



วารสารการพยาบาลและการศึกษา JOURNAL OF NURSING AND EDUCATION

ปีที่ 14 เล่มที่ 3 กรกฎาคม- กันยายน Volume 14 Number 3 July - September

บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแก่ญาติผู้ดูแลในโรงพยาบาลคลองเขื่อน
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง ในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี
- ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมให้คำปรึกษา เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารระดับต้น ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง
- การพัฒนาทุนทางสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : การศึกษากรณีชุมชน จังหวัดพะเยา
- ภาวะสุขภาพและการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลที่บ้าน ในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข



วัตถุประสงค์ของวารสาร

วารสารการพยาบาลและการศึกษา เป็นวารสารในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ที่อยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ด้านการพยาบาล การผดุงครรภ์ การศึกษาพยาบาล และสุขภาพ
2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการของพยาบาล อาจารย์พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ
3. เสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาและองค์กรทางสุขภาพทั่วประเทศ

ขอบเขต

วารสารการพยาบาลและการศึกษา รับผิดชอบเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ ทางการพยาบาลและสุขภาพ และรายงานการศึกษาทางคลินิกของการพยาบาลทุกสาขา รับผิดชอบทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และต้องเป็นบทความที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน

การพิจารณาตีพิมพ์

วารสารการพยาบาลและการศึกษา เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการพิจารณาตีพิมพ์ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิในหลากหลายสาขา จากสถาบันต่าง ๆ พิจารณาตรวจคุณภาพของเรื่อง อย่างน้อย 2 คน ประเภทของการพิจารณาตีพิมพ์จะเป็นแบบ Double Blinded และผู้เขียนจะต้องปรับแก้ให้เรียบร้อย ก่อนการได้รับการตีพิมพ์ บทความข้อคิดเห็นต่าง ๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน วารสารและกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วย

กำหนดออกวารสาร ปีละ 4 ฉบับ

มกราคม-มีนาคม เมษายน - มิถุนายน
กรกฎาคม-กันยายน สิงหาคม- ธันวาคม

เจ้าของ : สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงาน: อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
อาคาร 4 ชั้น 7 ถนนนิตวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

The Journal Aim

The Journal of Nursing and Education (JONAE) is a peer-reviewed technological and scientific journal that is included Thailand Journal Citation Index Center : (TCL center). JONAE's primary aims are:

1. To provide a forum for original research and academic articles to the field of clinical nursing, midwifery, nursing education and health care.
2. To stand for exchanging academic and clinical experiences of nursing faculties and healthcare providers.
3. To promote collaborative networks of academic institutes and healthcare organizations in Thailand.

Scope

The Journal of Nursing and Education (JONAE) publishes original research articles, academic articles, and clinical studies in all areas of nursing. We accept both Thai and English writing to publication, however, articles have not been published in anywhere before.

Peer Reviewers

The Journal of Nursing and Education (JONAE) is a peer-reviewed journal. Peer review is the system that we use to assess the quality of scientific research and academic articles by independent experts in the field as reviewers. All submitted manuscripts will be reviewed by at least two reviewers, The type of judgment is double blinded, prior accepting before publication. All authors must take public responsibility for the content of their paper.

Quarterly Issue

January-March April-June
July-September October-December

Owner : Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

Office : Office of the Permanent Secretary for Ministry of Public Health

4 Building.7 floor. Health Workforce Development
Tiwanon Road, Tumbol Talatkwon District
Muang Nonthaburi Province Nonthaburi Thailand 11000

คณะที่ปรึกษา

ศ.เกียรติคุณ ดร.กิตติชัย	วัฒนานิก	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.ทัศนาศนา	บุญทอง	นายกสภาการพยาบาล
นายแพทย์ประทีป	ชนกจิเจริญ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ศ.ดร.ศิริพร	จิรวัดนกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศ.ดร.ประนอม	โอทกานนท์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บรรณาธิการ

ดร.เบญจวรรณ	ทิมสุวรรณ	ข้าราชการบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข
-------------	-----------	---------------------------------

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.ปัทมา	ทองสม	สถาบันพระบรมราชชนก
----------	-------	--------------------

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.รัชนี	สรเรณีย์	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
รศ.ดร.เอื้อมพร	ทองกระจ่าง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.พูลสุข	หิงคานนท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.สมใจ	พุกทาทิภักษ์ผล	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ผศ.ดร.วรรณรัตน์	ลาวัง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.จินดา	งามสุทธิ	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.จวีร์วรรณ	มณีแสง	มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
ดร.กาญจนา	จันทร์ไทย	สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
ดร.ลิลา	ศิริพร	ข้าราชการบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข
ดร.วาริวรรณ	ศรีวานิชย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรินทร์
ดร.ยศพล	เหลืองโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
อาจารย์วิภา	เพ็งเสงี่ยม	วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา
อาจารย์เฟื่องฟ้า	นรพัลลภ	ข้าราชการบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข
อาจารย์เบญจพร	ทิพย์ผลาผลกุล	สถาบันพระบรมราชชนก
พันเอกหญิง ดร.วาสนา นัยพัฒน์	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก	
Dr.Patricia	W. Nishimoto	Oncology Clinical Nurse Specialist/Tripler Army Medical Center USA

