวณปุ่มกระดูกบริเวณส้นเท้าร่วมกับการดูแลผิวหนังบริเวณส้นเท้าเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ ซึ่งสามารถเขียนกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental design) ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม 2566 - พฤษภาคม พ.ศ.2566

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะติดเตียง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยติดเตียงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) คะแนนแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน 3) ไม่มีแผลกดทับตามร่างกายก่อนเข้าร่วมวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis) ที่ .80 (Polit & Beck, 2017) และความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 (Srisatidnarakul, 2013) และคำนวณขนาดอิทธิพลจากการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งเป็นงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับการศึกษาในครั้งนี้ (Mayi et al., 2021) ได้ขนาดอิทธิพล เท่ากับ .80 จากการเปิดตารางของ Cohen (1988) ได้กลุ่มตัวอย่าง 25 คน ในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว จึงใช้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนาความสามารถในดำเนินชีวิตประจำวัน โรคร่วม ยาที่ได้รับ ค่าดัชนีมวลกาย

2. แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล ประเมินโดยผู้วิจัย

3. แบบประเมินสภาพผิวหนัง โดยใช้เกณฑ์การประเมินขององค์กรที่ปรึกษาแผลกดทับในยุโรป (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014) ประกอบด้วย ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับ ระดับของแผลกดทับ ลักษณะของแผลกดทับ ประเมินโดยผู้วิจัยในวันที่ 2 และ 3

4. แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้หมอนยางพาราเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้า จำนวน 7 ข้อ ประเมินโดยผู้วิจัยในวันที่ 3 แบ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	การแปลความหมาย
4.50 – 5.00	มีความพึงพอใจมากที่สุด
3.50 – 4.49	มีความพึงพอใจมาก
2.50 – 3.49	มีความพึงพอใจปานกลาง
1.50 – 2.49	มีความพึงพอใจน้อย
1.00 – 1.49	มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

นวัตกรรมหมอนยางพารา สร้างโดยร่วมมือกับคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสาขาวิชาเทคโนโลยียาง มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ขั้นตอนการผลิตหมอนยางพารา มีดังนี้

1. เติมแอมโมเนียมโอลิเอต (ammonium oleate) ลงในน้ำยาคอมพาวด์เพื่อให้เกิดฟอง
2. จากนั้นเติมสารก่อเจล alkali-metal silicofluoride ลงไปช้า ๆ
3. เทโฟมยางขณะที่ยังเหลวลงในแม่พิมพ์ที่ต้องการและปล่อยให้โฟมยางจับตัวที่อุณหภูมิห้อง
4. วัลคาไนซ์เจลโฟมยางที่ได้ เพื่อให้โฟมเกิดการคงรูป
5. จากนั้นดึงโฟมยางออกจากแม่พิมพ์ ล้าง บิดให้หมาด และนำไปอบแห้ง
6. ใช้ผ้าสาลูเย็บเป็นปลอกหมอน เพื่อป้องกันการแพ้ยางพารา ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 หมอนยางพารา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินสภาพผิวหนัง และแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้หมอนยางพารา เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้า โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหา จากนั้นรวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยกำหนดเกณฑ์ดัชนีความตรงของเนื้อหา .70 ขึ้นไป (Srisatidnarakul, 2013) จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำมาหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา ได้เท่ากับ 1 และ .93 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้หมอนยางพารา เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้า ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 20 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .91

2. ผู้วิจัยนำแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล ไปใช้กับผู้ป่วยจำนวน 3 ราย โดยหาความเที่ยงแบบวิธีสังเกตร่วม ร่วมกับพยาบาลจำนวน 2 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องของการสังเกตร่วมเท่ากับ 1

3. ผู้วิจัยนำแบบประเมินสภาพผิวหนัง (skin assessment tool) ใช้กับผู้ป่วยจำนวน 3 ราย โดยหาความเที่ยงแบบวิธีสังเกตร่วม (Interrater reliability) ร่วมกับพยาบาลจำนวน 2 ท่าน ได้ค่าสอดคล้องของการสังเกตร่วมเท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส เลขที่ 21 / 2565 รับรอง ณ วันที่ 01 / 07 / 2565

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองภายหลังพิจารณาของกรรมการจริยธรรมการวิจัย และได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โดยดำเนินตามขั้นตอน ดังนี้

1. ติดต่อประสานงานกับหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

2. พบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ที่จะได้รับ และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ในบางรายที่ไม่สามารถลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรได้ให้พิมพ์ลายนิ้วมือ

3. ผู้วิจัยอธิบายการใช้หมอนยางพาราในการป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้าแก่กลุ่มตัวอย่างโดยให้ญาติคอยช่วยเหลือในการวางหมอนยางพาราบริเวณส้นเท้า หากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจวิธีการใช้งาน สามารถสอบถามวิธีการใช้จากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

4. ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

วันที่ 1 กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล พร้อมทั้งแนะนำวิธีการใช้หมอนยางพาราเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้า โดยระหว่างใช้งานกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา

วันที่ 2 กลุ่มตัวอย่างใช้หมอนยางพาราตามปกติ ร่วมกับผู้วิจัยประเมินสภาพผิวหนัง โดยใช้ประเมินสภาพผิวหนังของกลุ่มตัวอย่าง

วันที่ 3 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินสภาพผิวหนัง โดยใช้แบบประเมินสภาพผิวหนังของกลุ่มตัวอย่าง และให้ผู้ดูแลทำแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้หมอนยางพารา เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้า

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบ อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้าในผู้ป่วยติดเตียง ระหว่างก่อนทดลอง และหลังทดลอง 3 วัน ด้วยสถิติ Paired t-test โดยการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนวิเคราะห์ข้อมูล จากข้อมูลในงานวิจัยนี้ ได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นแล้วไม่เป็นไปตามข้อตกลง จึงเลือกใช้สถิติ non-parametric คือ Wilcoxon Signed Rank Test

3. ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมวิจัยหลังการใช้หมอนยางพาราในการป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้า ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (n = 25)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	25	100
อายุ (ปี)		
41 - 50	7	28
51 - 60	8	32
61 ปีขึ้นไป	10	40
M = 62, S.D. = 11.46		
สถานภาพสมรส		
โสด	5	20
คู่	20	80
ศาสนา		
อิสลาม	18	72
พุทธ	7	28
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (คะแนน)		
0 - 4	3	12
5 - 8	22	88
M = 6.76, S.D. = 1.31		
โรคร่วม (จำนวน)		
1 โรค	19	76
2 โรค	4	16
3 โรค	2	8
M = 1.32, S.D. = .61		
ยาที่ได้รับ		
ยาความดันโลหิตสูง	5	20
ยาละลายลิ่มเลือด/ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด	6	24
ยาความดันโลหิตสูงร่วมกับยาละลายลิ่มเลือด/ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด	5	20
ยาความดันโลหิตสูงร่วมกับยาอื่น ๆ	4	16
ยาละลายลิ่มเลือด/ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดร่วมกับยาอื่น ๆ	2	8

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ยาอื่น ๆ	3	12
ค่าดัชนีมวลกาย (คะแนน)		
น้อยกว่า 18.5	2	8
18.6 – 22.9	16	64
23 – 24.9	6	24
25 – 29.9	1	4
มากกว่า 30	0	0

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 ราย เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุเฉลี่ย 62 ปี (S.D. = 11.46) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 72 และศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 28 ตามลำดับ สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 80 มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เฉลี่ย 6.76 คะแนน (S.D. = 1.31) มีโรคร่วมเฉลี่ย 1.32 โรค (S.D. = .61) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด/ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด รองลงมาคือ ยาความดันโลหิตสูง ยาความดันโลหิตสูงร่วมกับยาละลายลิ่มเลือด/ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด ยาความดันโลหิตสูงร่วมกับยาอื่น ๆ และยาละลายลิ่มเลือด / ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดร่วมกับยาอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 24, 20, 20, 16, 12 และ 8 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.6 – 22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร คิดเป็นร้อยละ 64

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับหลังการใช้หมอนยางพารา 3 วัน

อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ หลังการใช้หมอนยางพารา 3 วัน วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ paired t-test

ก่อนใช้สถิติ paired t-test ต้องมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

1. มีการแจกแจงแบบปกติ (normality)
2. ข้อมูลทั้ง 2 ชุด ไม่เป็นอิสระต่อกัน
3. กลุ่มตัวอย่างมาจากการสุ่มประชากร

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยทดสอบการแจกแจงแบบปกติของกลุ่มตัวอย่างด้วย Shapiro-Wilk test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 50 พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ paired t-test ผู้วิจัยจึงใช้สถิติ non-parametric คือ Wilcoxon signed rank test ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับหลังการใช้หมอนยางพารา 3 วัน ด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test (n = 25)

อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ	Mean Rank	Sum of Rank	Z	p
ก่อนใช้หมอนยางพารา	.00	.00	.00	1.00
หลังใช้หมอนยางพารา	.00			

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับหลังการใช้หมอนยางพารา 3 วัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = .00$, $p > .05$)

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้หมอนยางพาราในการป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้า

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมวิจัยหลังการใช้หมอนยางพาราในการป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้า (n = 25)

รายการประเมิน	M	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. มีความประณีตสวยงาม	4.6	0.49	มากที่สุด
2. มีรูปแบบรูปทรงที่เหมาะสมกับการใช้งาน	4.84	0.37	มากที่สุด
3. สามารถนำไปใช้ได้จริง	5	0	มากที่สุด
4. สามารถลดการเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้าได้	5	0	มากที่สุด
5. มีความสะดวกในการจัดเก็บ	4.48	0.49	มาก
6. สามารถดูแลทำความสะอาดได้ง่าย	4.52	0.50	มากที่สุด
7. มีความรู้สึกสบายขณะหนุนส้นเท้า	4.88	0.32	มากที่สุด
รวม	**4.76**	**0.21**	**มากที่สุด**

จากตารางที่ 3 พบว่า ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมวิจัยหลังการใช้หมอนยางพาราในการป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้า โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.76$, $S.D. = 0.21$) เมื่อพิจารณาตามด้านย่อย พบว่า สามารถนำไปใช้ได้จริง และสามารถลดการเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้าได้มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมามีความรู้สึกสบายขณะหนุนส้นเท้า มีรูปแบบรูปทรงที่เหมาะสมกับการใช้งาน มีความประณีตสวยงาม สามารถดูแลทำความสะอาดได้ง่าย และมีความสะดวกในการจัดเก็บตามลำดับ

อภิปรายผล

อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในต่างประเทศและประเทศไทยมีอัตราการเกิดเพิ่มขึ้นทุกปี โดยส่วนใหญ่จะเกิดแผลกดทับในวันที่ 2 หลังผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ 7 วันในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเตียง (Mikarat, 2017) ปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับเกิดจากการเสียดสีและแรงไถล มักเกิดบริเวณปุ่มกระดูก ซึ่งบริเวณส้นเท้ามีอัตราการเกิดแผลกดทับได้ถึงร้อยละ 2.4 (Chai-aree & Limjaroen, 2020) ภายหลังได้รับการทดลองโดยใช้หมอนยางพารารองส้นเท้า กลุ่มตัวอย่างมีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับหลังการใช้หมอนยางพารา 3 วัน ไม่แตกต่างกัน ($Z = .00$, $p > .05$) สามารถอภิปรายได้ว่าภายหลังได้รับการทดลองโดยใช้หมอนยางพารารองส้นเท้า กลุ่มตัวอย่างไม่พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้า เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเตียงโดยใช้แนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวปฏิบัติที่เสนอโดยคณะที่ปรึกษาแผลกดทับแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา ทวีปยุโรปและพันธมิตรแผลกดทับกลุ่มแปซิฟิก (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014) ในการดูแลผิวหนัง ซึ่งประกอบด้วย การดูแลผิวหนังให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ ใช้สบู่ที่เป็นกรดอ่อน ๆ ทำความสะอาดผิวหนัง และดูแลผิวหนังให้มีความชุ่มชื้นตลอดเวลา ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ สามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Maytapattana et al. (2021) ที่ศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมหมอนลูกบอลยางเพื่อสุขภาพป้องกันแผลกดทับ: การศึกษานำร่อง ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง โดยใช้นวัตกรรมหมอนลูกบอลยางเพื่อสุขภาพวางไว้บริเวณหลัง ก้นกบและระหว่างปุ่มกระดูกข้อเข่า พบว่า หลังใช้นวัตกรรมหมอนลูกบอลยางกลุ่มตัวอย่างที่มีแผลกดทับเดิมอยู่แล้ว ไม่เกิดแผลกดทับเพิ่ม และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีแผลกดทับมาก่อน ไม่เกิดแผลกดทับ และการศึกษาของ Chuwittayapong (2017) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผิวหนังร่วมกับการใช้เบาะยางรถจักรยานใส่น้ำหุ้มด้วยเสื่อกระจูด เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เกิดแผลกดทับหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผิวหนังร่วมกับการใช้เบาะยางรถจักรยานใส่น้ำหุ้มด้วยเสื่อกระจูด นอกจากนี้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการใช้หมอนรองส้นเท้าในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านสามารถนำไปใช้ได้จริง และสามารถลดการเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้าได้

สรุป

งานวิจัยนี้เป็นการนำนวัตกรรมหมอนยางพาราในการป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้ามาใช้ในผู้ป่วย ซึ่งยังไม่พบงานวิจัยในการสร้างนวัตกรรมเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้าเกิดขึ้น อาจไม่มากเมื่อ

เทียบกับบริเวณอื่น ๆ แต่ถ้าหากเกิดอุบัติการณ์แล้วอาจส่งผลเสียต่อผู้ป่วยได้ ไม่ว่าจะเป็นด้านจิตใจ ด้านค่าใช้จ่าย ด้านภาพลักษณ์ ซึ่งงานวิจัยชิ้นนี้สามารถช่วยป้องกันอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้าได้ และยังพบอีกว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมหมอนยางพาราโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำผลการวิจัยไปใช้ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยทุกราย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น เพื่อประเมินอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในระยะยาว

2. ควรจัดกลุ่มตัวอย่างให้มีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้หมอนยางพาราในการป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณส้นเท้า

รายการอ้างอิง (Reference)

Alderden, J., Rondinelli, J., Pepper, G., Cummins, M., & Whitney, J. (2017). Risk factors for pressure injuries among critical care patients: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *71*, 97 - 114. https://doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.03.012.

Boonmewiset, W., Sukbua, J., Boonmasri, P., & Nuntana, R. (2022). Development of nursing practice guideline for prevention of pressure sores in intensive care unit, loei hospital. *Chaiyaphum Medical Journal*, *42*(2), 118 - 130. https://thaidj.org/index.php/CMJ/article/view/12825.

Chai-aree, C., & Limjaroen, S. (2020). Effectiveness of implementing clinical nursing practice guidelines for preventing pressure injury at Nakhonpathom Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*, *39*(4), 684 - 696. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/248759

Chuwittayapong, J. (2017). *The effect of skin care program combined with water-filled rubber cushion covered with krajud mat on pressure ulcer prevention in bed ridden older adults* [Master's thesis]. Prince of Songkla University.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Erlbaum Associates.

Gefen, A., & Ousey, K. (2020). COVID-1 9 : pressure ulcers, pain and the cytokine storm. *Journal Wound Care*, *29*(10), 540 - 542. https://doi: 10.12968/jowc.2020.29.10.540

Mayi, N., Vachprasit, R., & Sae-Sia, W. (2021). The effect of self-efficacy promoting program on perceived self-efficacy and behaviors in prevention of pressure injury among caregivers and incidence of pressure injury in dependent patients. *Journal of Health and Nursing Research*, *37*(3), 89 - 104. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/248333

Maytapattana, M., Dhiranathara, N., Phoythong, P., Kumwarat, N., Chobtodklang, J., Kongmark, T., Ritthidet, W., & Kongcharoen, S. (2021). Effects of a rubber ball pillow innovation for health to prevent pressure sores: A pilot study. *Journal of Nursing Science & Health, 45*(1), 61 - 74. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/250594

Mikarat, V. (2014). Developing guidelines to prevent pressure ulcers in patients in the ward severely ill patients at Somdej Phra-Yupparat Sawang Daen Din Hospital. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, *45*(2), 135 - 149.

National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2014). prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline In emily haesler (Ed.), *European Pressure Ulcer Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance* (pp. 46 – 81). Osborne Park.

Pattarakantakul, P. (2013). Effects of the tire-bed innovation usage to prevent pressure sore occurrence in at-risk patient. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, *22*(1), 48 - 60. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/4828

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed). Wolters Kluwer Health.

Ricci, J.A., Bayer, L.R. & Orgill, D.P. (2017) Evidencebased medicine:the evaluation and treatment of pressure injuries. *Plastic and Reconstructive Surgery*. *139*(1), 275e – 286e. https://doi: 10.1097/PRS.0000000000002850

Srisatidnarakul, B. (2013). *The methodology in nursing research.* (5th ed). U&I Intermedia.

Thanakaew, S., & Phichaiphong, S. (2014). development of clinical practice guidelines for pressure sore prevention among male patient surgical ward, Lamphun Hospital. *Lanna Public Health Journal*, *10*(3), 173 - 182. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/168709

Wisutthinan, U., & Fukfon, K. (2016). Effects of clinical practice guidelines for patients with moderateand severe head injury on incidence of pressure ulcer and ventilation associated pneumonia. *Journal of Nursing and Health Research*, *17*(3), 33 – 41. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/72349

ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับของโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมาและเครือข่าย

The Effectiveness of the Prevention and Care Program for Patients with Pressure Ulcer in Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital and Networks

เบญจวรรณ จันลาวงศ์[1*], พรรณงาม พรรณเชษฐ์[1], มินตรา แหลมจันทึก[2], พจนารถ พระจอหอ[2]

Benjawan Chanlawong[1*], Panngam Panchet[1], Mintra Laem Chanthuek[2], Pochanat Phra Choho[2]

(Received: November 13, 2023; Revised: January 30, 2024; Accepted: February 21, 2024)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ และศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้โปรแกรมการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับของโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมาและเครือข่าย กลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยที่มีแผลกดทับรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงผ่านเกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้ป่วยมีผู้ดูแล ไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่อการใช้โปรแกรม เก็บข้อมูล 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินแผลกดทับของบราเดนสเกล (The Braden Scale)ในโรงพยาบาลและที่บ้าน ส่วนที่ 3 โปรแกรมการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ 5 ขั้นตอน เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล 15 คน ทีมเยี่ยมบ้าน 30 คน และผู้ดูแล 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบน ระยะเวลาการศึกษาวิจัยเดือนพฤษภาคม 2563 ถึง เดือนมีนาคม 2566

ผลการวิจัยพบว่า ผลเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ในโรงพยาบาลพบว่า โปรแกรม ฯ ทำให้ระดับแผลกดทับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P – value < 0.001) ส่วนผลเปรียบเทียบอุบัติการณ์

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

[1]Faculty of Nursing Vongchavalitkul University

[2]โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา

[2]Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital

[*]Corresponding: benjawan_chan@vu.ac.th

การเกิดแผลกดทับที่บ้าน พบว่า โปรแกรม ฯ ไม่มีผลทำให้ระดับแผลกดทับลดลง ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.56) ของพยาบาลในโรงพยาบาล อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{x}$ = 4.11) ของทีมเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.59) ภาพรวมทั้ง 3 กลุ่มมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.42)

คำสำคัญ: แผลกดทับ, โปรแกรมป้องกันและดูแล, ผู้ป่วยแผลกดทับ

Abstract

The purposes of this quasi-experimental study were to compare the incidence of pressure ulcers and investigate the user satisfaction of the prevention and care program for patients suffering from pressure ulcers in the Debaratana Nakhonratsima hospitals and networks. Using purposive sampling, 30 patients with pressure ulcers on the surgical ward were selected as study samples. The patients met inclusion criteria, had a caregiver, and did not experience program-related complications. The data was collected in four stages: part one was personal information; part two involved using the Braden scale to assess pressure ulcers at home and in hospital; part three involved a program of the prevention and care program for patients with pressure ulcer that included five steps to compare incidents of pressure ulcers that occurred before and after using the program. Data analysis used Wilcoxon signed rank test statistics; and part four involved the rating of satisfaction questionnaires by fifteen nurses, thirty home visit professionals, and thirty caregivers. Percentage, average, and standard deviation were utilized in data analysis. The study period was from May 2020 to March 2023.

The program can reduce the level of pressure ulcers, when comparison of the hospital's pressure ulcer incident outcomes. (P – value < 0.001) The program did not have an impact on the reduction of pressure ulcer level, as indicated by the outcome of the pressure ulcer incident that occurred at home. Caregivers' satisfaction score on the satisfaction questionnaire rated 4.56, which was high. A hospital nurses that meet the criteria rated satisfaction score of 4.11, which was quite high. Personnels who conducted home visits and meet the criteria rated satisfaction score of 4.59, which was high. The three groups' overall average score of the satisfaction was 4.42, which was high.

Keywords: Pressure ulcer, Prevention and care program, Patients with pressure ulcer

บทนำ

แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด จำนวนวันนอนมากขึ้น (Thaipradit et al., 2014) มีการศึกษาเรื่องรายงานผลการสำรวจความชุกแผลกดทับจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี ปี 2559 พบว่าอัตราความชุกของแผลกดทับ 5.71 % จากผู้ป่วย 105 ราย พบที่บ้าน 5 ราย ที่โรงพยาบาล 1 ราย จากสถาบันบำราศนราดูร ปี 2556 - 2559 พบว่าการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้สูงอายุนอนนาน ๆ ระดับแผลกดทับ 2 - 4 อัตราร้อยละ 0.94, 1.70, 2.11, 2.179 ต่อ1,000 วันนอนตามลำดับ (Yonjorhor et al., 2017) โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา ปี 2559 - 2562 หอผู้ป่วยศัลยกรรมมีผู้ป่วยที่ติดเตียงมีแผลกดทับ ระดับ 2 - 4 เพิ่มขึ้น 69 % (71 ราย) อัตราร้อยละ 15.35, 3.34, 32.58, 34.74 ตามลำดับ เกิดขณะอยู่ในโรงพยาบาล 48 ราย จากบ้าน 23 ราย มีแผลกดทับเกรด 1 = 12 ราย ระดับเกรด 2 = 36 ราย ระดับเกรด 3 = 17 ราย และระดับเกรด 4 = 6 ราย จำนวนเกรด 3 เกรด 4 รับรักษาต่อจากบ้านร้อยละ 100 ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ร้อยละ 30 สถิติของการเกิดแผลกดทับ ระดับเกรด 1 ใน 3 วัน เกรด 2 ใน 5 วัน เกรด 3 ใน 14 วัน เกรด 4 ใน 30 วัน และพบได้บ่อยในผู้สูงอายุและผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายทำงานลดลง ผิวหนังบางฉีกขาดได้ง่าย การกำซาบของออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมีลดลง และปัญหาระบบทางเดินหายใจส่งผลให้มีภาวะพร่องออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ก่อให้เกิดการเน่าตายของเนื้อเยื่อได้ (Thaipradit et al., 2014) ในปัจจุบันมีนวัตกรรมใหม่ ๆ เช่นการใช้ปิโตรเลียมเจลลี่ในการรักษาแผลกดทับระดับสอง จากการศึกษาของ Kuribayashi et al. (2018) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 13 คน ที่ใช้ปิโตรเลียมเจลลี่ในการทาแผล โดยทาบาง ๆ ไปที่แผลและปิดด้วยวัสดุปิดแผล ช่วยให้แผลกดทับดีขึ้นภายใน 12 - 32 วัน และในประเทศไทยที่มีการนำปิโตรเลียมเจลลี่มาใช้ เพื่อป้องกันผิวหนังอักเสบ โดยการใช้ปิโตรเลียมเจลกับแป้งที่มีส่วนผสมของซิงค์ออกไซด์มาใช้ในการป้องกันผิวหนังอักเสบ พบว่าผลิตภัณฑ์สูตรผสมทั้งสองชนิดสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ / ปัสสาวะได้เนื่องจากผลิตภัณฑ์นี้เป็นสูตรผสมที่มีคุณสมบัติในการช่วยลดและปกป้องผิวจากการระคายเคืองดูดซับความชื้น ป้องกันการสูญเสียน้ำทางผิวหนัง (Phungsiri, 2016) ทั้งนี้การดูแลแผลกดทับตามมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วยการทำความสะอาดแผล การเฝ้าระวังป้องกันและดูแลแผลกดทับ จึงต้องอาศัยการจัดการในหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ การประเมิน การดูแล การจัดหาอุปกรณ์ลดแรงกดทับ การเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ การสร้างวัฒนธรรมในการดูแล การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลให้มีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ (Chobchuen, 2013) รวมถึงเรื่องอาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้แผลหายเร็วขึ้น ภาวะทุพโภชนาการเสี่ยงต่อการหายของแผลกดทับ

ช้า (Wajiset, 2016) พยาบาลจึงมีบทบาทการกำจัดปัจจัยเสี่ยง การศึกษาของ Ngamprasert (2015) กล่าวว่าการส่งเสริมให้บุคลากรที่ดูแลมีความรู้ความเข้าใจถึงสาเหตุปัจจัยเสี่ยงกลไกการเกิดแผลกดทับ ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพด้านคลินิกที่สำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับเพิ่มและเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย และการศึกษาของ Chulari et al. (2023) พบว่า บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และมีแผลกดทับในตึกผู้ป่วยวิกฤตมีความสำคัญอย่างยิ่งที่เป็นกิจกรรมอิสระที่พยาบาลสามารถกระทำได้ทันทีเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

จากการศึกษาข้อมูลในตึกผู้ป่วยของโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา พบว่า การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับเป็นแนวทางเดิม ขาดขั้นตอนการปฏิบัติชัดเจน ไม่ครบถ้วน มีการสอนผู้ดูแลหลากหลายไม่ชัดเจน ขาดความรู้ของการใช้วัสดุอุปกรณ์อย่างถูกต้อง ผู้ดูแลไม่ต่อเนื่องเปลี่ยนผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วยส่งกลับมารักษาซ้ำ การดูแลผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับจึงควรดูแลตั้งแต่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสร้างโปรแกรมการป้องกันและการดูแลแผลกดทับของโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมาและเครือข่ายโดยใช้ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ลดแรงกดป้องกันการเสียดสี 2) การดูแลผิวหนัง 3) ภาวะโภชนาการ 4) กระตุ้นไหลเวียนของโลหิต 5) ความรู้ นำสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาลถึงการดูแลต่อที่บ้าน ดังนี้ 1) การปฏิบัติขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลโดยพยาบาลวิจัยและทีมร่วมวิจัย ปฏิบัติร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้, ผู้ดูแล, ทีมเยี่ยมบ้าน 2) ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลผู้วิจัยและทีมร่วมวิจัยให้ความรู้และสาธิตแก่ผู้ดูแล ประเมินจากการปฏิบัติและซักถามในแต่ละขั้นตอน 3) ติดตามเยี่ยมที่บ้านประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแล ประเมินผลจากระดับแผลกดทับผู้ป่วยลดลง และความพึงพอใจของผู้ใช้โปรแกรมทั้งหมด ผู้วิจัยหวังว่าผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับเกรดลดลงหรือไม่เกิดแผลกดทับใหม่ ผู้ใช้โปรแกรมมีความพึงพอใจ เนื่องจากมีแนวทางชัดเจนและผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบอุบัติการณ์เกิดแผลกดทับก่อนและหลังใช้โปรแกรมการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ

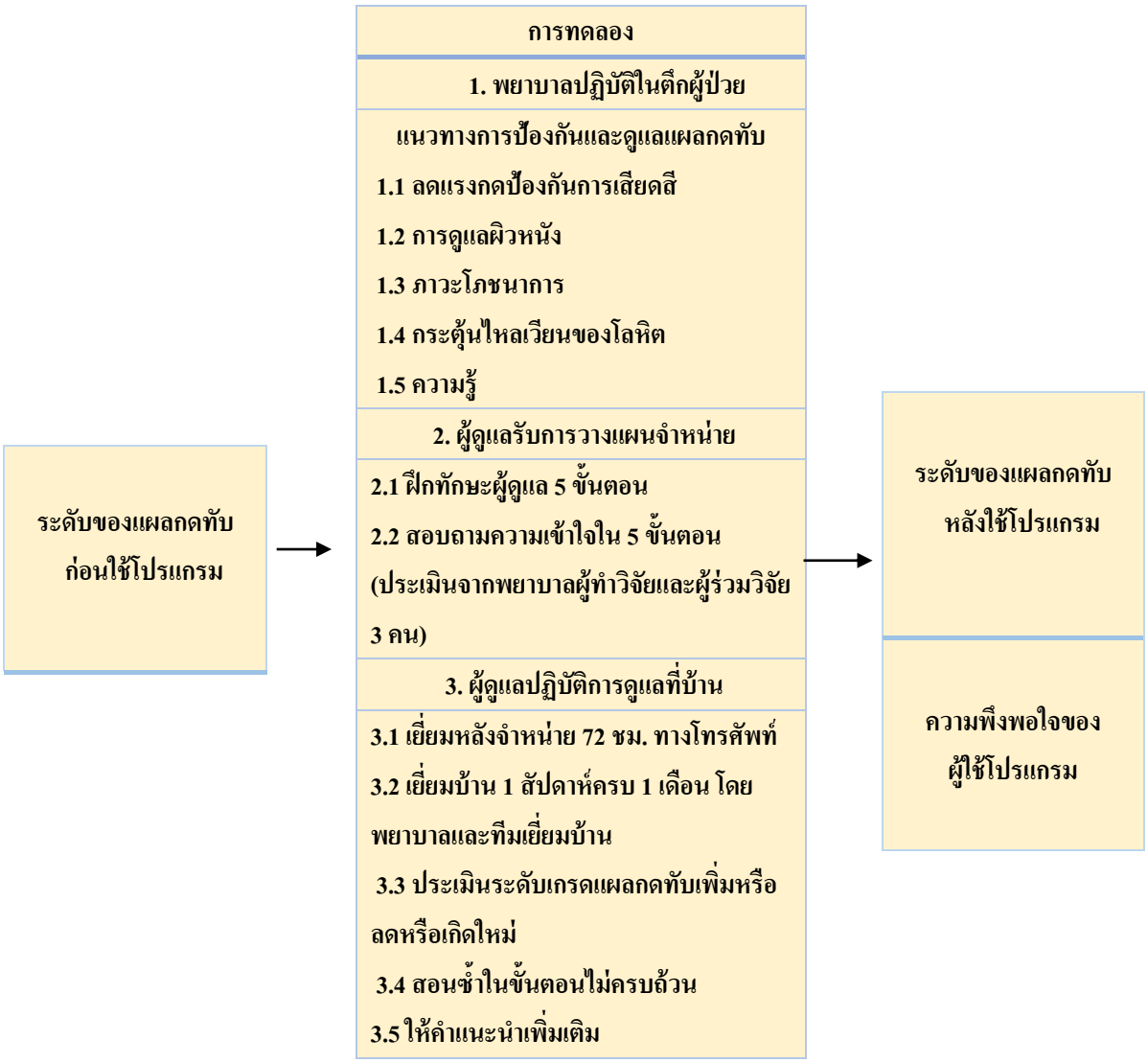
2. ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้โปรแกรมการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันและการดูแลแผลกดทับไม่เกิดแผลกดทับเพิ่มหรือเกิดใหม่

2. ความพึงพอใจของผู้ใช้โปรแกรมการป้องกันและการดูแลแผลกดทับอยู่ในระดับมาก

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ จากประชากรจำนวน 71 ราย ทั้งเพศชายและหญิงที่มารับการรักษาในตึกผู้ป่วยศัลยกรรมและต้องวางแผนจำหน่ายดูแลต่อที่บ้านในเครือข่ายของโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ ผู้ป่วยมีแผลกดทับระดับเกรด 1 ขึ้นไป,

ประเมิน Braden risk assessment scale คะแนนอยู่ในช่วง 6 - 16 คะแนน, ผู้ป่วยไม่มีโรคที่มีผลต่อการใช้โปรแกรมหรือโรคที่ไม่สามารถกลับไปดูแลต่อที่บ้านได้, ผู้ป่วยต้องมีผู้ดูแลพร้อมให้การดูแลรับการสอน, สื่อสารและเข้าใจภาษาไทยและยินยอมสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่ในโรงพยาบาลติดตามเยี่ยมที่บ้านในเครือข่ายของรพ.เทพรัตน์นครราชสีมาภายใน 1 เดือนต่อราย

กลุ่มที่ 2 พยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยพยาบาลปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 15 คน และทีมเยี่ยมบ้านปฏิบัติงานในกลุ่มงานเวชกรรมสังคมและงานปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของเครือข่ายโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา จำนวน 30 คน

กลุ่มที่ 3 ผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยตั้งแต่นอนในรพ. ถึงดูแลต่อที่บ้านและได้รับการสอน ฝึกทักษะจากพยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยพยาบาลในตึกและทีมพยาบาลเยี่ยมบ้าน โดยการประเมินจากพยาบาลผู้สอน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ 5 ขั้นตอน

ผังกระบวนงาน	การป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ
รับใหม่ / รับย้าย ประเมิน Braden risk assessment scale คะแนน < 16 ใช้ 5 ขั้นตอน	เครื่องมือประเมินความเสี่ยงเกิดแผลกดทับครั้งแรกและประเมินทุกเวรดึกทุกวัน เนื่องจากจะมีการรายงานแพทย์ขณะตาม Round ได้ด้วย
ขั้นตอนที่ 1 การลดแรงกดและป้องกันการเสียดสี	1. จัดให้นอนเตียงลมแบบใหม่ จัดระบบดูแลแบบเจ้าของไข้ชัดเจน 2. พลิกตะแคงตัวและการจัดท่า พร้อมทั้งลงบันทึกการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม.และใช้แบบบันทึกใหม่ที่กำหนดมีผู้นิเทศ มีป้ายติดเฝ้าระวัง การลงแผลกดทับในรูปภาพ 3. ใช้ผ้ายกเวลายกตัวหรือพลิกตัวผู้ป่วย 4. ติดตามผลการลงบันทึก
ขั้นตอนที่ 2 การดูแลผิวหนัง	1. มีแบบบันทึกและลงการประเมินผิวหนัง / ค้นหาเปียกชื้น / แผลกดทับลดหรือเพิ่มขึ้นรวมทั้งทำแผลตามระดับแผลกดทับงดการใช้ Providine ยกเว้นแพทย์ระบุ 2. อาบน้ำ / เช็ดตัว / สระผม / ใช้ครีมทาผิวกำหนดวันสระผมอย่างน้อย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง 3. ทาโลชั่น / วาสลินในจุดที่แห้งหนาแตกแช่น้ำอุ่น ๆ
ขั้นตอนที่ 3 ภาวะโภชนาการ	1. ให้ความรู้คุณค่าอาหารให้พบกับทีมโภชนากร เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน 2. ลงบันทึกประเมินผลได้รับอาหารทางปาก, สายยาง, ให้อาหารทางหลอดเลือดดำ

ผังกระบวนงาน	การป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ
ขั้นตอนที่ 4 การกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต	1. ปฏิบัติโดยกายภาพและให้สอนผู้ดูแลหรือญาติ 2. ลงบันทึกในแบบประเมินบันทึกการเปลี่ยนแปลง
ขั้นตอนที่ 5 การให้ความรู้	1. สาเหตุการเกิดและปัจจัยเสี่ยงเกิดแผลกดทับ 2. ความรู้เบื้องต้นประเมินผิวหนัง / ลักษณะเนื้อเยื่อ / การสังเกตผิดปกติ 3. การแบ่งประเภทแผลกดทับ การทำความสะอาด / การทาผิว ดูแลผิวหนัง/การทำแผล 4. การลดความเสี่ยง ที่นอน / พลิกตัว / ออกกำลังกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต 5. อาหารส่งเสริมการหายของแผล / อาหารFeed / การดูแลสายหลอดอาหาร

นำโปรแกรมแนวทางการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ สู่การปฏิบัติดังนี้

1.1 พยาบาลปฏิบัติในตึกผู้ป่วย ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ 5 ขั้นตอน ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยคัดเข้าจำนวน 30 รายโดยมอบหมายผู้รับผิดชอบชัดเจน

1.2 ผู้ดูแลรับการวางแผนก่อนจำหน่าย เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเข้ารับการรักษา ได้รับการสอนฝึกทักษะปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ 5 ขั้นตอน ประเมินจากการสอบถามความเข้าใจและจากการสังเกตปฏิบัติใน 5 ขั้นตอน (ประเมินจากพยาบาลผู้ทำวิจัยและผู้ร่วมวิจัย 3 คน)

1.3 ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลที่บ้าน โดยได้รับการเยี่ยมหลังจำหน่าย 72 ชม. ทางโทรศัพท์, เยี่ยมบ้าน 1 สัปดาห์ครบ 1 เดือน โดยพยาบาลและทีมเยี่ยมบ้าน, ประเมินระดับเกรดแผลกดทับเพิ่มหรือลดหรือเกิดใหม่, สอนซ้ำในขั้นตอนที่ไม่ครบถ้วน, ได้รับคำแนะนำเพิ่มเติม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว การรักษา สาเหตุการเกิดแผลกดทับ

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกแผลกดทับและหลังการใช้โปรแกรม โดยใช้แบบประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานของ Braden risk assessment scale โดยบันทึกระดับแผลกดทับก่อนการใช้โปรแกรม และหลังจากใช้โปรแกรม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความคิดเห็นเรื่องความพึงพอใจของการใช้โปรแกรมการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ 5 ขั้นตอน จากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้โปรแกรม คำถามแบบปลายปิด (close-ended questions) จำนวน15 ข้อ ให้เลือกตอบตามความรู้สึก มี 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด 5 คะแนน, พึงพอใจมาก 4 คะแนน, พึงใจปานกลาง 3 คะแนน, พึงพอใจน้อย 2 คะแนน, พึงพอใจน้อยที่สุด 1 คะแนน

สำหรับเกณฑ์การกำหนดความหมาย แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

มาก	มีคะแนนเฉลี่ย	4.20 - 5.00
ค่อนข้างมาก	มีคะแนนเฉลี่ย	3.40 - 4.19
ปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ย	2.60 - 3.39
น้อย	มีคะแนนเฉลี่ย	1.80 - 2.59
น้อยที่สุด	มีคะแนนเฉลี่ย	1.00 - 1.79

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ 5 ขั้นตอน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คำนวณหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับกรอบการวัด (Item – Objective Congruence Index: IOC) มีค่าระหว่าง 0.66 – 1.00 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบบันทึกแผลกดทับก่อนและหลังใช้โปรแกรมใช้แบบประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานของ Braden risk assessment scale และแบบสอบถามความคิดเห็นความพึงพอใจของผู้ใช้โปรแกรมการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ 5 ขั้นตอน โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (tryout) กับหอผู้ป่วยอื่นที่มีแผลกดทับ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.94 และ 0.80 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูล ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมขณะรักษาตัว และจำหน่ายกลับบ้านของกลุ่มตัวอย่างคนเดียวกัน โดยคัดเลือกแบบเจาะจงที่มีแผลกดทับระดับเกรด 1 ขึ้นไป มีการเพิ่มหรือลดระดับเกรดหรือเพิ่มตำแหน่งใหม่ ตามคุณสมบัติอื่น ๆ ที่กำหนด จากนั้นเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามความคิดเห็นความพึงพอใจของการใช้โปรแกรมการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ 5 ขั้นตอนจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้โปรแกรม

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์และพยาบาล ก่อนทำการศึกษาวิจัยในแต่ละรายบุคคล ขออนุมัติการขอจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ NRPH 019

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา วันที่ 8 พฤษภาคม 2563 – วันที่ 8 พฤษภาคม 2564 รายงานความก้าวหน้าเป็นระยะสามารถศึกษาวิจัยต่อได้ถึงเดือนมีนาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ด้วยสถิติทดสอบสถิติ Wilcoxon signed rank test ส่วนข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและความพึงพอใจวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 30 ราย (100 %) อายุเฉลี่ย 70.50 ปีช่วงอายุ 71 - 90 ปี 14 ราย (46.67 %) สถานภาพหม้าย 12 ราย (40.00 %) เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ 30 ราย (100 %) เป็น DM 7 ราย (23.33 %) DM&HT 5 ราย(16.67 %) HT 5 ราย (16.67 %) จากอุบัติเหตุทางรถ หกล้ม 5 ราย (16.67 %) ระยะเวลารักษา 10 ปีขึ้น(70.00 %) เป็นแผลกดทับรายใหม่ 17 ราย (56.67 7%) รายเก่า 13 ราย (43.33 %) นอนติดเตียงเป็นแผลกดทับ 9 ราย (30.00 %) ระดับเกรด 3 มากที่สุด 9 ราย (30.00 %) ระยะเวลาเป็นแผลกดทับรายเก่า 6 ปีขึ้นไปและ 4 - 5 ปีจำนวนเท่ากันคือ 11 ราย (36.67 %)

เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับก่อนและหลังใช้โปรแกรมการป้องกันและการดูแล 5 ขั้นตอนในหอผู้ป่วยศัลยกรรม พบว่าโปรแกรมมีผลต่อการลดลงของแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอุบัติการณ์เกิดแผลกดทับก่อนและหลังทดลองใช้โปรแกรม ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม

	ระดับแผลกดทับ	จำนวน(ร้อยละ)		Z	p-Value
		ก่อน	หลัง		
1	ไม่มีแผลกดทับ	0 (0 %)	9 (30.00 %)		
2	ระดับ 1	1 (3.33 %)	0 (0 %)		
3	ระดับ 2	9 (30.00 %)	10 (33.33 %)	2.021	<.001*
4	ระดับ 3	16 (53.33 %)	10 (33.33 %)		
5	ระดับ 4	4 (13.33 %)	1 (3.33 %)		
	รวม	**30**	**30**		

* p – value < 0.05

เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับก่อนและหลังใช้โปรแกรมการป้องกันและการดูแล ฯ ติดตามเยี่ยมที่บ้าน พบว่าโปรแกรมไม่มีผลต่อการลดลงของแผลกดทับ (p = 0.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอุบัติการณ์เกิดแผลกดทับก่อนและหลังทดลองใช้โปรแกรม ฯ ติดตามเยี่ยมที่บ้าน

		จำนวน(ร้อยละ)		Z	P - Value
	ระดับแผลกดทับ	ก่อน	หลัง		
1	ไม่มีแผลกดทับ	9 (30.00 %)	11 (36.67 %)		
2	ระดับ 1	0 (0 %)	1 (3.33 %)		
3	ระดับ 2	10 (33.33 %)	8 (26.67 %)	.362	0.235
4	ระดับ 3	10 (33.33 %)	7 (23.33 %)		
5	ระดับ 4	1 (3.33 %)	3 (10.00 %)		
	รวม	**30**	**30**		

ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้โปรแกรมการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ 5 ขั้นตอนโปรแกรมย่อยที่ 2 พบว่า ผู้ดูแล(30คน) มีความพึงพอใจ ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.56) รายละเอียดตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลวิเคราะห์ความพึงพอใจ สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแล (n = 30)

รายละเอียดของขั้นตอน	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ขั้นตอนที่ 1 การลดแรงกดทับและการป้องกันการเสียดสี ภาพรวม	**4.51**	**.359**	**มาก**
1.ท่านได้รับการอธิบายและวิธีการประเมินความเสี่ยงเกิดแผลกดทับ	4.40	.621	
2.ท่านได้รับการอธิบายและการสาธิตการใช้ที่นอนลมหรืออุปกรณ์ลดแผลกดทับ	4.63	.490	
3.ท่านได้รับการอธิบายสาธิตการพลิกตะแคงตัวและการจัดท่าผู้ป่วย	4.40	.498	
4.ท่านได้รับการอธิบายและสาธิตการป้องกันการเสียดสี	4.63	.490	
ขั้นตอนที่ 2 การดูแลผิวหนัง ภาพรวม	**4.63**	**.319**	**มาก**
1.ท่านได้รับการอธิบาย สาธิตการประเมินทำความสะอาดผิวหนัง	4.73	.449	
2.ท่านได้รับการอธิบายและสาธิตการเช็ดทำความสะอาดหลังขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ	4.60	.498	
3.ท่านได้รับการอธิบายและสาธิตการบำรุงผิวเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงความยืดหยุ่นของผิวหนัง	4.56	.568	

รายละเอียดของขั้นตอน	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ขั้นตอนที่ 3 ภาวะโภชนาการ ภาพรวม	**4.61**	**.363**	**มาก**
1.ท่านได้รับการอธิบายและสาธิตการให้อาหาร กรณีผู้ป่วยใส่สายให้อาหารทางสายยาง จำนวนที่ได้รับ การป้องกันสำลัก	4.50	.508	
2.ท่านได้รับการอธิบายคำแนะนำอาหารที่ส่งเสริมการหายของแผล	4.73	.520	
ขั้นตอนที่ 4 การกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต ภาพรวม	**4.13**	**.345**	**ค่อนข้างมาก**
ท่านได้รับการอธิบาย สาธิตการช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด	4.13	.345	
ขั้นตอนที่ 5 การให้ความรู้ ภาพรวม	**4.62**	**.239**	**มาก**
1.ท่านได้รับการอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดแผลกดทับ	4.76	.430	
2.ท่านได้รับการอธิบายถึงความรู้เบื้องต้นสภาพผิวหนัง	4.53	.507	
3.ท่านได้รับการอธิบายถึงการแบ่งประเภทแผลกดทับ	4.56	.504	
4.ท่านได้รับการอธิบายถึงการลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	4.60	.498	
5.ท่านได้รับการอธิบายถึงอาหารที่ส่งเสริมให้ผิวหนังแข็งแรง	4.66	.479	
ภาพรวม	**4.56**	**.174**	**มาก**

ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยพยาบาลในหอผู้ป่วย จากการใช้โปรแกรม มีความพึงพอใจในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{x}$ = 4.11) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของพยาบาลในหอผู้ป่วย (n = 15)

รายละเอียดของขั้นตอน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ขั้นตอนที่ 1 การลดแรงกดทับและการป้องกันการเสียดสี ภาพรวม	**4.00**	**.508**	**ค่อนข้างมาก**
1.ท่านได้รับการอธิบายและวิธีการประเมินความเสี่ยงเกิดแผลกดทับ	4.06	.593	
2.ท่านได้รับการอธิบายและการสาธิตการใช้ที่นอนลมหรืออุปกรณ์ลดแผลกดทับ	3.93	.593	
3.ท่านได้รับการอธิบายสาธิตการพลิกตะแคงตัวและการจัดท่าผู้ป่วย	4.00	1.069	
4.ท่านได้รับการอธิบายและสาธิตการป้องกันการเสียดสี	4.00	.755	
ขั้นตอนที่ 2 การดูแลผิวหนัง ภาพรวม	**4.20**	**.614**	**มาก**
1.ท่านได้รับการอธิบาย สาธิตการประเมินทำความสะอาดผิวหนัง	4.33	.723	
2.ท่านได้รับการอธิบายและสาธิตการเช็ดทำความสะอาดหลังขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ	4.33	.723	
3.ท่านได้รับการอธิบายและสาธิตการบำรุงผิวเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงความยืดหยุ่นของผิวหนัง	3.93	.703	

รายละเอียดของขั้นตอน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ขั้นตอนที่ 3 ภาวะโภชนาการ ภาพรวม	**4.00**	**.500**	**ค่อนข้าง มาก**
1.ท่านได้รับการอธิบายและสาธิตการให้อาหาร กรณีผู้ป่วยใส่สายให้อาหารทางสายยาง จำนวนที่ได้รับ การป้องกันสำลัก	4.06	.593	
2.ท่านได้รับการอธิบายคำแนะนำอาหารที่ส่งเสริมการหายของแผล	3.93	.457	
ขั้นตอนที่ 4 การกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต ภาพรวม	**3.80**	**.560**	**ค่อนข้าง มาก**
ท่านได้รับการอธิบาย สาธิตการช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด	3.80	.560	
ขั้นตอนที่ 5 การให้ความรู้ ภาพรวม	**4.25**	**.480**	**มาก**
1. ท่านได้รับการอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดแผลกดทับ	4.33	.617	
2. ท่านได้รับการอธิบายถึงความรู้เบื้องต้นสภาพผิวหนัง	4.26	.703	
3. ท่านได้รับการอธิบายถึงการแบ่งประเภทแผลกดทับ	4.13	.639	
4. ท่านได้รับการอธิบายถึงการลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	4.13	.639	
5.ท่านได้รับการอธิบายถึงอาหารที่ส่งเสริมให้ผิวหนังแข็งแรง	4.40	.632	
ภาพรวม	**4.11**	**.466**	**ค่อนข้างมาก**

ประเมินความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน มีความพึงพอใจในโปรแกรมการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.59) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน (n = 30)

รายละเอียดของขั้นตอน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ขั้นตอนที่ 1 การลดแรงกดทับและการป้องกันการเสียดสี ภาพรวม	**4.61**	**.333**	**มาก**
1.ท่านได้รับการอธิบายและวิธีการประเมินความเสี่ยงเกิดแผลกดทับ	4.53	.628	
2.ท่านได้รับการอธิบายและการสาธิตการใช้ที่นอนลมหรืออุปกรณ์ลดแผลกดทับ	4.53	.571	
3.ท่านได้รับการอธิบายสาธิตการพลิกตะแคงตัวและการจัดท่าผู้ป่วย	4.83	.461	
4.ท่านได้รับการอธิบายและสาธิตการป้องกันการเสียดสี	4.56	.626	
ขั้นตอนที่ 2 การดูแลผิวหนัง ภาพรวม	**4.77**	**.394**	**มาก**
1.ท่านได้รับการอธิบาย สาธิตการประเมินทำความสะอาดผิวหนัง	4.66	.546	
2.ท่านได้รับการอธิบายและสาธิตการเช็ดทำความสะอาดหลังขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ	4.96	.182	
3.ท่านได้รับการอธิบายและสาธิตการบำรุงผิวเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงความยืดหยุ่นของผิวหนัง	4.70	.595	

รายละเอียดของขั้นตอน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ขั้นตอนที่ 3 ภาวะโภชนาการ ภาพรวม	**4.38**	**.485**	**มาก**
1. ท่านได้รับการอธิบายและสาธิตการให้อาหาร กรณีผู้ป่วยใส่สายให้อาหารทางสายยาง จำนวนที่ได้รับ การป้องกันสำลัก	4.36	.614	
2. ท่านได้รับการอธิบายคำแนะนำอาหารที่ส่งเสริมการหายของแผล	4.40	.621	
ขั้นตอนที่ 4 การกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต ภาพรวม	**4.00**	**1.144**	**ค่อนข้างมาก**
ท่านได้รับการอธิบาย สาธิตการช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด	4.00	1.144	
ขั้นตอนที่ 5 การให้ความรู้ ภาพรวม	**4.66**	**.345**	**มาก**
1. ท่านได้รับการอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดแผลกดทับ	4.63	.490	
2. ท่านได้รับการอธิบายถึงความรู้เบื้องต้นสภาพผิวหนัง	4.70	.534	
3. ท่านได้รับการอธิบายถึงการแบ่งประเภทแผลกดทับ	4.46	.681	
4. ท่านได้รับการอธิบายถึงการลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	4.70	.466	
5. ท่านได้รับการอธิบายถึงอาหารที่ส่งเสริมให้ผิวหนังแข็งแรง	4.83	.379	
ภาพรวม	**4.59**	**.295**	**มาก**

อภิปรายผล

การใช้โปรแกรมการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับของโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมาและเครือข่าย ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมก่อนและหลังเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับแผลกดทับพบว่า โปรแกรมมีผลต่อการลดลงของแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.001$) ซึ่งโปรแกรมปฏิบัติโดยพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยพยาบาล ที่มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติมีผลต่อการหายของแผลกดทับเนื่องจากมีความเข้าใจ ในการใช้ขั้นตอนและการดูแลอย่างใกล้ชิด โปรแกรมมีส่วนดีคือมีแนวทาง 5 ขั้นตอนชัดเจน มีการมอบหมายและติดตามเป็นระบบ มีการทบทวนการปฏิบัติ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยอื่นเช่น การศึกษาการดูแลแผลกดทับผู้ป่วยวิกฤต: บทบาทพยาบาลวิกฤต ของ Chulari et al. (2023) มีเพียงการดูแลพลิกตะแคงตัว การดูแลโภชนาการ และการดูแลป้องกันแผลกดทับ แต่ไม่ได้จัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ส่วนการใช้โปรแกรมปฏิบัติที่บ้าน เปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่าก่อนและหลังโปรแกรมไม่มีผลต่อการลดลงของแผลกดทับ ซึ่งปฏิบัติโดยผู้ดูแลที่บ้าน ที่ได้รับการสอน การให้ความรู้การฝึกปฏิบัติตามขั้นตอนจากพยาบาลในหอผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้าน พบว่าผู้ดูแลไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางครบทุกขั้นตอน ผู้ดูแลมีคนเดียว เตรียมอาหารไม่ทัน ต้องดูแลหลายอย่าง บางเวลาต้องออกไปทำงานนอกบ้าน จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ปฏิบัติไม่ครบ จากการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 1 ไม่ได้พลิกตะแคงตัวตามกำหนดและปัญหาของผู้ป่วยเอง

คือมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ต้องนอนบนเตียงตลอดเวลา ขั้นตอนที่ 3 เรื่องโภชนาการ จัดหาอาหารได้ไม่ครบ ถึงแม้จะได้รับความรู้ที่ครบถ้วนจากขั้นตอนที่ 5 ก็ยังไม่สามารถทำได้โดยอิสระเพียงผู้ดูแลประกอบกับผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การขับถ่าย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ดังนั้นการกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดในขั้นตอนที่ 4 จึงปฏิบัติน้อยที่สุด ในขั้นตอนที่ทำได้ครบถ้วนและถูกต้องคือขั้นตอนที่ 2 การดูแลผิวหนัง การทำแผล ดังนั้น ต้องวางแผนจำหน่ายให้ครอบคลุมมากกว่านี้เนื่องจากการช่วยเหลือจากทีมเยี่ยมสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นผู้มีบทบาทส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น เพราะปัจจัยเสี่ยงจากครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญสู่การปฏิบัติต่อผู้ป่วยไม่ให้เกิดแผลกดทับเพิ่มและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Ngamprasert, 2015) การดูแลต้องมีความต่อเนื่องและใส่ใจเป็นอย่างมากจึงจะสัมฤทธิ์ผลได้ (Thaipradit et al., 2014) เรื่องบทบาทของพยาบาลที่สำคัญคือการจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยช่วยตัวเองไม่ได้ มีแผลกดทับต้องดูแลต่อควรให้ความรู้ สร้างความตระหนักแก่ผู้ดูแลไปปฏิบัติต่อที่บ้านจึงจะเรียกว่าใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล (Ketsumphan & Chuangsawatsak, 2009) ส่วนภาพรวมของความพึงพอใจต่อโปรแกรมการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ มี 5 ขั้นตอน อยู่ในระดับมาก ($\overline{x}$ = 4.42) ขั้นตอนที่ 4 มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดใน 5 ขั้นตอน ($\overline{x}$ = 4.04) ซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างมาก จากการวิเคราะห์ พบว่าไม่สามารถปฏิบัติได้จริงเนื่องจากผู้ป่วยเริ่มมีข้อยึดข้อติด ไม่กล้างอแขนขาตามที่นักกายภาพบำบัดสอนเพราะกลัวกระดูกหัก ส่วนในขั้นตอนที่ 3 ภาวะโภชนาการ พยาบาลในหอผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับค่อนข้างมาก ($\overline{x}$ = 4.00) เนื่องจากไม่ได้จัดอาหารตามที่ต้องการ เพราะทางโรงพยาบาลประมูลการทำอาหารให้ผู้ป่วยจากภายนอก ไม่สามารถทำให้เฉพาะรายบุคคลได้ ซึ่งอาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้แผลหายเร็วขึ้น ภาวะทุพโภชนาการเสี่ยงต่อการหายของแผลกดทับช้าได้ (Wajiset, 2016)

สรุป

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experiment with one group time series design) เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์เกิดแผลกดทับก่อนและหลังใช้โปรแกรมการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้โปรแกรมการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ ในระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 30 ราย ผู้ดูแล 30 ราย พยาบาลและทีมผู้ช่วยพยาบาลในหอผู้ป่วย 15 ราย และทีมเยี่ยมบ้าน 30 ราย จากผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์เกิดแผลกดทับก่อนและหลังใช้โปรแกรม พบว่า โปรแกรมมีผลต่อการลดลงของระดับแผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p - Value < 0.001) ตามสมมุติฐานการวิจัย เนื่องจากมีขั้นตอน, การมอบหมายหน้าที่, มีการติดตามชัดเจนจาก

พยาบาลและทีมผู้ช่วยพยาบาลที่รับมอบหมายเป็นเจ้าของไข้ เมื่อวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อที่บ้านจากผู้ดูแล พบว่าอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับก่อนและหลังใช้โปรแกรมไม่มีผลต่อการลดลงของระดับแผลกดทับ ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย เนื่องจากปฏิบัติไม่ครบถ้วนทั้ง 5 ขั้นตอนตามโปรแกรม บางรายสอนคนอื่นทำต่อ เนื่องจากต้องไปทำงานจากการติดตาม 4 ครั้ง ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับใหม่หรือเพิ่มระดับเป็นอย่างดี แต่ด้วยปัจจัยทางครอบครัวและตัวผู้ป่วยเองจึงปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน ส่วนความพึงพอใจของผู้ใช้โปรแกรมภาพรวมอยู่ในระดับมาก แสดงถึงความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับเนื่องจากมีขั้นตอนและการปฏิบัติที่ชัดเจน สรุปว่าการใช้โปรแกรมการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด มีเวลาเต็มที่ในการดูแล จึงจะได้ผลตามสมมุติฐานและตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนี้ มีขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอนชัดเจน ควรกำหนดเป็นกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ควรให้ความสำคัญเน้นบทบาทและมอบหมายให้ชัดเจน โดยเฉพาะผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และควรสร้างความประทับใจ ควรให้คำแนะนำ สอนสาธิต ร่วมกันทำงานกับผู้ดูแล และทีมเยี่ยมบ้านวางแผนการดูแลให้เหมาะสม แก้ไขปัญหาไว้ล่วงหน้าในกรณีที่ไม่สามารถทำได้ ดังนั้นผู้นำทีมการพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและทีมเยี่ยมบ้านควรร่วมมือในการสร้างแนวทางปฏิบัติเดียวกันนำผลของการวิจัยสู่การสร้างคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ สู่การนิเทศทางการพยาบาลให้เป็นระบบ และเพิ่มการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น และศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อนำมาขยายผลการศึกษาให้ใช้ประโยชน์มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาแบบ 2 กลุ่ม หรือศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในการดูแลที่บ้านโดยปรับขั้นตอนให้ชัดเจน และควรวางแผนในการประเมินหรือเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลให้เหมาะสมมากขึ้น เนื่องจากการประเมินและการเก็บข้อมูลจากการดูแลที่บ้าน พบว่ามีสิ่งรบกวนไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ ผู้ดูแลไม่ได้ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ได้รับการสอนสาธิต มีความเหนื่อยล้าในการดูแลเพราะมีปัญหาด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจต้องออกไปทำงานด้วย การวิจัยเชิงคุณภาพจะช่วยให้ได้ข้อมูลปัจจัยของปัญหาที่แท้จริง และนำสู่การวางแผนร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านและวางแผนก่อนจำหน่ายกลับบ้านให้มีคุณภาพมากขึ้น

รายการอ้างอิง (References)

Chobchuen, R. (2013). Nursing Care in Pressure Sore. *Srinagarind Medical Journal, 28*(4), 41 - 46. https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/14754

Chulari, S., Jiannai, C., Petcharoj, S., & Duangnet, C. (2023). Caring for pressure sores in critically ill patients: the role of the critical care nurse. *Journal of Health and Nursing Education, 29* (1), 1 - 15. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/260853

Ketsumphan, Y., & Chuangsawatsa, S. (2009). *Pressure sore care: the science and art of nursing*. Siriraj Hospital.

Kuribayashi, K., Takeuchi, H., Endo, Y., Tomita, S., & Nishikouri, Y. (2018). Macrogol versus Vaseline in the treatment of superficial sacral pressure ulcers: A retrospective, Comparative study. *An Official Journal of the Japan Primary Care Association*, 41(2), 60 - 64. http://doi.org/10.14442/generalist.41.60

Ngamprasert, M. (2015*). Risk factors for pressure ulcers in elderly patients admitted to hospitals*. [Master's thesis]. Mahidol University.

Phungsiri, P. (2016). The Effect of Utilizing Work Instruction for Incontinence Associated Dermatitis in High-Risk Patient. *Regional Medical Journal 11*, 30(1), 59 - 67. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article/view/177566

Thaipradit, S., Sae-Sia, W., & Traniwattananon, P. (2014). Impact of a Skin Humidity Control Programme on Skin Intergrity and Pressure Ulcers in Elderly Patients with Pressure Ulcer Risks. *Thai Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council, 29*(1), 43 - 54. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/18617

Wajiset, A.N. (2016). Nutritional status in patients with ulcers. *Siriraj Nursing Journal, 42*(1), 141 - 150.

Yonjorhor, N., Darathip, P., & Chuangnak, P. (2017). Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Preventing of Pressure Ulcer in Ward 5, Internal Medicine at Bamrasnaradura Infectious Disease Institute. *Journal of Bamrasnaradura infectious Diseases Institute, 11*(3),1 - 12. https://he01.tci-thaijo.org/index. php/bamrasjournal/article/view/212840

การสร้างเสริมพลังอำนาจของสถานศึกษาและครอบครัวในการดูแลบุคคลออทิสติก ใน 5 จังหวัดชายแดนใต้

Promoting Empowerment of School and Family in Caring for Persons with Autism in Five Southern Border Provinces

พาตีเมาะ นิมา[1*], ฮาซานะ ไพเราะ[1], อัศลี สนิทกุล[1], นันทิยา โข้ยนึ่ง[1],
ซัยนูรดีน นิมา[2], รอกิ เจ๊ะเต๊ะ[2], เกษมสุข พสุนธราธรรม[3]
Patimoh Nima[1*], Hasanah Piroh[1], Aslee Sanitsakul[1], Nantiya Khoynueng[1],
Zainurdin Nima[2], Roki Jehte[2], Kasemsuk Pasuntharatham[3]

(Received: January 8, 2024; Revised: May 3, 2024; Accepted: May 31, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของสถานศึกษาในการจัดทำหลักสูตรการศึกษาด้านอาชีพสำหรับบุคคลออทิสติก ความต้องการของครอบครัวในการดูแลบุคคลออทิสติก และการส่งเสริมพลังอำนาจของสถานศึกษาและครอบครัวในการดูแลบุคคลออทิสติกใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ คือ จังหวัดนราธิวาส ยะลา ปัตตานี สงขลา และสตูล กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ บุคลากรครู ประกอบด้วย ผู้บริหารโรงเรียน ครูจากโรงเรียนศึกษาพิเศษเขตพัฒนาพิเศษเฉพาะกิจจังหวัดชายแดนภาคใต้ ศูนย์การศึกษาพิเศษ อาชีวศึกษา วิทยาลัยชุมชน โรงเรียนคู่ขนานระดับประถมศึกษา จำนวน 100 คน และผู้ดูแลในชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติก จำนวน 77 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มและประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนานวัตกรรมการดูแลบุคคลออทิสติก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

[1]Nursing Faculty, Prince of Songkla University Pattani

[2]คณะวิทยาการอิสลาม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

[2]Faculty of Islamic Sciences, Prince of Songkla University Pattani

[3]โรงเรียนศึกษาพิเศษเขตพัฒนาพิเศษเฉพาะกิจจังหวัดชายแดนภาคใต้

[3] Special Education School Development in the Special Development Zone of Southern Border Provinces.

[*]Corresponding author: Patimoh_nima@hotmail.com

ผลการวิจัย พบว่า หลังจากการส่งเสริมพลังอำนาจแก่สถานศึกษาและครอบครัวในการดูแลบุคคลออทิสติกใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ เกิดการพัฒนานวัตกรรม 2 รูปแบบ คือ บุคลากรครูจัดทำหลักสูตรฝึกอาชีพระยะสั้น ห้องเรียนคู่ขนานสำหรับบุคคลออทิสติกในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาอาชีวศึกษาและวิทยาลัยชุมชน และผู้ดูแลจัดทำนวัตกรรมเพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ปกครองในการดูแลบุคคลออทิสติกที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละชมรม ได้แก่ 1) แอปพลิเคชันสำหรับพัฒนาศักยภาพบุคคลออทิสติก (Thai-APDA) 2) หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ E-book: Social Story 3) หมากขุมประเทืองปัญญา 4) หนังสือของฉัน (Buku Saya) 5) การทำเกษตรยกร่องบนพื้นกระเบื้อง

คำสำคัญ: การส่งเสริมพลังอำนาจสถานศึกษาและครอบครัว, การดูแลบุคคลออทิสติก, 5 จังหวัดชายแดนใต้

Abstract

The purposes of this participatory action research were to determine whether it would be feasible for schools to develop curricula that would address the needs of families in providing care for persons with autism, the occupation of persons with autism as well as to empower families and schools to support persons with autism in five southern border provinces: Naradhiwas, Yala, Pattani, Songkla, and Satun. Two groups of samples were created: one group consisted of 100 persons of administrative staff members, teachers from the special development zone of southern boarder provinces, special education centers, vocational education, community colleges, parallel elementary schools, and 77 caregivers from club members who are parents of persons with autism. Samples were selected using purposive sampling in accordance with the necessary requirements. Focus group discussions and workshop meetings were utilized for data collecting to foster creativity in caring for persons with autism. Content analysis was applied in data analysis.

The findings showed that following a program to empower schools and families to care for persons with autism in five southern border provinces, two types of innovations were developed: 1) Teacher personnels developed school parallel short course learning curriculum for persons with autism in schools under the vocational education commission and community college; and 2) Caregivers created innovations that were suitable for each club to increase the effectiveness of parents in caring for persons with autism. These innovations included: 1) The application of improving

efficacy of persons with autism (Thai-APDA); 2) E-book: Social Story; 3) Enhanced wisdom Mancala; 4) My book; and 5) Farming on tiled floors.

Keywords: Promoting empowerment of school and family, Caring for persons with autism, Five southern border provinces

บทนำ

โรคออทิสติก (Autism spectrum disorder: ASD) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติด้านพัฒนาการทางสมองที่ล่าช้า 3 ด้านคือ ด้านสังคม การพูดหรือด้านสื่อสาร และพฤติกรรม ผลการศึกษาทั่วโลก พบว่า จำนวนบุคคลออทิสติกทั่วโลกเพิ่มมากขึ้นเป็น 6 ใน 1,000 คน ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ในเด็ก 1,000 คนจะมีเด็กออทิสติก 23 คน เด็กชายจะมีแนวโน้มเป็นออทิสติกมากกว่าเด็กหญิง 5 เท่าตัว (Centers for Disease Control and Prevention, 2022) ซึ่งประเทศไทยพบอัตราป่วยโรคออทิสติกได้ 6 คนในประชากรทุก ๆ 1,000 คน คาดว่าทั่วประเทศจะมีเด็กป่วยเป็นโรคนี้ประมาณ 300,000 คน ในจำนวนนี้ยังเข้าถึงบริการน้อยมาก ประมาณร้อยละ 10 หรือเพียงปีละ 30,000 กว่าคนเท่านั้น (Rajavithi Hospital, 2017) และบุคคลกลุ่มนี้ไม่สามารถสื่อสารทั้งความต้องการและความรู้สึกของตน การเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะชีวิตไม่เป็นไปตามพัฒนาการ มีความบกพร่องในการดูแลตนเองไม่ว่าจะเป็นด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างและด้านสิ่งแวดล้อม ระดับความรุนแรงของโรคแต่ละคนจะไม่เท่ากัน และร้อยละ 33 จะมีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมด้วย (Zeidan et al., 2022) ซึ่งโรคออทิสติกเป็น 1 ใน 4 ของโรคทางจิตเวชในเด็กที่พบได้บ่อย เด็กเหล่านี้จะเริ่มเห็นความผิดปกติตั้งแต่อายุ 1 - 2 ขวบ ลักษณะที่สำคัญคือไม่สบตา ไม่พาที และไม่ชี้นิ้ว ผู้ปกครองมักจะให้ความสนใจเกี่ยวกับการเจริญเติบโตทางร่างกายเป็นหลัก ไม่ค่อยสนใจเรื่องพัฒนาการของเด็กและเข้าใจผิดคิดว่าพัฒนาการเด็กจะเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ทำให้เด็กขาดโอกาสในการรับความช่วยเหลือในการกระตุ้นพัฒนาการตั้งแต่แรกเริ่ม (Early intervention) ซึ่งจะส่งผลต่อไอคิวและการเรียนของเด็กเมื่อโตขึ้น เพราะหากเด็กออทิสติกมีอายุมากขึ้นและไม่ได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จะยิ่งมีความรุนแรงของอาการทางอารมณ์และสังคมเพิ่มมากขึ้น (Beurkens et al., 2013)

จากผลการวิจัย พบว่า การบำบัดทางการพยาบาลระยะแรกเริ่มประกอบด้วยการเล่นบำบัด กลุ่มสร้างเสริมพลังอำนาจ กลุ่มสร้างเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกด้านการเคลื่อนไหวและกล้ามเนื้อมัดเล็ก และการให้คำปรึกษารายบุคคล ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของอาการออทิสติกหลังได้รับการบำบัดทางการพยาบาลระยะแรกเริ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0 .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการบำบัดทางการพยาบาลระยะแรกเริ่มสามารถนำมาใช้เพื่อลดความรุนแรงของอาการออทิสติกได้

(Thongpetch et al., 2019) และการช่วยเหลือบุคคลออทิสติกให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพของตน จำเป็นต้องมีการช่วยเหลือจากครอบครัว การประสานความร่วมมือจากโรงเรียน การเสริมสร้างความสามารถของบุคคลออทิสติก และการบำบัดทั้งแก่บุคคลออทิสติกและผู้ดูแลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี (Jull & Mirenda, 2011) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข พบว่า บุคคลออทิสติกช่วงอายุ 2 - 5 ปี มีการเข้าถึงการบริการของรัฐเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 53 (Sirirutraykha, 2023) โดยการเน้นและให้ความสำคัญในการพัฒนาทักษะการสื่อสารในกลุ่มบุคคลออทิสติกที่มีความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา ซึ่งหากมีทักษะการสื่อสารที่ดีก็จะเพิ่มโอกาสทางการเรียนรู้ ลดปัญหาพฤติกรรม และทำให้เขามีทักษะการปรับตัวโดยรวมดีขึ้น (Hosiri et al., 2022) และการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการบำบัดรักษาเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง เพราะครอบครัวต้องมีบทบาทหลักในกระบวนการดูแลช่วยเหลือบุคคลออทิสติกอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างพลังของครอบครัว โดยบุคลากรทางการแพทย์จะให้คำปรึกษาผู้ปกครอง เพื่อลดความรู้สึกผิด สับสนและการโทษตนเองของผู้ปกครอง (Kunlaka, 2018) รวมทั้งช่วยเสริมสร้างให้ผู้ปกครองมีพลังและความพร้อมพอที่จะเผชิญกับอุปสรรคต่าง ๆ ในการดูแลลูกได้อย่างต่อเนื่อง และเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง นอกจากนั้น ตามพระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2551 มาตรา 8 กำหนดให้สถานศึกษาในทุกสังกัดจัดทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล โดยให้สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นพิเศษของคนพิการแต่ละประเภท และต้องมีการปรับปรุงแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคลอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง เพื่อเปิดโอกาสให้ได้รับการบริการและความช่วยเหลือทางการศึกษาเป็นพิเศษตั้งแต่แรกพบความพิการ เป็นไปอย่างทั่วถึงทุกระบบและทุกระดับการศึกษา (Office of the Council of State, 2008)

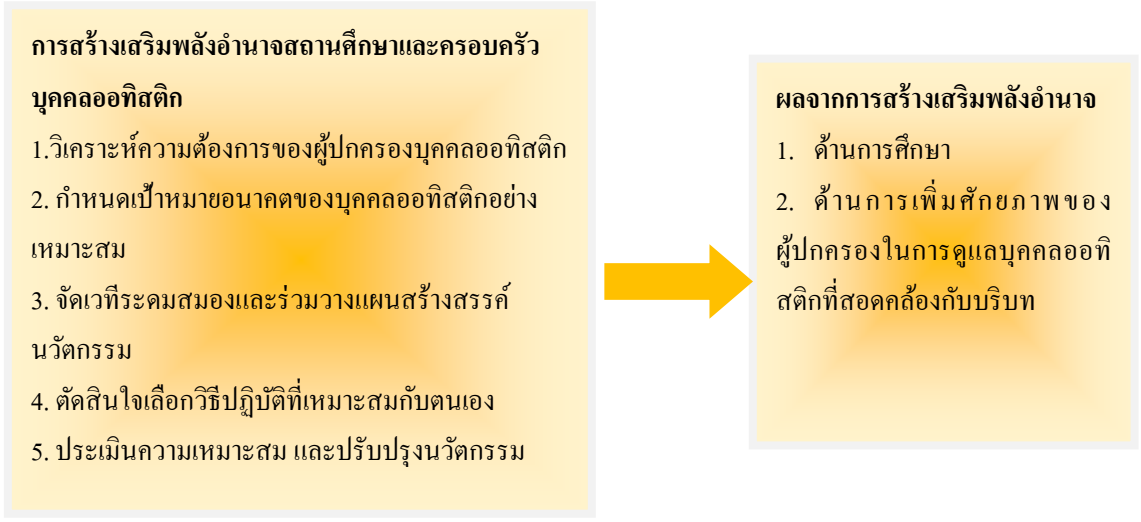
ผู้วิจัยมีประสบการณ์การดูแลบุคคลออทิสติกและทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวบุคคลออทิสติกในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นมุสลิม มีวิถีในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ยึดถือและปฏิบัติตามหลักการศาสนา เมื่อบุตรจบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ก็ไม่ประสงค์จะส่งไปศึกษาต่อในโรงเรียนเฉพาะบุคคลพิการที่เป็นโรงเรียนประจำ เพราะเกรงว่าอาจทำให้บุตรต้องห่างเหินจากการเอาใจใส่และขาดการกระตุ้นเตือนในการทำศาสนกิจ แต่ต้องการให้บุตรได้เรียนร่วมกับเด็กทั่วไป ครั้นเมื่อจะส่งบุตรเข้าศึกษาต่อในระดับมัธยมศึกษาหรืออาชีวศึกษาในสถาบันการศึกษาใกล้บ้านก็ต้องพบกับความผิดหวังที่ถูกปฏิเสธจากโรงเรียนเหล่านั้น โดยมักกล่าวอ้างว่าสถาบันการศึกษาไม่มีความพร้อมด้านครูผู้สอน และหลักสูตรการเรียนการสอนที่จะรองรับเด็กออทิสติกหรือเด็กพิเศษประเภทอื่นๆเข้ามาเรียนร่วมด้วย พ่อแม่จึงต้องจำยอมให้บุตรอยู่แต่ในบ้าน ทำให้พวกเขาต้องสูญเสียโอกาสทางการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น ไม่สามารถทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนๆในวัยเดียวกันได้ และขาดการกระตุ้นพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผลให้มีพฤติกรรมถดถอยลงโดยไม่มีทางเลือก ซึ่งเป็นความเหลื่อมล้ำทางการ

ศึกษาที่เกิดขึ้นมาเป็นระยะเวลานานแล้ว ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงการสูญเสียสิทธิประโยชน์ด้านต่าง ๆ ดังกล่าว จึงได้จัดทำโครงการวิจัยการส่งเสริมพลังอำนาจสถานศึกษาและครอบครัวในการดูแลบุคคลออทิสติกใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลให้สามารถดูแลบุคคลออทิสติกได้อย่างเหมาะสม และสถานศึกษาสามารถตอบสนองนโยบายของรัฐบาลในการยกระดับคุณภาพการศึกษา การสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมทางการศึกษาทุกช่วงวัย และเป็นทางเลือกทางการศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะอาชีพ เพิ่มความสามารถในการแข่งขันแก่ผู้มีความต้องการจำเป็นพิเศษและผู้ด้อยโอกาสทางการศึกษาสามารถสร้างอาชีพ มีรายได้ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความเป็นไปได้ของสถานศึกษาในการจัดหลักสูตรการศึกษาด้านอาชีพสำหรับบุคคลออทิสติกใน 5 จังหวัดชายแดนใต้
2. ศึกษาความต้องการของครอบครัวในการดูแลบุคคลออทิสติกใน 5 จังหวัดชายแดนใต้
3. ศึกษาผลของการส่งเสริมพลังอำนาจของสถานศึกษาและครอบครัวในการดูแลบุคคลออทิสติกใน 5 จังหวัดชายแดนใต้

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบการวิจัยการส่งเสริมพลังครอบครัวและชุมชนในการดูแลเด็กและวัยรุ่นออทิสติก ซึ่งดัดแปลงจากแนวคิดของ Gibson (1993)

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยชุดเรื่อง โครงการรูปแบบการส่งเสริมพลังครอบครัวและชุมชนในการดูแลเด็กและวัยรุ่นออทิสติกใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย 1 ปี 6 เดือน ระหว่างเดือนตุลาคม 2563-พฤษภาคม 2565

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ ครูที่ปฏิบัติหน้าที่ในการสอนนักเรียนทั่วไปหรือนักเรียนผู้พิการได้แก่ ออทิสติก ความพิการทางสติปัญญา และความพิการทางการเรียนรู้และผู้ที่มีความเกี่ยวข้องเป็นผู้ดูแล ทั้งเพศชายและหญิง ไม่จำกัดอายุ สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยในทุกกิจกรรม และอาศัยในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดนราธิวาส ยะลา ปัตตานี สงขลา และสตูล โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) บุคลากรครู ประกอบด้วย ผู้บริหารโรงเรียน จำนวน 5 คน ครูจากโรงเรียนศึกษาพิเศษ เขตพัฒนาพิเศษเฉพาะกิจจังหวัดชายแดนภาคใต้ และศูนย์การศึกษาพิเศษ จำนวน 50 คน ครูจากสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาอาชีวศึกษาจำนวน 25 คน ครูจากสังกัดวิทยาลัยชุมชน จำนวน 10 คน ครูจากโรงเรียนคู่ขนานระดับประถมศึกษา จำนวน 10 คน 2) ผู้ดูแลบุคคลออทิสติกในชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัดนราธิวาส ยะลา ปัตตานี สงขลา และสตูล จำนวน 77 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาโครงการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี โครงการวิจัยเลขที่ psu.pn. 1 – 002 / 64 ก่อนการนำกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย คณะผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลโดยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย และชี้แจงรายละเอียดในการเข้าร่วมการวิจัยให้เป็นไปตามความสมัครใจ พร้อมให้ลงลายมือชื่อในเอกสาร เพื่อแสดงความ ยินยอมและสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการจัดประชุมชี้แจงโครงการแก่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 จังหวัด แนะนำคณะผู้วิจัย อธิบายวัตถุประสงค์การทำวิจัย และอธิบายขั้นตอนกิจกรรมการสร้างพลังอำนาจในการดูแลบุคคลออทิสติกตามบทบาทความรับผิดชอบของสถานศึกษาและผู้ดูแล และนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างพลังอำนาจโดยดัดแปลงตามแนวคิดของ Gibson (1993) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ความต้องการของผู้ปกครองในชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติก

1.1 จัดประชุมสร้างความเข้าใจและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยแก่ผู้ดูแลบุคคลออทิสติกในชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกในแต่ละจังหวัด และจัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อวิเคราะห์ความต้องการ และค้นหาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลบุคคลออทิสติก

1.2 จัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) แก่บุคลากรครูในแต่ละจังหวัด เพื่อทบทวนบทบาทการสอนและความเป็นไปได้ในการจัดการเรียนการสอนแก่นักเรียนบุคคลออทิสติก รวมทั้งนักเรียนที่มีการเรียนรู้บกพร่อง และพิการทางสติปัญญา

1.3 คณะผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม วางแผนงานการดำเนินการวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นทำการศึกษาจนกระทั่งเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

2. กำหนดเป้าหมายอนาคตของบุคคลออทิสติกอย่างเหมาะสม

2.1 จัดกิจกรรมการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) แก่ผู้ดูแลบุคคลออทิสติกในชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกในแต่ละจังหวัด

2.2 จัดกิจกรรมการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) แก่บุคลากรครูในแต่ละจังหวัด

2.3 จัดการประชุมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะออทิสซึมแก่องค์กรภาคประชาสังคมที่ขับเคลื่อนในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้ เพื่อให้องค์กรเหล่านั้นได้ให้ข้อเสนอแนะวิธีการดูแลบุคคลเหล่านี้เพิ่มเติม และเห็นถึงความสำคัญของบทบาทการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือสนับสนุนดูแลบุคคลออทิสติกในชุมชน ตลอดจนช่วยเป็นกระบอกเสียงให้สังคมได้รับรู้และเข้าใจลักษณะของบุคคลออทิสติก เพื่อเปิดพื้นที่แก่บุคคลเหล่านี้ให้สามารถทำกิจกรรมในสังคมอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป

3. จัดเวทีระดมสมองและร่วมวางแผนสร้างสรรค์นวัตกรรม

3.1 จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) แก่ผู้ดูแลบุคคลออทิสติกในชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกในแต่ละจังหวัด โดยประธานชมรมทำหน้าที่เป็นผู้จัดการประชุมในชมรมของตนเอง เพื่อระดมความคิดเห็นของผู้ปกครองในการจัดทำนวัตกรรมที่จะช่วยพัฒนาศักยภาพในการดูแล และส่งเสริมพัฒนาการของบุคคลออทิสติกทั้งที่อยู่ที่บ้านและโรงเรียนให้ดีขึ้น

3.2 จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) แก่บุคลากรครูในแต่ละจังหวัด เพื่อระดมสมองจัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนสำหรับนักเรียนออทิสติก รวมทั้งนักเรียนที่มีการเรียนรู้บกพร่องและพิการทางสติปัญญา โดยการรับสมัครกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรครูทั้ง 5 จังหวัด เพื่ออาสาเป็นคณะจัดทำร่างหลักสูตร

4. การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง

4.1 ประธานชมรมและผู้ดูแลบุคคลออทิสติกในชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกของแต่ละจังหวัดจัดการประชุม เพื่อตัดสินใจเลือกการจัดทำนวัตกรรมที่จะช่วยพัฒนาศักยภาพผู้ปกครองในการดูแล และส่งเสริมพัฒนาการของบุคคลออทิสติกที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

4.2 บุคลากรครูจังหวัดยะลาอาสาเป็นทีมหลักในการจัดทำร่างหลักสูตร โดยการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เพื่อเลือกรายวิชาที่จะนำมาเขียนเป็นร่างหลักสูตร ส่วนบุคลากรครูในจังหวัดนราธิวาส ปัตตานี สงขลา และสตูลเป็นผู้วิพากษ์หลักสูตรและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

5. ประเมินความเหมาะสม และปรับปรุงนวัตกรรม

5.1 นำร่างหลักสูตรการเรียนการสอนให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการจัดการเรียนการสอนผู้พิการ จำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความสอดคล้องของเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

5.2 คณะผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรครูในจังหวัดยะลาเป็นผู้รวบรวมข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไขร่างหลักสูตรการเรียนการสอนตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและจัดทำเล่มสมบูรณ์เพื่อทดลองจัดการเรียนการสอนแก่นักเรียนออทิสติก รวมทั้งนักเรียนที่มีการเรียนรู้บกพร่อง และพิการทางสติปัญญาในระยะต่อไป

5.3 นำนวัตกรรมของผู้ดูแลในแต่ละชมรมให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลเด็กพิเศษ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและความถูกต้องของการใช้งาน พร้อมให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

5.4 จัดการประชุมเชิงปฏิบัติ (Workshop) ในแต่ละจังหวัด เพื่อให้ผู้ดูแลในแต่ละชมรมได้ทำการปรับปรุงแก้ไขนวัตกรรมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและจัดทำชิ้นงานที่สมบูรณ์ เพื่อทดลองใช้กับบุคคลออทิสติก รวมทั้งบุคคลที่มีการเรียนรู้บกพร่อง และพิการทางสติปัญญาในชมรมตนเองในระยะต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรครูและผู้ดูแลบุคคลออทิสติกใน 5 จังหวัดชายแดนใต้

2. ประเด็นในการทำกิจกรรมสนทนากลุ่มของบุคลากรครูใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ เกี่ยวกับการทบทวนบทบาทการสอนและความเป็นไปได้ในการจัดการเรียนการสอนแก่นักเรียนที่เป็นบุคคลออทิสติก รวมทั้งนักเรียนที่มีการเรียนรู้บกพร่อง และพิการทางสติปัญญา จำนวน 10 ข้อ แยกเป็น 4 ด้าน

คือ 1) ด้านนักเรียน 2 ข้อ 2) ด้านสภาพแวดล้อม 2 ข้อ 3) ด้านกิจกรรมการเรียนการสอน 5 ข้อ 4) ด้านสื่อการสอน 1 ข้อ

3. ประเด็นในการทำกิจกรรมสนทนากลุ่มของผู้ดูแลใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ เกี่ยวกับการวิเคราะห์ความต้องการ และค้นหาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลบุคคลออทิสติก จำนวน 5 ข้อ

4. แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาอธิบายคุณลักษณะของข้อมูล กลุ่มตัวอย่าง

2. วิเคราะห์มูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอนคือ 1) การจัดระบบระเบียบของข้อมูล (Data organization) 2) การให้รหัสข้อมูล (Data coding) 3) การจัดกลุ่มข้อมูล (Data clustering) 4) การหาความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างกลุ่มข้อมูลที่ได้เพื่อสร้างบทสรุปของความเป็นไปได้ของสถานศึกษาในการจัดหลักสูตรการศึกษาด้านอาชีพ ความต้องการของครอบครัว และผลของการส่งเสริมพลังอำนาจของสถานศึกษาและครอบครัวในการดูแลบุคคลออทิสติกในห้าจังหวัดชายแดนใต้

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรครู ส่วนใหญ่สอนในโรงเรียนเรียนร่วม ร้อยละ 73.3 ห้องคู่ขนานและห้องเรียนทั่วไป ร้อยละ 23.2 สอนในโรงเรียนการศึกษาพิเศษ ร้อยละ 2.6 สอนในสถาบันการศึกษาอาชีวศึกษาและวิทยาลัยชุมชน และร้อยละ 1.3 เป็นผู้บริหารโรงเรียน มีอายุในช่วงระหว่าง 21 - 30 ปี ร้อยละ 84.7 เป็นเพศหญิง มีภูมิลำเนาอาศัยในจังหวัดสงขลามากที่สุด รองลงมาอาศัยในจังหวัดปัตตานี ยะลา สตูล และนราธิวาส ตามลำดับ ส่วนใหญ่ร้อยละ 51.5 ไม่มีประสบการณ์การสอนเด็กออทิสติกหรือเด็กพิเศษประเภทอื่นๆ และร้อยละ 46.9 ไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการสอนบุคคลเหล่านี้ ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 76.9 ที่เข้าร่วมโครงการ ร้อยละ 34.6 เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 32.1 มีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี ร้อยละ 83.3 มีสถานภาพอยู่ด้วยกัน และมีภูมิลำเนาอาศัยในจังหวัดสงขลามากที่สุด รองลงมาอาศัยในจังหวัดยะลา ปัตตานี สตูลและนราธิวาส ร้อยละ 65.4 นับถือศาสนาอิสลาม และร้อยละ 34.1 นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ร้อยละ 32.1 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา รองลงมาร้อยละ 28.2 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และร้อยละ 25.6 จบระดับมัธยมศึกษา ตามลำดับ ร้อยละ 62.8 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือนแต่ไม่มีเหลือเก็บ แต่ละครอบครัวร้อยละ 88.5 จะมีบุตรออทิสติกเพียง 1 คนเท่านั้น และร้อยละ 61.5 ได้ดูแลบุตรออทิสติกมาแล้ว 10 - 15 ปี ร้อยละ 61.5 ต้องเสียค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการบำบัดรักษาบุตรต่ำกว่า 5,000 บาท มีเพียงร้อยละ 2.6 ที่เสียค่าใช้จ่ายมากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน

ความเป็นไปได้ของสถานศึกษาในการจัดหลักสูตรการศึกษาด้านอาชีพสำหรับบุคคลออทิสติกใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ บุคลากรครูมีความคิดเห็นพ้องกันในความจำเป็นในการจัดการเรียนการสอนด้านอาชีพแก่บุคคลออทิสติกที่จบการศึกษาระดับภาคบังคับ คือ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โดยเป็นหลักสูตรการเรียนการสอนที่สามารถใช้ได้กับผู้พิการทุกประเภท และมุ่งเน้นให้สถานศึกษาในระดับประถมศึกษามีแนวทางการเตรียมทักษะการฝึกอาชีพ เพื่อให้ฝึกทักษะและสร้างประสบการณ์การทำงานในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากสถานศึกษาสู่การมีงานทำ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการศึกษาด้านอาชีพของผู้พิการทั้งในและนอกระบบการศึกษา และบรรจุหลักสูตรในระบบการเรียนการสอนในรูปแบบการฝึกอบรมระยะสั้น เมื่อศึกษาจบตามหลักสูตรที่กำหนดจะได้รับประกาศนียบัตรการอบรมฝึกอาชีพระยะสั้นของสถาบันการศึกษาอาชีวหรือวิทยาลัยชุมชนนั้น ๆ ใช้ในการประกอบหลักฐานการสมัครงาน และสามารถเทียบโอนหน่วยกิตในการศึกษาต่อเนื่องในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) และระดับสูงขึ้นไป เพื่อสร้างอาชีพและมีรายได้เป็นของตนเองในอนาคต

ความต้องการของครอบครัวในการดูแลบุคคลออทิสติกใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ ผู้ดูแลต้องการเครื่องมือที่เหมาะสมกับสภาพของบุคคลออทิสติก การเรียนรู้บกพร่อง และพิการทางสติปัญญา ที่สามารถช่วยพัฒนาศักยภาพของตนในการดูแลบุตร และช่วยส่งเสริมพัฒนาการของบุตรที่อยู่ที่บ้านและในโรงเรียนให้ดีขึ้น

ผลของการส่งเสริมพลังอำนาจของสถานศึกษาและครอบครัวในการดูแลบุคคลออทิสติกใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ โดยกลุ่มตัวอย่างได้จัดทำนวัตกรรม 2 รูปแบบ ดังนี้

รูปแบบที่ 1 บุคลากรครูได้จัดทำนวัตกรรมด้านการศึกษา พัฒนาร่างหลักสูตรการเรียนการสอนห้องเรียนฝึกอาชีพคู่ขนานสำหรับวัยรุ่นพิการและออทิสติก ซึ่งเป็นหลักสูตรระยะสั้น ประกอบด้วย 6 หลักสูตร หรือเรียกว่า “หลักสูตร 5 + 1” กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างในวิทยาลัยการอาชีพนครยะลาเป็นคณะผู้ร่างหลักสูตรประกอบด้วย 5 หลักสูตร ได้แก่ 1) หลักสูตรคอมพิวเตอร์ 2) หลักสูตรงานประดิษฐ์ของใช้จากผ้า 3) หลักสูตรจัดช่อดอกไม้แสดงความยินดี 4) หลักสูตรนวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพ 5) หลักสูตรขนมไทย และอีก 1 หลักสูตรโดยวิทยาลัยชุมชนยะลาเป็นคณะผู้ร่างหลักสูตร คือ หลักสูตรสาขาวิชาเกษตรศาสตร์ ซึ่งได้รับการพิจารณาอนุมัติจากอนุกรรมการวิชาการวิทยาลัยชุมชนยะลาในการประชุมครั้งที่1 / 2565 และปัจจุบันได้รับการบรรจุเป็นหลักสูตรระยะสั้นของวิทยาลัยชุมชนยะลาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

รูปแบบที่ 2 ผู้ดูแลได้จัดทำนวัตกรรมด้านการเพิ่มศักยภาพของผู้ปกครองในการดูแลบุคคลออทิสติกที่สอดคล้องกับบริบท โดยผู้ดูแลในชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติก 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

สามารถพัฒนานวัตกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการและทักษะด้านต่าง ๆ ของบุคคลออทิสติก การเรียนรู้ บกพร่อง และพิการทางสติปัญญา ใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ ดังนี้

1. ผู้ดูแลในชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัดปัตตานีพัฒนานวัตกรรมเป็นแอปพลิเคชันสำหรับพัฒนาศักยภาพบุคคลออทิสติก (Thai-APDA) ด้านการพูดและการสื่อสาร สามารถเลือกใช้ภาษาได้ทั้งภาษาไทย ภาษาอังกฤษ และภาษามาลายู

2. ผู้ดูแลในชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัดสงขลาพัฒนานวัตกรรมเป็นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ Ebook: Social Story ประกอบเสียงภาษาไทย ภาษาอังกฤษ และภาษามาลายู เรื่องไปเซเว่นสำหรับลูกออทิสติก เพื่อฝึกทักษะการรอคอยและพัฒนาทักษะการเลือกซื้อสิ่งของต่าง ๆ ในร้านสะดวกซื้อเซเว่นอีเลฟเว่น หรือห้างร้านทั่วไป

3. ผู้ดูแลในชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัดยะลาพัฒนานวัตกรรมเป็นหมากขุมประเทืองปัญญา เพื่อพัฒนาสมาธิ การนับเลข การแยกแยะสี

4. ผู้ดูแลในชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัดนราธิวาสพัฒนานวัตกรรมเป็นหนังสือของฉัน (Buku Saya) ชวนน้องออทิสติกอ่านหนังสือ เพื่อพัฒนาทักษะการอ่านและการสื่อสาร

5. ผู้ดูแลในชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัดสตูลพัฒนานวัตกรรมโดยการทำเกษตรยกร่องบนพื้นกระเบื้อง เพื่อพัฒนาการเรียนรู้ทักษะทางสังคม ฝึกกล้ามเนื้อมัดเล็ก กล้ามเนื้อมัดใหญ่ และทักษะการสื่อสาร

อภิปรายผล

การจัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนระยะสั้นด้านอาชีพห้องเรียนคู่ขนานสำหรับบุคคลออทิสติก ซึ่งได้ผ่านการวิเคราะห์และพิจารณาร่วมกันของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรครูจากหลักสูตรการอาชีพจำนวนมากกว่าร้อยหลักสูตรของสถาบันการศึกษาต่าง ๆ จนสามารถเลือกมาจัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนได้ 6 หลักสูตร และกำหนดให้มีผู้ดูแลมาเรียนร่วมด้วยในบทบาทการเป็นพี่เลี้ยง (Job coach) เพื่อช่วยเหลือและดูแลให้บุคคลออทิสติกได้เรียนรู้และแสดงศักยภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยหลักสูตรดังกล่าวไม่เพียงแต่สามารถใช้ในการจัดการเรียนการสอนสำหรับกลุ่มบุคคลออทิสติกเท่านั้น แต่สามารถใช้กับผู้พิการทุกประเภทได้เช่นกัน ทั้งนี้ เพราะหลักสูตรได้กำหนดสื่อการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับผู้พิการแต่ละประเภทไว้ด้วย และเหมาะสำหรับการเตรียมความพร้อมในการศึกษาด้านอาชีพของบุคคลออทิสติกและผู้พิการ ที่มีอายุตั้งแต่ 15 - 37 ปี ในชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติก 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อสร้างอาชีพและมีรายได้เป็นของตนเองในอนาคต ตลอดจนสามารถเป็นทางเลือกหนึ่งของอาชีวะบำบัด (Occupational Therapy) โดยการฝึกปฏิบัติจะช่วยเพิ่มทักษะในด้าน

สังคม ส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญา กล้ามเนื้อ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้ สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการปรับปรุงการศึกษาคนพิการของประเทศสหรัฐอเมริกาที่วางแผนและกำหนดการเปลี่ยนผ่านจากสถานศึกษาสู่โลกของการทำงานจะต้องเริ่มขึ้นเมื่อนักเรียนอายุ 16 ปี หรืออายุน้อยกว่าหากพิจารณาว่าเหมาะสม (Turnbull et al., 2004) ซึ่งสถานศึกษาโดยเฉพาะในระดับมัธยมศึกษาควรจัดให้มีรายวิชาที่เตรียมพื้นฐานด้านอาชีพให้นักเรียนพิการในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากสถานศึกษาสู่การมีงานทำ เพื่อให้นักเรียนได้เตรียมตัวหรือพัฒนาศักยภาพสำหรับเรียนต่อในระดับอุดมศึกษาหรือระดับอาชีวศึกษาหรือนำไปประกอบอาชีพอิสระ (Sanrattana, 2019) ดังนั้น บุคคลออทิสติกและผู้พิการทุกประเภทควรได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านสังคม เพื่อให้สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้อย่างเต็มที่ไม่ถูกกีดกัน โดยรัฐบาลต้องพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน ครูผู้สอน การสนับสนุนครอบครัว ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องให้จัดการเรียนการสอนที่เหมาะสม จัดการบริการด้านการส่งเสริมสมรรถภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ครอบคลุมด้านสุขภาพ การจ้างงาน การศึกษา บริการทางสังคม และสามารถเข้าถึงบริการอุปกรณ์ ความช่วยเหลือ ตลอดจนการขจัดความยากจน มีอาชีพ สร้างรายได้จุนเจือตนเองและครอบครัว ย่อมช่วยทำให้บุคคลออทิสติกมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถทำงานมีรายได้ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เสมอภาคและเท่าเทียมบุคคลทั่วไป (Chokdamrongsuk, 2014)

นอกจากนั้น คณะนักวิจัยได้ร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่างในการระดมสมองสร้างสรรค์นวัตกรรมที่ยึดหลักการเสริมพลังอำนาจครอบครัว และการช่วยเหลือเฉพาะครอบครัว (Individualize Family Services plan : IFSP) ในการส่งเสริมพัฒนาการและศักยภาพของบุคคลออทิสติกที่จะช่วยให้กระบวนการช่วยเหลือบุคคลออทิสติกและครอบครัวมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ เพราะการมีส่วนร่วมของครอบครัวทำให้ผู้ดูแลมีความใกล้ชิดและอยู่กับบุตรมากขึ้น ช่วยเพิ่มทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุตรมากขึ้น ส่งผลให้ครอบครัวมีทักษะในการดูแลบุตรได้ดีขึ้น และมีความเครียดในการดูแลบุตรลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Muenphet et al., 2023) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัย พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กออทิสติกในกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมหลังการทดลองลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Phaengphomma et al., 2019) และคะแนนเฉลี่ยของอาการออทิสติกหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Punphong et al., 2019) บุคคลออทิสติกส่วนใหญ่ในแต่ละชมรมจะมีความบกพร่องของพัฒนาการด้านความเข้าใจและการใช้ภาษาในการสื่อสาร แต่จะสามารถเรียนรู้และจดจำรูปภาพได้ดี ดังนั้น การสร้างนวัตกรรมจึงเน้นการใช้ภาพและสัญลักษณ์เป็นสื่อในการสื่อสาร ได้แก่ Thai-APDA ของชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติก

จังหวัดปัตตานี, E-book : Social story ของชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัดสงขลา และ Buku Saya ของชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกจังหวัดนราธิวาส ทั้งนี้ เพราะบุคคลออทิสติกจะมีจุดแข็งในการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัวได้ดีที่สุด คือ การมองเห็นจากภาพและสัญลักษณ์ หากเขาสามารถเข้าใจในสิ่งที่ผู้อื่นต้องการให้เขาทำ เขาจะสามารถปฏิบัติได้เช่นเดียวกับเด็กทั่วไปได้ แต่หากเขาไม่เข้าใจในสิ่งที่คนอื่นบอก เขาก็จะเดินหนีไม่สนใจต่อคำสั่งหรือแสดงพฤติกรรมไม่พอใจอย่างมาก เพราะไม่สามารถสื่อสารให้คนอื่นเข้าใจความต้องการของตนได้ จึงเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์และเป็นอุปสรรคสำคัญในการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ดังนั้น การสื่อสารจึงนับว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการช่วยให้บุคคลออทิสติกสื่อความต้องการกับผู้อื่นได้ และเป็นทักษะสำคัญที่เพิ่มโอกาสทางการเรียนรู้ ลดปัญหาพฤติกรรมและทำให้เด็กมีทักษะด้านการปรับตัวโดยรวมดีขึ้น (Hosiri et al., 2022) แม้ว่าบุคคลออทิสติกจะมีปัญหาทางการสื่อสาร หากได้รับการพัฒนาศักยภาพตั้งแต่อายุยังน้อย (Early Intervention) จะช่วยให้เขาสามารถพัฒนาศักยภาพทางการเรียนรู้ และทักษะทางสังคมได้ (Whanset, 2009) ซึ่งจะส่งผลให้พวกเขาสามารถดำเนินชีวิตประจำวันในสังคมได้ตามศักยภาพอย่างมีความสุข

สรุป

การส่งเสริมพลังอำนาจสถานศึกษาและครอบครัวในการดูแลบุคคลออทิสติกใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ โดยการจัดทำหลักสูตรฝึกอาชีพระยะสั้น ห้องเรียนคู่ขนานสำหรับสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาอาชีวศึกษาและวิทยาลัยชุมชนเป็นการเตรียมความพร้อมในการศึกษาด้านอาชีพของบุคคลออทิสติกและผู้พิการทั้งในและนอกระบบการศึกษา เพื่อให้ฝึกทักษะและสร้างประสบการณ์การทำงานในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากสถานศึกษาสู่การมีงานทำ สามารถสร้างอาชีพและมีรายได้เป็นของตนเองในอนาคต และการจัดทำนวัตกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของบุคคลออทิสติก การเรียนรู้บกพร่อง และพิการทางสติปัญญา เพื่อกระตุ้นพัฒนาการด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา ช่วยพัฒนาทักษะทางสังคมและการสื่อสาร ซึ่งจะส่งผลให้เพิ่มโอกาสทางการเรียนรู้ ลดปัญหาพฤติกรรม และมีทักษะด้านการปรับตัวได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กระทรวงศึกษาธิการควรกำหนดนโยบายการอบรมครูที่ไม่เคยมีประสบการณ์การสอนบุคคลออทิสติก เพราะจะทำให้ครูได้เข้าใจพฤติกรรมและธรรมชาติของนักเรียนได้ดีขึ้น และมีความมั่นใจในการสอนเด็กนักเรียนเหล่านี้ ส่งผลให้การจัดการเรียนการสอนมีความเหมาะสมกับสภาพผู้เรียน

2. ครูผู้สอนควรมีการเตรียมความพร้อมของบุคคลออทิสติกในการสอนทักษะการทำงานที่มุ่งเน้นเพื่อเตรียมทักษะการทำงานที่สำคัญได้แก่ สมรรถนะทักษะ (Hard Skills) คือ ความรู้และความสามารถพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับนำไปใช้ในการทำงาน และจรณทักษะ (Soft Skills) คือ ความสามารถในด้านการสื่อสาร สังคม การแสดงออกทางพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้บุคคลออทิสติกทำงานและอยู่ร่วมกับผู้อื่นในขณะทำงานได้อย่างราบรื่น ส่งผลให้งานสำเร็จและมีความสุขในการทำงาน

3. ในการนำหลักสูตรมาจัดการการสอนควรจัดให้มีผู้สอนงานหรือพี่เลี้ยง (Job coach) แก่บุคคลออทิสติก เพื่อเป็นผู้ให้คำแนะนำช่วยเหลือ เสริมสร้างประสบการณ์และสร้างความมั่นใจแก่เพื่อนร่วมงาน รวมถึงเพิ่มความเข้าใจและการยอมรับของนายจ้าง

4. การจัดทำนวัตกรรมด้านการเพิ่มศักยภาพของผู้ปกครองในการดูแลบุคคลออทิสติกจำเป็นต้องคำนึงถึงความสอดคล้องกับสภาพความบกพร่องหรือความพิการของแต่ละบุคคล เพื่อให้สามารถส่งเสริมพัฒนาการและทักษะด้านต่าง ๆ ของบุคคลออทิสติก การเรียนรู้บกพร่อง และพิการทางสติปัญญาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลถึงการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับภูมิภาค และระดับนโยบายในการเตรียมบุคคลออทิสติกเข้าสู่อาชีพที่เหมาะสมสอดคล้องตามบริบทแต่ละพื้นที่

2. วิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวและครูในโรงเรียนห้องคู่ขนานหรือเรียนรวมเพื่อการพัฒนานวัตกรรมที่จำเพาะสำหรับบุคคลออทิสติก การเรียนรู้บกพร่องและพิการทางสติปัญญา

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนพัฒนาวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (เงินกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์) ประจำปีงบประมาณ 2564 รหัสโครงการ* NUP6405042a

รายการอ้างอิง (References)

Beurkens, N.M., Hobson, J.A., & Hobson, R.P. (2013). Autism severity and qualities of parent-child relations. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43,*168 – 78. http://doi.org/ 10.1007/s10803-012-1562-4.

Centers for Disease Control and Prevention. (2022, January 25). *Data and Statistics on Autism Spectrum Disorder.* https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html

Chokdamrongsuk, C. (2014). *"Autism and work together we can".* Kasetsat University.

Gibson, C.H. (1993). *A Study of Empowerment in Mothers of Chronically Ill Children*. [Master's thesis]. Boston College. https://www.proquest.com/openview/fc7b6bfd2c7e6130553f699fc56a9200/1?cbl=18750&diss=y&pq-origsite=gscholar&parentSessionId=D9g3eUJDMIUbfuqcx0aNxr%2BwKALEBQjXmkwhMZYH08w%3D

Hosiri, T., Phattharayuttawat, S., & Savangvichayapong, C. (2022). Vineland Adaptive Behavior Profiles of Children with Autism Spectrum Disorder and Comorbid Intellectual Disability. *Thai Journal of Clinical Psychology, 53*(1), 13 - 24. https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy/article/view/253940

Jull, S., & Mirenda, P. (2011). Parent facilitators for preschoolers with autism. *Journal of Positive Behavior intervention, 13*,17 - 30. https://doi.org/10.1177/1098300709358111

Kunlaka, S. (2018). Caring for Children with Autism Spectrum: A Case Study. *Ramathibodi Nursing Journal, 24*(3). 227 – 238. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/113755

Muenphet, S., Chaiwan, P., & Nopmaneejumruslers, K. (2023). The Effect of the THAI MODEL Program on the Social Emotional Development of Children with Autism Spectrum Disorders, Interaction Skills and Caregiver Stress: A Case Study of Hat Yai District, Songkhla Province. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences, 6*(2), 1 - 14. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/article/view/259092

Office of the Council of State (2008, October). *Education Management for Persons with Disabilities Act.* https://lpgpeo.info/wp-content/uploads/2020/06

Phaengphomma, N., Yunibhand, J., & Upasen, R. (2019). The effects of behavior therapy with family involment on aggressive behavior of Autistic children. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 33*(2), 91 - 104. http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/50374

Punphong, S., Yunibhand, J., & Suktrakul, S. (2019). The Effect of Enhancing Family Cargiving Abilty Program on Autistic Symptoms among Autistic Preschoolers. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University, 31*(3), 74 - 86. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS/article/view/242328

Rajavithi Hospital (2017, July 24). *Accelerate research on the "gene" that causes autism.* https://www.rajavithi.go.th/rj/?p=5151

Sanrattana, U. (2019). Appropriate Types of Job and Career for Adults with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Ratchasuda College, 15* (1). 87 – 103. https://so03.tci-thaijo.org/index.php/RSjournal/article/view/205732

Sirirutraykha. T. (2023, October). *How common is autism*?. https://www.happyhomeclinic.com/au02-autism-epidemiology.html

Thongpetch, U., Yunibhand, J., Choomchit, S., & Osathanon W. (2019). Effects of Early Nursing Intervention on Symptom Severity of Preschool Children with Autism. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice, 6*(1), 19 - 35. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/apnj/article/view/187078

Turnbull, H., Huerta, N.J., & Stowe, M.J. (2004). *The Individuals with Disabilities Education Act as Amended in 2004.* Pearson Education.

Whanset, S. (2009). *Potential Development of Autistic Persons Using Media to Support Visual Learning.* Klang Nana Witthaya Printing.

Zeidan, J., Fombonne, E., Scorah, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shi, A. & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research, 15*, 778 – 790. http://doi.org/10.1002/aur.2696

ความอยู่ดีมีสุขและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่นในชนบทอีสาน

Family Well-Being and Factors Associated with Well-Being among Older Adults on Skipped Generation Family in Isan Rural Context

กำทร ดานา[1], ศุภกฤต สุริโย[1], ดิษฐพล ใจซื่อ[1], ชาติ ไทยเจริญ[2], ชนิดาภา วงศ์รักษา[1], วีระชัย อิ่มน้ำขาว[1], ณฐพร คำศิริรักษ์[1], อนุชา ไทยวงษ์[1*]

Kamthorn Dana[1], Supakrit Suriyo[1], Dithapol Jaisue[1], Chart Thaijarean[2], Chanidapa Wongruksa[1] Weerachai Imnamkhoa[1], Nataporn Kumsisriruk[1], Anucha Taiwong[1*]

(Received: June 26, 2024; Revised: August 23, 2024; Accepted: August 27, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ (Analytical descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความอยู่ดีมีสุขและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยกับครอบครัวในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 330 ราย คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและครอบครัว 2) แบบวัดการสนับสนุนของครอบครัว (CVI = 0.82, Cronbach's alpha coefficient = 0.96) 3) แบบวัดการเผชิญปัญหาของครอบครัว (CVI = 0.93, Cronbach's alpha coefficient = 0.90) และ 4) แบบวัดความอยู่ดีมีสุขของครอบครัว (CVI = 0.98, KR-20 = 0.94) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิจัย พบว่า ความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่นโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 98.18, 95 % CI = 96.26 – 99.26) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง (AOR = 2.41; 95 % CI = 1.27 - 3.06) และมีการเผชิญปัญหา

[1] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[1] Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[2] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

[2] Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

*Corresponding author: anucha@smnc.ac.th

ของครอบครัวที่ดี (AOR = 1.22 95 % CI = 1.01 – 2.05) เป็นปัจจัยส่งเสริมความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ของลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุและครอบครัวกับความอยู่ดีมีสุข การศึกษาครั้งนี้ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการที่ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งที่เสริมสร้างความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในครอบครัว ข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนและพัฒนานโยบายเพื่อการพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: ความอยู่ดีมีสุข, ผู้สูงอายุ, ครอบครัวข้ามรุ่น

Abstract

This analytical descriptive study aims to investigate the well-being and factors associated with well-being among older adults in the skipped generation in Maha Sarakham Province. The sample comprised 330 individuals aged 60 and above, living with their families in Maha Sarakham Province, selected by systematic random sampling. Research instruments included 1) a general information recording form for the elderly and their families, 2) a family support scale (CVI = 0.82, Cronbach's alpha coefficient = 0.96) , 3) a family coping scale (CVI = 0.93, Cronbach's alpha coefficient = 0.90), and 4) a family well-being scale (CVI = 0.98, KR-20 = 0.94). Data were analyzed using descriptive statistics and multivariable analysis, with a significance level set at 0.05. The results indicated a high level of total well-being among the older people in skipped generation families (98.18 %, 95 %CI, 96.26-99.26). High family support (AOR = 2.41; 95 % CI = 1.27, 3.06), and good family coping (AOR = 1.22; 95 % CI = 1.01-2.05). These were identified as significant factors promoting the well-being of the older people in skipped generation families. However, the general characteristics of older adults found no significant relationship with well-being. These findings underscored the importance of family support and effective coping strategies in enhancing the well-being of older adults in skipped generation families. This information can inform the development of policies and interventions to promote the health and quality of life of the elders in the community.

Keywords: Well-being, Older adults, Skipped generation families

บทนำ

ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของสังคมมีบทบาทหลักในการพัฒนาเด็กและวัยรุ่นผ่านการอบรมเลี้ยงดู มอบความรัก ความเอื้ออาทร ปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรม ค่านิยม และถ่ายทอดวัฒนธรรม (Gwenzi, 2023; Kapur, 2022) เพื่อให้เติบโตเป็นบุคคลที่มีคุณภาพและเป็นพลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติ อย่างไรก็ตามในสังคมประเทศไทยปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งจากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี รวมถึงการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม ล้วนแต่ส่งผลกระทบทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อครอบครัว (Settersten, 2017) ได้แก่ การอพยพย้ายถิ่นเพื่อทำงานของพ่อแม่ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การหย่าร้าง การติดสารเสพติด ปัญหาสุขภาพกายและจิตใจ การทอดทิ้งและทารุณกรรมเด็ก รวมถึงเด็กอาจมีความเสี่ยงหรือมีพัฒนาการตามวัยที่ล่าช้า (Photichai & Luvira, 2023) ผลจากปัญหาเหล่านี้ทำให้ปู่ ย่า ตา ยายต้องรับหน้าที่หลักในการเลี้ยงดูหลาน ซึ่งปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นจากการที่คนวัยทำงานต้องย้ายถิ่นไปหางานทำมากขึ้น ส่งผลให้เกิดเป็นครอบครัวข้ามรุ่นหรือครอบครัวแหว่งกลาง (Skipped-generation family) ที่มีเพียงปู่ ย่า ตา ยายอาศัยกับหลานเท่านั้น (Silverstein & Giarrusso, 2010; Yancura et al., 2020)ในขณะเดียวกันหลายประเทศทั่วโลก ก็ให้ความสำคัญกับปรากฏการณ์นี้เนื่องจากสะท้อนคุณภาพของความสัมพันธ์ในครอบครัว จากการศึกษาครอบครัวข้ามรุ่นในทวีปเอเชีย พบว่าประเทศจีนและประเทศไทยเป็น ประเทศที่มีจำนวนครอบครัวข้ามรุ่นมากที่สุด ส่วนใหญ่เกิดจากการย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมืองของคนวัยแรงงาน (Dolbin-MacNab & Yancura, 2018) ชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีโครงสร้างของครอบครัวเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความผาสุกของสมาชิกในครอบครัว

ปัจจุบันในสังคมไทยมีโครงสร้างของครอบครัวที่ประกอบด้วยบุคคลสองช่วงวัย คือผู้สูงอายุและเด็กหรือวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวชนบท (Ingersoll-Dayton et al., 2020; Thonglor et al., 2022) เนื่องจากการอพยพหรือย้ายถิ่นของคนวัยแรงงานเพื่อไปทำงานในเมืองหรือต่างจังหวัด เมื่อย้ายถิ่นออกไประยะหนึ่งก็มักมีครอบครัวและลูกของตนเอง และมอบลูกของตนให้พ่อแม่หรือผู้ที่เป็นปู่ย่าตายาย ซึ่งอยู่ในภาวะจำยอมต้องทำหน้าที่เลี้ยงดูหลานแทนบิดามารดา เนื่องจากต้องทำงานไม่สามารถเลี้ยงดูลูกของตนเองได้ รวมทั้งไม่มีเงินเพียงพอที่จะจ้างคนอื่นเลี้ยงหรือเห็นว่าหากต้องจ้างคนอื่นนั้น ส่งผลให้ผู้ที่เป็นปู่ ย่า ตา ยายของหลานที่อยู่อาศัยอยู่ที่ท้องถิ่นเดิมต้องรับภาระในการเลี้ยงดูบุตรให้ (Samutachak et al., 2018; Tangchonlatip et al., 2021) อย่างไรก็ตามคนวัยแรงงานซึ่งเป็นบิดามารดาของเด็ก ก็ได้ส่งเงินกลับมาให้ครอบครัวเพื่อเป็นการตอบแทนที่สมาชิกรุ่นปู่ย่า/ตายายเลี้ยงลูกให้ตนเอง จึงส่งผลทำให้ครอบครัวในชนบทส่วนใหญ่มีโครงสร้างครอบครัวเพียงสองรุ่นวัยอาศัยอยู่ร่วมกัน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่า ครอบครัวข้ามรุ่นส่วนใหญ่มี

ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่าครอบครัวที่เด็กอยู่ร่วมกับพ่อแม่ แม้ว่าโดยทั่วไปพ่อแม่จะส่งเงินให้ปู่ย่าตายายเพื่อเป็นค่าดูแลแล้วก็ตาม แต่ก็มักไม่เพียงพอหรือไม่สม่ำเสมอจนทำให้ปู่ย่าตายายที่เป็นวัยผู้สูงอายุ หรือวัยเกษียณต้องกลับไปทำงาน (Samutachak et al., 2016; Samutachak et al., 2018) ซึ่งปัญหารายได้ที่ไม่เพียงพอนี้ อาจส่งผลกระทบโดยตรงต่อพัฒนาการของเด็กที่อยู่ในการดูแลของผู้สูงอายุ

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่พบครอบครัวข้ามรุ่นมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือหรือภาคอีสาน (Photichai & Luvira, 2022) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวนี้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว โดยพบว่าความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวชนบทอีสาน ที่มีการพึ่งพาอาศัยกันระหว่างเครือญาติแบบดั้งเดิมในครอบครัวลดน้อยลงไป แต่เป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยวที่ต่างคนต่างอาศัยมากกว่า นอกจากนี้ยังพบว่ามีการปล่อยทิ้งผู้สูงอายุให้มีชีวิตตามลำพัง บางรายก็อาศัยอยู่กับหลาน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวนี้ ส่งผลให้ครอบครัวชนบทอีสานมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาในครอบครัว และอาจกระทบต่อความสุขของสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น (Hongthai & Jongudomkarn, 2020) นอกจากนี้ยังพบว่า บทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไป นอกเหนือจากจะมีหน้าที่หลักในการดูแลสมาชิกในครอบครัวให้สุขสบาย และการจัดการความเป็นอยู่ภายในบ้านแล้ว ผู้สูงอายุยังมีบทบาทที่สำคัญในการดูแล อบรม และเลี้ยงดูหลานแทนบิดามารดาที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านหรือไปขายแรงงานในต่างถิ่น และอาจต้องมีภาระในการหารายได้เพิ่มทั้งที่สภาพร่างกายมีการเสื่อมถอยไปตามวัยและข้อจำกัดของโรคประจำตัว นอกจากนี้รูปแบบการดูแล อบรม และเลี้ยงดูหลานของผู้สูงอายุอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของหลานได้ เนื่องจาก ผู้สูงอายุมักเลี้ยงดูหลานแบบตามใจ อาจส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวและเอาแต่ใจตัวเอง ซึ่งเป็นปัญหาสังคมในอนาคต นอกจากนี้รูปแบบหรือวิธีการเลี้ยงหลานของผู้สูงอายุแบบดั้งเดิม ด้วยชุดความรู้และประสบการณ์เดิม ภายใต้เงื่อนไขและสิ่งแวดล้อมใหม่ อาจทำให้เด็กขาดทักษะทางสังคมที่มีพื้นฐานจากการเลี้ยงดู รวมถึงขาดโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทำให้ไม่เข้าใจพฤติกรรมหรือความสนใจของหลาน (Tangchonlatip et al., 2021) ซึ่งเป็นเด็กยุคใหม่ที่มีรูปแบบชีวิตแตกต่างไปจากรุ่นบิดามารดาของหลานที่เคยเลี้ยงดูมา อาจเผชิญกับความกดดันในการอบรมเลี้ยงดูแลหลาน เกิดเป็นปัญหาช่องว่างระหว่างวัยที่อาจลุกลามจนกระทบความสัมพันธ์ รวมถึงอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและมีอาการของภาวะซึมเศร้า (Punpuing et al., 2022) หากไม่ได้รับการแก้ไขอาจนำไปสู่ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวและมีผลกระทบต่อระดับความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวในระยะยาวได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ปรากฏการณ์ครอบครัวข้ามรุ่นหรือครอบครัวแหว่งกลางจะเกิดขึ้นจากความเต็มใจหรือด้วยความจำยอมของ ปู่ ย่า ตา ยาย ก็ตาม แต่ครอบครัวข้ามรุ่นถือเป็นสภาวะเปราะบางที่วัยพึ่งพิงทั้งสองช่วงวัยคือวัยเด็กและวัยผู้สูงอายุ ต้องมาพึ่งพิงกันเอง และสภาวะนี้อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้สูงอายุและเด็ก รวมถึงการรับรู้ความอยู่ดีมีสุขของครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุผู้ที่มีบทบาทหลักในการเป็นหัวหน้าครอบครัวในครอบครัวข้ามรุ่น โดยความอยู่ดีมีสุขเป็นการรับรู้สภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวภายใต้บริบทสังคมที่เป็นอยู่เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของสมาชิก สัมพันธภาพในครอบครัว การพึ่งตนเองของครอบครัว ความมั่นคงปลอดภัยและความสงบสุข และมีความสัมพันธ์กับสังคม (Kumhom et al., 2020; Phuphaibul et al., 2019) เป็นคุณลักษณะของครอบครัวที่พึงประสงค์ที่ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวต้องการ การรับรู้ภาระการเลี้ยงดูหลานของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุทั้งในแง่บวกและแง่ลบ ด้านบวกคือการเลี้ยงดูหลานเป็นการเกื้อหนุนอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความสุขทางใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากการเลี้ยงดูหลานเป็นการช่วยเหลือกันเกื้อกูล กันภายในครอบครัวที่จะสามารถช่วยเหลือลูก ๆ ของตนให้ได้ทำงานอย่างเต็มที่ ผู้สูงอายุอาจเกิดความสนุกสนาน สดชื่น ไม่เหงา และมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Jongudomkarn et al., 2019)ในขณะเดียวกันมีผู้สูงอายุอีกส่วนหนึ่งที่มีทัศนะเกี่ยวกับการเลี้ยงหลานไปในทางลบว่า การเลี้ยงหลานทำให้ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว บางครั้งทำให้เกิดความรู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ อาจถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจ รู้สึกผิดหวังและอับอายเมื่อหลานทำตัวไม่ดี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประสบกับปัญหาทั้งสุขภาพกายและจิตใจ แต่ผู้สูงอายุพยายามที่จะดำรงบทบาทของครอบครัวไว้ด้วยความรักที่มีต่อบุตรหลาน (Hongthai & Jongudomkarn, 2020) นอกจากนี้ยังพบว่ารับรู้การสนับสนุนทางสังคมทั้งจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุขมีผลต่อความอยู่ดีมีสุขของครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุอาจเกิดความรู้สึกเหงาเพราะสูญเสียลูกหรือลูกต้องย้ายถิ่นไปไกล เหงาเพราะต้องมีการปรับตัวที่มากขึ้นเนื่องจากไม่ได้ทำงาน ตลอดจนการมีเวลาว่างที่เพิ่มขึ้น หรืออาจเหงาเนื่องจากถูกละเลยและถูกมองข้ามไป และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งล้วนแล้วแต่สงผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเครียด และอาจระบายไปยังหลาน ๆ ทั้งในรูปแบบของการประชดประชัน และนำมาซึ่งผลกระทบทางจิตใจของเด็กและวัยรุ่น

มีปัจจัยหลายประการที่จะช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาได้ สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ของครอบครัวที่เกิดขึ้นได้ อันจะเป็นการรักษาและคงไว้ซึ่งความผาสุกของครอบครัวที่เป็นในระยะยาว ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหาของครอบครัว ปัจจัยดังกล่าวนี้ล้วนส่งผลต่อการปรับตัวของครอบครัวเมื่อมีสิ่งกระทบและกระตุ้นครอบครัว เพื่อรักษาและคงไว้ซึ่งความสมดุลของระบบครอบครัว อันจะนำมาซึ่งความผาสุก

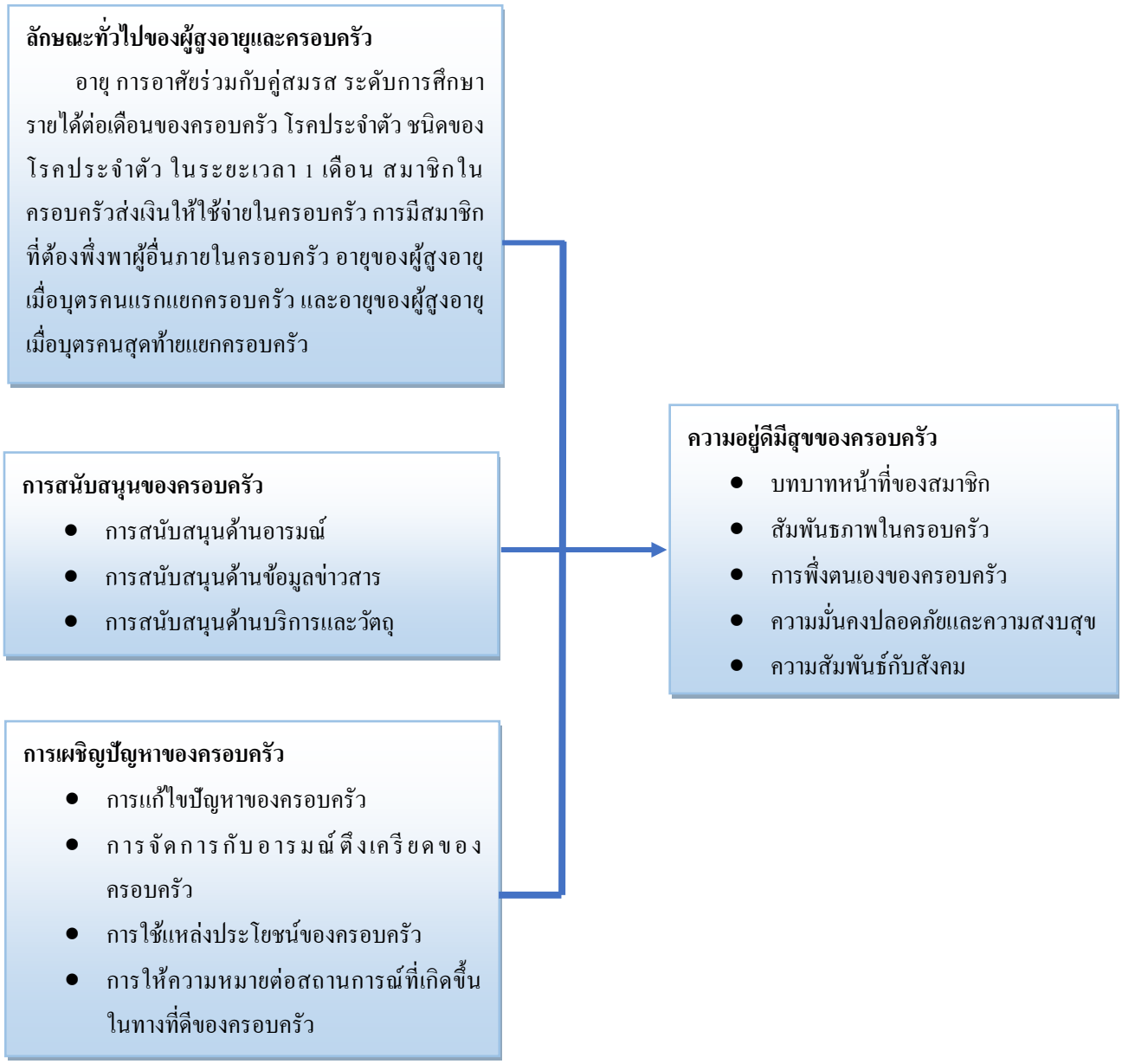
ของครอบครัว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความอยู่ดีมีสุขและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่น ผลของการวิจัยครั้งนี้จะนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมในการเสริมสร้างความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่นในชนบทอีสาน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่นในชนบทอีสาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการสนับสนุนของครอบครัว (Family support) (House, 1987) แนวคิดการเผชิญปัญหาของครอบครัว (Family coping) (Mc Cubbin et al., 2002) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยความอยู่ดีมีสุขของครอบครัว เป็นคุณลักษณะของครอบครัวที่พึงประสงค์ที่บุคคลต้องการ เป็นการรับรู้สภาพความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัวภายใต้บริบทสังคมที่เป็นอยู่ มี 5 ด้าน คือ ด้านบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพในครอบครัว การพึ่งตนเองของครอบครัว ความมั่นคงปลอดภัยและความสงบสุข และความสัมพันธ์กับสังคม (Phuphaibul et al., 2019) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่นในชนบทอีสาน ได้แก่ 1) ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุและครอบครัว ประกอบด้วย อายุ การอาศัยร่วมกับคู่สมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนของครอบครัว โรคประจำตัว ชนิดของโรคประจำตัว ในระยะเวลา 1 เดือน สมาชิกในครอบครัวส่งเงินให้ใช้จ่ายในครอบครัว การมีสมาชิกที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นภายในครอบครัว อายุของผู้สูงอายุเมื่อบุตรคนแรกแยกครอบครัว และอายุของผู้สูงอายุเมื่อบุตรคนสุดท้ายแยกครอบครัว 2) การสนับสนุนของครอบครัว มี 3 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านบริการและวัตถุ และ 3) การเผชิญปัญหาของครอบครัว มี 4 ด้าน คือ การแก้ไขปัญหาของครอบครัว การจัดการกับอารมณ์ตึงเครียดของครอบครัว การใช้แหล่งประโยชน์ของครอบครัว และการให้ความหมายต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทางที่ดีของครอบครัว โดยทั้ง 3 ประเด็นดังกล่าว เป็นปัจจัยที่เชื่อมโยงกับความอยู่ดีมีสุขของครอบครัว ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ (Analytical descriptive study) ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือน ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง และมีรายชื่อตามทะเบียนราษฎร์ในพื้นที่ 13 อำเภอ จังหวัดมหาสารคาม ที่อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว จำนวน 74,131 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง มีรายชื่อตามทะเบียนราษฎร์ในพื้นที่ 13 อำเภอ จังหวัดมหาสารคาม อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว และผู้สูงอายุมีบทบาทเป็น ปู่/ย่า หรือ ตา / ยาย ที่อาศัยอยู่กับกลุ่มเด็กหรือวัยรุ่นที่เป็นรุ่นหลาน จำนวน 3,529 คน มีเกณฑ์คัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) คือ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี พูด ฟังและสื่อสารได้ปกติ ทำหน้าที่ให้การดูแลและเลี้ยงดูเด็กหรือวัยรุ่นในครอบครัวที่พ่อและแม่ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยอาจเป็นเพราะอพยพไปทำงานต่างถิ่นหรือด้วยเหตุผลอื่น และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และมีเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ มีการย้ายที่อยู่ไปนอกจังหวัดมหาสารคาม ไม่สามารถติดต่อได้ และมีปัญหาทางด้านสุขภาพกายหรือปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่เป็นอุปสรรคในการสื่อสาร

การคำนวณขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป WinPepi (Abramson, 2011) คำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยการแทนค่าที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ระดับ Confidence level ที่ 95 % , Acceptable difference 0.046, Assumed proportion 0.232, Population size 3,529, Expected loss of subjects 10 % ได้กลุ่มตัวอย่าง 330 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบระบบ (Systematic sampling) ใช้วิธีจับสลากเพื่อเลือกอำเภอในเขตพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ได้พื้นที่จำนวน 6 อำเภอ จากนั้นดำเนินการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากเพื่อเลือกตัวแทนตำบล 1 ตำบลจากแต่ละอำเภอ ได้ทั้งสิ้นจำนวน 6 ตำบล เนื่องจากสัดส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรวัยอื่น ๆ ในแต่ละพื้นที่ของจังหวัดมหาสารคามมีความใกล้เคียงกัน จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลได้เท่ากับ 55 ราย (330 / 6) จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเรียงลำดับครอบครัวตามหมู่บ้านและบ้านเลขที่ รวมถึงใส่หมายเลขกำกับไว้ แล้วทำการสุ่ม โดยกำหนดช่วงห่างของการสุ่มจากคนแรกและคนถัดไป คือ 11 (คำนวณจากสัดส่วนของประชากรต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่าง คือ 3,529 / 330 ได้ช่วงห่างเท่ากับ 11)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและครอบครัว สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคำถามจำนวน 11 ข้อ มีลักษณะเป็นช่องว่างแบบเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ การอาศัยร่วมกับคู่สมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนของครอบครัว โรคประจำตัว ชนิดของโรคประจำตัวในระยะเวลา 1 เดือน สมาชิกในครอบครัวส่งเงินให้ใช้จ่ายในครอบครัว การมีสมาชิกที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

ภายในครอบครัว อายุของผู้สูงอายุเมื่อบุตรคนแรกแยกครอบครัว และอายุของผู้สูงอายุเมื่อบุตรคนสุดท้ายแยกครอบครัว

2. แบบวัดการสนับสนุนของครอบครัว สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยภายใต้แนวคิดการสนับสนุนของครอบครัวของ House (1987) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม สำหรับวัดการรับรู้การได้รับการสนับสนุนของครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (5 ข้อ) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (5 ข้อ) และการสนับสนุนด้านบริการและวัตถุ (5 ข้อ) โดยมีลักษณะคำตอบของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เป็นจริงเลย (1) จนถึง เป็นจริงมากที่สุด (5) โดยมีช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 15 - 75 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนรวมสูงหมายถึงมีการรับรู้การได้รับการสนับสนุนของครอบครัวในระดับสูง คะแนนรวมต่ำ หมายถึงมีการรับรู้การได้รับการสนับสนุนของครอบครัวในระดับต่ำ

3. แบบวัดการเผชิญปัญหาของครอบครัว สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยภายใต้แนวคิด Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales; F-COPES (Mc Cubbin et al., 2002) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม สำหรับวัดการรับรู้การเผชิญปัญหาของครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบจำนวน 5 ข้อ และคำถามเชิงบวกจำนวน 11 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การแก้ไขปัญหาของครอบครัว (4 ข้อ) การจัดการกับอารมณ์ตึงเครียดของครอบครัว (4 ข้อ) การใช้แหล่งประโยชน์ของครอบครัว (4 ข้อ) และการให้ความหมายต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทางที่ดีของครอบครัว (4 ข้อ) โดยมีลักษณะคำตอบของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เลย (1) จนถึง ทุกครั้ง (5) โดยดำเนินการกลับคะแนนของข้อคำถามเชิงลบก่อนการรวมคะแนน มีช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 16 - 80 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนรวมสูงหมายถึงครอบครัวมีการเผชิญปัญหาได้ดี คะแนนรวมต่ำ หมายถึงมีครอบครัวมีการเผชิญปัญหาได้ไม่ดี

4. แบบวัดความอยู่ดีมีสุขของครอบครัว สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม (Phuphaibul et al., 2019) สำหรับวัดความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 38 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบจำนวน 5 ข้อ และคำถามเชิงบวกจำนวน 33 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ บทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว (7 ข้อ) สัมพันธภาพในครอบครัว (6 ข้อ) การพึ่งตนเองของครอบครัว (10 ข้อ) ความมั่นคงปลอดภัยและความสงบสุข (7 ข้อ) และความสัมพันธ์กับสังคม (8 ข้อ) มีลักษณะคำตอบของคำถามเป็นแบบสองตัวเลือก (dichotomuch choice) ใช่ (1)/ไม่ใช่ (0) โดยดำเนินการกลับคะแนนของข้อคำถามเชิงลบก่อนการรวมคะแนน มีช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 0 - 38 คะแนน การแปลผลคะแนน โดยถ้าคะแนนรวมตั้งแต่ ร้อยละ 70 ขึ้นไป แปลผลว่าครอบครัวมีความอยู่ดีมีสุขอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรง (Validity testing) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) ของแบบวัดการสนับสนุนของครอบครัว แบบวัดการเผชิญปัญหาของครอบครัว และแบบวัดความอยู่ดีมีสุขของครอบครัว ได้เท่ากับ 0.82, 0.93 และ 0.98 ตามลำดับ จากนั้นตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability testing) โดยนำเครื่องมือวิจัยไปตรวจสอบความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวข้ามรุ่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 30 ราย แบบวัดการสนับสนุนของครอบครัว และแบบวัดการเผชิญปัญหาของครอบครัว วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.96 และ 0.90 ตามลำดับ สำหรับแบบวัดความอยู่ดีมีสุขของครอบครัววิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์โดยใช้ *KR-20* ได้เท่ากับ 0.94 ซึ่งทั้ง 3 เครื่องมือมีค่าความตรงและความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Sürücü & Maslakci, 2020)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาต จากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เสนอต่อสาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงในการเก็บข้อมูล ดำเนินการจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุในครอบครัว โดยคัดลอกจากข้อมูลบนฐานข้อมูลระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center; HDC) จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามของพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย ชี้แจงผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของแบบสอบถาม ขั้นตอนในการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและตรงตามความเป็นจริง ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยดำเนินการใช้เอกสารขอความยินยอม (Informs consent) เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามกลุ่มเป้าหมายแต่ละแห่งโดยวิธีการสัมภาษณ์ และควบคุมคุณภาพของการเก็บข้อมูลโดยดูความสมบูรณ์ของข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างต้องเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และได้มาจากการสุ่มตัวอย่างเท่านั้น ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล ก่อนลงบันทึกในคอมพิวเตอร์ เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เลขที่ IRB SNC 19 / 2566 เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2566 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 1 / 2567 เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2566 ก่อนดำเนินการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้ และผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเมื่อยินดีเข้าร่วมการศึกษา และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ จะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลโดยทำ Double entered นำข้อมูลเข้าโปรแกรมสำเร็จรูปในคอมพิวเตอร์และโปรแกรมสำเร็จรูปออนไลน์ Epiinfo version 7.2.3.1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่า IQR ใช้สถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ วิเคราะห์แบบตัวแปรคู่ (Bivariate analysis) ใช้สถิติ Odds ratio และวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุ (Multivariable analysis) ใช้สถิติ Multiple logistic regression และ 95% Confidence interval กำหนด *p*-value ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ น้อยกว่า 0.05

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีอัตราการตอบกลับ (Respons rate) ร้อยละ 100.00 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวข้ามรุ่น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.67 มีอายุน้อยกว่า 70 ปี ร้อยละ 65.15 มีค่ากลางอายุ 67 ปี (IQR = 64, 72) เรียนจบชั้นประถมศึกษา / ต่ำกว่า ร้อยละ 76.97 มีรายได้ต่อเดือนที่ประมาณ 3,000 บาท ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.21 และกลุ่มที่มีโรคประจำตัวส่วนมากเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 68.75 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 81.52 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและครอบครัว (n = 330)

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	77	23.33
หญิง	253	76.67
อายุ (ปี)		
< 70	215	65.15
≥ 70	115	34.85

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
Min = 60, Max = 92, Mdn = 67, IQR = 64, 72		
การอาศัยร่วมกับคู่สมรส		
อาศัยร่วมกัน	269	81.52
ไม่ได้อาศัยร่วมกัน	61	18.48
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	254	76.97
มัธยมศึกษาตอนต้น	42	12.73
มัธยมศึกษาตอนปลาย	32	9.70
อนุปริญญา/ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญาตรี	2	0.60
รายได้ต่อเดือนของผู้สูงอายุต่อเดือน (บาท)		
Min = 600, Max = 28,000, Mdn = 3,000, IQR = 1,600, 5,000		
โรคประจำตัว		
มี	128	38.79
ไม่มี	202	61.21
ชนิดของโรคประจำตัว (n=128)		
เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	88	68.75
มะเร็งชนิดต่างๆ	6	4.69
หอบหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	9	7.03
หัวใจ/หลอดเลือด	12	9.37
เก๊าท์	6	4.69
ต้อเนื้อ/ต้อกระจก	7	5.47
อายุของผู้สูงอายุเมื่อบุตรคนแรกแยกครอบครัว (n = 160)		
Min = 35, Max = 75, Mean = 47.81, S.D. = 7.07		
อายุของผู้สูงอายุเมื่อบุตรคนสุดท้ายแยกครอบครัว (n = 96)		
Min = 40, Max = 77, Mean = 53.38, S.D. = 6.55		

ความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น

โดยรวมพบความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.18 (95 % CI = 96.26 - 99.26) เมื่อพิจารณาความอยู่ดีมีสุขในแต่ละด้าน พบว่า ด้านบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 99.09 (95 % CI = 97.55 - 99.77) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว อยู่

ในระดับสูง ร้อยละ 94.54 (95 % CI = 91.68 - 96.63) ด้านการพึ่งตนเองของครอบครัว อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.91 (95 % CI = 87.43 - 93.67) ด้านความมั่นคงปลอดภัยและความสงบสุข อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.79 (95 % CI = 97.10 - 99.61) และด้านความสัมพันธ์กับสังคม อยู่ในระดับสูงเช่นกัน ร้อยละ 95.76 (95 % CI = 93.15 - 97.57) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่นจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 330)

ความอยู่ดีมีสุข	จำนวน	ร้อยละ	95 % CI
ด้านบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว (7 คะแนน)			
สูง (≥ 70 %)	327	99.09	97.55 - 99.77
ต่ำ (< 70 %)	3	0.91	0.23 – 2.45
ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว (6 คะแนน)			
สูง (≥ 70 %)	312	94.54	91.68 – 96.63
ต่ำ (< 70 %)	18	5.45	3.37 – 8.32
ด้านการพึ่งตนเองของครอบครัว (10 คะแนน)			
สูง (≥ 70 %)	300	90.91	87.43 – 93.67
ต่ำ (< 70 %)	30	9.09	6.33 – 12.57
ด้านความมั่นคงปลอดภัยและความสงบสุข (7 คะแนน)			
สูง (≥ 70 %)	326	98.79	97.10 – 99.61
ต่ำ (< 70 %)	4	1.21	0.39 – 2.89
ด้านความสัมพันธ์กับสังคม (8 คะแนน)			
สูง (≥ 70 %)	316	95.76	93.15 – 97.57
ต่ำ (< 70 %)	14	4.24	2.44 – 6.85
ความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในครอบครัวโดยรวม (Family well-being) (38 คะแนน)			
สูง (≥ 70 %)	324	98.18	96.26 – 99.26
ต่ำ (< 70 %)	6	1.82	0.74 – 3.74

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทีละหลายตัวแปร (Multivariate analysis) พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความอยู่ดีมีสุขในครอบครัวข้ามรุ่นอยู่ในระดับสูง และพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง (AOR = 2.41; 95 % CI = 1.27, 3.06) และครอบครัวที่มีการเผชิญปัญหาที่ดี (AOR = 1.22; 95 % CI = 1.01, 2.05)

ซึ่งปัจจัยดังกล่าวถือเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวข้ามรุ่นมีระดับความอยู่ดีมีสุขในระดับสูง ดังตารางที่ 3 อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ของลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุและครอบครัวกับความอยู่ดีมีสุข

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น (n = 330)

ปัจจัย	ความอยู่ดีมีสุข		COR	AOR
	ต่ำ n (%)	สูง n (%)	(95 % CI)	(95 % CI)
1. ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุและครอบครัว				
เพศ				
ชาย	1 (16.67)	76 (23.46)	1*	1*
หญิง	5 (83.33)	248 (76.54)	1.53 (0.18, 13.32)	1.75 (0.57, 8.14)
อายุ				
< 70 ปี	2 (33.33)	213 (65.74)	3.84 (0.69, 21.28)	2.06 (0.62, 9.51)
≥ 70 ปี	4 (66.67)	111 (34.26)	1*	1*
ระดับการศึกษา				
ประถม/มัธยมศึกษา	1 (16.67)	34 (10.49)	1*	1*
สูงกว่ามัธยมศึกษา	5 (83.33)	290 (89.51)	1.02 (1.00, 1.04)	0.86 (0.25, 4.81)
การอาศัยอยู่กับคู่สมรส				
คู่สมรสยังมีชีวิตอยู่	5 (83.33)	264 (81.48)	0.88 (0.10, 7.67)	0.53 (2.05, 7.21)
คู่สมรสเสียชีวิต	1 (16.67)	60 (18.52)	1*	1*
จำนวนสมาชิกในครอบครัว				
< 5 คน	4 (66.67)	219 (67.59)	1*	1*
≥ 5 คน	2 (33.33)	105 (32.41)	1.04 (0.19, 5.79)	0.87 (0.63, 2.78)
รายได้ของผู้สูงอายุ				
< 5000 บาท/เดือน	3 (50.00)	129 (39.81)	1*	1*
≥ 5000 บาท/เดือน	3 (50.00)	195 (60.19)	0.66 (0.13, 3.32)	1.02 (0.04, 5.33)
ในระยะเวลา 1 เดือน สมาชิกส่งเงินให้ใช้จ่ายในครอบครัว				
มี	5 (83.33)	267 (82.41)	0.94 (0.11, 8.17)	2.06 (0.62, 9.51)
ไม่มี	1 (16.67)	57 (17.59)	1*	1*
โรคประจำตัว				
มี	2 (33.33)	126 (38.89)	1*	1*

ปัจจัย	ความอยู่ดีมีสุข		COR	AOR
	ต่ำ n (%)	สูง n (%)	(95 % CI)	(95 % CI)
ไม่มี	4 (66.67)	198 (61.11)	1.27 (1.23, 7.05)	0.35 (0.23, 3.79)
การมีสมาชิกที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นภายในครอบครัว				
มี	5 (83.33)	175 (54.01)	1*	1*
ไม่มี	1 (16.67)	149 (45.99)	0.24 (1.03, 2.03)	0.35 (0.23, 3.79)
2. การสนับสนุนของครอบครัว				
สูง	2 (33.33)	192 (59.26)	1.05 (1.01, 1.08)	2.41 (1.27, 3.06)
ต่ำ	4(66.67)	132 (40.74)	1*	1*
3. การเผชิญปัญหาของครอบครัว				
ดี	1 (16.67)	161 (49.69)	1.04 (1.01, 1.07)	1.22 (1.01, 2.05)
ไม่ดี	5 (83.33)	163 (50.31)	1*	1*

หมายเหตุ 1* = Reference category, AOR = Adjusted Odds Ratio, COR = Crude Odds Ratio, CI = Confidebce Interval

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ มีผลการศึกษาที่น่าสนใจหลายประเด็น ผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

1. ความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวข้ามรุ่นมีระดับความอยู่ดีมีสุขอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 98.18) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุตอนต้น และมีอายุเฉลี่ยประมาณ 67 ปี จึงอาจยังไม่มีภาวะเสื่อมถอยมาก นอกจากนี้ยังพบว่าสองในสามของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีโรคประจำตัว อาศัยในครัวเรือนร่วมกับคู่สมรสในชุมชน ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่เป็นภาระ ซึ่งที่กล่าวมาอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองมีความอยู่ดีมีสุขอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับหลายการศึกษา (Xie & Lu, 2022; Garatachea et al., 2009) ที่พบว่าการที่ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพร่างกายที่ดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้สูงอายุในครอบครัวมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและการมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่ส่งผลต่ออุปสรรคในการดูแลตนเอง มักจะส่งผลให้ความสุขและความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำได้ (Yang et al., 2024)

ระดับความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่นที่นี้ มีความสอดคล้องกับมุมมองเกี่ยวกับความอยู่ดีมีสุขในครัวเรือนชนบทของไทย ที่ว่าความอยู่ดีมีสุขในระดับสูง มักมีมุมมองเป็น 2 ประเด็น คือ ความอยู่ดี ที่ให้ความสำคัญไปที่การมีภาวะสุขภาพที่ดี มีครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวที่ดี มี

อาชีพการงาน มีรายได้ มีที่อยู่อาศัย มีสังคมรอบๆตัวที่ดี ได้รับสวัสดิการที่พอเหมาะและสังคมรอบตัวเป็นสังคมที่รู้สึกถึงความปลอดภัย ประเด็นความอยู่ดีนี้ถือว่าเป็นพื้นฐานของความมีสุข ส่วนประเด็นการมีสุข ซึ่งจะเป็นเรื่องของจิตใจนั่นคือการรู้จักที่จะใช้ชีวิตที่พอเพียง เอื้อเฟื้อ มีศีลธรรม ใช้หลักศาสนา ในการแก้ไขปัญหาและการดำรงชีวิต มีการเคารพซึ่งกันและกัน (Samutachak et al., 2016; Samutachak et al., 2018) ประเด็นความอยู่ดีมีสุขนี้ไม่เพียงแต่สะท้อนมุมมองในแง่ปัจจัยระดับบุคคลและครัวเรือนเท่านั้น แต่ยังสะท้อนในภาพของสังคมและชุมชนที่เกิดการเอื้อเฟื้อเกื้อกูล พึ่งพาอาศัยระหว่างครัวเรือน ชุมชน และรวมไปถึงสวัสดิการต่างๆที่ผู้สูงอายุกับครอบครัวได้รับจากภาครัฐด้วย

นอกจากนี้ในบริบทของชุมชนชนบทอีสาน สมาชิกในครอบครัวหรือเครือญาติ มักอาศัยอยู่ในพื้นที่หรือละแวกเดียวกัน สมาชิกในครอบครัวมีความรักใคร่กลมเกลียวกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ ดังจะเห็นจากมีการปลูกสร้างบ้านบนพื้นที่หรือที่ดินที่เป็นกรรมสิทธิ์ของตนเองและอยู่ใกล้ชิดกับเครือญาติ ผู้สูงอายุมักจะมีความสุขกับการที่ตนเองได้ดูแลและเลี้ยงดูหลานแทนพ่อและแม่ที่ต้องทำงานในต่างจังหวัด ที่กลับบ้านมาเยี่ยมเยือนผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นครั้งคราวตามโอกาสหรือช่วงเทศกาลสำคัญ รวมถึงในปัจจุบันมีเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัยมากขึ้น ผู้สูงอายุมีการสื่อสารกับลูกหลานผ่านการโทรศัพท์ หรือการใช้แอปพลิเคชันที่คุยกันผ่านวิดีโอที่สามารถมองเห็นหน้าและท่าทางซึ่งกันและกันได้ ประกอบกับความเป็นผู้สูงวัย ถือเป็นช่วงวัยที่สั่งสมและผ่านประสบการณ์ชีวิตมาหลากหลายและยาวนาน มีความเข้าใจชีวิต ยอมรับความเป็นจริงและสภาพชีวิตที่เป็นอยู่มากขึ้น เป็นวัยที่รู้สึกว่าการที่ตัวเองเข้ามามีบทบาทหน้าที่ดูแลลูกหลานถือเป็นคุณค่าของชีวิตในการเสียสละเพื่อครอบครัวและการที่ตนเองเป็นปู่ย่าตายายถือเป็นสิ่งที่นำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าทางจิตวิญญาณ (Hongthai & Jongudomkarn, 2021) ดังเหตุผลที่กล่าวมานี้ ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สามารถพึ่งตนเอง มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง และมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน จึงอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจกับสภาพความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัวและมีความอยู่ดีมีสุขในระดับสูงได้ ในขณะเดียวกันก็มีรายงานเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ให้การเลี้ยงดูหลานที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นในครอบครัวข้ามรุ่น ผู้สูงอายุไม่ต้องเหนื่อยกายมากนักหลานสามารถเป็นที่พึ่งช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ในทางกลับกันวัยรุ่นส่วนใหญ่มักมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวไม่เชื่อฟัง หรือบางคนอาจสร้างความผิดหวังและอับอาย จึงสร้างความวิตกกังวลให้กับผู้สูงอายุได้ (Hongthai & Jongudomkarn, 2020) ช่องว่างทางความคิดระหว่างวัยรุ่นกับวัยสูงอายุที่แตกต่างกันนี้มักส่งผลต่อคุณภาพการเติบโตของรุ่นหลาน การแสดงบทบาทและสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวข้ามรุ่นได้

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง และครอบครัวที่มีการเผชิญปัญหาที่ดี เป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวข้ามรุ่นมีความอยู่ดีมีสุข ซึ่งสามารถอภิปรายผลตามข้อค้นพบแต่ละปัจจัยได้ ดังนี้

การสนับสนุนของครอบครัว พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูงจะมีความอยู่ดีมีสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับต่ำประมาณ 2.41 เท่า โดยแรงสนับสนุนจากครอบครัว ถือเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความช่วยเหลือ 4 ด้าน (House, 1987) คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ซึ่งผู้สูงอายุอาจได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับความรัก และความอบอุ่นเป็นอย่างดีจากคู่สมรส รวมถึงญาติพี่น้องในละแวกบ้าน มีคู่สมรสเป็นผู้ให้การสนับสนุนข่าวสารต่าง ๆ ในการดูแลตนเองหรือเมื่อไปตรวจรักษาตามนัด (Ermer & Proulx, 2020) นอกจากนี้อาจจะได้รับข่าวสารต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการดูแลตนเองและการดำรงชีวิตในปัจจุบันจากเพื่อนวัยเดียวกันและเพื่อนบ้าน รวมถึงได้รับเงินจากบุตรที่ไปทำงานในต่างจังหวัดมาใช้สอยภายในครอบครัว ตรงกับผลการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนไทยที่ผู้สูงอายุต้องเลี้ยงดูหลานซึ่งไม่ได้ถือเป็นภาระเสมอไป แต่มองว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องช่วยเหลือเนื่องจากลูกของตนต้องออกไปทำงานหาเงินส่งกลับมายังครัวเรือน หลานเปรียบเสมือนผู้ที่จะคอยเชื่อมประสานความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพ่อแม่สูงอายุกับลูกที่ต้องย้ายถิ่นไปทำงานที่อื่น ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีความเปราะบางและต้องการให้มีการส่งเสริมอาชีพเพิ่มเติมที่บ้านและต้องการให้สมาชิกในครอบครัวกลับมาอยู่ด้วยพร้อมหน้าพร้อมตากัน (Samutachak et al., 2018) นอกจากนี้ แรงสนับสนุนจากครอบครัว จะทำหน้าที่เป็นตัวดูดซับความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่สบายใจ และที่สำคัญครอบครัวโดยเฉพาะลูกหลานจะเป็นส่วนที่คอยสนับสนุนด้านเศรษฐกิจและการดูแลด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุในครอบครัวที่ดีด้วย (Fu et al., 2020) ซึ่งจะช่วยส่งเสริมเติมเต็มให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงการได้รับความรัก ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ซึ่งสุดท้ายจะทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิก ปู่ย่า ตายายและลูกหลาน ครอบครัวจึงจะสามารถคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพัฒนกิจตามช่วงวัยและตามระยะพัฒนาการครอบครัวได้ ความอยู่ดีมีสุขจึงจะเกิดขึ้นในครอบครัว นอกจากนี้ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวชนบทอีสานที่แต่ละครัวเรือนมีสมาชิกอยู่รวมกันหลากหลายรุ่น ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.52) อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส ไม่ว่าจะเป็นสามีหรือภรรยา ที่ทำบทบาทในครอบครัวโดยการเป็นเพื่อนคู่คิด ให้คำปรึกษา ให้ความรัก และสนับสนุนในชีวิตซึ่งกันและกัน (An et al., 2022) การแสดงออกถึงความรักความเอาใจใส่ระหว่างกันทั้งยามปกติและเมื่อเจ็บป่วย การยอมรับความคิดเห็นและให้เกียรติซึ่งกันหรือแม้แต่การให้ความสำคัญกับเครือญาติ และมีการสื่อสารกันที่ดี (Jongudomkarn et al., 2017) มักจะ

ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงการได้รับความรักความเอาใจใส่ ช่วยให้เกิดความสุขและมีความพึงพอใจในชีวิตได้ ในขณะเดียวกันถ้าผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยคนเดียว ไม่มีเพื่อน หรือขาดคู่ชีวิตที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครอบครัว ไม่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกับชุมชน (Dahlberg et al., 2022) สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุอาจเกิดความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่มักส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (Spitzer et al., 2022; Thanakwang, 2015) การมีเพื่อนหรือคู่สมรสที่อยู่พร้อมหน้ากันในครอบครัวถือได้ว่ามีส่วนสำคัญในการสนับสนุนการปฏิบัติพัฒนกิจของครอบครัว โดยเฉพาะจากการศึกษานี้ หนึ่งในสามของผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งคู่สมรสจะเป็นผู้คอยดูแลและเอาใจใส่เรื่องการรับประทานยา พาไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาตามนัด (Kim et al., 2021) และที่สำคัญคู่สมรสช่วยเลี้ยงและดูแลหลานร่วมกันในครอบครัวด้วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ช่วยให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนของครอบครัวที่ดี เกิดความรู้สึกพึงพอใจ ส่งผลให้เกิดความสุขในผู้สูงอายุได้

การเผชิญปัญหาของครอบครัว พบว่าผู้สูงอายุในครอบครัวมีการเผชิญปัญหาที่ดี ส่งผลต่อการรับรู้ว่าตนเองมีความอยู่ดีมีสุขในระดับสูง การเผชิญปัญหาของครอบครัว เป็นความพยายามของครอบครัว เพื่อลดหรือจัดการความเครียดตามการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัว รวมถึงเป็นการแสวงหาและจัดสรรแหล่งประโยชน์ให้เกิดความสมดุล เพื่อให้ครอบครัวปรับตัวได้และเกิดผลดีในระยะยาว (Friedman, 1998) อีกทั้งเมื่อผู้สูงอายุมีการรับรู้หรือตีความสิ่งเร้าที่เผชิญว่าเป็นปัญหา จะพยายามเผชิญปัญหาจะพูดคุยและปรึกษากับคู่สมรส หรือญาติพี่น้องในละแวกบ้านเพื่อร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหานั้น ๆ การร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาเป็นการแสดงให้เห็นถึงความเป็นหนึ่งเดียวและความรักในครอบครัว การมีทักษะในการจัดการความเครียดช่วยให้ครอบครัวสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ท้าทายได้อย่างมีสติและไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและความสุขของผู้สูงอายุได้ (Somboon et al., 2018) ในขณะเดียวกันเมื่อผู้สูงอายุที่ทำบทบาทหน้าที่เลี้ยงดูเด็กที่เป็นรุ่นหลานในครอบครัว อาจจะส่งผลหลายอย่างต่อตัวผู้สูงอายุและครอบครัวได้ เช่น สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวอาจห่างเหินกัน ครอบครัวมีเวลาอยู่ด้วยกันน้อยลงและอาจปล่อยให้เด็กอยู่ตามลำพัง หรือบางครอบครัวอาจเอาใจเด็กเกินไป เกิดช่องว่างในการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุกับหลาน ไม่ให้โอกาสเด็กในการฝึกเรียนรู้และพัฒนาทักษะชีวิตของตนเองเพื่อการเรียนรู้สังคม ซึ่งอาจส่งผลกระทบมีความเสี่ยงอาจทำให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าว มีปัญหาเรื่องการติดเกมส์หรือการใช้สารเสพติดร่วมด้วยได้ (Hongthai & Jongudomkarn, 2020) ประกอบกับปัจจุบันเป็นยุคของเทคโนโลยีส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย

สรุป

การวิจัยครั้งนี้พบองค์ความรู้ใหม่ที่แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่นในชนบทอีสานมีระดับความอยู่ดีมีสุขของในระดับสูง นอกจากนี้ยังพบว่า การเผชิญปัญหาของครอบครัวที่ดี เป็นปัจจัยส่งเสริมความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะเดียวกันไม่พบความสัมพันธ์ของลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุและครอบครัวกับความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่นในชนบทอีสาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรประเมินระดับความอยู่ดีมีสุขในครอบครัวข้ามรุ่น เพื่อวางแผนให้การพยาบาลและการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวให้สามารถเผชิญปัญหาและได้รับการสนับสนุนในประเด็นความต้องการของครอบครัว โดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว

2. พยาบาลควรวางแผนการส่งเสริมสุขภาพและสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นในครอบครัวข้ามรุ่นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะครอบครัวข้ามรุ่นที่เลี้ยงดูหลานที่กำลังก้าวเข้าสู่ช่วงวัยรุ่น ตามระยะพัฒนาการครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับโปรแกรมที่ส่งเสริมความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น โดยการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ บทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพ การสนับสนุนจากครอบครัวและการเผชิญปัญหาของครอบครัว รวมถึงมีการติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้อยู่ภายใต้โครงการวิจัย ความอยู่ดีมีสุขและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่นในชนบทอีสาน โดยทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

รายการอ้างอิง (References)

Abramson, J. H. (2011). WinPepi updated: Computer programs for epidemiologists and their teaching potential. *Epidemiologic Perspectives & Innovations, 8*(1), 1 - 9. https://epi-perspectives.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-5573-8-1

An, U., Park, H. G., Han, D. E., & Kim, Y. H. (2022). Emotional Suppression and Psychological Well-Being in Marriage: The Role of Regulatory Focus and Spousal Behavior. *International journal of environmental research and public health*, *19*(2), 973. https://doi.org/10.3390 /ijerph19020973

Dahlberg, L., McKee, K. J., Frank, A., & Naseer, M. (2022). A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. *Aging & Mental Health, 26*(2), 225 - 249. https://doi. org/10.1080/13607863.2020.1746747

Dolbin-MacNab, M. L., & Yancura, L. A. (2018). International Perspectives on Grandparents Raising Grandchildren: Contextual Considerations for Advancing Global Discourse. *International journal of aging & human development*, *86*(1), 3 – 33. https://doi.org/10.1177/00914150166 89565

Ermer, A. E., & Proulx, C. M. (2020). Social support and well-being among older adult married couples: A dyadic perspective. *Journal of Social and Personal Relationships, 37*(4), 1073 -1091. https://doi.org/10.1177/0265407520907145

Friedman, M. M. (1998). *Family nursing: Research, Theory, & Practice* (5th ed.). Prentice Hall.

Fu, L., Wang, Y., & He, L. (2020). Factors Associated with the Psychological Health of Caregiving Older Parents and Support from Their Grown Children: Results from the China Health and Retirement Longitudinal Study. *International journal of environmental research and public health*, *17*(2), 556. https://doi.org/10.3390/ijerph17020556

Garatachea, N., Molinero, O., Martínez-García, R., Jiménez-Jiménez, R., González-Gallego, J., & Márquez, S. (2009). Feelings of wellbeing in elderly people: relationship to physical activity and physical function. *Archives of gerontology and geriatrics*, *48*(3), 306 – 312. https://doi.org/ 10.1016/j.archger.2008.02.010

Gwenzi, G. D. (2023). Care leavers' notions of the 'ideal' family in Zimbabwe. *Journal of Family Studies, 29*(3), 1428 – 1446. https://doi.org/10.1080/13229400.2022.2058411

Hongthai, K., & Jongudomkarn, D. (2020). Older person who raising teenage grandchildren in the present age. *Journal of Nursing Science & Health, 43*(4), 97 - 109. https://he01.tci-thaijo.org/ index.php/nah /article/view/244530

Hongthai, K., & Jongudomkarn, D. (2021). A phenomenological study on older persons as a breadwinner of A skipped-generation family: day by day coping journey in Thai context. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, *16*(1), 1967260. https://doi.org/10.1080/ 17482631.2021.1967260

House, J. S. (1987). Social support and social structure. *Sociological Forum, 2*(1), 135 - 146. https://doi.org/10.1007/BF01112940

Ingersoll-Dayton, B., Tangchonlatip, K., & Punpuing, S. (2020). A confluence of worries: Grandparents in skipped-generation households in Thailand. *Journal of Family Issues, 41*(2), 135 - 157. https://doi.org/10.1177/0192513X19878897

Jongudomkarn, D., Phuphaibul, R., Kamhom, R., & Dejakupatra, C. (2017). Thai families' perceptions of family well-being: A qualitative study. *Journal of Nursing Science and Health, 40*(1), 14-29. https://doi.org/10.14456/jnsh.2017.4

Jongudomkarn, D., Phuphaibul, R., & Neamsup, T. (2019). Isan family well-being: Suffering and happiness on poverty. *Journal of Nursing Science & Health*, *42* (2), 62 – 73. http://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/244530

Kapur, R. (2022). Understanding the meaning and significance of family. *Indian Journal of Social Science and Literature*, *1*(4), 34 - 39. https://doi.org/10.54105/ijssl.B1094.061422

Kim, E. S., Delaney, S. W., Tay, L., Chen, Y., Diener, E. D., & Vanderweele, T. J. (2021). Life satisfaction and subsequent physical, behavioral, and psychosocial health in older adults. *The Milbank Quarterly, 99*(1), 209 - 239. https://doi.org/10.1111/1468-0009.12514

Kumhom, R., Portawin, T., & Phuphaibul, R. (2020). Thai Family Well-being Based on Family Life Cycle: South RegionofThailand. *Journal of Social Work, 28*(2), 24 - 59. https://so0 4 . tci-thaijo.org/index.php/swjournal/article/view/240115

Mc Cubbin, H. I., Balling, K., Possin, P., Frierdich, S., & Bryne, B. (2002). Family resiliency in childhood cancer. *Family Relations, 51*, 103 - 111. https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2002. 00103.x

Photichai, P., & Luvira, V. (2022). Family types and parenting styles for infants in Khon Kaen Province. *Journal of Education and Health Promotion, 11*(1), 319. https://doi.org/10.4103/ jehp.jehp_691_21

Photichai, P., & Luvira, V. (2023). The impact of a skipped-generation family structure on early child development in Khon Kaen Province: A prospective cohort study. *Scientific Reports, 13*(1), 16897. https://doi.org/10.1038/s41598-023-41821-5

Phuphaibul, R., Kumhom, R., Jongudomkarn, D., Wacharasin, C., Neamsup, T., & Dachakup, J. (2019). *Integrative Thai family study based on family life cycle*. Putcharaporn Putamonton Nachonpratum.

Punpuing, S., Ingersoll-Dayton, B., Tangchonlatip, K., & Hutaphad, W. (2022). Psychological functioning and living arrangements among older Thai people. *Journal of Population Ageing, 15*(1), 193 - 216. https://doi.org/10.1007/s12062-021-09353-0

Samutachak, B., Kamsuwan, K., & Nitnara, P. (2018, May 5). *Caring for fragile families in situations of changing demographic and social structures: a complete research report. Thailand Science Research and Innovation* https://www.dl.parliament. go.th/handle/20.500.13072/ 563856

Samutachak, B., Kanchanachitra, M., Rittirong, J., & Katwongsa, P. (2016, February 23) *The well-being of Thai families: a complete research report. Thailand Science Research and Innovation.* https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/03/Report-File-555.pdf

Settersten, R. A. (2017). Some Things I Have Learned About Aging by Studying the Life Course. *Innovation in aging*, *1*(2), igx014. https://doi.org/10.1093/geroni/igx014

Silverstein, M., & Giarrusso, R. (2010). Aging and Family Life: A Decade Review. *Journal of marriage and the family*, *72*(5), 1039 – 1058. https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.007 49.x

Spitzer, N., Segel-Karpas, D., & Palgi, Y. (2022). Close social relationships and loneliness: the role of subjective age. *International psychogeriatrics*, *34*(7), 651 – 655. https://doi.org/10.1017/ S10416102 19001790

Somboon, S., Somanusorn, S., & Sumgern, C. (2018). Factors related to healthy aging among elderly. *Kuakarun Journal of Nursing*, *25*(1), 141 – 153. https://he01.tci-thaijo.org/index.php /kcn/article/view/131929

Sürücü, L., & Maslakci, A. (2020). Validity and reliability in quantitative research. *Business & Management Studies: An International Journal, 8*(3), 2694 - 2726. http://dx.doi.org/1 0 . 15295/bmij.v8i3.1540

Tangchonlatip, K., Ingersoll-Dayton, B., & Punpuing, S. (2021). Conflict in skipped generation households in Thailand. *The International Journal of Aging and Human Development, 92*(1), 3 - 21. https://doi.org/10.1177/0091415020918923

Thanakwang, K. (2015). Family support, anticipated support, negative interaction, and psychological well-being of older parents in Thailand. *Psychogeriatrics: the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, *15*(3), 171 – 178. https://doi.org/10.1111/psyg.12107

Thonglor, R., Nakamura, K., & Seino, K. (2022). Sociodemographic characteristics and functional health among Thai older adults in skipped generation households. *Health & Social Care in the Community, 30*(6), e5213-e5222. https://doi.org/10.1111/hsc.13809

Xie, H., & Lu, S. (2022). The association between physical performance and subjective wellbeing in Chinese older adults: A cross-sectional study. *Frontiers in public health*, *10*, 965460. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.965460

Yancura, L. A., Piper, J. L., Wallace, H. S., & Berry, A. A. (2020). How does research inform work with multigenerational and skipped generation households in rural areas? In *Forum for Family and Consumer Issues*, *23*(1), 1 - 15. https://www.theforumjournal.org/2021/03/01/ how-does-research-inform-work-with-multigenerational-and-skipped-generation-households-in-rural-areas/

Yang, J., Li, Z., Zhang, J., & Zang, Z. (2024). The impact of basic pension for urban and rural residents on the subjective well-being of the older adult in Chinese rural areas. *Frontiers in public health*, *12*, 1394688. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1394688

ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบล ในจังหวัดสงขลา

Factors Predicting Success in Implementation of The Subdistrict Narcotic Dose Screening Center in Songkla Province

อรสา พูลสวัสดิ์[1], กิตติพร เนาว์สุวรรณ[2*]

Orasa Poolsawat[1], Kittiporn Nawsuwan[2*]

(Received: June 5, 2024; Revised: August 16, 2024; Accepted: August 22, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบลในจังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบลจำนวน 138 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตามบทบาทที่คณะกรรมการศูนย์คัดกรองกำหนด ทักษะการคัดกรองและให้คำปรึกษาของผู้ปฏิบัติงาน แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การจัดการสิ่งแวดล้อมอาคารสถานที่ อัตรากำลัง และความสำเร็จในการดำเนินงาน ได้ค่าความตรงระหว่าง .67 – 1.00 ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคได้เท่ากับ .948, .954, .937, .967, .955 และ .979 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า

ความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบลในจังหวัดสงขลาในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.71, S.D. = 0.78) โดยปัจจัยทำนายความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบลในจังหวัดสงขลา ได้แก่ อัตรากำลัง (Beta = .463) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (Beta = .241) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย(Beta = .167) และการจัดสิ่งแวดล้อมอาคารสถานที่ (Beta= .133) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 83.60 (adj.R^2 = .836, p <.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

[1]สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

[1]Songkhla Health Office Province

[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[2]Boromarajonani College of Nursing Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[*]Corresponding Author: jock2667@gmail.com

ดังนั้นศูนย์ฯควรปรับปรุงและเตรียมความพร้อมการจัดการสิ่งแวดล้อม การจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน สร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานด้วยการเสริมแรง เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและมีแนวทางที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ง่ายต่อการปฏิบัติและเป็นไปในทิศทางเดียวกันให้กับพยาบาลวิชาชีพและผู้ที่ปฏิบัติงานศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบล

คำสำคัญ: ศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบล, ความสำเร็จ, การจัดการสิ่งแวดล้อม, แรงจูงใจ

Abstract

The purpose of this descriptive study was to investigate the factors influencing success in implementation of subdistrict narcotic dose screening center in Songkla province. 138 officers working in subdistrict narcotic dose screening center served as the samples with simple random sampling technique was used. The instruments used were questionnaires that demanded participation in a partnership network after the screening center committees' role, screening skills and officer consultation, work motivation, environmental and workplace management, workforce, and implementation success. The instruments' validity varied from.67 to 1.00. Alpha's Cronbach coefficient reliability indexes were 948,.954,.937,.967,.955, and.979, respectively.