ฝ่ายผู้จัดการ

นางสาวมยุรี	ศรีอุตร	สถาบันพระบรมราชชนก
นางรัชนิพร	ไชยมิ่ง	สถาบันพระบรมราชชนก
นางอัญชลี	ปัญจวิรัช	สถาบันพระบรมราชชนก
นางสาวพุทธพร	จันทะบาล	สถาบันพระบรมราชชนก

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะ

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาลและการศึกษา ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ให้ความอนุเคราะห์ประเมินบทความให้กับวารสารมาตลอด ฉบับนี้มีบทความวิจัยที่น่าสนใจ คือ ความรอบรู้ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง ในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการป้องกันแผลกดทับ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแก่ญาติผู้ดูแลใน โรงพยาบาลคลองเขื่อน ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมทำให้คำปรึกษา เรื่องการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ของผู้บริหารระดับต้น ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง การพัฒนาทุนทางสังคมเพื่อคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุ : การศึกษากรณีชุมชน จังหวัดพะเยา ภาวะสุขภาพ และการจัดการสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลที่บ้าน ในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ขอให้ท่านติดตามนะคะ

ในช่วงนี้พวกเรายังคงทำงานหนักนะค่ะเพราะโรคโคโรนาไวรัส (Covid-19) ยังคงแพร่ระบาดหนัก ในบ้านเราและทั่วโลก ไม่รู้ว่าจะยาวนานอีกแค่ไหน พวกเราคงได้ฉีดวัคซีนกันทุกคนนะค่ะ เพราะวิชาชีพเรา อยู่แนวหน้า เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย กองบรรณาธิการขอส่งกำลังใจให้ทุกท่านที่ปฏิบัติงานหนัก และเสี่ยงภัย ขอให้ทุกท่านปลอดภัย

สุดท้ายนี้ทางกองบรรณาธิการและทีมงานวารสารการพยาบาลและการศึกษา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับการสนับสนุนจากทั้งผู้พิมพ์และผู้อ่านทุกท่านด้วยดีตลอดไป

กองบรรณาธิการ

▪ บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแก่ญาติผู้ดูแล
ในโรงพยาบาลคลองเขื่อน

อัญชลี มุลวงษ์, ชิสापัทร์ วงษ์จินดา, ธนะวัฒน์ รวมสุก

The Effect of Enhancement Program on Knowledge and the Caring for Pressure Sore
Prevention Behavior in Patients at Risk among Caregiver at the In-Patient Department,
Klong Khuen Hospital

Anchalee Moonwong, Chisapat Vongjinda, Tanawat Ruamsook..... 1

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง ในคลินิกหมอครอบครัว
จังหวัดสระบุรี

นุสราน นามเดช, สมจิตต์ สิ้นธุชัย, ประไพ กิตติบุญถวัลย์, กัญยรัตน์ อุบลวรรณ, สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล,
จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ

Health Literacy among the Older Adults with Coexisting Type 2 Diabetes Mellitus and
Hypertension in Primary Care Cluster, Saraburi Province

Nusara Namdej, Somchit Sinthuchai, Prapai Kittiboonthawal, Kanyarat Ubolwan, Suda Dejitaksirikul,
Jeeraporn Chuencham 15

การพัฒนาทุนทางสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : การศึกษากรณีชุมชน จังหวัดพะเยา
วิยะดา รัตน์สุวรรณ, กฤติพิชญ์ ฐิติพิชญานันท์

Social capital development for quality of life of older persons

Wiyada Ratanasuwan, Krittipitch Thitipichayanant

ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษา เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหาร
ระดับต้น ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ปทุมปวีร์ กิตติกุล, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, พัชรภรณ์ อารีย์

Effect of the Knowledge Management Program on First-Line Nurse Managers'
Breastfeeding Counseling Behavior at a Tertiary Hospital

Punpawee Kittikul, Phechnoy Singchungchai, Patcharaporn Aree

ภาวะสุขภาพและการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลที่บ้าน ในอำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม

สุรชาติ สิทธิปกรณ์, สุรพันธ์ สืบเนียม, สมจิต แดนสีแก้ว, อุไร จำปาвањеดี, จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล

Health Status and Self Management among Elderly People Who Need Home Care Service

Surachart Sittipakorn, Surapan Seubniam, Somjit Daenseekaew, Urai Jumpawadee,
Jarawan Kownklai.....

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการป้องกัน แผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแก่ญาติผู้ดูแลในโรงพยาบาลคลองเขื่อน

The Effect of Enhancement Program on Knowledge and the Caring for Pressure Sore Prevention Behavior in Patients at Risk among Caregiver at the In-Patient Department, Klong Khuen Hospital

อัญชลี มุลวงษ์* ชิสापัท วังจันดา** ธนะวัฒน์ รามสุก***
Anchalee Moonwong* Chisapat Vongjinda** Tanawat Ruamsook***

Received : 22/7/64
Revised : 25/8/64
Accepted : 29/9/64

บทคัดย่อ

แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รวมไปถึงผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลในระยะเวลาก่อนการทดลองและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแก่ญาติผู้ดูแล แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน ให้ได้รับโปรแกรมที่ส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับขณะอยู่โรงพยาบาล และเมื่อกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 4 เดือน ระหว่างเดือนกันยายน ถึงเดือนธันวาคม 2563 เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 33 คน ได้รับการดูแลตามแนวทางการพยาบาลของโรงพยาบาล เครื่องมือของการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71 2) แบบคัดกรองผู้ป่วย 3) แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับและการป้องกันป้องกันการเกิดแผลกดทับมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .77 และ พฤติกรรมการป้องกันแผลกดทับ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .85 เก็บรวบรวมข้อมูลในระยะเวลาก่อนการทดลองและหลังการทดลอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา

*** ผู้รับผิดชอบหลัก, อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา Email: tanawat.ru@ssru.ac.th

* Registered Nurse, Professional Level, Klong Khuen Hospital, Chachoengsao Province

** Registered Nurse, Senior Professional Level, Klong Khuen Hospital, Chachoengsao Province

*** Corresponding author, Nurse Instructor, College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University.
Email: tanawat.ru@ssru.ac.th

ผลการวิจัย พบว่า เมื่อสิ้นสุดกิจกรรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และพฤติกรรมการป้องกันแผลกดทับ สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ ยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$)

สรุป การวิจัยในครั้งนี้ ควรส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับและการป้องกัน รวมไปถึงฝึกทักษะ ให้แก่ญาติผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงได้ต่อไป

คำสำคัญ: ญาติผู้ดูแล การป้องกันแผลกดทับ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

ABSTRACT

Pressure sore is a major complication of patients who are unable to care themselves and the patients at risk of pressure sore. It affects on patients and caregivers. This quasi-experimental research (Pretest–Posttest Control Group Design) aimed to examine the effect of enhancement program on knowledge and skills to caring for pressure sore prevention in patients at risk among caregiver at the In-patient Department, Klong Khuen Hospital, Chachoengsao province. The samples were caregiver who care the patients at risk and recruited by simple random sampling. The experimental group (n = 35) received 4 monthly sessions of enhancement program on knowledge and skills to caring for pressure sore prevention in patients at risk among caregiver while in the hospital and discharge to rehabilitate at home between September to December 2020 and the control group (n = 33) was receiving the care according to the nursing guidelines. The research tools consisted of 1) The enhancement program on knowledge and the caring for pressure sore prevention behavior (reliability = .71) 2) The patients assessment form 3) Questionnaire consisted of 3 parts: Part 1 General information of patients and the caregiver, Part 2 Knowledge about pressure sore and prevention (reliability = .77) and Part 3 Pressure sore prevention behavior (reliability = .85). Data were collected in the pre-test and post-test and analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Paired t-test, and independent t-test.

The results found that after the intervention, the experimental group had mean score of knowledge and preventive of pressure sore and the behavior of preventive of pressure sore in patients at risk significantly higher than that of the pre-test and control group ($p < .05$). In addition, the number of pressure sore in patients at risk of experimental group was not significantly different from that of the control group ($p > .05$)

Conclusion, this research strongly support knowledge about pressure sore and prevention and training the caregiver in the caring the patients for preventive of pressure sore while in the hospital and discharge to rehabilitate at home for preventive of pressure sore and promote a quality of life of patients at risk.

Keywords: Caregiver, Pressure Sore Prevention, Patient at Risk

ความสำคัญของปัญหา

แผลกดทับ (Pressure ulcer หรือ Pressure sore หรือ Bed sore) เป็นปัญหาสุขภาพ และเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่นอนเป็นเวลานาน ผู้ป่วยติดเตียง หรือผู้ป่วยที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง สาเหตุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่สูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ระดับอัลบูมินในเลือดลดลง สูญเสียความยืดหยุ่น เมื่อผิวหนังเกิดการเปลี่ยนแปลงทำให้ความสามารถในการกระจายแรงกดทับ และการไหลเวียนเลือดของเนื้อเยื่อบกพร่อง ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยง และเกิดแผลจากแรงกดทับได้ง่ายขึ้น¹ ส่งผลให้ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน การติดเชื้อ ต้องได้รับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลยาวนานขึ้น ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นรวมถึงต้องเพิ่มภาระในการดูแลให้แก่ญาติผู้ดูแลอีกด้วย²

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 17.6 เกิดแผลกดทับระดับที่ 2 - 4 ต่อ 1,000 วันนอน ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล รวมไปถึงถึงพบการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเมื่อกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ร้อยละ 2 - 28³ โดยผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่บกพร่องความสามารถโดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหว ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองและนำไปสู่การเกิดแผลกดทับในที่สุด และเมื่อผู้ป่วยเกิดแผลกดทับขึ้นจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ที่ทำให้ต้องมีระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานขึ้น มีค่าใช้จ่ายในการดูแลและการรักษาที่เพิ่มขึ้นตามมา สภาพจิตใจ และคุณภาพชีวิตที่แย่ลง รวมไปถึงผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลาและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า และภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น⁴

การที่ผู้ป่วยที่บกพร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือความสามารถในการเคลื่อนไหว จากสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ เช่น

โรคหลอดเลือดสมอง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นต้น ที่เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลนั้น ทำให้เกิดการบกพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) และทำให้การดูแลตนเองไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับขณะที่เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ที่พบว่า การรับรู้ความรู้สึก การเคลื่อนไหวร่างกาย การปฏิบัติกิจกรรม ความชื้นของผิวหนัง แรงเสียดสีและแรงเฉือน ภาวะโภชนาการ รวมไปถึงความสามารถของผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยทำนายต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย โดยญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ จึงจำเป็นต้องได้รับความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลได้^{5,6}

ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงบกพร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือความสามารถในการเคลื่อนไหว จะไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามความต้องการของตนเอง จึงจำเป็นต้องหาวิธีที่ต้องได้รับการเติมเต็มในการดูแลตนเองจากผู้อื่น⁷ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม ที่กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องอาศัยผู้ที่ปฏิบัติกรดูแลให้บุคคลที่ต้องพึ่งตนเองและอยู่ในความรับผิดชอบ (Dependent care agent) ซึ่งเป็นผู้ที่ทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ที่พึ่งพาการดูแล เปรียบเสมือนกับการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ โดยการใช้อการ คาด การ ณั (Estimative operations) การปรับเปลี่ยน (Transitional operational) การใช้ดุลยพินิจ (Critical judgement) การตัดสินใจ (Decision making) และการลงมือปฏิบัติ

(Production operations) โดยความสามารถแยกออกเป็น 3 ปฏิบัติการย่อย ในความสามารถการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองหรือผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ การคาดการณ์ (Estimative operations) การปรับเปลี่ยน (Transitional operational) และการลงมือปฏิบัติ (Production operations)⁸ ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลควรได้รับความรู้และการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ทั้งขณะรับการรักษาที่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปรักษาตัวที่บ้าน

โรงพยาบาลคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นโรงพยาบาลชุมชน ให้บริการด้านสุขภาพในการส่งเสริมภาวะสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ให้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ จากการทำเนิงานแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคลองเขื่อน พบว่า ในปี 2560 – 2562 มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยติดเตียง และผู้สูงอายุ เป็นต้น เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 357, 422 และ 520 คน ตามลำดับ มีระยะเวลาเฉลี่ยในการนอนโรงพยาบาล เท่ากับ 3.25 วัน จากจำนวนผู้ป่วยดังกล่าว มีผู้ที่เกิดแผลกดทับ คิดเป็นร้อยละ 15.0, 13.4 และ 19.9 ตามลำดับ⁹ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากญาติผู้ดูแลขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังพบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเกิดแผลกดทับขึ้นเมื่อกลับไปรักษาตัวที่บ้าน จากการสอบถามญาติผู้ดูแลเบื้องต้น พบว่า ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับและการดูแลผู้ป่วย ต้องได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ ในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล และจากการสังเกตพบว่า ญาติผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง เช่น การเคลื่อนไหวผู้ป่วย การดูแลความสะอาดร่างกาย และการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น สอดคล้องกับ

ผลการศึกษาข้างต้นเกี่ยวกับความสามารถของญาติผู้ดูแลที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล รวมไปถึงการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและญาติผู้ดูแลที่ผ่านมา จะเป็นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับของผู้ป่วยในระยะสั้นแก่ญาติผู้ดูแล และให้ลงมือปฏิบัติภายหลังการได้รับคำแนะนำในระยะสั้นนั้นทันที ซึ่งหากญาติผู้ดูแลมีความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เพียงพอ จะส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเกิดแผลกดทับและปัญหาอื่น ๆ ตามมาได้ต่อไป

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยยึดหลักการระบวนพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เล็งเห็นถึงความสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการรักษาตัวที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคลองเขื่อน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม ในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลในการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแก่ญาติผู้ดูแล เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ขณะที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปรักษาตัวที่บ้าน รวมไปถึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแก่ญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา

สมมุติฐาน

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และพฤติกรรมการ

ป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง สูงกว่าก่อน
การทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับ
โปรแกรมการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการ
ป้องกันแผลกดทับ มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และ
การป้องกันการเกิดแผลกดทับ และพฤติกรรมการ
ป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง สูงกว่ากลุ่ม
ควบคุม

3. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในความดูแลของ
กลุ่มทดลอง เกิดแผลกดทับน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
ที่อยู่ในความดูแลของกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอ
ริเอม ด้านความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-care
deficit)⁸ ซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกด
ทับที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาล

คลองเขื่อน โดยส่งเสริมให้ผู้ดูแล โดยการใช้การ
คาดการณ์ (Estimative operations) การ
ปรับเปลี่ยน (Transitional operational) และการ
ลงมือปฏิบัติ (Production operations) ซึ่ง
ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ประเมิน
ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับ และ
การคาดการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล
ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาการคาดการณ์และการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการตั้งเป้าหมายและวาง
แผนการดูแลผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติใน
การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ ขั้นตอนที่ 4
ประเมินการลงมือปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อ
ป้องกันแผลกดทับ และขั้นตอนที่ 5 ส่งเสริมและ
ประเมินการคาดการณ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
และการลงมือปฏิบัติของญาติผู้ดูแลในการป้องกัน
แผลกดทับ โดยสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดได้
ดังนี้

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการป้องกัน
แผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงของญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย
ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการป้องกัน
แผลกดทับและการคาดการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล
ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาการคาดการณ์และการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรม โดยการตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแลผู้ป่วย
ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน
แผลกดทับ
ขั้นตอนที่ 4 ประเมินการลงมือปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย
เพื่อป้องกันแผลกดทับ
ขั้นตอนที่ 5 ส่งเสริมและประเมินการคาดการณ์การ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการลงมือปฏิบัติของญาติ
ผู้ดูแลในการป้องกันแผลกดทับ