Data were analyzed by using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. According to the results overall of success in implementation of subdistrict narcotic dose screening center in Songkla province at a high level (M =3.71, S.D.= 0.78). Factors predicting success in implementation of subdistrict narcotic dose screening center in Songkla province were the workforce (Beta=.463), work motivation (Beta= .241), participation in partnership networks (Beta=.167), and environmental and workplace management (Beta=.133). These factors can explain 83.60% of the variance and had statistically significant at.001.

Therefore, the subdistrict narcotic dose screening center ought to enhance and get ready for environmental management, workforce management that is appropriate for the workload, empowerment in implementation through motivation, a focus on partnership network participation, and the availability of clear guidelines that are easier to follow with the registered nurse and officers working in subdistrict narcotic dose screening center.

Keywords: Subdistrict narcotic dose screening center, Success, Environmental management, Motivation

บทนำ

ทฤษฎีการเสพติด (Addiction theory) มีรากฐานการเกิดโรคหรือความไม่สุขสบายเช่นเดียวกับโรคทางกายอื่น ๆ กล่าวคือ เกิดจากปัจจัยทางกาย จิต และสังคม ทฤษฎีหรือความเชื่อ ในสมมุติฐานดังกล่าวมีการพัฒนาเรื่อยมาตั้งแต่การมองว่าผู้ใช้ยาเสพติดเป็นผู้มีศีลธรรมต่ำกว่าคนอื่น ๆ ในสังคม (Moral model) การแก้ปัญหาจึงใช้การทำโทษให้หลาบจำและผู้ใช้ยาเสพติดต้องออกจากสังคม (Social exclusion) กลับเข้าสู่สังคมได้ก็ต่อเมื่อเลิกใช้ยาเสพติดแล้วเท่านั้น และองค์การสหประชาชาติกำหนดให้ทฤษฎีโรคสมองติดยา (Brain addiction theory) ให้ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย เน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรมและสังคม ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษา เพื่อ ลด ละ เลิก ยาเสพติด และการลดอันตรายจากยาเสพติด (Office of the Narcotics Control Board, Ministry of Justice, 2022) โดยอธิบายการเกิดโรคของผู้ติดยาเสพติด ว่าเกิดจากฤทธิ์ของยาเสพติดมีผลต่อสมอง มีพยาธิสภาพของสารสื่อประสาทและสมองส่วนการรู้คิด การยับยั้งชั่งใจ การแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรมต่างไปจากคนปกติทั่วไป ไม่ได้เป็นคนไม่ดีโดยสันดานตามที่เข้าใจแต่เดิม อย่างไรก็ดีแม้เจตนาจะช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด โดยเปลี่ยนทัศนคติจากเดิมที่กล่าวโทษมา เป็นการติดยาเสพติดซึ่งเกิดจากฤทธิ์ของยาเสพติดต่อสมอง ให้โอกาสผู้ติดยาเสพติดกลับเข้าสู่สังคม มีคุณภาพชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไปได้ ก็ต่อเมื่อ ผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาจนสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ และต้องไม่กลับไปเสพซ้ำอีกเท่านั้น โดยไม่คำนึงถึงปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลสำคัญ สังคมเดิม ๆ มีกลุ่มเสพอยู่ในชุมชนเป็นจำนวนมาก จึงยากนักที่ผู้ใช้ยาเสพติดจะกลับคืนสู่สังคมและใช้ชีวิตอยากปกติสุขได้ (Abstinence-based treatment only) ภาครัฐต้องมีการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย ตามบทบาทหน้าที่ได้รับมอบหมายของกระทรวงต่างๆ ดังนี้ กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการคัดกรอง บำบัดรักษาฟื้นฟู และพิจารณาส่งต่อไปยังภาคีเครือข่ายตามขอบเขตและกระทรวงกลาโหมรับผิดชอบในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบอยู่ประจำระยะยาว 120 วัน กระทรวงมหาดไทยดูแลช่วยเหลือผ่านศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม (Department of Local Administration Promotion, 2022) โดยเป็นผู้ประสานขอสนับสนุนจากหน่วยงานหรือกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและเป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treat-ment: CBTx) (Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment and Thanyaruk khonkaen Hospital, 2019) โดยมีสำนักงานตำรวจแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานสนับสนุน เพื่อการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง ศูนย์คัดกรองผู้ติดยาเสพติด จึงมีความจำเป็นในการแยกประเภท ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด ยาเสพติดเพื่อพิจารณาส่งต่อไปยังสถานพยาบาล และภาคีเครือข่ายที่เหมาะสม ทั้งนี้การดูแลผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชนที่มีประสิทธิภาพด้วยกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเสริมพลังอำนาจ การให้ผู้เสพและ

ครอบครัวได้มีการจัดการตนเอง (Boonyamanee & Nukaew, 2024) สามารถช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาล และการเข้ารับบริการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน ถือเป็นวิธีที่คุ้มค่าที่สุดในการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติดโดยอ้างอิงเอกสารทั่วโลก ระบุว่า ผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับบริการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน มีอัตราการเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล และประวัติทางอาชญากรรมลดลงอย่างเห็นได้ชัด (Ukranun & Chaipichitpan, 2019)

ตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมาลกฎหมายยาเสพติดพ.ศ. 2564 มีเนื้อหารวมทั้งสิ้น 186 มาตรา การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติด (มาตรา 108 - 123) จำนวน 16 มาตรา ได้มีประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการคัดกรอง การบำบัดรักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และการประเมินผล พ.ศ. 2565 ให้ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด มาตรา 116 ให้ศูนย์คัดกรองมีหน้าที่และอำนาจดังนี้ “ การคัดกรอง” หมายความว่า การคัดกรองและประเมินความรุนแรงของการติดยาเสพติด ภาวะความเสี่ยงทางสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต และควรมีศูนย์คัดกรองในพื้นที่ระดับตำบลทุกจังหวัด เพื่อคัดกรองประเมินความรุนแรงของการติดยาเสพติด และส่งต่อไปสู่การฟื้นฟูสภาพทางสังคมหรือการบำบัดยาเสพติด จัดทำข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองและข้อมูลอื่นของผู้รับการคัดกรองศูนย์คัดกรอง หมายถึง สถานที่คัดกรองการใช้สารเสพติด มีหน้าที่คัดกรองช่วยเหลือเบื้องต้นและการส่งต่อ ประกอบด้วย รพ.สต, สถานที่อื่นสังกัด อปท.ศูนย์บริการสาธารณสุข, สำนักงานเขตหรือสถานที่อื่นที่ กทม.กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยขึ้นทะเบียนและประกาศสถานที่ ปัจจุบันมีทั้งหมด 9,854 แห่ง การบำบัดรักษาการฟื้นฟูตามแนวทางที่กรมการแพทย์กำหนด ให้ครอบคลุมครบถ้วน ตั้งแต่กระบวนการแรกรับผู้ป่วย การคัดกรอง ประเมินการบำบัดรักษาตามแนวทางที่กำหนด สถานที่จัดแยกเป็นสัดส่วน อากาศถ่ายเทปลอดภัย ไม่มีผู้คนพลุกพล่าน และมีสถานที่จัดเก็บปัสสาวะและตรวจหาสารเสพติด มีขอบเขตการปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรอง กำหนดบทบาทหน้าที่ร่วมกับภาคีเครือข่ายคณะกรรมการศูนย์ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำรวจ อปท. ต้องได้รับการอบรม ชี้แจงหลักสูตร ครู ข ที่คณะอนุกรรมการฯ กำหนด และหัวหน้าศูนย์คัดกรองเห็นสมควร มีเครื่องมืออุปกรณ์ และระบบการบันทึกข้อมูล แบบคัดกรองประเมินความรุนแรง โปรแกรมบันทึกข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน โดยมีการกำกับติดตามและการรับรองคุณภาพเมื่อดำเนินการครบ 3 ปีโดยคณะทำงานจัดตั้งสถานพยาบาลและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รับรองคุณภาพการดำเนินงานศูนย์คัดกรองและศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับจังหวัดต่อไป

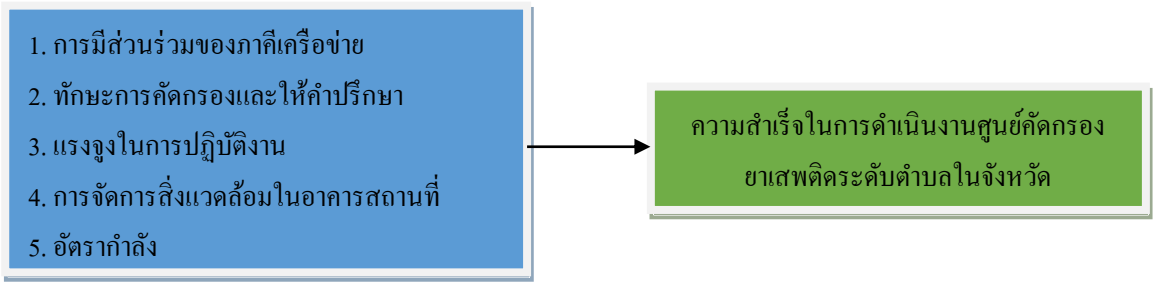
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบลในจังหวัดสงขลา

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบลในจังหวัดสงขลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดำเนินงานตามแนวทางการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การติดยาเสพติด ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต สำหรับศูนย์คัดกรอง ผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มาตรา 116 และได้มีการกำหนดไว้ในประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข ในการคัดกรอง การบำบัดรักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2565 ให้ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ดำเนินการคัดกรอง ประเมินความรุนแรง การบำบัดรักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามแนวทางที่กรมการแพทย์กำหนด เพื่อคัดกรอง และประเมินความรุนแรงของ การติดยาเสพติด ภาวะความเสี่ยงทางสุขภาพกาย สุขภาพจิต รวมถึงปัญหาด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับการติดยาเสพติด และวิเคราะห์จำแนกระดับความรุนแรงผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด และวางแผนการดูแลบำบัดรักษา ตลอดจนการส่งต่อ ให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ส่งกลับชุมชน และติดตามดูแลต่อเนื่องโดยชุมชนเข้มแข็ง CBTx เป็นแนวทางการดำเนินงานของศูนย์คัดกรองระดับตำบลจังหวัดสงขลา คัดกรองประเมินอาการทางกายและจิต บำบัดรักษาและส่งต่อฟื้นฟูสภาพทางสังคม สถานที่จัดแยกเป็นสัดส่วน มีเครื่องมืออุปกรณ์ แบบคัดกรองประเมินความรุนแรง มีขอบเขตการปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรอง กำหนดบทบาทร่วมกับภาคีเครือข่าย ผู้ปฏิบัติงานมีทักษะในการคัดกรองประเมินแยกประเภทส่งต่อได้ถูกต้องตามแนวทางการดูแลผู้ใช้สารเสพติดจังหวัดสงขลา โดยเน้นการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย มีอัตรากำลังในการปฏิบัติหน้าที่อย่างเหมาะสม สถานที่จัดตั้งศูนย์คัดกรองมั่นคงปลอดภัย สิ่งแวดล้อมที่ดี มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่พร้อมใช้งานทั้ง ระบบการเชื่อมโยงข้อมูลและระบบสื่อสาร (Department of Local Administration Promotion, 2022) มีแนวคิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ Herzberg (1959) (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติในศูนย์คัดกรองยาเสตติดระดับตำบลของจังหวัดสงขลาจำนวน 207 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ / นักวิชาการสาธารณสุข / นักจิตวิทยาที่ปฏิบัติในศูนย์คัดกรองยาเสตติดระดับตำบลจำนวน 138 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul et al., 2007) ใช้ Test family เลือก F-test, Statistical test เลือก Linear multiple regression: fix model, R^2 deviation from zero กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.15 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .95 ตัวแปรอิสระ (Number of predictors) 5 ตัวแปร ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากแบบไม่แทนที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่ง สถานภาพ และประสบการณ์ทำงาน รวม 6 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยทำนายความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 9 ข้อ 2) ทักษะการคัดกรองและให้คำปรึกษา 11 ข้อ 3) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน 7 ข้อ 4) การจัดการสิ่งแวดล้อมอาคารสถานที่ 6 ข้อ 5) อัตรากำลัง 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 38 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบล แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 17 ข้อ

สำหรับแบบสอบถามตอนที่ 2 และ 3 ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) จากปฏิบัติ/เห็นด้วยมากที่สุดให้ 5 คะแนน ถึงปฏิบัติ/เห็นด้วยน้อย

ที่สุดให้ 1 คะแนน โดยเกณฑ์การแบ่งระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน ใช้เกณฑ์ของใช้เกณฑ์ของ Wongratana (2010) มี 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง การดำเนินงาน / ความสำเร็จอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง การดำเนินงาน / ความสำเร็จอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง การดำเนินงาน / ความสำเร็จอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง การดำเนินงาน / ความสำเร็จอยู่ในมาก

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง การดำเนินงาน / ความสำเร็จอยู่ในมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 ท่าน และอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 2 ท่าน และได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 และนำแบบสอบถามมาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทักษะการคัดกรองและให้คำปรึกษา แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การจัดการสิ่งแวดล้อมอาคารสถานที่ อัตรากำลัง และความสำเร็จในการดำเนินงาน ได้ค่าความตรงระหว่าง .67 – 1.00 ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคได้เท่ากับ .948, .954, .937, .967, .955 และ .979 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลแบบ Online survey โดยสร้างเป็น Google form แล้วส่งแบบสอบถามออนไลน์ไปยังตัวแทนผู้ประสานงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 16 อำเภอ ผ่าน Application line เพื่อส่งต่อไปยังกลุ่มตัวอย่าง โดยในแบบสอบถามออนไลน์มีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและการยินยอมให้ข้อมูล ก่อนตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้ภายหลังส่งแบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามในทุก ๆ วัน ก่อนยุติการรับแบบสอบถามโดยแจ้งและแสดงความขอบคุณไปยังผู้ประสานแต่ละอำเภอ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนระดับจังหวัด ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ได้หมายเลขรับรอง 1 / 2566 ลงวันที่ 13 ตุลาคม 2566 นอกจากนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน คือ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดในแบบสอบถาม โดยครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการ

ระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Min) และค่าสูงสุด (Max)

2. วิเคราะห์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทักษะการคัดกรองและให้คำปรึกษา แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การจัดการสิ่งแวดล้อมในอาคารสถานที่ อัตรากำลัง และความสำเร็จในการดำเนินงานในศูนย์ คัดกรองยาเสพติดระดับตำบล จังหวัดสงขลาโดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบลในจังหวัดสงขลาโดยใช้สถิติถดถอยพหุ (Multiple regression) นำเข้าตัวแปรแบบขั้นตอน (Stepwise) ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุ ผู้วิจัยได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) (Hair et al., 2019) ของสถิติที่ใช้ ดังนี้

3.1 การมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) และตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal probability plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง ดังนั้นสรุปได้ว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

3.2 ทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ต้องมีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) และข้อมูลไม่มี Outliers โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot พบว่ามีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร และอยู่ระหว่าง ± 3

3.3 ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง (Multicollinearity) โดยการพิจารณาจากค่า Tolerance ระหว่าง .269 – .345 และค่า VIF ระหว่าง 2.895 – 3.723

3.4 ไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์ (Autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.929

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 91.0 อายุเฉลี่ย 40.17 ปี ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 16.96 ปี ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 63.9 ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 69.9 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 138)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	56	40.6
หญิง	82	59.4
2. อายุ (M = 40.88, S.D. = 9.87, Min = 24, Max = 59)		
3. ประสบการณ์การทำงาน (M = 14, S.D. = 11.78, Min = 1, Max = 40)		
4. สถานที่ปฏิบัติงาน		
1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	126	91.3
2. PCU	10	7.2
3. ศูนย์สุขภาพชุมชน	2	1.4
5. ตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพ	82	59.4
นักวิชาการสาธารณสุข	56	40.6
6. สถานภาพ		
โสด	38	27.5
สมรส	92	66.7
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	8	5.8

2. ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทักษะการคัดกรองและให้คำปรึกษา แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การจัดการสิ่งแวดล้อมในอาคารสถานที่ และอัตรากำลังในการดำเนินงานศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบลในจังหวัดสงขลา พบว่า ตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ทักษะการคัดกรองและให้คำปรึกษา (M = 4.00, S.D. = 0.67) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (M = 3.99, S.D. = 0.68) และ ตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ อัตรากำลัง (M = 3.61, S.D. = 0.81) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทักษะการคัดกรองและให้คำปรึกษา แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การจัดการสิ่งแวดล้อมในอาคารสถานที่ และอัตรากำลังในการดำเนินงานศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบลในจังหวัดสงขลา (n = 138)

ปัจจัย	M	S.D.	แปลผล
การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	3.99	0.68	มาก
ทักษะการคัดกรองและให้คำปรึกษา	4.00	0.67	มาก
แรงจูงในการปฏิบัติงาน	3.79	0.68	มาก
การจัดการสิ่งแวดล้อมในอาคารสถานที่	3.73	0.78	มาก
อัตรากำลัง	3.61	0.81	มาก

3. ความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบลในจังหวัดสงขลาในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.71, S.D. = 0.78) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ มีการให้บริการที่เป็นมิตร สร้างความไว้วางใจและเข้าใจผู้ติดยาเสพติด (M = 3.87, S.D. = 0.84) รองลงมาคือ มีทักษะในการคัดกรองผู้ติดยาเสพติดตามแบบประเมิน V2 (M = 3.85, S.D. = 0.85) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ บำเหน็จความดีความชอบในการดำเนินงานด้านยาเสพติด (M = 3.46, S.D. = 0.99) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบลในจังหวัดสงขลา (n = 138)

ข้อ	ความสำเร็จในการดำเนินงานของศูนย์คัดกรองระดับตำบล	M	S.D.	แปลผล
1	กำหนดบทบาทหน้าที่การดำเนินงานตามนโยบายยาเสพติดร่วมกับภาคีเครือข่าย	3.76	0.85	มาก
2	มีแนวทางในการปฏิบัติงานที่ชัดเจนและปฏิบัติได้จริง	3.74	0.87	มาก
3	การสร้างความเข้าใจกับชุมชน “ผู้เสพคือผู้ป่วย” และลดการตีตรา	3.73	0.86	มาก
4	มีการให้บริการที่เป็นมิตร สร้างความไว้วางใจและเข้าใจผู้ติดยาเสพติด	3.87	0.84	มาก
5	มีทักษะในการคัดกรองผู้ติดยาเสพติดตามแบบประเมิน V2	3.85	0.85	มาก
6	มีทักษะในการปรึกษาแบบระยะสั้นและระยะยาว BA/BI	3.81	0.87	มาก
7	มีการกำหนดนโยบายและเป้าหมายในการให้บริการที่เป็นมาตราฐาน	3.80	0.82	มาก
8	การสนับสนุนของผู้บริหาร	3.83	0.89	มาก
9	งบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงาน	3.57	0.97	มาก
10	บำเหน็จความดีความชอบในการดำเนินงานด้านยาเสพติด	3.46	0.99	ปานกลาง
11	ผู้ผ่านการคัดกรอง บำบัดรักษา ไม่กลับไปเสพซ้ำและใช้ชีวิตอย่างปกติสุขในสังคม	3.47	1.01	ปานกลาง

ข้อ	ความสำเร็จในการดำเนินงานของศูนย์คัดกรองระดับตำบล	M	S.D.	แปลผล
12	ความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ในศูนย์คัดกรอง	3.63	0.89	มาก
13	มีระบบการสื่อสารและบันทึกข้อมูลที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพ	3.73	0.91	มาก
14	สถานที่ตั้งศูนย์คัดกรองมีความปลอดภัยและเป็นสัดส่วน	3.69	0.94	มาก
15	ความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์	3.71	0.91	มาก
16	การจัดอัตรากำลังในการให้บริการคัดกรอง	3.61	0.92	มาก
17	กำหนดบทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรองที่ชัดเจน	3.75	0.91	มาก
	ภาพรวม	**3.71**	**0.78**	**มาก**

4. ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบลในจังหวัดสงขลาได้แก่ อัตรากำลัง (Beta = .463) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (Beta = .241) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย(Beta = .167) และการจัดสิ่งแวดล้อมอาคารสถานที่ (Beta = .133) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 83.60 (adj.R^2 = .836, p <.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 4 โดยสามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้

คะแนนดิบ

ความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบล = -.085 +.438$_{(อัตรากำลัง)}$ + .275 $_{(แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน)}$ + .181 $_{(การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย)}$ + .129$_{(การจัดสิ่งแวดล้อมอาคารสถานที่)}$

คะแนนมาตรฐาน

ความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบล = .463$_{(อัตรากำลัง)}$ + .241$_{(แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน)}$ + .167$_{(การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย)}$ + .133$_{(การจัดสิ่งแวดล้อมอาคารสถานที่)}$

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของความสำเร็จในการดำเนินงานโรงพยาบาลสนามของพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดสงขลา

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	-.085	.156		-.547	.586
อัตรากำลัง	.438	.062	.463	7.047	<.001
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	.275	.065	.241	4.206	<.001
การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	.181	.064	.167	2.833	.005
การจัดสิ่งแวดล้อมอาคารสถานที่	.129	.060	.133	2.134	.035

R = .917 R^2 = .841 adj. R^2 = .836 df = 4,142 F =187.54 $SE._{est}$ = .31742 p – value <.001

อภิปรายผล

1. ความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบลในจังหวัดสงขลาในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.71, S.D. = 0.78) ทั้งนี้เนื่องจากประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ 2564 มาตรา 116 ให้กระทรวงสาธารณสุขกำหนดสถานที่เป็นศูนย์คัดกรอง มีหน้าที่คัดกรองช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อ ประกอบด้วย รพ.สต สถานที่อื่น ๆ อปท. ศูนย์บริการสาธารณสุข ขึ้นทะเบียนเป็นศูนย์คัดกรองครอบคลุมทุกตำบล บุคลากรและภาคีเครือข่ายที่ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรอง ต้องได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่คณะอนุกรรมการฯกำหนด (Department of Local Administration Promotion, 2022) จากกฎหมายดังกล่าวส่งผลให้เป็นนโยบายจากส่วนกลางสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัดนำโดยผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานดำเนินงาน กำหนดให้ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนและครอบคลุมทุกพื้นที่ มีการติดตามอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม โดยใช้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) เป็นศูนย์คัดกรองเนื่องจากเจ้าหน้าที่มีสมรรถนะอยู่แล้วและง่ายต่อการส่งต่อรับการบำบัด (Jungsomjatepaisal et al., 2023) จึงทำให้ความสำเร็จในการดำเนินงานของศูนย์ดังกล่าวอยู่ในระดับมาก

2. ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบลในจังหวัดสงขลา ได้แก่ อัตรากำลัง ทั้งนี้เนื่องจากการปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรองระดับตำบลมีคณะกรรมการประกอบด้วย 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นประธาน 2) พยาบาลวิชาชีพ/นักวิชาการสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบในการคัดกรองบำบัดรักษา 3) อสม.ในการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน 4) ตำรวจในการค้นหากลุ่มเป้าหมายและนำส่งผู้เข้ารับการคัดกรองตามมาตรา 114 5) กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ในการดูแลต่อเนื่องในชุมชนและประสานขอรับการช่วยเหลือจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม มีการอบรมให้ความรู้ในการปฏิบัติหน้าที่ก่อนจัดตั้งศูนย์คัดกรองระดับตำบล ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรองมีความเป็นกันเองและรู้ข้อมูลสุขภาพในชุมชน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน ตลอดจนมีแนวทางการขออัตรากำลังสำรอง ในการค้นหา X-ray ชุมชนเมื่อต้องคัดกรองเป็นจำนวนมาก ทำให้อัตรากำลังคนในการปฏิบัติงานด้านยาเสพติดส่งผลถึงความสำเร็จในการดำเนินงานของศูนย์คัดกรองระดับตำบลอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Chomsiri (2017) พบว่า การบรรลุเป้าหมายความสำเร็จมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากร หากบุคลากรแต่ละคนมีความรู้ความสามารถ พอใจในสิ่งที่ตนเองมีและให้เกียรติตนเอง มีความกระตือรือร้น ใส่ใจการทำงานอย่างเต็มที่ก็จะพัฒนาตัวเองให้สามารถทำผลงานออกมาดี ด้านความมั่นคงในงานพบว่ามีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

3. ด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจากการดำเนินงานยาเสพติดเป็นนโยบายของรัฐบาลให้มีการแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยมองผู้เสพ คือ ผู้ป่วย ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดตั้งเป็นศูนย์

คัดกรองยาเสพติดระดับตำบลครอบคลุมทุกตำบล การดำเนินงานได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารเป็นอย่างดี มีงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในการจัดหาชุดตรวจสารเสพติด ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรอง แต่การพิจารณาบำเหน็จความดีความชอบด้านยาเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง เพราะยังไม่ทั่วถึงผู้ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบล ในการส่งผลงานเข้ารับการคัดเลือก สอดคล้องกับการศึกษาของ Piyaphan (2013) พบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร คือ ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ และนโยบายและการบริหารงาน นอกจากนี้การศึกษาของ Srigongnhun (2016) ปัจจัยที่มีผลต่อระดับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานส่วนหนึ่งมาจากแรงจูงใจ ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ ด้านการปกครองบังคับ บัญชา ด้านนโยบายและการบริหาร ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านความสัมพันธ์ระหว่าง บุคคลและด้านเงินเดือนและสวัสดิการ

4. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จในการจัดตั้งศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบล ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินงานด้านยาเสพติดตามกฎหมายฉบับใหม่ปี พ.ศ 2564 ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานไว้อย่างชัดเจน ในการบูรณาการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดให้เข้าสู่กระบวนการ คัดกรอง บำบัดรักษา ส่งต่อชุมชนบำบัด (CBTx) และติดตามต่อเนื่อง (Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment and Thanyaruk khonkaen Hospital, 2019) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ได้จัดทำแนวทางการดำเนินงานยาเสพติดบูรณาการแบบไร้รอยต่อร่วมกับภาคีเครือข่ายไว้อย่างชัดเจน จึงทำให้การมีส่วนร่วมการประสานงานติดต่อสื่อสาร การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Tantivechayanon et al. (2016) พบว่าความร่วมมือทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศเป็นปัจจัยความสำเร็จของนโยบายการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน รวมทั้งการศึกษาของ Julawong et al. (2016) พบว่าการมีส่วนร่วมของของชุมชนและครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายความสำเร็จในการเฝ้าระวังป้องกันยาเสพติดในบ้านพักกำลังพลกองทัพบก

นอกจากนี้พบว่าการจัดสิ่งแวดล้อมอาคารสถานที่จะช่วยให้ศูนย์คัดกรองยาเสพติดในระดับตำบลดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากการสร้างสรรค์สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการคัดกรอง มีอุปกรณ์ที่พร้อมใช้ระบบข้อมูลสื่อสารที่ทันสมัย มีห้องทำงานและห้องน้ำแยกเป็นสัดส่วนเอื้อต่อการเก็บปัสสาวะส่งตรวจ ตามมาตรฐานการประเมินของคณะกรรมการรับรองคุณภาพศูนย์คัดกรองที่กำหนด มีการสร้างจุดเบี่ยงเบนความสนใจ กำจัดสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียด เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดให้ความร่วมมือในการคัดกรองบำบัดรักษาอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

(Department of Local Administration Promotion, 2022) จะต้องมีสถานที่จัดแยกเป็นสัดส่วน อากาศถ่ายเท ปลอดภัย ไม่มีผู้คนพลุกพล่าน และมีสถานที่จัดเก็ บัสสาวะและตรวจหาสารยาเสพติด (Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. Department Of Medical Service, 2017)

สรุป

การวิจัยปัจจัยทำนายความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบลจังหวัดสงขลา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสำเร็จต่อการดำเนินงานศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบลจังหวัดสงขลา ซึ่งได้ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบล จำนวน 138 คน โดยความสำเร็จในภาพรวมอยู่ในระดับมากทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ อัตรากำลัง แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การจัดสิ่งแวดล้อมอาคารสถานที่ ดังนั้นศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบล ควรพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนสร้างแรงจูงใจ ภายใต้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชนและครอบครัว ขับเคลื่อนชุมชนล้อมรักษ์เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างต่อเนื่องตลอดจนส่งเสริมคุณภาพชีวิตร่วมกับศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม เพื่อป้องกันการกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ และสนับสนุนให้มีอาชีพมีรายได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดอัตรากำลังให้เพียงพอ เหมาะสมกับภาระงานด้านยาเสพติดร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อตอบสนองนโยบายด้านยาเสพติด ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีการจัดสิ่งแวดล้อมอาคารสถานที่ให้เอื้อต่อการดำเนินงานปลอดภัย กำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรม ขับเคลื่อนไปในทิศทางและรูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัดสงขลา

2. ควรศึกษาปัจจัยสนับสนุนอื่นที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบล เช่น การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปัจจัยทางด้านจิตสังคม การส่งต่อผู้ใช้สารเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาโดยชุมชนล้อมรักษ์ (CBTx) และการประสานงานในการช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดรักษาจากศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม เป็นต้น

3. ควรสร้างแรงจูงใจโดยจัดสรรโควต้าบำเหน็จความชอบด้านการดำเนินงานยาเสพติด ให้กับผู้ปฏิบัติงานศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบล ที่ดำเนินการคัดกรอง บำบัดรักษา และติดตามต่อเนื่องในชุมชนโดยผู้ใช้สารเสพติดเลิกได้และไม่กลับไปเสพซ้ำในระยะเวลา 1 ปี ผ่านเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนดร้อยละ 62

4. ควรศึกษารูปแบบการจัดระบบดูแลผู้ป่วย การเข้าถึงบริการโดยง่าย ด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการหรือการวิจัยเพื่อพัฒนาให้ชุมชนเข้าใจแนวทางการบำบัดรักษา และผู้ป่วยยาเสพติดสมัครใจและเข้าสู่กระบวนการคัดกรอง บำบัดรักษาโดยสามารถเลือกรูปแบบการบำบัดรักษาได้

รายการอ้างอิง (References)

Boonyamanee, B., & Nukaew, O. (2024). The Development and Effects of an Enhancing Empowerment Program on Self-regulation for Quitting Illegal Drugs among Patients with Amphetamine Addiction during Rehabilitation Phase. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 11*(2), e267558. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/267558/181252

Chomsiri, K. (2017). *The condition factors has an affecting with efficiency performance of certified public Accountants on Bangkok Area*. [Master's Thesis]. Sripatum University.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (21nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Department of Local Administration Promotion. (2022, January 20). *Guidelines for preventing and solving drug problems of local government organizations*. https://www.dla.go.th/upload/document/type2/2022/10/28183_2_1665459995766.pdf?time=1665643120868

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175 - 191. https://link.springer.com/article/10.3758/BF03193146

Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2019). *Multivariate Data Analysis.* (7th ed). Pearson Education.

Herzberg, F. (1959). *The Motivation to Work.* (2nd ed.). John Wiley and Sons.

Julawong, O., Onsri, P., & Indhraratana, A. (2016). Predictive factors of the success of monitoring and preventing addictive substance use in the army community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 17*(3), 178 – 186. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/73281/0

Jungsomjatepaisal, P., Pumpuang, W., Seehirunwong, A., & Thanasitchamroon, R., (2023) . Evaluating the Implementation of Drug Abuse Screening, Treatment and Rehabilitation for Abusers according to the Narcotics Bill B.E.2564 in 5 Selected Provinces in Thailand. *Journal of Health Science, 32*(3) , 488 - 501. https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/14232

Office of the Narcotics Control Board, Ministry of Justice. (2 022) . *Report on the results of drug prevention and suppression, 2021*. Author.

Piyaphan, D. (2013) . *Motivation in the performance of personnel in the Accounting Department*, [Master's Thesis]. Thongsuk College.

Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. Department Of Medical Service. (2017). *Operation manual according to requirements and standards for drug treatment hospitals that serve drug and substance users*. Printing House.

Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment and Thanyaruk khonkaen Hospital. (2019). *Commumity Based Treatment and Rehabilitation and Best Practices*. Author.

Srigongnhun, P. (2 0 1 6) . *Factors affecting the level of efficiency in work are partly based on motivation*. [Master's Thesis]. Nakhon Sawan Rajabhat University.

Tantivechayanon, P., Naressenie, K., & Pairindra, B. (2016). The Success of the Drug Prevention and Suppression Policyin the Upper Northeastern Provinces. *Silpakorn University e-Journal (Social Sciences, Humanities, and Arts), 36*(3), 91 - 113. http://doi.org/10.14456/sujthai. 2016.22

Ukranun, W., & Chaipichitpan. N. (2 0 1 9) . *Guidelines for community rehabilitation work with community participation and good practices*. Boromarajonani National Institute for Drug Addiction Treatment and Rehabilitation and Thanyarak Regional Hospital

Wongratana, C. (2010) . *Techniques for Using Statistics for Research* (12th Ed). Thainiramitkij Infographic.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพซ้ำในผู้ติดยาเสพติดชนิดผสมผสาน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

Factors Affecting Drug Relapse in Persons with Mixed Type Drug Addiction: A Systematic review

ไกรวุฒิ ศรีจันทร์[1*], อัญชลี เจตวรานนท์[1], รัชณีย์ วรรณขาม[1], ทิพสุคนธ์ มูลจันที[1]

Kraiwut Srijan[1*], Anchalee Jetwaranon[1], Rachanee Vannakam[1], Tipsukon Moonjuntee[1]

(Received: February 16, 2024; Revised: June 26, 2024; Accepted: July 26, 2024)

บทคัดย่อ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา วิเคราะห์ และสังเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพซ้ำในผู้ติดยาเสพติดชนิดผสมผสานระหว่างเมทแอมเฟตามีนร่วมกับยาเสพติดชนิดอื่น โดยสืบค้นข้อมูลงานวิจัยทุกรูปแบบตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2566 ประเมินค่างานวิจัยและสกัดข้อมูลโดยใช้แบบสกัดข้อมูลที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ ผลการสืบค้นพบงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาเสพติดซ้ำในผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดชนิดผสมผสานทั้งหมด 256 เรื่อง จาก 8 ฐานข้อมูล งานวิจัย 245 เรื่อง ถูกคัดออกเนื่องจากไม่ตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า มีเพียง 11 งานวิจัยที่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด แบ่งเป็นงานวิจัยภายในประเทศ จำนวน 8 เรื่อง และงานวิจัยต่างประเทศ จำนวน 3 เรื่อง เป็นงานวิจัยหาความสัมพันธ์ จำนวน 5 เรื่อง งานวิจัยเชิงสำรวจ จำนวน 2 เรื่อง งานวิจัยแบบผสม จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้า จำนวน 1 เรื่อง และงานวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 2 เรื่อง สังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพซ้ำในผู้ติดยาเสพติดชนิดผสมผสานและผลการวิเคราะห์สรุปบรรยายเชิงเนื้อหา เพื่ออธิบายลักษณะของปัจจัยและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการเสพซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาเสพติดซ้ำในผู้ติดยาเสพติดชนิดผสมผสาน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา อาการอยากยา ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ เพื่อนที่ใช้ยาเสพติด ครอบครัว และการประกอบอาชีพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมของชุมชนและอิทธิพลของชุมชน ผลจากการศึกษาสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดใน

[1]โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

[1]Thunyarak Pattani Hospital

*Corresponding Author: Kraiwutt@gmail.com

งานวิจัยและพัฒนาแนวทางในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำโดยการทำงานประสานกันระหว่าง สห วิชาชีพ ครอบครัว และชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: การกลับไปเสพซ้ำ, ผู้ติดยาเสพติด, ยาเสพติดชนิดผสมผสาน, การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

Abstract

This systematic review aimed to identify, analyze, and synthesize the factors affecting drug relapse in persons with mixed type drug addiction using a combination of methamphetamine and other drugs through all available literature from 2014 to 2023. Research critical appraisal and data extraction were conducted by a data extraction form produced by The Joanna Briggs Institute. According to the search results, 256 papers from 8 databases examined factors affecting drug relapse among drug addicted patients with mixed type drug addiction. A total of 245 studies were eliminated due to their incompatibility with the inclusion criteria. Merely eleven studies satisfied all the inclusion criteria. Eight studies were conducted in Thailand and three studies were conducted overseas. There were five relationship studies, two exploration studies, one mixed method study, one cohort study, and two qualitative research studies. Research findings and knowledge synthesis of the factors affecting drug relapse in persons with mixed type drug addiction were descriptive in characterizing the factors and their relationship to drug relapse. The findings indicated that among patients with mixed-type drug addiction, factors influencing drug relapse included age, educational attainment, signs of drug craving, psychological factors such as friends, family, and occupation of drug addicts, and environmental factors such as neighborhood environment and community influence. The findings can be used to conduct research and create guidelines for preventing drug relapse through increased collaboration between the multidisciplinary team, family, and community.

Keywords: Drug relapse, Drug addicted persons, Mixed type drug addiction, A systematic review

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ใช้ยาเสพติดร้อยละ 5.6 โดยสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้น 11 % ในจำนวนนี้มีผู้ใช้ยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 45 และยังพบว่าร้อยละ 10 มีการใช้สารออก

ฤทธิ์ต่อจิตและประสาทชนิดใหม่ (New Psychoactive Substances: NPS) ร่วมกับเมทแอมเฟตามีนทำให้เกิดอาการทางจิตและได้รับความทุกข์ทรมาน คิดเป็นร้อยละ 0.7 ของประชากรอายุระหว่าง 15 – 64 ปี (United Nations Office on Drugs and Crime, 2023) ประเทศไทยมีผู้ใช้ยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 79.20 ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนร่วมกับยาเสพติดชนิดอื่นมากถึงร้อยละ 31.09 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Ministry of Public Health, 2023) การที่ผู้ป่วยมีการใช้ยาเสพติดร่วมกันหลายชนิดจะทำให้เกิดความยุ่งยากซับซ้อนในการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการถอนพิษยาจะแตกต่างกันออกไปตามชนิดของยาเสพติดที่ใช้ ส่งผลให้มีอัตราการกลับไปเสพซ้ำสูง สอดคล้องกับข้อมูลผลการดำเนินงานของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566 พบว่า ผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนร่วมกับยาเสพติดชนิดอื่นกลับไปเสพซ้ำและกลับมาเข้ารับการบำบัดรักษาใหม่ร้อยละ 51.53, 62.89 และ 56.82 ตามลำดับ (Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment, 2023) ซึ่งส่งผลกระทบทั้งต่อตนเอง ชุมชน และสังคม

ผลกระทบจากการกลับไปเสพซ้ำส่งผลกระทบทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ทำให้เกิดปัญหาภายในครอบครัว สังคม และประเทศชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime, 2023) ซึ่งผลกระทบต่อตนเอง ได้แก่ การเสพเมทแอมเฟตามีนร่วมกับสารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทชนิดใหม่ในระดับที่มากกว่าปกติเมื่อหยุดเสพจะเกิดอาการขาดยาโดยมีอาการอ่อนเพลีย ซึม หงุดหงิด หากใช้อย่างต่อเนื่องจะทำลายระบบสารสื่อประสาทและการทำงานของสมองทำให้สูญเสียการคิดและการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล (Kuypers et al., 2020) จนไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้เกิดเป็นพฤติกรรมก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง และขาดสติจนนำไปสู่การทำร้ายตนเองและผู้อื่นรวมทั้งการก่ออาชญากรรม อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม ได้แก่ ปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัว การใช้ความรุนแรงภายในครอบครัว และครอบครัวแตกแยก (Phurahong, 2018) ดังนั้นการเร่งแก้ไขปัญหาโดยการช่วยให้ผู้ติดสารเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนร่วมกับยาเสพติดชนิดอื่นลด ละ เลิกยาเสพติดและไม่กลับไปเสพซ้ำได้นั้นจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญยิ่ง

การเสพซ้ำหลังการบำบัดรักษา (Relapse) เป็นการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้ที่เคยหยุดหรือเลิกยาเสพติด โดยใช้เพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและความถี่ในการใช้ และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (Marlatt & Donovan, 2005) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดซ้ำในผู้ติดยาเสพติดชนิดผสมผสานมีหลายปัจจัย เมื่อพิจารณาผลการศึกษาพบว่า ผลการศึกษาในแต่ละบริบทและสถานที่บำบัดรักษามีความแตกต่างกัน ซึ่งเกิดจากตัวแปรบางตัวที่แตกต่างกัน เช่น บริบทของพื้นที่ ช่วงอายุ ทำให้ผลลัพธ์ในแต่ละงานวิจัยไม่สอดคล้อง

กัน และยังไม่มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่จะทำให้มั่นใจว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดชนิดผสมผสานประกอบด้วยปัจจัยอะไรบ้าง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดยใช้กระบวนการทบทวนอย่างเป็นระบบของ The Joanna Briggs Institute (2014) มาเป็นกรอบแนวคิดในการรวบรวม วิเคราะห์ ประเมินคุณภาพและสังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัย เพื่อให้ได้องค์ความรู้ในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ติดยาเสพติดชนิดผสมผสาน และนำผลที่ได้จากการศึกษาไปเป็นแนวทางในการทำวิจัยหรือพัฒนาแนวทางในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทและสังคมไทยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษา วิเคราะห์ และสังเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพซ้ำในผู้ติดยาเสพติดชนิดผสมผสาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพซ้ำในผู้ติดยาเสพติดชนิดผสมผสาน (เมทแอมเฟตามีนร่วมกับยาเสพติดชนิดอื่น) โดยใช้กระบวนการทบทวนอย่างเป็นระบบของ The Joanna Briggs Institute (2014) ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ 1) การกำหนดหัวข้อ 2) การกำหนดวัตถุประสงค์และคำถามสำหรับการสืบค้น 3) การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย 4) การสืบค้นงานวิจัย 5) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 6) การรวบรวมและสกัดข้อมูล7) การสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัย และ 8) การนำเสนอผลการทบทวน

ประชากร

ประชากรสำหรับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ คือ งานวิจัยเชิงปริมาณหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาเสพติดซ้ำในผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดชนิดผสมผสาน คัดเลือกงานวิจัยที่ตีพิมพ์ย้อนหลัง 10 ปี คือ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 - 2566 (ค.ศ. 2014 - 2023) เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษตามเกณฑ์ PICO จากฐานข้อมูล ThaiJo, Google scholar, PMNIDAT, ThaiLis ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ ห้องสมุดคณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และวารสารกรมการแพทย์ ส่วนการสืบค้นงานวิจัยต่างประเทศจากฐานข้อมูลอิเลกทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, PubMed, ProQuest, Cochrane ดังตารางที่ 1

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาเสพติดซ้ำในผู้ติดยาเสพติดชนิดผสมผสาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเภท ได้แก่

1. แบบคัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion Criteria Form) สร้างขึ้นตามเกณฑ์ในการคัดเลือก ได้แก่ เป็นงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาเสพติดซ้ำในผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดชนิดผสมผสาน โดยเป็นงานวิจัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 - 2566 (ค.ศ. 2014 - 2023) โดยต้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนดทุกข้อ

2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (Critical Appraisal Form) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพเชิงระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัยที่นำมาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ซึ่งพัฒนาโดย The Joanna Briggs Institute (2014)

3. แบบสกัดข้อมูล (Data Extraction Form) ซึ่งพัฒนาโดย The Joanna Briggs Institute (2014) ใช้ในการบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยที่คัดเลือกมาทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้ทำวิจัย ปีที่เผยแพร่ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ระเบียบวิธีวิจัย และผลของการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 7 ขั้นตอน (The Joanna Briggs Institute, 2014) ดังนี้

1. กำหนดหัวข้อการทบทวนวรรณกรรม คือ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาเสพติดซ้ำในผู้ติดยาเสพติดชนิดผสมผสาน

2. กำหนดวัตถุประสงค์สำหรับการทบทวนวรรณกรรม

3. กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก

ประเภทของงานวิจัยเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพซ้ำในผู้ติดยาเสพติดชนิดผสมผสานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่รายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 - 2566 (ค.ศ. 2014 - 2023) โดยคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ด้วยเครื่องมือ PICO ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การกำหนด PICO

เกณฑ์คัดเข้าสำหรับวิจัยเชิงปริมาณ (PICO)	เกณฑ์คัดเข้าสำหรับวิจัยเชิงคุณภาพ (PICO)
P: (Population): ผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดชนิดผสมผสาน, ผู้ป่วยที่ใช้เมทแอมเฟตามีนร่วมกับยาเสพติดชนิดอื่น (เฮโรอีน ORน้ำกระท่อม OR กัญชา OR ยานอนหลับ)	P: (Population/problem): สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดชนิดผสมผสานกลับไปเสพซ้ำมีอะไรบ้าง
I: (Intervention): ประเด็น	I: (Interest): ศึกษาประสบการณ์ของการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ
C: (Comparison): ไม่มี	-
O: (Outcome): การเสพยาเสพติดซ้ำ	CO: (Context) = ศึกษาบริบทของผู้ติดชนิดผสมผสานที่มีการกลับไปเสพซ้ำ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

เป็นงานวิจัยที่ไม่ใช่ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ กลุ่มตัวอย่างใช้ยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีนเพียงอย่างเดียว และไม่ใช่รายงานวิจัยฉบับเต็ม (Full text) หรือบทความที่เข้าถึงเฉพาะบทคัดย่อ

4. สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพซ้ำในผู้ติดยาเสพติดชนิดผสมผสานโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 การกำหนดคำสำคัญ (Key words) โดยใช้หลัก PICO ประกอบด้วย ลักษณะประชากร วิธีการ และผลลัพธ์ของการศึกษา ซึ่งการสืบค้นสามารถปรับเปลี่ยนคำได้ตามความเหมาะสมเพื่อให้ได้งานวิจัยที่ครอบคลุม เหมาะสมและสอดคล้องตามวัตถุประสงค์มากที่สุด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เสพยาเสพติดชนิดผสมผสาน, ผู้เสพเมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) AND (เฮโรอีน OR น้ำกระท่อม OR กัญชา OR ยานอนหลับ) Multiple Drug Use, Methamphetamine Dependence with (Heroin dependence OR Kratom cocktail dependence OR (Cannabis OR Marihuana dependence) OR Anxiolytic drug dependence)

รูปแบบการศึกษา ได้แก่ ประเด็น หรือ Issue

ผลลัพธ์ที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยการเสพซ้ำ (Factors affecting Relapses)

4.2 กำหนดแหล่งสืบค้นในประเทศ ได้แก่ ThaiJo, Google scholar, PMNIDAT, ThaiLis ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์, ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ ห้องสมุดคณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และวารสารกรมการแพทย์ ส่วนการสืบค้นงานวิจัยต่างประเทศจากฐานข้อมูลอิเลกทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, PubMed, ProQuest, Cochrane

4.3 จัดเก็บวรรณกรรมที่ค้นพบในแฟ้มข้อมูลเพื่อคัดกรองงานวิจัยที่มีความซ้ำซ้อนออกและพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของงานวิจัย

5. การประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute (2014) ซึ่งแบ่งระดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเป็น 5 ระดับ

6. การรวบรวมและสกัดข้อมูล โดยสกัดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยที่ศึกษาและสรุปลงในตารางสรุปที่พัฒนาโดย The Joanna Briggs Institute (2014)

7. การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล โดยนำผลการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพซ้ำในผู้ติดยาเสพติดชนิดผสมผสาน ซึ่งผ่านการประเมินค่างานวิจัยมาวิเคราะห์สังเคราะห์และบรรยายเชิงเนื้อหา จำนวน 11 เรื่อง โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยแยกกันทบทวนเมื่อมีความคิดเห็นไม่ตรงกันให้ทำการปรึกษาเพื่อหามติข้อตกลงร่วมกัน กรณีไม่สามารถตกลงกันได้ให้ทำการประเมินอธิบายและสรุปผลร่วมกัน

ผลการวิจัย

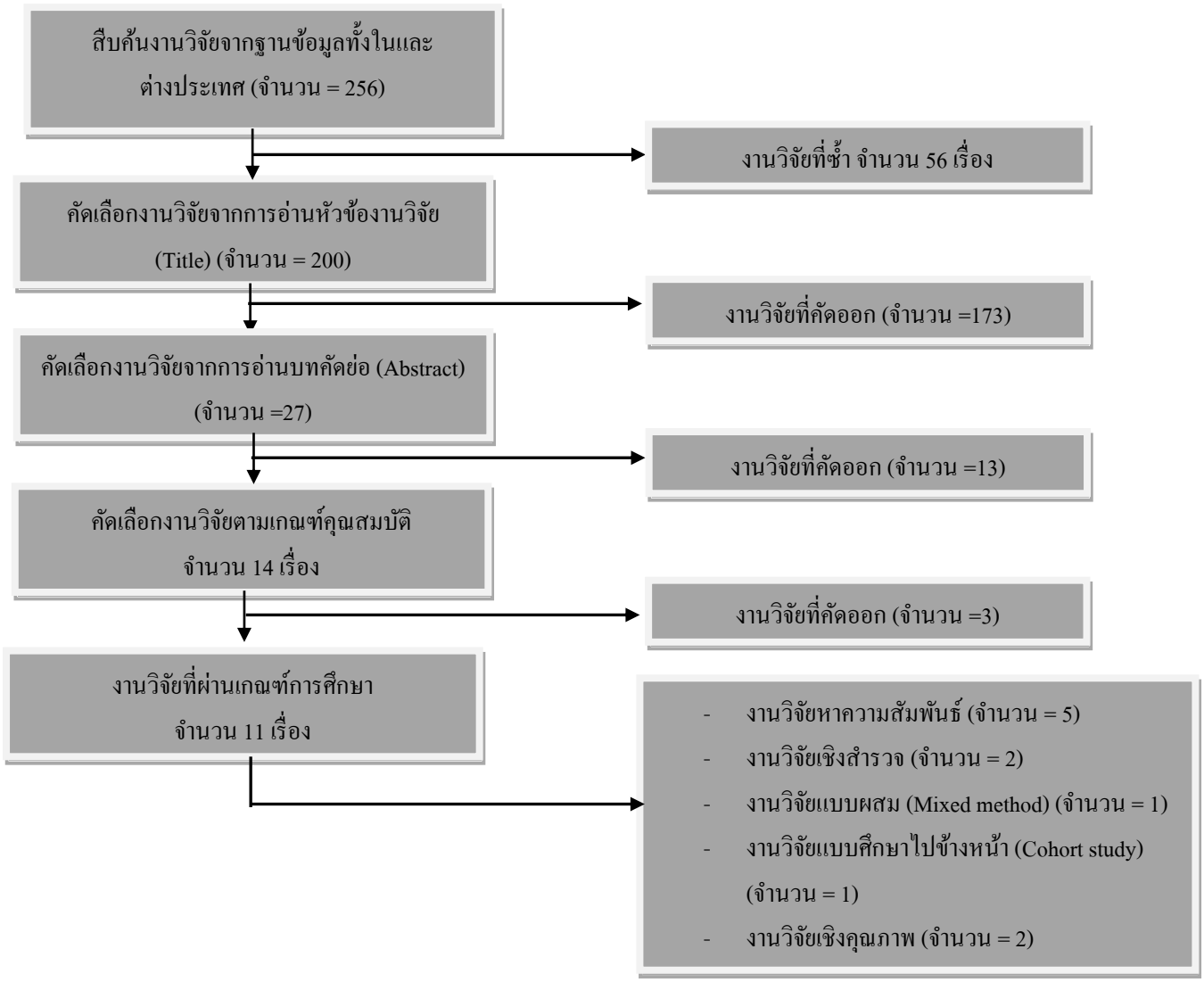
1. การสืบค้นพบงานวิจัย

ผลจากการสืบค้นพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพซ้ำในผู้ติดยาเสพติดชนิดผสมผสาน จำนวน 11 เรื่อง จัดระดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute (2014) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงประจักษ์ (The Joanna Briggs Institute, 2014)

ระดับ	ลักษณะของหลักฐานเชิงประจักษ์	จำนวน (เรื่อง)
ระดับ 3	การวิจัยเชิงสังเกต เชิงการสังเคราะห์ (Observational Analytic Designs)	7
ระดับ 4	การวิจัยเชิงสังเกตแบบพรรณนา (Observational Descriptive Studies)	4

การพิจารณาจากเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของงานวิจัย เพื่อคัดกรองงานวิจัยที่มีความซ้ำซ้อนออก ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กระบวนการคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาทบทวนวรรณกรรม

2. ผลจากการสกัดข้อมูลงานวิจัย

การทบทวนงานวิจัยพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับไปเสพซ้ำในผู้ติดยาเสพติดชนิดผสมผสาน ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สกัดเนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับไปเสพซ้ำในผู้ติดยาเสพติดชนิดผสมผสาน

ผู้วิจัย (ปี) / ระดับความน่าเชื่อถือ	จำนวนและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการวิจัย	ผลการวิจัย
Nilaban et al. (2016) / ระดับ 3.e (The Joanna Briggs Institute, 2014)	N = 762 คน เป็นผู้เสพเมทแอมเฟตามีนที่กลับมาเสพยาซ้ำ และอยู่ในระหว่างการเข้ารับการรักษาในสถานบำบัด สังกัดกรมการแพทย์	การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ	1. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพยาซ้ำฯ ได้แก่ 1) สภาพแวดล้อมและอิทธิพลของชุมชน 2) อิทธิพลจากเพื่อน 3) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด 4) สภาพแวดล้อมครอบครัว และ 5) พฤติกรรมภายในของผู้ติดยาเสพติด 2. ความสอดคล้องของโมเดลเชิงสาเหตุ พบค่าไคสแควร์ เท่ากับ 179.84 p-value = 0.000 ค่าความคลาดเคลื่อนการประมาณค่าพารามิเตอร์ (RMSEA) = 0.038 ดัชนีความกลมกลืน (GFI) = 0.972 และค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้ (AGFI) = 0.955 3. พฤติกรรมการเสพยาซ้ำได้รับอิทธิพลโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากปัจจัยสภาพแวดล้อมและอิทธิพลของชุมชนมากที่สุด เท่ากับ 9.479 รองลงมา คือ สภาพแวดล้อมของครอบครัว (TE = 2.679) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด (TE = 2.0269) และอิทธิพลจากเพื่อน (TE = 1.354)
Panya et al. (2021) / ระดับ 3.d (The Joanna Briggs Institute, 2014)	N = 227 คน เป็นผู้เสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ 2 ครั้งขึ้นไป และอยู่ระหว่างการบำบัดในสถานบำบัด สังกัดกรมการแพทย์	การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบหาความสัมพันธ์	1. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ อายุ ($r = .14$) ศาสนา ($r = .13$) การศึกษา ($r = .13$) และโรคประจำตัว ($r = -.15$) 2. ปัจจัยด้านจิตสังคม สาเหตุสำคัญที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก ($r = .13$, $p < .05$) 3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะชุมชนที่พักอาศัย ($r = .14$, $p < .05$)

ผู้วิจัย (ปี) / ระดับความน่าเชื่อถือ	จำนวนและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการวิจัย	ผลการวิจัย
Panya (2017) / ระดับ 4.d (The Joanna Briggs Institute, 2014)	N = 25 คน เป็นผู้เสพยาเสพติดซ้ำตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปที่เข้ารับการบำบัดในศูนย์ฟื้นฟูฯ ในจังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	การวิจัยแบบคุณภาพ (Qualitative research)	1. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองและจัดการตนเอง การเผชิญปัญหา การปฏิเสธเพื่อน และไม่สามารถจัดการอารมณ์ของตนเองได้ 2. ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ความขัดแย้งของบุคคลในครอบครัวและปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 3. ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การคบเพื่อน และสภาพแวดล้อมเดิม ๆ
Phurahong (2018) ระดับ 3.e (The Joanna Briggs Institute, 2014)	N = 62 คน เป็นผู้ติดยาเสพติดทุกประเภทยกเว้นผู้ติดสุราที่เสพซ้ำ 2 ครั้งขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจังหวัดปทุมธานีที่เข้ารับการรักษาที่ สบยช.	การวิจัยเชิงสำรวจ (Descriptive Survey Research)	1. สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเสพซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($X^2 = 9.502$, $p = .002$) 2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่เป็นสาเหตุของการกลับมาเสพซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ 2.1) ปัจจัยภายในที่เกิดจากตัวผู้ใช้ยาและสารเสพติด ได้แก่ ยังไม่อยากเลิกแค่มาซ่อมสุขภาพ ($X^2 = 9.290$, $p = .002$) ยังมีอาการอยากยา ($X^2 = 13.787$, $p< .001$) 2.2) ปัจจัยภายนอกได้แก่ เพื่อนที่เสพด้วยกันชักชวน ($X^2 = 10.903$, $p = .001$) มีความขัดแย้งกับคนในครอบครัว ($X^2 = 12.645$, $p < .001$) ครอบครัวไม่ยอมรับ ($X^2 = 5.918$, $p = .015$) มีปัญหาครอบครัว ($X^2 = 22.443$, $p < .001$)

ผู้วิจัย (ปี) / ระดับความน่าเชื่อถือ	จำนวนและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการวิจัย	ผลการวิจัย
Brecht and Herbeck (2014) ระดับ 3.e (The Joanna Briggs Institute, 2014)	N = 350 เป็นผู้เสพติดแอมเฟตามีนที่เคยใช้บริการที่ Los Angeles Country SUD	การวิจัยหาความสัมพันธ์แบบศึกษาย้อนหลัง	1. ระยะเวลาหยุดเสพ พบว่า 36 % หยุดเสพได้ไม่ถึง 1 เดือนหลังจำหน่าย โดยมีการเสพซ้ำภายใน 1 เดือนแรก หรือเสพซ้ำหลังจำหน่ายทันที (HR = 0.93, p = .001)14 % เสพซ้ำภายใน 2 - 6 เดือน และ 11 % เสพซ้ำภายใน 7 - 12 เดือน 2. ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการใช้ยาซ้ำเร็วขึ้น ได้แก่ การใช้ยาของผู้ปกครอง (hazard ratio [HR] = 1.35, p = .020) และเคยขายเมทแอมเฟตามีน (HR = 1.48, p = .002) 3. ปัจจัยป้องกันที่คาดการณ์ว่าจะเพิ่มระยะเวลาในการหยุดเสพซ้ำได้แก่ การเผชิญกับประสบการณ์อันเสวร้ายในการใช้ยาบ้า (หูแว่ว ประสาทหลอน และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง) (HR = 0.75, p = .027) การใช้ระยะเวลาในการรักษานาน (HR = 0.93, p = .001) และการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือตนเอง (HR = 0.29, p < .001)
Hendianti and Uthis (2018) ระดับ 3.e (The Joanna Briggs Institute, 2014)	N = 165 คน เป็นผู้ใช้ยาเสพติดที่บำบัดในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ	- Descriptive correlation study: Pearson's correlation	1. ร้อยละ 63 ของกลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงในการเสพซ้ำระดับปานกลาง (56.33 %) 2. ผลการคาดหวังจากการใช้ยา, อารมณ์เชิงบวก, อารมณ์เชิงลบ และอาการอยากยาสัมพันธ์กับการเสพซ้ำ (r = 0.261, r = 0.380, r = 0.370, r = 0.509, p < 0.01) 3. การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยเชิงลบต่อการเสพซ้ำ (r = -0.316, p < .01) 4. แรงจูงใจ (r = .073, p = .352) การเผชิญปัญหา (r = .099, p = .208) และการสนับสนุนทางสังคม (r = .030, p = .706) ไม่มีความสัมพันธ์กับการเสพซ้ำ

ผู้วิจัย (ปี) / ระดับความน่าเชื่อถือ	จำนวนและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการวิจัย	ผลการวิจัย
Narkdilok (2020) ระดับ 3.e (The Joanna Briggs Institute, 2014)	N = 100 คน ผู้ป่วยเสพซ้ำเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาใน สบยช.	การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)	1. ผู้ป่วยที่เสพซ้ำภายใน 90 วัน คิดเป็นร้อยละ 54 โดยพบว่าเป็นเพศชายร้อยละ 63 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 28.77 ปี เป็นการเสพซ้ำตัวยาหลายชนิดร้อยละ 57.4 และพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เสพซ้ำภายใน 90 วันจะอาศัยอยู่ในชุมชนต่างคนต่างอยู่ ความรู้สึกต่อชุมชนที่มีต่อผู้เสพ ถูกนินทาว่าร้าย ดูถูก เหยียดหยาม 2. ปัจจัยที่มีผลต่อการเสพซ้ำได้แก่ เพศชาย ร้อยละ 63.0 (p = .017) ความรู้สึกต่อชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยในด้านลบร้อยละ 61.1 (p = .017) และปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 18-29ปี (OR = 3.743, 95 % Cl 1.296 - 10.813) มีโอกาสใช้ซ้ำเพิ่มขึ้น 5.139 เท่า
Sirinual et al. (2016) ระดับ 4.b (The Joanna Briggs Institute, 2014)	N = 221 คน เป็นผู้เสพติดยาบ้าที่ผ่านการบำบัดและอาศัยอยู่ในชุมชน	เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง	1. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือระดับการศึกษา (OR = 5.49, p < .01) 2. ปัจจัยป้องกันได้แก่ ความตั้งใจในการเลิกเสพยาบ้าซ้ำ (OR = 0.88, p = .03) ความสามารถในการเผชิญปัญหา (OR = 0.83, p < .001) และแรงจูงใจในการเลิกยาบ้าซ้ำ (OR = 0.85, p < .001) 3. ปัจจัยทั้ง 4 สามารถพยากรณ์การเสพยาบ้าซ้ำของกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดได้ ร้อยละ 74.50 (R2 = 55.8, Adj R2 = 74.5)

ผู้วิจัย (ปี) / ระดับความน่าเชื่อถือ	จำนวนและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการวิจัย	ผลการวิจัย
Hanpatchaiyakul et al. (2021) ระดับ 4.b (The Joanna Briggs Institute, 2014)	N = 123 คน ผู้ป่วยที่มีประวัติเสพยาเสพติดซ้ำในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method)	1. ปัจจัยการเสพซ้ำ: ครอบครัวไม่ยอมรับ ไม่มีที่อยู่อาศัย อาการอยากยาไม่มีสิ่งยึดเหนี่ยว ไม่มีงานทำ เครียด เหงาและมีเพื่อนใช้ยาเสพติด 2. ภาวะไม่มีงานทำเสี่ยงเสพซ้ำ 3.22 เท่า (95 % CI 1.46 - 7.10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3. ประสบการณ์การเสพยาเสพติดซ้ำพบว่าสาเหตุเกิดจากการอาศัยในสิ่งแวดล้อมที่มียาเสพติด เช่น มีเพื่อนเสพยา มีสามีเกี่ยวข้องกับยาเสพติด กังวลไม่มั่นใจในการกลับบ้าน
Arrahimee et al. (2022) ระดับ 4.d (The Joanna Briggs Institute, 2014)	N = 30 คน เป็น กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัด ผู้ปกครอง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการป้องกันการใช้ยาเสพติดในเด็กและเยาวชน และกลุ่มเจ้าหน้าที่ในศูนย์บำบัด	การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)	1. สาเหตุของการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ได้แก่ อาการอยากยา (Craving), ผู้ปกครองปล่อยปะละเลย, ขาดทักษะปฏิเสธ, ขาดกิจกรรมหรืออาชีพเสริม, ไม่ต้องการเลิก และ เหงา เบื่อ เครียด ขาดความหวัง ปัญหาในครอบครัว ครอบครัวและชุมชนไม่ยอมรับ 2. รูปแบบป้องกันในการใช้สารเสพติดซ้ำ 2.1 ตนเอง: ส่งเสริมความรู้ ทักษะชีวิต และสร้างภูมิคุ้มกันด้วยหลักศาสนาอิสลาม 2.2 ครอบครัว: เตรียมความพร้อมของครอบครัว เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ปกครอง 2.3. ชุมชนและสังคม: ปรับมุมมองทางความคิดของชุมชน ลดการตีตรา และให้โอกาส 2.4 กฎหมาย: เพิ่มโอกาสในการทำงาน

ผู้วิจัย (ปี) / ระดับความน่าเชื่อถือ	จำนวนและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการวิจัย	ผลการวิจัย
Andersson et al. (2019) ระดับ 3c. (The Joanna Briggs Institute, 2014)	N = 607 คน ผู้ใช้ยาและสารเสพติดในศูนย์ยาเสพติดของนอรเวย์ และยุโรป	Multicenter Cohort study	พบว่า ร้อยละ 37 % เสพซ้ำภายใน 3 เดือนหลังจำหน่าย สัมพันธ์กับกลุ่มอายุน้อย มีปัญหาทางจิต และได้รับการรักษาในระยะเวลาสั้น 2 - 4 สัปดาห์จะมีความเสี่ยงในการเสพซ้ำสูง

3. สรุปผลการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ศึกษาในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดซ้ำ จำนวน 11 เรื่อง แสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับไปเสพซ้ำในผู้ติดยาเสพติดชนิดผสมผสาน ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยภายในตัวของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการเสพยาเสพติดซ้ำ

1.1 อาการอยากยา (Craving) จากการศึกษาของ Hendianti and Uthis (2018) พบว่า อาการอยากยา (Craving) มีความสัมพันธ์กับการเสพยาเสพติดซ้ำ ($r = 0.509$, $p < 0.01$) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการใช้เมทแอมเฟตามีนร่วมกับเฮโรอีนเนื่องจากไม่สามารถทนต่ออาการขาดยาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phurahong (2018) ที่พบว่าอาการอยากยา ($X^2 = 13.787$, $p < .001$) เป็นปัจจัยภายในบุคคลที่ทำให้เกิดการเสพยาเสพติดซ้ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hanpatchaiyakul et al. (2021) ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำคือ อาการอยากยา ซึ่งเป็นอาการของสมองติดยาที่จดจำเรื่องราวต่าง ๆ ระหว่างการใช้ยาเสพติด เมื่อถูกกระตุ้นจะทำให้กลับไปเสพซ้ำโดยง่ายยากที่จะต่อต้าน ซึ่งสอดคล้องกับ Arrahimee et al. (2022) ที่กล่าวว่า หากผู้ป่วยไม่สามารถต่อต้านกับความรู้สึกอยากยาเสพติดได้ก็จะทำให้เกิดการเสพติดซ้ำอย่างง่ายดาย ด้วยเหตุผลเหล่านี้ จึงทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดผสมผสานมีโอกาสในการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำมากกว่าผู้ใช้ยาเสพติดเพียงชนิดเดียว

1.2 สภาวะอารมณ์ จากการศึกษาของ Hendianti and Uthis (2018) พบว่า สภาวะอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ โดยเฉพาะสภาวะอารมณ์เชิงบวก ($r = 0.380$, $p < 0.01$) และอารมณ์เชิงลบ ($r = 0.370$, $p < 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Arrahimee et al. (2022) พบว่าอารมณ์เศร้า (51.20 %) ความเหงา (48 %) และความเครียด (36.60 %) เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเสพยาเสพติดซ้ำ และการศึกษาของ Panya (2017) ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอารมณ์เหล่านี้ได้ก็จะเพิ่มโอกาสในการกลับไปเสพซ้ำมากขึ้น

1.3 อายุ จากการศึกษาของ Panya et al. (2021) พบว่า อายุ ($r = .14$, $p < .05$) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสพซ้ำ ซึ่งจากการศึกษาของ Andersson et al. (2019) พบว่า ร้อยละ 37 ของผู้ป่วยที่เสพซ้ำภายใน 3 เดือนหลังจำหน่าย สัมพันธ์กับกลุ่มอายุน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Narkdilok (2020) ที่พบว่า ช่วงอายุที่มีโอกาสเสพซ้ำมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 18 - 29 ปี (OR = 3.743, 95 % Cl 1.296 - 10.813) ซึ่งเป็นช่วงวัยที่อาจจะไม่สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงมีโอกาสเสพยาเสพติดซ้ำเพิ่มขึ้น 5.139 เท่า

1.4 ระดับการศึกษา คือวุฒิการศึกษาที่ผู้ป่วยได้รับสามารถแบ่งระดับการศึกษาตามการศึกษาของ Sirinual et al. (2016) ได้เป็น ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย และอนุปริญญาขึ้นไป พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดซ้ำ โดยผู้ที่กำลังศึกษาใน

ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสพซ้ำมากกว่าผู้ที่กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษา 5.49 เท่า (OR = 5.49, p < .01) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Panya et al. (2021) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำ (r =.13, p < .05) และพบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีการเสพซ้ำมากที่สุด (38.30 %) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเสพซ้ำสูง

1.5 ปัจจัยภายในของผู้ใช้ยาเสพติดได้แก่ ทัศนคติต่อยาเสพติด ความเข้มแข็งทางใจ และแรงจูงใจ เป็นต้น จากการศึกษาของ Nilaban et al. (2016) พบว่า ทัศนคติต่อยาเสพติด ความเข้มแข็งทางใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการเสพซ้ำ (TE = 2.0269) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phurahong (2018) ที่พบว่า ปัจจัยภายในที่เป็นสาเหตุของการเสพซ้ำ คือ ยังไม่อยากเลิกแค่มาซ่อมสุขภาพ (X^2 = 9.290, p = .002) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Panya (2017) ที่กล่าวว่า เจตคติเชิงบวกต่อยาเสพติดเป็นสาเหตุของการใช้ยาเสพติดซ้ำ นอกจากนั้นยังมีการศึกษาของ Sirinual et al. (2016) พบว่า ความตั้งใจในการเลิกเสพยาบ้า (OR = 0.88, p = .03) และแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด (OR = 0.85, p < .001) เป็นปัจจัยป้องกันการใช้ยาเสพติดซ้ำ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Hendianti and Uthis (2018) ที่พบว่า แรงจูงใจ (r = .073, p = .352) ไม่มีความสัมพันธ์กับการเสพยาเสพติดซ้ำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งถูกบังคับให้เข้ารับการบำบัดด้วยกฎหมายซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีแรงจูงใจในการบำบัดรักษา

1.6 การเผชิญปัญหา จากการศึกษาของ Sirinual et al. (2016) พบว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหา (OR = 0.83, p < .001) เป็นปัจจัยในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Panya (2017) ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่สำคัญที่เป็นสาเหตุของการกลับไปเสพซ้ำ คือ ขาดทักษะการเผชิญปัญหา ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Hendianti and Uthis (2018) ที่พบว่า การเผชิญปัญหา (r = .099, p = .208) ไม่มีความสัมพันธ์กับการเสพยาเสพติดซ้ำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งเป็นสถานที่ปลอดยาเสพติดทำให้ไม่มีโอกาสที่จะได้เผชิญกับสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ

2. ปัจจัยด้านจิตสังคม

2.1 เพื่อนที่ใช้ยาเสพติด จากการศึกษาของ Nilaban et al. (2016) พบว่า อิทธิพลจากเพื่อน (TE = 1.354) ประกอบด้วย การชักชวนจากเพื่อนที่ใช้ยาเสพติด และพฤติกรรมการคบเพื่อนที่ใช้ยาเสพติดมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมการเสพยาซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phurahong (2018) พบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเสพซ้ำคือ เพื่อนที่เสพด้วยกันชักชวน (X^2 = 10.903, p = .001) และการศึกษาของ Hanpatchaiyakul et al. (2021) ที่พบว่า มีเพื่อนใช้ยาเสพติด (18.70 %) เป็นสาเหตุของการเสพซ้ำ เนื่องจากเพื่อนที่ใช้ยาเสพติดด้วยกันมักจะเข้าใจปัญหาซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีการ

สนับสนุนการใช้ยาซึ่งกันและกัน และการที่อยู่ในกลุ่มเพื่อนที่ใช้ยาด้วยกันจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการเสพซ้ำได้ง่ายขึ้น

2.2 ครอบครัว ถือเป็นสถาบันหลักที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง จากการทบทวนวรรณกรรมเกือบทุกการศึกษาที่ศึกษาปัจจัยของการเสพซ้ำได้ข้อสรุปไปในทิศทางเดียวกันว่า ครอบครัวเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nilaban et al. (2016) พบว่า สภาพแวดล้อมของครอบครัว ประกอบด้วย จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด และสัมพันธภาพในครอบครัว มีอิทธิพลโดยตรงต่อการเสพซ้ำ (TE = 2.679) และการศึกษาของ Phurahong (2018) พบว่า ความขัดแย้งกับคนในครอบครัว (X^2 = 12.645, p < .001) ครอบครัวไม่ยอมรับ (X^2 = 5.918, p = .015) มีปัญหาครอบครัว (X^2 = 22.443, p < .001) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสพซ้ำ และการศึกษาของ Hanpatchaiyakul et al. (2021); Arrahimee et al. (2022) ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า ปัญหาในครอบครัว ครอบครัวไม่ยอมรับ รวมทั้งบางครอบครัวมีวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดทั้งครอบครัว เช่น มีอาชีพขายยาเสพติด ต้องใช้ยาเสพติดในการทำงาน สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นสาเหตุของการเสพซ้ำทั้งสิ้น อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Brecht and Herbeck (2014) ที่พบว่า การใช้ยาของผู้ปกครอง (hazard ratio [HR] = 1.35, p = .020) และเคยขายเมทแอมเฟตามีน (HR = 1.48, p = .002) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการใช้ยาซ้ำเร็วขึ้น

2.3 การประกอบอาชีพ จากการศึกษาของ Hanpatchaiyakul et al. (2021) พบว่า ภาวะไม่มีงานทำเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เสพซ้ำ 3.22 เท่า (95 % Cl 1.46 - 7.10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Arrahimee et al. (2022) ที่อธิบายว่า การขาดกิจกรรมหรือไม่มีอาชีพเป็นสาเหตุสำคัญของการกลับไปเสพซ้ำ เนื่องจากในช่วงที่ว่างงานผู้ป่วยมักมีความกังวล ไม่สบายใจ ไม่มีเงินใช้ ทำให้มีโอกาสกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

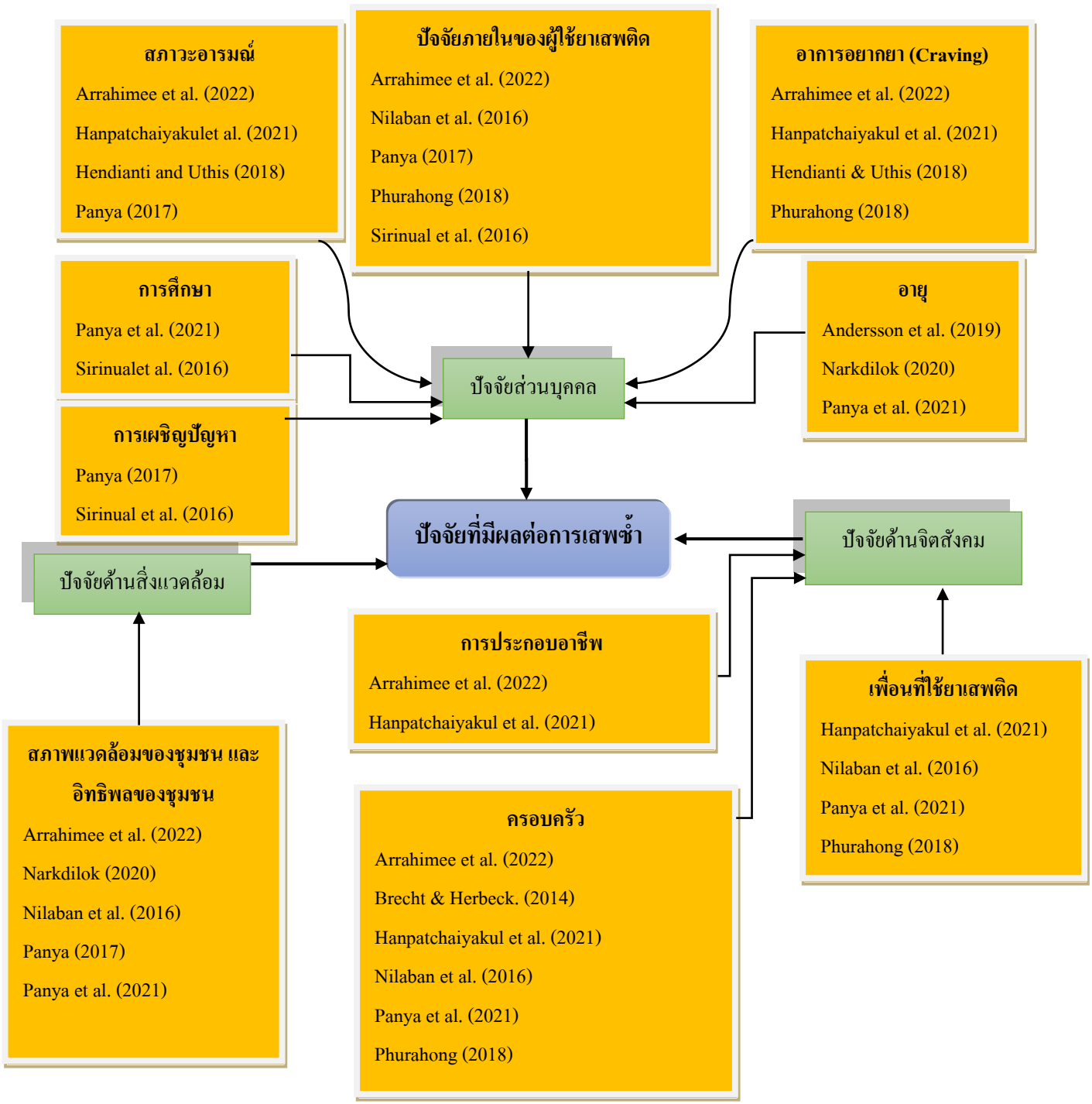
3.1 สภาพแวดล้อมของชุมชนและอิทธิพลของสังคม จากการศึกษาของ Nilaban et al. (2016) พบว่า สภาพแวดล้อมและอิทธิพลของชุมชน ประกอบด้วย การยอมรับของชุมชน และการแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชนมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมการเสพยาซ้ำ (TE = 9.479) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Narkdilok (2020) ที่พบว่า ความรู้สึกของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยเป็นลักษณะไม่สนใจ ไม่ใส่ใจ นินทาว่าร้าย ดูถูกเหยียดหยามคิดเป็นร้อยละ 61.1 (p = 0.017) และการหาซื้อยาเสพติดได้ในชุมชน ร้อยละ 79.6 (p = 0.023) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยกลับมาเสพยาซ้ำภายใน 90 วัน และการศึกษาของ Panya et al. (2021) พบว่า ลักษณะชุมชนที่พักอาศัย (r = .14, p < .05) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการกลับไปเสพซ้ำ โดยลักษณะชุมชนที่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ 3 อันดับแรก ได้แก่ ชุมชนชนบท (52.80 %) ชุมชนเมือง (21.60 %) และชานเมือง (15.40 %)

4. ปัจจัยในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ จากการศึกษาของ Sirinual et al. (2016) พบว่า ความตั้งใจในการเลิกเสพยาบ้า (OR = 0.88, p = .03) ความสามารถในการเผชิญปัญหา (OR = 0.83, p < .001) และแรงจูงใจในการเลิกยาบ้าซ้ำ(OR = 0.85, p < .001) สามารถพยากรณ์การเสพยาบ้าซ้ำของกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดได้ ร้อยละ 74.50 (R^2 = 55.8, Adj R^2 = 74.5) และการศึกษาของ Brecht and Herbeck (2014) พบว่า การเผชิญกับประสบการณ์อันเลวร้ายในการใช้ยาบ้า (หูแว่ว ประสาทหลอน และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง) (HR = 0.75, p = .027) การใช้ระยะเวลาในการรักษานาน (HR = 0.93, p = .001) และการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือตนเอง (HR = 0.29, p < .001) เป็นปัจจัยป้องกันการเสพซ้ำหลังการบำบัดรักษา และการศึกษาของ Arrahimee et al. (2022) อธิบายว่า รูปแบบการป้องกันในระดับบุคคล คือ การสร้างทักษะชีวิต การสร้างภูมิคุ้มกันให้กับตนเอง ระดับครอบครัว คือ การเตรียมความพร้อมของครอบครัว และระดับชุมชน คือ การปรับเปลี่ยนมุมมอง ลดการตีตรา สามารถป้องกันการใช้ยาเสพติดซ้ำได้

5. ชนิดของยาเสพติดที่เสพซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรม ทุกการศึกษาได้ข้อสรุปไปในทิศทางเดียวกันว่า กลุ่มตัวอย่างใช้ยาเสพติดมากกว่า 1 ชนิด โดยยาเสพติดชนิดหลักที่ใช้คือ เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) ยาเสพติดร่วมที่ใช้ได้แก่ ยาไอซ์ (Andersson et al., 2019; Hanpatchaiyakul et al., 2021; Narkdilok, 2020) และมีระยะเวลาในการใช้ยาเสพติด 6 - 10 ปี (Nilaban et al., 2016; Phurahong, 2018)

6. ช่วงอายุที่มีการเสพซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเสพยาเสพติดซ้ำสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกกลุ่มอายุ โดยช่วงอายุที่มีการเสพซ้ำมากที่สุด คือ 18 - 29 ปี ซึ่งครอบคลุมวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากวัยดังกล่าวเป็นวัยคึกคะนอง มีความอยากรู้ อยากลอง และมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง (Siriwannabut, 2020) จึงทำให้วัยดังกล่าวมีโอกาสในการเสพซ้ำสูงกว่าวัยอื่น ๆ

7. ระยะเวลาของการเสพซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรม ทุกการศึกษาที่ศึกษาระยะเวลาในการเสพซ้ำได้ข้อสรุปไปในทิศทางเดียวกันว่า ผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่จะมีการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำในช่วงแรกหลังการจำหน่าย และอัตราการเสพยาเสพติดซ้ำจะค่อย ๆ ลดลงตามระยะเวลาที่หยุดเสพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Brecht and Herbeck (2014) ที่พบว่า ร้อยละ 36 ของผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำหลังจำหน่าย 1 เดือน ร้อยละ 14 เสพซ้ำหลังจำหน่ายเดือนที่ 2 - 6 และร้อยละ 11 กลับไปเสพซ้ำหลังจำหน่ายเดือนที่ 7 - 12 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Narkdilok (2020) พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้เมทแอมเฟตามีนเสพซ้ำภายใน 90 วันถึงร้อยละ 54 และผู้ป่วยที่เสพซ้ำหลัง 90 วันร้อยละ 46 และการศึกษาของ Andersson et al. (2019) พบว่า ผู้ป่วยมีการใช้ยาเสพติดซ้ำหลังจำหน่ายภายใน 3 เดือน ร้อยละ 37 สามารถสรุปปัจจัยที่มีผลต่อการเสพซ้ำดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเสพซ้ำ

อภิปรายผล

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพซ้ำในผู้ติดยาเสพติดชนิดผสมผสาน พบปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพซ้ำ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุโดยเฉพาะช่วงอายุ 18 - 29 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยคึกคะนอง อยากรู้ อยากลอง และเชื่อมั่นในตนเองสูง (Siriwannabut, 2020) ประกอบกับการใช้ยาหลายชนิดยังส่งผลต่อพัฒนาการทางสมอง (Kuypers et al., 2020) ทำให้ไม่สามารถจัดการและเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงทำให้มีโอกาสในการใช้ยาเสพติดซ้ำมากขึ้น อีกทั้งอาการอยากยาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับไปเสพซ้ำสูงอาจเนื่องมาจากการใช้เมทแอมเฟตามีนร่วมกับยาเสพติดชนิดเฮโรอีนหรือกระท่อมจะทำให้ผู้ใช้ไม่สามารถทนต่ออาการอยากยาที่เกิดขึ้นได้จึงส่งผลให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำเพื่อบรรเทาอาการอยากยาที่เกิดขึ้น (Kakko et al., 2019) นอกจากนี้ปัจจัยภายในของผู้ใช้ยาเสพติดโดยเฉพาะทัศนคติที่ดีต่อยาเสพติดเป็นสาเหตุของการกลับไปเสพซ้ำเนื่องจากผู้ใช้ยาเสพติดจะมองไม่เห็นผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลังการใช้ยาเสพติดหลายชนิดร่วมกันซึ่งบางรายใช้เฮโรอีนร่วมด้วยเพื่อช่วยในการลดฤทธิ์กระตุ้นประสาทของเมทแอมเฟตามีนทำให้สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ (Valentino & Volkow, 2020) ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น เพื่อนเป็นทั้งปัจจัยทางตรงและทางอ้อมในการเสพซ้ำโดยเฉพาะเพื่อนที่เสพยาด้วยกันมักจะเข้าใจปัญหาซึ่งกันและกันและชักชวนไปใช้ยาเสพติดซ้ำในที่สุด นอกจากนี้ครอบครัวยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญต่อการกลับไปเสพซ้ำโดยเฉพาะครอบครัวที่มีปัญหาทะเลาะวิวาท ขัดแย้ง และมีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติด จะยิ่งกระตุ้นให้ผู้ใช้ยาเสพติดกลับไปเสพซ้ำเร็วขึ้น (Zeng et al., 2021) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะสภาพแวดล้อมของชุมชนที่มีการค้าขายยาเสพติดจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ใช้ยาเสพติดสามารถเข้าถึงยาเสพติดได้ง่ายและมีชนิดของยาเสพติดให้เลือกที่หลากหลายตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้ยาเสพติดชนิดผสมผสานส่งผลให้กลับไปเสพซ้ำเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Brecht and Herbeck (2014) พบว่า ผู้ใช้ยาเสพติดกลับไปเสพซ้ำหลังจำหน่าย 1 เดือนมากถึงร้อยละ 36 และอัตราการเสพซ้ำจะค่อยๆ ลดลงตามระยะเวลาที่หยุดเสพอาจเนื่องมาจากผู้ใช้ยาเสพติดเริ่มปรับตัวได้กับการดำเนินชีวิตโดยไม่พึ่งพายาเสพติด แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาระยะเวลาในการเริ่มเสพซ้ำมีเพียง 3 งานวิจัยเท่านั้นซึ่งเป็นงานวิจัยในประเทศไทย จำนวน 1 งานวิจัยที่ศึกษาแต่เป็นเวลาที่มีช่วงกว้าง คือ < 90 วัน และ > 90 วัน และงานวิจัยในต่างประเทศ จำนวน 2 งานวิจัย นอกจากนี้การศึกษาส่วนใหญ่ไม่ระบุชนิดของยาเสพติดร่วม มีเพียง 3 การศึกษาที่มีการระบุ ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบปัจจัยการเสพซ้ำในแต่ละชนิดของยาเสพติดได้ นอกจากนั้นยังพบว่าการศึกษาไม่ครอบคลุมประเด็นปริมาณที่ใช้ในการเสพซ้ำ และปัจจัยทางด้านศาสนา ความเชื่อและจิตวิญญาณ มีเพียง 1 การศึกษาที่ศึกษาในพื้นที่ภาคใต้ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักเรียน/นักศึกษาที่บำบัดในสถาบันปอเนาะซึ่งวิธีการ และรูปแบบของการบำบัดแตกต่างจากรูปแบบที่ใช้ในการบำบัดผู้ติดยาและสารเสพติดของ

กระทรวงสาธารณสุข นอกจากนั้นเป็นการศึกษาในภาคกลางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และต่างประเทศ ซึ่งมีบริบท วัฒนธรรม และวิถีชีวิตที่แตกต่างกับพื้นที่ภาคใต้เนื่องจากมีความแตกต่างทางด้านพหุวัฒนธรรม เชื้อชาติ และศาสนา รวมทั้งความไม่สงบในสถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่ซึ่งมีผลต่อการใช้ชีวิตในสังคม สิ่งเหล่านี้อาจจะเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเสพซ้ำในผู้ใช้ยาเสพติดชนิดผสมผสานได้

สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับไปเสพซ้ำในผู้ติดยาเสพติดชนิดผสมผสาน ประกอบด้วย 1.ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ 1.1) อาการอยากยา (Craving) 1.2) สภาวะอารมณ์ 1.3) อายุ 1.4) การศึกษา 1.5) พฤติกรรมภายในของผู้ใช้ยาเสพติด และ 1.6) การเผชิญปัญหา 2. ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ 2.1) เพื่อนที่ใช้ยาเสพติด 2.2) ครอบครัว และ 2.3) การประกอบอาชีพ และ 3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมของชุมชน และอิทธิพลของชุมชน

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถระบุชนิดของยาเสพติดที่มีการเสพซ้ำได้ ซึ่งมีเพียง 3 การศึกษาเท่านั้นที่มีระบุชนิดของยาเสพติดที่มีการเสพซ้ำ ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบปัจจัยการเสพซ้ำในแต่ละชนิดของยาเสพติดได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปเสพยาเสพติดชนิดผสมผสานในสังคมพหุวัฒนธรรม โดยคัดเลือกเฉพาะปัจจัยที่สามารถแก้ไขหรือส่งเสริมให้กับผู้ใช้ยาเสพติดชนิดผสมผสานได้อย่างอิสระ

2. ควรพัฒนาแนวทางในการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำในผู้ใช้ยาเสพติดชนิดผสมผสาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล และ ดร.วีณา คันฉ้อง ที่ให้คำปรึกษา ชี้แนะ และให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี

รายการอ้างอิง (References)

Andersson, H.W., Wenaas, M., & Nordfjærn, T. (2019). Relapse after inpatient substance use treatment: A prospective cohort study among users of illicit substances. *Addictive Behaviors*, *90*, 222 – 228. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.008

Arrahimee, A., Saengthong, T., Jeawkok, J., & Laipaporne, S. (2022). Self-prevention against drug abise relapse: A case study of people undergoing drug addiction treatment in Pattani province. *Journal of community development and life quality, 10*(1) , 345 - 357. http://he02.tci-thaijo.org/index.php/JCDLP/article/view/254736

Brecht, M.L., & Herbeck, D. (2014). Time to relapse following treatment for methamphetamine use: A long-term perspective on patterns and predictors. *Drug and Alcohol Dependence, 139,* 18 – 25. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.02.702

Hanpatchaiyakul, K., Kasemporn, N., Thoin, P., & Thongkote, N. (2021). Factors affecting the readmission of patients recovering from drug addiction. *Journal of health science research, 15*(2), 1 – 12. http://he02.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/247142

Hendianti, G.N., & Uthis, P. (2018). Factors related to methamphetamine relapse risk among clients in the substance rehabilitation center of National Narcotics Board in West Java, Indonesia. *Journal of Health Research, 32*(4), 279 – 287. https://doi.org/10.1108/JHR-05-2018-035

Kakko, J., Alho, H., Baldacchino, A., Molina, R., Nava, F.A., & Shaya, G. (2019). Craving in Opioid Use Disorder: From Neurobiology to Clinical Practice. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 592. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00592

Kuypers, K., Verkes, R., van den Brink, W., van Amsterdam, J., & Ramaekers, J. (2020). Intoxicated aggression: Do alcohol and stimulants cause dose-related aggression? A review. *European Neuropsychopharmacology, 30,* 114 – 147. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.06.001

Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.). The Guilford Press. https://psycnet.apa.org/record/2005-08721-000

Ministry of Public Health. (2023, December 1). *National drug addiction treatment and rehabilitation information system.* Office of the Secretary of the Drug Addiction Treatment and Rehabilitation Committee. https://antidrugnew.moph.go.th.