ตัวแปรตาม

- 1. ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ
และการป้องกันการเกิดแผล
กดทับ
- 2. พฤติกรรมการป้องกัน
แผลกดทับ
- 3. การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย
กลุ่มเสี่ยง

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-
experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลใน

ระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
(Pretest-posttest Control Group Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยและ
ญาติผู้ดูแลที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา ทั้งเพศชายและเพศหญิง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและญาติผู้ดูแลหลักที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั้งขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*Power Version 3.1.9.4 ทดสอบ t-test กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ .80 ความน่าจะเป็นความคลาดเคลื่อนในการทดสอบประเภทที่ 1 (α) เท่ากับ .05 และอำนาจทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ .90 ได้กลุ่มตัวอย่าง 28 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างร่วมกิจกรรม จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน รวมทั้งสิ้น 70 คน คัดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ให้เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. ด้านผู้ป่วย
 - 1.1 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADLs) เท่ากับ 25-70 คะแนน
 - 1.2 มีความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ (Braden scale) น้อยกว่า 15 คะแนน
2. ด้านญาติผู้ดูแล
 - 2.1 เป็นผู้ดูแลหลักและเป็นสมาชิกในครอบครัว
 - 2.2 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
 - 2.3 มีความสามารถในการอ่านและเขียนภาษาไทย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ได้แก่ ญาติผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรู้และพฤติกรรม การป้องกันแผลกดทับ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม⁸ โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลโดยการ ใช้การคาดการณ์ (Estimative operations) การปรับเปลี่ยน (Transitional operational) และการลงมือปฏิบัติ (Production operations) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ **ขั้นตอนที่ 1** การประเมินความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับ และการคาดการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล **ขั้นตอนที่ 2** การพัฒนาการคาดการณ์และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแลผู้ป่วย **ขั้นตอนที่ 3** การลงมือปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ **ขั้นตอนที่ 4** การประเมินการลงมือปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ และ **ขั้นตอนที่ 5** การส่งเสริมและประเมินการคาดการณ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการลงมือปฏิบัติของญาติผู้ดูแลในการป้องกันแผลกดทับ โดยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เนื้อหาของโปรแกรมครอบคลุมและเหมาะสมตามเนื้อหา ค่าดัชนีความสอดคล้องตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .80 โดยผู้วิจัยปรับแก้รายละเอียดของโปรแกรมตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยและญาติที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน พร้อมทั้งประเมินผลและปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย ได้แก่ 1. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL)¹⁰ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การขึ้นลงจากเตียง 3) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม 4) การเข้าห้องน้ำ 5) การอาบน้ำ 6) การเคลื่อนไหว 7)

การขึ้นบันได 8) การแต่งตัว 9) การถ่ายอุจจาระ และ 10) การปัสสาวะ 2. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale)¹¹ จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) การรับรู้ความรู้สึก 2) ความชื้นของผิวหนัง 3) ความสามารถในการทำกิจกรรม 4) ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย 5) ภาวะโภชนาการ และ 6) แรงเสียดสีและแรงเฉือน และ 3. แบบประเมินการเกิดแผลกดทับ¹² แบ่งตามระดับความรุนแรง 4 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ผิวหนังยังไม่ฉีกแต่เห็นเป็นรอยแดง ใช้มือกดแล้วไม่จาง ระดับที่ 2 มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วนลึกถึงชั้นใต้ผิวหนัง ระดับที่ 3 มีการสูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมดถึงชั้นผิวหนัง และระดับที่ 4 มีการสูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมด มองเห็นกล้ามเนื้อหรือกระดูก

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว จำนวน 3 ข้อ และข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ศาสนา โรคประจำตัว อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีทั้งข้อความเชิงบวกและข้อความเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ คะแนนระหว่าง 0 - 10 คะแนน ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน โดยผู้ที่มีคะแนนสูง (8 - 10 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับดี และผู้ที่มีคะแนนน้อย (0 - 3 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับไม่ดี¹³ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .90 ผู้วิจัยปรับแก้คำถามและนำไปทดลองใช้ (Try out) กับญาติ

ผู้ดูแลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่า KR-20 ได้เท่ากับ .77

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันแผลกดทับ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติตื้อนาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 15 ข้อ คะแนน 0 - 45 คะแนน โดยผู้ที่มีคะแนนสูง (31 - 45 คะแนน) หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันแผลกดทับในระดับดี และผู้ที่มีคะแนนน้อย (0 - 15 คะแนน) หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันแผลกดทับในระดับไม่ดี¹³ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .86 ผู้วิจัยปรับแก้ข้อคำถามและนำไปทดลองใช้ (Try out) กับญาติผู้ดูแลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .85

สถิติที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้วิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดย

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และพฤติกรรมการป้องกันแผลกดทับ ภายในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และพฤติกรรมการป้องกันแผลกดทับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk

3. เปรียบเทียบจำนวนของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Fisher's Exact test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา รับรองเลขที่ PH-CCO-REC 007/2563 ลงวันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2563 หลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการตอบรับหรือการปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งอธิบายถึงการรักษาความลับของข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง การสนทนากลุ่ม การบันทึกเทป หรือการจดบันทึก ซึ่งจะไม่มี การเผยแพร่ ข้อมูลแต่อย่างใด และข้อมูล จะถูกทำลายทันทีเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัย ได้ตลอดเวลาการศึกษาโดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อสิ้นสุดการวิจัยเอกสารจะถูกทำลายด้วยเครื่อง ทำลายเอกสารทันที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยเริ่ม ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกันยายน - ธันวาคม 2563 โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริม ความรู้และพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความรู้และพฤติกรรม ในเบื้องต้นเกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับก่อนการ ทดลอง (Pre-test) พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับแผล กดทับและการป้องกันแผลกดทับแก่ญาติผู้ดูแล ประเมินการคาดการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของญาติ ผู้ดูแล โดยการให้ญาติผู้ดูแลประเมินความเสี่ยงและ วางแผนการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นเพื่อป้องกันแผลกดทับ ในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวใน โรงพยาบาล ใช้เวลา 60 นาที

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาการคาดการณ์และการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในวันที่ 2 โดยการทบทวน ความรู้ สาธิตการดูแลผู้ป่วย ตั้งเป้าหมายและวาง แผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ ทั้ง ในขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปรักษา ตัวที่บ้าน ใช้เวลา 60 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติในการดูแล ผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ โดยการฝึกการดูแล ผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ ให้แก่ญาติผู้ดูแล ใน วันที่ 3 ใช้เวลา 60 นาที

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินการลงมือปฏิบัติใน การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ ในวันที่ผู้ป่วย ออกจากโรงพยาบาล โดยการทบทวนความรู้และ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ ใช้ เวลา 30 นาที

ขั้นตอนที่ 5 ส่งเสริมและประเมินการ คาดการณ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการลง มือปฏิบัติของญาติผู้ดูแลในการป้องกันแผลกดทับ ในเดือนที่ 1 เดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 หลังจากที่ ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จากการเยี่ยมบ้าน ร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านและทีมผู้วิจัย โดยการประเมิน ความรู้ พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย การสร้างความ ตระหนัก ส่งเสริม และเน้นย้ำให้ญาติผู้ดูแลมี พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกัน การเกิดแผลกดทับ รวมไปถึงการประเมินสภาพ ร่างกายผู้ป่วยเกี่ยวกับความเสี่ยงและการเกิดแผล กดทับบริเวณร่างกาย ใช้เวลา 30 นาที และทำแบบ ประเมินความรู้และพฤติกรรมป้องกันการแผลกดทับหลังการทดลอง (Post-test) เมื่อสิ้นสุดกิจกรรม ในเดือนที่ 3 หลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยจะได้รับการคัด กรองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และญาติผู้ดูแลได้รับการ ดูแลตามแนวทางการพยาบาลของโรงพยาบาล ตามปกติ ประเมินความรู้และพฤติกรรมป้องกันการ แผลกดทับของญาติผู้ดูแลในระยะก่อนการทดลอง ในเดือนที่ 1 (วันแรกที่นอนโรงพยาบาล) และ ประเมินความรู้และพฤติกรรมป้องกันการแผลกดทับของญาติผู้ดูแลหลังสิ้นสุดกิจกรรมในเดือนที่ 4

(เดือนที่ 3 หลังจากที่ถูกผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล) เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนทั้งสิ้น 35 คน ไม่มีการสูญหายและมีความสมบูรณ์ในการตอบแบบสอบถาม ทั้งในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ส่วนในกลุ่มควบคุมเหลือกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 33 คน เนื่องจากเมื่อพิจารณาถึงความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม มีจำนวน 1 คนที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน และอีก 1 คน ไม่สะดวกในการให้ข้อมูล ในระยะหลังการทดลอง แต่ยังคงอยู่ในเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้ทำการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างไว้ ทำให้สามารถวิเคราะห์ผลได้

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในความดูแลของญาติผู้ดูแล พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.30 และ 63.30 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 82.85 และ 81.81 ตามลำดับ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 74.60 ± 11.72 ปี และผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 73.09 ± 11.74 ปี สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 57.1 และ 51.5 ตามลำดับ โรคประจำตัวในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 74.28 และ 57.58 ตามลำดับ) รองลงมาคือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 40.00 และ 51.52 ตามลำดับ) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย (25-45 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 82.90 และ 84.80 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในระดับปานกลาง (13-14 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 42.90 และ 42.42 ตามลำดับ

ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล พบว่า ในทั้งสองกลุ่มมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.00 และ 54.50) มีอายุน้อยกว่า 50 ปี (ร้อยละ 42.86 และ 39.40 ตามลำดับ) โดยในกลุ่มทดลองมีอายุ

เฉลี่ย 47.11 ± 17.83 ปี และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 48.33 ± 15.82 ปี ทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 60.00 และ 69.70 ตามลำดับ จบระดับชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษา/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 40.00 และ 42.40 ตามลำดับ อาชีพหลัก คือ รับจ้าง (ร้อยละ 42.90 และ 57.6 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 74.30 และ 66.70 ตามลำดับ) มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท โดยกลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน $9,460.00 \pm 1,231.71$ บาท และกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน $6,336.36 \pm 5,655.96$ บาท รายได้ส่วนใหญ่มาจากตนเอง (ร้อยละ 45.72 และ 63.60 ตามลำดับ) ในส่วนความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลพบว่า ส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 82.85 และ 81.82 ตามลำดับ มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 91.40 และ 90.90 ตามลำดับ) โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วย 2.3 ± 0.3 ปี และกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วย 3.1 ± 1.3 ปี