Narkdilok, S. (2020). The study of incident rate with relapse use of methamphetamine at Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment (PMNIDAT). *Thai Journal of Addiction, 6*(1), 47-58. http://he02.tci-thaijo.org/index.php/pmnidat/article/view/248483

Nilaban, S., Sriherun, B., & Kongthong, U. (2016). Causal relationship of factors affect relapsing behavior of methamphetamine users. *Journal of Graduate Studies Valaya Alongkron Rajabhat University, 10*(1), 193 - 207. http://So02.tci-thaijo.org/index.php/JournalGradVRU /article/view/55960

Panya, S. (2017*).* Study on the risk factors for repeated drug addiction among drug addiction patient at a drug addiction rehabilitation center in the northeast. In Ubonratchatani university. *The 2st National Conference Ubon Ratchathani: 4.0 Research for the development of the country towards stability, prosperity and sustainability*. (pp. 161-169). Ubonratchatani university.

Panya, S., Thajang, S., Chapik, N., Kanchanabut, S., & Mongkolsawad, J. (2021). The relationship between personal factors, psychosocial factors, and environmental factors among repeated methamphetamine recurrence in Thanyarak hospital. *Nursing Journal, 48*(2) , 273 - 282. http://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/247286

Phurahong, G. (2018) . Factors affecting the relapsing of drug addicted patients in Pathumthani province. *Journal of Public health nursing, 32*(2), 23 - 40. http://So01.tci-thaijo.org/index. php/phn/article/view/245417

Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. (2023). *Statistics on patients receiving treatment.* Author.

Sirinual, S., Suphunnakul, P., Noosorn, N., & Wongsawad, P. (2016). Factors affecting amphetamine relapse among drug addicts after treatment. *Journal of health science research, 10*(1), 39 - 45. http://So02.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/68832

Siriwannabut, S. (2020). *developmental psychology theory* (3rd ed.). CUprint.

The Joanna Briggs Institude. (2014, May 16) . *Critical appraisal tools.* http://joannabriggs.org/ research/ critical-appraisal-tools.htm

United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). *Global Overview: Drug Demand Drug Supply*. Author.

Valentino, R.J., & Volkow, N.D. (2020). Drugs, sleep, and the addicted brain. *Neuropsychophar macology, 45*(1), 3 – 5 https://doi.org/10.1038/s41386-019-0465-x



Zeng, X., Lu, M., & Chen, M. (2021). The relationship between family intimacy and relapse tendency among people who use drugs: A moderated mediation model. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 16*(1), 48. https://doi.org/10.1186/s13011-021-00386-7

การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีผสมผสานโดยใช้แนวคิดการศึกษาที่เน้นผลลัพธ์ต่อผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด

The Development Blended Learning Model by using Outcome- Based Education Framework on Learning Outcome in Maternal and Newborn Nursing Subject

รีนา มะโน[1*], ปรียา แก้วพิมล[1], มะรุชมี อาหวัง[1]

Reena Mano[1*], Preeya Kaewpimon[1], Marushme Awang[1]

(Received: May 4, 2024; Revised: August 6, 2024; Accepted: August 14, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการณ์ การศึกษาที่เน้นผลลัพธ์รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด 2) พัฒนารูปแบบการสอนด้วยวิธีผสมผสาน 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสอนด้วยวิธีผสมผสาน ดำเนินการ 3 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสภาพการณ์ การศึกษาที่เน้นผลลัพธ์ 2) นำผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 มาทบทวนพัฒนายกร่างเป็นรูปแบบการสอนด้วยวิธีผสมผสานผ่านการตรวจจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาความเป็นไปได้ เหมาะสม และความสอดคล้อง 3) ศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการสอนด้วยวิธีผสมผสานต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ปีการศึกษา 2566 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) รูปแบบการสอนแบบผสมผสานรายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด 2) แบบประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสอน 3 ทักษะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตรได้แก่ ความรู้ ปัญญาที่ต้องพัฒนา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีผสมผสานประกอบด้วย เล่นเกมสอดแทรกระหว่างบรรยาย ทบทวนเนื้อหา ทั้งในรูปแบบ online และ face to face 2) ผลลัพธ์การเรียนรู้ 3 ทักษะหลังเข้าร่วมในรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีผสาน พบว่า นักศึกษามีค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การเรียนรู้โดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่าเฉลี่ยด้านความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่าเฉลี่ยด้านปัญญาที่ต้องพัฒนาสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และ

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

[1]Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Pattani Campus

[*]Corresponding Author: reenamano55@gmail.com

ค่าเฉลี่ยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) สรุปได้ว่าการจัดการเรียนการสอนช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ แต่ยังมีบางหัวข้อเมื่อสิ้นสุดรายวิชายังมีการบรรลุผลลัพธ์ในระดับปานกลาง ผู้สอนจำเป็นต้องออกแบบการเรียนรู้เพื่อให้คะแนนผลลัพธ์การเรียนรู้ในทุกประเด็นมีระดับสูงขึ้น

คำสำคัญ: การสอนด้วยวิธีผสมผสาน, ผลลัพธ์การเรียนรู้, วิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด

Abstract

This research and development aim to: 1) Study the current situation of outcome-based education in the Maternal and Newborn Nursing course. 2) Develop a teaching model using a blended method. 3) Examine the effectiveness of the blended teaching model. The process includes three steps: 1) Study the current situation of outcome-based education. 2) Review and develop a draft of the blended teaching model based on the findings from step 1, then have it reviewed by three experts to consider its feasibility, appropriateness and alignment. 3) Study the effectiveness of the blended teaching model on learning outcomes. The sample group consists of third-year nursing students from Prince of Songkla University, Pattani Campus, academic year 2023. The research tools include: 1) A blended teaching model for the Maternal and Newborn Nursing course. 2) An assessment form for the effectiveness of the teaching model based on three skills as per the learning outcomes of the curriculum: knowledge, necessary intellectual development, interpersonal relationships, and responsibility. The research findings are as follows: 1) The blended teaching model includes playing games interspersed with lectures and content reviews, both online and face-to-face. 2) The learning outcomes in the three skills after participating in the blended teaching model showed that students had a significantly higher average than before participation, with $p < 0.001$. The average knowledge score was significantly higher than before participation, with $p < 0.001$. The average score for necessary intellectual development was significantly higher than before participation, with $p < 0.001$. The average score for interpersonal relationships and responsibility was significantly higher than before participation, with $p = 0.001$. In conclusion, the blended teaching model promotes learning, but some topics still have moderate achievement levels at the end of the course. Instructors need to design learning activities to ensure that the learning outcomes in all areas are at a higher level.

Keywords: Blended learning, Learning outcomes, Maternal and newborn nursing subject

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในปัจจุบันเป็นเรื่องที่ท้าทายสำหรับอาจารย์พยาบาลเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากต้องมีการปรับรูปแบบการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับเป้าหมายในการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนตามหลักธรรมาภิบาล (Chooha et al., 2019) และในยุคศตวรรษที่ 21 ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ มิติด้านการศึกษา โดยที่ผู้สอนจะมีการออกแบบการเรียนการสอน ภายใต้การตระหนักถึงลักษณะของผู้เรียนในปัจจุบัน เน้นให้ผู้เรียนคิด วิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องตามหลักกฎหมายและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ตลอดจนการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่ถูกต้องและวางแผนจัดการเรียนการสอนให้บรรลุตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมตามความคาดหวังของหลักสูตร (Wongsaree & Sirilukkananan, 2019) ดังนั้นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นผลลัพธ์การเรียนรู้ (Outcome-based education: OBE) ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน มีศักยภาพทั้งในด้านการเรียนรู้ด้วยตนเองและการตัดสินใจในเชิงคลินิกได้อย่างเหมาะสม

อิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ได้แก่ 1) ด้านพุทธิพิสัย หมายถึง ความสามารถของผู้เรียนจากพื้นฐานเดิมและความถนัดของผู้เรียน จากการศึกษาพบว่า ความรู้ เจตคติก่อให้เกิดสมรรถนะการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาล (Srisuying et al., 2018) 2) ด้านจิตพิสัย หมายถึง แรงจูงใจที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ เช่น ความสนใจ ทัศนคติต่อเนื้อหาวิชาที่เรียน ความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวเองและบุคลิกภาพ พบว่าการวางแผนการเรียนและการเอาใจใส่ต่อการเรียนเป็นพฤติกรรมที่มีผลต่อสัมฤทธิ์ที่ดีทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล (Lersthavorntham et al., 2014) 3) ด้านทักษะพิสัย หมายถึง ประสิทธิภาพที่ผู้เรียนจะได้รับจากการเรียนรู้ในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการเรียนรู้แบบพึ่งพามากที่สุด (Kimsungneon et al., 2018) แต่อย่างไรก็ตามการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Soawkeaw, 2018) กระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย ทำให้ผู้สอนอาจต้องปรับรูปแบบการจัดการเรียนรู้ตามเนื้อหารายวิชาและความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง

ในปัจจุบันสถานการณ์โควิด – 19 ได้มีการปรับเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพรบ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นมา แต่อย่างไรก็ตาม ยอดผู้ติดเชื้อโควิด – 19 รายใหม่ในจังหวัดปัตตานี ยังมีการแพร่ระบาดประปราย ซึ่งในกรณีที่นักศึกษา บุคลากร มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโควิด - 19 หรือติดเชื้อโควิด - 19 จะมีการพิจารณาเรียนแบบออนไลน์เพื่อให้แผนการเรียนการสอนดำเนินต่อไป เป็นการบูรณาการระหว่าง การเรียนรู้แบบเผชิญหน้ากับการเรียนรู้ผ่านระบบเทคโนโลยีการสื่อสารซึ่งจะมีความคล้ายคลึงกับการเรียนรู้แบบผสมผสาน (hybrid learning) (Judge &

Murray, 2017) การเรียนการสอนในรูปแบบผสมผสานได้รับการยอมรับและนำมาใช้อย่างแพร่หลาย มีประสิทธิผลทั้งผู้สอนและผู้เรียน โดยผู้สอนสามารถใช้สื่อการสอนแบบภาพ 3 มิติ สื่อมัลติมีเดีย ภาพเคลื่อนไหว เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการเรียน (Lertsakornsiri & Puengsema, 2021) การดำเนินการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิดให้เป็นไปตามแผนของหลักสูตร จึงมีการนำรูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาการเรียนการสอนแนวทางใหม่สำหรับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่มุ่งเน้นผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียน (Outcome-based education) เพื่อให้ได้ประสบการณ์ที่จำเป็นและเหมาะสมกับสมรรถนะทางวิชาชีพของนักศึกษา นำมาประยุกต์ใช้ให้บรรลุการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ (Ngoenthong et al., 2022) โดยออกแบบผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับหลักสูตร (Program learning outcome) จนถึงผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชา (Couse learning outcome) และนำมาออกแบบแนวทางการสอนร่วมกับผู้เรียนให้สอดคล้องแต่ละบทเรียนจากนั้นประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ที่คาดหวังของหลักสูตร จากการศึกษาพบว่า การจัดการเรียนการสอนที่เน้นผลลัพธ์และบรรลุผลการเรียนรู้มีหลากหลายรูปแบบ เช่น การจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้าน ซึ่งนักศึกษามีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านสูงกว่าก่อนเรียน (Ratchapakdee et al., 2021) การเรียนรู้แบบบทบาทสมมติส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงขึ้น (Kruachottikul & Oatme, 2020) การจัดการเรียนการสอนโดยใช้คำถามเป็นฐานส่งผลให้นักเรียนพยาบาลมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนผ่านตามวัตถุประสงค์ (Poonperm et al., 2018) การจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานและสถานการณ์เสมือนจริงสามารถพัฒนานักศึกษาให้มีทักษะการวิเคราะห์เพิ่มสูงขึ้น (Thammakijpirote et al., 2023) นักศึกษามีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบ Motivation Information Application and Progress (MIAP) รายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 สูงกว่าก่อนเรียน (Kaeomaungfang et al., 2021) จะเห็นได้ว่า การออกแบบการเรียนการสอนจะมุ่งประเด็นไปในทางปฏิบัติจริง สามารถวิเคราะห์ และสังเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิกได้

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ดำเนินการตามมาตรการที่ได้กำหนดช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด 19 เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ โควิด – 19 ช่วงปี 2562 -2564 หลังจากนั้นเป็นต้นมา รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิดเป็นอีกหนึ่งรายวิชาที่นักศึกษาได้เข้าสู่การเรียนภาคทฤษฎีแบบออนไลน์ร่วมกับเรียนในชั้นเรียนปกติโดยผู้สอนออกแบบการเรียนการสอนเป็นรูปแบบที่ผู้เรียนได้วิเคราะห์สถานการณ์ตามบทเรียนและการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานและสถานการณ์เสมือนจริง (simulation) จัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับหัวข้อ แต่กระนั้น เนื้อหาในรายวิชามีรายละเอียดและคำศัพท์เฉพาะจำนวนมาก

ซึ่งนักศึกษาจำเป็นต้องจำและเข้าใจในเนื้อหาทั้งหมดเพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์และสังเคราะห์สถานการณ์เมื่อขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญ และสนใจที่จะศึกษาสภาพการณ์รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด ออกแบบการสอนที่ผสมผสานเพื่อตอบสนองกับความต้องการของนักศึกษา และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสอน ตามแนวคิดการศึกษาที่เน้นผลลัพธ์ โดยมุ่งหวังให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ที่คาดหวังและเป็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนการสอนต่อไป

วัตถุประสงค์

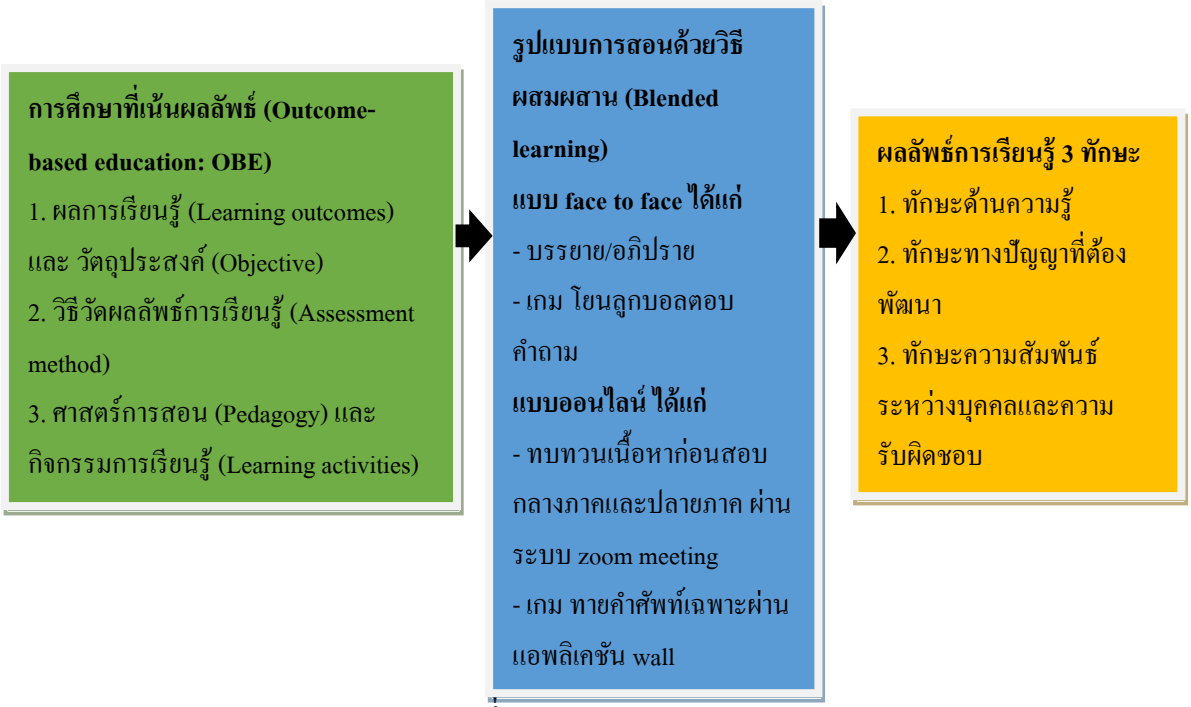
1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ การศึกษาที่เน้นผลลัพธ์ รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสอนด้วยวิธีที่ผสมผสานต่อผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีผสมผสานต่อผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด ระหว่างก่อนและหลังเรียน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดตามกรอบคุณวุฒิแห่งชาติ (National Qualification Framework: NQF) ฉบับปรับปรุงปี 2560 ในการสำรวจผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลโดยเลือกใช้มิติด้านความรู้ ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับทฤษฎีรายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด และใช้กรอบแนวคิด การศึกษาที่เน้นผลลัพธ์ (Outcome-based education: OBE) ซึ่งหมายถึงการจัดการศึกษาที่ถูกวางโครงสร้าง การกำหนดกิจกรรมการสอนและการวัดประเมินผล ออกแบบการสอนบนพื้นฐานของสัมฤทธิ์ผลการเรียนรู้ของผู้เรียนตาม 3 องค์ประกอบคือ 1) ผลการเรียนรู้ (Learning outcomes) และวัตถุประสงค์ (Objective) 2) วิธีการวัดผลการเรียนรู้ (Assessment method) 3) ศาสตร์การสอน (Pedagogy) และกิจกรรมการเรียนรู้ (Learning activities) (Yanawongsa et al., 2021) ผู้สอนมีหน้าที่ช่วยเหลือให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้และบรรลุผลการเรียนรู้สอดคล้องกับการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร (Program learning outcome: PLO) และผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชา (Course learning outcome: CLO) โดยวัดและประเมินผลตามทักษะของนักศึกษาได้แก่ ด้านความรู้ ทางปัญญาที่ต้องพัฒนา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ

การเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended learning) เป็นนวัตกรรมการศึกษาที่ผสมผสานโมดูล (Module) การเรียนการสอนหลายรูปแบบเข้าด้วยกัน เป็นลักษณะของการผสมผสานการเรียนทางไกล (distance learning) ผ่านระบบเครือข่าย online ร่วมกับการเรียนแบบเผชิญหน้า (face to face) ทำให้เกิด

การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการนั่งฟังบรรยายปกติในชั้นเรียน มีลักษณะการเรียนรู้ที่พึงประสงค์ 3 มิติ ดังต่อไปนี้ (Graham, 2012) 1) การปรับปรุงพัฒนาในเชิงวิชาการ (Improved pedagogy) มุ่งเน้นการเรียนรู้ที่สร้างปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน (interaction) นำเทคโนโลยีเข้ามาประยุกต์ใช้กับการเรียนการสอนมากขึ้น จนทำให้เกิดการเรียนรู้ระบบทางไกล การพัฒนาระบบสารสนเทศก้าวหน้าได้อย่างรวดเร็ว การเรียนรู้แบบผสมผสานส่งผลให้ยุทธศาสตร์ของการเรียนการสอนในหลากหลายรูปแบบ เช่น การเรียนแบบร่วมมือ การเรียนแบบเพื่อนช่วยเพื่อน และการเรียนโดยใช้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เป็นต้น 2) เพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงข้อมูล การเรียนรู้ที่มีความยืดหยุ่น (Increased Access and flexibility) ผู้เรียนมีโอกาสในการสร้างองค์ความรู้และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลอย่างกว้างขวาง และยืดหยุ่นตามความพร้อมของผู้เรียน ได้ทุกระดับ สามารถจำแนกประสิทธิภาพการเข้าถึงข้อมูลได้ 3 ลักษณะ คือ การเข้าถึงข้อมูลระดับองค์กรหรือสถาบัน (Institutions) การเข้าถึงข้อมูลระดับโปรแกรมหรือโครงการ (Program) และการเข้าถึงข้อมูลระดับเนื้อหารายวิชา (Course) 3) ประสิทธิภาพเชิงงบประมาณหรือการลงทุน (Cost effectiveness) เป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพด้านการลงทุนการจัดการเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษา เป็นการเรียนรู้ที่ลุ่มลึก กว้างไกล หลากหลายรูปแบบและตอบสนองผู้เรียน ใช้งบประมาณในการลงทุนกับการศึกษาของหน่วยงานได้อย่างคุ้มค่า ดังนั้น การเรียนรู้แบบผสมผสานจึงมีความสำคัญและพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้ของนักศึกษา ทำให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ตามทักษะการเรียนรู้ที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา รูปแบบการจัดการเรียนการสอน ความต้องการการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) รายงานผลการเรียนของนักศึกษาและแนวทางการจัดการเรียนการสอนของรายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิดที่ผ่านมาและใช้วิธีเชิงคุณภาพ มีขั้นตอนดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล

นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ปีการศึกษา 2565 จำนวน 10 คน เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ 1) ลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด 2) มีประสบการณ์การเรียนในรูปแบบผสมผสาน 3) มีความยินดีและเต็มใจให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยออกแบบขึ้นจากการทบทวนเอกสาร มีแนวคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ 1) รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ท่านสนใจเป็นอย่างไร 2) ทัศนคติต่อการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิดของท่านเป็นอย่างไร 3) ท่านมีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิดหรือไม่ อย่างไร

2. เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึกสำหรับจดข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวคำถามที่ออกแบบไปตรวจคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้วยวิจัย จำนวน 1 คน มีความเชี่ยวชาญด้านการสอน จำนวน 1 คน และเชี่ยวชาญสาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด จำนวน 1 คน มีการตรวจสอบความสอดคล้องของเครื่องมือกับผลลัพธ์การเรียนรู้ แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษาพยาบาล จำนวน 5 คน เพื่อทดสอบความชัดเจนและความเข้าใจในประเด็นคำถามที่ตรงกันก่อนนำไปใช้จริง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) จำนวน 1 ครั้ง เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2566 โดยจัดกลุ่มสนทนา 10 คน ไม่รวมผู้วิจัย มีแนวคำถามจำนวน 3 ข้อ ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็น มีผู้จดบันทึกจำนวน 1 คน และขออนุญาตบันทึกการ

สนทนา ใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม ประมาณ 2 ชั่วโมง เมื่อสนทนาเสร็จในแต่ละประเด็นผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นมีการถอดเทปคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทั้งหมด แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยใช้เครื่องมือที่มาจากการวิเคราะห์ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เป็นแนวทางในการออกแบบประเด็นคำถามสำหรับสัมภาษณ์

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการสอนด้วยวิธีผสมผสาน (Blended learning) ต่อผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด ขั้นตอนการพัฒนามีดังนี้

1. พัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนขึ้นภายใต้แนวคิดการศึกษาที่เน้นผลลัพธ์ (Outcome-based education) การเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended learning) ร่วมกับการศึกษาเชิงคุณภาพในขั้นตอนที่ 1 ประกอบด้วย นักศึกษาต้องการให้มีบรรยากาศในห้องเรียนที่สนุกสนาน เล่นเกมและสอดแทรกกิจกรรม สรุปเนื้อหาในบทเรียนตอนท้ายคาบ ตลอดจนอยากให้มีการทบทวนเนื้อหาก่อนสอบกลางภาคและปลายภาค ซึ่งใช้ระยะเวลาในการจัดการเรียนการสอนจำนวน 30 ชั่วโมง กิจกรรมการเรียนการสอน ได้แก่ สรุปเนื้อหาในบทเรียนตอนท้ายคาบ เล่นเกมโยนลูกบอลตอบคำถามในระหว่างการบรรยายในชั้นเรียน 5 - 10 นาที เกมทายคำศัพท์เฉพาะในบทเรียนผ่านแอปพลิเคชัน word wall สรุปเนื้อหาก่อนสอบกลางภาคและปลายภาคผ่านระบบ zoom meeting ติดตามและประเมินผลครั้งที่ 1 หลังจากสอบกลางภาคโดยการจัดกลุ่มสนทนา (focus group) และประเมินผลครั้งที่ 2 หลังจากสอบปลายภาคโดยการทำแบบสอบถามประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ 3 ทักษะ ได้แก่ ทักษะด้านความรู้ จำนวน 31 ข้อ ทักษะทางปัญญาที่ต้องพัฒนา จำนวน 5 ข้อ ทักษะด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ จำนวน 1 ข้อ

2. ผู้วิจัยยกร่างรูปแบบการสอนและนำยกร่างไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย จำนวน 1 คน มีความเชี่ยวชาญด้านการสอน 1 คน และเชี่ยวชาญสาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด จำนวน 1 คน ผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน เห็นว่ารูปแบบการสอนดังกล่าวมีความเป็นไปได้และเหมาะสม มีบางประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไข ซึ่งได้แก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปจัดทำแผนการสอนและทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสอนด้วยวิธีที่ผสมผสาน (Blended learning) ต่อผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด ระหว่างก่อนและหลังเรียน

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิด หนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The one groups, pre-test post-test design) มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ปีการศึกษา 2566 จำนวน 52 ราย ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้) ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการพยาบาลมารดา และทารกแรกเกิด 2) มีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีรายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด จำนวน 37 ข้อ แบ่งทักษะการเรียนรู้ออกเป็น 3 ทักษะ ได้แก่ ทักษะด้านความรู้ จำนวน 31 ข้อ ทักษะทางปัญญาที่ต้องพัฒนา จำนวน 5 ข้อ ทักษะด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ จำนวน 1 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นมาตรวัด 5 ระดับ (rating scale) และเป็นคำถามที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถวิเคราะห์เนื้อหาในบทเรียนมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยให้คะแนน เป็น 5, 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย จำนวน 1 คน มีความเชี่ยวชาญด้านการสอน 1 คน และเชี่ยวชาญสาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด จำนวน 1 คน เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ซึ่งต้องมีการปรับเนื้อหาประเด็นการอธิบายแนวคิดการเกิด fear tension pain และประเด็นการวิเคราะห์กรณีศึกษา ผู้วิจัยได้ปรับตามข้อเสนอแนะและแก้ไขก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 มาทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 21 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบ สอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

วิธีการเก็บรวมรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการของพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

2. ขออนุญาตอาจารย์ผู้สอนก่อนเข้าพบนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2566 อธิบายวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดงานวิจัย ตลอดจนพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างและตอบคำถามหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย เซ็นเอกสารเข้าร่วมวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการประเมินทักษะการเรียนรู้ของนักศึกษาโดยใช้แบบสอบถาม ก่อนเข้าสู่บทเรียนแรกของรายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด (pre-test)

4. ผู้วิจัยนำรูปแบบการเรียนสอนแบบผสมผสาน (Blended learning) ที่ออกแบบในขั้นตอนที่ 2 มาดำเนินการ ดังนี้ กิจกรรมการเรียนการสอนได้แก่ สรุปเนื้อหาในบทเรียนตอนท้ายคาบ เล่นเกมโยนลูกบอลตอบคำถามในระหว่างการบรรยายในชั้นเรียน 5 - 10 นาที เกมทายคำศัพท์เฉพาะในบทเรียนผ่านแอปพลิเคชัน word wall สรุปเนื้อหาก่อนสอบกลางภาคและปลายภาคผ่านระบบ zoom meeting ระยะเวลาในการจัดการเรียนการสอนจำนวน 30 ชั่วโมง ติดตามและประเมินผลครั้งที่ 1 หลังจากสอบกลางภาคโดยการจัดกลุ่มสนทนา (focus group) และประเมินผลครั้งที่ 2 หลังจากสอบปลายภาคโดยการทำแบบสอบถามประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ 3 ทักษะ ได้แก่ ทักษะด้านความรู้จำนวน 31 ข้อ ทักษะทางปัญญาที่ต้องพัฒนาจำนวน 5 ข้อ ทักษะด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบจำนวน 1 ข้อ โดยภาพรวมของการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ภาพรวมการจัดการเรียนการสอน

CLO	หัวข้อ	จำนวน ชม.	วิธีการสอน	วิธีการประเมิน
ทักษะด้านความรู้	ทุกหัวข้อ	30	- บรรยาย ชมสื่อวิดีโอ - สาธิตและสาธิตย้อนกลับ. - สรุปแนวคิดสำคัญ ซักถาม ตอบคำถาม - สรุปประเด็นหลังเรียน - เกมทายคำศัพท์เฉพาะผ่านแอปพลิเคชัน word wall, เกมโยนลูกบอล ตอบคำถาม	แบบฝึกหัด สอบ (ระดับรู้จำเข้าใจ) ประเมินสรุปแนวคิดสำคัญ ชมสาธิตย้อนกลับ
ทักษะทาง	- แนวคิดการการวางแผนครอบครัว, การเปลี่ยนแปลงทาง	8	- สรุปแนวคิดสำคัญ อภิปราย	นำเสนอกรณีศึกษา สอบ (ระดับ

CLO	หัวข้อ	จำนวน ชม.	วิธีการสอน	วิธีการประเมิน
ปัญญา	สรีรวิทยาระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด, การเตรียมหญิงตั้งครรภ์เพื่อเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา/การปรับตัวบทบาทการเป็นมารดา -กรณีศึกษาการดูแลหญิงตั้งครรภ์สุขภาพดีและเบี่ยงเบนเล็กน้อย, การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา -กรณีศึกษาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และการส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอด		-วิเคราะห์กรณีศึกษาเขียนรายงาน - วิเคราะห์สถานการณ์สะท้อนคิดหลังเรียน	วิเคราะห์ นำไปใช้) ประเมินสรุปแนวคิดสำคัญ
ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ	- การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์รายปกติ และเบี่ยงเบนเล็กน้อย - การบรรเทาความปวดในระยะรอคลอดโดยไม่ใช้ยา - การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, ส่งเสริมสุขภาพในช่วงหลังคลอด	4	- งานมอบหมายทีมในการวิเคราะห์กรณีศึกษา - งานมอบหมายการศึกษาด้วยตนเอง - ส่งเสริมการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมผ่านการมอบหมายงาน	สังเกตการทำงานเป็นทีมและผลลัพธ์ของงาน การสะท้อนความคิดเห็นในชั้นเรียน แบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรม จากกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี NUR.PN004 / 2013 วันที่ 13 มิถุนายน 2566 และดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย ข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างก่อนให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย ซึ่งสามารถปฏิเสธเข้าร่วมและถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียนของนักศึกษา รวมถึงการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและรายงานเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่าง เข้าสู่ขั้นตอนการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติซึ่งใช้ r-program กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลของนักศึกษา โดยวิธีการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง pre-test และ post-test ของข้อมูลประสิทธิผลของการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิดโดยใช้วิธี two sample t-test (Al - Kassab & Majeed, 2022)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

นักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ปีการศึกษา 2566 ลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด ที่เข้าร่วมการวิจัย ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 20.48 ปี เป็นเพศหญิง จำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.15 เพศชาย จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.84 ศาสนาอิสลาม จำนวน 29 รายคิดเป็นร้อยละ 55.76 ศาสนาพุทธ จำนวน 23 รายคิดเป็นร้อยละ 44.23 เกรดเฉลี่ย GPA ส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 3.01 - 3.50 คิดเป็นร้อยละ 86.53 มีอุปกรณ์อิเล็คโทรนิกที่ใช้ในการเรียนการสอนทุกราย ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ในหอพักมหาวิทยาลัย จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.38 รายได้อยู่ในช่วง 3,001 - 5,000 บาท / เดือน จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.84 ลงทะเบียนเรียนซ้ำจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.92 มีโรคประจำตัว จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.84

1. สภาพการณ์ การศึกษาที่เน้นผลลัพธ์ (Outcome-based education: OBE) รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2565 หลังจากที่เรียนจบรายวิชา ผลการวิจัยพบว่ามี 3 ประเด็นคำถาม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

วิธีการจัดการเรียนการสอน

รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิดที่มีการสอนทั้งในรูปแบบ online และ onsite มีเนื้อหารายละเอียดใหม่ๆ ที่นักศึกษาไม่คุ้นเคยซึ่งต้องอาศัยความจำที่มีคุณภาพและการทบทวนอย่างเป็นระบบเพื่อให้เข้าใจเนื้อหาและปรับใช้กับการวิเคราะห์สถานการณ์ได้ตรงประเด็น ดังสรุปผลการบันทึกการทำสนทนากลุ่มของนักศึกษา ดังนี้ *SN1 “เนื้อหาในบทเรียนมีรายละเอียดเยอะมาก จำไม่หมด จับประเด็นได้ไม่หมด บางเรื่องนึกภาพไม่ออกจนกว่าจะได้เจอของจริง ในระหว่างการบรรยายอยากให้มีการพักเล่นเกมบ้าง” SN2 “บางคาบมีการสรุปในบทเรียน concept ท้ายคาบ จะดีกว่านี้ หากมีการสรุป concept ทุกคาบ” SN3 “การทำสรุป concept map ยุ่งยาก ทำให้ต้องไปอ่านหนังสือเพิ่มเติม” SN4 “การทำ quiz หลังจากที่จบบทเรียนทันที ทำให้หนูประมวลความรู้ที่เรียนมา ไม่ทัน และจำเนื้อหาที่อาจารย์*

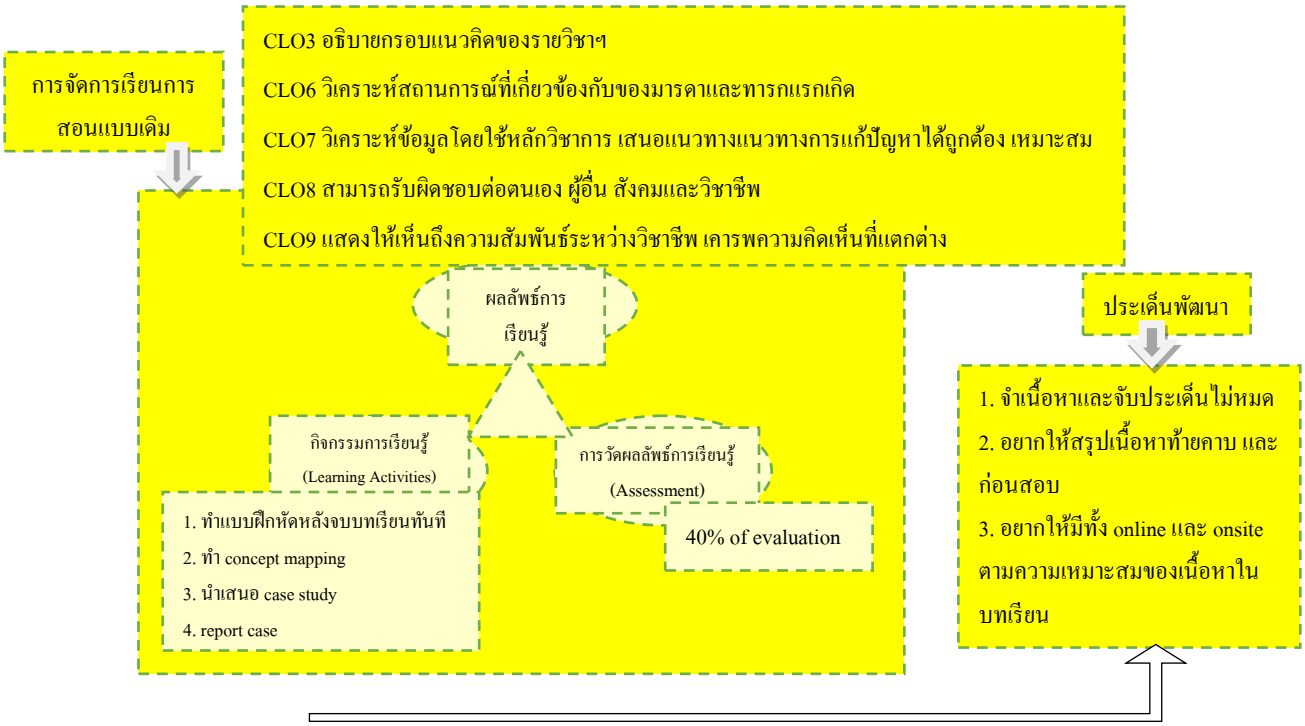
สอนไม่หมด จะดีกว่านี้ถ้าอาจารย์สรุปบทเรียนท้ายคาบ หรือเว้นช่วงให้ทบทวนเนื้อหาก่อนทำ quiz" SN5 "อยากให้มีการทบทวนเนื้อหาในบทเรียนก่อนสอบกลางภาคและปลายภาค" SN6 "การเรียนมีทั้ง online และ onsite ซึ่งการเรียน onsite บรรยากาศจะสนุกกว่าเนื่องจากได้พูดคุย เจอหน้าเพื่อนและอาจารย์ ในขณะที่เรียน online จะประหยัดค่าใช่จ่าย มีสมาธิกับการเรียน แต่บางครั้งทำให้ง่วงนอนได้ง่าย"

ทัศนคติต่อการจัดการเรียนการสอน

รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิดเป็นวิชาพื้นฐานภาคทฤษฎีที่นักศึกษาต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริงในห้องคลอด ซึ่งเป็นเนื้อหาที่ละเอียดอ่อน และอ่อนไหวต่อความรู้สึก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีวัฒนธรรมการปกปิดร่างกายอย่างเคร่งครัดของมุสลิมเพศหญิง ทำให้เกิดความกลัว และตื่นเต้นในช่วงแรก ๆ แต่เมื่อต้องทำความเข้าใจกับเนื้อหาที่ละเอียดในทุก ๆ บทเรียน จนกลายเป็นความตึงเครียดในบางช่วง ดังสรุปผลการบันทึกการทำสนทนากลุ่มของนักศึกษาดังนี้ *SN2,5 "ในคาบเรียนที่มีการบรรยายต่อเนื่อง 2 ชั่วโมง ทำให้รู้สึกเหนื่อยล้า บรรยากาศการเรียนตึงเครียดจนเกินไป" SN1-3 "รู้สึกตื่นเต้นที่จะได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ" SN10 "การได้ทำแบบสอบถามก่อนเข้าสู่บทเรียนหรือเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นรู้สึกถึงการมีส่วนร่วมในรายวิชา" SN7 "สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชั้นเรียนได้ตลอดเวลา" SN3 "เป็นการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้เชื่อมความสัมพันธ์และช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชั้นเรียน"*

ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน

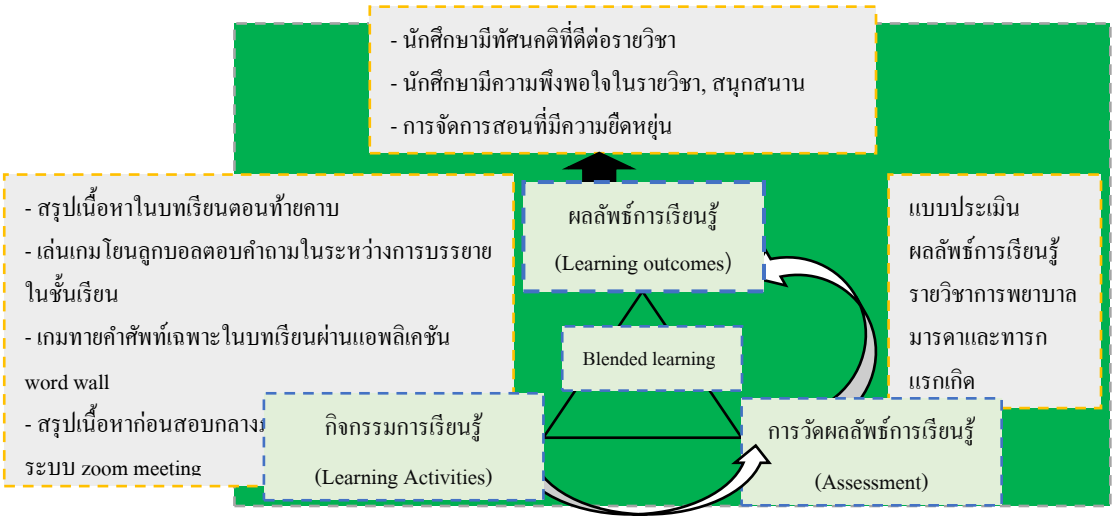
รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิดเป็นวิชาใหม่ที่นักศึกษาชั้นปีที่ 3 ถูกกำหนดให้เรียนตามแผนการเรียนรู้ของหลักสูตร ซึ่งนักศึกษายุคศตวรรษที่ 21 ในปัจจุบันมีลักษณะเฉพาะคือมีความอยากรู้อยากเห็นสิ่งใหม่และชอบความท้าทาย ผู้วิจัยจึงได้สรุปผลการบันทึกการสนทนากลุ่ม ดังนี้ *SN2-6 "เป็นความรู้ใหม่ ชอบ น่าสนใจ" SN5 "ตอนอาจารย์บรรยายในชั้นเรียนรู้สึกงง ไม่ค่อยเห็นภาพ แต่เมื่อได้ขึ้นฝึกปฏิบัติ งานจะเห็นภาพมากขึ้น สนุกขึ้น"*



ภาพที่ 2 รูปแบบการจัดการสอนแบบเดิมและประเด็นที่ต้องพัฒนา

จากภาพที่ 2 การจัดการเรียนการสอนรูปแบบเดิมที่หลักสูตรจัดทำและสรุปผลประเด็นที่ต้องพัฒนาจากการจัดทำสนทนากลุ่มของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2565

2. รูปแบบการสอนด้วยวิธีผสมผสานต่อผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด



ภาพที่ 3 รูปแบบการสอนด้วยวิธีผสมผสาน (Blended learning)

จากภาพที่ 3 รูปแบบการสอนด้วยวิธีที่ผสมผสานต่อผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด โดยมีกิจกรรมการเรียนรู้ได้แก่ เกม ทบทวนเนื้อหาท้ายคาบและก่อนสอบ ทั้งในรูปแบบ online และ onsite

3. เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการสอนด้วยวิธีที่ผสมผสาน (Blended learning) ต่อผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด ระหว่างก่อนและหลังเรียนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้แบบประเมินการเรียนรู้รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด ทั้งหมด 37 ข้อ พบว่า ก่อนจัดการเรียนการสอน M = 83.46, S.D. = 1.10 และหลังจัดการเรียนการสอน M = 142.73, S.D. = 0.63 สรุปผลการศึกษา ค่าเฉลี่ยหลังจากมีการจัดการเรียนการสอนโดยการเล่นเกมส์ ทบทวนเนื้อหาในบท เรียนตอนท้ายคาบ ติวก่อนสอบสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด (n = 52)

แบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด (ทั้งหมด 37 ข้อ)	**Mean**	**S.D.**	**T**	**P**
Pre-test	83.46	1.10	-13.21	< 0.001
Post-test	142.73	0.63		

ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัยตามทักษะการเรียนรู้ 3 ทักษะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร (Program learning outcome: PLO) ดังนี้

1. ทักษะด้านความรู้ (knowledge domain) ค่าเฉลี่ยของทักษะด้านความรู้ก่อนเรียนวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด (M= 2.21, S.D. = 0.72) และ และหลังเรียนเรียนวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด (M = 3.88, S.D. = 0.49) พบว่า ผลลัพธ์การเรียนรู้ทักษะด้านความรู้ของนักศึกษา หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด ทักษะด้านความรู้ (knowledge domain) (n = 52)

ทักษะด้านความรู้ knowledge domain PLO7 (31 ข้อ)	Mean	S.D.	t	p
Pre-test	2.21	0.72	-13.74	< 0.001
Post-test	3.88	0.49		

2. ทักษะทางปัญญาที่ต้องพัฒนา (Intellectual domain) ค่าเฉลี่ยของทักษะทางปัญญาที่ต้องพัฒนา ก่อนเรียนวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด (M = 2.28, S.D. = 0.93) และ และหลังเรียนเรียนวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด (M = 3.70, S.D. = 0.56) พบว่า ผลลัพธ์การเรียนรู้ทักษะทางปัญญาที่ต้องพัฒนาของนักศึกษา หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p* < .001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด ทักษะทางปัญญาที่ต้องพัฒนา Intellectual domain (n = 52)

Intellectual domain PLO 8,9 (5 ข้อ)	M	S.D.	t	p
Pre-test	2.28	0.93	-9.44	<0.001
Post-test	3.70	0.56		

3. ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (Interpersonal Skills and Responsibility) ค่าเฉลี่ยของทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ก่อนเรียนวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด (M= 3.44, S.D. = 1.16) และ และหลังเรียนเรียนวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด (M = 4.10, S.D. = 0.77) พบว่า ผลลัพธ์การเรียนรู้ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบของนักศึกษา หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p* = .001) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (Interpersonal Skills and Responsibility) (n = 52)

Interpersonal Skills and Responsibility PLO12,13 (1 ข้อ)	**M**	**S.D.**	**t**	**p**
Pre-test	3.44	1.16	-9.44	0.001
Post-test	4.10	0.77		

อภิปรายผล

1. สภาพการณ์ การศึกษาที่เน้นผลลัพธ์ (Outcome-based education: OBE) รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด พบว่า โดยส่วนใหญ่นักศึกษามีความสนใจและตื่นเต้นก่อนที่จะเรียนเนื่องจากเป็นความรู้ใหม่ แต่อย่างไรก็ตามเนื้อหาในบทเรียนมีรายละเอียดและคำศัพท์เฉพาะจำนวนมาก อาจจะต้องใช้ระยะเวลาในการทำความเข้าใจ “หนูจับประเด็นเนื้อหาได้น้อย” แสดงให้เห็นถึงความจำและเข้าใจคำศัพท์เฉพาะต่าง ๆ ในบทเรียนไม่ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด นำไปสู่การสอบไม่ผ่านตามเกณฑ์ นอกจากนี้ระยะเวลาในการบรรยายที่ต่อเนื่องนานจนเกินไปทำให้นักศึกษารู้สึกเหนื่อยล้า และมีสมาธิที่จดจ่อกันเนื้อหาลดลงหากมีกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกตื่นเต้น แรงจูงใจที่น่าสนใจอาจทำให้ผู้เรียนมีความสนใจและกระตุ้นความจำได้ จากการศึกษาพบว่า การใช้ระยะเวลาในการฟังบรรยายนานเกินไปจะเป็นส่วนหนึ่งในการตีกรอบการเรียนรู้ของนักศึกษา (Khonboon et al., 2020) ดังนั้น การจัดการเรียนการสอนที่น่าสนใจและทัน สมัย ตรงกับความต้องการของผู้เรียนจะเกิดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีได้

2. รูปแบบการสอนด้วยวิธีที่ผสมผสาน (Blended learning) รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด พบว่า การจัดการเรียนการสอนที่ประกอบด้วยกิจกรรมที่น่าสนใจและมาจากความคิดเห็นของนักศึกษาได้แก่ 1) เกมทายคำศัพท์ word wall เกมโยนลูกบอลตอบคำถาม เป็นการกระตุ้นความจำดึงดูดความสนใจ มีความตื่นเต้นเตรียมตอบคำถาม 2) การทบทวนเนื้อหาช่วงท้ายคาบและก่อนสอบ จะช่วยให้นักศึกษาทบทวนความจำ เข้าใจ และสามารถซักถามในประเด็นที่ยังไม่เข้าใจในชั้นเรียน การทบทวนบทเรียนก่อนสอบเป็นการช่วยเหลือนักศึกษาเพื่อให้เกิดความพร้อมกับการสอบทั้งกลางภาคและปลายภาค นอกจากนี้ การทดลองทำข้อสอบทำให้นักศึกษาเกิดความคุ้นชินกับข้อสอบ และช่วยลดความวิตกกังวลกับการทำข้อสอบได้ 3) การเรียนในรูปแบบ online เหมาะสมกับบทเรียนที่มีการบรรยายเช่น บทนำ ทฤษฎีเกี่ยวกับการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด เอื้อให้ผู้สอนและผู้เรียนที่ไม่สามารถจัดการเรียนการสอนได้ตามช่วงเวลาที่กำหนด เป็นต้น ทบทวนเนื้อหาในบทเรียนก่อนสอบ

กลางภาคและปลายภาค แต่อย่างไรก็ตาม การเรียนในรูปแบบ online อาจมีสิ่งรบกวนสมาธิ ผู้สอนควรจะมีกิจกรรมที่กระตุ้นให้นักศึกษา จดจ่อกับเนื้อหาในบทเรียน และเข้าใจในเนื้อหามากขึ้น 4) การเรียนในรูป แบบ face to face เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับนักศึกษาพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในบทเรียนที่เกี่ยวกับการพยาบาลในระยะคลอด เนื่องจากมีการบรรยายและใช้หุ่นจำลองหรือสถานการณ์จำลอง (simulation) ประกอบการสอนเพื่อให้เห็นภาพและเข้าใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา การจัดการเรียนรู้แบบใช้สถานการณ์จำลอง (simulation) ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองด้านการพยาบาลมารดาและทารกมากขึ้น (Chubkhuntod et al., 2020) ดังนั้นรูปแบบการสอนด้วยวิธีที่ผสมผสาน (Blended learning) ดังกล่าวเป็นการออกแบบเพื่อให้มีกิจกรรมเพิ่มเติมในระหว่างการสอนเป็นแนวทางในผู้สอนปรับใช้ตามความเหมาะสมกับบทเรียน

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการสอนด้วยวิธีที่ผสมผสาน (Blended learning) ต่อผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด ระหว่างก่อนและหลังเรียน ผู้วิจัยได้แบ่งทักษะ 3 ทักษะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร (Program learning outcome: PLO) ดังต่อไปนี้ 1) ทักษะด้านความรู้ (knowledge domain) เปรียบเทียบผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด พบว่า หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นให้นักศึกษาเป็นศูนย์กลาง มีการสำรวจความคิดเห็นของนักศึกษา และนำปรับใช้ในการเรียนการสอนโดยเฉพาะอย่างยิ่ง กิจกรรมในห้องเรียนที่มีการเล่นเกมส์ทายคำศัพท์เฉพาะในบทเรียน เกมโยนบอลสุ่มตอบคำถาม และทบทวนคำศัพท์ใน แอปพลิเคชัน word wall สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tancharoen and Yotsurin (2023) การใช้เกมส์ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ส่งผลให้นักศึกษามีแรงจูงใจและเกิดผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ที่ดีขึ้น นอกจากนี้ การทบทวนเนื้อหาในสัปดาห์สุดท้ายของการเรียนส่งเสริมให้นักศึกษาทำ concept map เพื่อให้เห็นภาพรวมของบทเรียนที่เชื่อมโยงกัน ซึ่งพบว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้แผนผังความคิดในรายวิชา การพยาบาลมาดา ทารกและการผดุงครรภ์มีผลการเรียนรู้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (Chubkhuntod et al., 2017) จะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมของนักศึกษาในจัดการเรียนรู้ ทำให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังและเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ของนักศึกษาได้อีกด้วย 2) ทักษะด้านปัญญาที่ต้องพัฒนา (Intellectual domain) เปรียบเทียบผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด พบว่า หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นผลจากในรายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด มีการจัดกิจกรรมให้นักศึกษาฝึกวิเคราะห์กรณีศึกษาในภาวะที่เกิดขึ้นปกติหรือเบี่ยงเบนเล็กน้อยของมารดาและทารกแรกเกิด อธิบายในเชิงเหตุและผล และการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งเป็นวิธีการจัดการเรียนรู้เพื่อเพิ่มทักษะทางปัญญาสำหรับนักศึกษาพยาบาล (Sinsawad, 2021) สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการเรียนรู้แบบ

ห้องเรียนกลับทาง โดยใช้ทฤษฎีการเชื่อมโยงการเรียนรู้ร่วมกับห้องเรียนเสมือนจริง สามารถพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในระดับอุดมศึกษา (Laoha & Chinsook, 2018) นอกจากนี้ยังพบว่า การออกแบบของหลักสูตร การจัดการเรียนการสอน และการวัดประเมินผล มีผลทางตรงต่อทักษะทางปัญญา (Thongmeekhaun et al., 2023) ดังนั้น การออกแบบการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นให้นักศึกษาพัฒนาทักษะด้านปัญญาต้องมีความหลากหลาย กระตุ้นให้ผู้เรียนมีการคิด วิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ 3) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (Interpersonal Skills and Responsibility) เปรียบเทียบผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด พบว่า หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นผลมาจากในรายวิชาเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็นในการจัดการเรียนการสอน การสะท้อนคิด การวิเคราะห์กรณีศึกษาเป็นกลุ่ม และกำหนดให้นักศึกษานำเสนอผลการวิเคราะห์กรณีศึกษา ตลอดจนส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่ต้องตัดสินใจร่วมกันซึ่งเป็นทักษะที่ผู้เรียนในระดับอุดมศึกษาพึงมีตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Phattarasatjatum and Phromreungrit (2018) พบว่า คะแนนผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาลหลังเรียนรู้โดยวิธีการเรียนการสอนแบบย้อนกลับสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า การรับรู้ในความพร้อมของการเรียนรู้ด้วยตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมในการทำงานเป็นกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sukontrakoon et al., 2019) การส่งเสริมให้นักศึกษามีทักษะทำงานเป็นกลุ่มส่งผลให้นักศึกษามีความรับผิดชอบแต่อย่างไรก็ตาม ในรายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิดยังมีการทำกิจกรรมกลุ่มคือ การวิเคราะห์กรณีศึกษาซึ่งไม่เพียงพอต่อการเรียนรู้ของนักศึกษา ผู้สอนอาจจะต้องเพิ่มกิจกรรมกลุ่มในบทเรียนเพื่อให้นักศึกษาได้มีทักษะความสัมพันธ์และความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น

สรุป

รายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิดเป็นการเรียนรู้ภาคทฤษฎี ที่นักศึกษาพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจอย่างละเอียด ชัดเจน และมีทักษะพื้นฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดที่ปกติหรือเบี่ยงเบนเล็กน้อย ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริงที่ห้องคลอด มีหุ่นจำลองเป็นสื่อการเรียนการสอน และใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงให้นักศึกษาเห็นภาพมากขึ้น ดังนั้น ผู้สอนอาจต้องศึกษารูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่มีความหลากหลายและเหมาะสมในแต่ละบทเรียน และศึกษาอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21 เพื่อให้เข้าใจความต้องการของนักศึกษาและสามารถพัฒนา การจัดการเรียนการสอนได้ตามความคาดหวังของหลักสูตร ตลอดจนเกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดการเรียนการสอนในรายวิชาควรมีนักศึกษาเข้ามาแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการออกแบบการจัดการเรียนการสอน เพื่อสอดคล้องกับความต้องการการเรียนรู้ของนักศึกษาและหลักสูตร

2. ผู้สอนควรมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในแต่ละบทเรียนที่หลากหลาย สนับสนุนให้นักศึกษาได้เรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มทักษะการเรียนรู้ ทักษะทางปัญญา และทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบในบทเรียน

3. การพัฒนาเครื่องมือวิจัยพบว่า Test blueprint ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบเป็นข้อคำถามที่มีสาระสำคัญสองประเด็น ควรมีการนำเสนอสู่คณะการการหลักสูตรเพื่อปรับเปลี่ยนแยกประเด็นให้ชัดเจนเพื่อให้สามารถออกแบบการจัดการเรียนการสอนและการวัดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่มีความจำเพาะสำหรับในรายวิชาการพยาบาลมารดาและทารก

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

รายการอ้างอิง (Reference)

Al - Kassab, M, M., & Majeed, H, A. (2022). *The use of two-sample t-test in the real data; Advances and application in statistic*. Pushpa Publishing House. https://www.researchgate.net

Chooha, U., Somchoe, P., Naksukhum, S., Poungsamai, P., Prayoonsirisak, R., & Mongkolsawad, J. (2019) . How to produce nursing to meet the needs of graduate user in the 21st century: challenges of Thai nursing instructors. *Mahasarakham Hospital Journal, 16*(2) , 176 – 186. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/219499

Chubkhuntod, P., ThasanohElter, P., Gaewgoonto, N., & Potchana, R. (2020). Effects of simulation-based learning model on knowledge, self-efficacy and abilities of applying nursing process skills during intrapartum care of nursing student. *Journal of Health Science Research, 29*(6), 1062 – 1072. https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/9623

Chubkhuntod, P., ThasanohElter, P., & Ubonsr, P. (2017) . Effect of learning using mind map in maternal-newborn nursing and midwifery on learning achievement and satisfaction of nursing students. *Journal of Health Science Research, 11*(2) , 39 – 48. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/107876

Graham, C.R. (2012, October 10). *Introduction to Blended Learning.* http://www.media.wiley.com

Judge, S, D., & Murray, B., (2017) . Student and faculty transition to a new online learning management system. *Teaching and Learning in Nursing, United states, 12*(4), 277 – 280. https://doi.org/10.1016/j.teln.2017.06.010

Kaeomaungfang, K., Sukhawadee, B., Anansirikasem, P., Thanachawengsakul, N., & Prarom, S. (2021). The effects of teaching and learning management using MIAP learning process on learning achievement, teamworks skills and the satisfaction of nursing students at the Boromarajonani College of Nursing Chakrirak in the maternal infant and midwifery nursing course 1. *Journal of Buddhistic Anthropology, 6*(8) , 147 – 162. https://so04.tci-thaijo.org/index.php/JSBA/article/view/253413

Khonboon, R., Pangpraseart, K., Siriwat, W., & Nachaiphoom, J. (2020) . The guidelines on development of learning achievement of nursing students in maternal and newborn nursing and midwifery 2, College of Asia Scholars. *College of Asian Scholar Journal,10*(1), 147-155. https://so01.tci-thaijo.org/index.php/CAS/issue/view/17741/4932

Kimsungneon, N., Petchtang, S., & Yantaporn, C. (2018). *Learning style and academic achievement of undergraduate nursing students of Rangsit University*. (Research Report). Creating Pathways to Transform Your Life. https://rsuir-library.rsu.ac.th/handle/123456789/170

Kruachottikul, S., & Oatme, S., (2020) . The effects of using role-playing to self-efficiency in maternal-child nursing and midwifery 1 student nurses of Saint Louis College. *Journal of Health and Health management, 6*(2) , 28 – 39. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/slc/article/view/243977

Laoha, R., & Chinsook, K. (2018). *The development of flipped classroom model using connectivism theory with virtual classroom to develop critical thinking skill for students in higher education*. (Research Report). Rajabhat Maha Sarakham University. https://uc.thailis.or.th/bibitem?bibid=b03177661

Lersthavorntham, K., Kitnopkiet, K., & Sawangwattanasait, O. (2014). Factors influencing learning achievement of nursing students in Bachelor of Nursing Science curriculum, Borommarajonani college of nursing, Ratchaburi. *Journal of Nursing and Education, 7*(4), 13 – 24. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/view/29771

Lertsakornsiri, M., & Puengsema, R. (2021). Learning behaciors of nursing students to study online during the COVID-19 situation, *Journal of Nursing and Education, 14*(1), 33 – 47. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/view/248495

Ngoenthong, P., Supata, W., Changpean, S., Panya, P., Phetcharat, K., Kaewta, Y., & Chaisiriphuwadol, T. (2022). The development of a bachelor of nursing science outcome-based education program: faculty of nursing, Chiang rai College. *Nursing Journal CMU*. 49(3), 376-388. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/257360

Phattarasatjatum, P., & Phromreungrit, K. (2018). The effectiveness of using backward design for developing learning outcomes according to Thai qualifications framework for higher education among nursing students. *Journal of nursing and education, 11*(3), 64 – 78. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/view/152562

Poonperm, R., Proyngern, J., Sunuanta, S., & Prompeng, N. (2018). Effectiveness of question-based learning of nursing students at the Royal Thai Army Nursing College. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 19*(3), 126 - 136. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/ 161542

Ratchapakdee, P., Sirichantra, N., Chaimekhieo, N., Saowaphan, J., Sukanya, K., & Iniam, P. (2021). Effects of flipped classroom learning management to enhance the self-directed learning and learning achievement of nursing students in nursing process and health assessment course. *Journal of Curriculum and Instructure Sakon Nakhon Rajabhat University*, *13*(38), 121 – 130. https://jci.snru.ac.th/ArticleView?ArticleID=947

Sinsawad, P., (2021). Learning management to develop cognitive skills of nursing students. *Journal of Research and Curriculum Development, 11*(2), 35 – 47. https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jrcd/article/view/249535

Srisuying, A., Phanmuang, S., Toontam, K., Wirifai, S., & Wanchooserm, P. (2018). Midwifery nursing competencies among nursing students of Srimahasarakham Nursing College. *Mahasarakham Hospital Journal*, 15(3), 142 – 150. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/196247

Sukontrakoon, P., Pongrua, P., & Poonyathalang, T. (2019). The relationship among perception of nursing students in readiness for self-directed learning, readiness to group work and learning achievement in the maternal-newborn nursing and midwifery courses. *Ramathibodi Nursing Journal, 25*(2), 195-207, from https://he02.tci-thaijo.org

Tancharoen, P., & Yotsurin, P. (2023). The effective of using gamification learning activities on learning motivation and academic achievement of courses, principles, and techniques of nursing among nursing students. *Journal of Nursing and Education, 16*(4), 1 – 12. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/view/261109

Thammakijpirote, K., Maneewong, J., & Sanongyard, J. (2023). Simulation-based learning on critical thinking of nursing students in Thailand: A Systematic Review. *The Journal of Boromarajonani college of nursing, Suphanburi, 6*(1), 5 - 28. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/263746

Thongmeekhaun, T., Dechpichai, W., & Suwannatachote, R. (2023). Structural equation modeling of factors affecting intellectual skills of students in the Bachelor of Nursing Science program of the southern nursing college network under Praboromarajchanok institute. *The southern college network journal of nursing and public health, 10*(1), 153-169. from https://he01.tci-thaijo.org

Wongsaree, C., & Sirilukananan, K. (2019). Instruction design and achievement test construction in 21st century in theoretical subjects in the field of nursing education. *Journal of Health and Health management*, *5*(2), 1 – 22. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/slc/article/view/240090

Yanawongsa, Y., Intasingh, S., Nguenyuang, S., & Intanet, N. (2021). Outcome-based curriculum: new approach for higher education curriculum. *Humanities and Social Sciences Journal of Pibulsongkram Rajabhat University, 15*(2), 279 – 291. https://so01.tci-thaijo.org/index.php/GraduatePSRU/article/view/242250

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทองหลาง อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา

Factors Related to Quality of Life of Older Adults in the Areas Responsible by Ban Thong Lang Sub-District Health Promoting Hospital, Takua Thung District, Phang Nga Province

พิยดา สามารถ[1], ชมพูนุช สุภาพวานิช[1*], สฤษดิ์ ผาอาจ[1], กฤษเนตร เกษสระ[1]

Piyada Samart[1], Chompunuch Supapvanich[1*], Sarit Paarch[1], Kritsanate Katesara[1]

(Received: October 18, 2023; Revised: December 29, 2023; Accepted: January 17, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทองหลาง อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา กลุ่มตัวอย่างคือประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 167 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยสถิติ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและหาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 77.84 ปัจจัยเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การไม่มีโรคประจำตัวและไม่มีผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.05) ในขณะที่อายุ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล โดยควบคุมตัวแปรอายุพบว่า การได้รับการศึกษาในระบบโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตมากกว่าปัจจัยอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ORadj. = 4.303, 95% CI = 1.214 – 15.245, p - value < 0.05)

[1] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[1] Sirindhorn College of Public Health Yala, Faculty of Public health and Allied Sciences, Praboromrajchanok institute

*Corresponding author: Chompunuch@yala.ac.th

โดยสรุปปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่ดีโดยเฉพาะการได้รับการศึกษาในระบบ ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมถึงหน่วยงานด้านสุขภาพควรมีสนับสนุนการให้ความรู้ การสร้างอาชีพและเสริมรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This cross-sectional study aimed to determine the quality of life level and to examine the personal factors related to quality of life in older adults who lived in Thonglang subdistrict, Takuathung district, Phangnga Province. One hundred sixty-seven older adults were involved and answered the self -reported questionnaire. The Cronbach alpha was 0.94. The descriptive statistical analysis was used for personal demographics and the multiple logistic regression was analyzed the personal factors related the quality of life.

The result showed that most older adults had good quality of life (77.84%). Factors related to quality of life including gender, status, education, average income per month, no health illness and do not need caregiver had significantly associated with good quality of life. Therefore, personal factors included age, number of family members and occupation were not significant association with good quality of life. The result of multivariate analysis showed that older adults who had formal education have significantly associated with good quality of life after adjusted age (ORadj. = 4.303, 95% CI = 1.214 – 15.245, p = 0.024).

In conclusion, the quality of life in older adults were associated with personal factors particularly having formal education. The response organization including health organization should support the education, occupation and earning income for older adults. These may be helped to upgrade the level of quality of life in older adults.

Keywords: Quality of life, Older adults, Sub-district health promoting hospital

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกในปัจจุบัน สถานการณ์โครงสร้างประชากรมีการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะการมีอายุยืนยาวขึ้นของประชากรจะเห็นว่ามีหลายประเทศกำลังก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ”

(Aging society) โดยเฉพาะสถานการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุซึ่งมีโครงสร้างทางประชากรในสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้สังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aged society) ผลของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยมาจากการเปลี่ยนผ่านทางประชากรทั้งอัตราการเกิด หรือภาวะเจริญพันธุ์ลดลง ซึ่งนอกจากปัญหาทางด้านสุขภาพที่ผู้งสูงอายุต้องเผชิญนั้น ยังพบว่ามีปัญหาทางด้านต่างๆ เพิ่มมากขึ้น เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะที่ต้องพึ่งพิงตนเอง ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ไม่ได้รับการดูแลจากบุตรหลานหรือญาติ ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมา ทั้งนี้ยังพบเจอปัญหาด้านเศรษฐกิจและความมั่นคงทางรายได้ ปัญหาด้านสุขภาพอนามัย ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ปัญหาการถูกทอดทิ้ง ภาวะต้องการพึ่งพาผู้อื่น (Department of Older Persons, 2023)

โดยในปี พ.ศ. 2560 จังหวัดพังงามีประชากรรวมทั้งสิ้น 266,038 คน จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดพังงา (60 ปีขึ้นไป) มีจำนวนทั้งสิ้น 44,641 คน เป็นเพศชายจำนวน 20,799 คน และเพศหญิง จำนวน 23,842 คน ซึ่งพบว่าอัตราการตายสาเหตุสำคัญ 5 อันดับแรก ได้แก่ ชราภาพ โรคมะเร็งทุกชนิด โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และอุบัติเหตุบนท้องถนน นอกจากนี้ยังมีสาเหตุการตายด้วยที่เกิดจาก การลื่นหกล้ม เส้นเลือดในสมองตีบ หรือแตก เป็นต้น ทั้งนี้ปัญหาที่ผู้สูงอายุที่ควรได้รับการพิจารณาที่สำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและควรได้รับการแก้ไขได้แก่ ปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกาย ปัญหาทางด้านจิตใจ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ปัญหาทางด้านสังคมและสภาพแวดล้อมโดยสมบูรณ์ดังนั้น ทางสาธารณสุขจึงยังคงต้องพัฒนา และศึกษาพฤติกรรมความเป็นอยู่ของกลุ่มผู้สูงอายุอยู่เสมอเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา (Jansamuth et al., 2022)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเน้นหนักในการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในเรื่องการป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟู และรักษาสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ตลอดจนสนับสนุนให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่า มีความสุข และได้รับความคุ้มครองจากสังคม และเนื่องจากความชราภาพเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อคนเรามีอายุมากขึ้นสภาพร่างกายและระบบการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายจะเสื่อมถอยลงไปทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาคนอื่นและต้องการความช่วยเหลือดูแลมากขึ้น ดังนั้นปัญหาที่ผู้สูงอายุพบเจอที่ควรได้รับการพิจารณาที่สำคัญ คือ ปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกาย ปัญหาทางด้านจิตใจ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ปัญหาทางด้านสังคมและสภาพแวดล้อม ดังนั้นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ คือ การช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสุข และพึงพอใจสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม ช่วยเหลือตนเองได้ตามอัตภาพไม่เป็นภาระให้แก่ผู้อื่นและดำรงไว้ซึ่งการมีคุณค่าในตนเอง จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตพบว่าปัจจัยด้านบุคคล และ เศรษฐานะ อาทิเช่น รายได้ การเลือกใช้บริการด้านสุขภาพ และ

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับคุณภาพชีวิต (p - value < 0.01) ส่วนสถานภาพสมรส อายุ ความพอเพียงต่อรายได้ มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับคุณภาพชีวิต (p - value < 0.01) (Thawa & Tunyarak, 2023) นอกจากนั้นแล้วยังพบว่า การนับถือศาสนา อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การออกกำลังกาย ลักษณะการอยู่กับครอบครัว รายได้ การเป็นสมาชิกกลุ่ม โรคประจำตัว และการนอนหลับที่เพียงพอส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Doloh, 2016)

จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าปัญหาที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญนั้นเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างยิ่ง โดยในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทองหลาง อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา ยังไม่เคยมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจจะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ดังกล่าว เพื่อประเมินระดับของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทองหลาง สำหรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทองหลาง อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทองหลาง อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา

สมมุติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี
2. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย

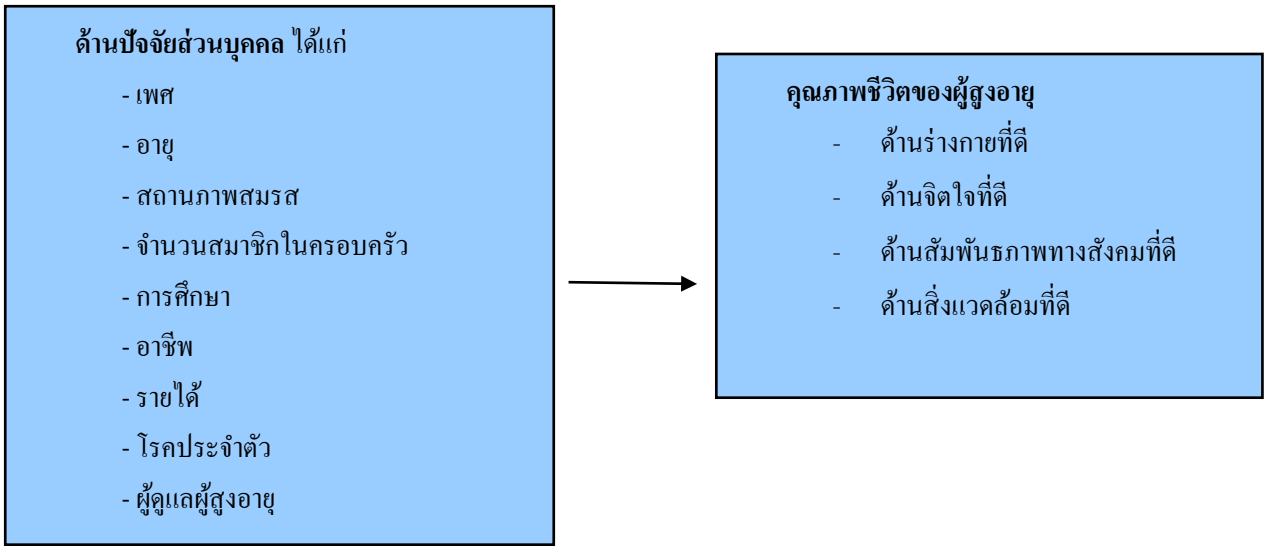
ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2566 จากผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทองหลาง อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทองหลาง ตำบลหล่อยูง อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา โดยใช้

เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL) มาใช้ในการศึกษา ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไปตามแนวกรอบแนวคิดนี้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทองหลาง อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา จำนวนทั้งหมด 330 คน จากทั้งหมด 4 หมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทองหลาง อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power เลือก x^2 Test – Goodness – of - Fit Tests: Contingency Tables ภายใต้การทดสอบสมมติฐานค่าสัมประสิทธิสหสัมพันธ์แบบสองทาง กำหนดนัยสำคัญ (α err Prob) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (1- ß err Prob) = 0.80 (Faul et al., 2027) และขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 167 คน เมื่อได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) โดยแบ่งเป็นชั้นภูมิ ตามหมู่บ้าน 4 หมู่บ้าน จนได้จำนวน 167 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว และการมีผู้ดูแลของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เครื่องชี้วัดตามแบบอย่างขององค์การอนามัยโลก WHOQOL-BREF ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วยคำถามจำนวน 26 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก 23 ข้อ และข้อความเชิงลบ 3 ข้อ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย มีข้อคำถามปลายปิด จำนวน 7 ข้อ โดยมีข้อความเชิงลบ 2 ข้อ ข้อความเชิงบวก 5 ข้อ
2. ด้านจิตใจ มีข้อคำถามปลายปิด จำนวน 6 ข้อ โดยมีข้อความเชิงลบ 1 ข้อ ข้อความเชิงบวก 5 ข้อ
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีข้อคำถามปลายปิด จำนวน 3 ข้อ โดยมีข้อความเชิงบวก 3 ข้อ
4. ด้านสภาพแวดล้อม มีข้อคำถามปลายปิด จำนวน 8 ข้อโดยมี ข้อความเชิงบวก 8 ข้อ

ส่วนข้อ 1 และ ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้ การนำเสนอผลจะต้องนำเสนอในรูปของคะแนนเฉลี่ยทั้งหมด และ คะแนนของแต่ละองค์ประกอบด้วย เพื่อใช้เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL - 26 ข้อ โดยแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก จำนวน 23 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26

ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 2, 9, 11

ความคิดเห็นทางลบ ให้คะแนนดังต่อไปนี้		ความคิดเห็นทางบวก ให้คะแนนดังต่อไปนี้	
ตอบ ไม่เลย	ให้ 5 คะแนน	ตอบ ไม่เลย	ให้ 1 คะแนน
ตอบ เล็กน้อย	ให้ 4 คะแนน	ตอบ เล็กน้อย	ให้ 2 คะแนน
ตอบ ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน	ตอบ ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ตอบ มาก	ให้ 2 คะแนน	ตอบ มาก	ให้ 4 คะแนน
ตอบ มากที่สุด	ให้ 1 คะแนน	ตอบ มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน

การแปลความหมายคะแนน สำหรับเกณฑ์การวัดคุณภาพชีวิต ผู้ศึกษาวิจัยใช้เกณฑ์ในการตัดสินระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม โดยปรับลดความถี่มาตราส่วนประมาณค่าจาก 5 ระดับเป็น 2 ระดับ โดยจำนวนคำถามมีทั้งหมด 26 ข้อ

ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลความหมายระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม โดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับ (Best 1981) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.01 – 5.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับดี

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 3.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เพื่อหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การศึกษา โดยใช้ Index of Item-objective congruence (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้องมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ:กรณีศึกษาชุมชนริมทางรถไฟภายในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่จังหวัดสงขลา ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.9431 (Kongthong, 2010)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทองหลาง ตำบลหล่อยูง อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา และประสานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เป็นผู้ช่วยวิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ และขั้นตอนการเก็บข้อมูลแก่ เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ร่วมเก็บข้อมูล เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงกับความ เป็นจริงมากที่สุด หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยครั้งนี้แก่กลุ่มตัวอย่างบอกถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากงานวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยความสมัครใจและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยบอกให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการให้ข้อมูลโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ในการรับบริการ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ รวมถึงสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่อ้างอิง SCPHYLIRB - 2566 / 078 วันที่ 5 เมษายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ (frequency) และหาค่าร้อยละ (Percentage)

ข้อมูลคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ทำการวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

การทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้ univariate analysis และ multiple logistic regression analysis ในการหาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตดีเลือกวิธี backward stepwise regression analysis สำหรับปัจจัยที่มีค่า p - value น้อยกว่า 0.2 จากการวิเคราะห์ univariate analysis และควบคุมตัวแปรอายุ ค่า p-value น้อยกว่า 0.05 ถือว่าผลการวิเคราะห์มีค่านัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสูตรการวิเคราะห์แสดงได้ดังต่อไปนี้

$$Py = \frac{Exp\ (ß_0 + ß_1x_1 + ß_2x_2\ + \cdots + ß_nx_n)}{1 + Exp\ (ß_0 + ß_1x_1 + ß_2x_2 + \cdots + ß_nx_n}$$

$$\text{In} = \left[\frac{Py}{1-Py}\right] \text{ โดย } y\ = ß_0 + ß_1x_1 + ß_2x_2\ + \cdots + ß_nx_n$$

โดย Py = ความน่าจะเป็นของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

$ß_0$ = ค่าคงที่

$ß_1$ = ค่าสัมระสิทธิ์ของตัวแปรอิสระ

X_1 = ตัวแปรอิสระ

Exp = ลอการิทึ่ม

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทองหลาง ตำบลหล่อยูง อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา จำนวน 167 คน พบเป็นเพศหญิง จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 52.10 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 60 - 69 ปี จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 49.10 มีสถานภาพสมรส จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 67.07 สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีจำนวนระหว่าง 1 - 3 คน จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 89.22 ได้รับการศึกษาอยู่ในระบบโรงเรียน จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 82.63 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 34.73 รองลงมาคืออาชีพแม่บ้าน จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 30.54 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,100 – 5,000 บาท จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 51.50 มีโรคประจำตัว จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 43.71 และผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลผู้มีจำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 77.84

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 3.16 และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 77.84 ในขณะที่ผู้สูงอายุร้อยละ 22.16 มีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 167)

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ดี (ค่าเฉลี่ย 3.01 - 5.00)	130	77.84
ไม่ดี (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 3.00)	37	22.16
Mean = 3.16 S.D. = 0.25 Max = 2.42 Min = 4.31		
รวม	**167**	**100.0**

เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือด้านจิตใจ มีคะแนนเฉลี่ย 3.25 รองลงมาคือด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ย 3.24 ด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ย 3.13 และ ด้านสิ่งแวดล้อม มีคะแนนเฉลี่ย 3.09 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกรายด้าน (n = 167)

คุณภาพชีวิต	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านร่างกาย	3.13	0.25	ดี
ด้านจิตใจ	3.25	0.32	ดี
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3.24	0.36	ดี
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.09	0.38	ดี
รวม	**3.16**	**0.26**	**ดี**

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคุณภาพชีวิต

การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต พบว่า เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่อายุ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต (ตารางที่ 2)

เมื่อจำแนกปัจจัยพบว่า เพศชายมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง 2.67 เท่า (*95% CI* = 1.22, 5.850) ผู้ที่มีคู่สมรสมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่ไม่มีคู่สมรส 3.19 เท่า (*95% CI* = 1.503 – 6.786) ผู้ที่ได้รับการศึกษาในระบบโรงเรียนมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ศึกษาในระบบโรงเรียน 3.859 เท่า (*95% CI* = 1.643 – 9.066) นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 5,001 บาทขึ้นไปมีระดับ

คุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน 2.357 เท่า (*95% CI* = 1.091 – 5.088) อีกทั้งผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว 2.272 เท่า (*95% CI* = 1.079 – 4.784) และผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ มีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเอง 2.392 เท่า (*95% CI* = 1.067 – 5.364) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคุณภาพชีวิต (n = 167) (Univariate Analysis)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับคุณภาพชีวิต				Crude OR	95% CI	p - value
	ไม่ดี (n = 37)		ดี (n = 130)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							
หญิง	26	15.57	61	36.52	1		
ชาย	11	6.59	69	41.32	2.67	1.220 – 5.850	0.014*
อายุ							
80 ปีขึ้นไป	9	5.38	19	11.37	1		
70 – 79 ปี	15	8.98	42	25.14	1.33	0.494 – 3.563	0.134
60 – 69 ปี	13	19.40	69	41.32	2.51	0.934 – 6.766	0.068
สถานภาพสมรส							
ไม่มีคู่สมรส	20	11.97	35	20.96	1		
มีคู่สมรส	17	10.18	95	5.69	3.19	1.503 – 6.786	0.003**
จำนวนสมาชิกในครอบครัว							
1 – 3 คน	34	20.36	115	68.86	1		
4 – 6 คน	3	1.79	15	8.98	1.478	0.404 – 5.410	0.555
การศึกษา							
ไม่ได้ศึกษาในระบบโรงเรียน	13	7.78	16	9.58	1		
ศึกษาในระบบโรงเรียน	24	14.37	114	68.26	3.859	1.643 – 9.066	0.002**
อาชีพ							
เกษตรกร	8	4.79	50	29.94	1		
อื่นๆ	29	17.36	80	47.90	0.441	0.187 – 1.042	0.062
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน							
≤ 5,000 บาท	25	14.97	61	36.53	1		
5,001 บาทขึ้นไป	12	7.18	69	41.32	2.357	1.091 – 5.088	0.029*

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับคุณภาพชีวิต				Crude OR	95% CI	p - value
	ไม่ดี (n = 37)		ดี (n = 130)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
โรคประจำตัว							
มีโรคประจำตัว	22	13.17	51	30.54	1		
ไม่มีโรคประจำตัว	15	8.98	79	47.31	2.272	1.079 – 4.784	0.031*
การพึ่งพาตนเอง							
ไม่สามารถพึ่งพาตนเอง	13	7.78	24	14.37	1		
สามารถพึ่งพาตนเอง	24	14.37	106	63.47	2.392	1.067 – 5.364	0.034*

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

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พร้อมกันทุกตัวโดยควบคุมตัวแปรอายุ พบว่าการศึกษาในระบบโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตดี (ORadj. 4.303, *95% CI* = 1.214 – 15.245) ในขณะที่ตัวแปรอื่นไม่พบความสัมพันธ์ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคุณภาพชีวิต (n = 167) (Multivariate analysis)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ORadj.	95% CI	p - value
เพศชาย	2.146	0.895 – 5.360	0.102
มีคู่สมรส	2.219	0.883 – 5.576	0.090
ศึกษาในระบบโรงเรียน	4.303	1.214 – 15.245	0.024*
รายได้ 5,001 บาทขึ้นไป	1.076	0.403 – 2.872	0.884
ไม่มีโรคประจำตัว	1.641	0.716 – 3.763	0.242
ไม่มีผู้ดูแล	0.847	0.296 – 2.424	0.757

ORadj. ควบคุมตัวแปรอายุ; **p-value* < 0.05

อภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 77.84 โดยมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรวมเท่ากับ 3.15 เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือด้านจิตใจ มีคะแนนเฉลี่ย 3.25 รองลงมาคือด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ย 3.24 ด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ย 3.13 และด้านสิ่งแวดล้อม มีคะแนนเฉลี่ย 3.09 ตามลำดับ ในขณะที่การศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ

80.4 (Thanapiyawat et al., 2023) ส่วนการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุในตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทราอยู่ในระดับดีโดยมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรวมเท่ากับ 3.53 (S.D. = 0.15) แต่เมื่อจำแนกรายด้านพบว่ามีด้านจิตใจ ($\bar{X}$ = 3.57 , S.D. = 0.14) ความสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{X}$ = 3.66 , S.D. = 0.09) และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.53, S.D. = 0.20) ในขณะที่คุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.37, S.D. = 0.16) (Satid, 2016) เช่นเดียวกันกับการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยาซึ่งพบระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 4.03 , S.D. = 0.86) และเมื่อจำแนกรายด้านก็พบระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน ต่างจากการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราชซึ่งพบระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ($\bar{X}$ = 91.98 , S.D. = 11.98) และจำแนกรายด้านได้แก่ด้านร่างกาย ($\bar{X}$ = 22.48, S.D. = 3.87) ด้านจิตใจ ($\bar{X}$ = 22.70, S.D. = 3.21) ด้านสังคม ($\bar{X}$ = 10.51, S.D. = 1.85) และด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}$ = 28.83, S.D. = 3.99) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (Jengan et al., 2022)

สำหรับการศึกษาในประเทศโปแลนด์พบว่าระดับคุณภาพชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยสูงในด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อม ในขณะที่ระดับคุณภาพชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยต่ำมากที่สุดในด้านร่างกาย (Talarska et al., 2018) ในขณะที่การศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเมือง Guangzhou ประเทศจีนโดยใช้แบบประเมิน Health related quality of life (HRQoL) มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ย 39.92 (S.D. = 10.33) คะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ มีคะแนนเฉลี่ย 49.08 (S.D. = 9.85) (Su & Wang, 2019) ความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่นั้นอาจจะเกิดขึ้นได้จากปัจจัยความแตกต่างตามบริบทของท้องถิ่นนั้น ปัจจัยด้านสังคม สัมพันธภาพของคนในครอบครัว และสิ่งแวดล้อม รวมถึงเศรษฐานะของครอบครัวนั้น ๆ

การศึกษานี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตดีได้แก่ เพศ การมีคู่สมรส การได้รับการศึกษาในระบบโรงเรียน การมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 5,001 บาทขึ้นไป การไม่มีโรคประจำตัว และการที่ไม่ต้องอาศัยผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่อายุ และจำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตดี เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลรวมทุกปัจจัยโดยควบคุมตัวแปรอายุพบว่าการได้รับการศึกษาในระบบโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตมากกว่าปัจจัยอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ORadj. = 4.303, *95% CI* = 1.214 – 15.245, p - value = 0.024) ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าปัจจัยด้านอายุ รายได้และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Thanapiyawat et al., 2023) นอกจากนั้นยังพบว่าปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ความแข็งแรงของ

ร่างกาย การมีสมาธิในการทำงาน ความพึงพอใจที่ได้ผูกมิตรกับคนอื่น และชีวิตความเป็นอยู่ภาพรวมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย (Boodwiset & Intharasard, 2020)

ในส่วนของการศึกษาคุณภาพชีวิตในต่างประเทศพบความไม่แตกต่างกันซึ่งจากการศึกษาผู้สูงอายุจำนวน 1,014 ที่ได้รับการดูแลจากบ้านพักคนชรา และ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากบ้านพักคนชรามีคุณภาพชีวิตมีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำในด้านร่างกาย (physical component summary) คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 36.89 (S.D. = 10.44) และจิตใจ (mental component summary) คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 47.16 ± 11.14 โดยพบว่าจำนวนโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (β = − 0.165, p - value < 0.05) และการอยู่เพียงลำพังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 0.189, p - value < 0.05) (Su & Wang, 2019) อีกทั้งยังพบปัจจัยด้านเพศ การมีโรคประจำตัว ระดับการศึกษาและการแยกตัวจากสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย (Samadarshi et al., 2021; Khan & Tahir, 2014; Klompstra et al., 2019)

สรุป

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทองหลาง ตำบลหล่อยูง อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา มากกว่าร้อยละ 70 อยู่ในระดับดี และการมีคุณภาพที่ชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการได้รับศึกษาในระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อควบคุมตัวแปรอายุ

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานบริการด้านสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดให้มีการส่งเสริมความรู้แก่กลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่เพื่อเพิ่มความรู้และความเข้าใจในด้านสุขภาพ รวมถึงควรมีการพัฒนาความรู้และการสร้างรายได้ตามความสามารถให้แก่ผู้สูงอายุซึ่งอาจจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้น

นอกจากนั้นในการศึกษานี้ได้ทำการศึกษาในพื้นที่เขตรพ.สต.ตำบลบ้านทองหลางเท่านั้น ผลการศึกษาจึงอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของพื้นที่ในเขตอำเภอหรือจังหวัดได้ ซึ่งอาจต้องขยายพื้นที่ในการศึกษาเพื่อสามารถเป็นตัวแทนของระดับอำเภอหรือจังหวัดต่อไป

รายการอ้างอิง (References)

Best, J.W. (1981). *Research in Education*. (4th ed.). Prentice Hall.

Boodwiset, N., & Intharasard, U. (2020). *Factors Contributing Quality of Life for Elders: A Studying Case in Phra Nakhon Si Ayutthaya City, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province*. (Research Report). Rajamangala University of Technology Suvarnabhumi. https://research.rmutsb.ac.th /fullpaper/2563/research.rmutsb-2563-20210809104008337.pdf

Department of Older Persons (2023, September 26). *Ministry of Social Development and Human Security*. Elderly statistics. http://www.dop.go.th/th/know/1

Doloh, M. (2016). *Factor related the quality of life among the elderly in the Southern border provinces: a case study of Bala sub-district, Kabang district, Yala province*. [Master's thesis]. Yala Rajabhat University.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*, 175 - 191. http://doi.org/10.3758/bf03193146

Jansamuth, P., Pakkiree P., & Yaprung, M. (2022). *The study of eldery health in Thai mueang district, Pungnga province*. [Master's thesis]. Ramkhamhaeng University.

Jengan, N., Pradidthaprech, A., Choomsri, P., Sae-Ung, K., Sitakalin, P., & Laoraksawong, P. (2022). Factors associated with the quality of life in the elderly with non-communicable diseases in Nakhon Si Thammarat, Thailand. *Trends in Sciences*, *19*(4), 1 – 9. https://tis.wu.ac.th/index. php/tis/article/view/2688

Khan, A.R., & Tahir, I. (2014). Influence of social factors to the quality of life of the elderly in Malaysia. *Open Medicine Journal*, *1*(1), 29 - 35. https://openmedicinejournal.com/VOLUME /1/PAGE/29/FULLTEXT/

Klompstra, L., Ekdahl, A.W., Krevers, B., Milberg, A., & Eckerblad, J. (2019). Factors related to health-related quality of life in older people with multimorbidity and high health care consumption over a two-year period. *BMC Geriatrics*, *19*(1), 187. http://doi.org/10.1186/s128 77-019-1194-z

Kongthong, M. (2010). *Quality of life of the elderly: a case study in the railway community in Hatyai municipality, Songkhla province*. [Master's thesis]. Songkla University.

Samadarshi, S.C., Taechaboonsermsak, P., Tipayamongkholgul, M., & Yodmai, K. (2021). Quality of Life and Associated Factors amongst Older Adults in a Remote Community, Nepal. *Journal of Health Research*, *36*(1), 56 – 67. https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JHR-01-2020-0023/full/html

Satid, S. (2016). Factors relating to quality of life of the elderly in Koh Kanun subdistrict Chachoengsao province. *Journal of Rajanagarindra*, *13*(2), 113 – 141.

Su, S-W., & Wang, D. (2019). Health-related quality of life and related factors among elderly persons under different aged care models in Guangzhou, China: a cross-sectional study. *Quality of Life Research, 28*(5), 1293 – 1303. http://doi.org/10.1007/s11136-019-02107-x

Talarska, D., Tobis, S., Kotkowiak, M., Strugala, M., Stanislawska, J., & Wieczorowska-Tobis, K. (2018). Determinants of quality of life and the need for support for the elderly with good physical and mental functioning. *Medical Science Monitor, 24*, 1604–1613. http://doi.org/10.12659/MSM.907032

Thanapiyawat, N., Muangkaew, R., & Kaenchaiyapoom, B. (2023). Factors related to quality of life of the elderly, Na Fai subdistrict, Chaiyaphum province. *Thai Journal of Health Education*, *46*(1), 120 – 30. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/muhed/article/view/262683

Thawa, N., & Tunyarak, H. (2023). Factors related to quality-of-life levels of occupation age group in Pak poon municipality at Nakornsrithamarat province. *Journal of health Science of Thailand, 32*(1), 31 – 42. https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/13289

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกดื่มสุราของผู้ที่มาบำบัดรักษาติดสุรา ในจังหวัดมหาสารคาม

Factors Associated with Alcohol Abstinence among Patients with Alcohol Dependence in Mahasarakham Province

ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์[1], ณัฐวุฒิ สุริยะ[1*], ควันเทียน วงศ์จันทรา[1]
บุญชอบ สิงห์คำ[2], กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์[1]
Phadoongsit Chumnanboriruk[1], Natthawut Suriya[1*], Kuantean Wongchantra[1],
Boonchorp Singhkum[2], Kittisak Kraichan[1]

(Received: March 25, 2024; Revised: June 13, 2024; Accepted: July 10, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงการศึกษาย้อนหลังจากผลไปหาเหตุ (Case-Control Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกดื่มสุราของผู้มาบำบัดรักษาติดสุราในจังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดสุราที่มาบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปของจังหวัดมหาสารคาม คำนวณโดยใช้โปรแกรม WIN PEPI ได้กลุ่มตัวอย่าง 204 คน เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบสอบถามผู้ติดสุราที่มาบำบัดในโรงพยาบาล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน และหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ .92 การวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกดื่มสุราของผู้มาบำบัดรักษาติดสุรา ใช้สถิติ Binary Logistic Regression

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง อายุเฉลี่ย 44 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 87.30 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.80 มีการใช้สารเสพติด ร้อยละ 6.90 ผู้บำบัดสุรายังสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 55.40 และผู้ดูแลในครอบครัว ร้อยละ 88.20 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกดื่มสุรา ได้แก่ เพศ (Adjusted OR = 0.229, 95 % CI = 0.63 – 0.828) ประวัติการสูบบุหรี่ (Adjusted OR = 2.736, 95 % CI = 1.33 – 5.627) ปัจจัยด้านกิจกรรมการบำบัดการติดสุรา (Adjusted OR = 16.968, 95 % CI = 2.342 – 122.920) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม(Adjusted OR = 3.638, 95 % CI = 1.430 – 9.254) ปัจจัยด้านแรงจูงใจ (Adjusted OR 0.026, 95 % CI = 0.007 – 0.104)

[1]วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

[1]Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

[2]ประชาคมงดเหล้ามหาสารคาม

[2]Stopdring Mahasarakham

* Corresponding Author: natthawut@smnc.ac.th

ดังนั้น เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการจัดกิจกรรมการบำบัดที่เน้นการสร้างแรงจูงใจจากครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาติดสุรากลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

คำสำคัญ : ปัจจัยที่สัมพันธ์, การเลิกดื่มสุรา, บำบัดรักษาติดสุรา

Abstract

The purpose of this case control study was to investigate the factors associated with alcohol abstinence among patients receiving treatment for alcohol dependence in Mahasarakham province. Samples were patients with alcohol dependence in community, and general hospitals in Mahasarakham province calculating by WIN PEPI program equaled 204. Five experts verified the questionnaire content used in the research, which was administered to patients receiving hospital treatment for alcohol dependence. Alpha's Cronbach coefficient reliability value was.92. Associated factors were analyzed in relation to alcohol abstinence among patients receiving treatment for alcohol dependence using Binary Logistic Regression statistics.

Results found that the average age of the sample was 44. Eighty-seven percent of them were male. Sixty percent had no history of illness (60.80%). 6.90% of samples used drugs. Smoking is still common among patients receiving treatment for alcohol dependence (55.40%) and family caregivers (88.20%). Associated factors with alcohol abstinence were gender (Adjusted OR 0.229, 95% CI = 0.63 – 0.828), cigarette smoking history (Adjusted OR 2.736, 95% CI = 1.33 – 5.627), alcohol abstinence activities (Adjusted OR 16.968, 95% CI = 2.342 – 122.920), social support (Adjusted OR 3.638, 95% CI = 1.430 – 9.254), and motivation (Adjusted OR 0.026, 95% CI = 0.007 – 0.104).

Therefore, health care providers play a crucial role in promoting health by developing rehabilitation programs that emphasize family and social support as a source of incentive to help patients receiving treatment for alcohol dependence return to a normal life.

Keywords: Associated factors, Alcohol abstinence, Treatment for alcohol dependence

บทนำ

การดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยพฤติกรรมการดื่มที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายมีได้หลายลักษณะตั้งแต่การดื่มหนักทุกวัน ดื่มจนเมาบ่อย ๆ ดื่มจนเกิดปัญหาสุขภาพ

กายหรือสุขภาพจิต หรือดื่มจนติดสุรา พฤติกรรมการดื่มดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาต่อตัวผู้ดื่มเอง ทำให้เกิดอุบัติเหตุ พิการ บาดเจ็บ หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Kittirattanapaibun, 2018) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อปัญหาครอบครัวของผู้ติดสุราเช่นกัน เนื่องจากผู้ติดสุรามักมีพฤติกรรมและอารมณ์แปรปรวน เช่น ก้าวร้าว หงุดหงิด ควบคุมตนเองไม่ได้ ทำลายสิ่งของ และใช้ความรุนแรงในครอบครัว (Somboon & Srikosai, 2022) การติดสุรา ยังมีผลปัญหาการคุกคามผู้อื่น (Chusri et al., 2018) อีกทั้งการติดสุรายังส่งผลให้ผู้ติดสุรากลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยโดยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 3.56 ครั้งต่อคน และแบบผู้ป่วยในเฉลี่ย 1.82 ครั้งต่อคน คิดเป็นต้นทุนตรงเฉลี่ยผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเท่ากับ 52,268.08 บาทต่อคนต่อปี ภาระเศรษฐศาสตร์ภาพรวมการรักษาของกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ.2561 เท่ากับ 31,451.020 ล้านบาท (Phumpaisanchai & Rueankon, 2020)

สถานการณ์ในการดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรไทยเท่ากับร้อยละ 28.0 ซึ่งหมายความว่าประมาณเกือบ 3 ใน 10 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Centre for Alcohol Studies, 2022) และจากผลสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในคนไทย พบผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมการดื่มสุราผิดปกติ 2.7 ล้านคน แยกเป็นผู้ดื่มแบบอันตราย 1.8 ล้านคน และดื่มแบบติด 900,000 คน (Office of Disease Prevention and Control 7, 2023) เพื่อให้เกิดการสอดคล้องกับคำแนะนำขององค์กรอนามัยโลก ภาครัฐจึงมีมาตรการออกกฎกระทรวง การอนุญาตขายสุรา พ.ศ. 2560 ซึ่งควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนเองและควบคุมการขาย มีการใช้กลยุทธ์การให้ความรู้และการโน้มน้าว (education and persuasion strategies) ส่วนการบำบัดของผู้ติดสุรา ประเทศไทยมียุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติปีพ.ศ. 2554 - 2563 ซึ่งยุทธศาสตร์ที่ 3 คือ การลดอันตรายจากการบริโภค ซึ่งเป็นประเด็นมาตรการคัดกรองและบำบัดรักษา (Boromarajonani National Institute for Drug Addiction Treatment and Rehabilitation, 2022)

จากจำนวนผู้ติดสุราที่มีจำนวนมากและผลกระทบของการติดสุราข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้ติดสุรา โดยปัจจุบันการดูแลผู้ติดสุรายังให้ความสำคัญกับการบำบัดทางจิตสังคม (Centre for Alcohol Studies, 2022) เนื่องจากการรักษาด้วยยาในบริบทของประเทศไทยยังมีข้อจำกัดจากราคายาที่สูง ดังนั้นการบำบัดทางจิตสังคมจึงเป็นการรักษาหลักในการป้องกันการติดสุรา (Simawong et al., 2022) โดยผลของการบำบัดขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ความรู้และทักษะของผู้ให้บริการ ความรุนแรงในการติดสุรา และปัญหาอื่นที่พบร่วม เช่น โรคทางจิตเวช โรคทางกาย ครอบครัว สิ่งแวดล้อม และแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Kittirattanapaibun, 2018) ในส่วนของการบำบัดผู้ติดสุราไม่สำเร็จ หรือผู้บำบัดติดสุราไปดื่มสุราซ้ำ ได้แก่ สภาพแวดล้อมและบริบททางสังคมที่เอื้อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงสุราได้โดยง่าย เช่น การจำหน่ายสุราอย่างแพร่หลาย วัฒนธรรมการดื่มสุราใน

ชุมชนที่ให้ความหมายของการดื่มสุราในทางบวก (Atsanangkornchai & Waliwong, 2021) การเกิดภาวะสมองติดสุราที่ทำให้ไม่สามารถหยุดดื่มสุราได้ บุคลิกภาพที่อ่อนไหวง่าย บุคลิกภาพแบบพึ่งพา ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น คิดโทษตัวเอง สูญเสียพลังอำนาจ ขาดความภาคภูมิใจ และขาดแรงจูงใจ และการขาดความสามารถในการควบคุมและจัดการตนเอง (Kongsat et al., 2013)

จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2559 พบผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราที่เข้ารับบริการสุขภาพเพียง 168,729 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 6.13 (Office of Disease Prevention and Control 7, 2023) และจากข้อมูลของผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัด ที่สถาบันบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดแห่งชาติ บรมราชนนี ปีพ.ศ. 2561 - 2564 มีจำนวนผู้ติดสุรามาบำบัดรักษา 1,050 ราย 1,064 ราย 851 รายและ 562 ราย ตามลำดับ (Boromarajonani National Institute for Drug Addiction Treatment and Rehabilitation, 2022) ส่วนข้อมูลของผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดสุรา ในจังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2562 - 2564 มีจำนวนผู้ติดสุรามาบำบัดรักษา 790 ราย 665 ราย และ 728 ราย (Maha Sarakham Provincial Public Health Office, 2023) ซึ่งสาเหตุของการเข้าบำบัดรักษาน้อย ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยไม่ให้ความสำคัญในการบำบัด ขาดการสนับสนุนทางสังคม ขาดแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อีกทั้งการรักษาผู้ติดสุรายังเกิดภาวะขาดสุรา (alcohol withdrawal) หรือเมื่อหยุดดื่มจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและอาการอยากอย่างรุนแรง (craving) ส่งผลให้ผู้ดื่มส่วนใหญ่หันกลับมาดื่ม สุราอีกครั้ง (relapse) (Clapp et al., 2008)

การรักษาผู้ป่วยติดสุราจึงจำเป็นต้องมีการรักษาทั้งในเรื่องสุขภาพกาย สุขภาพใจ และการช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยผู้ติดสุราสามารถเลิกได้ส่วนหนึ่งเกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และมีแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Akchan et al., 2017) และอีกปัจจัยหนึ่งของการบำบัดรักษาที่ประสบผลสำเร็จ คือ การเข้ารับการตรวจตามแพทย์นัด ติดตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และการพบแพทย์หรือทีมผู้รักษาแบบสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องมีผลช่วยในการปรับพฤติกรรมที่เสี่ยงในการดื่มสุราลดลงได้เป็นอย่างยิ่ง (Tanchakvaranont, 2021) จากปัญหาข้างต้นได้สะท้อนถึงความจำเป็นที่ต้องเพิ่มศักยภาพการรักษาให้มีโอกาสในการเลิกดื่มสุราได้สูงขึ้น ซึ่งผลของการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกดื่มสุรา ของผู้มาบำบัดรักษาติดสุราในจังหวัดมหาสารคาม สามารถใช้เป็นข้อมูลที่นำไปเป็นแนวทางในการวางแผนและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

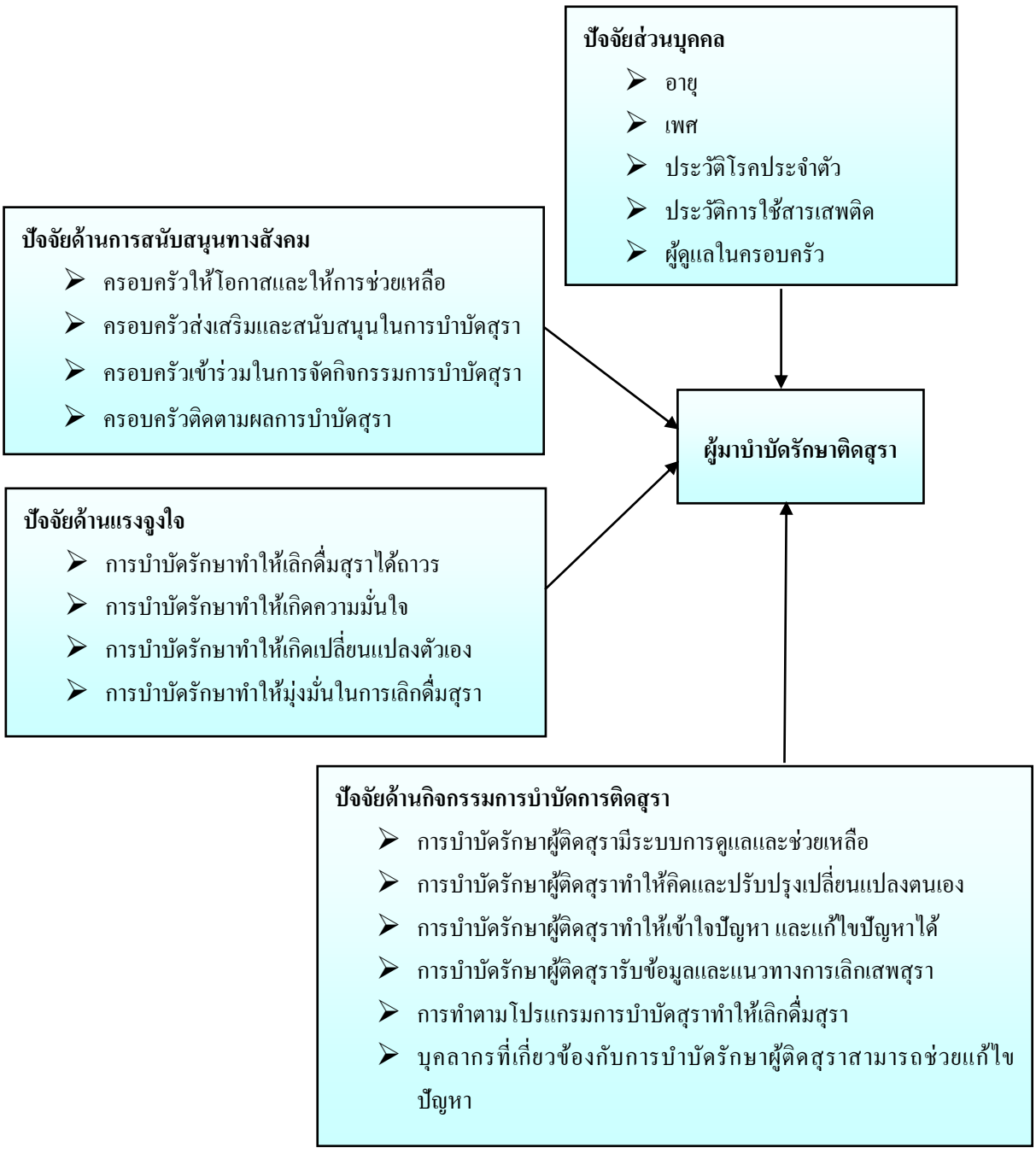
เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกดื่มสุรา ของผู้มาบำบัดรักษาติดสุราในจังหวัดมหาสารคาม

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านกิจกรรมการบำบัดผู้ติดสุรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกดื่มสุรา ของผู้มาบำบัดรักษาติดสุราในจังหวัดมหาสารคาม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยพัฒนามาจากข้อความรู้ จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (Department of Mental Health, 2018) ประกอบด้วย 4 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านกิจกรรมการบำบัดผู้ติดสุรา ดังรายละเอียดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงการศึกษาย้อนหลังจากผลไปหาเหตุ (Case-Control Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกดื่มสุรา ของผู้มาบำบัดรักษาติดสุราในจังหวัดมหาสารคาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ติดสุราที่มาบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปของจังหวัดมหาสารคามกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มศึกษา (case) คือ กลุ่มผู้ติดสุราที่บำบัดได้ผล โดยมาบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และเลิกเสพสุราโดยถาวรมาเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และมีการพบกลุ่มตามกำหนดสม่ำเสมอ

2. กลุ่มควบคุม (control) คือ กลุ่มผู้ติดสุราที่บำบัดไม่ได้ผล โดยมาบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และกลับไปดื่มสุราซ้ำอีกควบคุมการดื่มไม่ได้ตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณ โดยใช้โปรแกรม WIN PEPI จากผลการศึกษาของ Tanchakvaranont (2021) ผู้ป่วยบำบัดสุราที่มีพฤติกรรมการเลิกดื่มสุรา การศึกษาครั้งนี้กำหนดให้ acceptable difference 0.05, assumed proportion 0.41, population size 288, allow for lost 20 %, ratio of case : control 1:1 คำนวณขนาดตัวอย่างได้ ทั้งหมด 204 คน (กลุ่มศึกษา 102 คน, กลุ่มควบคุม 102 คน)

วิธีการสุ่มตัวอย่างดำเนินการ ด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย จากการจับฉลากโรงพยาบาลในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 6 แห่ง

ขั้นที่ 2 ใน 6 โรงพยาบาล สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มศึกษา (case) โรงพยาบาลละ 17 คน กลุ่มควบคุม (control) 17 คน โดยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

แบบสอบถามผู้ติดสุราที่มาบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อคำถาม 4 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ คือ อายุ เพศ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (check list) ข้อมูลประวัติโรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติด ผู้ดูแลในครอบครัว ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (check list) โดยคำตอบแบ่งเป็น “มี” หรือ “ไม่มี”

2. ข้อมูลปัจจัยด้านกิจกรรมการบำบัดการติดสุรา จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ การบำบัดรักษาผู้ติดสุรามีระบบการดูแลและช่วยเหลือ การบำบัดรักษาผู้ติดสุราทำให้คิดและปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเอง การบำบัดรักษาผู้ติดสุราทำให้เข้าใจปัญหา และแก้ไขปัญหาได้ การบำบัดรักษาผู้ติดสุราได้รับข้อมูลและแนวทางการเลิกเสพสุรา การทำตามโปรแกรมการบำบัดสุราทำให้เลิกดื่มสุรา บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ติดสุราสามารถช่วยแก้ไขปัญหา ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (check list) โดยคำตอบแบ่งเป็น “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ผู้วิจัยได้จัดระดับกิจกรรมการบำบัดการติดสุรา ของผู้มาบำบัดรักษาติดสุราในจังหวัดมหาสารคาม โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom et al. (1971) นำมาดัดแปลงโดยจัดเป็น 2 ระดับ ได้แก่

ระดับ ดี คือ กิจกรรมการบำบัดการติดสุราครบทั้ง 7 ข้อ

ระดับ ไม่ดี คือ กิจกรรมการบำบัดการติดสุราไม่ครบทั้ง 7 ข้อ

3. ข้อมูลด้านปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ครอบครัวให้โอกาสและให้การช่วยเหลือ ครอบครัวส่งเสริมและสนับสนุนในการบำบัดสุรา ครอบครัวเข้าร่วมในการจัดกิจกรรมการบำบัดสุรา ครอบครัวติดตามผลการบำบัดสุรา ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (check list) โดยคำตอบแบ่งเป็น “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ผู้วิจัยได้จัดระดับปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ของผู้มาบำบัดรักษาติดสุราในจังหวัดมหาสารคาม โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom et al. (1971) นำมาดัดแปลงโดยจัดเป็น 2 ระดับ ได้แก่

ระดับ ดี คือ ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ข้อ

ระดับไม่ดี คือ ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมไม่ครบทั้ง 4 ข้อ

4. ข้อมูลปัจจัยด้านแรงจูงใจ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ การบำบัดรักษาทำให้เลิกดื่มสุราได้ถาวร การบำบัดรักษาทำให้เกิดความมั่นใจ การบำบัดรักษาทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงตัวเอง การบำบัดรักษาทำให้มุ่งมั่นในการเลิกดื่มสุรา ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (check list) โดยคำตอบแบ่งเป็น “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ผู้วิจัยได้จัดระดับปัจจัยด้านแรงจูงใจ ของผู้มาบำบัดรักษาติดสุราในจังหวัดมหาสารคาม โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom et al. (1971) นำมาดัดแปลงโดยจัดเป็น 2 ระดับ ได้แก่

ระดับ ดี คือ ปัจจัยด้านแรงจูงใจครบทั้ง 4 ข้อ

ระดับ ไม่ดี คือ ปัจจัยด้านแรงจูงใจไม่ครบทั้ง 4 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรม 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานบำบัดรักษายาเสพติด 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน ความครอบคลุมของข้อคำถาม ความเหมาะสม ความชัดเจนของภาษาได้ค่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

(Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 0.84 จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นทำการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย พิจารณาคุณภาพของเครื่องมือโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.92

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยขออนุญาตสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน 1 พฤษภาคม 2566 – 30 พฤศจิกายน 2566 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่กำหนด ผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย พยาบาลที่ศูนย์บำบัดสุราโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป ของจังหวัดมหาสารคาม ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนจะได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิของผู้ป่วย ตลอดจนความเสี่ยงและผลประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลปัจจัยด้านกิจกรรมการบำบัดการติดสุรา ข้อมูลด้านปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ข้อมูลปัจจัยด้านแรงจูงใจ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกดื่มสุรา ของผู้มาบำบัดรักษาติดสุราในจังหวัดมหาสารคาม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ Binary Logistic Regression

ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น เพื่อตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติ (normality) เป็นปกติด้วยตัวสถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov และข้อมูลมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรทำนายกับตัวแปรตาม พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงเส้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.008 - 0.152 ความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระ (multicollinearity) พบว่ามีความสัมพันธ์กันไม่เกิน 0.50 และสหสัมพันธ์ของตัวคลาดเคลื่อน(autocorrelation) ผลการตรวจสอบพบว่า ไม่มีปัญหาละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น (violation of assumptions)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม IRB เลขที่ SNC 14-3/2566 ลงวันที่ 27 เมษายน 2566 ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบการสัมภาษณ์ ระยะเวลา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา การเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาเป็นสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายถึงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างจะถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา

และปฏิเสธที่จะให้ข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ข้อมูล และร่วมวิจัยจึงเซ็นชื่อในใบยินยอมแล้ว จึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่าง อายุเฉลี่ย 44 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 87.30 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.80 มีการใช้สารเสพติด ร้อยละ 6.90 ผู้บำบัดสุรายังสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 55.40 และผู้ดูแลในครอบครัว ร้อยละ 88.20

2. ปัจจัยด้านกิจกรรมการบำบัดการติดสุรา ของผู้มาบำบัดรักษาติดสุราในจังหวัดมหาสารคาม พบว่า มีระบบการดูแลและช่วยเหลือ ร้อยละ 93.60 มีแนวทางให้ผู้บำบัดได้แสวงหาวิธีการเลิกสุรา ร้อยละ 96.60 มีวิธีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเอง ร้อยละ 97.10 มีวิธีการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตัวเอง ร้อยละ 97.50 มีวิธีการรับข้อมูลในการเลิกสุรา ร้อยละ 96.10 มีโปรแกรมการบำบัดสุราที่ทำให้เลิกดื่มสุรา ร้อยละ 96.10 มีบุคลากรที่สามารถช่วยในการบำบัด ร้อยละ 97.10

3. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ของผู้มาบำบัดรักษาติดสุราในจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ครอบครัวให้โอกาสและให้การช่วยเหลือ ร้อยละ 96.10 ครอบครัวส่งเสริมและสนับสนุนในการบำบัดสุรา ร้อยละ 95.10 ครอบครัวเข้าร่วมในการจัดกิจกรรมการบำบัดสุรา ร้อยละ 79.40 ครอบครัวติดตามผลการบำบัดสุรา ร้อยละ 81.40

4. ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ของผู้มาบำบัดรักษาติดสุราในจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ทำให้เลิกดื่มสุราได้ถาวร ร้อยละ 77.00 ทำให้เกิดความมั่นใจ ร้อยละ 90.20 ทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงตัวเอง ร้อยละ 89.70 ทำให้มุ่งมั่นในการเลิกดื่มสุรา ร้อยละ 89.70

5. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับการเลิกดื่มสุรา ของผู้มาบำบัดรักษาติดสุราในจังหวัดมหาสารคาม มีผลดังนี้

5.1 เพศ มีผลต่อการเลิกดื่มสุราของผู้มาบำบัดรักษาติดสุรา ในจังหวัดมหาสารคาม โดยเพศชายมีอัตราการบำบัดรักษาติดสุราสำเร็จ มากกว่าเพศหญิง 0.229 เท่า (Adjusted OR = 0.229, 95 % CI = 0.63 – 0.828)

5.2 ประวัติการสูบบุหรี่มีผลต่อการเลิกดื่มสุราของผู้มาบำบัดรักษาติดสุรา ในจังหวัดมหาสารคาม โดยผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มีโอกาสการบำบัดรักษาติดสุราสำเร็จ มากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ 2.736 เท่า (Adjusted OR = 2.736, 95 % CI = 1.33 – 5.627)

5.3 ปัจจัยด้านกิจกรรมการบำบัดการติดสุรามีผลต่อการเลิกดื่มสุราของผู้มาบำบัดรักษาติดสุราในจังหวัดมหาสารคาม โดยผู้ที่ได้ทำกิจกรรมการบำบัดการติดสุรา มีโอกาสการบำบัดรักษาติดสุรา

สำเร็จมากกว่าผู้ที่ไม่ทำกิจกรรมการบำบัดการติดสุรา 16.968 เท่า (Adjusted OR 16.968, 95 % CI = 2.342 – 122.920)

5.4 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเลิกดื่มสุราของผู้มาบำบัดรักษาติดสุรา ในจังหวัดมหาสารคาม โดยผู้ที่มีปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม มีโอกาสการบำบัดรักษาติดสุราสำเร็จมากกว่าผู้ที่ไม่มีปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม 3.638 เท่า (Adjusted OR = 3.638, 95 % CI = 1.430 – 9.254)

5.5 ปัจจัยด้านแรงจูงใจมีผลต่อการเลิกดื่มสุราของผู้มาบำบัดรักษาติดสุรา ในจังหวัดมหาสารคาม โดยผู้ที่มีปัจจัยด้านแรงจูงใจ มีโอกาสการบำบัดรักษาติดสุราสำเร็จมากกว่าผู้ที่ไม่มีปัจจัยด้านแรงจูงใจ 0.026 เท่า (Adjusted OR = 0.026, 95 % CI = 0.007 – 0.104) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวแปรทำนายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการเลิกดื่มสุรา ของผู้มาบำบัดรักษาติดสุราในจังหวัดมหาสารคาม

ตัวแปรทำนาย	B	S.E.	Wald	P	Adjusted OR	95% CI	
						Lower	Upper
เพศ	-1.476	.657	5.049	.025	.229	.063	.828
อายุ	.410	.386	1.128	.288	1.507	.707	3.210
โรคประจำตัว	.165	.355	.216	.642	1.179	.588	2.366
ประวัติการสูบบุหรี่	1.007	.368	7.489	.006	2.736	1.331	5.627
ประวัติการใช้สารเสพติด	-.081	.753	.012	.914	.922	.211	4.031
ผู้ดูแลในครอบครัว	-.780	.505	2.383	.123	.458	.170	1.234
ปัจจัยด้านกิจกรรมการบำบัดการติดสุรา	2.831	1.010	7.853	.005	16.968	2.342	122.920
ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม	1.291	.476	7.350	.007	3.638	1.430	9.254
ปัจจัยด้านแรงจูงใจ	-3.641	.701	26.951	.000	.026	.007	.104

อภิปรายผล

จำแนกการอภิปรายผลในประเด็น ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า เพศ มีผลต่อการเลิกดื่มสุราของผู้มาบำบัดรักษาติดสุรา ในจังหวัดมหาสารคาม โดยเพศชายมีอัตราการบำบัดรักษาติดสุราสำเร็จ มากกว่าเพศหญิง อาจเพราะว่าเพศชายที่กำลังดื่มเลิกดื่มสุรา มาแลกเปลี่ยนประสงการณ์หาทางออกของปัญหาร่วมกัน ผู้ชายที่ดื่มสุราต้องการ

เพื่อน กำลังใจ ต้องการประสบการณ์ทางออกในการแก้ไขปัญหา รู้สึกว่าตนเองไม่โดดเดี่ยว มีเพื่อนที่ประสบการณ์คล้ายคลึงกัน กลุ่มจะรับฟังปัญหาพร้อมให้กำลังใจกันและกัน และทำให้ผู้ชายที่ดื่มสุราได้มีโอกาสทบทวนตนเอง เข้าใจตนเองและเกิดประสบการณ์ใหม่จากเพื่อนในกลุ่ม นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตัวเองสร้างพลังอำนาจภายในตนเอง โดยสาเหตุจากเพศเป็นปัจจัยมีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยภายในมีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Chumnanborirak, 2022; Kittirattanapaibun, 2018; Tongsiri et al., 2020)

ประวัติการสูบบุหรี่มีผลต่อการเลิกดื่มสุราของผู้มาบำบัดรักษาติดสุรา ในจังหวัดมหาสารคาม โดยผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มีโอกาสการบำบัดรักษาติดสุราสำเร็จ มากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rattana-arun and Komonpaisarn (2023) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการสูบบุหรี่กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน คนที่เป็นนักดื่มจะมีความน่าจะเป็นในการเป็นคนที่สูบบุหรี่เป็นประจำร่วมด้วย ซึ่งจะเห็นได้ว่าถ้าผู้บำบัดรักษาติดสุราไม่ได้สูบบุหรี่จะทำให้การบำบัดเป็นไปได้ง่ายและสามารถบำบัดได้ผลสำเร็จมากยิ่งขึ้น

ปัจจัยด้านกิจกรรมการบำบัดการติดสุรามีผลต่อการเลิกดื่มสุราของผู้มาบำบัดรักษาติดสุรา ในจังหวัดมหาสารคาม โดยผู้ที่ได้ทำกิจกรรมการบำบัดการติดสุรา มีโอกาสการบำบัดรักษาติดสุราสำเร็จมากกว่าผู้ที่ไม่ทำกิจกรรมการบำบัดการติดสุรา ซึ่งกิจกรรมการบำบัดการติดสุราได้ช่วยให้ผู้ติดสุราได้ค้นหาความคิด ความเชื่อทางลบที่เกิดจากการตีความสถานการณ์หรือตัวกระตุ้นต่าง ๆ ในชีวิตประจาวัน ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำและได้ตรวจสอบความคิดความเชื่อนั้นบนพื้นฐานของความเป็นจริงส่งผลให้ผู้ติดสุราเกิดการเรียนรู้ประเมินสถานการณ์อย่างเป็นจริง (Simawong et al., 2022) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Puangmaleepradap et al. (2020) เรื่องประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน พบว่า ผู้ป่วยทุกรายสามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยในจำนวนนี้สามารถหยุดดื่มได้ถึงร้อยละ 66.67 ผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทุกราย มีความคิดเห็นว่าโปรแกรมมีประโยชน์ต่อการลด ละ เลิกการดื่มสุรา และมีความพึงพอใจโดยภาพรวมต่อการได้รับโปรแกรมในระดับมากถึงมากที่สุด บุคลากรทางการพยาบาลผู้ใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร้อยละ 100 มีความคิดเห็นว่าโปรแกรมมีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานต่อผู้ป่วยและญาติในระดับมาก และร้อยละ 83.33 มีความคิดเห็นว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมต่อการนำมาใช้ในหน่วยงานและมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้โปรแกรมในระดับมาก และจากการศึกษาของ Lueumthonglang and Daengdomyut (2020) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อ

พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา พบว่า การได้รับโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา เนื่องจากโปรแกรมฯ มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรามีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความรู้ ความเข้าใจและมีพฤติกรรมป้องกันการการดื่มสุราในการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม ที่ดีขึ้น โดยเฉพาะได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ สาเหตุ การรักษา การป้องกันดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนสุขภาพ โดยการค้นหาสถานการณ์จริงเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุรา ให้ความรู้เรื่อง สุราที่ส่งผลกระทบต่อการกำเริบของโรคจิตเภท ผลที่เกิดจากการดื่มสุรา การฝึกทักษะการปฏิเสธ การฝึกทักษะจำเป็นเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อเกิดความเครียด มุ่งเน้นไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำ

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเลิกดื่มสุราของผู้มาบำบัดรักษาติดสุรา ในจังหวัดมหาสารคาม โดยผู้ที่มีปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม มีโอกาสการบำบัดรักษาติดสุราสำเร็จมากกว่าผู้ที่ไม่มีปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม เพราะการสนับสนุนทางสังคม จะเป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายที่นำมาซึ่งการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งรูปธรรมและนามธรรม เช่น การรับรู้ เข้าใจ และตอบสนองทางอารมณ์ความรู้สึก การให้ข้อมูล ให้วัตถุสิ่งของ รวมถึงการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การที่ผู้มาบำบัดรักษาติดสุราได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเลิกดื่มสุราได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Phochanasombat (2021) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดพิจิตร พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์มีอำนาจพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านแรงจูงใจมีผลต่อการเลิกดื่มสุราของผู้มาบำบัดรักษาติดสุรา ในจังหวัดมหาสารคาม โดยผู้ที่มีปัจจัยด้านแรงจูงใจ มีโอกาสการบำบัดรักษาติดสุราสำเร็จมากกว่าผู้ที่ไม่มีปัจจัยด้านแรงจูงใจ เพราะแรงจูงใจ คือภาวะภายในตัวบุคคลที่ผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรมอย่างมีจุดมุ่งหมาย ซึ่งได้แก่ ความต้องการ ความปรารถนา และความอยาก พลังผลักดันให้คนมีพฤติกรรม และยังกำหนด ทิศทางและเป้าหมายของพฤติกรรมนั้น คนที่มีแรงจูงใจสูงจะใช้ความพยายามในการกระทำไปสู่เป้าหมายโดยไม่ลดละ แต่คนที่มีแรงจูงใจต่ำจะไม่แสดงพฤติกรรมหรือไม่ก็ล้มเลิกการกระทำก่อนบรรลุเป้าหมาย ซึ่งผู้บำบัดสุราที่มีแรงจูงใจต่ำ ส่งผลในการบำบัดเลิกดื่มสุราประสบผลสำเร็จต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rawilan and Tungpankham (2016) ศึกษาการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจรายกลุ่มโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในผู้ติดสุรา พบว่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kamonrat and Daengdomyut (2019) เรื่องผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา

พบว่าพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวลดลงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ และพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญ

สรุป

จากผลการวิจัยครั้งนี้ การส่งเสริมให้การดื่มสุราของผู้ติดสุรา มีความสามารถในการดูแลตนเอง การใช้แรงจูงใจด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเอง มีการแบ่งปันประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ติดสุราที่สามารถเลิกเสพสุราโดยถาวรมาเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง บุคลากรทางด้านสุขภาพ ต้องมีการสนับสนุนการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง การจัดกิจกรรมการบำบัดการติดสุราที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและเพื่อให้ผู้ติดสุราสามารถเลิกเสพสุราโดยถาวรได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ควรกำหนดเป็นแผนปฏิบัติการ หรือสนับสนุนโปรแกรมการบำบัดสุราที่เน้นด้านแรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม การบำบัดการติดสุรา

2. ข้อเสนอแนะทางวิชาการ ผลจากการศึกษา พบว่า การจัดทำกิจกรรมควรมีความสอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น ดังนั้นควรมีการสนับสนุนให้มีการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดสุราที่เน้นด้านแรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม การบำบัดการติดสุรา เพื่อการดูแลผู้ติดสุราตามขั้นตอนการประเมินผลและปรับปรุงให้ดีขึ้น ถ้าไม่เป็นไปตามที่คาดหวังจะได้ปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาประสบการณ์ชีวิตของการบำบัดสุราที่ประสบผลสำเร็จเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลและจัดกิจกรรมดูแลสำหรับผู้ติดสุรา

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัย จากกองทุนศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลชุมชน ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ที่อำนวยความสะดวกประสานงานใน

การเก็บรวบรวมข้อมูลและขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลในการวิจัย ทำให้การดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

รายการอ้างอิง (References)

Akchan, S., Wattanasin, D., & Hengudomsap, P. (2017). Factors related to the intention to stop drinking among alcoholics who return to drinking. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, *33*(1), 17 - 28. http://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/99475

Atsanangkornchai, S., & Waliwong, O. (2021). *Report on the situation of alcohol control policy implementation in Thailand between 2008-2018 under the Joint Assessment Mission to Review Alcohol Control Policy and Strategy in Thailand project* (Research Report). Faculty of Medicine, Prince of Songkla University.

Boromarajonani National Institute for Drug Addiction Treatment and Rehabilitation. (2022, March 24). *Statistics on alcohol patients 2018-202*. http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=3872&Itemid=53.

Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning.* McGraw-Hill.

Centre for Alcohol Studies. (2022). *Patterns and trends in alcohol drinking behavior of the Thai population. Songkhla* (Research Report). Faculty of Medicine Prince of Songkla University.

Chumnanborirak, P. (2022). Factors related to drinking alcohol among people in the community Dong Bang Subdistrict, Na Dun District Maha Sarakham Province. *Health Center Journal 9: Journal of Health Promotion and Environmental Health*, *16*(2), 711 - 722. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/257979

Chusri, W., Phrommontri, J., Boonrotepong, B., & Usenyang, S. (2018). *The Impacts on Families from Alcohol Drinking among Alcoholic Patients who Received Treatment from Hospitals in Songkhla Province*. *Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences, 8*(2), 69 - 83. https://so05.tci-thaijo.org/index.php/pnuhuso/article/view/249009

Clapp, P., Bhave, S.V., & Hoffman, P.L. (2008). How adaptation of the brain to alcohol leads to dependence: a pharmaco logical perspective. *Alcohol Research Health*, *31*(4), 310 - 339. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20729980/

Department of Mental Health. (2018). *Guidelines for Screening, Treatment, and Rehabilitation of Individuals with Alcohol Problems*. Aksorn Graphic and Design Publishing.

Kamonrat, J., & Daengdomyut, P. (2019). Effects of a self-control program with family involvement on alcohol drinking behavior in alcoholics. *The journal of psychiatric Nursing and Mental Health, 33*(2), 47 - 60. http://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/212213

Khantharak, P. (2022). Liquor consumption behavior of people in communities where community distilled liquor is produced, Sa-iap Subdistrict, Song District, Phrae Province. *Academic Journal of the Office of Disease Prevention and Control 9, Nakhon Ratchasima Province*, *26*(3), 44 - 53. http://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9/article/view/246225

Kittirattanapaibun, P. (2018). *Guidelines for screening and treating and rehabilitating people with alcohol drinking problems.* Graphic and Design Publishing House.

Kongsat, P., Chaisri, S., & Thiangtham, S. (2013). Development of empowerment for managing alcohol drinking behavior in patients with alcohol addiction after being released from alcohol withdrawal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *27*(1), 45 - 61. http://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/18115

Lueumthonglang, M., & Daengdomyut, P. (2020). Effects of a motivational therapy program on alcohol drinking behavior of alcoholic schizophrenic patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 34*(1), 163 - 178. http://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/241996

Maha Sarakham Provincial Public Health Office. (2023, March 24). *information on alcoholics receiving treatment Maha Sarakham Province 2019 - 2021.* http://mkho-web.moph.go.th/web2023/frontend/web/

Office of Disease Prevention and Control 7 (2023). *Statistics on alcoholics receiving services in hospitals in fiscal year 2016*. Author.

Phochanasombat, S. (2021). Factors Associated with Preventive Behavior of Alcohol Consumption Among Junior High School Students Phichit Province. *Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal*, 7(1), 135 – 156. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/iudcJ/article/view/256959

Phumpaisanchai, W., & Rueankon, C. (2020). The economic burden of alcohol dependence from the hospital level to the national picture. *Thailand Journal of Mental Health*, *28*(2), 150 - 160. http://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/235863

Puangmaleepradap, K., Skulphan, S., & Thapinta, D. (2020). Effectiveness of Implementing Cognitive Behavior Therapy Program Among Patients with Alcohol Dependence, Thanyarak Maehongson Hospital. *Nursing Journal CMU*, *47*(2), 297-309. https://cmudc/library.cmu/ac.th/frontend/Info/item/dc:94073

Rattana-arun, T., & Komonpaisarn, T. (2023). Smoking behavior and drinking alcoholic beverages have Are they related or not?: A case study of Thailand. *Procedia of Multidisciplinary Research*, *3*(1), 1 - 10. http://he09.tci-thaijo.org/index.php/PMR/article/view/2058

Rawilan, W., & Tungpankham, P. (2016). Group motivational therapy with family and community participation for alcoholics at a community hospital: a pilot study. *Thai Journal of Nursing Council, 31*(3), 53 - 66. http://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/70265

Simawong, P., Thapinta, D., Kongsuk, T., Sakulphan, S., Longchoopol, C., Ratsamesuwiwat, J., Thepprasong, S., Wannachaiyakul, S., & Somjai, C. (2022). Effects of a family-based cognitive-behavioral therapy program and motivational therapy on alcohol drinking behavior in alcoholics. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *36*(1), 1 - 17. http://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/254364

Somboon, B., & Srikosai, S. (2022). Program to promote adjustment in families and communities for patients with alcohol addiction. *Thailand Journal of Mental Health*, *30*(1), 49 - 63. http://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/250735

Tanchakvaranont, S. (2021). Associated Factors of Alcohol Abstinence and Tendency Range of The Time in Outpatient at The Mental Health Clinic, Saraburi Hospital during 2017-2019. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, *66*(4), 455 - 468. http://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/article/view/247529/171374

Tongsiri, A., Phakdeekul, W., & Kasetthongma, W. (2020). Factors related to drinking beverages. Alcohol among early teenagers in Phanna Nikhom District Sakon Nakhon Province. *Journal of Health System Research and Development*, *13*(2), 560 - 571. http://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/255130

ผลของการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลบัณฑิต

Effects of Hybrid Learning Approach on Achievement of Program Learning Outcomes among Nursing Students of Bachelor Degree of Nursing Science

สุไฮดาร์ แวเตะ[1], รอฮานิ เจะอาแซ[1*], วันยามีละห์ แก้วกับทอง[1]

Suhaida Waeteh[1], Rohani Jeharsae[1*], Wanyanilah Kaewkubtong[1]

(Received: June 14, 2024; Revised: July 23, 2024; Accepted: August 27, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ใช้วิธีการศึกษาไปข้างหลังด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิภายใต้โครงการติดตามผู้เรียนระยะยาว คัดเลือกข้อมูลผู้ที่สำเร็จการศึกษาตั้งแต่ปีการศึกษา 2559 ถึง 2566 จำนวน 243 คน แบ่งตัวแปรต้น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบปกติ และ 2) กลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน ตัวแปรตาม คือ ผลลัพธ์การเรียนรู้ในชั้นปีสุดท้าย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะคุณธรรมจริยธรรม 2) ความรู้ 3) ทักษะทางปัญญา 4) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และเทคโนโลยี และ 6) ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีครอนบาคแอลฟามีค่าเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ผลลัพธ์การเรียนรู้ด้วยค่ามัธยฐานและควอไทล์ หาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานกับผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกโดยควบคุมตัวแปรร่วม

การศึกษาพบว่า ค่ามัธยฐานของผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้ง 6 ด้านมากกว่าร้อยละ 80 รูปแบบการจัดการเรียนรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร เทคโนโลยี และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ แต่การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานทำให้ผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ด้าน

[1]สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

Prince of Songkla University, Pattani Campus

[*]Corresponding Author: rohani.j@psu.ac.th

คุณธรรมจริยธรรมต่ำกว่าผู้เรียนที่เรียนแบบปกติ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานมีประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะด้านคุณธรรมจริยธรรมน้อยกว่าการจัดการเรียนรู้แบบปกติ แต่ไม่ส่งผลเสียต่อการพัฒนาทักษะด้านอื่นๆ ของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน, นักศึกษาพยาบาล, ผลลัพธ์การเรียนรู้

Abstract

This study aims to explore the effects of hybrid learning approach on program learning outcomes among nursing students of Bachelor of Nursing Science Program. Retrospective study was applied. Secondary data gathering from a follow up study on nursing student's competencies of the Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Pattani was analyzed. A total of 243 student identification numbers who graduated between the academic year 2016 to 2019 were recruited. Dependent variables were classified into 2 groups; 1) students who exposed the onsite learning and 2) students who exposed the hybrid learning. Independent variables were the program learning outcome scores which composed 6 domains, these were 1) ethical skill 2) knowledge 3) intellectual skill 4) interpersonal and responsible skill 5) numeric, communication and technological skill and 6) nursing skill. The Cronbach alpha test was done from the recruited samples to explore reliability of questionnaires. Each program learning outcome was analyzed and presented as median and quartile, logistic regression was used to identify the association of hybrid learning and each program learning outcome adjusted with confounding factors.

Results showed that the median score of each program learning outcomes was above 80 percent. There was no association between hybrid learning and knowledge, intellectual skill, interpersonal and responsible skill, numeric, communication and technological skill and nursing skill. However, hybrid learning was a risk factor of low achievement in the domain of ethical skill. Findings indicated that hybrid learning was less effective in enhancing ethical skill of nursing students compared to onsite learning, while there had not negatively affected to knowledge, intellectual skill, interpersonal and responsible skill, numeric, communication and technological skill and nursing skill.

Keywords: Hybrid learning, Nursing students, Expected learning outcomes

บทนำ

ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีอย่างพลิกโฉมทำให้พฤติกรรมทางสังคม ค่านิยม และวิถีชีวิตของคนเปลี่ยนแปลงไป เทคโนโลยีกลายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตประจำวัน เช่นเดียวกับระบบการศึกษาซึ่งพบว่าเทคโนโลยีทำให้พฤติกรรมการเรียนรู้และวิธีจัดการเรียนรู้เปลี่ยนแปลงไป (Gejendhiran et al., 2020) ผู้เรียนมีสมาธิในการเรียนรู้สั้นลง ต้องการเรียนรู้อย่างอิสระและมุ่งเน้นเฉพาะเรื่องที่ตนเองสนใจ (Lopez et al., 2023) สถาบันการศึกษาจึงต้องปรับเปลี่ยนการจัดการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับพฤติกรรมและความต้องการของผู้เรียนที่เปลี่ยนแปลงด้วยการจัดการเรียนรู้ที่หลากหลาย (blended learning) เช่น การใช้ห้องเรียนเสมือนจริง (virtual platform) การเรียนรู้จากการทำงาน (work integrated learning) การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (problem-based learning) ซึ่งประยุกต์ใช้ในหลายสาขาวิชาชีพรวมถึงการจัดการศึกษาทางการพยาบาลและมีประสิทธิภาพในการพัฒนาผู้เรียนให้บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร (Pomthong et al., 2023; Sáiz-Manzanares et al., 2020; Saitoh et al., 2024)

อย่างไรก็ตามช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ระหว่างปี พ.ศ. 2562 - 2564 การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรวิชาชีพการพยาบาลมีข้อจำกัดจากมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ทำให้หลายสถาบันการศึกษาไม่สามารถจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียนและฝึกปฏิบัติงานในคลินิกตามปกติ จึงต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน (hybrid learning) เช่น จัดการเรียนรู้ภาคทฤษฎีผ่านระบบออนไลน์ และภาคปฏิบัติด้วยการฝึกจากสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (simulation) การฝึกประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยผ่านระบบการดูแลสุขภาพทางไกล (Pomthong et al., 2023; Panyoyai & LeSeure, 2021) ซึ่งพบว่า การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน (hybrid learning) สามารถพัฒนาทักษะการคิดเชิงวิพากษ์และความรู้ของผู้เรียน (Essadki & Fourtassi, 2024; Pomthong et al., 2023; Sáiz - Manzanares et al., 2020; Saitoh et al., 2024) แต่การจัดการเรียนรู้ด้วยระบบออนไลน์มีข้อจำกัดในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและผู้สอน ระยะเวลาในการสะท้อนกลับแก่ผู้เรียนนานขึ้น (Tayyib et al., 2021) แต่ไม่มีผลต่อการพัฒนาทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการหลุดออกจากการศึกษา (Arnaert et al., 2020; Essadki & Fourtassi, 2024) ในขณะที่การจัดการเรียนรู้จากสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในคลินิก (simulation) ไม่ครอบคลุมผู้ป่วยที่มีปัญหาหลากหลาย (Saitoh et al., 2024) แม้ว่าการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน (hybrid learning) สามารถพัฒนาความรู้และทักษะการคิดของนักศึกษาพยาบาลและใช้ในการจัดการเรียนรู้แก่ผู้เรียนเพิ่มขึ้นหลังการระบาดของโรคโควิด 19 (Farliana et al., 2023) และมีประสิทธิผลในการพัฒนาผู้เรียนให้บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้แต่จำเป็นต้องมีทรัพยากรและสื่อการเรียนรู้ที่เพียงพอและมีคุณภาพสูงร่วมด้วย (Sáiz-Manzanares et al., 2020)

สำหรับการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในประเทศไทยต้องดำเนินการให้สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิการศึกษาของประเทศ โดยปี พ.ศ. 2560 กระทรวงศึกษาธิการได้ประกาศมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ซึ่งกำหนดมาตรฐานผลลัพธ์การเรียนรู้ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะคุณธรรม จริยธรรม 2) ความรู้ 3) ทักษะทางปัญญา 4) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และเทคโนโลยี และ 6) ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ (Ministry of Education, 2017) ต่อมาในปี พ.ศ. 2565 กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมได้ปรับลดเหลือ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ 2) ทักษะ 3) จริยธรรม และ 4) ลักษณะบุคคล (Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation, 2022) ดังนั้นหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่พัฒนาก่อน พ.ศ. 2565 จึงยังคงใช้หลักสูตรตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 ซึ่งมุ่งพัฒนาบัณฑิตให้มีทักษะตามมาตรฐานทั้ง 6 ด้าน โดยการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในคลินิกและชุมชน

ช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาเขตปัตตานีต้องปรับวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบการเรียนแบบผสมผสาน (hybrid learning) ซึ่งยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเรียนการสอนด้วยวิธีดังกล่าว ผลการศึกษานี้จะช่วยให้ผู้สอนปรับปรุงวิธีการจัดการเรียนการสอนด้วยระบบเทคโนโลยีซึ่งมีแนวโน้มเติบโตในอนาคตให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งในการพัฒนาบัณฑิตพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคม

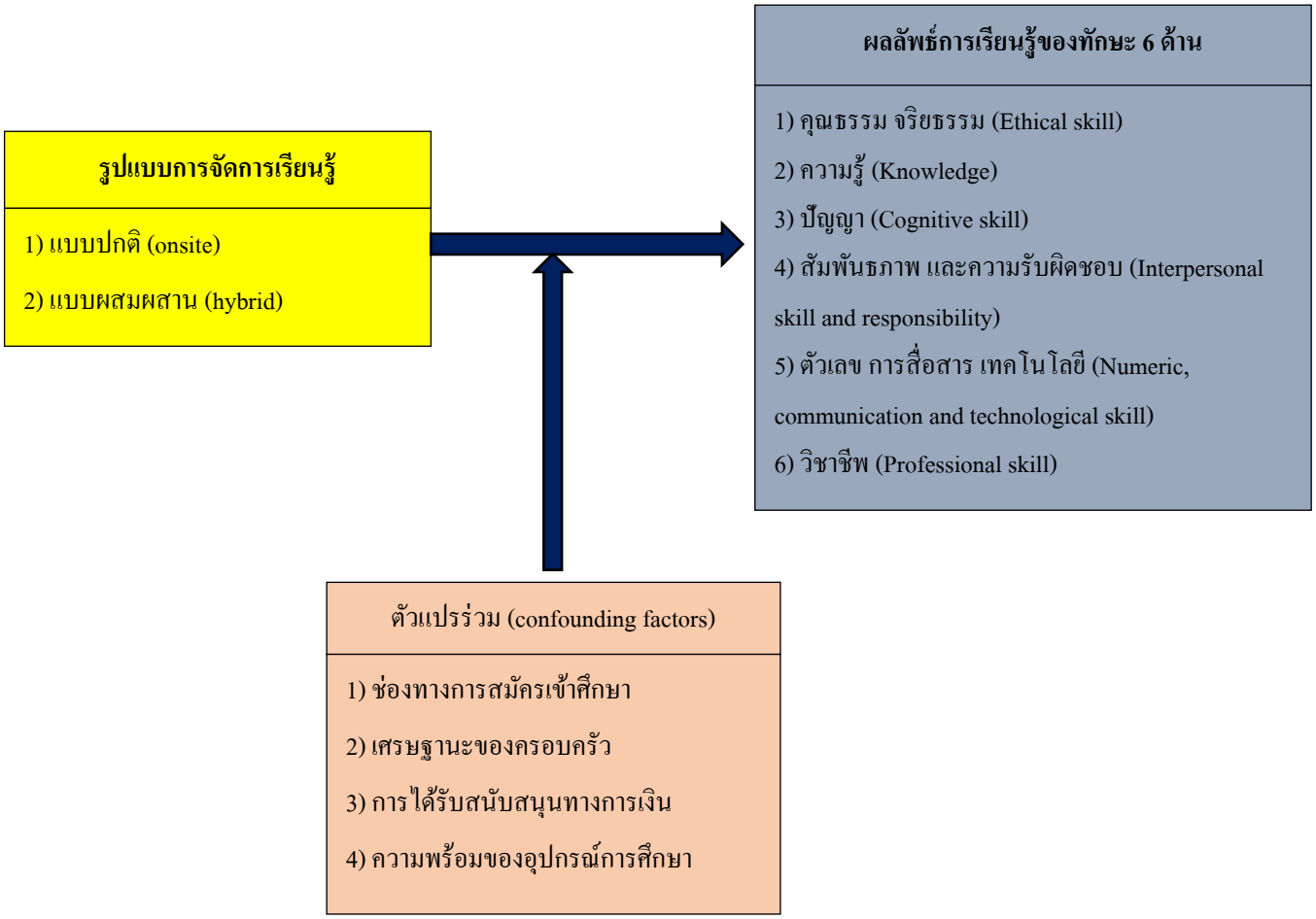
วัตถุประสงค์

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน (hybrid learning) ต่อสมรรถนะของผู้เรียนตามผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาเขตปัตตานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดตามภาพที่ 1 ซึ่งนิยามการจัดการเรียนรู้แบบปกติ (onsite learning) หมายถึง การจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีในชั้นเรียนและห้องฝึกปฏิบัติการพยาบาล ภาคปฏิบัติโดยการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกและชุมชนร้อยละ 100 และการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน (hybrid learning) หมายถึง การจัดการเรียนรู้ภาคทฤษฎีแบบออนไลน์และภาคปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลอง (simulation) ร่วมกับฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงในรูปแบบออนไลน์มากกว่าร้อยละ 80 และนิยามผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษา 6 ด้านตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาล

ศาสตร์ พ.ศ. 2560 ได้แก่ 1) ทักษะคุณธรรม จริยธรรม 2) ความรู้ 3) ทักษะทางปัญญา 4) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และเทคโนโลยี และ 6) ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ โดยควบคุมตัวแปรร่วมของครอบครัว (confounding factors) ที่สำคัญได้แก่ 1) ช่องทางการสมัครเข้าศึกษา 2) เศรษฐานะ 3) การได้รับการสนับสนุนทางการเงิน และ 4) ความพร้อมของอุปกรณ์



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

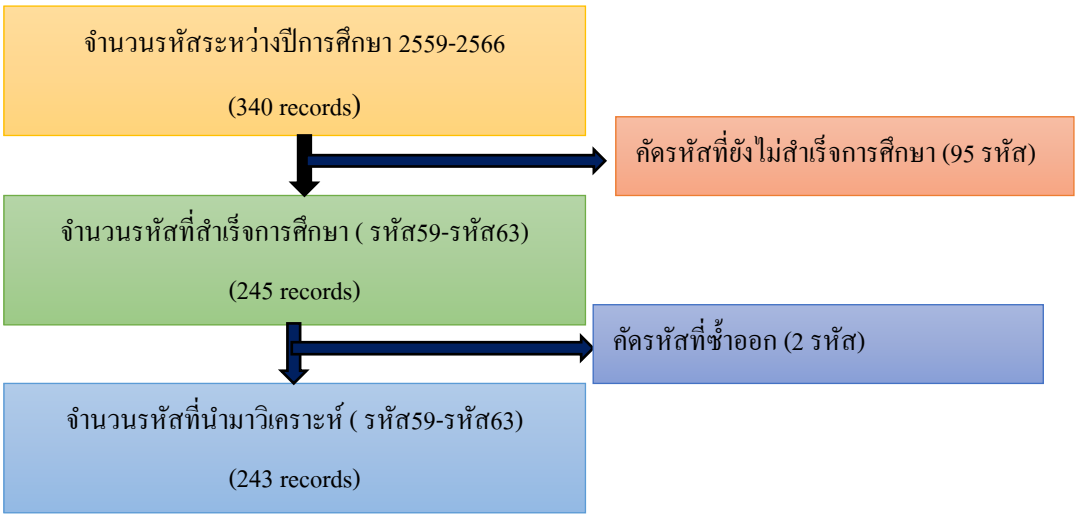
การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาไปข้างหลัง (retrospective study) ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาจากโครงการวิจัยติดตามผู้เรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตระยะยาว

(cohort study) ของคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาเขตปัตตานี เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ทุกปีเมื่อสิ้นสุดปีการศึกษาตั้งแต่ปีการศึกษา 2556 ประกอบด้วยข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เรียน ได้แก่ เพศ ข้อมูลบิดา มารดา รายได้ครัวเรือนต่อเดือนช่องทางการสมัคร
2. การได้รับการสนับสนุนเพื่อการศึกษา ได้แก่ ทุนการศึกษา คอมพิวเตอร์
3. ข้อมูลการทวนสอบการบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตรเป็นแบบประเมินสมรรถนะตนเองโดยผู้เรียน (self-rating scale) มี 5 ระดับคะแนน ได้แก่ คะแนนเท่ากับ 1 หมายถึง ผู้เรียนไม่บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้หรือบรรลุน้อยมาก คะแนนเท่ากับ 2 หมายถึง ผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้น้อย คะแนนเท่ากับ 3 หมายถึง ผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ปานกลาง คะแนนเท่ากับ 4 หมายถึง ผู้เรียนบรรลุผลการเรียนรู้มาก และคะแนนเท่ากับ 5 หมายถึง ผู้เรียนบรรลุผลลการเรียนรู้มากที่สุด ประกอบด้วย 6 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะคุณธรรม จริยธรรม จำนวน 6 ข้อ 2) ความรู้ จำนวน 6 ข้อ 3) ทักษะทางปัญญา จำนวน 6 ข้อ 4) ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ จำนวน 6 ข้อ 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และเทคโนโลยี จำนวน 4 ข้อ และ 6) ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ จำนวน 7 ข้อ ซึ่งพัฒนาโดยคณะกรรมการหลักสูตรตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือทั้งฉบับจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาด้วยวิธีครอนบาคแอลฟาเท่ากับ 0.95 และหาค่าครอนบาคแอลฟาของเครื่องมือรายด้านเท่ากับ 0.94, 0.93, 0.95, 0.95, 0.89 และ 0.95 ตามลำดับ

การจัดการข้อมูล

ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลระหว่างปีการศึกษา 2559 จนถึงสิ้นสุดปีการศึกษา 2566 พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 340 รหัส (records) กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก (inclusion criteria) คือ รหัสนักศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ซึ่งได้แก่ผู้เรียนรหัสที่ขึ้นต้นด้วย 59 ถึง 63 ส่วนเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ รหัสที่ซ้ำกันโดยมีข้อมูลอื่น ๆ ไม่ตรงกันและกำหนดให้ตัวแปร “รหัส หรือ SID” เป็นหน่วยตัวอย่างในการวิเคราะห์ (primary sampling unit) คัดเลือกข้อมูลในการวิเคราะห์ตามภาพที่ 2 ได้จำนวนหน่วยตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 243 รหัส (คน) หรือร้อยละ 66 ของผู้สำเร็จการศึกษาในช่วงเวลาดังกล่าว



ภาพที่ 2 การคัดเลือกหน่วยตัวอย่างเพื่อวิเคราะห์

การจัดการตัวแปร

1. ตัวแปรตาม ได้แก่ ผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนชั้นปีที่ 4 ก่อนสำเร็จการศึกษา ประกอบด้วย 6 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะด้านคุณธรรม จริยธรรม 2) ทักษะความรู้ 3) ทักษะทางปัญญา 4) ทักษะด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และเทคโนโลยี และ 6) ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ โดยผู้วิจัยนำคะแนนเฉลี่ยทักษะทั้ง 6 ด้าน มาแปลงเป็นร้อยละและแบ่ง 2 กลุ่ม คือ ผู้เรียนที่ผลลัพธ์การเรียนรู้เป็นไปตามความคาดหวัง หมายถึง ผู้เรียนที่มีคะแนนผลลัพธ์การเรียนรู้แต่ละด้านร้อยละ 75 ขึ้นไป และผู้เรียนที่ผลลัพธ์การเรียนรู้ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง หมายถึง ผู้เรียนที่มีคะแนนผลลัพธ์การเรียนรู้น้อยกว่าร้อยละ 75 โดยใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มที่ควอไทล์ที่ 3 เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

2. ตัวแปรต้น ได้แก่ รูปแบบการจัดการเรียนรู้ มี 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่จัดการเรียนรู้แบบปกติ (onsite learning) หมายถึง ผู้เรียนที่สำเร็จการศึกษาก่อนปีการศึกษา 2563 หรือก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 (รหัสที่ขึ้นต้นด้วย 59 และ 60) ซึ่งได้รับการจัดการเรียนรู้ภาคทฤษฎีในชั้นเรียนและการฝึกปฏิบัติในคลินิกหรือชุมชนร้อยละ 100 และกลุ่มที่จัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน (hybrid learning) หมายถึง ผู้เรียนที่ศึกษาในช่วงการระบาดระหว่างของโรคโควิด 19 (รหัสที่ขึ้นต้นด้วย 61, 62 และ 63) ซึ่งมีการจัดการเรียนรู้ภาคทฤษฎีผ่านระบบออนไลน์และภาคปฏิบัติด้วยการฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จำลองและการปฏิบัติการพยาบาลผ่านระบบการดูแลออนไลน์มากกว่าร้อยละ 80

3. ตัวแปรร่วม ได้แก่ ช่องทางการสมัครเข้าศึกษา รายได้ครัวเรือน การได้รับทุนการศึกษา และการมีหรือไม่มีคอมพิวเตอร์สนับสนุนการเรียนรู้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรม R version 4.4.0 และ RStudio Version: 2024.04.2+764 โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามรูปแบบการเรียนรู้ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ เปรียบเทียบลักษณะของผู้เรียนทั้งสองกลุ่มโดยใช้สถิติ Chi square วิเคราะห์ผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนแต่ละด้านด้วยมัธยฐาน (median) และ ควอไทล์ (quartile) นำเสนอในรูปแผนภูมิกล่อง (boxplot) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของรูปแบบการจัดการเรียนรู้ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression) โดยควบคุมตัวแปรร่วม (confounding factors) ตรวจสอบ multicollinearity ด้วยวิธี correlation matrix พบความสัมพันธ์ของตัวแปรทำนายระหว่าง 0.01 ถึง 0.45 และ variance inflation factor (VIF) พบค่าเข้าใกล้ 1 ทุกตัวแปร ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการประเมินจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาเขตปัตตานี (NUR.PN065 / 2024) ลงวันที่ 7 พฤษภาคม 2567 ทั้งนี้ในกระบวนการเก็บข้อมูลแต่ละปีผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสำรวจและการนำไปใช้ประโยชน์ผ่านระบบการเก็บข้อมูลออนไลน์ สำหรับขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยแปลงรหัสนักศึกษาให้เป็นรหัสที่ไม่สามารถระบุตัวตนของผู้เรียนได้

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

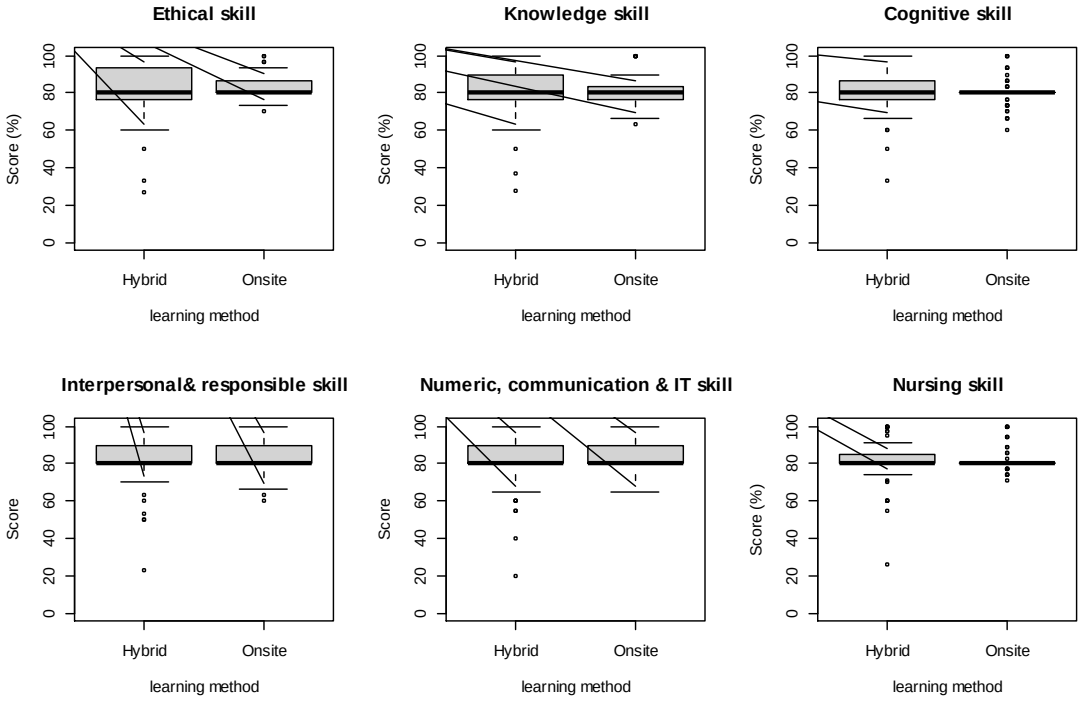
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีรายได้ครัวเรือน ต่ำกว่า 15,000 บาทต่อเดือน โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13 มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน (น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน) และร้อยละ 27 ได้รับทุนการศึกษาอย่างน้อย 1 ทุน ในขณะที่สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เรียนแบบปกติ (onsite learning) ได้รับทุนการศึกษามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เรียนแบบผสมผสาน (hybrid learning) อย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 21 ไม่มีคอมพิวเตอร์ใช้ในการเรียน กลุ่มตัวอย่างที่เรียนแบบปกติ (onsite learning) มีสัดส่วนของการได้รับคัดเลือกจากโครงการเรียนดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระบบการเรียนแบบผสมผสาน (hybrid learning) อย่างมีนัยสำคัญ ไม่พบความแตกต่างของเพศ รายได้ การมีคอมพิวเตอร์ใช้ในการเรียนระหว่างกลุ่มที่เรียนแบบปกติ (onsite learning) และกลุ่มที่เรียนแบบผสมผสาน (hybrid learning) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ความถี่ (ร้อยละ)		Chi-square (sig.)
	Hybrid	Onsite	
เพศ (n=243)			
-ชาย	32 (17.8)	8 (12.7)	0.001 (p = 0.99)
-หญิง	148 (82.2)	55 (87.3)	
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน) (n = 242)			0.022 (p = 0.98)
-ไม่เกิน 3,000 บาท	23 (13.1)	9 (13.4)	
-3,001-15,000 บาท	128 (73.1)	49 (73.2)	
-มากกว่า 15,000 บาท	24 (13.8)	9 (13.4)	
ทุนการศึกษา (n = 242)			62.193 (p < 0.001)
-ได้รับ	23 (13.2)	44 (64.7)	
-ไม่ได้รับ	151 (86.8)	24 (35.3)	
คอมพิวเตอร์ (n = 243)			3.403 (p = 0.066)
-มี	131 (74.9)	59(86.8)	
-ไม่มี	44(25.1)	9(13.2)	
ช่องทางการสมัคร (n = 240)			6.703 (p = 0.035)
-โครงการเรียนดี / พิเศษ	31(17.8)	19(28.8)	
-รับตรง 14 จังหวัดภาคใต้	86(49.4)	21(31.8)	
-GAT / PAT / Admission	57(32.8)	26(39.4)	

ผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียน

ผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนทั้ง 6 ด้านแสดงในภาพที่ 3 ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตรทั้ง 6 ด้าน โดยมีค่ามัธยฐาน (median) ของคะแนนผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้ง 6 ด้านร้อยละ 80 ขึ้นไป และไม่พบความแตกต่างของมัธยฐาน (median) คะแนนผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้ง 6 ด้านกับรูปแบบการจัดการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ภาพที่ 3 ผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียน 6 ด้าน

ผลของการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานต่อทักษะของผู้เรียนตามผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการจัดการเรียนรู้กับผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (ตารางที่ 2 และ ตารางที่ 3) พบว่า รูปแบบการเรียนรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และเทคโนโลยี และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ แต่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านคุณธรรม จริยธรรม โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน (hybrid learning) บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านคุณธรรมจริยธรรมน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบปกติ (onsite learning) (OR = 0.11, 95 % CI = 0.12, 0.65) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคัดเลือกผ่านโครงการรับตรง 14 จังหวัด มีโอกาสที่จะไม่บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญาเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคัดเลือกจากโครงการคัดเลือกผู้เรียนดี (portfolio) (OR = 0.09, 95 % CI = 0.01, 0.93)

ตารางที่ 2 ผลของการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านจริยธรรม ความรู้และทักษะทางปัญญา (n = 243)

ตัวแปร	จริยธรรม		ความรู้		ปัญญา	
	OR (95 % CI)	*p*	OR (95 % CI)	*p*	OR (95 % CI)	*p*
การเรียนรู้ (ref.= onsite)						
-ผสมผสาน (hybrid)	0.11(0.12, 0.65)	0.01*	0.45(0.12,1.72)	0.24	0.84(0.25,2.90)	0.79
ช่องทางการรับ						
(ref.=portfolio)	0.38(0.05,2.87)	0.35	0.53(0.08,3.70)	0.52	0.21(0.02,2.21)	0.19
-รับตรง 14 จังหวัด	2.45(0.18,33.51)	0.49	0.32(0.05,2.17)	0.24	0.09(0.01, 0.93)	0.04*
-GAT/PAT	0.63(0.08,4.48)	0.66	0.51(0.07,3.44)	0.49	0.19(0.02,2.01)	0.17
-Admission	0.2(0.22,1.87)	0.15	0.43(0.05,3.61)	0.43	0.46(0.03, 6.6)	0.56
-โครงการพิเศษ						
รายได้(ref.= < 3,000 บาท)						
-3,001 บาท-15,000 บาท	1.65(0.33, 8.06)	0.53	1.83(0.47,7.17)	0.38	1.7(0.45,7.07)	0.41
-มากกว่า 15,000 บาท	3.41(0.26, 42.41)	0.34	3.17(0.45, 21.99)	0.24	2.5(0.41,15.20)	0.31
ทุนการศึกษา (ref.=ไม่ได้รับ)						
-ได้รับ	0.72(0.16, 3.31)	0.67	0.68(0.19, 2.40)	0.55	0.74(0.22,2.41)	0.62
คอมพิวเตอร์ (ref.=ไม่มี)						
-มี	2.33(0.55,9.77)	0.25	1.43(0.41, 4.91)	0.57	1.68(0.50,5.66)	0.39

ตารางที่ 3 ผลของการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ทักษะเชิงตัวเลข การสื่อสาร และโทคโนโลยี และทักษะทางวิชาชีพ (n = 243)

ตัวแปร	ความสัมพันธ์ & ความรับผิดชอบ		ตัวเลข การสื่อสาร & เทคโนโลยี		วิชาชีพ	
	OR (95 % CI)	*p*	OR (95 % CI)	*p*	OR (95 % CI)	*p*
การเรียนรู้ (ref.=onsite)						
-ผสมผสาน (hybrid)	0.29(0.05,1.46)	0.13	0.26(0.05,1.27)	0.09	0.10(0.01,1.15)	0.06
ช่องทางการรับ						
(ref.=portfolio)	0.71(0.09,5.69)	0.75	0.93(0.11,7.37)	0.94	1.00(0.09,10.59)	0.99

ตัวแปร	ความสัมพันธ์ & ความรับผิดชอบ		ตัวเลข การสื่อสาร & เทคโนโลยี		วิชาชีพ	
	OR (95 % CI)	*p*	OR (95 % CI)	*p*	OR (95 % CI)	*p*
-รับตรง 14 จังหวัด	1.11(0.12,9.95)	0.92	0.58(0.08,3.99)	0.58	0.76(0.07,7.63)	0.81
-GAT/PAT	0.54(0.07,3.87)	0.54	0.85(0.11, 6.60)	0.88	1.05(0.11,10.05)	0.96
-Admission	0.52(0.05,5.26)	0.58	0.25(0.03,2.06)	0.19	0.79(0.05,12.49)	0.86
-โครงการพิเศษ						
รายได้(ref.= <3,000 บาท)						
-3,001 บาท-15,000 บาท	1.64(0.35,7.63)	0.52	0.91(0.16,5.08)	0.91	3.31(0.59, 18.36)	0.17
-มากกว่า 15,000 บาท	3.52(0.30,40.66)	0.31	0.65(0.08,5.03)	0.68	3.36(0.26,43.52)	0.35
ทุนการศึกษา (ref.=ไม่ได้รับ)						
-ได้รับ	0.84(0.19,3.68)	0.81	0.60(0.14,2.51)	0.48	0.39(0.66,2.32)	0.30
คอมพิวเตอร์ (ref.=ไม่มี)						
-มี	2.04(0.51, 0.08)	0.30	1.98(0.55,7.00)	0.29	0.96(0.16,5.63)	0.97

อภิปรายผล

ผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาเขตปัตตานีมากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก ใกล้เคียงกับผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลจากสถาบันอื่น ๆ (Artiwitchayanon et al., 2022; Khumyu et al, 2021; Poboonnitikasem & Sririthamanukul, 2021) ซึ่งเกิดจากกระบวนการจัดการเรียนรู้เชิงรุก (active learning) ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนรับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการจัดการเรียนรู้ด้วยตนเอง (student engagement) ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลายมาตั้งแต่ก่อนเกิดการระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลให้ผู้เรียนมีทักษะการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาการเรียนด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง (life-long learning) จนเกิดสัมฤทธิ์ผลทางการเรียนและบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร (Hidayat et al., 2022) แม้ว่าการระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ไม่สามารถจัดการเรียนรู้แบบปกติ แต่ผู้เรียนสามารถค้นคว้าและเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่สามารถเข้าถึงการบริการข้อมูลสารสนเทศของมหาวิทยาลัยได้ทุกที่แม้อยู่นอกมหาวิทยาลัย นอกจากนี้ คณะ ฯ ได้จัดหาเครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับนักศึกษาที่ขาดแคลน อุปกรณ์สำหรับฝึกปฏิบัติการพยาบาลและส่งไปให้ผู้เรียนที่บ้านทุกคนควบคู่กับการเรียนออนไลน์ (U-ma & Jehnok, 2023) จึงทำให้ผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาไม่ได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

รูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน (hybrid learning) ไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาด้านความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และเทคโนโลยี และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการจัดการศึกษาแบบผสมผสาน (hybrid learning) ไม่ได้ทำให้ผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนต่ำลง เนื่องจากหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาเขตปัตตานี เป็นหลักสูตรที่มุ่งเน้นผลลัพธ์การเรียนรู้ (outcome-based education) ผู้สอนจึงออกแบบวิธีการเรียนรู้ การวัดและประเมินผลของการจัดการเรียนรู้ทั้งสองวิธีที่สอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ของรายวิชาและหลักสูตรและยังคงจัดการเรียนรู้เชิงรุก (active learning) ในกระบวนการจัดการเรียนรู้ทั้งสองวิธี ทำให้ผู้เรียนได้พัฒนาทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิต (life-long learning) จนสามารถค้นคว้าและเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งทำให้นักศึกษาสามารถบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร (Yılmaz & Kaygin, 2018) จึงทำให้คะแนนผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้ง 5 ด้านของนักศึกษาไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้แตกต่างกับผลการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่า การเรียนรู้ผสมผสานทำให้ผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลลดลง (Tayyib et al., 2021)

นักศึกษาที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน (hybrid learning) มีโอกาสที่จะบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านคุณธรรมจริยธรรมต่ำกว่านักศึกษาที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบปกติ (onsite) ซึ่งอธิบายได้ว่า การพัฒนาทักษะคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาเกิดจากกระบวนการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติและกิจกรรมเสริมหลักสูตรอย่างบูรณาการ โดยสอดแทรกคุณธรรมและจริยธรรมในทุกรายวิชา กำหนดชั่วโมงกิจกรรมพัฒนาคุณธรรม จริยธรรม ซึ่งเป็นกระบวนการหล่อหลอมทักษะคุณธรรมจริยธรรมแก่ผู้เรียนจากสถานการณ์จริง เพื่อให้นักศึกษาพัฒนาระดับพัฒนาการทางจริยธรรมให้อยู่ในระดับเหนือกฎเกณฑ์ทางสังคม (Binhosen & Vitoonmetha, 2021) การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน (hybrid learning) ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้นักศึกษาขาดโอกาสในการลงมือปฏิบัติจริงกับผู้รับบริการ ขาดประสบการณ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากสถานการณ์จริงที่ซับซ้อนและมีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่ส่งเสริมการมีคุณธรรมจริยธรรม จึงทำให้นักศึกษาที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานประเมินการบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านคุณธรรมจริยธรรมของตนเองต่ำกว่านักศึกษาที่เรียนแบบปกติ (onsite learning) (Khaomala & Somnukprasert, 2019) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการฝึกภาคปฏิบัติจากสถานการณ์จริงเป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะทางคุณธรรมจริยธรรมและการเสริมสร้างเจตคติต่อวิชาชีพที่สำคัญ (Kata et al., 2020)

สรุป

ผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับดีมาก (มากกว่าร้อยละ 80) ไม่พบความแตกต่างของผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน ของนักศึกษาที่เรียนแบบปกติและเรียนแบบผสมผสาน การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และเทคโนโลยี และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ แต่การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานทำให้นักศึกษามีโอกาสที่จะบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านคุณธรรม จริยธรรมน้อยว่าการจัดการเรียนรู้แบบปกติ

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการประเมินการบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้โดยผู้เรียน (self-report) ซึ่งอาจทำให้คะแนนสูงกว่าความเป็นจริง (overestimation)

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานไม่ได้ทำให้ผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และเทคโนโลยี และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับการจัดการศึกษาแบบปกติ ผู้สอนจึงสามารถใช้กระบวนการจัดการเรียนรู้ในการพัฒนาทักษะทั้ง 5 ด้านของนักศึกษาพยาบาล อย่างไรก็ตามการพัฒนาทักษะคุณธรรม จริยธรรม ผู้สอนควรจัดประสบการณ์เพื่อให้นักศึกษาได้เรียนรู้และตัดสินใจเชิงจริยธรรมในสถานการณ์จริง

2. การศึกษานี้ประเมินการบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้โดยผู้เรียนซึ่งอาจทำให้คะแนนสูงกว่าความเป็นจริง ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรปรับวิธีการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ด้วยวิธีการอื่น ๆ ที่สะท้อนถึงสมรรถนะที่เป็นจริงของผู้เรียน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์ฉมาพร หนูเพชร ที่ได้วางระบบและออกแบบระบบการติดตามผู้เรียนอย่างต่อเนื่อง

รายการอ้างอิง (References)

Arnaert, A., Ahmad, H., Ponzoni, N., Oliver, C., & Grugel-Park, A. (2020). Blending learning: The preferred choice of clinical nurse educators to provide continuing professional development. *Journal of Nursing Education and Practice, 10*(1), 58 - 66. https://www.sciedupress.com/journal/index.php/jnep/article/view/15761

Artiwitchayanon, A., Srisopa, P., & Wacharasin, C. (2022). Factors predicting nursing students' learning outcomes through online learning during COVID-19 pandemic. *Songklanagarind Journal of Nursing, 42*(2), 85 - 97. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/257580

Binhosen, W., & Vitoonmetha, N. (2021). Factors related to the levels of ethical development among nursing students with clinical experiences. *APHEIT Journal of Nursing and Health*, *3*(3), 1-19. https://rsujournals.rsu.ac.th/index.php/ajnh/article/view/2686

Essadki, S., & Fourtassi, M. (2024). Effect of hybrid learning on students' academic performance at the higher institute of nursing professions and health techniques of Oujda. *International Journal of Engineering Pedagogy, 14(3),* 140 - 149. https://online-journals.org/index. php/ijep/article/view/48367

Farliana, N., Hardianto, H., & Oktarina, N. (2023). Hybrid learning trends in higher education post pandemic Covid 19: Scientometric mapping. *World Journal of Advanced Research and Reviews ,17*, 716 - 727. https://dx.doi.org/10.30574/wjarr

Gejendhiran, S., Arokia Anicia, S., Vignesh, S., & Kalaimani, M. (2020). Disruptive technologies: A promising key for sustainable future education. *Procedia Computer Science, 172*, 843 - 847. https://doi.org/10.1016/j.procs.2020.05.121

Hidayat, R., Moosavi, Z., Hermandra., Zulhafizh., & Hadisaputra, P. (2022). Achievement goals, well-being and lifelong learning: A mediational analysis. *International Journal of Instruction, 15*(1), 89 - 112. https://doi.org/10.29333/iji.2022.1516a

Kata, W., Chalakbang, W., Steannoppakao, P., & Pheasa, E. (2020). The development of nursing practice ethics indicators of nursing students. *Journal of Humanities and Social Sciences Nakhon Phanom University*, *10*(3), 40 - 48. https://so03.tci-thaijo.org/index.php/npuj/article/view/246718

Khaomala, J., & Somnukprasert, W. (2019). Effects of using integrated learning management with ethics on nursing behavior of nursing students. *Journal of Health Research and Innovation*, *2*(1), 163 - 176. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri/article/view/243279

Khumyu, A., Chupan, S., Puttaruksa, L., Rattanajarana, S., Songaiad, D., & Chunchomgul, C. (2021). Factors related to professional nursing competency among nursing students at a university in the eastern region. *Journal Faculty of Nursing Burapha University, 29*(1), 1 - 12. https://he02 .tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/250189

Lopez, E.N., Lopez, B., & Abadiano, M. (2023). Understanding generation z, -the new generation of learners: A technological-motivational-learning theory. *Journal of Harbin Engineering University, 44*(10), 770 - 784. https://harbinengineeringjournal.com/index.php/journal/article/ view/1688

Ministry of Education. (2017, July 20). *Notification of Educational Standard: Bachelor Degree of Nursing Science*. https://www.ubu.ac.th/web/files_up/46f2018011909463762.pdf

Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation. (2022, July 20). *Notification of Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation: Bachelor of Science*. https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2565/A/020/T_0028.PDF

Panyoyai, P., & LeSeure, P. (2021). Effective instructional design during the COVID-19 pandemic: lesson learned from teaching the gerontological nursing practicum in community. *APHEIT Journal of Nursing and Health, 3*(3), 1 - 18. https://rsujournals.rsu.ac.th/index.php/ajnh /article/view/2681

Poboonnitikasem, P., & Sririthamanukul, W. (2021). *The effectiveness of online learning among nursing students, School of Nursing, Rangsit University*. Rangsit University.

Pomthong, K., Kanungpiarn, T., Pradubthong, O., & Sanpaung. S. (2023). The effect of blended learning program of principles and nursing techniques for promoting readiness on knowledge, principle, practice, skills and nursing techniques of student nurses. *Journal of Nursing Siam University, 24*(7), 20 - 30. https://he0 1 . tci-thaijo.org/index.php/nursingsiamjournal/article/ view/264569

Saitoh, A., Yokono, T., Sakagami, M., Kashiwa, M., Abeywickrama, H.M., & Uchiyama, M. (2024). Perspectives of nursing students on hybrid simulation-based learning clinical experience: A text-mining analysis. *Nursing Reports, 14*(2), 988 – 999. https://doi.org/10.3390/nursrep14020074

Sáiz-Manzanares, M.C., Escolar-Llamazares, M.C., & Arnaiz, G.Á. (2020). Effectiveness of blended learning in nursing education. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(5), 1589 - 1604. http://doi.org/10.3390/ijerph17051589

Tayyib, N., Alsolami, F., Asfour, H., Alshhmemri, M., Lindsay, G., Ramaiah, P., Alsulami, S., & Ali, H. (2021). Undergraduate nursing students endorse education standards in blended e-learning theory teaching during COVID-19 pandemic. *The Open Nursing Journal, 15*, 291 - 303. https://opennursingjournal.com/VOLUME/15/PAGE/291/

U-ma, A & Jehnok, M. (2023), A Study on the results of practical training for nursing techniques knowledge self-learning box Set. *Journal of Organizational Innovation & Culture, 14(*2), 155 - 165. https://so15.tci-thaijo.org/index.php/JOIC/article/view/378

Yılmaz, E., & Kaygin, H. (2018). The relation between lifelong learning tendency and achievement motivation. *Journal of Education and Training Studies, 6*(1), 1 - 7. http://doi.org/10.11114/jets.v6i3a.3141

การตัดสินใจแสดงบทบาทการเป็นบิดาของวัยรุ่นมุสลิมไทย: การวิจัยเชิงคุณภาพ

Decision to Take on a Father's Role of Thai-Muslim Adolescents: A Qualitative Study

ชญานันท์ อึ้งวงศพัฒน์[1*], ประณีต ส่งวัฒนา[1]

Chayanan Uengwongsapat[1*], Praneed Songwathana[1]

(Received: May 23, 2024; Revised: July 9, 2024; Accepted: July 16, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจแสดงบทบาทการเป็นบิดาวัยรุ่นไทยมุสลิมช่วงพัฒนาบทบาทของการเป็นบิดาครั้งแรก ผู้ให้ข้อมูลเป็นวัยรุ่นไทยมุสลิมที่เป็นบิดาครั้งแรก จำนวน 14 ราย อายุ 16 ถึง 19 ปี และอาศัยอยู่กับภรรยาอย่างน้อย 6 เดือน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่าการตัดสินใจแสดงบทบาทการเป็นบิดาเป็นประสบการณ์ช่วงเปลี่ยนผ่านจากความรู้สึกกังวลไปสู่การมีความสุขในการรับบทบาท โดยมีปัจจัยสนับสนุน 2 ประการที่สำคัญ คือ คำสอนของศาสนาอิสลามและแบบอย่างการเป็นบิดาของผู้ให้ข้อมูล ปัจจัยเหล่านี้สามารถสนับสนุนการเป็นบิดาในช่วงเปลี่ยนผ่านได้อย่างมาก โดยเริ่มจาก "การยอมรับการเป็นบิดาและเผชิญหน้ากับมัน" จนนำไปสู่ "การแบกภาระ ความรับผิดชอบ และการเป็นบิดาอย่างมีความสุข"

ศาสนาและการมีตัวแบบในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการช่วยเหลือให้บิดาวัยรุ่นไทยมุสลิมมั่นใจในการแสดงบทบาทใหม่ในครอบครัว ผลการศึกษาเหล่านี้สามารถช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพพัฒนากลไกสนับสนุนบิดาวัยรุ่นในการแสดงบทบาทบิดาได้เหมาะสม

คำสำคัญ: บิดาวัยรุ่น, บทบาทการเป็นบิดา, คำสอนศาสนาอิสลาม, การมีตัวแบบ, การเปลี่ยนผ่านการเป็นบิดา

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

[1]Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hat Yai Campus

[*]Corresponding Author: chayanan.u@pnu.ac.th

Abstract

This study employed a descriptive qualitative research design aimed to investigate the key factors of the decision-making process of Thai-Muslim adolescents in taking on the role of father for the first-time.

Methods: A total of 14 participants who were Thai-Muslim first-time fathers aged 16 to 19 years and lived with their wife for at least six months. The data were collected with in-depth interviews and non-participant observation and analyzed using content analysis.

Results found that the decision to adopt the fathering role was perceived as a movement from 'worry' to 'happiness', and was supported primarily by two main factors: *Islamic teachings* and *Father as a role model.* These factors enabled a true significant changeover, and the adolescent father's role began to shift from 'Accepting the onset of pending fatherhood and trying to confront it' to ' Shouldering the burdens, responsibilities and joys of fatherhood'

Both religious beliefs and family role models are important in helping Thai-Muslim adolescent fathers build confidence in their new family roles. These findings can help healthcare professionals to develop support mechanisms to allow adolescent fathers to perform their roles.

Keywords: Adolescent father, Father's role, Islamic teachings, Role models, Transition to fatherhood

Introduction

The role of father is a fundamental and essential aspect of a man's life, involving the creation of a paternal identity and actions based on the child's needs (Hockenberry et al., 2022). A recent review and meta-analysis reported that mal-adjustment to the role of father and negative coping was identified in approximately 10 % of 20,728 men in the first month following childbirth, with a further increase in the 3 - 6 months postpartum period (Rao et al., 2020). Early fatherhood constitutes a difficult coping for adolescents with unplanned pregnancy. It leads to different roles and tasks to be fulfilled during adolescence. A previous study on Thai adolescent first-time fathers reported that they experienced role conflict and felt fatherhood to be a burden (Uengwongsapat et al., 2018).

Adolescent fathers typically struggle with the transition to fatherhood because they are dealing with two problems at the same time: being an adolescent and becoming a father. These circumstances can cause stress and conflict between being both an adolescent and a father (Davidson

et al., 2020) These dual roles are constantly at odds: adolescent fathers must deal with both fatherhood and the normal developmental path of adolescence. The father's role, on the other hand, necessitates time and energy to focus on childcare activities and responsibilities (Lowdermilk et al., 2019). In addition, adolescent fathers must build their role identity through an interactional and developmental process that occurs over time between fathers and children in order to successfully make the transition to fatherhood (Martins, 2019). However, fathers who do not receive adequate support may ignore their responsibility for child rearing and leave their wives to care for the children alone (Márquez et al., 2019)

In Thailand, Muslims are a fast-growing group within the population demographics. Pattani province is one of the three southern Thailand where Muslims are the majority population. The cultural and social values are often grounded with Islamic beliefs (Pattani Province office, 2018). In Thai-Muslim societies, families are characterized by a definition of parental role, where the mother is responsible for raising children and maintaining the household, whilst the father has a role as financial breadwinner. Progressively, fathers have assumed a more active role supporting their wives during pregnancy and childbirth (Ubaidillah et al., 2024). Muslim fathers are responsible for leading the family with social and spiritual leadership, while mothers take care of practical family needs (Astuti et al., 2021). In addition, being married in an Islam community is regarded as one of the important functions of the family and is the legal form of extending the family with children. Parents must be caring and love their children and are accountable for raising them and ensuring their education (Sumari et al., 2021).

Recently, the Thai economy has been rapidly growing and this may increase the burdens for Thai adolescents who become a father, particularly those with economic problems and unreadiness. Many adolescents experience drop-out from the society, drop out of school, or are unemployed. Some adolescents are employed with low-wage jobs, such as fishermen or factory workers. These adolescents rely mostly on their families and live on an insufficient income (Pattani Province Office, 2018). Moreover, stress and conflict between being both an adolescent and a father are found in those adolescents. There are limited studies about how Muslim adolescent first-time fathers experience and view their roles in Thailand, and how their Islamic faith or Thai-Muslim culture could possibly influence or aid in this transition. Therefore, knowledge learnt from Thai-Muslim adolescent first-time

fathers of significance in helping them adapt to the new role. Nurses are one of the key persons who can facilitate them to overcome this transition period.

Theoretical Frameworks

There are three theoretical viewpoints applied on exploring the transition to parenting among Thai-Muslim adolescent fathers. First, Parental Role Theory by Belsky (1984) suggests that parenting quality is determined by a combination of individual and contextual factors. This idea helps Thai-Muslim adolescent fathers understand how their background and experiences impact their parenting behaviors. Second, Social Support Theory by Cobb (1976) proposed that social support networks play a critical role in assisting people in managing stressful life situations. The transition of Thai-Muslim adolescents into fatherhood can be aided by the support of their peers, family and community. Lastly, Cultural Identity Theory by Phinney (1992) explained that people explore, commit to, and form attitudes toward their cultural group as they create their cultural identities. This idea sheds light on how Thai-Muslim adolescent fathers manage their multiple identities as both Muslim and Thai. Table 1 summarizes the important themes and their significance for Thai-Muslim adolescent fathers from several theoretical viewpoints.

Table 1 Theoretical framework diagrams

Theories	**Key Concepts**	**Relevance to Thai-Muslim Adolescent Fathers**
Parental Role Theory	Parenting influenced by individual characteristics and contextual factors	Upbringing and personal experiences shape parenting behaviors.
Social Support Theory	Support networks	Family, peer, and community support facilitate transition to fatherhood.
Cultural Identity Theory	Cultural identity development	Navigating dual identities as Thai-Muslims and fathers.

Note: Adapted from the theoretical framework proposed in the study.

The theoretical framework used to guide this study included sociological and cultural theories to investigate the factors influencing Thai-Muslim adolescent fathers' roles and duties as they transition into fatherhood. Each hypothesis gives a lens through which to understand the many components of the fatherhood transition process.

Objectives

The core objective of this study was to explore factors that influence the decision in taking a father's role of Thai-Muslim adolescents in the first six months after the birth of their child.

Research methodology

This study was part of a previous study which described the creation of the conceptual model in the first stages of becoming a father (Uengwongsapat & Songwathana, 2023). A descriptive qualitative design with in-depth interviews and non-participant observation was used. Participants and the setting

The participants in this study constituted the same group of adolescent fathers from the previously published qualitative research (Uengwongsapat & Songwathana, 2023). Fourteen Thai-Muslim first-time father adolescents were approached and followed up for six months after birth of their children. The participants were recruited and introduced by nurses at the maternity department of Pattani Hospital between March 2019 and October 2020. The inclusion criteria required the participants to be a Muslim male adolescent between 15 and 19 years old, to speak Thai, have a first child born after 37 weeks of gestation, to have lived with wife for at least 6 months, and to be were willing to participate in the study. Participants who were interested in participating were screened to examine eligibility.

Ethical consideration

Ethical approval was obtained from the Research Ethics Committee of Prince of Songkla University (psu.pn.1 – 008 / 61) on 18th January 2019 and the Research Ethics Committee of Pattani Hospital (011 / 2562) on 23rd April 2019. The aim and method of data collection of this study were explained both in the invitation letter and verbally to the participants. Participation was voluntary and the participants could withdraw from the study without having to give any explanation. Participants

over the age of 18 signed the consent form to participate, while those under the age of 18 were given forms to be signed by their parents or guardians. Participants were assured that data would be kept strictly confidential and used solely for research. The participants' names were replaced with reference numbers in the interview transcripts. The quotations used in this study refer to the participant's interview number; participant number 1 was label as (P1) and so forth.

Data collection

The interviews began at a mutually agreed time and place at the participant's preference. The interviews were guided by a semi-structured interview guide. The interview guide consisted of open-ended questions that served as a guide to the interview process. Initially, the interviewer began the interview by introducing herself. Then, initial interview questions were used in this study: 'Please tell me about your experiences in becoming a father?' 'Please tell me when you began feeling like you were a father?' During this interview, the interviewer encouraged the participant to clarify and elaborate his experience by using probing questions. For example 'That is very interesting; please tell me more about…' Interviews were audio-recorded and transcribed, and field notes of behavioral observations taken. The duration of the individual interviews was between 40 and 60 minutes. Of the 14 participants, six were interviewed twice, and eight participants were interviewed three times until the data reached saturation. The second interview was held around three to four days after the first interview and the same timeframe was applied after the second interview. The interview process continued until no new data emerged. Participants were repeating ideas that had emerged previously. To achieve data saturation in the current study, the interviewer interviewed a total of 14 participants.

Data analysis

Data were analyzed using content analysis, as described by Graneheim and Lundman (2004). First, each transcript was read and reread, until it was fully understood. Next, 'meaning units', which are words, statements and paragraphs in each transcript reflecting the core meaning of the participants' replies, were identified. Lastly, differences and similarities between the codes were linked and compared.

Trustworthiness

The research team (CU, PS) included researchers with extensive experience and training in qualitative research methods. The interviewer (CU) was a female and academic nurse with experience

in qualitative interview techniques. The principles proposed by Guba (1981) such as credibility, dependability, confirmability, and transferability helped to establish trustworthiness. To assess credibility in this study, the interviewer (CU) built a rapport and trust with each participant by spending time with them. The participant was informed about the role of the interviewer. The data collection and simultaneous data analysis covered a 19-month period. Six participants were given the opportunity to provide feedback on the accuracy of the information in understanding the experiences. The member checking with these six individuals debated the inclusion of content, compared the similarities or differences, and discussed the early stages of category formation. The participants confirmed the final themes were relevant to the adolescents' main issues and underlying experiences. To assess dependability, all interview transcripts were analyzed by other researchers with experience in qualitative data analysis. Confirmability in this study refers to the maintenance of objectivity. The findings must reflect the participants' voice and not the researcher's biases. To increase transferability, participants' details and the study context were explained in detail to enable the readers to decide about using the results in their intended setting (Elo et al., 2014)

Results

The participant's characteristics

In total, there were 14 Thai-Muslim first-time fathers, age ranging from 16 to 19 years of age (Table 2). Three had planned pregnancies and eleven had unplanned pregnancies. Eleven participants were working, while three of them were students. Twelve participants lived in an extended family, four with their parent's families and the other eight with their wife's families, during pregnancy.

Table 2 Demographics of Thai-Muslim adolescent fathers

Characteristics	Participants (n=14)
Father's Age (years)	
16	2
17	1
18	5
19	6

Characteristics		Participants (n=14)
Education		
	Primary school	3
	Secondary school	8
	Diploma	3
Occupation		
	Student	3
	Self-employed	2
	Full-time employed	9
Income (Thai Baht/day)		
	100	2
	250-300	9
	450-500	3
Intention to have a baby		
	Planned	3
	Unplanned	11
Family living		
	Parents and children living alone	2
	Living with their own parents	4
	Living with the wife's parents	8
Marital status		
	Married before pregnancy	2
	Married during pregnancy	12

Content analysis provided new insights into the factors facilitating the adolescents' decisions in the transition from a childless and carefree adolescent to a responsible father. New insights about decision on taking a father role was coded. Their experiences started from the current (adolescent) to a new position (father) by describing two support factors, namely Islamic teachings and their father as a role model.

Factors supporting transition of being a fatherhood

Religious dogma, in general, influences Thais' social practices. First-time Muslim adolescent fathers relied on Muslim principles. The categories *Islamic Teachings* (Support 1) and *The Father as*

a Role Model (Support 2) supported the transition from the current (now) to the new position as a new father (Figure 1)

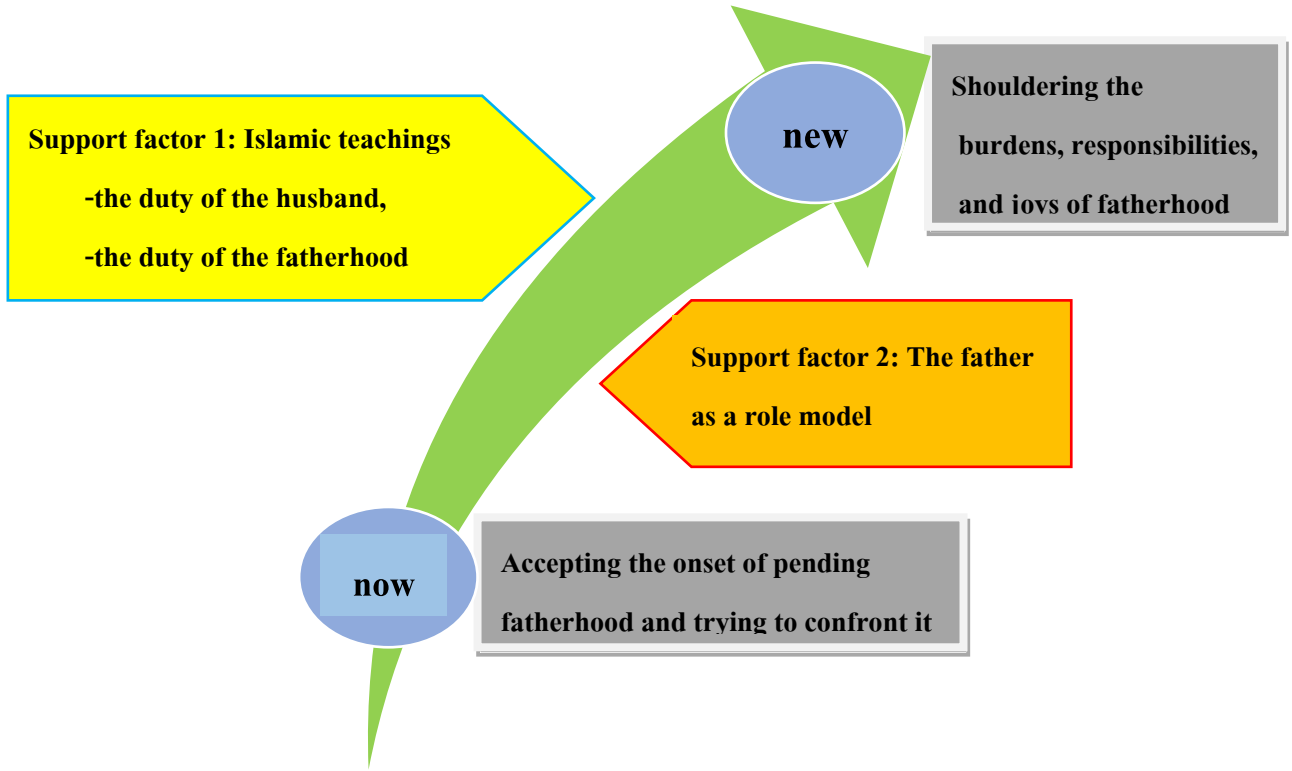


Figure 1 Factors supporting becoming a first-time father of Thai-Muslim adolescent

Support factor1: Islamic teachings

Within the category of *Islamic teachings,* two teachings were identified: "the duty of the husband" and "the duty of fatherhood."

Overall, the fathers sought guidance from Muslim beliefs during their transition period. Muslim people believe that ending suffering is to accept first that this belongs to daily life. The participants in this study adhered to Islamic principles to accept the fact that their wives were pregnant. They were better prepared to face challenges during their wives' pregnancies and becoming a father because they accepted that truth. Dual duties were identified as part of life in the Muslim perspective.

The duty of the husband

The duty of the husband and father in Islam is heavily emphasized, with the husband and father being responsible for supporting his wife and children, providing love and security, living a good life and ensuring a happy family. In Islamic teachings, a man supporting his family should know that a woman is also a human being, as a few participants described as:

"Although my wife had an unplanned pregnancy but I also know the duties of a good husband for my family. Regarding the Islamic teachings that are prescribed and taught to Muslims in the mosque. I must take good care of my wife." (P14)

"I was a child and studied in a seminary school, The duties of a husband are always taught in seminary schools and mosques. I must act as a good husband when the opportunity arises." (P9)

Either a woman or a man has rights of freedom and life. In a Muslim marriage the husband and wife have the obligation to satisfy the human desires. With the blessings of Allah, parents can have children who support them when aging. These core values of a Muslim family have been expressed by a participant who mentioned how he learned about these values:

"When I was young and until now, I have to pray 5 times per day and go to the mosque every Friday in the afternoon. I learned about the duties of a man when married, husband's duty in the family, which is contained in the Islamic dogma. I was indoctrinated about good husband's duties." (P1)

In the daily life of Muslims, religious leaders taught about marital commitment in the mosque. The content of these values shared by religious leaders are about the first-time father's new duties when becoming a husband taking care of his wife. These values are also about the responsibilities and roles of being married as well as being parents taking care of the children. Some adolescent fathers mentioned their experiences when visiting the mosque:

"Before my Islamic marriage, I and my wife must train about the duties of a good husband, a good wife, caring for our family, caring for my wife. This class is in a mosque for a full day, I think it is okay for our new family. I promise myself to care for wife." (P4)

The duty of fatherhood

For Thai-Muslim, caring for a child is a responsibility that Allah entrusts to parents. Moreover, this is a mission to support the child to become a good person, behaving well, and being humble. As two participants reflected:

"I have a duty to do my best, to be a good husband, to be a good father. for my family I have been taught since I was a child." (P2)

"I think Allah entrusts me to be a good father. I try to support my child and my family." (P8)

A father is a person who is accountable to Allah. Children, according to Islam, are entrusted to Allah. God has given it to us as a gift. Fathers and mothers are in charge of the child's upbringing and creating a positive family environment. Fathers should be a good role model for their children and give them a good name. They wish for their child to grow up to be a good Muslim, as one participant said:

"Supporting my child is a duty along with Islamic worship such as reciting Qur'an, fasting and including respecting Allah's creations. So, I have to do my best for my family." (P11)

In addition, a number of participants explained more on the father's duty. Allah requires the father and mother to change for the better during pregnancy. The father should encourage his pregnant wife to eat healthy foods, read the Qur'an, and touch and talk to the unborn child. Muslim fathers must prioritize the care of their pregnant wives.

"Of course, my baby is a gift from God. My baby will grow up to be a good Muslim. I encourage my wife to eat healthy foods, read the Qur'an and talk to the unborn child in the womb. Now that my child is born. I support my wife and raise my child as I can. I think that I can do everything for my child's happiness." (P6)

Support factor2: Father as a role model

When the expectant fathers accepted their wives' pregnancy, they changed themselves to adopt the role of father like their own father, as expressed by a participant:

"When I was a boy, I saw my father praying 5 times in house per day. My father took care of my brother when my mother was sick or busy and cleaned the house both outside and inside. He never complained to my mother. Now I am a teen father and I try to act like my father." (P13)

The participants began to recognize the emergence of new life and began to focus more on the baby and the mother. Witnessing the change in the mother's body and feeling the fetal movements helped transform the father's attitudes. As the pregnancies progressed, the selfish and immature thoughts of returning to a carefree adolescence gave way, to be replaced by an acceptance of the new role as an expectant father. As adolescents and first-time fathers, the participants in this study faced enormous challenges: how to care for the newborn, how to acquire and save money to raise it, and how to educate the child and plan its future. They must take care of their child and wife in the same way as their own father, such as one participant mentioned:

"I will do everything the same to my father. My father worked hard. He did a lot of things in the house, such as washing clothes and cooking rice for children. I can be just like my father. Oh, I have to raise my child and work at the same time. I have to take care of my wife and child the same to my father." (P7)

For physical care, all expectant fathers were eager to learn about holding the newborn, bathing, and changing diapers for their beloved babies. Of the 14 participants, 12 participants were living in extended families, eight lived with their pregnant wives' parents while the remaining four lived with their own parents. The participants in this study had strong family support networks built in from either their own or their wife's family, and in some cases both. The support would come from both parents and older siblings. They obtained support, particularly from the adolescent father's family, such as acceptance, assistance in resolving problems, child-rearing, and so on. It was found that the father of the participant played an important role to assist the adolescent father in becoming confident in his role as a new father by acting as a mentor to transfer knowledge and skills of fatherhood. While in the hospital's postpartum units, some adolescent fathers received tutoring from their fathers, learning by observing, remembering, and attempting until the adolescent father developed confidence. One of expectant fathers described:

"My father also took my child to shower, and I took the knowledge from there. Then my father taught me how to hold the baby, and then he showed it to me. I'm glad to have a father who can taught me how to take care of my child." (P5)

"My father taught me how to raise my child, taught me everything about child-rearing, taught me how to be a good father and set a good role model for my child. Your child will be proud." (P10)

Discussion

The findings shed light on factors that influence and shape the father's role of Thai-Muslim adolescent fathers in the first six months after birth of their child. Two main factors that facilitate their decision to take a father's role have been uniquely shown. Thinking of Islamic teachings was one of the factors that the participants reported that it helped to confront difficulties during the transition to fatherhood. In Islam, the duty of the husband is being the leader in the family. It is the responsibility of the husband to provide the basic needs to his wife and children. This was consistent with Uengwongsapat et al. (2018), who reported that the Buddha's teachings can be a useful adjunct in assisting Buddhist fathers in making this difficult transition. Thus, cultural and religion lenses could be helpful for the first-time Thai adolescent father in dealing with the new position and coping with the new roles. Similarly, a previous study in Western culture, such as in South African families, emphasized the importance of culture in shaping fathers' roles (Ncayiyane & Nel, 2024). One of the most important responsibilities of parents is to provide their children with worldly and religious knowledge. These factors that influence adolescent fathers' transition may also play a role in shaping fathers' transition among Thai-Muslims.

The journey into Thai-Muslim fatherhood has not been easy for these participants. Some of them do not have support or resources to help them handle the demands of fatherhood. Most adolescent fathers reported that their fathers acted as a role model and supported them throughout their transition process. This assistance enabled them to successfully transition to fatherhood gradually and to support their wives. The most valuable sources of support came from their fathers. This is consistent with Short et al. (2023), who reported that continued support from fathers was very important in the successful transition from adolescence to fatherhood. Similarly, Bamishigbin et al. (2019) found that both the adolescent fathers and their children felt empowered when the fathers felt supported by their families. Moreover, most expectant fathers sought out their families for emotional support, childcare assistance, financial support, and childrearing advice. This finding was consistent

with Makhavhu et al. (2023) who interviewed 5 African young adult fathers aged 18 - 25. They felt unready to have children. The lack of parental support was one of the challenges adolescent fathers experienced during their transition. All these reasons are consistent with the study of Uengwongsapat (2022) claiming that the family is a source of social support that can change the way to encounter stress. Adolescent fathers' well-being is an important component of health as it affects family function and has long term implications for their child's health.

Conclusions

Fatherhood is a significant event for Thai-Muslim adolescent fathers who are learning to integrate their Islamic identities and paternal responsibilities during the transition period. Findings from this study highlight the factors of Thai-Muslim first-time fathers in performing their roles to support their wives and the children. Islamic teachings and the father as a role model are factors supporting the transition when these fathers accepted the onset of pending fatherhood. A better understanding of these experiences will enable healthcare professionals to support Thai-Muslim adolescent fathers and their families. The findings can support healthcare professionals and policy makers to develop supportive mechanisms to allow Thai-Muslim adolescent fathers to perform their roles based on the family's needs. These support mechanisms should facilitate the profound transition in the continuity of more responsive and mature young Muslim families.

Limitations

A limitation of the study is that it gathered data only from low-income Thai-Muslim adolescents, and all lived in Pattani province. Therefore, the findings cannot be generalized. Moreover, the recruitment could not specify those who have no support from significant others and might not be transferable beyond this group or other Muslim communities with limited family resources. A further limitation is the timeframe of the interviews, up to six months after birth. This might of limit the understanding of the long-term experiences of being a father after birth.

Implications and contribution

The findings of this study can be considered a reference for healthcare professionals and policy makers to develop support mechanisms to allow Thai-Muslim adolescent fathers to perform their roles based on the family's needs. Support mechanisms should facilitate this profound transition in the continuity of care in the community.

Identification of funding sources

This work was supported by the Thailand Science Research and Innovation and the Office of the Higher Education Commission, Thailand (MRG6280167).

Acknowledgment

The first author disclosed receipt of a research grant from the Thailand Science Research and Innovation and Office of the Higher Education Commission, Thailand (MRG6280167). Special thanks to Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Prof. Dr. Jos M. Latour, Asst. Prof. Dr. Charuwan Kritpracha and all the adolescent fathers who took part in this study.

References

Astuti, A.W., Hirst, J., & Bharj, K.K. (2021). Adolescent fathers' experiences in Indonesia: A qualitative study. *International Journal of Adolescence and Youth, 26*, 201-210. https://doi.org/10.1080/02673843.2021.1901749

Bamishigbin, O.N., Dunkel Schetter, C., & Stanton, A.L. (2019). The antecedents and consequences of adolescent fatherhood: A systematic review. *Social Science & Medicine, 232*, 106-119. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.04.031

Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development, 55,* 83 - 96. https://doi.org/10.2307/1129836

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38,* 300 - 314. https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003

Davidson, M.R., London, M.L., & Ladewig, P.A.W. (2020). *Olds' Maternal-newborn Nursing & Women's Health Across the Lifespan.* (11th ed.). Pearson Education Inc.

Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative contentanalysis: A focus on trustworthiness. *SAGE Open,* 1-10. https://doi.org/10.1177/21582 44014522633

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures, and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*, 105 - 112. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001

Guba, E.G. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. Educational Resources Information Center. *Annual Review Paper, 29*, 75 - 91. https://doi.org/10.1007/BF 02766777

Hockenberry, M.J., Rodgers, C.C., & Wilson, D. (2022). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. (11th ed.). Mosby.

Lowdermilk, D., Perry, S., Cashion, M.C., Alden, K., & Olshansky, E. (2019). *Maternity & Women's Health Care.* (12th ed.). Mosby.

Makhavhu, E.M., Ramukumba, T.S., & Masala-Chokwe, M.E. (2023). Exploring the dilemmas, challenges, and opportunities of adolescent fatherhood: An exploratory case study. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, *60,* 1 - 8. https://doi.org/ 10.1177/00469580221146827

Márquez, F., Lucchini, C., Bertolozzi, M.R., Bustamante, C., Strain, H., Alcayaga, C., & Garay, N. (2019). Being a first-time father, their experiences, and meanings: A qualitative systematic review. *Revista Chilena De Pediatría, 90,* 78 - 88. https://doi.org/10.32641/rchped.v90i1.821

Martins, C.A. (2019). Transition to parenthood: Consequences on health and well-being. A qualitative study. *Enfermeria Clinica, 29*, 225 - 233. https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2018.04.007

Ncayiyane, Z., & Nel, L. (2024). Young black fathers' perceptions of fatherhood: A family systems account. *Journal of Family Issues, 45,* 1431-1452. https://doi.org/10.1177/0192513X231172955

Pattani Province office. (2018, October 1). *Selamat Datang Ke Pattani*. http://www.pattani2018 pattani.go.th/files/com_news_devpro1/2019-01_b795657ec476f69.pdf

Phinney, J.S. (1992). The multigroup ethnic identity measure: A new scale for use with diverse groups. *Journal of Adolescent Research, 7,* 156-176. https://doi.org/10.1177/074355489272003

Rao, W.-W., Zhu, X.-M., Zong, Q.-Q., Zhang, Q., Hall, B.J., Ungvari, G.S., & Xiang, Y.-T. (2020). Prevalence of prenatal and postpartum depression in fathers: A comprehensive meta-analysis of observational surveys. *Journal of Affective Disorders, 263*, 491 - 499. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.030

Short, S., Davis, P.E., & Ndzi, E.G. (2023). An exploration of masculinity, social support and depression in new and experienced fathers, *Midwifery, 123*, 1 - 8. https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103715

Sumari, M., Baharudin, D.F., Mashkor, M.I., Yahya, A.N., & Aman, N.S. (2021). The Role of religion in long distance marriage as experienced by Malaysian Muslim husbands. *The Family Journal,* 1 - 9. https://doi.org/10.1177/10664807211035706.

Ubaidillah, U., Purnawati, P., Najibah, A., & Hana, H. (2024). The role of parents' and teachers' responsibilities for children's education from an Islamic perspective. *International Education Trend Issue, 2,* 125 - 132. https://doi.org/10.56442/ieti.v2i2.461

Uengwongsapat, C. (2022). Experiences and needs of social support among Thai adolescent fathers: A qualitative study. *Journal of Family Studies, 28*, 1433 - 1447. https://doi.org/10.1080/13229400.2020.1837656.

Uengwongsapat, C., Kantaruksa, K., Klunklin, A., & Sansiriphun, N. (2018). Growing into adolescent fatherhood: A grounded theory study. *International Nursing Review, 65*, 244 - 253. https://doi.org/10.1111/inr.12412

Uengwongsapat, C., & Songwathana, P. (2023). Transition to fatherhood among Muslim adolescents in Thailand: A grounded theory. *Journal of Adolescent Research, 39*, 1 - 25. https://doi.org/10.1177/07435584231169303

ความสัมพันธ์ระหว่างความศรัทธาในศาสนาอิสลาม ความแข็งแกร่งในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

The Relationship between Islamic Faith, Resilience, Social Support and Psychological Well-being of Muslim Mothers with Infant Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit

อัครีม๊ะ กาเซ็ง[1], พิสมัย วัฒนสิทธิ์[1*], ศศิกานต์ กาละ[1]

Akreemah Kaseng[1], Pissamai Wattanasit [1*], Sasikarn Kala[1]

(Received: February 2, 2024; Revised: May 1, 2024; Accepted: May 24, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความศรัทธาในศาสนาอิสลาม ความแข็งแกร่งในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดามุสลิม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง 100 ราย เป็นมารดามุสลิมที่มีบุตรอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะอาการของทารก 3) แบบสอบถามความศรัทธาในศาสนาอิสลาม 4) แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต 5) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และ 6) มาตรวัดความผาสุกทางจิตฉบับภาษาไทย ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความศรัทธาในศาสนาอิสลาม เท่ากับ 1.00 ความเที่ยงของแบบสอบถามความศรัทธาในศาสนาอิสลาม แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และมาตรวัดความผาสุกทางจิต ที่ใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85, .93,.89, และ .67 ตามลำดับ เมื่อนำมาตรวัดความผาสุกทางจิตไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน ได้ค่าเท่ากับ .79 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

[1]Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

*Corresponding author: pissamai.w@psu.ac.th

และสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่า ความศรัทธาในศาสนาอิสลามและความแข็งแกร่งในชีวิต มีความสัมพันธ์ด้านบวกในระดับปานกลางกับความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดามุสลิม (r_s = .43, p < .001 และ r = .31, p < .01 ตามลำดับ) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ด้านบวกในระดับต่ำกับความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดามุสลิม (r = .29, p < .01) ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปส่งเสริมความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดา โดยพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความศรัทธาในศาสนาอิสลาม ความแข็งแกร่งในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดา

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคม, ความแข็งแกร่งในชีวิต, ความผาสุกทางด้านจิตใจ, ความศรัทธาในศาสนาอิสลาม, มารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

Abstract

Objective: The purpose of this study were to examine the relationship between Islamic faith, resilience, social support, and the psychological well-being of Muslim mothers. Purposive sampling was used to select a sample of 100 Muslim mothers who have children being treated in the NICU of secondary and tertiary hospitals in three Southern border provinces. A standardized interview was used to collect data through six questionnaires including 1) a demographic questionnaire for mothers 2) a demographic and health of infants record form, 3) an Islamic Faith Questionnaire, 4) Resilience Inventory, 5) The Modified Version of Social Support Questionnaire, and 6) a Psychological Well-being Scale-Thai. The content validity index of the Islamic Faith Questionnaire yielded a value of 1.00. Cronbach's alpha coefficient was used to examine the reliability of the Islamic Faith Questionnaire, Resilience Inventory, Modified Version of Social Support Questionnaire, and Psychological Well-being Scale-Thai, yielding values of .85, .93, .89, and .67 respectively. Cronbach's alpha coefficient of the Psychological Well-being Scale-Thai was .79 when used with a sample of 100 Muslim mothers. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation, and Spearman's rho correlation coefficient. The finding showed that Islamic faith and resilience had a moderate significant positive correlation with the psychological well-being of Muslim mothers (r_s = .43, p < .0 0 1 and r = .31, p < .01, respectively). Social support had a low significant positive correlation with the psychological well-being of Muslim mothers (r = .29, p < .01). The results of this

study can be used as a guide to promote the psychological well-being of Muslim mothers by developing a program to enhance Islamic faith, resilience, and social support.

Keywords: Social support, Resilience, Psychological well-being, Islamic faith, Muslim mothers with infant admitted to the neonatal intensive care unit

บทนำ

การเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด (Neonatal Intensive Care Unit) ถือเป็นภาวะวิกฤตและมีโอกาสเสียชีวิตหรือพิการสูง (World Health Organization [WHO], 2020) การมีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดเป็นภาวะวิกฤตที่มีผลกระทบทางด้านจิตใจของมารดา ส่งผลให้มารดามีปฏิกิริยาการตอบสนองทางด้านจิตใจในด้านลบ เช่น ตกใจ ช็อก วิตกกังวล เครียด และกลัวการสูญเสียทารก (Rihan et al., 2021) โดยการศึกษาในประเทศไนจีเรียพบว่า มารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ร้อยละ 40 มีความผาสุกทางจิตใจในระดับต่ำ ร้อยละ 90 มีความเครียด ร้อยละ 65 มีความวิตกกังวล และร้อยละ 11 มีภาวะซึมเศร้า (Titilope et al., 2020) ผลกระทบทางด้านจิตใจของมารดาเพิ่มสูงขึ้นในช่วงที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเข้าเยี่ยมบุตร มารดามากกว่าครึ่งหนึ่งมีความผาสุกทางด้านจิตใจต่ำ โดยมีความเครียดในระดับสูงและเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (Polloni et al., 2021) การศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่ามารดาที่มีบุตรเกิดก่อนกำหนดและเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีความผาสุกทางด้านจิตใจต่ำในสัปดาห์แรกและเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ต่อมา (Cheon, 2012)

การมีความผาสุกทางด้านจิตใจต่ำส่งผลกระทบระยะยาวในด้านจิตใจของมารดาที่มีบุตรเกิดก่อนกำหนด โดยพบว่า มารดามีภาวะเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าภายหลังจากการจำหน่ายทารกในปีแรก (Salome et al., 2022) นอกจากนี้การมีความผาสุกทางด้านจิตใจต่ำยังส่งผลกระทบต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาทารก และพฤติกรรมของทารก (Bernardo et al., 2021) ส่งผลกระทบต่อการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารก และส่งผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่เปราะบาง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางสติปัญญา อารมณ์และสังคมของทารกเมื่อโตขึ้น (Titilope et al., 2020) จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ดังนั้นการศึกษาปัจจัยด้านบวกที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดจึงเป็นสิ่งสำคัญและพยาบาลควรให้ความสนใจ โดยเฉพาะในช่วงที่ยังมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งยังมีข้อจำกัดในการเข้าเยี่ยมบุตรของมารดา

แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางด้านจิตใจ (Psychological well-being) มีทั้งมิติด้านลบและมิติด้านบวก โดยความผาสุกทางด้านจิตใจในมิติด้านบวก หมายถึง สภาวะทางจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจ มีความรู้สึกและความนึกคิดหรือมุมมองด้านบวกต่อตนเอง ประสบการณ์ เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ (Ryff & Keyes, 1995; Ryff, 2014) การเสริมสร้างความผาสุกด้านจิตใจของมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดจำเป็นต้องเริ่มจากการทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดามีทั้งปัจจัยด้านบวกและปัจจัยด้านลบ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านบวกกับความผาสุกทางด้านจิตใจของบุคคล ประกอบด้วย ความเชื่อทางศาสนาอิสลาม (Awad & Mayasari, 2015) ความศรัทธาในศาสนา (Punyoo et al., 2020) การสนับสนุนทางสังคม (Dallas et al., 2020; Punyoo et al., 2020) ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) (Souri & Hasanirad, 2011) ความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of coherence) (Punyoo et al., 2020) และคุณภาพของความสัมพันธ์กับคู่ชีวิต (Relationship quality) (Salvador et al., 2019)

ความศรัทธาในศาสนาอิสลาม (Islamic faith) เป็นการแสดงออกถึงการยอมรับ / เชื่อหรือเลื่อมใสต่อหลักศรัทธาของศาสนาอิสลามที่ปรากฏในอัลกุรอานว่าเป็นความจริง มีขอบเขตความเชื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติในอิสลามประกอบด้วยหลักศรัทธา 6 ประการ ได้แก่ 1) ศรัทธาในอัลลอฮฺเป็นพระเจ้า 2) ศรัทธาในบรรดาเทวทูต (มลาอิกะฮฺ) 3) ศรัทธาในบรรดาคัมภีร์ 4) ศรัทธาต่อบรรดาศาสนทูต 5) ศรัทธาในวันพิพากษา และ 6) ศรัทธาในกฎการกำหนดสถานการณ์ โดยความศรัทธาในศาสนาอิสลามเป็นตัวกำหนดความคิดและพฤติกรรมของมุสลิม ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่ยากลำบากในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความผาสุกทางด้านจิตใจของบุคคล (Koburtay et al., 2022) มีการศึกษาพบความสัมพันธ์ด้านบวกของความศรัทธาในศาสนาอิสลามกับความผาสุกทางด้านจิตใจของนักศึกษามุสลิม (Tajul Ariffin et al., 2022) และมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับความผาสุกทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโควิด - 19 (Al Eid et al., 2021) ทั้งนี้เนื่องจากความศรัทธาในศาสนาอิสลามทำหน้าที่เป็นสื่อกลางที่เชื่อมสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับพระเจ้า ทำให้บุคคลมีความบริสุทธิ์ใจอย่างแท้จริง เป็นสิ่งที่จะส่งเสริมการกระทำที่ดี สามารถยกระดับสุขภาพจิต และเสริมสร้างความผาสุกทางด้านจิตใจและจิตวิญาณของบุคคล

ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) เป็นความสามารถของบุคคลในการคงความสมดุลในชีวิตไว้ได้ท่ามกลางเหตุการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต และสามารถฟื้นตัวจากผลกระทบของเหตุการณ์ได้อย่างรวดเร็ว โดยอาศัยแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ของบุคคลในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ได้แก่ แหล่งสนับสนุนภายนอก ความเข้มแข็งภายในตนเอง และทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพ

ระหว่างบุคคล (Grotberg, 1996; McKenna et al., 2022; Nintachan, 2015) เมื่อบุคคลเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการรับมือกับเหตุการณ์ที่เผชิญ จะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในด้านบวก สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และสามารถบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียดได้ ความแข็งแกร่งในชีวิตจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความผาสุกทางด้านจิตใจของบุคคล และพบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับความผาสุกทางด้านจิตใจของนักศึกษาแพทย์ (Souri & Hasanirad, 2011) มีการศึกษาที่พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ ด้านลบกับความผาสุกทางด้านจิตใจที่เป็นมิติในด้านลบ ซึ่งประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความตึงเครียดจากเหตุการณ์ที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต (Rothschild et al., 2020) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านวัตถุ (Hanucharurnkul, 1988) การสนับสนุนทางสังคม สามารถปกป้องบุคคลจากผลกระทบจากสถานการณ์ ทำให้บุคคลมีความเข้มแข็งในการเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ รับรู้ถึงการได้รับความรัก ความห่วงใย รู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง ได้รับความไว้วางใจ ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และความรู้สึกของการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการปรับตัวเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤต ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อสุขภาพจิต (House, 1981) ทั้งนี้ยังช่วยลดผลกระทบจากการตอบสนองด้านอารมณ์เชิงลบ ก่อให้เกิดความผาสุกทางด้านจิตใจของบุคคล (Schaefer et al., 1981) โดยมีการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และทีมสุขภาพเป็นปัจจัยทำนายความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดาไทยพุทธที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต (Punyoo et al., 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด พบว่า มีค่อนข้างจำกัด และยังไม่พบการศึกษาในมารดามุสลิมในประเทศไทยซึ่งมีวัฒนธรรมแตกต่างจากมารดาที่นับถือศาสนาอื่น มีเพียงการศึกษาในมารดาที่นับถือศาสนาพุทธที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลเด็กป่วยวิกฤต (Pediatric Intensive Care Unit) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความศรัทธาในศาสนาอิสลาม ความแข็งแกร่งในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความศรัทธาในศาสนาอิสลาม ความแข็งแกร่งในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

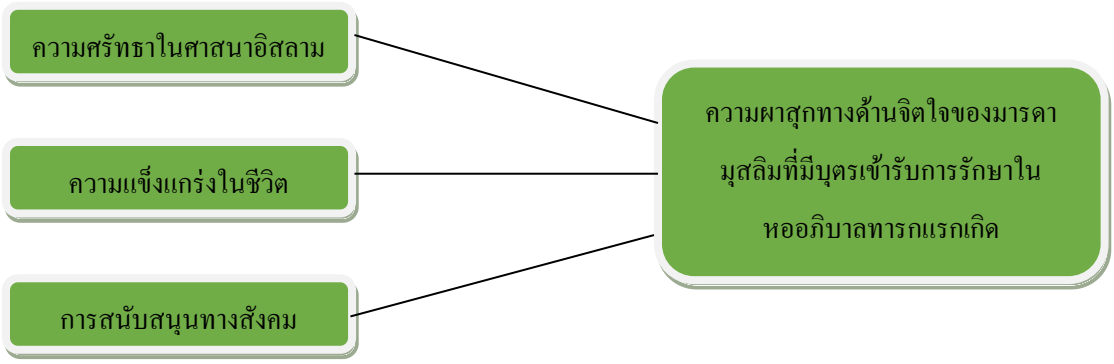
กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความผาสุกทางด้านจิตใจของ Ryff and Keyes (1995) and Ryff (2014) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดา ดังนี้

ความผาสุกทางด้านจิตใจเป็นมิติด้านบวก 6 มิติ คือ 1) การยอมรับในตนเอง (self-acceptance) หมายถึง การมีทัศนคติที่ดีต่อตัวเองทั้งในอดีตและปัจจุบัน ยอมรับตนเองทั้งในด้านดีและด้านที่ไม่ดี และรู้สึกพึงพอใจในตนเอง 2) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น (positive relations with others) หมายถึง การมีความรักและความปรารถนาดีแก่ผู้อื่น เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น และมีความไว้วางใจผู้อื่น 3) ความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) หมายถึง ความเชื่อมั่นในการตัดสินใจของตนเอง มีความอิสระในการเลือกและตัดสินใจ ฝืนแรงกดดันทางสังคมในเรื่องการคิดหรือการกระทำได้ และประเมินตนเองตามมาตรฐานของตัวเองโดยไม่คำนึงถึงความคาดหวังหรือการประเมินจากผู้อื่น 4) ความสามารถในการจัดการสภาพแวดล้อม (environment mastery) หมายถึง ความสามารถในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์และสภาพแวดล้อมให้สอดคล้องกับความต้องการของตนเอง ใช้โอกาสรอบตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจัดการภารกิจต่าง ๆ ได้ 5) การมีเป้าหมายในชีวิต (purpose in life) หมายถึง การมีเป้าหมายในชีวิตและมีความมุ่งมั่นที่จะไปถึงเป้าหมาย รับรู้ความหมายของชีวิตในปัจจุบันและในอดีต และ 6) การมีความงอกงามในตน (personal growth) หมายถึง ความรู้สึกถึงศักยภาพของตนเองในการพัฒนาทั้งร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง พร้อมเปิดรับประสบการณ์ใหม่ และมองเห็นโอกาสแห่งการปรับปรุงหรือพัฒนาตนตลอดเวลา (Ryff & Keyes, 1995; Ryff , 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางด้านจิตใจ ประกอบด้วย ความศรัทธาในศาสนาอิสลาม ซึ่งอาศัยแนวคิดหลักการศรัทธาที่อ้างอิงหลักฐานจากอัลกุรอาน โดย Lorna (2016) ซึ่งความศรัทธาในศาสนาอิสลามช่วยให้มารดาสามารถปรับตัวในการแสดงบทบาทความเป็นมารดาต่อเหตุการณ์ที่ยากลำบากในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดา (Aflakseir, 2012; Koburtay et al., 2022) ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นความสามารถของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ท่ามกลางสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Grotberg, 1996; McKenna et al., 2022; Nintachan, 2015) และการสนับสนุนทางสังคม เป็นการได้รับความช่วยจากครอบครัว เพื่อน และ

เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเมื่อต้องเผชิญความเครียด ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) 2) การสนับสนุนด้านวัตถุหรือสิ่งของ (tangible support) และ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูล (informative support) (Schaefer et al., 1981) ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดามุสลิมที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความศรัทธาในศาสนาอิสลาม ความแข็งแกร่งในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสามจังหวัดชายแดนใต้

ประชากร คือ มารดามุสลิมที่มีบุตรกำลังได้รับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ 3 แห่ง ที่อยู่ในสามจังหวัดชายแดนใต้

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดามุสลิมที่มีบุตรกำลังได้รับรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ 3 แห่ง ที่อยู่ในสามจังหวัดชายแดนใต้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) as cited in Thato (2022) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน เพื่อทดแทนกรณีที่ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มีการสูญหายของข้อมูลบางส่วน ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ (Hair et al., 2010 as cited in Punyoo et al, 2020) รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 คน แบ่งตามสัดส่วนของจำนวนทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารก

แรกเกิดของแต่ละโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2565 ได้กลุ่มตัวอย่างจากแต่ละโรงพยาบาลจำนวน 32, 34, และ 34 คน ตามลำดับ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ โดยเกณฑ์การคัดเข้าสำหรับมารดาประกอบด้วย 1) อายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ 3) ไม่เคยมีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด 4) ไม่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจหรือเคยได้รับการวินิจฉัยปัญหาทางจิต 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดและมาเยี่ยมบุตรที่หออภิบาลทารกแรกเกิดก่อนมารดาจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 6) อยู่ในระยะหลังคลอดปกติมากกว่า 12 ชั่วโมง หรือหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากกว่า 24 ชั่วโมง และเกณฑ์คัดเข้าสำหรับทารก คือ เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดในช่วง 7 วันแรก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การศึกษาทางศาสนา ภาวะการมีงานทำ อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความพอเพียงของรายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์ในชีวิตคู่ ภาษาหลักที่มารดาใช้ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และการบีบเก็บน้ำนมให้บุตร

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะอาการของทารก ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ อายุครรภ์ที่คลอด ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของทารก ระยะเวลาที่ทารกอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิด การวินิจฉัยโรคแรกรับ การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน และการรักษาที่ทารกได้รับ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความศรัทธาในศาสนาอิสลาม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดหลักการศรัทธาสำหรับมุสลิมที่อ้างอิงหลักฐานจากอัลกุรอาน โดย Lorna (2016) เพื่อประเมินระดับความเชื่อและความจงรักภักดีหรือความเลื่อมใสทางศาสนาของมารดา จำนวน 18 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด แบ่งเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) ศรัทธาในอัลลอฮฺเป็นพระเจ้า จำนวน 3 ข้อ 2) ศรัทธาในบรรดามลาอิกะฮฺ จำนวน 3 ข้อ 3) ศรัทธาในบรรดาคัมภีร์ จำนวน 3 ข้อ 4) ศรัทธาต่อบรรดาศาสนทูต จำนวน 3 ข้อ 5) ศรัทธาในวันพิพากษา จำนวน 3 ข้อ 6) ศรัทธาในกฎการกำหนดสถานการณ์ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะของคำตอบในแต่ละข้อเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับ ได้แก่ “เห็นด้วยน้อยที่สุด” “เห็นด้วยน้อย” “เห็นด้วยปานกลาง” “เห็นด้วยมาก” “เห็นด้วยมาก

ที่สุด” โดยให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ “เห็นด้วยน้อยที่สุด” ให้ 1 คะแนน จนถึง “เห็นด้วยมากที่สุด” ให้ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 90 คะแนน

การแปลผลระดับความศรัทธาในศาสนาอิสลาม แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด และหารด้วยจำนวนระดับ (Thato, 2022) ดังนี้ คะแนน 18.00 - 42.00 หมายถึง มีความศรัทธาในศาสนาอิสลามระดับต่ำ คะแนน 42.01 - 66.00 หมายถึง มีความศรัทธาในศาสนาอิสลามระดับปานกลาง คะแนน 66.01 - 90.00 หมายถึง มีความศรัทธาในศาสนาอิสลามระดับสูง

ชุดที่ 4 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience Inventory) ของ Nintachan et al. (2012) as cited in Nintachan (2015) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grotberg (1995, 1997) โดยมีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) “I have (ฉันมี...)” จำนวน 9 ข้อ 2) “I am (ฉันเป็นคนที่...)” จำนวน 10 ข้อ และ 3) “I can (ฉันสามารถที่จะ...)” จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ ได้แก่ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” “ไม่เห็นด้วย” “เฉย ๆ” “เห็นด้วย” “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ให้ 1 คะแนน จนถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ให้ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 140 คะแนน

การแปลผลระดับความความแข็งแกร่งในชีวิต แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด และหารด้วยจำนวนระดับ (Thato, 2022) ดังนี้ คะแนน 28.00 - 65.33 หมายถึง มีความแข็งแกร่งในชีวิตระดับต่ำ คะแนน 65.34 - 102.67 หมายถึง มีความแข็งแกร่งในชีวิตระดับปานกลาง คะแนน 102.68 - 140.00 หมายถึง มีความแข็งแกร่งในชีวิตระดับสูง

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (The Modified Version of Social Support Questionnaire, Thai Version) ของ Hanucharurnkul (1988) มีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด แบ่งผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) สมาชิกในครอบครัว จำนวน 7 ข้อ 2) เพื่อน จำนวน 7 ข้อ และ 3) เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ แต่ละกลุ่มครอบคลุมการสนับสนุน 3 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านวัตถุ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ ได้แก่ “ไม่ช่วยเหลือเลย” “ช่วยเหลือเล็กน้อย” “ช่วยเหลือบ้างบางครั้ง” “ช่วยเหลือค่อนข้างมาก” “ช่วยเหลือมากที่สุด” โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ “ไม่ช่วยเหลือเลย” ให้ 0 คะแนน จนถึง “ช่วยเหลือมากที่สุด” ให้ 4 คะแนน คะแนนเต็ม 84 คะแนน

การแปลระดับการสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด และหารด้วยจำนวนระดับ (Thato, 2022) ดังนี้ คะแนน 0.00 - 28.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทาง

สังคมระดับต่ำ คะแนน 28.01 - 56.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง คะแนน 56.01 - 84.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

ชุดที่ 6 มาตรวัดความผาสุกทางจิตฉบับภาษาไทย (Psychological well-being Scale-Thai) แปลมาจากเครื่องมือวัดความผาสุกด้านจิตใจของ Ryff (2014) โดย Prewnim et al. (2020) มีจำนวน 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) อิสระแห่งตนหรือความเป็นตัวของตัวเอง จำนวน 3 ข้อ 2) ความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม จำนวน 3 ข้อ 3) ความงอกงามส่วนบุคคลหรือการเติบโตภายในตนเอง จำนวน 3 ข้อ 4) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น จำนวน 3 ข้อ 5) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต จำนวน 3 ข้อ และ 6) การยอมรับตนเอง จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 6 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว เป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ให้ 1 คะแนน จนถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ให้ 6 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 8 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนตรงข้ามกับข้อคำถามเชิงบวก คะแนนเต็ม 108 คะแนน

การแปลผลระดับความผาสุกทางด้านจิตใจเป็น 3 ระดับ โดยนำคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด หารด้วยจำนวนระดับ (Thato, 2022) ดังนี้ คะแนน 18.00 - 48.00 คะแนน หมายถึง มีความผาสุกทางด้านจิตใจในระดับต่ำ คะแนน 48.01 - 78.00 คะแนน หมายถึง มีความผาสุกทางด้านจิตใจในระดับปานกลาง คะแนน 78.01 - 108 คะแนน หมายถึง มีความผาสุกทางด้านจิตใจในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะอาการของทารก และแบบสอบถามความศรัทธาในศาสนาอิสลาม ซึ่งเป็นเครื่องมือใหม่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของการใช้ภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และปรับข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index for scale [S-CVI]) ของแบบสอบถามความศรัทธาในศาสนาอิสลาม เท่ากับ 1.00 ในการวิจัยครั้งนี้ไม่ประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และมาตรวัดความผาสุกทางจิต เนื่องจากเป็นแบบสอบถามเดิมที่มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ดี คือเท่ากับ .96, .94, และ 1.00 ตามลำดับ โดยการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการดัดแปลงแบบสอบถามทั้ง 3 ฉบับ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 6 ชุด ไปทดลองใช้กับมารดาที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงชนิดความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ของเครื่องมือวิจัย โดยแบบสอบถามความศรัทธาในศาสนาอิสลาม

แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85, .93 และ .89 ตามลำดับ ส่วนมาตรวัดความผาสุกทางจิตได้ค่าเท่ากับ .67 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน ได้ค่าเท่ากับ .79 ซึ่งถือว่าเครื่องมือมีค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (LoBiondo-Wood & Haber, 2014)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2023- St- Nur 004 (Internal)) วันที่ 3 มีนาคม 2566 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถานที่ดำเนินการวิจัยทั้ง 3 แห่ง ตามหนังสือรับรองเลขที่ PTN – 015 - 2566 วันที่ 21 มีนาคม 2566 และเลขที่ นธ 0033.106 / 2708 วันที่ 12 เมษายน 2566 และเลขที่ ยล 0033.102.4 / 9079 วันที่ 25 เมษายน 2566 ดำเนินการวิจัยโดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจ ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวม และข้อมูลที่ได้จะถูกทำลายหลังจากที่งานวิจัยได้ถูกเผยแพร่ภายใน 2 ปี

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยหรือผู้ประสานงานวิจัยประจำโรงพยาบาล ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหออภิบาลทารกแรกเกิดที่ผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ แห่งละ 1 คน ผู้วิจัยหรือผู้ประสานงานวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับอนุญาตให้เข้าพบโดยผ่านการประสานงานของพยาบาลประจำหออภิบาลทารกแรกเกิด เพื่อแนะนำตัวและเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการวิจัยโดยการอ่านเอกสารในใบพิทักษ์สิทธิ์ให้ฟัง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในประเด็นต่าง ๆ ที่ใช้ประกอบการตัดสินใจแล้วสามารถตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยอย่างอิสระ ด้วยความสมัครใจ พร้อมลงนามให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยหรือผู้ประสานงานวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยภาษาไทยตามแบบสอบถามทุกคน เนื่องจากมารดาส่วนใหญ่อ่านภาษาไทยไม่คล่อง และบางส่วนไม่สามารถอ่านภาษาไทยได้เพราะใช้ภาษามลายูเป็นภาษาหลัก

การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามทำหลังจากกลุ่มตัวอย่างผ่านการประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกาย (โดยการสังเกตลักษณะทั่วไป สีหน้า ท่าทางที่บ่งบอกถึงความไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย ปวดแผล เป็นต้น) และประเมินความพร้อมด้านจิตใจ (โดยสังเกตสีหน้า ท่าทาง เช่น สีหน้าเคร่งเครียด เศร้า กังวล เป็นต้น) รวมถึงการสอบถามความรู้สึกและความพร้อมในการตอบแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ในระหว่างสัมภาษณ์ผู้วิจัย / ผู้ประสานงานวิจัยคอยสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ถ้าพบความผิดปกติจะยุติการสัมภาษณ์ทันที และให้การพยาบาลเบื้องต้น อย่างไรก็

ตามไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีความผิดปกติทั้งด้านร่างกายและจิตใจระหว่างการสัมภาษณ์ เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ ผู้วิจัย / ผู้ประสานงานวิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และเก็บแบบสอบถามในซองที่ปิดผนึกโดยไม่มีการระบุชื่อ-สกุลหรือข้อมูลอื่น ๆ ที่จะเชื่อมโยงถึงกลุ่มตัวอย่างได้

ผู้วิจัยเตรียมผู้ประสานงานวิจัยประจำแต่ละโรงพยาบาลด้วยตนเอง โดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และการเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกชุด ตรวจสอบความเข้าใจของผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยและการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม โดยให้ผู้ประสานงานวิจัยฝึกอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการวิจัย และสัมภาษณ์อย่างน้อย 2 ครั้ง จนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องทุกขั้นตอน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารก โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่และร้อยละ สำหรับข้อมูลในระดับนามบัญญัติและเรียงอันดับ ส่วนข้อมูลที่จัดอยู่ในระดับอันตรภาคชั้นและอัตราส่วน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนความศรัทธาในศาสนาอิสลาม ความแข็งแกร่งในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางด้านจิตใจ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำค่าเฉลี่ยมาแบ่งระดับตามเกณฑ์ที่กำหนด ในกรณีที่ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ (normal distribution) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่ามัธยฐาน (median) และค่าส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (interquartile range [IQR]) ในกรณีที่ข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นแบบโค้งปกติ

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความศรัทธาในศาสนาอิสลาม ความแข็งแกร่งในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางด้านจิตใจ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ซึ่งการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ชุดข้อมูลความศรัทธาในศาสนาอิสลามมีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rho correlation coefficient) สำหรับชุดข้อมูลความแข็งแกร่งในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางด้านจิตใจมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติและมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นเชิงเส้นตรง โดยแบ่งระดับของความสัมพันธ์เป็น 4 ระดับ ดังนี้ ค่าสหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0 หมายถึง ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน ค่าสหสัมพันธ์ < .30 หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ค่าสหสัมพันธ์ .30 - .70 หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์

กันในระดับปานกลาง ค่าสหสัมพันธ์ > .70 หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง (Thato, 2022)

ผลการวิจัย

มารดามีอายุเฉลี่ย 30.17 ปี (S.D. = 6.39) โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 18 - 34 ปี (ร้อยละ 72) รองลงมามีอายุในช่วง 35 - 39 ปี (ร้อยละ 22) มีวุฒิการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 47) และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61) เคยได้รับการศึกษาทางศาสนา (ตาดีการะดับต้น) มารดามีอาชีพเป็นแม่บ้านมากที่สุด (ร้อยละ 50) ไม่มีงานทำ (ร้อยละ 40) โดยร้อยละ 43 มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท / เดือน และร้อยละ 39 มีรายได้ 10,001 - 20,000 บาท/เดือน ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย (ร้อยละ 55) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอาศัยอยู่ด้วยกันกับสามี และเกือบทั้งหมดพึงพอใจกับความสัมพันธ์ในชีวิตคู่ (ร้อยละ 97) มารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84) ใช้ภาษามลายูเป็นภาษาหลัก มารดาเกือบครึ่งหนึ่งมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 49) และมารดาส่วนใหญ่มีการบีบเก็บน้ำนมให้บุตร (ร้อยละ 61)

ทารกแรกเกิดเป็นกลุ่มที่เกิดก่อนกำหนดมากที่สุด (ร้อยละ 57) มีอายุครรภ์ขณะเกิดเฉลี่ย 34.87 สัปดาห์ (S.D. = 3.72) ส่วนใหญ่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับอาการเล็กน้อย (ร้อยละ 87) ระยะเวลาที่ทารกอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดเฉลี่ย 3.19 วัน (S.D. = 1.72) โดยได้รับการวินิจฉัยโรคแรกรับเป็นกลุ่มอาการหายใจลำบากมากที่สุด (ร้อยละ 47) การวินิจฉัยโรคปัจจุบันเป็นกลุ่มอาการหายใจลำบากมากที่สุด (ร้อยละ 25) รองลงมาคือมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (ร้อยละ 18) ทารกส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่รุกล้ำร่างกาย (ร้อยละ 72)

ระดับความศรัทธาในศาสนาอิสลาม ความแข็งแกร่งในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสามจังหวัดชายแดนใต้

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความศรัทธาในศาสนาอิสลามอยู่ในระดับสูง (M = 86, 56, S.D. = 5.35) ความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับสูง (M = 119.56, S.D. = 9.54) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (M = 62.93, S.D. = 9.39) และความผาสุกทางด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง (M = 82.97, S.D. = 10.18) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ และระดับของความศรัทธาในศาสนาอิสลาม ความแข็งแกร่งในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางด้านจิตใจ (n = 100)

ตัวแปรที่ศึกษา	Min - Max	M / Md	S.D. / IQR	ระดับ
ความศรัทธาในศาสนาอิสลาม	65.00 - 90.00	86.56 (90*)	5.35 (5.75**)	สูง
ความแข็งแกร่งในชีวิต	90.00 - 139.00	119.56	9.54	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	38.00 - 83.00	62.93	9.39	สูง
ความผาสุกทางด้านจิตใจ	63.00 – 101.00	82.97	10.18	สูง

* หมายถึง ค่ามัธยฐาน

** หมายถึง ค่าส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์

ความสัมพันธ์ระหว่างความศรัทธาในศาสนาอิสลาม ความแข็งแกร่งในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสามจังหวัดชายแดนใต้

ผลการศึกษา พบว่า ความศรัทธาในศาสนาอิสลามและความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ด้านบวกในระดับปานกลางกับความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดามุสลิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .43$, $p < .001$, $r = .31$, $p < .01$ ตามลำดับ) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ด้านบวกในระดับต่ำกับความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดามุสลิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .29$, $p < .01$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความศรัทธาในศาสนาอิสลาม ความแข็งแกร่งในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดในสามจังหวัดชายแดนใต้ (n = 100)

ตัวแปร	ความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดา (r)	p	ระดับความสัมพันธ์
ความศรัทธาในศาสนาอิสลาม	.43*	.000	ปานกลาง
ความแข็งแกร่งในชีวิต	.31	.002	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	.29	.004	ต่ำ

* Spearman's rho

อภิปรายผล

ความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

การศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87) มีระดับการเจ็บป่วยของบุตรอยู่ในระดับอาการเล็กน้อยจึงไม่กระทบกับจิตใจของกลุ่มตัวอย่างมากนัก ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีความผาสุกทางด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำ (Cheon, 2012; Polloni et al., 2021; Titilope et al., 2020) และผลการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่ามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลเด็กป่วยวิกฤตมีความผาสุกทางด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (Punyoo et al., 2020)

ความสัมพันธ์ระหว่างความศรัทธาในศาสนาอิสลามกับความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความศรัทธาในศาสนาอิสลามอยู่ในระดับสูง (M = 86.56, S.D. = 5.35; Md = 90, IQR = 5.75) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 61) เคยได้รับการศึกษาตาดีการะดับต้น และเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่ามุสลิมใน 3 จังหวัดชายแดนใต้มีความเชื่อและศรัทธาในศาสนาอิสลามสูง รวมทั้งปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาอย่างเคร่งครัด ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้เทียบเคียงได้กับการศึกษาของ Punyoo et al. (2020) ที่พบว่ามารดาที่นับถือศาสนาพุทธและมีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลเด็กมีความศรัทธาในศาสนาอยู่ในระดับสูงเช่นกัน เท่ากับ 79.50 (IQR = 14.75) จากคะแนนเต็ม 90

การศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ความศรัทธาในศาสนาอิสลามมีความสัมพันธ์ด้านบวกในระดับปานกลางกับความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .43$, $p < .001$) อธิบายได้ว่า ความศรัทธาในศาสนาอิสลามเป็นตัวกำหนดความคิด และพฤติกรรมของผู้ที่ศรัทธาอย่างแท้จริง เป็นรากฐานสำคัญของการบรรลุความสงบสุขทางจิตใจ นำไปสู่การยกระดับจิตวิญญาณของบุคคลให้สูงขึ้น ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่ยากลำบากในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลด้านบวกต่อความผาสุกทางด้านจิตใจของบุคคล (Aflakseir, 2012; Koburtay et al., 2022; Study Corgi, 2020) สอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อในศาสนาอิสลาม (religious belief) ที่ระบุว่า ความศรัทธาในศาสนาอิสลาม เป็นการเชื่อมั่นอย่างมีเหตุผลต่อหลักศรัทธาว่าเป็นความจริง ส่งผลต่อความคิด พฤติกรรม รูปแบบการดำเนินชีวิต และจิตใจของบุคคล มีการให้ความหมายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในด้านบวก ช่วยให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งเสริมการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลในด้านบวกต่อความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดา (Tajul Ariffin et al., 2022) ดังนั้นมารดาที่มีความศรัทธาในศาสนาอิสลามสูงจะให้ความหมาย

ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในด้านบวก ยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แม้แต่ช่วงเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด มารดามุสลิมก็สามารถปรับตัวได้ดี และมีความผาสุกทางด้านจิตใจสูง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดีย ที่พบว่า ความศรัทธาในศาสนาอิสลามมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับความผาสุกทางด้านจิตใจของประชาชนทั่วไป ($r = .39$, $p < .05$) (Lakdawala et al., 2018) และสามารถเทียบเคียงกับการศึกษาในประเทศมาเลเซีย ที่พบว่า ความศรัทธาในศาสนาอิสลามมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับสุขภาพจิตที่ดีของนักศึกษามุสลิม ($r = .32$, $p < .001$) (Tajul Ariffin et al., 2022) และเทียบเคียงได้กับการศึกษาในนักศึกษามุสลิมของประเทศอังกฤษ ที่พบว่า ความศรัทธาในศาสนาอิสลามมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับการมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต ($r = .37$, $p < .05$) (Aflakseir, 2012)

ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับสูง ($M = 119.56$, $S.D. = 9.54$) ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากมารดากลุ่มนี้เป็นผู้ใหญ่ตอนต้นที่อายุ 18 - 34 ปี จึงมีวุฒิภาวะเพียงพอในการดำเนินชีวิตอย่างเข้มแข็งมากกว่ามารดาวัยอื่น (Laplai & Pinsuwan, 2022) ประกอบกับมารดามากกว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย และได้รับการรักษาตามสิทธิ ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในตนเอง เป็นแนวทางในการปรับตัวเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ยากลำบากในชีวิตได้ โดยการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ด้านบวกในระดับปานกลางกับความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31$, $p < .01$) ซึ่งความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ของบุคคลในการส่งเสริมความสามารถหรือทักษะให้บุคคลมีความเข้าใจและยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในด้านบวก ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการปัญหาต่าง ๆ และสามารถบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียดได้ มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความผาสุกทางด้านจิตใจของบุคคล (Mustafa et al., 2019) สอดคล้องกับแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิต ที่ระบุว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นความสามารถของบุคคลในการฟื้นตัวจากเหตุการณ์ที่ยากลำบากได้อย่างรวดเร็ว โดยอาศัยแหล่งสนับสนุนภายนอก ความเข้มแข็งภายในตนเอง และทักษะในการจัดการกับปัญหา มาใช้ในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตเพื่อให้บุคคลสามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ที่เลวร้ายได้ และสามารถพัฒนาตนเองไปสู่ชีวิตที่ดีขึ้น (Grotberg, 1996; McKenna et al., 2022; Nintachan, 2015)

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศอียิปต์ ที่พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับความผาสุกทางด้านจิตใจของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ($r = .88$, $p = .00$) (Mustafa et al., 2019) และเทียบเคียงได้กับผลการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มี

ภาวะสมองเสื่อมในประเทศสเปน ที่พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับความผาสุกทางด้านจิตใจของผู้ดูแล ($r = .92$, $p < .01$) (Sanchez-Teruel et al., 2022) ทั้งนี้เพราะความแข็งแกร่งในชีวิตของมารดา ทำให้มารดามีจิตใจที่เข้มแข็ง และสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ แม้จะต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตที่ต้องดูแลบุตรของตนเองที่เจ็บป่วย

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ($M = 62.93$, $S.D. = 9.39$) สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ อาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนอาศัยอยู่กับสามีและร้อยละ 97 มีความพึงพอใจกับความสัมพันธ์ในชีวิตคู่ จึงได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และการสนับสนุนด้านวัตถุจากสามี นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลเป็นอย่างดีจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ เนื่องจากบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและเป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษาใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งถือว่าเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการที่มีคุณภาพแก่ผู้รับบริการ และการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ด้านบวกในระดับต่ำกับความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .29$, $p < .01$) อธิบายได้ว่าการรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะช่วยส่งเสริมความสามารถของมารดาในการปรับตัวเพื่อเผชิญกับปัญหา การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวกลางในการปกป้องบุคคลจากผลกระทบของเหตุการณ์ ทำให้บุคคลรับรู้ถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง การได้รับการดูแลด้วยความรัก ความห่วงใย ก่อให้เกิดความรู้สึกเข้มแข็ง ช่วยลดผลกระทบจากการตอบสนองด้านอารมณ์เชิงลบ มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ (House, 1981; Schaefer et al., 1981) การได้รับสนับสนุนทางสังคมทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต เกิดความรู้สึกมั่นคงทางด้านอารมณ์และจิตใจ จึงก่อให้เกิดความผาสุกทางด้านจิตใจเพิ่มขึ้น (Al Eid et al., 2021)

ผลการศึกษาครั้งนี้ใกล้เคียงกับผลการศึกษาในประเทศไทยของ Dallas et al. (2020) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ด้านบวกระดับปานกลางกับความผาสุกทางด้านจิตใจของผู้ดูแลเด็กออทิสติก ($r = .53$, $p < .001$) สามารถเทียบเคียงได้กับผลการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมร่วมทำนายความแปรปรวนของความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตได้ ร้อยละ 36 (Punyoo et al., 2020) เช่นเดียวกับผลการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาของ Cheon (2012) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำนายความผาสุกด้านจิตใจของมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด และใกล้เคียงกับผลการศึกษาในประเทศ

ไนจีเรีย ที่พบว่า การสนับสนุนด้านสังคมจากพยาบาลผ่านโปรแกรมสนับสนุนจากพยาบาล (supportive nursing intervention) มีผลด้านบวกต่อความผาสุกด้านจิตใจของมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โดยหลังได้รับโปรแกรม มารดามีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกด้านจิตใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Titilope et al., 2020)

สรุป

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีคะแนนเฉลี่ยความศรัทธาในศาสนาอิสลาม การสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งในชีวิต และความผาสุกทางด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง ความศรัทธาในศาสนาอิสลามและความแข็งแกร่งในชีวิต มีความสัมพันธ์ด้านบวกในระดับปานกลางกับความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดา และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ด้านบวกในระดับต่ำกับความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรมีการจัดกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มความศรัทธาในศาสนาอิสลาม การสนับสนุนทางสังคม และความแข็งแกร่งในชีวิต เพื่อเสริมสร้างความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมให้มารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด มีความผาสุกทางด้านจิตใจมากขึ้น โดยให้ความสำคัญกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกด้านจิตใจของมารดาจากผลการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การทำกิจกรรมที่เสริมสร้างความศรัทธาในศาสนาอิสลามและความแข็งแกร่งในชีวิต รวมทั้งให้การสนับสนุนทางสังคมของมารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด เช่น การปลูกฝังให้มารดามุสลิมปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา การผลิตสื่อวิดีโอต่าง ๆ ที่เสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตโดยผสมผสานเรื่องราวทางประวัติศาสตร์ที่ระบุไว้ในอัลกุรอานเพื่อเป็นแรงบันดาลใจในการยืนหยัดต่อสู้กับเหตุการณ์อันเลวร้ายให้ผ่านพ้นไปได้และมีความแข็งแกร่งในชีวิตมากขึ้น การให้ข้อมูลตามความต้องการของมารดา เพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนมารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในขณะที่มีบุตรเจ็บป่วย การให้ความช่วยเหลือและช่วยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง / ให้แนวทางในการแก้ไขปัญหา เพื่อเสริมสร้างความผาสุกทางด้านจิตใจในขณะที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาอำนาจในการทำนายของความศรัทธาในศาสนาอิสลาม การสนับสนุนทางสังคม และความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความแปรปรวนของความผาสุกทางด้านจิตใจในมารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

2. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความศรัทธาในศาสนาอิสลาม การสนับสนุนทางสังคม และความแข็งแกร่งในชีวิต กับความผาสุกทางด้านจิตใจในกลุ่มมารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลเด็กป่วยวิกฤต

3. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความศรัทธาในศาสนาอิสลาม การสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งในชีวิต กับความผาสุกทางด้านจิตใจในบิดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดและหออภิบาลเด็กป่วยวิกฤต

4. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความศรัทธาในศาสนาอิสลาม การสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งในชีวิต และความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดในระยะน้อยกว่า 7 วัน กับมากกว่า 7 วัน

5. พัฒนาโปรแกรมหรือสื่อที่ช่วยส่งเสริมความผาสุกทางด้านจิตใจของมารดามุสลิมที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โดยเน้นกิจกรรมที่เสริมสร้างความศรัทธาในศาสนาอิสลาม การสนับสนุนทางสังคม และความแข็งแกร่งในชีวิตผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัย

รายการอ้างอิง (References)

Aflakseir, A. (2012). Religiosity, Personal Meaning, and Psychological Well-Being: A Study among Muslim Students in England. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology, 9*(2), 27- 31. https://psycnet.apa.org/record/2012-17550-011

Al Eid, N. A., Arnout, B. A., Alqahtani, M. M., Fadhel, F. H., & Abdelmotelab, A. S. (2021). The Mediating Role of Religiosity and Hope for the Effect of Self-Stigma on Psychological Well-Being among COVID-19 Patients. *Work (Reading, Mass.), 68*(3), 525 - 541. https://doi.org/10.3233/WOR-20339212

Awad, F. B., & Mayasari, R. P. (2015). Subjective Well-Being, Psychological Well-Being, and Islamic Religiosity. *International Journal of Science and Research, 4*(12), 1168 - 1173. https://doi.org/10.21275/v4i12.nov152116

Bernardo, J., Rent, S., Arias-Shah, A., Hoge, M. K., & Shaw, R. J. (2021). Parental Stress and Mental Health Symptoms in the NICU: Recognition and Interventions. *Neo Reviews*, *22*(8), 496-505. https://doi.org/10.1542/neo.22-8-e496

Cheon, K. (2012). *Psychological Well-Being of Mothers with Preterm Infants*. [Doctoral dissertation, California University]. Open Access Publication from the University of California. https://escholarship.org/uc/item/549349w723

Dallas, C. J., Kaewmart, N., Poonnotok, P., Koedbangkham, J., Lakthong, S., & Ponpinij, P. (2020). The Relationship Between Selected Factors and Psychological Well-being among Caregivers of Children with Autism in the Eastern Thailand. *Journal of the Department of Medical Services, 45*(2), 31-37. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/view/245392

Grotberg, E.H. (1995, April 5). *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit.* https://bibalex.org/baifa/attachment/documents/115519.pdf

Grotberg, E.H. (1996, April 5). *The Annual Convention of the International Council of Psychologists*. Bnaff. https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED419584.pdf

Grotberg, E.H. (1997, April 5). *The Annual Convention of the International Council of Psychologists*. Graz. https://eric.ed.gov/?id=ED417861

Hanucharurnkul, S. (1988). *Social support, Self-Care, and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Radiotherapy in Thailand*. [Doctoral dissertation]. The Wayne State University.

House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Addison-Wesley.

Koburtay, T., Syed, J., & Salhi, N. A. (2022). Theorizing the Notion of Well-Being in Islam: An Update of Ryff's Theory of Eudaimonic Psychological Well-Being. *Journal of Community Psychology*, *50*(5), 2475 – 2490. https://doi.org/10.1002/jcop.22790

Lakdawala, Y., Qasmi, A., & Chettiar, C. (2018). Relationship Between Islamic Spirituality and Psychological Well-Being, Depression and Anxiety. *Islamic Spirituality and Mental Health, 5*(1), 114 - 118. http://doi.org/10.30877/IJMH.5.1.2018.114-118

Laplai, P., & Pinsuwan, M. (2022). Factors Related to the Resilience of Registered Nurses Providing Care to COVID-19 Patients at Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province, Thailand. *Journal of Nursing and Health Care, 40*(4), 1 - 13. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/258595

LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2014). Chapter 15 Reliability and Validity. In G. LoBiondo-Wood, & J. Haber (Eds.), *Nursing Research Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice* 8th ed. (pp. 289 - 309). Mosby Elsevier.

Lorna, A. (2016). *The Articles of Faith for New Muslim* (2nd ed.). Offset.

McKenna, O., Fakolade, A., Cardwell, K., Langlois, N., Jiang, K., & Pilutti, L. A. (2022). Towards Conceptual Convergence: A Systematic Review of Psychological Resilience in Family Caregivers of Persons Living with Chronic Neurological Conditions. *Health Expectations an International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, *25*(1), 4-37. https://doi.org/10.1111/hex.1337425

Mustafa, A. M., El-Ashry, N. M., & Mahmoud, S. (2019). Resilience and Psychological Well-Being Parents of Leukemic Child at 57357 Hospital. *Egyptian Journal of Health Care, 10*, 476-487. http://doi.org/10.21608/EJGC/2019.239100

Nintachan, P. (2015). *The Resilience: Concepts to Assessment and Application.* Cudthong.

Polloni, L., Cavallin, F., Lolli, E., Schiavo, R., Bua, M., Volpe, B., Meneghelli, M., Baraldi, E., & Trevisanuto, D. (2021). Psychological Well-Being of Parents with Infants Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit During SARS-CoV-2 Pandemic. *Children (Basel, Switzerland)*, *8*(9), 755. https://doi.org/10.3390/children8090755

Punyoo, J., Pothiban, L., Jintrawet, U., Mesukko, J., & Reungrongrat, S. (2020). Factors Associated with Psychological Well-Being among Parents of A Critically Ill Child in Pediatric Intensive Care Unit. *Walailak Journal of Science and Technology, 17*(5), 437 - 449. https://wjst.wu.ac.th/index.php/wjst/article/view/5036

Purwanti, D. A., & Kustanti, E. R. (2020). Hubungan Antara Resiliensi dengan Psychological Well-Being pada Ibu yang Memiliki Anak dengan Gangguan Autis. *Journal EMPATI, 7*(1), 283-287. https://doi.org/10.14710/empati.2018.20219

Rihan, S. H., Mohamadeen, L. M., Zayadneh, S. A., Hilal, F. M., Rashid, H. A., Azzam, N. M., Khalaf, D. J., Badran, E. F., & Safadi, R. R. (2021) Parents' Experience of Having an Infant in the Neonatal Intensive Care Unit: A Qualitative study. *Cureus*, *13*(7), 1 - 10. https://doi.org/10.7759/cureus.16747

Rothschild, C. B., Rychlik, K. L., Goodman, D. M., Charleston, E., Brown, M. L., & Michelson, K. N. (2020). Association between Resilience and Psychological Morbidity in Parents of Critically Ill Children. *Pediatric Critical Care Medicine: A Journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies, 21*(4), 177-185. https://doi.org/10.1097/PCC.000000000000223730

Ryff, C. D. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *83*(1), 10 - 28. https://doi.org/10.1159/000353263

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 719 - 727. https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719

Salome, S., Mansi, G., Lambiase, C. V., Barone, M., Piro, V., Pesce, M., Sarnelli, G., Raimondi, F., & Capasso, L. (2022) Impact of Psychological Distress and Psychophysical Well-Being on Posttraumatic Symptoms in Parents of Preterm Infants after NICU Discharge. *Italian Journal of Pediatrics*, *48*(1), 1 - 9. https://doi.org/10.1186/s13052-022-01202-z

Salvador, A., Crespo, C., & Barros, L. (2019). Parents' Psychological Well-Being when a Child has Cancer: Contribution of Individual and Family Factors. *Psycho-Oncology*, *28*(5), 1080-1087. https://doi.org/10.1002/pon.5057

Sanchez-Teruel, D., Robles-Bello, M. A., Sarhani-Robles, M., & Sarhani-Robles, A. (2022). Exploring Resilience and Well-Being of Family Caregivers of People with Dementia Exposed to Mandatory Social Isolation by COVID-19. *Dementia (London, England)*, *21*(2), 410 - 425. https://doi.org/10.1177/14713012211042187

Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The Health-Related Functions of Social Support. *Journal of Behavioral Medicine*, *4*(4), 381–406. https://doi.org/10.1007/BF00846149

Souri, H., & Hasanirad, T. (2011). Relationship Between Resilience, Optimism and Psychological Well-Being in Students of Medicine. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 30*, 1541-1544. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.299

Study Corgi. (2020, October 30). *Is Islamic Spirituality a Key to Psychological Well-Being?*. https://studycorgi.com/is-islamic-spirituality-a-key-to-psychological-well-being

Tajul Ariffin, A. H., Abdul Khaiyom, J. H., & Md Rosli, A. N. (2022). Islam, Iman, and Ihsan: The Role of Religiosity on Quality of Life and Mental Health of Muslim Undergraduate Students. *IIUM Medical Journal Malaysia, 21*(3), 146 - 154. https://doi.org/10.31436/imjm.v21i3

Thato, R. (2022). *Nursing Research: Concepts to Application* (6th ed.). Printing House.

Titilope, M. B., Olatade, M. J., Olasunkanmi, A. E., Kayode, O. S., & Amere, L. T. (2020). Effects of Supportive Nursing Intervention on the Psychological Well-Being of Mothers of Neonates Admitted to Tertiary Hospitals in Ogun State. *International Journal of Caring Sciences, 13*(2), 959 - 969. https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/20_1_maitanmi_original_13_2.pdf

World Health Organization. (2020, September 6). *Newborns: Improving Survival and Well-Being.* https://www.who.int/news-room/fact- sheets/detail/newborns-reducing-mortality.

ประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4

Self-care Experiences of Patients with Chronic Kidney Disease Stage 4

สาลิกา อิสลามิกกุล[1], นิรัชรา ลิลละฮ์กุล[2*]

Salika Issalamikkul[1], Niratchara lillahkul[2*]

(Received: May 8, 2024; Revised: August 2, 2024; Accepted: August 15, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ระหว่าง 15 – 29 % อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครยะลา และยินยอมเข้าร่วมวิจัยและให้ข้อมูล จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้หลักการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้ประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เป็น 2 ประเด็นหลักคือ 1) ความหมายของประสบการณ์การป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เป็น 3 ลักษณะ คือ (1) เป็นโรคที่เกิดตามหลังโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (2) เป็นโรคของพฤติกรรมการกินเค็ม กินมัน กินปรุง (3) เป็นโรคที่เป็นแล้วไม่หาย เสี่ยงต่อการฟอกไต และ 2) ประสบการณ์การดูแลตนเอง เป็น 6 ลักษณะ คือ (1) งดเค็ม เลี่ยงปรุง (2) เดินออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (3) สวดมนต์ พูดคุยระบายความในใจ (4) ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ลดเชื้อโรค (5) หลีกเลี่ยง ห่างไกลอบายมุข (6) รับประทานยาต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

[1]กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา

[1]Continuity of care Department, Yala Hospital

[2]คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม พิษณุโลก

[2]Faculty of Nursing Pibulsongkram Rajabhat University

*Corresponding Author: niratchara.l@psru.ac.th

ผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ที่สอดคล้องกับบริบท วิถีชีวิต วัฒนธรรม ตลอดจนข้อจำกัด ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในการช่วยการชะลอความเสื่อมของไตต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง, ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4

Abstract

The purpose of this qualitative study was to examine the self-care experiences of patients with chronic kidney disease stage 4. To be eligible for participation, 30 participants had to meet the following requirements: be diagnosed as patients with chronic kidney disease stage 4 by a physician, had a glomerular filtration rate (eGFR) between 15 and 29%, they had to be residents of Yala city municipality, and be willing to participate in and provide information for the study. Collecting data by using in-depth interviews and non-participant observation. Data analysis was conducted by using thematic analysis.

According to the findings, the self-care experiences of patients with chronic kidney disease stage 4 were categorized by key informants into two primary topics: (1) The definition of experience with chronic kidney disease stage 4 were three characteristics: (1) Comorbidity disease with diabetes mellitus and hypertension; (2) Salty, fatty, and seasoning eating behavior; and (3) Uncurable disease risking for hemodialysis, and (2) Patients with chronic kidney disease stage 4 had six components of self-care experiences: (1) Reduced salty, avoided seasoning; (2) Frequently walking exercise; (3) Meditation, reducing stress; (4) Cleaning; reducing germs; (5) Avoiding vices; and (6) Frequently taking medication.

The study's conclusions can enhance understanding of the self-care experiences of patients with chronic kidney disease stage 4 in relation to context, lifestyle, and culture, as well as issues and obstacles in self-care. Furthermore, it may serve as the starting point for similar studies that improve self-care to further delay the progression of kidney disease.

Keywords: Self-care, Patients with chronic kidney disease stage 4

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบการป่วยและการเสียชีวิตสูง ในประเทศที่รายได้ต่ำถึงปานกลาง สำหรับประเทศกำลังพัฒนาจะทวีความรุนแรงมากกว่ากลุ่มประเทศพัฒนา จากการศึกษาภาระโรค 204 ประเทศ ขององค์การอนามัยโลกพบว่า ในทุกกลุ่มอายุพบโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) เป็นภาระโรคอันดับที่ 29 มีสัดส่วน 0.8 ของภาระโรคในปี 2553 และเป็นอันดับที่ 18 คิดเป็นสัดส่วน 1.6 ของภาระโรคใน พ.ศ. 2562 แนวโน้มการเพิ่มขึ้นเกือบหนึ่งเท่าตัวหรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 93 (Department of disease control, 2022) ทำให้แนวโน้มต้องบำบัดทดแทนไต ซึ่งเมื่อต้องใช้การบำบัดทดแทนไต ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตนเอง ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ จากรายงานของข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทยในปี 2563 ความชุก (คน) ต่อ 1 ล้านประชากรในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ในปี 2018 คิดเป็น 1,942 ปี 2019 คิดเป็น 2,274 และ ปี 2020 คิดเป็น 2,580 ซึ่งจะเห็นได้ว่าแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยสาเหตุหลักที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.30 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 41.50 ตามลำดับ (The Nephrology Society of Thailand, 2022) นอกจากนั้น การมีพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงที่ทำให้ไตเสื่อม เช่น การใช้ยา NSAIDS การได้รับสารเคมีโลหะหนัก หรือการรับประทานอาหารเค็มหรือโซเดียมสูง เป็นต้น (Wijitsunthonkul, 2022)

ภาวะไตเรื้อรัง สามารถแบ่งระยะออกเป็น 5 ระยะ โดยการประเมินจากอัตราการกรองของไตใน 1 นาที (eGFR) การดูแลผู้ป่วยโรคไตที่สำคัญที่สุด คือ การชะลอความเสื่อมของไตให้เสื่อมช้าที่สุด เพื่อไม่ให้ไตเสื่อมจนต้องการการบำบัดทดแทนไต (Kidney Replacement Therapy) ดังนั้นการดำเนินการป้องกันโรคไตเรื้อรัง จึงถือเป็นปัญหาท้าทายด้านสาธารณสุขที่หลาย ๆ ประเทศเร่งดำเนินการด้วยยุทธศาสตร์และนโยบายต่าง ๆ จากรายงานของ ISN ทบทวนมาตรการและการดำเนินงานป้องกันโรคไตเรื้อรังในหลายประเทศ พบว่า ประเทศต่าง ๆ ได้ดำเนินการมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง หลากหลายรูปแบบ เช่น ประเทศญี่ปุ่น ดำเนินการโดยการเพิ่มความตระหนักทั้งบุคคลและองค์กร (Raising Public Awareness) การให้ความรู้-ความเสี่ยงและอันตรายของโรคไต การจัดการและเปลี่ยนประสบการณ์ในสถานศึกษา จัดให้มีบุคลากรที่ประสานงานกิจกรรมในระดับพื้นที่ การพัฒนาการดูแล (Improving regional healthcare provision) โดยการมีระบบคัดกรอง การวินิจฉัย การดูแล และการส่งต่อ ตลอดจนมีการรายงานกรณีศึกษาตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ การพัฒนาเพื่อยกระดับการดูแล (Improving the level of medical care) โดยการทำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคไต ส่งเสริมการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (Human resource development) โดยการพัฒนาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้อง และ การส่งเสริมงานวิจัย ส่วนประเทศมาเลเซีย

ดำเนินการโดยการป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) เพื่อสร้างความตระหนักและลดพฤติกรรมเสี่ยง การป้องกันระดับทุติยภูมิ โดยการคัดกรองและการวินิจฉัยที่ทันถ่วงที ลดภาวะเสื่อมของไตในกลุ่มเสี่ยง การเพิ่มคุณภาพการบริการและการรักษาโรคไต โดยจัดให้มีแพทย์โรคไตให้ครอบคลุมทั้งสถานบริการรัฐและเอกชน และประเทศออสเตรเลีย มีการดำเนินการมาตรการป้องกันโรคไต โดยการป้องกัน การตรวจวินิจฉัย และการให้ความรู้ การดูแลรักษาพยาบาล มุ่งการเพิ่มคุณภาพการพยาบาล การสนับสนุนการดูแลที่บ้าน การลดความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษา การวิจัยเพื่อพัฒนาและสนับสนุนการป้องกันโรคไต และการส่งเสริมการใช้ข้อมูลและการวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Wijitsunthonkul, 2022) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการที่จะชะลอความเสื่อมของไตให้เสื่อมช้าที่สุดนั้น นอกจากการพัฒนาคุณภาพระบบบริการและทีมสุขภาพแล้ว สิ่งที่สำคัญคือ บุคคลที่ต้องตระหนักในการดูแลตนเอง มีความรู้ ความเข้าใจ และที่สำคัญต้องปฏิบัติที่ถูกต้อง และถือเป็นพฤติกรรมและทักษะส่วนบุคคล ดังนั้นการให้ความสำคัญในการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลจึงเป็นหัวใจสำคัญของการชะลอความเสื่อมของไต

จากคำแนะนำในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของไต (The Nephrology Society of Thailand, 2022) ได้แนะนำให้ดูแลตนเองโดยการรับประทานอาหารที่รสเค็มน้อย โดยเฉพาะโซเดียมให้น้อยกว่า 2,000 มก / วัน ออกกำลังกายแบบความหนักปานกลาง (moderate intensity) ประเภทการออกกำลังกายเป็นแบบแอโรบิคหรือ การออกกำลังกายแบบมีแรงต้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 150 นาที กรณีที่มีโรคความดันโลหิตสูงให้ควบคุมไม่เกิน 130 / 80 มม.ปรอท หรือโรคเบาหวานให้รักษาควบคุมไม่ให้สูงเกินค่าปกติ ค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) น้อยกว่า 6.5 - 7 % และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ งดการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากพบว่า การสูบบุหรี่ทำให้เกิดการฟอกไตหรือปลูกถ่ายไต (End Stage Kidney Disrase: ESKD) เร็วกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ และการสูบบุหรี่ยังลดการทำงานของไต อัลบูมินรั่วในปัสสาวะเพิ่มขึ้น

จากรายงานของ HDC จังหวัดยะลา พบว่า ผู้ป่วยโรคไตที่ขึ้นทะเบียนมีจำนวน 12,823 ราย อาศัยในเขตอำเภอเมือง 4,237 โดยสามารถแบ่งออกเป็นระยะต่าง ๆ ตามการประเมินจากอัตราการกรองของไตใน 1 นาที (eGFR) ออกเป็นระยะที่ 1 จำนวน 293 ราย ระยะที่ 2 จำนวน 316 ราย ระยะที่ 3 จำนวน 621 ราย ระยะที่ 4 จำนวน 284 ราย และระยะที่ 5 จำนวน 202 ราย ในการนี้ ผู้ป่วยระยะที่ 4 หากไม่ได้รับการดูแลตนเองในการชะลอความเสื่อมของไตให้เสื่อมช้าที่สุด อาจทำให้ไตเสื่อมจนต้องใช้การบำบัดทดแทนไต (Kidney Replacement Therapy) เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมาก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลเป็นหัวใจสำคัญของ

การชะลอความเสื่อมของไต จึงได้สนใจศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเอง เพื่อให้เข้าใจการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อย่างลึกซึ้ง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจถึงประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ดำเนินการอธิบายสิ่งที่เข้าใจอย่างละเอียดถี่ถ้วน มีหลักฐานในการสนับสนุน ทำให้เกิดความเข้าใจปรากฏการณ์เหล่านั้นอย่างถ่องแท้ นำมาสู่การแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับความจริงที่ปรากฏ โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อรับรู้ประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ประเด็นที่ผู้ศึกษาต้องการข้อมูลเพิ่มเติมใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Observation) และมีการบันทึกข้อมูลจากการสังเกตในขณะที่สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ท่าทาง สีหน้า พฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับประทานยา และสภาพแวดล้อมต่าง ๆ

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย

ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 อาศัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังต่อไปนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ว่า เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4 2) ค่าอัตราการกรองของไตใน 1 นาที (eGFR) ระหว่าง 15 – 29 % 3) อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครยะลา และกำหนดเกณฑ์คัดออก ดังต่อไปนี้ 1) ผู้ที่ระหว่างการเก็บข้อมูลมีการเปลี่ยนระยะของการป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง 2) มีภาวะวิกฤต จนไม่สามารถร่วมให้ประสบการณ์การดูแลตนเองได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยผ่านการให้คำปรึกษาโดยอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลอื่น ๆ ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) ประเด็นคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและชะลอความเสื่อมของไต ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยโรคไต พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไต ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไป ศึกษาจริง

3. แบบบันทึกภาคสนาม

4. อุปกรณ์สนาม เช่น เทปบันทึกเสียง สมุด ปากกา

วิธีการเก็บรวบรวบข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยมีลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ก่อนการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับการรับรองแล้วผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบคลินิกโรคไตเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและประสานคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิในการทำวิจัยพร้อมทั้งแจ้งสิทธิของผู้ให้ข้อมูล จึงให้ลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยได้มีการโทรนัดหมายเวลาและสถานที่กับผู้ให้ข้อมูล โดยใช้เวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก มีการสร้างสัมพันธภาพและทำความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลก่อนเริ่มการสัมภาษณ์

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกตามแนวคำถามที่เตรียมไว้ เช่น ท่านให้ความหมายของการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ว่าอย่างไร ช่วยเล่าประสบการณ์ของการดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่โรคไตระยะที่ 4 เป็นอย่างไรบ้าง ชีวิตมีการเปลี่ยนอย่างไรบ้าง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างไรบ้าง เป็นต้น ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45 นาที – 1 ชั่วโมงโดยมีการขออนุญาตบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ เปิดโอกาสให้ผู้ให้สัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นและตอบคำถามได้อย่างอิสระ ผู้วิจัยจับประเด็นของข้อมูล และจดบันทึกสรุปประเด็น หลังจากได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในแต่ละวัน มีการทำบันทึกภาคสนาม (field note) และถอดเทปการสัมภาษณ์ บันทึกเนื้อหาความหมาย จัดกลุ่มความหมาย การเชื่อมโยงแนวคิดต่าง ๆ เข้าด้วยกัน ตรวจสอบซ้ำโดยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ

3. ผู้วิจัยถอดเทปและพิมพ์เป็นลายลักษณ์อักษรแบบคำต่อคำเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ และทำความเข้าใจความหมายต่าง ๆ หากประโยคใดมีความหมายไม่ชัดเจน จะนำไปถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย 2 – 3 ครั้ง จนไม่พบข้อมูลที่สงสัยหรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นหรือข้อมูลอิ่มตัว (saturation of data) จึงยุติการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic analysis) (Jiratwattanakul, 2009) ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการถอดเทปคำต่อคำจากการสัมภาษณ์และทำความเข้าใจในข้อความ หรือถ้อยคำต่าง ๆ ที่ปรากฏในบันทึกที่ได้จากการถอดเทปและการบันทึกภาคสนาม (Field Note)

2. จับประเด็นสำคัญตั้งเป็นดัชนี แล้วจัดระบบให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้อ่านข้อความในบันทึกภาคสนาม เอกสารจากการถอดเทป บทสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลแล้วนำมาจัดประเด็นตั้งเป็นดัชนี

3. จัดหมวดหมู่จำแนกประเภท

4. ตีความและตรวจสอบความหมาย โดยผู้วิจัยตีความจากข้อมูล และดำเนินการตรวจสอบความหมายโดยการการตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล การนำผลการตีความไปให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยัน

5. สร้างข้อสรุป จากดัชนี หมวดหมู่ และความหมายทั้งหมด

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยสร้างความน่าเชื่อถือ ตามข้อเสนอแนะ ของ Lincoln and Guba (1985) cited as Lillahkul and Supanakul, (2020) คือ การสร้างความคุ้นเคย กับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ (prolonged engagement) การยืนยันความถูกต้องของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทุกราย (member checking) โดยผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง และให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง และนำข้อสรุปของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งกลับไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ครั้งถัดไป ทุกขั้นตอนการวิจัย (audit trial) และตรวจสอบผลการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัยอีก 1 ท่าน (investigator triangulation) ซึ่งเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีแนวทางการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงถึงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูล ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ข้อมูลที่ได้จะนำมาใช้เฉพาะการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น และนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวม หากมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อการขอรับความช่วยเหลือ หรือเพื่อวัตถุประสงค์ใด ๆ จะต้องได้รับความยินยอม และผ่านการขอจริยธรรมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา เลขที่ 03 / 2567 วันที่ รับรอง 10 พฤศจิกายน 2566 วันหมดอายุ 9 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักมีจำนวนทั้งสิ้น 30 คน เพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่อายุ 71 - 80 ปี ร้อยละ 46.7 รองลงมา 61 - 70 ปี ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 63.3 ระดับการศึกษา ระดับประถามศึกษา ร้อยละ 60 รองลงมาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 20 ประกอบอาชีพแม่บ้าน / พ่อบ้าน ร้อยละ 80 รองลงมา รับจ้างหรือค้าขาย ร้อยละ 10 ส่วนใหญ่ สิทธิเบิกได้ ร้อยละ 56.7

รองลงมา บัตรทองร้อยละ 40 รายได้น้อยกว่า 5000 ร้อยละ 50 รองลงมา รายได้มากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 20

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีโรคประจำตัวก่อนเป็นโรคไตเรื้อรังระดับ 4 โดยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 40 รองลงมาโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.7 โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 10 และ โรคไต ร้อยละ 13.3 ตามลำดับ ส่วนของระยะเวลาของการมีโรคประจำตัวพบว่า ส่วนใหญ่ป่วย 10 ปี ร้อยละ 36.7 รองลงมา ป่วย 20 ปี ร้อยละ 13.3 และ ป่วย 15 ปี ร้อยละ 10 ระยะเวลาที่น้อยที่สุดที่ทำให้เป็นโรคไตเรื้อรังระดับ 4 คือ 3 - 4 ปี ร้อยละ 3.3 ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 สูงสุด 10 ปี ร้อยละ 33.3 รองลงมา 7 ปี ร้อยละ 23.3 ส่วนระยะเวลาน้อยที่สุดที่ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 คือ 1 ปี ร้อยละ 3.3 รองลงมา 2 ปี ร้อยละ 6.7 ดัชนีมวลกาย อ้วนระดับ 1 ร้อยละ 40 รองลงมาปกติ ร้อยละ 26.7 อ้วนระดับ 2 ร้อยละ 20 ตามลำดับ

ประสบการณ์การดูแลตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังเป็น 2 คือ 1) ความหมายของการป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง และ 2) ประสบการณ์การดูแลตนเอง ดังต่อไปนี้

1. ความหมายของการป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะคือ 1) เป็นโรคที่เกิดตามหลังโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2) เป็นโรคของพฤติกรรมการกินเค็ม กินมัน กินปรุง 3) เป็นโรคที่เป็นแล้วไม่หาย เสี่ยงต่อการฟอกไต ดังต่อไปนี้

1.1 เป็นโรคที่เกิดตามหลังโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ผู้ให้ข้อมูลทุกราย ให้ความหมายของการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ว่า เป็นโรคที่เกิดตามหลังการเกิดโรคเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง เป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เนื่องจากโรคดังกล่าวนั้น ต้องรับประทานยานาน ต่อเนื่อง ซึ่งการรับประทานยานานจะส่งผลทำให้ไตวายได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ป้าว่านะ โรคไต เนี่ย มันเพราะเราเป็นเบาหวานอ่ะ เรากินยานาน เพราะกินนาน มันจะทำให้ไตเราพัง แต่บางคน ไม่ได้เป็นเบาหวาน เป็นความดัน ก็ไตวายได้เหมือนกัน เพราะทั้ง 2 โรคมันต้องทานยาไง ทานยาเยอะด้วย ทานจนไตพังเลย”

ป้าละไม (นามสมมุติ)

1.2 เป็นโรคของพฤติกรรมการกินเค็ม กินมัน กินปรุง

ผู้ให้ข้อมูลทุกราย ให้ความหมายของการป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ว่า เป็นโรคที่เกิดจากการรับประทาน โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ของหมักดอง อาหารมัน ๆ อาหารทอด และเครื่องปรุงต่าง ๆ เช่น ซีอิ้ว ซอส ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“มันเกิดจากการกินนั้นแหละ กินอะไรก็เป็นแบบนั้น กินหวาน ก็เป็นเบาหวาน ส่วนโรคไต เพราะเรากินไหมไง กินของเค็ม ของหมักดอง เรากินเกลือเยอะ ไตมันทำงานนาน ไตมันไม่ไหว มันเหนื่อย มันเลยตาย มันวายนะ”

ลุงแดง (นามสมมุติ)

1.3 เป็นโรคที่เป็นแล้วไม่หาย เสี่ยงต่อการฟอกไต

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ให้ความหมายของการเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ว่า เป็นโรคที่รักษาแล้วไม่หาย เป็นแล้วก็ต้องฟอกไตทุกราย ถ้าไม่ฟอกไตก็อาจเสียชีวิตก่อนการฟอกไต เพราะไตจะเสื่อมไปเรื่อยตามการทำงาน และเป็นขั้นตอนของการเสื่อมของไต แต่ระยะเวลาของการฟอกไต จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล แต่สุดท้ายของการดำเนินของโรคไตเรื้อรังคือ การฟอกไต หรือ ถ้าไม่ฟอกไตก็อาจจะเสียชีวิตก่อน การฟอกไต ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“เป็นโรคไต แล้วไม่หายหรอก เป็นแล้วเป็นเลย เป็นจนตายเลยแหละ แต่ก่อนจะตาย ส่วนใหญ่ก็จะมีการฟอกไต ฟอกจนเหนื่อย แล้วก็ไม่ไหว บางคนฟอกสัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง บางคน สัปดาห์ละครั้ง ถ้าเป็นเยอะ ก็วันเว้นวัน จนเหนื่อยไปเลย...”

เมาะมาวี (นามสมมติ)

2. ประสบการณ์การดูแลตนเอง แบ่งออกเป็น 6 ลักษณะ 1) งดเค็ม เลี่ยงปรุง 2) เดินออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 3) สวดมนต์ พูดคุยระบายความในใจ 4) ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ลดเชื้อโรค 5) หลีกเลี่ยง ห่างไกลอบายมุข 6) รับประทานยาต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

2.1 งดเค็ม เลี่ยงปรุง ผู้ให้ข้อมูลทุกราย ให้ข้อมูลที่เหมือนกันว่า ในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพไตจะปฏิบัติเหมือนกัน คือ เลี่ยงการรับประทานอาหารที่รสเค็ม จะปรุงอาหารจืด และพยายามที่จะงดการปรุงรสต่าง ๆ เช่น น้ำปลา ซีอิ้ว เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สะท้อนว่า บางครั้งก็ยังรับประทานเค็มและเครื่องปรุงรส เนื่องจาก หากรับประทานจืดหรือไม่ปรุงรส จะทำให้ไม่เจริญอาหาร ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“เราดูแลตนเอง ไม่กินเค็ม ไม่กินบูดู ปลาเค็ม กินอาหารที่จืด ๆ ไม่ปรุงรส มันต้องทำ ก็พยายามทำทุกวัน แต่มันไม่อร่อยอ่ะ บางทีก็แอบ ๆ กินเค็มบ้างแหละ มันไม่ไหว เราก็อยากทานอาหารที่อร่อย ๆ เหมือนกันนะ..”

เจ๊ะแมะ (นามสมมุติ)

2.2 เดิน แกว่งแขน อย่างสม่ำเสมอ ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกราย มีการออกกำลังกายในการส่งเสริมสุขภาพ เน้นการเพิ่มกิจกรรมการเคลื่อนไหว ซึ่งจะเป็นไปในรูปแบบของการเดิน การแกว่งแขน การทำงานบ้าน แต่ก็ยังมีผู้ให้ข้อมูลส่วนน้อยที่ไม่ได้ออกกำลังกายเลย เนื่องจากข้อจำกัด จากสภาพของร่างกาย ประกอบด้วย การป่วย เช่น โรคเก๊าท์ โรคหัวใจ ไม่มีผู้ดูแล เป็นต้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“...เราเดินออกกำลังกาย ทุกวัน ตอนเช้า หมอบอกว่า การออกกำลังกาย ทำให้โรคไตหายดีขึ้น เป็นการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้สุขภาพไตดี...”

ลุงมา (นามสมมุติ)

“..หมอบอกว่า ต้องออกกำลังกาย ร่างกาย จะได้แข็งแรง ..แต่เราไม่ได้ออกกำลังกายนะ เพราะมันไม่ไหว เราเดินไม่ได้ เราเจ็บเข่า..แถมเวลาเดินมาก ๆ จะเหนื่อย...”

ยายแดง (นามสมมติ)

2.3 สวดมนต์ พูดคุยระบายความในใจ ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกราย จัดการด้านอารมณ์ ไม่ให้เกิดความเครียด เพื่อให้ไตทำงานดีขึ้นขึ้น โดยจัดการตามความศรัทธาของตนเอง เช่น ผู้ให้ข้อมูลที่นับถือศาสนาอิสลาม จะละหมาด อ่านคัมภีร์อัลกรุอ่าน ส่วนผู้ให้ข้อมูล ที่นับถือศาสนาพุทธ จะสวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ นอกจากนั้น การจัดการอารมณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลทุกรายสะท้อนที่เหมือนกัน คือ การพูดคุยระบายกับเพื่อน ญาติ และคนสนิท และการเบี่ยงเบนโดยการทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น ฟังเพลง ดูทีวี เล่นหวย

“...ผมสวดมนต์ ไหว้พระ แล้วก็คุยกับ เพื่อนที่สนิท หรือคนในครอบครัว ก็จะสบายใจขึ้น... บางทีก็เล่นหวย แต่เล่นไม่เยอะ กลัวว่าถ้าเล่นเยอะ จะเครียดกว่าเดิม....”

ลุงไสว (นามสมมติ)

2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ลดเชื้อโรค ผู้ให้ข้อมูลทุกรายสะท้อนถึงการดูแลตนเอง เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยการทำความสะอาดบ้านเรือน ให้สะอาด จัดเป็นระเบียบเรียบร้อย แต่ก็มีข้อจำกัดในการดูแลและอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น บ้านอยู่ใกล้ถนน มีฝุ่น ทำให้ต้องเพิ่มความถี่ในการทำความสะอาด ในส่วนของการดูแลตนเอง ผู้ให้ข้อมูลทุกราย จะให้ความสำคัญในการทำความสะอาดชำระร่างกาย เพื่อป้องกันการหมักหมมของเชื้อโรค และให้ร่างกายสดชื่น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

"...บ้านลุงก็มีหลานช่วยกวาด ช่วยดูแล อย่าให้รก อย่าให้สกปรก เพราะจะทำให้มีเชื้อโรค เราเป็นโรคนี้ ต้องดูแล อย่าให้ติดเชื้อ จะยิ่งแย่ ส่วนตนเอง ลุงก็จะอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายเสมอ..."

ลุงเสมา (นามสมมติ)

2.5 หลีกเลี่ยง ห่างไกลอบายมุข ผู้ให้ข้อมูลทุกราย สะท้อนถึง การดูแลตนเอง โดยการหลีกเลี่ยงและห่างไกลจากอบายมุขทุกชนิด ทั้งของมึนเมา บุหรี่ สารเสพติด โดยงดเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง เพราะสิ่งอบายมุขจะส่งผลต่อร่างกาย โดยเฉพาะไต จะทำให้ไตเสื่อมมากขึ้น และจะทำให้กลายเป็นผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายได้มากขึ้น ดังกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

"....ผมนะ เลิกทุกอย่างเลย ทั้งเหล้า ทั้งบุหรี่ ทั้งยาดอง เพราะหมอบอกว่า มันจะส่งผลต่อไต ทำให้ไตเสื่อมไว แต่เดิมก็ดื่มเยอะ อยู่นะ แต่ตอนนี้ ต้องงดครับ งดจริง ๆ...."

ลุงเอ็ม (นามสมมติ)

2.6 รับประทานยาต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ผู้ให้ข้อมูลทุกราย สะท้อนถึง การดูแลตนเอง เกี่ยวกับยา โดยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยา เพราะการรับประทานยาจะช่วยป้องกันการเสื่อมของไต รวมทั้งการรับประทานยาที่เป็นโรคเดิม เช่น ยาความดันโลหิตสูง ยาเบาหวาน เป็นต้น แต่ผู้ให้ข้อมูลก็ยังสะท้อนว่า มีบ้างที่ขาดยา หรือ ขาดนัด แต่ก็ได้จัดการโดยการนัดใหม่ ดังคำล่าวของผู้ให้ข้อมูล

"...การทานยา มันสำคัญมาก ค่ะ ต้องทานยาต่อเนื่องนะ ห้ามขาดยา และป้าก็ทานยาต่อเนื่อง เมื่อไรลืมหรือขาดนัด ป้าก็จะไปนัดใหม่ การทานยามันสำคัญมาก ขาดยาไม่ได้ เลย แต่บางทีก็มีลืมบ้าง จะลืมยังไงก็ตาม ก็ต้องทานให้ต่อเนื่อง เพราะสำคัญ..."

ป้าเจิม (นามสมมติ)

อภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ให้ความหมายของการป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 ว่า **เป็นโรคที่เกิดตามหลังโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และเป็นโรคที่เป็นแล้วไม่หาย เสี่ยงต่อการฟอกไต**

เนื่องจากส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่ป่วยโดยโรคไตเรื้อรังมักจะเกิดจากภาวะแทรกซ้อน หรือ เกิดจากการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง (KanKarn et al., 2019; Kaewmun et al., 2019; American Diabetes Association, 2014) เนื่องจากการป่วยด้วยเบาหวาน จะทำให้เกิดการสร้าง glucose transporters เพิ่มขึ้น และนำน้ำตาลกลูโคสเข้าสู่เซลล์ ทำให้การทำงานของไตลดลงจนเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต (Pattanapisansak, 2019) การป่วยด้วยความดันโลหิตสูงก็จะส่งผลทำให้ไตทำหน้าที่ลดลงหรือสูญเสียหน้าที่ในการทำงาน ยิ่งป่วยเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลทำให้การกรองลดลง ทำให้เกิดไตวายได้ โดยจะพบว่า ผู้มีโรคเบาหวานมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ไม่มีโรคเบาหวาน 2.7 เท่า โรคความดันโลหิตสูง 2.0 เท่า (Wijitsunthonkul, 2022) **เป็นโรคของพฤติกรรมการกินเค็ม กินมัน กินปรุง** เนื่องจาก พฤติกรรมเหล่านั้น เป็นพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ส่งผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานอาหารจำพวกเค็ม อาหารกลุ่มที่มีโซเดียมสูง เนื่องจากอาหารเหล่านี้ จะส่งผลทำให้เกิดการคั่งของเกลือและน้ำในร่างกาย ทำให้ไตทำงานหนักในการกำจัดออกจากร่างกาย และนอกจากนั้นยังทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ซึ่งเมื่อความดันโลหิตสูงทำให้เกิดผลเสียต่อหลอดเลือดในอวัยวะต่างๆ รวมทั้งหลอดเลือดในไต ทำให้ไตทำงานหนักขึ้น ความดันในหน่วยไตสูงขึ้น เกิดการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ ซึ่งทำให้ไตเสื่อมมากขึ้น (Aogsathit et al., 2024) **เป็นโรคที่เป็นแล้วไม่หาย เสี่ยงต่อการฟอกไต** เนื่องจากโรคไตมีการดำเนินของโรคออกเป็น 5 ระยะ ซึ่งการดำเนินของโรค หรือการชะลอความเสื่อมของไตสามารถชะลอได้ จากการรักษาและการพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ตอบสนองหรือไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะทำให้การทำหน้าที่ของไตเสื่อมลงจนเกิดเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และเมื่อเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จึงต้องมีการฟอกไตเพื่อช่วยในการขับของเสีย โดยความชุกของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายและต้องฟอกไต ต่อ 1 ล้านประชากร (คน) ในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ในปี 2018 คิดเป็น 1,942 ปี 2019 คิดเป็น 2,274 และ ปี 2020 คิดเป็น 2,580 ซึ่งจะเห็นได้ว่า แนวโน้มเพิ่มขึ้น (The Nephrology Society of Thailand, 2022) ทำให้ผู้ให้ข้อมูลจึงให้ความหมายของการป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังดังกล่าวข้างต้น

ประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเองและชะลอความเสื่อมไต พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนข้อมูลที่คล้ายคลึงกันว่า **อาหาร** เลี่ยงการรับประทานอาหารที่รสเค็ม จะปรุงอาหารจืด และพยายามที่จะงดการปรุงรสต่าง ๆ เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว การเดิน **ออกกำลังกาย** โดยการเดิน การแกว่งแขน การทำงานบ้าน ผ่อนคลาย **อารมณ์** โดยการ**สวดมนต์ ไหว้พระ อ่านคัมภีร์ และหากิจกรรมที่คลายเครียด** ซึ่งส่วนใหญ่ ใช้การพูดคุยระบายกับเพื่อนหรือญาติที่สนิท การดูทีวี ฟังเพลง เล่นหวย หลีกเลี่ยงห่างไกล **อบายมุข** ทั้งเหล้า บุหรี่ และเครื่องดื่มที่ส่งต่อไตทุกชนิด ดูแลทำความสะอาดร่างกาย และ

อนามัยสิ่งแวดล้อมรอบตัว และ **รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง** ผู้ป่วยเกือบทุกราย ให้การดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ โดยการรับเลี่ยงรับประทานอาหารที่รสเค็มและปรุงจืด เนื่องจากการรับประทานอาหารที่รสเค็มจะส่งผลต่อทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ทำให้ไตทำงานหนัก เพื่อเพิ่มการกรองผลที่ตามมา ทำให้ความดันในหน่วยไตเพิ่มขึ้น และเกิดการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ (Aogsathit et al., 2024) มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ เนื่องจาก การออกกำลังกายจะช่วยชะลอความเสื่อมของไตได้ ซึ่งการออกกำลังกายโดยการอุ่นร่างกาย 10 นาที การออกกำลังกายแอโรบิคร่วมกับมีแรงต้าน 30 นาที และการคลายอุ่น เป็นเวลา 3 วันต่อสัปดาห์ (Defossez, 2023) ในขณะเดียวกัน การสูบบุหรี่ไปทำลายเนื้อไต ส่งผลทำให้การทำงานของไตลดลง มีการศึกษากลุ่มผู้สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวันและไม่มีโรคเบาหวาน จำนวน 7,476 ราย พบมีความเสี่ยงโรคไตเรื้อรังในระยะต่อมา และผู้สูบบุหรี่มากกว่า 5 มวนต่อวัน มีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มครีเอตินินในเลือดมากว่า 0.3 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตรร้อยละ 31 นอกจากนั้น สารที่มีความเป็นพิษต่อไต (Nephrotoxins) ได้แก่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สารเคมี เช่น ยาแก้ปวดบางชนิดที่รับประทานต่อเนื่องจำนวนมาก หรือการได้รับโลหะหนัก พบการศึกษาผู้ที่รับประทานยาพาราเซตามอล (Acetaminophen) ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา 1,000 – 4,999 เม็ด มีความเสี่ยงโรคไตระยะสุดท้าย 2.0 เท่า และรับประทานมากกว่า 5,000 เม็ดมีความเสี่ยงเพิ่มเป็น 2.4 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่รับประทานยาพาราเซตามอลน้อยกว่า 1,000 เม็ดในช่วงชีวิตที่ผ่าน (Wijitsunthonkul, 2022) ส่วนการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งยารักษาความดันโลหิตสูง ยารักษาโรคเบาหวานนั้นจะช่วยในการชะลอไต เนื่องจากการรักษาด้วยยาช่วยลดระดับความดันโลหิต สามารถลดอัตราการเกิดโรคไตวายระยะสุดท้ายได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีอัลบูมินรั่วในปัสสาวะ (Department of disease control, 2022) ยาของโรคเบาหวาน เช่น อินซูลิน ช่วยชะลอความเสื่อมของไตและป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (The Nephrology Society of Thailand, 2022) ซึ่งการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพการทำงานของไตในผู้ป่วยที่มีภาวะไตวาย การออกกำลังกาย การรับฟังเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย การติดตามการรับประทานอาหารให้ถูกต้อง จะช่วยให้ค่าอัตราการกรองไตเพิ่มขึ้นหรือดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Reaungboon et al., 2019)

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 มีการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยการรับประทานอาหารที่ลดเค็ม งดการปรุงรส ออกกำลังกายโดยการเดินและการแกว่งแขน การจัดการความเครียด การสวดมนต์ การหาที่ปรึกษา การจัดสิ่งแวดล้อมที่สะอาด เพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ การงดและลดการสูบบุหรี่ การดื่มเหล้าและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษายังพบว่า ยังขาดความสม่ำเสมอและความเคร่งครัดในการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ตลอดจนความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งอาจส่งผลสุขภาพและการชะลอความเสื่อมของไตได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทีมสุขภาพ ควรให้ความสำคัญในการให้ความรู้ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ติดตามต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เป็นการสร้างความตระหนักแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ชะลอการเสื่อมของไตได้

2. บุคลากรทีมสุขภาพ ควรจัดสื่อการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งด้านความรู้และภาษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ สนใจเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยโรคไต

2. ด้านการศึกษาวิจัย ควรศึกษานวัตกรรมการให้ความรู้ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยโรคไต

รายการอ้างอิง (Reference)

American Diabetes Association. (2014, August 14). *Standards of Medical Care in Diabetesd*. https://care.diabetesjournals.org/ content/diacare/37/ Supplement_1/S14. full.pdf.

Aogsathit, A., Vibhasthawat, K., & Kantawesiri, S. (2024, February 20). *The Role of Salty Food in Kidney Disease*. https://www.rama.mahidol.ac.th/th/knowledge_awareness_health/28oct 2020 -1438)

Defossez, K. (2023). Effect of an exercise program for delaying renal impairment in patients with chronic kidney disease stage 3 in the community Muang District, Udon Thani Province. *Journal of Health and Environmental Eucation, 8*(1), 423 - 427. https://so0 6 .tci-thaijo.org/ index.php/hej/article/view/262727

Department of disease control. (2022, August 14). *Epidemiology and Prevention of Chronic Kidney Disease* https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1308820220905025852.pdf

Jiratwattanakul, S. (2009). *Qualitative Research in Health Science*. Witthayaphat.

Kaewmun, P., Chaimay, B., & Woradet, S. (2019). Factors Associated with Complication of Chronic Kidney Disease among Diabetic Patients in Pa-Phayom District, Phatthalung Province. *Academic Journal of Community Public Health, 5*(3*),* 62-73. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/247223

KanKarn, W., Damnok, K. & Anutrakulchai, S. (2019). Effectiveness of Care Model for Chronic Kidney Disease Patients Using Integrated Disease Management and Case Management in Primary Care Units, Northeast. *Journal of Nursing and Health Care, 37*(3), 173 - 182. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/219749

Lillahkul, N., & Supanakul, P. (2020). Homebound Older Adults Health Promoting Behaviors and Related Factors ina Muslim Cultural Context: A Case Studyin Yala Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 7*(2), 194 - 205. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/177774

Pattanapisansak, T. (2019). Progression of Kidney Disease n Type 2 Diabetic Patients: a Case Study of Aranyaprathet Hospital**.** *Journal of Health Science*, *28*(4), 639 – 949. https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/7751

Reaungboon, A., Padee, P., Pradittapong, J., Riengisarang, Y., Konsue, A. (2019). A Model for Promotion and Rehabilitation of Glomerular Filtration Rate in Patients with Chronic Renal Disease. *Journal of Health Science, 28*(Supplemetn2), 122 - 129. https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/8289

The Nephrology Society of Thailand. (2022). *Clinical Practice Recommendation for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease in Adults 2022* (Revised edition). Srimuang Printing.

Wijitsunthonkul, K. (2022, February 20). *Epidemiology and Review of Preventive Measures for Chronic kidney disease.* http://thaincd.com/2016/media-detail.php? id=14423&gid=-015-005.

ฤทธิ์ของสารสกัดสะตอในการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลส และแอลฟากลูโคซิเดส

Inhibitory Effects of Stink Bean (*Parkia speciose*) Extracts Against α-amylase and α-Glucosidase Activity

วนิตา ปานทอง[1], อรอนงค์ สมทรัพย์[1], เพ็ญพร สูจิวัฒนารัตน์[1*]

Wanita Pantong[1], On-Anong Somsap[1], Penporn Sujiwattanarat[1*]

(Received: April 30, 2024; Revised: August 6, 2024; Accepted: August 29, 2024)

บทคัดย่อ

สะตอ (*Parkia speciosa* Hassk) พืชที่นิยมในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย สารสกัดจากผลสะตอมีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ ยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรียและเซลล์มะเร็ง อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ศึกษาทดสอบฤทธิ์การยับยั้งของสะตอต่อการทำงานของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลส และแอลฟากลูโคซิเดสยังไม่แพร่หลาย ซึ่งเอนไซม์ทั้ง 2 ชนิดมีบทบาทสำคัญต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด ส่งผลต่อการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนั้นในงานวิจัยนี้สนใจศึกษาฤทธิ์ของสารสกัดจากผลสะตอด้วยวิธีการสกัด 4 ประเภท ต่อการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ดังกล่าว ผลการทดลองพบว่า สารสกัดด้วยวิธี 50 % เอทานอลสามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลสได้ดีที่สุดร้อยละ 96.65 ± 6.58 และมีค่า IC_{50} เท่ากับ 0.42 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ซึ่งยับยั้งได้ดีกว่าสารมาตรฐานอะคาร์โบส อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) การทดสอบการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดสจากลำไส้หนู พบว่าสารสกัดจากผลสะตอมีความสามารถในการยับยั้งเอนไซม์ได้น้อย การทดสอบเอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดสจาก *Saccharomyces cerevisiae* พบว่าสารสกัดด้วยวิธี 100 % เอทานอลสามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ได้ดีที่สุดร้อยละ 27.67 ± 2.38 ที่ความเข้มข้นของเอนไซม์ 0.25 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร เมื่อเทียบกับอะคาร์โบสอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

[1]คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

[1]Faculty of Medicine, Princess of Naradhiwas University

*Corresponding Author: penporn.s@pnu.ac.th

ฤทธิ์ของสารสกัดจากผลสะตอสามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ทั้ง 2 ชนิดได้ งานวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนเพื่อการวิจัยทางด้านอาหารเสริม และส่งเสริมการบริโภคในรูปแบบแพทย์ทางเลือก พร้อมทั้งการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้

คำสำคัญ: แอลฟาอะไมเลส, แอลฟากลูโคซิเดส, สารสกัดสะตอ, การยับยั้งเอนไซม์

Abstract

Sator (*Parkia speciosa* Hassk) is the favorite plant in the 3 southern border provinces of Thailand. The sator extracts indicated the presence of antioxidants, antimicrobials and inhibition of cancer cells. However, the previous study of inhibition of α-amylase and α-glucosidase activity has not been reported. Both enzymes play an importance role of decreasing blood glucose levels resulting in amelioration of non-communication chronic diseases (NCDs). Therefore, this study focused on 4 distinct extraction methods. The results showed that the 50% ethanol extraction is the most ability to inhibit the α-amylase at 96.65 $\pm$ 6.58 % and IC_{50} at 0.42 mg/ml. The fifty percentage of ethanol extraction is a better inhibitor than acarbose for the α-amylase ($p < 0.05$). To investigate the preference of the α-glucosidase from intestinal rat inhibition, these extracts had less α-glucosidase inhibitory activity. The result of α-glucosidase from *Saccharomyces cerevisiae* was found to be most inhibition by 100 % ethanol extraction of 27.67 $\pm$ 2.38 % at the enzyme concentration of 0.25 mg/ml compared with the acarbose significantly ($p < 0.05$). The sator extracts have been able to inhibit both α-amylase and α-glucosidase activity. The data from this study can be used as supporting knowledge for further research in supplemental food and complementary medicine including prevention of NCDs.

Keywords: α-amylase, α-glucosidase, *Parkia speciosa* (Sator) extract, Enzyme inhibition

บทนำ

สะตอ (*Parkia speciosa* Hassk) ชื่อสามัญ stink bean เป็นไม้ยืนต้นในวงศ์ Leguminosae วงศ์ Mimosaceae อยู่ในสกุล (genus) Parkia ชนิด (species) Speciosa พบมากในแถบทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ ประเทศมาเลเซีย อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ (Rozaq & Sofriani, 2009; Samuel et al., 2010) และแถบทางภาคใต้ของประเทศไทย รวมทั้งพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ สะตอจัดเป็นพืชประจำถิ่นทางภาคใต้และเป็นที่นิยมรับประทานกันอย่างแพร่หลาย (Manoon, 1988) ผลของสะตอมีคุณค่าทางอาหาร

ประกอบไปด้วยคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน เมื่อเทียบกับผักชนิดอื่นพบว่าสะตอจัดเป็นแหล่งสำคัญของสารอาหารพวกเกลือแร่ เช่น แคลเซียมโปแตสเซียม วิตามินซี และวิตามินอี (Kamisah et al., 2013) จากการศึกษาสารสกัดของผลสะตอด้วยวิธีการสกัด 4 ประเภท คือ 100 % เอทานอล 50 % เอทานอล ตัวทำละลายน้ำด้วยวิธีการต้ม และตัวทำละลายน้ำด้วยวิธีไมโครเวฟ พบสารต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) ที่สำคัญ ได้แก่ โพลีฟีนอล (polyphenol) ซึ่งมีฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรียประเภทแกรมบวก เช่น Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus*, *Micrococcus luteus* และแบคทีเรียแกรมลบ คือ *Salmonella typhi* อีกทั้งสารสกัดจากสะตอมีระดับการยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งที่แตกต่างกันและมีความเป็นพิษต่ำต่อเซลล์ปกติ 2 ชนิด คือ เซลล์ไฟโบรบลาสต์ (human dermal fibroblasts cells; HDF) (ATCC PCS-201-012) และเซลล์ท่อน้ำดี (immortalized human cholangiocyte cells; MMNK-1) (Pantong et al., 2024) จากผลการศึกษาดังกล่าวเห็นถึงประโยชน์ คุณค่าทางอาหาร และคุณค่าทางสมุนไพร สามารถนำสะตอมารับประทานเพื่อส่งเสริมสุขภาพได้ จากงานวิจัยที่ผ่านมามีการศึกษาการรับประทานสะตอเพื่อเป็นการรักษาโรคขั้นพื้นฐานได้ เช่น อาการของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความผิดปกติของไต และอาการปวดหัว เป็นต้น (Sungkhachart, 2019) เนื่องจากในยุคปัจจุบันวิถีชีวิตแบบแผนการบริโภคอาหารของคนไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ส่งผลให้คนไทยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูง (non-communication chronic diseases (NCDs)) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่กำลังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกพื้นที่ทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ (Karnjanapiboonwong, 2020) ในขณะที่จังหวัดนราธิวาสมีการรายงานอัตาการเสียชีวิตของประชากรในปี 2565 ด้วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งสูงที่สุดคิดเฉลี่ย 59 ราย เมื่อเทียบกับโรคอื่น ๆ (Narathiwat Provincial Statistical Office, 2023) วิธีการรักษาโดยทั่วไปใช้วิธีการรับประทานยาหรือในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อโรคจะเป็นการแนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าทางโภชนาการร่วมกับการออกกำลังกาย ดังนั้นทางเลือกใหม่สำหรับพืชสมุนไพรหรือสารสกัดธรรมชาติจากพืช เป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่จะช่วยในการเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อผู้บริโภคเพื่อลดปัญหาการเกิดโรคต่าง ๆ และลดความเสี่ยงต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาเป็นระยะเวลานาน (Azliza et al., 2012)

เนื่องจากผลของสะตอมีสารสำคัญที่มีประโยชน์ สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียและเซลล์มะเร็ง มีความเป็นพิษต่ำต่อเซลล์ปกติ 2 ชนิด คือ เซลล์ไฟโบรบลาสต์ (human dermal fibroblasts cells; HDF) (ATCC PCS-201-012) และเซลล์ท่อน้ำดี (immortalized human cholangiocyte cells; MMNK-1) (Pantong et al., 2024) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสารสกัดของผลสะตอที่สกัดด้วยวิธีการสกัด 4 ประเภท ได้แก่ 100 % เอทานอล 50 % เอทานอล ตัวทำละลายน้ำด้วย

วิธีการต้ม และตัวทำละลายน้ำด้วยวิธีไมโครเวฟ (Pantong et al., 2024) เพื่อทดสอบฤทธิ์การยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลส (α-amylase) และแอลฟากลูโคซิเดส (α-glucosidase) ซึ่งเอนไซม์เหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการเร่งปฏิกิริยาเปลี่ยนแป้งเป็นน้ำตาลกลูโคส (glucose) หากสารสกัดจากผลสะตอสามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์เหล่านี้ได้ จะช่วยให้การดูดซึมน้ำตาลเข้าสู่กระแสเลือดลดลงและลดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดน้อยลง (Laya et al., 2022) จากนั้นเปรียบเทียบผลการยับยั้งจากการสกัดสารแต่ละวิธี เพื่อหาวิธีการสกัดที่ดีที่สุดในการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ทั้ง 2 ชนิด แนวทางการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับวิธีการสกัดสารสกัดหยาบที่มีอยู่ในผลสะตอต่อฤทธิ์ในการยับยั้งกิจกรรมของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลส และแอลฟากลูโคซิเดส เพื่อเป็นแนวทางหนึ่งในการเพิ่มข้อมูลสู่การพัฒนาสารสกัดในรูปแบบต่าง ๆ และคุณประโยชน์ของสะตอ อีกทั้งเป็นแนวทางในการส่งเสริมการบริโภคในรูปแบบแพทย์ทางเลือกเพื่อป้องกันการเกิดโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาฤทธิ์การยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลส (α-amylase) ของสารสกัดผลสะตอที่สกัดด้วยวิธีการสกัด 4 ประเภท
2. เพื่อศึกษาฤทธิ์การยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดส (α-glucosidase) จากลำไส้หนู และ *Saccharomyces cerevisiae* ของสารสกัดผลสะตอที่สกัดด้วยวิธีการสกัด 4 ประเภท

วิธีการวิจัย

สารเคมี

สารเคมีที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ได้แก่ เอนไซม์แอลฟาอะไมเลส (α-amylase from *Aspergillus oryzae*) เอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดส (α-glucosidase from *Saccharomyces cerevisiae*) เอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดส (rat-intestinal acetone powder) อะคาร์โบส (acarbose) จากบริษัท Sigma-Aldrich (St. Louis, MO, USA) พารา-ไนโตรฟีนิล-แอลฟา-ดี-กลูโคไพราโนไซด์ (p-Nitrophenyl-α-D-glucopyranoside) จากบริษัท Merck ประเทศ Germany

วิธีการสกัดผลสะตอ

ผู้วิจัยนำผลสะตอมาจากพื้นที่ของจังหวัดนราธิวาส ในช่วงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 โดยนำผลสะตอปลอกเปลือกล้างด้วยน้ำสะอาดพักไว้ให้แห้งเข้าตู้อบที่อุณหภูมิ 70 องศาเซลเซียส จนแห้งสนิทเป็นเวลา 5 วัน จากนั้นบดให้ละเอียดด้วยเครื่องปั่น ชั่งผงของผลสะตอที่ได้ 10 กรัม นำมาสกัดด้วยวิธีการสกัด 4 ประเภท คือ 1) 100 % เอทานอล (100 % ethanol) ละลายผงสะตอในเอทานอลปริมาตร 50 มิลลิลิตร 2) 50 % เอทานอล (50 % ethanol) ละลายผงสะตอในเอทานอลกับน้ำกลั่นในอัตราส่วน 25:25 มิลลิลิตร 3) ตัวทำละลายน้ำด้วยวิธีการต้ม (boiling water) ละลายผงสะตอในน้ำกลั่นปริมาตร 50 มิลลิลิตร ต้มที่อุณหภูมิ 95 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 1 ชั่วโมง และ 4) ตัวทำละลายน้ำด้วยวิธีไมโครเวฟ (microwave-assisted water) ละลายผงสะตอในน้ำกลั่นปริมาตร 50 มิลลิลิตร นำเข้าไมโครเวฟที่กำลังไฟฟ้า 750 วัตต์ เป็นเวลา 2 นาที พักให้เย็นลง 10 นาที จากนั้นนำเข้าไมโครเวฟต่อที่กำลังไฟฟ้า 750 วัตต์ เป็นเวลา 3 นาที นำสารละลายที่สกัดได้ทั้ง 4 ประเภท ไปปั่นเหวี่ยงที่ความเร็ว 4,500 rpm 10 นาที แล้วกรองด้วยกระดาษกรอง เก็บส่วนสารละลายที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส (Pantong et al., 2024)

การหาความเข้มข้นของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลส (α-Amylase) และแอลฟากลูโคซิเดส (α-glucosidase) ที่เหมาะสม

ความเข้มข้นที่เหมาะสมของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลส ทำโดยเตรียมสารสกัดผลสะตอที่สกัดด้วยวิธีการสกัด 4 ประเภท ให้มีความเข้มข้น 1 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตรด้วยการละลายใน 0.1 โมลาร์ โซเดียมฟอสเฟตบัฟเฟอร์ pH 6.9 จากนั้นปิเปตมาปริมาตร 40 ไมโครลิตร ทำการเจือจางเอนไซม์แอลฟาอะไมเลส ให้มีความเข้มข้น 0.25 0.5 1 2 และ 4 ยูนิตต่อมิลลิลิตร ปิเปตมาปริมาตร 4.0 ไมโครลิตร บ่มที่อุณหภูมิ 25 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 10 นาที เติมสารละลายแป้งข้าวโพดร้อยละ 1 (ละลายอยู่ใน 0.1 โมลาร์ โซเดียมฟอสเฟตบัฟเฟอร์ pH 6.9) ปริมาตร 40 ไมโครลิตร บ่มที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 15 นาที หยุดปฏิกิริยาด้วย 1 โมลาร์ กรดไฮโดรคลอริก ปริมาตร 50 ไมโครลิตร และเติมสารละลายไอโอดีน 50 ไมโครลิตร นำไปวัดค่าการดูดกลืนแสงด้วยเครื่อง microplate reader ที่ความยาวคลื่น 650 นาโนเมตร (Luyen et al., 2013; Chalopagorn & Klomsakul, 2017)

เอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดสที่ทดสอบในงานวิจัยนี้มี 2 ชนิด คือ แอลฟากลูโคซิเดสที่มาจาก ลำไส้หนู และแอลฟากลูโคซิเดสที่มาจาก *Saccharomyces cerevisiae* การหาความเข้มข้นที่เหมาะสมของเอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดสจากลำไส้หนู ทำโดยชั่ง rat-intestinal acetone powder ปริมาณ 5 กรัม ละลายใน 0.1 โมลาร์ โซเดียมฟอสเฟตบัฟเฟอร์ pH 6.9 ปริมาตร 20 มิลลิลิตร นำไปกวนที่ 4 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 1 คืน จากนั้นนำไปปั่นเหวี่ยงที่ความเร็วรอบ 10,000 g เป็นเวลา 15 นาที ที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส จะได้สารละลายที่มีเอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดสเข้มข้น 36 มิลลิยูนิตต่อ

มิลลิลิตร (Connolly et al., 2014) จากนั้นทำการเจือจางเอนไซม์ให้มีความเข้มข้น 1.125 2.25 4.5 9 และ 18 มิลลิยูนิตต่อมิลลิลิตร สำหรับการหาความเข้มข้นที่เหมาะสมของเอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดสจาก *S. cerevisiae* ทำโดยเจือจางเอนไซม์ให้มีความเข้มข้น 13.75 27.5 55 110 และ 220 มิลลิยูนิตต่อมิลลิลิตร ในงานวิจัยนี้จะทำการทดสอบฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดสด้วยวิธี para-nitrophenol colorimetric เป็นวิธีที่ดัดแปลงจาก Connolly et al. (2014) เริ่มต้นด้วยการเติมสารสกัดผลสะตอที่สกัดด้วยวิธีการสกัด 4 ประเภท แต่ละประเภทจะมีความเข้มข้น 1 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ปริมาตร 30 ไมโครลิตร จากนั้นปิเปตเอนไซม์มา 50 ไมโครลิตร บ่มที่อุณหภูมิ 25 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 10 นาที ปิเปตสารละลาย 5 มิลลิโมลาร์ พารา-ไนโตรฟีนิล-แอลฟา-ดี-กลูโคไพราโนไซด์ (p-Nitrophenyl-α-D-glucopyranoside) ปริมาตร 30 ไมโครลิตร บ่มที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 30 นาที วัดค่าการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 405 นาโนเมตร

คำนวณหาค่าร้อยละของการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ทั้ง 3 ชนิด (% Inhibition) ด้วยสูตร [(A-B)/A]×100 เมื่อ A คือ ค่าการดูดกลืนแสงของสารละลายที่ไม่มีสารสกัดจากผลสะตอ B คือ ค่าการดูดกลืนแสงของสารละลายที่มีสารสกัดจากผลสะตอ

การยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลส (α-Amylase)

ทำการเจือจางสารละลายสกัดผลสะตอที่สกัดด้วยวิธีการสกัด 4 ประเภท ให้มีความเข้มข้น 0.0625 0.125 0.25 0.5 1 และ 2 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร จากนั้นปิเปตมา 40 ไมโครลิตร เติมเอนไซม์แอลฟาอะไมเลสที่ความเข้มข้น 2 ยูนิตต่อมิลลิลิตร ปริมาตร 40 ไมโครลิตร บ่มที่อุณหภูมิ 25 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 10 นาที เติมสารละลายแป้งข้าวโพดร้อยละ 1 ปริมาตร 40 ไมโครลิตร บ่มที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 15 นาที หยุดปฏิกิริยาด้วย 1 โมลาร์ กรดไฮโดรคลอริก ปริมาตร 50 ไมโครลิตร และเติมสารละลายไอโอดีน 50 ไมโครลิตร นำไปวัดค่าการดูดกลืนแสงด้วยเครื่อง microplate reader ที่ความยาวคลื่น 650 นาโนเมตร คำนวณหาค่าร้อยละของการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลส (% Inhibition) ด้วยสูตร [(A-B)/A] ×100 เปรียบเทียบกับสารมาตรฐานอะคาร์โบส (Acarbose) ซึ่งเป็นยารักษาโรคเบาหวาน

การยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดส (α-glucosidase) จากลำไส้หนู และ *Saccharomyces cerevisiae*

ทำการเจือจางสารละลายสกัดผลสะตอที่สกัดด้วยวิธีการสกัด 4 ประเภท ให้มีความเข้มข้น 0.0625 0.125 0.25 0.5 1 และ 2 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร จากนั้นปิเปตมา 40 ไมโครลิตร เติมเอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดสจากลำไส้หนูความเข้มข้น 1.125 และ 2.25 มิลลิยูนิตต่อมิลลิลิตร หรือเอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดสจาก *S. cerevisiae* ที่ความเข้มข้น 27.5 และ 55 มิลลิยูนิตต่อมิลลิลิตร ปริมาตร 40

ไมโครลิตร บ่มที่อุณหภูมิ 25 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 10 นาที ปิเปตสารละลาย 5 มิลลิโมลาร์ พารา-ไนโตรฟีนิล-แอลฟา-ดี-กลูโคไพราโนไซด์ ปริมาตร 30 ไมโครลิตร บ่มที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 30 นาที วัดค่าการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 405 นาโนเมตร คำนวณหาค่าร้อยละของการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดส (% Inhibition) ด้วยสูตร [(A-B)/A] ×100 เปรียบเทียบกับสารมาตรฐานอะคาร์โบส (Acarbose)

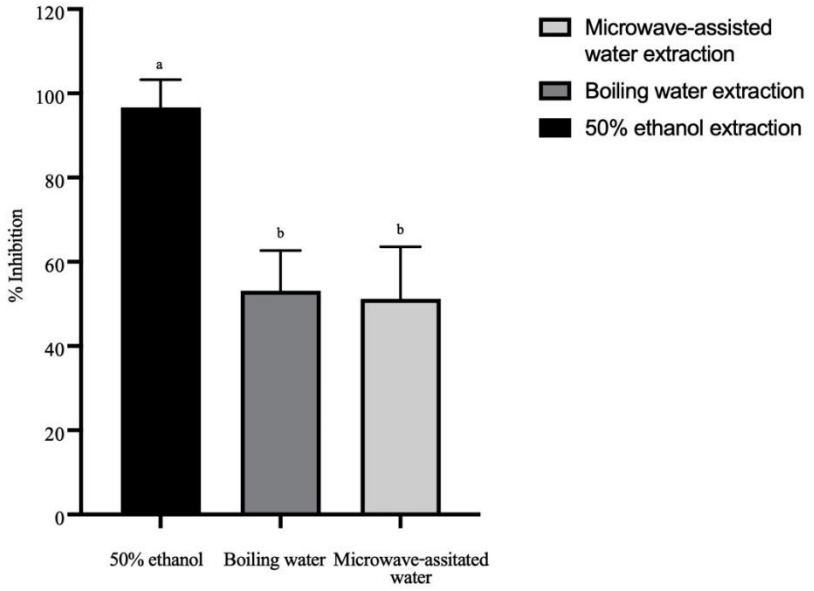
การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

โครงงานวิจัยนี้ทำการทดลอง 3 ซ้ำ สำหรับทุกชุดการทดลอง การคำนวณค่าทางสถิติ (ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน) โดยการวิเคราะห์ผลทางสถิติใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Graph Pad Prism Ver.10 ด้วยวิธี One-Way ANOVA (One-Way Analysis of Variance) Two-Way ANOVA และ t-test (Independent Sample t – test) ที่ระดับความเชื่อมั่นทางสถิติร้อยละ 95 ($p < 0.05$)

ผลการวิจัย

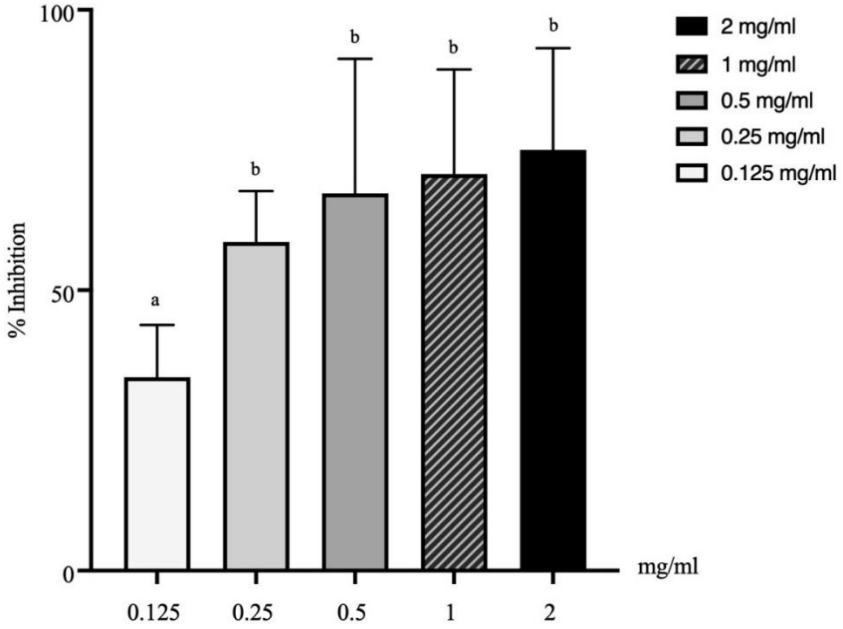
การยังยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลส

จากการทดลองหาความเข้มข้นของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลสโดยมีความเข้มข้นสุดท้ายตั้งแต่ 0.25 0.5 1 2 และ 4 ยูนิตต่อมิลลิลิตร โดยใช้ความเข้มข้นของสารสกัดผลสะตอที่สกัดด้วยวิธีการสกัด 4 ประเภท ความเข้มข้น 1 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร พบว่าที่สารสกัดด้วยวิธี 50 % เอทานอล ตัวทำละลายน้ำด้วยวิธีการต้มและตัวทำละลายน้ำด้วยวิธีด้วยวิธีไมโครเวฟสามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลสที่ความเข้มข้น 2 ยูนิตต่อมิลลิลิตร เท่ากับร้อยละ 96.65 $\pm$ 6.58 53.11 $\pm$ 9.56 51.20 $\pm$ 12.38 ตามลำดับ ซึ่งวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรม One-Way ANOVA มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) เมื่อวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม t-test พบว่าสารสกัดด้วยวิธี 50 % เอทานอลสามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลสได้ดีกว่าการสกัดด้วยวิธีการต้มและไมโครเวฟอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) แสดงดังภาพที่ 1 สำหรับสารสกัดด้วยวิธี 100 % เอทานอลไม่แสดงฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลสได้ เลือกความเข้มข้นที่เหมาะสมของเอนไซม์ 2 ยูนิตต่อมิลลิลิตร มาทำการศึกษาการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลส ทำการเจือจางสารสกัดผลสะตอที่สกัดด้วยวิธีการสกัด 4 ประเภทให้มีความเข้มข้น 0.0625 0.125 0.25 0.5 1 และ 2 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร



ภาพที่ 1 แสดงร้อยละการยับยั้งของสารสกัดทั้ง 3 วิธี โดยใช้เอนไซม์แอลฟาอะไมเลสที่ความเข้มข้น 2 ยูนิตต่อมิลลิลิตร เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม a กับกลุ่ม b มีความแตกต่างกันทางสถิติมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

เมื่อวิเคราะห์การทำงานของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลสพบว่าสารสกัดจาก 50 % เอทานอลที่ความเข้มข้น 2 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร สามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลสได้ดีที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 75 $\pm$ 18.16 แสดงดังภาพที่ 2 และยับยั้งปฏิกิริยาได้ร้อยละ 50 (IC_{50}) เท่ากับ 0.42 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร และเมื่อพิจารณาสารสกัดจาก 50 % เอทานอลในการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลสเทียบกับสารมาตรฐานอะคาร์โบส พบว่า ที่ความเข้มข้น 0.5 และ 1 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตรอะคาร์โบสสามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลสได้เพียงร้อยละ 5.17 $\pm$ 2.99 และ 2.16 $\pm$ 1.83 แสดงดังตารางที่ 1



ภาพที่ 2 แสดงร้อยละการยับยั้งของสารสกัด 50 % เอทานอลที่ความเข้มข้น 0.125 0.25 0.5 1 และ 2 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร โดยใช้เอนไซม์แอลฟาอะไมเลสที่ความเข้มข้น 2 ยูนิตต่อมิลลิลิตร เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม a กับกลุ่ม b มีความแตกต่างกันทางสถิติมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 1 แสดงร้อยร้อยละการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลสเปรียบเทียบระหว่างอะคาร์โบสและสารสกัด 50 % เอทานอล

สาร	ร้อยละการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลส ที่ความเข้มข้นของสารสกัด (มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร)			
	0.125	**0.25**	**0.5**	**1**
อะคาร์โบส	NA	NA	5.17 ± 2.99^{aA}	2.16 ± 1.83^{aA}
50% เอทานอล	34.48 ± 9.08^{aB}	58.62 ± 9.08^{aB}	67.24 ± 24.04^{bC}	70.69 ± 18.65^{bC}

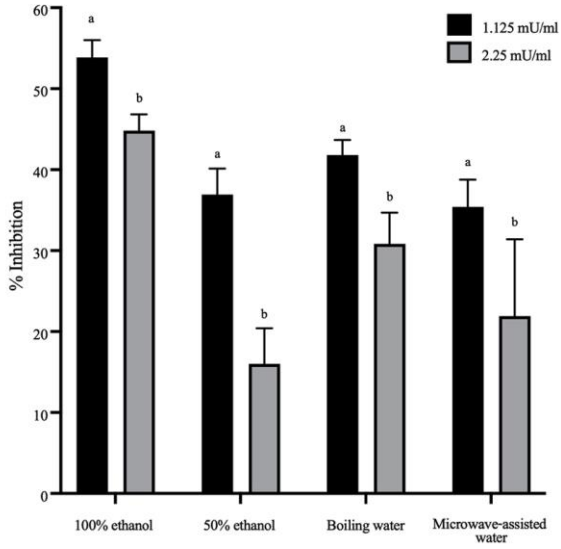
^{abc} ค่าเฉลี่ยในแนวตั้งที่กำกับด้วยตัวอักษรที่แตกต่างกัน มีความแตกต่างกันทางสถิติมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

^{ABC} ค่าเฉลี่ยในแนวนอนที่กำกับด้วยตัวอักษรที่แตกต่างกัน มีความแตกต่างกันทางสถิติมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

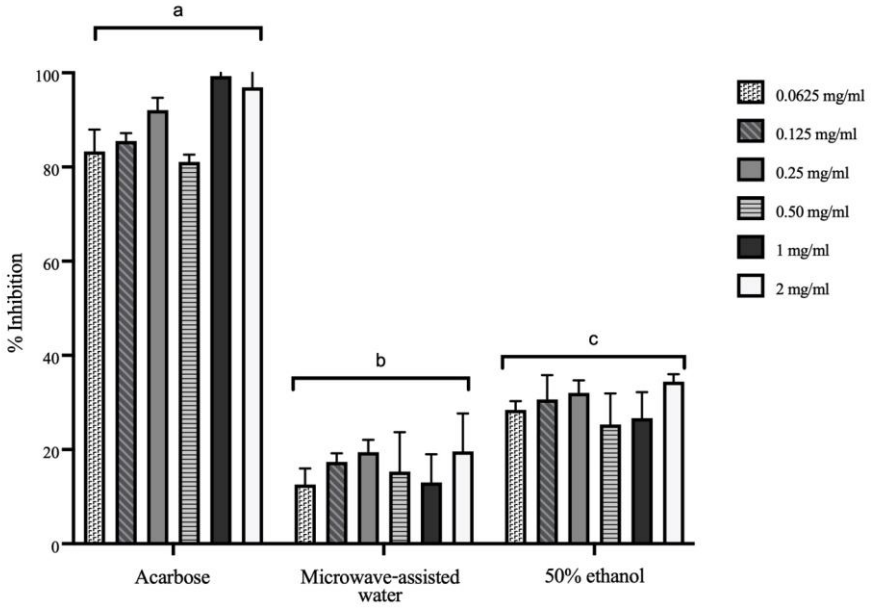
NA ไม่สามารถวิเคราะห์ได้

การยังยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดสจากลำไส้หนู

จากการทดลองหาความเข้มข้นของเอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดสจากลำไส้หนูโดยมีความเข้มข้นสุดท้ายตั้งแต่ 1.125 2.25 4.5 9 และ 18 มิลลิยูนิตต่อมิลลิลิตร โดยใช้ความเข้มข้นของสารสกัดผลสะตอที่สกัดด้วยวิธีการสกัด 4 ประเภท ความเข้มข้น 1 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร พบว่าสารสกัดทั้ง 4 ประเภท สามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ได้ที่ความเข้มข้น 1.125 และ 2.25 มิลลิยูนิตต่อมิลลิลิตร แต่สามารถยับยั้งดีที่สุดที่ความเข้มข้น 1.125 มิลลิยูนิตต่อมิลลิลิตร อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) แสดงดังภาพที่ 3 ดังนั้นจึงเลือกใช้ความเข้มข้นดังกล่าวเพื่อศึกษาร้อยละของการยับยั้งเอนไซม์ต่อไป โดยใช้ความเข้มข้นของสารสกัดผลสะตอที่สกัดด้วยวิธีการสกัด 4 ประเภทให้มีความเข้มข้น 0.0625 0.125 0.25 0.5 1 และ 2 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตรพบว่าที่ความเข้มข้นสูงสุด (2 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร) ของสารสกัดตัวทำละลายน้ำด้วยไมโครเวฟ และ 50 % เอทานอล สามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ที่ความเข้มข้น 1.125 มิลลิยูนิตต่อมิลลิลิตร เท่ากับร้อยละ 18.59 $\pm$ 6.35 และ 34.42 $\pm$ 1.58 ตามลำดับ และเมื่อเทียบกับสารมาตรฐานอาคาร์โบส (2 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร) พบว่าสารมาตรฐานสามารถยับยั้งเอนไซม์ได้ดีกว่า คิดเป็นร้อยละ 96.90 $\pm$ 4.51 ซึ่งวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรม TWO - Way ANOVA มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) แสดงดังภาพที่ 4



ภาพที่ 3 แสดงร้อยละการยับยั้งของสารสกัดทั้ง 4 ประเภทที่ความเข้มข้น 1 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตรโดยใช้เอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดสจากลำไส้หนูที่ความเข้มข้น 1.125 และ 2.25 มิลลิยูนิตต่อมิลลิลิตร เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม a กับกลุ่ม b มีความแตกต่างกันทางสถิติมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)



ภาพที่ 4 แสดงร้อยละการยับยั้งของสารอาคาร์โบส สารสกัดตัวทำละลายน้ำด้วยไมโครเวฟ และสารสกัด 50 % เอทานอลที่ความเข้มข้น 0.0625 0.125 0.25 0.5 1 และ 2 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร โดยใช้เอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดสจากลำไส้หนูที่ความเข้มข้น 1.125 มิลลิยูนิตต่อมิลลิลิตร เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม a กับกลุ่ม b และกลุ่ม a กับกลุ่ม c และข้อมูลกลุ่ม b และกลุ่ม c มีความแตกต่างกันทางสถิติมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

การยังยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดสจาก *Saccharomyces cerevisiae*

จากการทดลองหาความเข้มข้นของเอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดสจาก *S. cerevisiae* โดยมีความเข้มข้นสุดท้ายตั้งแต่ 13.75 27.5 55 110 และ 220 มิลลิยูนิตต่อมิลลิลิตร โดยใช้ความเข้มข้นของสารสกัดผลสะตอที่สกัดด้วยวิธีการสกัด 4 ประเภท ความเข้มข้น 1 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร พบว่าสารสกัด 100 % เอทานอล สามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ได้ที่ความเข้มข้น 27.5 และ 55 มิลลิยูนิตต่อมิลลิลิตร อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) เมื่อวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม t-test ดังนั้นจึงเลือกใช้ความเข้มข้นทั้งสองเพื่อศึกษาร้อยละของการยับยั้งเอนไซม์ต่อไป สำหรับสารสกัดด้วยวิธี 50 % เอทานอล ตัวทำละลายน้ำด้วยวิธีการต้มและตัวทำละลายน้ำด้วยวิธีด้วยวิธีไมโครเวฟไม่แสดงฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดสจาก *S. cerevisiae* เตรียมความเข้มข้นของสารสกัดผลสะตอที่สกัดด้วย 100 % เอทานอลที่ความเข้มข้น 0.0625 0.125 0.25 0.5 1 และ 2 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร พบว่าที่ความเข้มข้น 0.0625 0.125 และ 0.25 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร สามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ที่ความเข้มข้น 55 มิลลิยูนิตต่อมิลลิลิตร เท่ากับร้อยละ 18.29 $\pm$ 2.81 23.05 $\pm$ 6.62 และ 27.67 $\pm$ 2.38

ตามลำดับ และสามารถยับยั้งเอนไซม์ได้ดีกว่าสารมาตรฐานอาคาร์โบสที่ความเข้มข้นเดียวกัน ซึ่งวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรม One - Way ANOVA มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงร้อยร้อยละการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดสจาก *S. cerevisiae* เปรียบเทียบระหว่างอะคาร์โบสและสารสกัด 100 % เอทานอล

สาร	ร้อยละการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดสจาก ***S. cerevisiae*** ที่ความเข้มข้นของสารสกัด (มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร)		
	0.0625	**0.125**	**0.25**
อะคาร์โบส	4.38 ± 5.25^{aA}	2.90 ± 2.64^{aA}	5.62 ± 5.97^{aA}
100 % เอทานอล	18.29 ± 2.81^{bB}	23.05 ± 6.62^{bB}	27.67 ± 2.38^{bB}

^{abc} ค่าเฉลี่ยในแนวตั้งที่กำกับด้วยตัวอักษรที่แตกต่างกัน มีความแตกต่างกันทางสถิติมีนัยสำคัญ ($p<0.05$)

^{ABC} ค่าเฉลี่ยในแนวนอนที่กำกับด้วยตัวอักษรที่แตกต่างกัน มีความแตกต่างกันทางสถิติมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

อภิปรายผล

การศึกษาสารสกัดของผลสะตอที่สกัดด้วยวิธีการสกัด 4 ประเภท ได้แก่ 100% เอทานอล 50 % เอทานอล ตัวทำละลายน้ำด้วยวิธีต้ม และตัวทำละลายน้ำด้วยวิธีไมโครเวฟ พบว่าการสกัดด้วยวิธี 50 % เอทานอล มีสารประกอบฟีนอลิก (phenolic) และสารต้านอนุมูลอิสระ ในปริมาณมากที่สุด อีกทั้งยังมีความสามารถในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบ และเซลล์มะเร็งได้ โดยพบมีความเป็นพิษต่ำต่อเซลล์ปกติ (Pantong et al., 2024) ดั้งนั้นงานวิจัยครั้งนี้สนใจศึกษาฤทธิ์ในการยับยั้งของสารสกัดผลสะตอต่อการทำงานของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลส และแอลฟากลูโคซิเดส ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด ส่งผลต่อการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการทดลองหาความเข้มข้นของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลสที่ความเข้มข้นต่าง ๆ โดยใช้ความเข้มข้นของสารสกัดผลสะตอที่สกัดด้วยวิธีการสกัด 4 ประเภท ความเข้มข้น 1 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร พบว่าสารสกัดด้วยวิธี 50% เอทานอลสามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลสได้ดีที่สุดร้อยละ 96.65 ± 6.58 เมื่อเทียบกับสารสกัดด้วยวิธีอื่นและมีค่า IC_{50} เท่ากับ 0.42 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร และการศึกษาการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลสที่ความเข้มข้นที่เหมาะสมของเอนไซม์ 2 ยูนิตต่อมิลลิลิตร พบว่าสารสกัด 50 % เอทานอลที่ความเข้มข้น 1 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตรของสามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ได้ร้อยละ 70.69 ± 18.65 เมื่อเทียบกับสารมาตรฐานอะคาร์โบส (2.16 ± 1.83) อย่าง

มีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบกับพืชในวงศ์ถั่ว (Mimosaceae) คือ กระถิน พบว่าสารสกัดจากกระถินด้วย 100 % เอทานอล ที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส มีค่าการยับยั้งเอนไซม์การทำงานของเอนไซม์ IC_{25} เท่ากับ 0.19 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ซึ่งมีความสอดคล้องกันในพืชวงศ์ถั่ว โดยพบมีสารประกอบฟีนอลิกที่สูงเช่นเดียวกันกับสารสกัดจากผลสะตอ (Sangchan, 2018)

การทดสอบการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดสจากลำไส้หนู พบว่าอะคาร์โบสสามารถยังยั้บเอนไซม์ได้ดีกว่าสารสกัดจากผลสะตอ การทดสอบเอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดสจาก *S. cerevisiae* สารสกัดด้วยวิธี 100 % เอทานอลที่ความเข้มข้น 0.25 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร สามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ได้ดีที่สุดที่ความเข้มข้นของเอนไซม์ 55 มิลลิยูนิตต่อมิลลิลิตร คิดเป็นร้อยละ 27.67 ± 2.38 เมื่อเทียบกับอะคาร์โบสอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบกับสารสกัดจากผลสะตอด้วย 100 % เอทานอล พบว่าสารสกัดสามารถยับยั้งเอนไซม์ได้ร้อยละ 45.72 ± 5.67 (Tunsaringkarn et al., 2008) ในขณะที่สารสกัดของผลสะตอด้วยน้ำที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 8 ชั่วโมง พบว่า สารสกัดสามารถยับยั้งเอนไซม์ได้เพียงร้อยละ 4.00 ± 3.75 (Tunsaringkarn et al., 2009) ซึ่งพบว่ามีความสอดคล้องกันเนื่องจากการสกัดด้วยเอทานอลให้ผลของสารประกอบฟีนอลิกและสารต้านอนุมูลอิสระในปริมาณสูง เมื่อเทียบกับสารสกัดด้วยตัวทำละลายน้ำซึ่งให้ผลของสารสำคัญในปริมาณที่น้อยกว่า (Pantong et al., 2024)

สรุป

จากการศึกษาฤทธิ์ของสารสกัดผลสะตอทั้ง 4 ประเภทต่อการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟาอะไมเลส แอลฟากลูโคซิเดสจากลำไส้หนู และ แอลฟากลูโคซิเดสจาก *S. cerevisiae* พบว่า สารสกัดจากเอทานอลมีความสามารถในการยับยั้งเอนไซม์ได้ทั้ง 3 ประเภท โดย 50 % เอทานอล สามารถยับยั้งเอนไซม์แอลฟาอะไมเลสได้ดีกว่าสารมาตรฐานอะคาร์โบส ซึ่งเป็นยารักษาโรคเบาหวาน ในขณะที่สำหรับเอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดสจากลำไส้หนู และ แอลฟากลูโคซิเดสจาก *S. cerevisiae* สารสกัดสามารถยับยั้งได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น ในขณะที่สารสกัดด้วยวิธี 100 % เอทานอลยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แอลฟากลูโคซิเดสจาก *S. cerevisiae* ได้ดีที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาการทำบริสุทธิ์ของสารสกัดทั้ง 4 ประเภท เพื่อหาชนิด และประเภทของสารที่มีความสำคัญ และควรมีการศึกษาในระดับสัตว์ทดลองต่อไป

2. ผลงานวิจัยในครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนเพื่อวิจัยทางด้านอาหารเสริม ในการส่งเสริมการบริโภคในรูปแบบแพทย์ทางเลือก และป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ต่อไปในอนาคต

รายการอ้างอิง (References)

Azliza, M.A., Ong, H.C., Vikineswary, S., Noorlidah, A., & Haron, N.W. (2012). Ethno- Medicinal Resources Used by the Temuan in Ulu Kuang Village. *Ethno Medicine*, *6*(1), 17 - 22. http://doi.org/10.1080/09735070.2012.11886415

Chalopagorn, P., & Klomsakul, P. (2017). α–Amylase and α–Glucosidase Inhibitory Activities of Ceasalpinia sappan, Ficus foveolata and Eurycoma longifolia Extracts. *Phranakhon Rajabhat Research Journal (Science and Technology)*, *12*(1), 63 – 73. https://li01.tci-thaijo.org/index.php/PRRJ_Scitech/article/view/67254

Connolly, A., Piggott, C.O., & FitzGerald, R.J. (2014). In Vitro α-Glucosidase, Angiotensin Converting Enzyme and Dipeptidyl Peptidase-IV Inhibitory Properties of Brewers' spent Grain Protein Hydrolysates. *Food Research International, 56*, 100 - 107. https://doi.org/10.1016/j.foodres.2013.12.021

Kamisah, Y., Othman, F., Qodriyah, H.M.S., & Jaarin, K. (2013). Parkia speciosa Hassk.: A Potential Phytomedicine. *Evid Based Complement Alternat Med*, 709028. https://doi.org/10.1155/2013/709028

Karnjanapiboonwong, A. (2020). Situation of non-communicable diseases according to Thailand's 9 global goals. In Karnjanapiboonwong, A., Khamwangsanga, P., & Kaewtha, S. (Eds.), *Report on the NCDs disease situation diabetes, high blood pressure and related risk factors 2019* (pp. 15-31). PARBPIM Ltd.

Laya, A., Koubala, B.B., & Negi, P.S. (2022). Antidiabetic (α-Amylase and α-Glucosidase) and Anti-Obesity (Lipase) Inhibitory Activities of Edible Cassava (Manihot esculenta Crantz) as Measured by In Vitro Gastrointestinal Digestion: Effects of Phenolics and Harvested Time. *International Journal of Food Properties*, *25*, 492 - 508. https://doi.org/10.1080/10942912.2022.2050256

Luyen, N.T., Tram, L.H., Hanh, T.T.H., Binh, P.T., Dang, N.H., Minh, C.V., & Dat, N.T. (2013). Inhibitors of α-Glucosidase, α-Amylase and Lipase from Chrysanthemum morifolium. *Phytochemistry Letters*, *6*(3), 322 - 325. https://doi.org/10.1016/j.phytol.2013.03.015

Manoon, S. (1988). *Sator*. Agricultural base Printing.

Narathiwat Provincial Statistical Office. (2023). *Narathiwat Provincial Statistical.* Author

Pantong, W., Somsap, O., Kamnate, A., Ekchaweng, K., Obchoei, S., & Saeheng, S. (2024). Analyzing the Antibacterial, Anticancer, and Antioxidant Qualities of the Stink Bean (Parkia speciose) by Various Extraction Techniques. *Trends in Sciences, 21*(9), 7994. https://doi.org/10.48048/tis.2024.7994

Rozaq, P., & Sofriani, N. (2009). Organic Pesticide from Urine and Spices Modification. *Asian Journal of Food and Agro-Industry*, *Special Issue*, 105 -111. https://typeset.io/papers/organic-pesticide-from-urine-and-spices-modification-5bn4igqh1x

Samuel, A.J.S.J, Kalusalingam, A., Chellappan, D.K., Gopinath, R., Radhamani, S., Husain, H.A., & Promwichit, P. (2010). Ethnomedical Survey of Plants Used by the Orang Asli in Kampung Bawong, Perak, West Malaysia. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, *6*, 1 - 5. https://doi.org/10.1186/1746-4269-6-5

Sangchan, A. (2018). *Inhibitory Effect of Thai Vegetable Extracts on Activity of Lipase, Alpha-Amylase, Trypsin and Alcohol Dehydrogenase* [Master's Thesis]. Burapha University. https://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/56910052.pdf

Sungkhachart, K. (2019) *Area-based and people-centered management of non- communication chronic disease.* PARBPIM Ltd.

Tunsaringkarn, T., Rungsiyothin, A., & Ruangrungsi, N. (2008). α-Glucosidase Inhibitory Activity of Thai Mimosaceous Plant Extracts. *Journal of Health Research, 22*(1), 29 – 33. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhealthres/article/view/155555

Tunsaringkarn, T., Rungsiyothin, A., & Ruangrungsi, N. (2009). α-Glucosidase Inhibitory Activity of Water-Soluble Extract from Thai Mimosaceous Plants. *The Public Health Journal of Burapha University, 4*(2), 54 - 63. https://he0 2 .tci-thaijo.org/index.php/phjbuu/article/view/45607

การศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในสังคมพหุวัฒนธรรมชายแดนใต้

A Study of Adaptive Behavior of Students from Bachelor of Nursing Science Program in a Multicultural Society in Southern Border

สุรวุฒิ ดอเลาะ[1*], ฟาอิส วาเลาะแต[1], อนุชิต มะรอปี[1]

Surawut Doloh[1*], Fa-is Walohtae[1], Anuchit Maropi[1]

(Received: June 11, 2024; Revised: August 7, 2024; Accepted: August 21, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในสังคมพหุวัฒนธรรมชายแดนใต้ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เหตุการณ์สำคัญ (critical incidents analysis) ผู้ให้ข้อมูลเหตุการณ์สำคัญ 30 เหตุการณ์ เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก แนวคำถามผ่านการพิจารณาความครอบคลุมและเหมาะสมที่จะนำไปใช้ จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการจัดกลุ่มและจัดหมวดหมู่คำตอบ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการปรับตัวของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สรุปได้ 3 ประเด็น ตามลำดับได้แก่ 1) การปรับตัวด้านการใช้ภาษาในการสื่อสาร 2) การปรับตัวด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม 3) การปรับตัวทางด้านพหุวัฒนธรรม

ผลจากการศึกษานี้ เป็นประโยชน์กับหน่วยงานในการบริหารจัดการปรับปรุงกระบวนการจัดการศึกษาให้นักศึกษาปรับตัวได้ดีในสังคมพหุวัฒนธรรมชายแดนใต้

คำสำคัญ: พฤติกรรม, การปรับตัว, สังคมพหุวัฒนธรรม, นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

[1]Faculty of Nursing Princess of Naradhiwas University

[*] Corresponding Author: Surawut.d@pnu.ac.th

Abstract

This qualitative research aimed to understand adaptive behavior of students from bachelor of nursing science program in a multicultural society in southern border by using the critical incident analysis technique. Thirty first-year nursing students served as key informants for thirty critical incidents. Data collection was conducted by in-depth interview were considered the coverage, and suitability by three experts. Answers were grouped and classified in data analysis.

Adaptive behaviors of students from bachelor of nursing science program were identified into three categories, respectively as follows: 1) adaptive behavior in the context of language use for communication; 2) adaptive behavior in the context of society and environment; and 3) adaptive behavior in the context of multicultural aspects.

The study's findings assist the institution to manage and update its procedures for enrolling students for the following academic year.

Keywords: Behavior, Adaption, Multicultural society, Students from bachelor of nursing science Program

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว อาทิเช่น ด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม การศึกษาที่พัฒนาอย่างก้าวกระโดดของยุคเทคโนโลยีสารสนเทศหรือภาวะโลกาภิวัตน์ และมีเปลี่ยนแปลงของสังคมอย่างรวดเร็วนี้ส่งผลต่อวิถีชีวิตของคนในสังคมหลายด้าน ถ้าบุคคลไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วได้อาจจะส่งผลกระทบให้บุคคลนั้นเกิดความคับข้องใจ วิตกกังวล หากปล่อยไว้เป็นเวลานานจะทำให้เกิดปัญหาที่รุนแรงได้ เช่น ปัญหาความเครียด ปัญหาอาชญากรรม เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลให้ดำรงชีวิตเต็มไปด้วยความทุกข์และทรมาน อีกทั้งอาจก่อให้เกิดความเดือดร้อนกับคนในสังคม จนกลายเป็นปัญหาสังคมตามมาได้

สถาบันอุดมศึกษามีบทบาทในการพัฒนาบัณฑิตให้มีความรู้ ความสามารถทางวิชาการและยังมีหน้าที่พัฒนานักศึกษาให้มีทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตให้มีความสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งสถาบันการศึกษาในพื้นที่ 3จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่มีนักศึกษามุสลิมจำนวนมากศึกษาอยู่และโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทำให้ความเป็นพหุสังคมได้แพร่กระจายเข้าสู่สังคมนักศึกษามุสลิมมากขึ้น ดังนั้นการดำเนินชีวิตกับเพื่อนต่างศาสนาที่มีวัฒนธรรมที่แตกต่างกันจะเป็นการส่งเสริมสนับสนุนการ

พัฒนาทักษะชีวิตที่เหมาะสมในการอยู่ภายใต้กระแสสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลง (Manmanah et al., 2020)

พื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ยังมีหลาย ๆ ชุมชน ที่มีทั้งชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิมอาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน แม้ว่าบุคคลเหล่านั้นจะมีความเชื่อในศาสนาที่แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง แต่สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างสันติสุข มีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันมีความสามัคคีกัน มีความสนิทสนม มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน และมีการพึ่งพากัน มีการไปมาหาสู่กันอย่างพี่น้อง ซึ่ง ปรากฏการณ์ที่น่าสนใจอย่างหนึ่งนั้นคือวิถีชีวิตที่สะท้อนความเป็นอัตลักษณ์ของท้องถิ่นในพื้นที่ มีนิสัยรักสงบและการดำรงชีวิตที่เรียบง่าย มีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจยึดถือมากันในอดีตและถ่ายทอดสู่รุ่นลูกรุ่นหลานจนถึงปัจจุบัน

นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่เข้ารับการศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ ในปีการศึกษา2564 - 2566 จำนวนผู้เข้าศึกษา ปีละ100 ราย (Division of Academic and Student affair Office, Princess of Naradhiwas University, 2023) ซึ่งมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 18 - 20 ปี ถือเป็นกลุ่มช่วงวัยรุ่นตอนปลาย มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตเปลี่ยนผ่านไปสู่วัยผู้ใหญ่ ได้ก้าวพ้นจากการเรียนในระดับมัธยมศึกษาเข้าสู่รั้วมหาวิทยาลัย ซึ่งยังใหม่ต่อการเรียนในระดับมหาวิทยาลัยและสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนผ่านชีวิตในช่วงนี้นับเป็นการปรับตัวเพื่อก้าวสู่ความเป็นผู้ใหญ่ เป็นช่วงเวลาที่จะได้เรียนรู้การใช้ชีวิตในอีกด้านหนึ่ง มีหน้าที่ความรับผิดชอบและต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น อีกทั้งนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2565 ส่วนใหญ่ร้อยละ40 (Division of Academic and Student affair Office, Princess of Naradhiwas University, 2023) มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด เช่น ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล ตรัง พัทลุง กระบี่ นครศรีธรรมราช เชียงใหม่ และสกลนคร ซึ่งนักศึกษากลุ่มนี้จะต้องมีการปรับทางด้านการดำรงชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร การสื่อสาร และอารมณ์ความรู้สึกที่ต้องมาอาศัยในพื้นที่และบริบทวัฒนธรรมที่แตกต่างจากเดิม

จากการพูดคุยสอบถามข้อมูลเบื้องต้นจากกลุ่มนักศึกษาดังกล่าวพบว่า การปรับตัวทางด้านวัฒนธรรมของนักศึกษาเพศชายและเพศหญิงที่มาจากต่างจังหวัด จะพบประเด็นที่น่าสนใจคือ นักศึกษาส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการปรับตัวทางด้านวัฒนธรรมหลายประเด็น เช่น การใช้ภาษาเพื่อการสื่อสารในชีวิตประจำวันทั้งกับเพื่อนต่างศาสนาและในการเรียนการสอน การอยู่ร่วมกัน การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ การแบ่งเวลาและรับผิดชอบตนเอง เป็นต้น ดังนั้นนักศึกษาจะต้องมีการเรียนรู้การปรับตัวทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นเรื่องสำคัญสำหรับนักศึกษาที่มีการโยกย้ายถิ่นฐานไปสู่วัฒนธรรมหนึ่งที่ไม่คุ้นเคยและเป็นสังคมที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตให้อยู่กับวัฒนธรรมนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนักศึกษาจะต้องเรียนรู้และเข้าใจในเรื่องการปรับตัวเพื่อรองรับการใช้ชีวิตใน

รูปแบบใหม่เพื่อทำให้การใช้ชีวิตดำเนินไปได้อย่างราบรื่น และยังมีส่วนสำคัญที่ทำให้นักศึกษาประสบความสำเร็จในการเรียน พร้อมต่อการเรียนรู้ทางวิชาชีพในระดับที่สูงขึ้นด้วย โดยระยะเวลาในการปรับตัวของนักศึกษาก็จะแตกต่างกันออกไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบประเด็นการปรับตัวที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขซึ่งเป็นประเด็นปัญหาของกลุ่มนักศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวในสังคมพหุวัฒนธรรมของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ ในกลุ่มของนักศึกษาที่มาจากต่างจังหวัดและต่างวัฒนธรรมตามทฤษฎีการปรับตัวของ Roy and Andrews (1999) 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย (physiological mode) เป็นการปรับตัวเพื่อรักษาความมั่นคงทางร่างกาย สนองต่อความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิต มีความเป็นรูปธรรมสูง 2) ด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept mode) เป็นการปรับตัวเพื่อรักษาความมั่นคงทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในช่วงเวลาหนึ่ง 3) ด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) เป็นการปรับตัวเพื่อรักษาความมั่นคงทางสังคมเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ตามบทบาทที่ตนดำรงอยู่ในสังคม และ 4) ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (interdependent mode) เป็นการปรับตัวเพื่อรักษาความมั่นคงทางสังคมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือกลุ่มคน โดยใช้เหตุการณ์สำคัญ (critical incidents analysis) ในการรวบรวมข้อมูล จากผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรงและรับรู้ว่ามีความสำคัญ และจำเหตุการณ์นั้นได้ดี ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจะกล่าวถึงเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้น แนวทางการแก้ปัญหาในทางปฏิบัติในขณะเกิดเหตุการณ์สำคัญ ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นแนวทางในการวางแผนให้นักศึกษามีการปรับตัวที่ดี และนำไปปรับปรุงด้านการจัดการศึกษาให้มีคุณภาพและส่งเสริมสนับสนุนให้ นักศึกษาประสบความสำเร็จในการศึกษาอันจะส่งผลให้นักศึกษาสำเร็จเป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวในสังคมพหุวัฒนธรรมของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์กรอบแนวคิดการปรับตัวของ Roy and Andrews (1999) โดยได้อธิบายระบบการปรับตัวของบุคคลประกอบด้วย สิ่งเร้า (stimuli) เป็นทุกสถานการณ์หรือทุกภาวะการณ์ที่อยู่รอบตัวบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 1) สิ่งเร้าตรง (focal stimuli) ที่บุคคลเผชิญโดยตรงส่งผลกระทบโดยตรง 2) สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) เป็นสิ่งเร้าอื่นที่ปรากฏอยู่ในเหตุการณ์มีผลรองจากสิ่งเร้าตรง และ 3) สิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) เป็นผลจากประสบการณ์ ซึ่งสิ่งเร้าเหล่านี้ เป็นปัจจัย

นำเข้าผ่านกระบวนการปรับตัว (process) เมื่อบุคคลเผชิญกับสิ่งเร้าจะส่งผลให้เกิดกลไกการปรับตัว (coping mechanism) เพื่อควบคุมตนเองโดยอาศัยกลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้ ประสานการทำงานภายในตัวบุคคล จนเกิดเป็นผลลัพธ์ (output) โดยบุคคลแสดงออกถึงพฤติกรรม การปรับตัว 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย (physiological mode) เป็นการปรับตัวเพื่อรักษาความมั่นคงทางร่างกาย สนองต่อความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิต มีความเป็นรูปธรรมสูง 2) ด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept mode) เป็นการปรับตัวเพื่อรักษาความมั่นคงทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในช่วงเวลาหนึ่ง 3) ด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) เป็นการปรับตัวเพื่อรักษาความมั่นคงทางสังคมเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ตามบทบาทที่ตนดำรงอยู่ในสังคม และ 4) ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (interdependent mode) เป็นการปรับตัวเพื่อรักษาความมั่นคงทางสังคมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือกลุ่มคน

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาการปรับตัว 3 ด้านของรอย ดังนี้ 1). ด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept mode) 2). ด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) 3). ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (interdependent mode) เนื่องจากเมื่อบุคคลได้เผชิญกับสิ่งเร้าต่างๆหรือบริบทที่ไม่คุ้นชินจะส่งผลให้เกิดกลไกการปรับตัว (coping mechanism) เพื่อควบคุมตนเองโดยอาศัยกลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้ ประสานการทำงานภายในตัวบุคคล จนเกิดเป็นผลลัพธ์ (output) โดยบุคคลแสดงออกถึงพฤติกรรมการปรับตัวในด้านต่าง ๆ ดังนั้นผู้วิจัยได้เลือกการปรับตัว 3 ด้านของรอย ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการปรับตัวได้ชัดเจนในบริบทของงานวิจัยที่ศึกษา

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวของนักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลเหตุการณ์สำคัญ เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2565 โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจำนวน 30 คน ผู้ให้ข้อมูลเหตุการณ์สำคัญแต่ละคนเลือกเหตุการณ์สำคัญที่ยังคงอยู่ในความทรงจำ คนละ1 - 3 เหตุการณ์

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าสู่กระบวนการวิจัยมีเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. เพศหญิง และเพศชาย มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์

2. ภูมิลำเนาต่างจังหวัด (ยะลา ปัตตานี สงขลา สตูล ตรัง พัทลุง กระบี่ นครศรีธรรมราช เชียงใหม่ และ สกลนคร)

3. ต้องได้รับการศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์มาแล้วเกิน 6 เดือน ขึ้นไป

4. พักอาศัยอยู่ในหอพักของมหาวิทยาลัยและบ้านเช่า / อะพาร์ตเมนต์

เกณฑ์คัดออก

5. ภูมิลำเนาในจังหวัดนราธิวาส

6. ได้รับการศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์มาแล้วไม่เกิน 6 เดือน

7. พักอาศัยอยู่บ้านของตนเองกับครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ด้วยการศึกษาวิธีวิจัยเชิงคุณภาพจากหนังสือ วารสาร และตัวอย่างงานวิจัยที่ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เหตุการณ์สำคัญ และศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการปรับตัวของนักศึกษาทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ และแบบสัมภาษณ์สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแยกองค์ประกอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ดังนี้ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ภูมิลำเนา ที่อยู่อาศัย แนวคำถามในการสัมภาษณ์ จำนวน 4 ข้อดังนี้

1. คุณช่วยเล่าได้ไหมว่ามีเหตุการณ์ใดบ้างที่จะต้องปรับตัว เพราะอะไร แล้วมีการจัดการอย่างไร

2. ในเหตุการณ์ครั้งนั้นมีใครเข้ามาเกี่ยวข้องบ้าง และการกระทำของผู้ที่เกี่ยวข้องเขาทำอย่างไร

3. คุณคิดและรู้สึกอย่างไรบ้างกับสังคมพหุวัฒนธรรมที่นี่เพราะอะไร แล้วท่านทำอย่างไรบ้าง

4.สุดท้ายนี้คุณมีประเด็นข้อเสนอแนะด้านใดบ้างเพื่อพัฒนาระบบการดูแลนักศึกษาต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และความน่าเชื่อถือของข้อมูลมีดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 4 ข้อให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ หลังจากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2.การทดลองสัมภาษณ์ (pilot study) ผู้วิจัยทดลองใช้แนวคำถามสัมภาษณ์ก่อนการนำไปใช้ในการศึกษาจริงโดยไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนดใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาจริงจำนวน 2 ราย เพื่อทำการประเมินความเป็นไปได้ในการ

สัมภาษณ์ ความชัดเจนของข้อคำถามที่สร้างขึ้น และปัญหาอุปสรรคในการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งเป็นการฝึกทักษะต่าง ๆ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ต่อไป

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อมีการลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลเพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล ณ สถานที่ ที่มีความเป็นส่วนตัว โดยผู้ให้ข้อมูลได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึกจนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว ซึ่งในการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที โดยผู้วิจัยนัดหมายการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นไปตามลำดับความสมัครใจและความสะดวก ผู้วิจัยจะขออนุญาตทำการบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์เพื่อความครบถ้วนของข้อมูล การสัมภาษณ์เชิงลึกดำเนินการวันละไม่เกิน 2 ราย เพื่อคุณภาพในการได้มาซึ่งข้อมูล และทำการบันทึกการสะท้อนคิด (Reflective journal) หลังการสัมภาษณ์แต่ละรายเพื่อทำการสะท้อนประเด็นที่มีประโยชน์ต่อการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป และเป็นการตรวจสอบการอิ่มตัวของข้อมูล(data saturation) ตลอดระยะการเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส เลขที่โครงการวิจัย 17 / 2566 ออกใบรับรองให้วันที่ 3 สิงหาคม 2566โดยผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยซักถาม และตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ ผู้วิจัยอธิบายให้ทราบว่าผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะให้ข้อมูลและปฏิเสธการให้ข้อมูล โดยไม่มีผลเสียต่อการเรียนการสอนและสามารถถอดถอนการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ไม่มีผลกระทบใด ๆ และส่วนข้อมูลและเสียงที่บันทึกไว้จะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยปกปิดแหล่งข้อมูลอย่างเคร่งครัดทั้งข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์ และหน่วยงานที่ให้สัมภาษณ์ และจะดำเนินการทำลายเทปบันทึกเสียงและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูล 5 ปี หลังเสร็จสิ้นกระบวนการดำเนินการวิจัย ส่วนการนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมไม่มีการชี้เฉพาะและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใด ๆ ทั้งสิ้นต่อผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์และองค์กรที่ให้ข้อมูล หากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมในการให้ข้อมูลบางอย่างที่เป็นเรื่องละเอียดอ่อน หรือมีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล องค์กร สามารถยุติการบันทึกเสียงสัมภาษณ์และการให้ข้อมูลการสัมภาษณ์ได้ทันทีโดยไม่มีเงื่อนไข

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเสียงที่ได้จากการบันทึกระหว่างการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลรวม 30 ข้อมูลเสียง ถูกส่งเพื่อทำการถอดเทปเป็นบทสัมภาษณ์โดยบุคคลที่ 3 ที่ไม่สามารถจัดกระทำหรือเผยแพร่ข้อมูลดังกล่าวได้ ผู้วิจัยทำการฟังเทปบันทึกเสียงและตรวจสอบความถูกต้องตรงกันกับบทสัมภาษณ์ที่ได้รับการถอดและพิมพ์เป็นต้นฉบับ จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มเลือกบทสัมภาษณ์จำนวน 1 ใน 2 ของจำนวนผู้ให้ข้อมูล

ทั้งหมดได้จำนวน 5 ราย ส่งกลับให้ผู้ให้ข้อมูลทำการตรวจสอบความถูกต้องของบทสัมภาษณ์ โดยผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ในการแก้ไขปรับปรุงบทสัมภาษณ์ตามที่ผู้ให้ข้อมูลเห็นสมควร หลังจากข้อมูลได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและแก้ไขจากผู้ให้ข้อมูลแล้วมีการส่งกลับบทสัมภาษณ์ให้ผู้วิจัยทั้งหมด ผู้วิจัยนำข้อมูลบทสัมภาษณ์ทั้งหมดเข้าทำการการจัดการข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยผู้วิจัยเลือกใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา(content analysis) (Creswell & Poth, 2017) ร่วมกับใช้เทคนิคการวิเคราะห์เหตุการณ์สำคัญ (critical incidents analysis) โดยกำหนดเหตุการณ์สำคัญที่จะศึกษาจำนวน 30 เหตุการณ์ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ของผู้ให้ข้อมูลยังคงจดจำและสามารถเล่าเหตุการณ์นั้นได้ โดยหลังจากกระบวนการเตรียมข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง ผู้วิจัยทำการอ่านบทสัมภาษณ์ทำความเข้าใจประเด็นผลการสะท้อนคิดจากบทสัมภาษณ์ การตีความและจับประเด็นและทำการแยกหมวดหมู่คำ กลุ่มคำประโยคหรือย่อหน้าข้อความที่ได้จากการตีความเพื่อแยกแยะและจัดหมวดหมู่ข้อมูลผู้วิจัยสร้างcode book เพื่อให้ความหมายและบรรยายนิยามความจำเพาะของแต่ละ theme และ code เพื่อรองรับการจัดหมวดหมู่ของการวิเคราะห์เนื้อหาตามผลการสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลโดยกระบวนการ coding และ theming วิเคราะห์ความสอดคล้องของการจัดกลุ่มหมวดหมู่ของข้อมูลโดยตรวจสอบกับรายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละเรื่อง จากนั้นทำการอ่านทวนซ้ำการตีความซ้ำและ recoding ก่อนทำการสอบทานผลการวิเคราะห์ระหว่างทีมวิจัยและที่ปรึกษา ตามกรอบคำถามการวิจัยในการสะท้อนข้อมูลที่ถูกต้อง

ความเชื่อมั่นการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้จะต้องคำนึงถึงคุณภาพและความน่าเชื่อถือ(trustworthiness) ในทุกกระบวนการของการดำเนินการวิจัยโดยมีกระบวนการต่าง ๆ ครอบคลุมองค์ประกอบการสร้างคุณภาพตามแนวทางการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพได้แก่ ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) การถ่ายทอดข้อมูล (Transferability) การตามติดข้อมูล (Dependability) และการยืนยันข้อมูล (Conformability) ซึ่งในการวิจัยนี้มีกระบวนการเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย ผู้วิจัยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและมีการตรวจสอบความถูกต้องตรงกันของบทสัมภาษณ์และเทปเสียงโดยการฟังเทปเสียงซ้ำ พร้อมไปกับการอ่านบทสัมภาษณ์ที่ได้รับจากการถอดเทปของบุคคลที่ 3 เพื่อความมั่นใจในความถูกต้องของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มบทสัมภาษณ์เพื่อส่งให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องและแก้ไขโดยมีการส่งกลับผลการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 ฉบับ หลังการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยผู้วิจัยแล้ว ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจัดกระทำ โดยทีมวิจัยแบบแยกจากกันก่อนนำ ผลการวิเคราะห์code และ theme มาตรวจสอบเชิงยืนยันและร่วมสะท้อนการตีความก่อนสรุปและยืนยันการวิเคราะห์ข้อมูลโดยที่ปรึกษา

วิจัย ทั้งนี้เพื่อเป็นการยืนยันการตีความและการวิเคราะห์ที่ป้องกันความลำเอียงของผู้วิจัยโดยการตรวจสอบของบุคคลที่แตกต่างกัน(member checking) ซึ่งพบว่าการตีความในบางประเด็น ข้อค้นพบที่สามารถรวมหรือแยกออกจากกันโดยการนำประเด็นทั้งหมดมาร่วมตีความและจัดหมวดหมู่ใหม่โดยทีมวิจัยทั้งหมดเป็นครั้งสุดท้ายก่อนกระบวนการเขียนรายงานผู้วิจัยมีระบบการสอบทานข้อมูล(audit trial) เพื่อเป็นการยืนความน่าเชื่อถือและตรวจสอบได้ของข้อมูล โดยมีการใช้ระบบสัญลักษณ์ในการแทนความหมายและการปกปิดตัวตนของผู้ให้ข้อมูลในข้อความการสะท้อนคิดที่นำเสนอในบทความนี้ได้แก่ “///” หมายถึงข้อความที่มีการตัดทิ้ง“{ }” หมายถึงการกล่าวถึงตัวบุคคลสถานที่ หรือองค์กรที่ไม่อาจเปิดเผยได้ “(SN1:P1)” หมายถึง ข้อความจากผู้ให้ข้อมูลนักศึกษาพยาบาลคนที่ 1 ของบทสัมภาษณ์หน้าที่ 1 นอกจากนั้นกระบวนการตีความเพื่อการนำเสนอผลการวิจัยได้มีกระบวนการตรวจสอบระหว่างทีมวิจัย และที่ปรึกษาเพื่อยืนยันความถูกต้องและความน่าเชื่อถือสูงสุด

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามข้อมูลทั่วไป และค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ (n=30)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	22	73.33
ชาย	8	27.66
อายุ (ปี)		
15 – 20	25	75.00
21 – 25	5	25.00
(*Min* = 19, *Max* = 24, *M* = 19.86, *S.D.* = 1.16)		
ศาสนา		
พุทธ	18	60
อิสลาม	12	40
สถานภาพ		
โสด	30	100
ภูมิลำเนา		
สงขลา	10	33.33

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ปัตตานี	6	20
ยะลา	4	13.33
นครศรีธรรมราช	2	6.66
สตูล	2	6.66
ตรัง	2	6.66
กระบี่	1	3.33
พัทลุง	1	3.33
เชียงใหม่	1	3.33
สกลนคร	1	3.33
ที่อยู่อาศัย		
หอพักมหาวิทยาลัย	18	60.00
บ้านเช่า / อะพาร์ตเมนต์	12	40.00

จากตารางที่ 1 นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตผู้ที่ให้ข้อมูล มีจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.33) และเพศชาย (ร้อยละ 27.66) โดยมีอายุระหว่าง 15 - 20 ปี มากสุด (ร้อยละ 75.00) อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 19.86 ปี นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 60) ศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 40) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 100) โดยส่วนใหญ่นักศึกษาอยู่ในภาคใต้คือ สงขลา (ร้อยละ 33.33) ปัตตานี (ร้อยละ 20) ยะลา (ร้อยละ13.33) และ นครศรีธรรมราช ตรัง สตูล (ร้อยละ 6.66) และพัทลุง กระบี่ สกลนคร เชียงใหม่ (ร้อยละ 3.33) และจะพักอาศัยหอพักมหาวิทยาลัย (ร้อยละ 60.00) และบ้านเช่า / อะพาร์ตเมนต์ (ร้อยละ 40.00) ส่วนใหญ่จะเป็นนักศึกษาชาย

ส่วนที่ 2 ข้อค้นพบการศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวในสังคมพหุวัฒนธรรมของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์

ข้อค้นพบจากการวิจัยโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจะพบว่า พฤติกรรมการปรับตัวของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวนผู้ให้ข้อมูล 30 ราย ให้ข้อมูลเหตุการณ์ 30 เหตุการณ์ สรุปได้ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การปรับตัวด้านการใช้ภาษาในการสื่อสาร 2) การปรับตัวด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม 3) การปรับตัวทางด้านพหุวัฒนธรรม ดังคำเล่าต่อไปนี้

1. การปรับตัวด้านการใช้ภาษาในการสื่อสาร สามารถแบ่งประเด็นข้อค้นพบได้ดังนี้

การปรับตัวด้านการใช้ภาษา ข้อค้นพบ ได้แก่ การใช้ภาษากลางในการสื่อสาร ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

" หนูจะบอกว่า ตอเข้ามาใหม่ ๆ ที่นี่หนูกังวลมากเลยเพราะว่าหนูไม่เคยมาที่นี่เพราะหนูเป็นเด็กต่างจังหวัด หนูต้องปรับตัวเรื่องการสื่อสารเป็นอย่างแรงเลยคะ" ... "ในช่วงแรกปี 1 เราจะมีเรียนรวมที่คณะต่าง ๆ เช่น แพทย์ วิทย์ ทำให้ต้องมีการสื่อสารกับเพื่อนที่หลากหลายแต่เพื่อนชอบพูดภาษาถิ่นทำให้สื่อสารกันลำบาก" ... "ส่วนเรื่องเรียนกว่าจะปรับตัวได้ก็ใช้เวลานานพอสมควรที่รู้ตัวอีกทีก็จะสอบแล้ว..."

(SN1: P5)

"สำหรับผมมาแรก ๆ รู้สึกทำตัวไม่ถูกไม่รู้จะเริ่มยังไง เพราะชีวิตสมัยมัธยมมันไม่เหมือนกันกว่าจะปรับตัวได้ใช้เวลา 3 ถึง 4 เดือนเลย" ... "ดีนะครับที่เรื่องเรียนเพื่อนที่เป็นรุ่นพี่มาจากโรงเรียนเดิมด้วยกันได้ช่วยและแนะนำทำให้ความเครียดลดลง" ... พี่เขาพูดว่าน้อง ๆ การปรับตัวไม่ยากแค่ให้สนุกกับมันก็พอ มีอะไรบอกได้พูดคุยกันได้ขึ้นมาหาได้นะเว้ย" ... "เละอย่างยิ่งการทำกิจกรรม ในชั้นเรียนเพื่อนชอบพูดภาษาถิ่นไม่ค่อยใช้ภาษากลาง ทำให้ฟังไม่เข้าใจ ทำให้กับเพื่อนลำบกกว่าจะเข้าใจกันก็หมดคาบเรียนพอดี..."

(SN4: P11)

"...แรกเลยตอนเรียนหนูไม่กล้าที่จะถามใครเลยเพราะเวลาหนูพูดใต้เพื่อน ๆ ไม่เข้าใจ บางทียิ่งวิชาเกี่ยวกับทางการพยาบาลหนูรู้สึกน่าเบื่อเพราะว่าหนูกดดันเหมือนกันกว่าจะปรับตัวได้ใช้เวลา 3 ถึง 4 เดือนเลย" .. "ดีนะครับที่เรื่องเรียนเพื่อนที่เป็นรุ่นพี่มาจากโรงเรียนเดิมด้วยกันได้ช่วยและแนะนำทำให้ความเครียดลดลง" ...พี่เขาพูดว่าน้อง ๆ การปรับตัวไม่ยากแค่ให้สนุกกับมันก็พอมีอะไรบอกได้พูดคุยกันได้ขึ้นมาหาได้นะเว้ย"

(N13:P18)

2. การปรับตัวด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม สามารถแบ่งประเด็นข้อค้นพบได้ดังนี้

การปรับตัวด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ข้อค้นพบ ได้แก่ ใจแลกใจ การเข้าร่วมกับสังคมใหม่ การทำกิจกรรมร่วมกัน มารยาทการทักทาย ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

"...ที่นี่ดีมาก ๆ เลยค่ะสิ่งแวดล้อมดี เพราะว่าที่พักกับที่เรียนใกล้ ๆ กัน"....แต่บางครั้งก็ต้องรีบไปเข้าแถวกับเพื่อนต่างคณะและต่างสาขา...." "ซึ่งจะเห็นได้ว่าคนที่นี่เขาช่วยหนูตลอดเพราะหนูเป็นคนต่างจังหวัดถึงเราจะนับถือศาสนาเหมือนกันแต่สังคมเราต่างกันทำให้หนูเรียนรู้สังคมมากเลย"....

(SN8:P20)

“...มาแรก ๆ ผมต้องปรับตัวเยอะเลยครับทั้งเรื่องเพื่อน และความเป็นอยู่"แรกๆผมต้อใช้เวลาเพราะผมไม่เคยอยู่กับเพื่อน ๆ มุสลิมซึ่งถือว่าเป็น culture shock วิถีชีวิตเขากับผมไม่เหมือนกันเลยแต่ผมก็สามารถปรับตัวได้...”

(SN5:P12)

“...สำหรับหนูนะค่ะหนูคิดว่าสังคมที่นี้ดีมากสำหรับหนูมาวันแรกก็จะมีพี่ ๆ มาให้ความช่วยเหลือและเพื่อนร่วมรุ่นทำให้หนูรู้สึกปลอดภัย...” “...ที่นี่มีสิ่งแวดล้อมที่ดีทั้งเรื่องการเรียนและการเป็นอยู่...พูดง่าย ๆ ว่า “ใจแลกใจมากกว่า...”

(SN20:P24)

“...สำหรับหนูรู้สึกดีมากได้อยู่กับเพื่อนมุสลิม เห็นได้ชัดเจนเลยเวลาช่วงทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อนจะเข้ามาช่วยตลอดและยิ่งช่วงสัปดาห์การแข่งกีฬามหาลัยพวกหนูต้องตื่นแต่เช้าเพื่อมาซ้อมสแตนเชียร์”...“ความโชคดีของหนูที่มีเพื่อนนี่แระคอยปลุกเช้าเพราะเพื่อนต้องตื่นมาละหมาดตั้งแต่หัวรุ่ง”.....“และเวลาไม่มีกิจกรรมหรือพักเที่ยงหนูก็จะไปทานข้าวและเฝ้ารอเพื่อนละหมาดก่อนไปเรียนพร้อมกัน”....

(SN11:P26)

“...มาแรก ๆ ผมก็ตกใจกับสังคมที่นี่คือ ถ้าบ้านผมเห็นครู อาจารย์ ผู้ใหญ่จะยกมือไหว้กล่าวทักทาย ที่นี่เพื่อน ๆ บางคนไม่ยกมือไหว้และจะกล่าวทักทายเป็นภาษาอาหรับ”... “ซึ่งตรงนั้นทำให้ผมให้วิถีชีวิตเขากับผมไม่เหมือนกันพอหลัง ๆ ผมเริ่มเรียนรู้เลยใช้คำทักทายเหมือนเพื่อนกับเพื่อนในชั้นเรียนเลยแต่ผมก็สามารถปรับตัวได้...”

(SN5:P32)

3. การปรับตัวทางด้านพหุวัฒนธรรม สามารถแบ่งประเด็นข้อค้นพบได้ดังนี้

การปรับตัวทางพหุวัฒนธรรมข้อค้นพบ ได้แก่ ด้านการปฏิบัติศาสนกิจ(ละหมาด) การถือศีลอด การรับประทานอาหาร การแต่งกาย และ การสื่อสารในชีวิตประจำวัน ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...ความเป็นอยู่ของหอพักที่นี่สำหรับหนูคือดีแต่มันไกลจากร้านค้าในการจับจ่ายซื้อของ” “บางครั้งช่วงมีกิจกรรมตอนเย็นถึงดึกทำให้พวกหนูกลัวที่จะกลับหอพักทำให้พี่ ๆ ต้องมาส่งที่หอพักในช่วงทำกิจกรรม...” “...พี่ ๆ ในเถาว์และพี่ที่โรงเรียนเดิมยินดีพร้อมช่วยเหลือเสมอทำให้หนูรู้สึกปลอดภัยขึ้น....”

(SN6:P15)

“...วันแรก ๆ ที่มาอยู่ที่หอพักก็ใจหายเพราะผมยังไม่รู้จักเพื่อนเพราะมาคนเดียวผู้ชายเขาให้อยู่หอนอกผมเลยต้องเช่าหออยู่กับเพื่อน ๆ“...แรกๆที่บ้านกังวลมากเลยแต่ผมโชคดีมากเลยครับเพื่อนที่อยู่ในจังหวัดช่วยเหลือหาหอพักและมาพูดคุยกันทั้ง ๆ ที่เพื่อนอยู่บ้านของตัวเอง...”

(SN16:P21)

“...วันนั้นตอนอยู่หอพักหนูเห็นเพื่อนๆละหมาดหนูเลยถามว่าว่าละหมาดอยากไม่หนูเลยให้เพื่อนสอนละหมาดได้ไม่อยากลอง...” “...ในช่วงนั้นหนูไม่รู้ว่าต้องทำอะไรบ้างเพื่อน ๆ หนูทำได้ยังไงใส่ดูการใส่ชุดก็ร้อนแล้ว”... “วันนั้นเพื่อนสอนให้ละหมาดตามเพื่อน...”

(SN2:P24)

“...วันนั้นผมนั่งงงกับเพื่อนตอนไปซื้อของแถวหอพักพ่อค้าพูดภาษายาวีใส่ผมกับเพื่อนพ่อค้าพูดว่าเนาะบือลีกาปอ ผมไม่เข้าใจภาษาที่พ่อค้าถามวันนั้นเลยขอความช่วยเหลือจากเพื่อนอีกกลุ่มที่มาซื้อของในร้านให้ช่วยแปลภาษาให้...”... “พอหลังๆผมเริ่มคุยภาษายาวีได้เพื่อน ๆ ในรุ่นช่วยสอนทำให้ผมเข้าใจภาษามากขึ้นและสื่อสารได้ในบางคำ...”

(SN11:P27)

“...ช่วงเดือนบวชผมเลยถามเพื่อนๆว่าต้องทำยังไงบ้างผมอยากลองบวชด้วยเพื่อนบอกว่าต้องตื่นทานข้าวหรือขนมตอนตี 4 ก่อนถึงเวลาละหมาดในหัวรุ่งหลังจากนั้นจะกินอีกครั้งตอนพระอาทิตย์ตก ช่วงนั้นผมบวชกับเพื่อน ๆ ได้ 3 วัน...”

(SN11:P32)

“...ส่วนเรื่องการเข้าพูดคุยกับเพื่อนต่างศาสนามันก็มีนะคะเพราะว่าหนูมาจากพื้นที่สองศาสนาซึ่งเป็นโรงเรียนที่ว่าอิสลามล้วนไม่มีไทยพุทธเลย ครั้งแรกที่มีเพื่อนไทยพุทธก็แอบกังวลว่าถ้าเขา เป็นเพื่อนกับเราแต่เราไม่กินหมู เวลาไปหาอะไรทานเพื่อนจะลำบากไม่ เขายังจะคบกับเราอีกไม่...”

(SN15:P38)

“...วันแรกที่มาจากบ้านพอเข้ามาที่มหาลัยแห่งนี้สิ่งแรกที่หนูเห็นแล้วประทับใจมากเลยคะเรื่องการแต่งกายเขา แต่งกายมิดชิด แตกต่างจากหนูเลย”... “ แต่หนูคิดว่า การแต่งกายของเพื่อนเขาดูปกปิดดี

หนูต่างหากต้องมาปรับการแต่งกายให้ดีปกปิดเพิ่มมากขึ้นจากเดิม ทำให้รู้สึกปลอดภัยเพราะเราคนต่างถิ่นต้องปรับตามบริบทที่เรามาอยู่จะดีกว่าไม่...”

(SN25:P44)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวในสังคมพหุวัฒนธรรมชายแดนใต้ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์พบ 3 ประเด็นหลัก ๆ ได้แก่ 1) การปรับตัวด้านการใช้ภาษาในการสื่อสาร 2) การปรับตัวด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม 3) การปรับตัวทางด้านพหุวัฒนธรรม

1. การปรับตัวด้านการใช้ภาษาในการสื่อสาร ซึ่งสอดคล้องทฤษฎีการปรับตัวของรอยในด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) เป็นการปรับตัวเพื่อรักษาความมั่นคงทางสังคมเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ตามบทบาทที่ตนดำรงอยู่ในสังคม และ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (interdependent mode) เป็นการปรับตัวเพื่อรักษาความมั่นคงทางสังคมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือกลุ่มคน จากผู้ให้ข้อมูลจำนวน 30 ราย พบว่า พฤติกรรมการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตในสังคมพหุวัฒนธรรมแต่ละคนมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหลากหลายปัจจัย เช่น ช่วงอายุของผู้ที่เริ่มเข้ามาศึกษาซึ่งจะเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงจากโรงเรียนเป็นมหาวิทยาลัย ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นจะก่อให้เกิดความตึงเครียดโดยเฉพาะในช่วงปีที่1เพราะต้องออกจากบ้านและครอบครัวซึ่งนักศึกษาบางรายยังไม่มีวุฒิภาวะที่สมบูรณ์พอที่จะเข้ากับสังคมใหม่เพราะยังติดการใช้ชีวิตกับกลุ่มเดิม ๆ ทำอะไรเหมือนเดิม เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสื่อสารยังใช้ภาษาถิ่นมากกว่าภาษาราชการ จะเห็นได้ว่าเป็นอุปสรรคในการสื่อสารอย่างมาก ยิ่งไม่เข้าใจภาษาในการสื่อสาร ยิ่งขาดความรู้ในบริบทสังคมวัฒนธรรมนั้น ๆ ดังนั้นจะต้องมีปรับตัวเข้ากับสังคมและต้องอาศัยความพยายามในการปรับตัวเพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ดังข้อค้นพบจากการวิจัยนี้ที่ต้องมีการปรับตัวกัน การใช้ภาษาในการสื่อสารสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chaiyapan and Suksawat (2017) ที่ได้กล่าวถึง เมื่อเข้ามาเรียนในมหาวิทยาลัยต้องปรับตัวในการเรียน การใช้ภาษาไทยในการสื่อสารทำให้พูดไม่ชัด ถูกเพื่อนนินทาหรือล้อเลียน จนทำให้เกิดความรู้สึกกังวลเพราะความอับอายในการพูด เลี่ยงที่จะพูดหรือแสดงความคิดเห็น ดังนั้นจะเห็นว่านักศึกษาที่มาจากต่างวัฒนธรรมจะมีวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันไม่ว่าทางด้านภาษาในการสื่อสารที่แตกต่างกันโดยเฉพาะเอกลักษณ์ที่แตกต่างไปจากเดิม ในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เมื่อมีการเข้าสู่สังคมในสภาพแวดล้อมใหม่เพื่อลดสภาวะกดดันกับสิ่งที่ไม่คุ้นเคยและเพื่อให้เกิดขวัญกำลังใจที่ดีในการปรับตัว จะพบว่านักศึกษากลุ่มนี้จะแสวงหาแหล่งสนับสนุนจากกลุ่มคนที่มี

วัฒนธรรมเดียวกันเพราะจะมีความคิดว่าคนที่ใช้ภาษาเดียวกันต้องมีความเข้าใจกันมากกว่าคนต่างวัฒนธรรมกับตน ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ "*ในช่วงแรกปี 1 เราจะมีเรียนรวมที่คณะต่าง ๆ เช่น แพทย์ วิทย์ ทำให้ต้องมีการสื่อสารกับเพื่อนที่หลากหลายแต่เพื่อนชอบพูดภาษาถิ่นทำให้สื่อสารกันลำบาก*" ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการสื่อสารมีความสำคัญอย่างยิ่งและต้องผ่านตัวกลาง เช่น เพื่อน รุ่นพี่กลุ่มเดียวกัน หรือมีการใช้สมาร์ตโฟน เข้ามาช่วยเหลือเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่สร้างสรรค์ ไม่ปะทะคารมกัน

2. การปรับตัวด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตัวของรอยด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept mode) เป็นการปรับตัวเพื่อรักษาความมั่นคงทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในช่วงเวลาหนึ่ง จะเห็นได้ว่า การปรับตัวทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมนักศึกษาทุกคนล้วนมีการปรับตัวด้านนี้ เนื่องด้วยแต่คนมาจากสังคมและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน ดังนั้นการเข้าสังคมและสภาพแวดล้อมใหม่ที่เปลี่ยนแปลง ทำให้นักศึกษามีความมั่นใจ รู้สึกอบอุ่นสบาย นอกจากนี้ยังพบว่ามีนักศึกษาส่วนหนึ่งที่เคยมีประสบการณ์การเรียนในระดับอุดมศึกษามาแล้วซึ่งสามารถช่วยเหลือและให้คำแนะนำเพื่อน ๆ ในรุ่นได้ ซึ่งจะสอดคล้องกับการศึกษาของ Chokbamrung and Thongnopakun (2019) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของนักศึกษามหาวิทยาลัยชั้นปีที่ 1 ในจังหวัดชลบุรี ที่กล่าวถึง เมื่อได้เข้าร่วมกิจกรรมต้อนรับน้องใหม่และประชุมเชียร์ กิจกรรมภายในมหาวิทยาลัยแบบเปิดเผยไม่ลับตาและได้แรงสนับสนุนจากรุ่นพี่ ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมความเป็นอยู่ในมหาวิทยาลัยด้วย ซึ่งข้อค้นพบในการวิจัยครั้งนี้ เช่น การใช้ใจแลกใจ การเข้าร่วมกับสังคมใหม่ การทำกิจกรรมร่วมกันกับเพื่อนต่างเพศและศาสนา จะพบว่า นักศึกษามีการปรับตัวในการอยู่ร่วมกันกับเพื่อนต่างศาสนาได้ดีกว่าและให้ความช่วยเหลือร่วมมือในการทำงาน ทั้งนี้เพราะความเข้าใจซึ่งกันและกันในการอยู่ร่วมกันทำให้นักศึกษากลุ่มนี้มีการปรับตัวที่เร็วกว่าทั้งกับเพื่อนและอาจารย์ในมหาวิทยาลัยด้วยกัน ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ *"...ที่นี่มีสิ่งแวดล้อมที่ดีทั้งเรื่องการเรียนและการเป็นอยู่...พูดง่าย ๆ ว่า "ใจแลกใจมากกว่า..." "...อาจารย์และพี่ ๆ เป็นกันเองมากยิ่ง อาจารย์ที่ปรึกษา เข้าถึงได้ง่าย..."* สอดคล้องกับวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนใต้ ของ Lohmae et al. (2021) ที่กล่าวว่า การจัดโครงการเตรียมความพร้อมนักศึกษาใหม่ก่อนเข้าศึกษา ระบบอาจารย์ที่ปรึกษาในรูปแบบสายเถาว์ที่สามารถดูแลนักศึกษาได้ใกล้ชิดและ นักศึกษาสามารถขอคำปรึกษาได้ทั้งจากอาจารย์และรุ่นพี่ รวมทั้งยังมีอาจารย์ประจำชั้นที่คอยให้การดูแลซึ่งจะทำให้นักศึกษามีการปรับตัวในทิศทางที่ดีขึ้น

3. การปรับตัวทางด้านพหุวัฒนธรรม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตัวของรอยในด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) เป็นการปรับตัวเพื่อรักษาความมั่นคงทางสังคมเกี่ยวข้องกับการทำ

หน้าที่ตามบทบาทที่ตนดำรงอยู่ในสังคม และ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (interdependent mode) เป็นการปรับตัวเพื่อรักษาความมั่นคงทางสังคมด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือกลุ่มคน ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้ว่าพหุวัฒนธรรมเป็นส่วนหนึ่งที่นักศึกษาจะต้องมีการปรับตัว และเมื่อพวกเขาต้องเดินทางมาอยู่อาศัยในสังคม ชุมชน และวัฒนธรรมที่แตกต่างออกไปการกระทำหรือพฤติกรรมต่าง ๆ จึงจำเป็นต้องปรับให้สอดคล้องกับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมในชุมชน สังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่ ดังนั้นความพร้อมและความพยายามปรับตัว จึงกลายเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยที่กำหนดว่าพวกเขาสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมและลดอุปสรรคปัญหาในการดำเนินชีวิตลงได้ ซึ่งจะเห็นได้ว่าบริบทของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้จะแตกต่างจากภาคอื่นถึงแม้ว่าจะเป็นสังคมพหุวัฒนธรรมก็ตาม ล้วนมีความแตกต่างกันไป เช่น พิธีกรรมทางศาสนา สังคมความเป็นอยู่ การแต่งกาย การรับประทานอาหาร อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่ไม่หยุดนิ่ง แต่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและมีการปะทะสังสรรค์กันระหว่างวัฒนธรรมของกลุ่มตนและการรับเอาวัฒนธรรมจากผู้อื่นอีกด้วย (Chaiyapan & Suksawat, 2017) และยังพบเห็นว่าการดำเนินชีวิตประจำวันที่มีความเข้าใจและไม่ขัดกับหลักทางศาสนา ประสบการณ์ส่วนตัวในวัยเยาว์ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้นักศึกษาสามารถปรับตัวได้ดีเมื่อต้องมาอยู่ต่างถิ่น และการใช้เครือข่ายทางสังคมการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางศาสนาการเป็นสมาชิกชมรมมุสลิมของคณะและมหาวิทยาลัย เป็นอีกหนึ่งช่องทางในการเรียนรู้การปรับตัว เพื่อให้เกิดความเป็นอยู่ที่ง่ายขึ้น (Sukka et al., 2019) อีกทั้งยังมีงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปรับตัวของนักศึกษาชาวต่างชาติที่เข้ามาเรียนในกลุ่มมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐในเขตภาคเหนือ จะเห็นได้ว่าการมีความพยายามในการเรียนรู้ทางด้านภาษา วัฒนธรรม ประเพณี การเปิดใจ คิดเชิงบวกและสร้างการยอมรับในความแตกต่างระหว่างชาติพันธุ์ เชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม และอาศัยเทคโนโลยีการสื่อสารทั้งอินเทอร์เน็ต สื่อสังคมออนไลน์ โทรศัพท์สมาร์ตโฟนเข้ามาช่วยในการปรับตัว รวมทั้งความสามารถทางการสื่อสารมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของกลุ่มนักศึกษาต่างชาติ อย่างมีนัยสำคัญที่สถิติที่ .05 (Punpong & Prakrongjai, 2024) ซึ่งจะสอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในงานวิจัย *"...วันนั้นผมนั่งงงกับเพื่อนตอนไปซื้อของแถวหอพักพ่อค้าพูดภาษายาวีใส่ผมกับเพื่อนพ่อค้าพูดว่า เนาะบือลีกาปอ ผมไม่เข้าใจภาษาที่พ่อค้าถามวันนั้น..."* หลังจากนั้นนักศึกษามีการปรับตัวโดยการฝึกการเรียนรู้ภาษาในชีวิตประจำวันกับเพื่อนและใช้เครื่องมือสมาร์ตโฟนช่วยแปลภาษาในการสื่อสารและยังใช้เวลาอยู่หอพักกับเพื่อน ๆ เพื่อฝึกการสื่อสารเพื่อลดอุปสรรคในการใช้ชีวิตและทำให้เกิดความมั่นใจและเข้าใจสังคมพื้นที่สามจังหวัดเพิ่มมากขึ้นและมักชอบให้เพื่อน ๆ นำไปเรียนรู้สถานที่ต่าง ๆ รวมทั้งในช่วงเวลาเทศกาลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เช่น การถือศีลอด รายอ เป็นต้น

สรุป

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวในสังคมพหุวัฒนธรรมชายแดนใต้ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เหตุการณ์สำคัญ (critical incidents analysis) ผู้ให้ข้อมูลเหตุการณ์สำคัญ 30 เหตุการณ์ พฤติกรรมการปรับตัวสรุปได้ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การปรับตัวด้านการใช้ภาษาในการสื่อสาร 2) การปรับตัวด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม 3) การปรับตัวทางด้านพหุวัฒนธรรม

ข้อค้นพบในการวิจัยครั้งนี้ ด้านการใช้ภาษาในการติดต่อสื่อสารยังเป็นประเด็นปัญหาและส่งผลให้รูปแบบการดำเนินชีวิตของกลุ่มนักศึกษามีการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นจะเห็นว่าจะต้องมีการฝึกการใช้ภาษาไทยที่เป็นภาษาราชการเมื่อต้องเข้ารับการศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา ในส่วนประเด็นการปรับตัวด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ยังต้องสนับสนุนการให้รุ่นพี่และเพื่อนที่ดีช่วยให้สามารถแก้ปัญหาในการเข้าสังคมและสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ที่เปลี่ยนแปลงได้ เพื่อทำให้นักศึกษามีความมั่นใจ รู้สึกอบอุ่นสบายใจ และส่วนด้านพหุวัฒนธรรมนั้นจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนให้มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมในชุมชน สังคมที่อาศัยอยู่ ดังนั้นความพร้อมและความพยายามปรับตัว จึงเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยที่กำหนดว่าพวกเขาสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมและลดอุปสรรคปัญหาในการดำเนินชีวิตลงได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้

จากการวิจัยในครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานและมาเป็นแนวทางการวางแผนการดำเนินงานติดตามกำกับให้นักศึกษาสามารถใช้ชีวิตในการเรียนระดับอุดมศึกษาจนสำเร็จต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่มีผลต่อการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ในด้านอื่น ๆ เช่น ด้านผู้สอน ด้านสิ่งแวดล้อมในมหาวิทยาลัย ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกด้านการเรียน

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวในด้านการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต และนักศึกษาสาขาวิขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ในมหาวิทยาลัยเดียวกัน

รายการอ้างอิง (References)

Creswell, J.W., & Poth, C.N. (2017). *Qualitative Inquiry and Research Design Choosing among Five Approaches* (4th ed.). SAGE Publications.

Chaiyapan, M., & Suksawat, J. (2017). Cultural Adaptation Affecting a Sense of Coherence of The Muslim Undergraduate Students in Songkhla Rajabhat University. *Journal Educational Sciences*, *10*(1),191 – 213. https://ir.stou.ac.th/bitstream/123456789/1430/1/44374.pdf

Chokbamrung, S., & Thongnopakun, S. (2019). Factors related to adjustment of first-year university students in Chon Buri Province. *Journal of Medicine and Public Health, 2* (2),75 - 82. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmpubu/article/view/193039/148668

Division of Academic and Student affair Office, Princess of Naradhiwas University. (2023). *Statistics on the number of students of Prince of Princess of Naradhiwas University*. Author.

Lohmae, U., Yeepaloh, M., Kajornkittiya, K., & Bunlap, P. (2021). Factors related to adaptations of the first-year nursing students studying at a nursing college in a southern border province of Thailand. *Journal of Nursing and Health Research*, *2 2* (3).135 - 146. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/250198

Manmanah, D., Musor, M., & Lakatep, P. (2020). Situation and ways for Muslim youth development in 3 southern border provinces. *Rajamangala University of Technology Tawan-ok Social Science Journal, 9*(1). 40 - 49. https://so05.tcithaijo.org/index.php/SocialJournal2rmutto /article/view/242217

Punpong, A., & Prakrongjai, P. (2024). Cultural Adaptation's Communication for the Foreign Students of Autonomous Universities in Northern Region. *Journal of Management Science Pibulsongkram Rajabhat University*, *6*(1),1 - 20. https://so01.tci-thaijo.org/index.php/ GraduatePSRU/article/view/246693/173076

Roy, C. & Andrews, H. A. (1999). *The Roy's adaptation model*, Appleton & Lange.

Sukka, V., Kullawong M., & Maliwan, E. (2019). *Cultural Adaptation of the Students from Deep South of Thailand: A Case Study of the Students in Muslim's Club, Rajamangala University of Technology Srivijaya*. (Research Report). Rajamangala University of Technology Srivijaya. https://www.repository.rmutsv.ac.th/handle/123456789/3384

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ
วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ เป็นวารสารที่รับตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น ด้านการแพทย์ (Medicine) ด้านการพยาบาล (Nursing) ด้านทันตกรรม (Dentistry) ด้านสาธารณสุขศาสตร์ (Health profession) และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยบทความที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ ต้องเป็นผลงานวิจัยที่แล้วเสร็จไม่เกิน 5 ปี ไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ ถ้าเป็นบทความวิจัยที่เป็นหรือเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ / ดุษฎีนิพนธ์ ต้องมีหนังสือรับรอง และลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและนักศึกษาผู้ทำวิทยานิพนธ์ / ดุษฎีนิพนธ์ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการแก้ไขต้นฉบับเพื่อความเหมาะสมและเป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด โดย บทความที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ ต้องผ่านการพิจารณา กลั่นกรอง ตรวจสอบ จากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) ที่มีความรู้ความชำนาญ มีประสบการณ์ ในด้านที่เกี่ยวข้องในการประเมินบทความ เพื่อให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ ก่อนการตีพิมพ์เผยแพร่ จำนวนอย่างน้อย 2 ท่าน โดยจะไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ประเมินบทความ (Double blinded peer review)

ประเภทของบทความ

1. บทความวิจัย
2. บทความวิชาการ
3. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ

การเตรียมบทความต้นฉบับ

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows แบบอักษร Angsana New ขนาดตัวอักษร 16 อักษรปกติ พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษด้านบน-ด้านล่าง 2.54 ซม. ด้านใน 3.17 ซม. ด้านนอก 2.54 ซม. ไม่เกิน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง)

2. ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดตัวอักษร 18 ตัวหนา

3. ชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อยู่ใต้ชื่อเรื่องโดยชิดขอบกระดาษด้านขวา ขนาดตัวอักษร 14 อักษรปกติ และให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้เขียน เพื่อแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับสถานที่ทำงานของผู้เขียนบทความทุกคนไว้ที่เชิงอรรถในหน้าแรก

4. ชื่อหน่วยงานของผู้นิพนธ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อยู่ส่วนล่างสุด ที่เชิงอรรถในหน้าแรก ขนาดตัวอักษร 12 ปกติ ระบุหน่วยงานรองและหน่วยงานหลัก และระบุตัวเลขเป็นตัวยกหน้าชื่อหน่วยงานผู้นิพนธ์ทุกท่าน และ E-mail Address ของผู้เขียนหลักเพื่อเป็น Corresponding Author

5. บทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ

6. คำสำคัญ (Key words) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 - 5 คำ)

7. การพิมพ์หัวข้อ หัวข้อใหญ่สุด ให้ชิดขอบด้านซ้าย หัวข้อย่อยเว้นห่างจากหัวข้อใหญ่ 4 ตัวอักษร และหัวข้อย่อยขนาดเดียวกัน ต้องพิมพ์ให้ตรงกัน เมื่อขึ้นหัวข้อใหญ่ ควรเว้นระยะพิมพ์หนึ่งบรรทัด

8. การใช้ตัวเลข คำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิคทั้งหมด ใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น (ระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ดังนี้ (Student centered learning)

9. กรณีมีรูปภาพ บันทึกเป็นไฟล์ที่มีนามสกุล JPEGs หรือ Tiffs เท่านั้น และให้พิมพ์เป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด (เริ่มใช้ในวารสารปีที่ 17 เป็นต้นไป)

10. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

10.1 บทคัดย่อ (Abstract)

10.2 บทนำ (Introduction) ระบุความสำคัญของปัญหาการวิจัย กรอบแนวคิด สมมุติฐาน การทบทวนหรืออ้างอิงเอกสาร/ทฤษฎี / งานวิจัย ที่นำไปสู่กรอบแนวคิดหรือวัตถุประสงค์การวิจัย

10.3 วัตถุประสงค์ (Objectives)

10.4 วิธีการวิจัย (Research methodology) ระบุแบบแผนการวิจัยการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

10.5 ผลการวิจัย (Results) เสนอผลที่พบตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับอย่างชัดเจน ควรเสนอในรูปตารางหรือแผนภูมิ กรณีมีตารางหรือแผนภูมิให้พิมพ์เป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด (เริ่มใช้ในวารสารฯ ปีที่ 17 เป็นต้นไป)

10.6 อภิปรายผล (Discussion) เสนอเป็นความเรียง ชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของผลการวิจัยกับกรอบแนวคิด และงานวิจัยที่ผ่านมา ไม่ควรอภิปรายเป็นข้อ ๆ แต่ชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด

10.7 สรุป (Conclusions) ระบุข้อสรุปที่สำคัญ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่

10.8 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และสำหรับการวิจัยต่อไป

10.9 รายการอ้างอิง (References) ใช้รูปแบบการอ้างอิง APA 7th Edition และต้องเป็นรายการที่มีการอ้างอิงไว้ในเนื้อหาเท่านั้น รายการอ้างอิงที่นำมาอ้างอิงต้องมีความทันสมัย ทันต่อเหตุการณ์ และควรตีพิมพ์เผยแพร่ไม่เกิน 5 ปีย้อนหลัง และให้พิมพ์เป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด

11. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

11.1 บทคัดย่อ (Abstract)

11.2 บทนำ (Introduction)

11.3 เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ

11.4 บทสรุป (Conclusion)

11.5 ข้อเสนอแนะ (Suggestion)

11.6 รายการอ้างอิง (References)

12. การพิมพ์รายการอ้างอิง

ให้ใช้ APA Formatted References, 7th edition (เริ่มใช้ในบทความ วารสารฯ ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 เป็นต้นไป)

การชำระค่าตีพิมพ์

1. วารสารจะดำเนินการเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ เมื่อบทความผ่านการพิจารณารับประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งจะมีการแจ้งผลการพิจารณาตีพิมพ์เบื้องต้นผ่านทางระบบ Thaijo ตามที่ผู้นิพนธ์ Submission บทความ

2. รายละเอียดค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

	บุคคลภายในมหาวิทยาลัย		บุคคลภายนอกมหาวิทยาลัย
บทความภาษาไทย	3,000	บาท	4,500 บาท
บทความภาษาอังกฤษ	5,000	บาท	7,000 บาท

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม-ปี (Author's last name – year of Publication) ถ้าชื่อสกุลผู้เขียนเป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ โดยมีรูปแบบการเขียน ดังนี้

1. ผู้แต่ง 1 คน

   สกุล (ปี) หรือ (สกุล, ปี) Siriphan (2016) หรือ (Siriphan, 2016)

2. ผู้แต่ง 2 คน

Siriphan and Kaewchai (2016) หรือ (Siriphan & Kaewchai, 2016)

3. ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป

ให้ใส่เฉพาะสกุลผู้แต่งคนแรกตามด้วยคำว่า et al.

(Seeley et al., 2016) หรือ Seeley et al. (2016) ในการอ้างอิงครั้งแรก และการอ้างอิงครั้งต่อไป

4. ผู้แต่งเป็นหน่วยงาน

4.1 ให้ใส่ชื่อหน่วยงานแทนชื่อผู้แต่ง สำหรับการอ้างอิงครั้งแรกให้ใส่ชื่อเต็มขอหน่วยงาน ตามด้วยอักษรย่อในเครื่องหมายวงเล็บเหลี่ยม [ ] และต่อไปให้ใช้เฉพาะอักษรย่อ หากอักษรย่อบางหน่วยงานซ้ำกันให้ใส่ชื่อเต็มของหน่วยงานในการอ้างอิงทุกครั้ง

การอ้างอิงครั้งแรก

(World Health Organization [WHO], 2020)

การอ้างอิงครั้งต่อมา

(WHO, 2020)

4.2 ให้ใส่ชื่อเต็มของหน่วยงาน กรณีที่มีทั้งชื่อหน่วยงานใหญ่และหน่วยงานย่อย เฉพาะต่างประเทศ ให้ใส่ชื่อหน่วยงานใหญ่ คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วยชื่อหน่วยงานย่อย

World Health Organization

University of Southampton, Faculty of Health Sciences

5. การอ้างอิงเอกสารมากกว่าหนึ่งงานที่ผู้แต่งต่างกัน

ให้ใส่ชื่อผู้แต่งโดยเรียงตามลำดับอักษร แยกแต่ละรายการอ้างอิง โดยคั่นด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (;) หากมีทั้งงานภาษาไทยและภาษาต่างประเทศให้เรียงรายการอ้างอิงภาษาไทยก่อน

(Knecht, et al., 2000; Moskal, 2000; Schrock, 2000)

การอ้างอิงในรายการอ้างอิงท้ายบทความ (References)

1. การลงชื่อผู้แต่ง

1.1 ผู้แต่ง 1 คน

ให้ใส่ชื่อสกุล คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และอักษรย่อชื่อกลาง (ถ้ามี)

Ahmad Asmuni	ลงชื่อผู้แต่งเป็น Asmuni, A.
John W. Creswell	ลงชื่อผู้แต่งเป็น Creswell, J.W.
Harison Michael Campbell	ลงชื่อเป็น Campbell, H.M.

1.2 ผู้แต่ง 2 คน

ให้ใส่ชื่อสกุล คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และอักษรย่อชื่อกลางของผู้แต่งทั้ง 2 คน โดยใส่เครื่องหมายจุลภาคคั่น และตามด้วย & หน้าชื่อสกุลผู้แต่งคนที่ 2

Sutter, J., & Jue, A.

1.3 ผู้แต่ง 3 – 20 คน

ให้ใส่ชื่อสกุล คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และอักษรย่อชื่อกลางของผู้แต่งทุกคน โดยใส่เครื่องหมายจุลภาคคั่นระหว่างผู้แต่งทุกคนและตามด้วย & หน้าชื่อสกุลผู้แต่งคนสุดท้าย

Fonghoi, W., Tayjasanant, C., & Nomnian, S.

1.4 ผู้แต่ง 21 คนขึ้นไป

ให้ใส่ชื่อผู้แต่งคนที่ 1 ถึงคนที่ 19 คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ระหว่างผู้แต่งทุกคน ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค 3 จุด (. . .) โดยหน้าและหลังของแต่ละจุด ต้องเว้นวรรค 1 ตัวอักษร และตามด้วยชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย

Yagi, K., Sato, Y., Sakaguchi, S., Goda, M., Hamano, H., Aizawa, F., Shimizu, M., Inoue-Hamano, A., Nishimori, T., Tagi, M., Kanno, M., Matsuoka-Ando, R., Yoshioka, T., Matstubara, Y., Izawa-Ishizawz, Y., Shimizu, R., Maruo, A., Kuniki, Y., Sakamoto, … Ishizawa, K.

1.5 บรรณาธิการ

ให้ใส่ชื่อบรรณาธิการ ตามด้วยตัวย่อ Ed. หากมากกว่า 1 คนให้ใช้ Eds. ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ ( )

Shelley, M., & Sahin, I. (Eds.)

2. ประเภทรายการอ้างอิง

2.1 บทความ

2.1.1 บทความในวารสาร ฉบับตีพิมพ์

1. ชื่อผู้แต่ง ให้ใส่ตามหลักเกณฑ์การลงชื่อผู้แต่ง
2. ปีพิมพ์ ให้ใส่ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ ( ) สำหรับงานภาษาต่างประเทศให้ใช้เป็นปี ค.ศ.
3. ชื่อบทความ สำหรับงานภาษาต่างประเทศ ให้พิมพ์ตัวอักษรตัวแรกด้วยตัว พิมพ์ใหญ่ทุกคำ ยกเว้นคำสันธาน
4. ชื่อวารสาร ให้พิมพ์ตัวอักษรตัวแรกในแต่ละคำด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ และเป็น*ตัวพิมพ์เอียง*

5. ปีที่วารสาร พิมพ์ด้วย*ตัวพิมพ์เอียง*

6. ฉบับที่ ให้ใส่ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ ติดกับปีที่ แต่ไม่ต้องเป็นตัวพิมพ์เอียง

7. เลขหน้า

ตัวอย่าง

U-senyang, S., Trichandhara, K., & Rinthaisong, I. (2017). Antecedents of Organizational Health in Southern Thailan. International Journal of Behavioral Science, *12*(1), 79 – 97.

2.1.2 บทความในวารสาร ฉบับที่เผยแพร่ออนไลน์

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่อ./(ปีพิมพ์)./ชื่อบทความ./*ชื่อวารสาร,/ปีที่*(ฉบับที่),/เลขหน้า./URL

ตัวอย่าง

Fonghoi, W. (2019). In-service Secondary School English Language teachers' Instructional Practices, Challenges, and their Training Needs: A Focus Group Interview Study, *Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences*, *6*(2), 152 – 165. http://so05.tci-thaijo.org/index/php/pnuhuso/article/View/ 173972/142226

2.1.3 บทความในวารสาร ที่มีเลข Digital Object Identifier (DOI)

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่ อ./(ปีพิมพ์)./ชื่อบทความ./*ชื่อวารสาร,/ปีที่*(ฉบับที่),/เลขหน้า./ https://doi.org/////////เลข DOI

ตัวอย่าง

Sayoh, I., Rusling, D.A., Brown, T., & Fox, K.R. (2020). DNA Structural Changes Induced by Intermolecular Triple Helix Formation. *ACS Omega 2020*, *5,* 1679-1687. http://doi.org/10.1021/acsomega.9b03776

2.1.4 บทความในนิตยสาร

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่อ./(ปี,/เดือน/วัน)./ชื่อบทความ./*ชื่อนิตยสาร,/ปีที่*(ฉบับที่),/เลขหน้า.

ตัวอย่าง

Walt, V. (2021). The Lonely Quest for Ethical Chocolate. *Fortune*, *183*(2), 54 - 58.

2.1.5 บทความในนิตยสารออนไลน์

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่ อ./(ปี,/เดือน/วัน)./ชื่อบทความ./*ชื่อนิตยสาร,/ปีที่*(ฉบับที่),/เลขหน้า./ URL

ตัวอย่าง

Kelleher, K. (2020, February 13). Here are the Biggest Tax Law Changes to Look Out for this Year. *Time, 195*(3). http://time.com/5770130/tax-law-changes-2020/

2.2 หนังสือ

1. ชื่อผู้แต่ง ให้ใส่ตามหลักเกณฑ์การลงชื่อผู้แต่ง

2. ปีพิมพ์ ให้ใส่ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ ( ) สำหรับงานต่างประเทศ ให้ใช้เป็นปีค.ศ. กรณีที่ไม่ปรากฏปีพิมพ์ให้ใส่ n.d.

3. ชื่อหนังสือ สำหรับงานภาษาต่างประเทศ ให้พิมพ์ตัวอักษรตัวแรกด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ทุกคำ ยกเว้นคำสันธาน

4. กรณีหนังสือจัดพิมพ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ให้ระบุ (พิมพ์ครั้งที่/เลข) ไว้หลังชื่อหนังสือโดยไม่ต้องคั่นด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) สำหรับงานต่างประเทศให้ใส่ตัวย่อ ed. ไว้หลังครั้งที่พิมพ์

5. สำนักพิมพ์ ไม่ใส่คำว่า สำนักพิมพ์ ห้างหุ้นส่วน จำกัด บริษัท จำกัด มหาชน ยกเว้นสำนักพิมพ์ของสถาบันการศึกษา ให้ใส่ตามข้อมูลที่ปรากฏ เช่น สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นต้น หรือภาษาต่างประเทศที่ใช้คำว่า Books หรือ Press

6. กรณีไม่ปรากฏสำนักพิมพ์ ให้ใส่ n.p.

7. กรณีที่ชื่อผู้แต่งและสำนักพิมพ์เหมือนกัน ให้ใส่คำว่า Author แทนตรงสำนักพิมพ์

ตัวอย่าง

Mackey, A. (2007). *Oxford Applied Linguistics: Conversational Interaction in Second Language Acquisition*. Oxford University Press.

Shelley, M., & Sahin, I. (Eds.). (2022). *Studies on Education, Science, and Technology 2021*. ISTES Organization.

2.2.1 บทในหนังสือ

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่อ อ./(ปี พิ มพ์)./ชื่ อบทหรื อชื่ อบทความ./In/ชื่ อบรรณาธิ การ /(Ed. หรือ/////////Eds.),/*ชื่อหนังสือ*/(p./เลขหน้า)./สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

Button, L. (2009). Facing Time: The Evocation of Time in Visual and Literary Forms of Autobiography. In S. Panja, S. Chakrabarti & C. Devadawson (Eds.), *Word, Image, Text: Studies in Literary and Visual Culture* (PP. 152-160). Orient BlackSwan.

2.2.2 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่อ./(ปีพิมพ์)./*ชื่อเรื่อง*/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./URL

ตัวอย่าง

Fedorov, A. (2007). *Media Education: Sociology Surveys. House*. http://files.eric. ed.gor /fulltext/ED557586.pdf

2.3 วิทยานิพนธ์

1. ชื่อผู้แต่ง ให้ใส่ตามหลักเกณฑ์การลงชื่อผู้แต่ง

2. ปีที่เผยแพร่ ให้ใส่ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ ( ) สำหรับงานต่างประเทศ ให้ใช้เป็นปี ค.ศ.

3. ชื่อวิทยานิพนธ์ สำหรับงานภาษาต่างประเทศ ให้พิมพ์ตัวอักษรตัวแรกด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ทุกคำ ยกเว้นคำสันธาน (Conjunction) ได้แก่ for, and, or, but, while, when, after, before, because และเป็น*ตัวพิมพ์เอียง*

4. ให้ใส่คำว่า วิทยาพิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต หรือวิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต ในเครื่องหมายวงเล็บ [ ] สำหรับงานภาษาต่างประเทศ ให้ใส่คำว่า Master's thesis หรือ Doctoral dissertation

5. ชื่อมหาวิทยาลัย

2.3.1 วิทยานิพนธ์ ฉบับตีพิมพ์

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./*ชื่อวิทยานิพนธ์* /[Master's thesis หรือ Doctoral ///////dissertation]./ชื่อมหาวิทยาลัย.

ตัวอย่าง

Mayi, L. (2011). *Doing Repair in Native-Non-Native Talk: A Conversation Analytic Study of Thai-English Interaction* [Master's thesis]. York St John University.

2.3.2 วิทยานิพนธ์ จากฐานข้อมูลออนไลน์

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./*ชื่อวิทยานิพนธ์* /[Master's thesis หรือ Doctoral ///////dissertation,/ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อฐานข้อมูล./URL

ตัวอย่าง

Hounkong, K. (2015). *Coptosapelta Flavescens as a Potential Anti-Entamoebba Histolytica and Anti-Giardia Intestinalis* [Doctoral dissertation, Prince of Songkla

University]. PSU Knowledge Bank. http://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010 /10246/1/404643.pdf

2.4 รายงานการวิจัย

1. ชื่อผู้แต่ง ให้ใส่ตามหลักเกณฑ์การลงชื่อผู้แต่ง

2. ปี ให้ใส่ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ ( ) สำหรับงานต่างประเทศ ให้ใช้เป็นปี ค.ศ.

3. ชื่อเรื่อง สำหรับงานภาษาต่างประเทศ ให้พิมพ์ตัวอักษรตัวแรกด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ทุกคำ ยกเว้นคำสันธาน (Conjunction) ได้แก่ for, and, or, but, while, when, after, before, because และเป็น*ตัวพิมพ์เอียง*

4. สำนักพิมพ์

ตัวอย่าง

Rushton, N. (2022). *Register of Change Part 1 2000-2010* (Research Report). Cambridge University Press & Assessment. http://files/eric/ed/gov/fulltext /ED622104.pdf

2.5 เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ (Proceeding)

1. ชื่อผู้แต่ง ให้ใส่ตามหลักเกณฑ์การลงชื่อผู้แต่ง

2. ปี ให้ใส่ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ ( ) สำหรับงานต่างประเทศ ให้ใช้เป็นปี ค.ศ.

3. ชื่อบทความ สำหรับงานต่างประเทศให้พิมพ์ตัวอักษรตัวแรกด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ทุกคำ ยกเว้นคำสันธาน (Conjunction) ได้แก่ for, and, or, but, while, when, after, before, because และเป็นตัวพิมพ์เอียง

4. ให้ใส่คำว่า In ตามด้วยชื่อบรรณาธิการหรือชื่อหน่วยงาน หากเป็นบรรณาธิการให้ใส่คำว่า Ed. หรือ Eds. ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ กำกับไว้หลังชื่อบรรณาธิการ

5. ชื่อหัวข้อการประชุม ให้เป็นตัวเอียง

6. ชื่อการประชุม ให้พิมพ์ตัวอักษรตัวแรกในแต่ละคำด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ และเป็น*ตัวพิมพ์เอียง* จากนั้นให้ใส่ตัวอักษรย่อ PP. ตามด้วยเลขหน้า ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ

7. ชื่อฐานข้อมูล / ชื่อหน่วยงานจัดการประชุม

ตัวอย่าง

Kakinuma, Y. (2022). Catching on to Crypto: Evidence from the Stock Exchange of Thailand. In Faculty of Management and Tourism, Burapha University, Business transformation thriving through changes and turbulences, *The International and National Conference on Business Administration and Accountancy 2022: INCBAA 2022* (p.4), Faculty of Management and Tourism, Burapha University.

2.6 สารสนเทศจากเว็บไซต์

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่อ./(ปี,/เดือน/วันที่เผยแพร่)./*ชื่อเรื่อง*./ชื่อเว็บไซต์./URL

ตัวอย่าง

Sirisilla, S. (2022, December 19). *Effective Use of Statistics in Research–Methods and Tools for Data Analysis.* Enago Academy. https://www.enago.com/academy/statistics-in-research-data-analysis/

ข้อแนะนำในการส่งต้นฉบับ

เมื่อผู้นิพนธ์เตรียมไฟล์ต้นฉบับตามการเตรียมต้นฉบับบทความวิจัย/บทความวิชาการแล้ว สามารถส่งไฟล์ต้นฉบับทาง

E-mail: pnu_jr@hotmail.com และ https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr

โดยลงทะเบียนสมาชิกเข้าเว็บไซต์ แล้วทำตามคำแนะนำสำหรับการใช้งานเบื้องต้นของระบบ ThaiJO (สำหรับผู้แต่ง Author) ซึ่งมีรายละเอียดตามหัวข้อดังนี้

- การลงทะเบียนผู้นิพนธ์ (Author Register) (ผู้ใช้ยังไม่มี Username, Password ในระบบ ThaiJO)
- การส่งบทความ (Submission)
- รอตรวจสอบสถานะ การตอบรับ/ปฏิเสธ ทาง E-mail

ข้อแนะนำการส่งเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ผู้นิพนธ์ศึกษา ตรวจสอบขั้นตอนการส่งบทความ และดาวน์โหลดเอกสารที่เกี่ยวข้อง ที่เว็บไซต์ **http://journal.pnu.ac.th/index.php?option=com_content&view=article&id=67&Itemid=41** หลังจากนั้นส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องและบทความต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด ทางไปรษณีย์ ส่งมาที่

บรรณาธิการวารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

ชั้น 3 สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

99 ม. 8 ต. โคกเคียน อ. เมือง จ. นราธิวาส 96000

การติดต่อวารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

ติดต่อได้ที่ งานวารสาร (คุณปิยนุช วัจนศิริ หรือ คุณซัมซียะห์ เจ๊ะสาเม๊าะ)

Tel 073-709-030 ต่อ 1161, Fax 073-709-030 ต่อ 1173

Mobile phone 09-3604-3247 E-mail: pnu_jr@hotmail.com