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และพฤติกรรมการป้องกันแผลกดทับ ด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง เท่ากับ 7.40 ± 1.33 คะแนน คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง เท่ากับ 8.97 ± 0.92 คะแนน และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง เท่ากับ 34.77 ± 5.20 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง เท่ากับ 40.66 ± 2.87 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง (n = 35)

ตัวแปรที่ศึกษา	n	Mean	S.D.	t	df	p
1. ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ						
ก่อนการทดลอง	35	7.40	1.33	-6.45	34	<.001
หลังการทดลอง	35	8.97	0.92			
2. พฤติกรรมการป้องกันแผลกดทับ						
ก่อนการทดลอง	35	34.77	5.20	-7.55	34	<.001
หลังการทดลอง	35	40.66	2.87			

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และพฤติกรรมการป้องกันแผลกดทับ ด้วยสถิติ Independent t-test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง เท่ากับ 7.40 ± 1.33 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง เท่ากับ 8.97 ± 0.92 คะแนน รวมถึงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง เท่ากับ 34.77 ± 5.20 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง เท่ากับ 40.66 ± 2.87 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง เท่ากับ 32.41 ± 2.87 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง เท่ากับ 33.00 ± 4.64 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=68)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (35 คน)		กลุ่มควบคุม (33 คน)		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ						
ก่อนการทดลอง	7.40	1.33	6.52	1.28	8.52	0.072
หลังการทดลอง	8.97	0.92	6.82	1.42	1.83	<.001
2. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ						
ก่อนการทดลอง	34.77	5.20	32.41	2.87	1.97	0.052
หลังการทดลอง	40.66	2.87	33.00	4.64	8.23	<.001

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในเดือนที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เกิดแผลกดทับน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในความดูแลของ

กลุ่มทดลองเกิดแผลกดทับ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.86) และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงของกลุ่มควบคุมเกิดแผลกดทับ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 12.12) เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Fisher's Exact test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.191$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n = 68)

อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	กลุ่มทดลอง (35 คน)		กลุ่มควบคุม (33 คน)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เกิดแผลกดทับ	1	2.86	4	12.12	0.191
ไม่เกิดแผลกดทับ	34	97.14	29	87.88	

อภิปรายผลการวิจัย

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สามารถอธิบายได้ว่าการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับและปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ รวมไปถึงการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนัก และเล็งเห็นถึงความสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้แก่ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ทำให้คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับกิจกรรมดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ Ingwu และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในการดูแลผู้ป่วย มีความรู้และทราบถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. ด้านพฤติกรรมการป้องกันแผลกดทับ

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ พบว่า เมื่อสิ้นสุดกิจกรรม กลุ่ม

ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยสามารถอธิบายได้ว่าการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับแผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น และการได้ฝึกทักษะโดยการลงมือปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ รวมไปถึงการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อเป็นการเน้นย้ำ ส่งเสริม และกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลมีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการคาดการณ์ (Estimative operations) การปรับเปลี่ยน (Transitional operational) และการลงมือปฏิบัติ (Production operations) ตามแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม⁹ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริกัญญา อูสาหพิริยกุล และคณะ¹⁵ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะพึ่งพาต่อความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม พบว่า หลังสิ้นสุดกิจกรรมคะแนนความสามารถของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ดีกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

3. ด้านจำนวนของการเกิดแผลกดทับ

ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการป้องกันแผลกดทับ มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเกิดแผลกดทับ 1 คน (ร้อยละ 2.86) และเมื่อประเมินความรุนแรงของการเกิดแผลกดทับ พบว่า เกิดแผลกดทับในระดับ 1 คือ ผิวหนังยังไม่ฉีกแต่เห็นเป็นรอยแดงใช้มือกดแล้วไม่จาง ส่วนในกลุ่มควบคุม พบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีแผลกดทับ 4 คน (ร้อยละ 12.12) โดยจำนวน 2 คน เกิดแผลกดทับในระดับ 1 คือ ผิวหนังยังไม่ฉีกแต่เห็นเป็นรอยแดงใช้มือกดแล้วไม่จาง และอีก 2 คน มีแผลกดทับอยู่ในระดับที่ 2 คือ มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วนลึกถึงชั้นใต้ผิวหนังสามารถอธิบายได้ว่า การที่กลุ่มทดลองได้รับการกิจกรรมในการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการป้องกันแผลกดทับ รวมไปถึงการเน้นย้ำ กระตุ้น และสร้างความตระหนักอย่างต่อเนื่อง ทำให้ญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม ทำให้จำนวนผู้ป่วยเกิดแผลกดทับน้อยกว่าหลังสิ้นสุดกิจกรรม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. จากผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับและการป้องกันแผลกดทับ รวมถึงการฝึกปฏิบัติให้ญาติผู้ดูแลลงมือปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ขณะที่เฝ้าผู้ป่วยเมื่อรักษาตัวที่โรงพยาบาล และส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. พยาบาลเยี่ยมบ้านควรส่งเสริมและกระตุ้นการฝึกปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้แก่ญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ มีการติดตามประเมินผลในช่วง 6 เดือน 1 ปี เพื่อประเมินการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยและความคงทนของกิจกรรมต่อพฤติกรรมการดูแลของญาติ

ผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป นำผลของโปรแกรมไปเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลแผลกดทับในกลุ่มเสี่ยงของญาติผู้ดูแล

REFERENCES

1. Chobchuen, R. Nursing care in pressure sore. *Srinagarind Med J.*, 2013; 25 (Supplement): 41 – 46. (in Thai)
2. Mamom, J. The Nurses Role and Pressure Ulcers: Challenge in prevention and management. *Thai Science and Technology Journal*, 2012; 5 (Supplement): 478 – 490. (in Thai)
3. Baumgarten, M., Margolis, D., Berlin, JA., et al. Risk factors for pressure ulcers among elderly hip fracture patients. *Wound Repair Regen*, 2003; 11: 96–103.
4. Whitty, JA., Mclmmes, ET., Webster, J., Gillespie, BM., et al. The cost-effectiveness of a patient-centered pressure ulcer prevention care bundle: Findings from the INTACT cluster randomized trial. *IJNS*, 2017; 75: 35-42.
5. Suttipong, S. & Sinduh, S. Factors predicting development of pressure ulcer in non-diabetic elderly stroke patients. *Journal of Nursing Science*, 2011; 29 (Supplement): 113 – 123. (in Thai)
6. Chawalitsupasearani, P. Comparison of pressure ulcer risk factor and caregivers' capacity on prevention of pressure ulcer development among hospitalized stroke patients. Thesis for the Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing)

- Songkla: Prince of Songkla University, 2010. (in Thai)
7. Thaipradit, S. Impact of a skin humidity control program on skin integrity and pressure ulcers in elderly patients with pressure ulcer risks. Thai Journal of Nursing Council, 2014; 19(1): 43 – 54. (in Thai)
 8. Orem, D. E. Nursing: Concepts and practice. 6thed. St. Louis: MO: Mosby-YearBook, 2001.
 9. Medical Record Department, Klong Khuen Hospital, 2017 – 2019.
 10. Mahoney, Fl. & Barthel, DW. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal, 1965; 14(1): 56 - 61.
 11. Department of Nursing. The Braden Scale for predicting pressure sore risks. Bangkok: Siriraj Hospital, 2013. (in Thai)
 12. National Pressure Ulcer Advisory Panel. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and update the stages of pressure injury. April 13, 2016.
 13. Bloom, BS., Englehart, M., Furst, E., Hill, W., Krathwohl, D. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. New York: Longmans Green, 1971.
 14. Ingwu, JA., Nwaordu, AH., Opara, H., Israel, OE., Ogbogu, C. Caregivers' knowledge and practice toward pressure ulcer prevention in national orthopedic hospital, Enugu, Nigeria. Niger Journal Clinical Practice, 2019; 22: 1014 - 1021.
 15. Usahapiriyakul, S., Changmai, S., and Leelahakul, V. The effects of caring program on caregiver' s operational capabilities of pressure ulcer prevention in dependent older patients at risk group. The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University, 2019; 27(4): 21 – 31. (in Thai)

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง ในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี

Health Literacy among the Older Adults with Coexisting Type 2 Diabetes Mellitus and Hypertension in Primary Care Cluster, Saraburi

นุสรานามเดช* สมจิตต์ สินธุ์ชัย* ประไพ กิตติบุญญาลัย**
กันยารัตน์ อุบลวรรณ* สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล* จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ*
Nusara Namdej* Somchit Sinthuchai* Prapai Kittiboonthawal**
Kanyarat Ubolwan* Suda Dejpitaksirikul* Jeeraporn Chuencham*

Received : 8/9/64
Revised : 29/9/64
Accepted : 29/9/64

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลด้าน การศึกษา และรายได้ ต่อความรู้ด้านสุขภาพ โดยวิธีการเชิงปริมาณใช้การวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกหมอครอบครัว จำนวน 336 คน ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพที่มีค่า IOC เท่ากับ 0.85 มีค่า ความเชื่อมั่น 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยวิธี Scheffe ในวิธีการเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 34 คน คือ 1) บุคลากรสุขภาพที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล โภชนากร และ อสม. จำนวน 10 คน และ 2) ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูง ทำการเลือกตัวอย่างแบบสุ่มตาม วัตถุประสงค์ จำนวน 24 คน โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ด้วยแบบสัมภาษณ์แบบ มีโครงสร้างและบันทึกเสียง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนมกราคม - เมษายน 2563

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

** ผู้รับผิดชอบหลัก, อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี Email: prapai@bcns.ac.th

* Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi

** Corresponding author, Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi.

Email: prapai@bcns.ac.th

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 54.76 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ รองลงมา คือ อาจมีปัญหา (ร้อยละ 28.27) และเพียงพอ (ร้อยละ 16.96) โดยพบว่าด้านการเข้าถึง การประเมิน และการประยุกต์ใช้ข้อมูลในการตัดสินใจปฏิบัติ อยู่ในระดับไม่เพียงพอ โดยคิดเป็นร้อยละ 76.49, 75.60 และ 41.07 ตามลำดับ ส่วนด้านความเข้าใจอยู่ในระดับอาจมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 48.51 รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าถึงและเชื่อถือข้อมูลทางสุขภาพจากบุคลากรทางสุขภาพหรือสื่อสิ่งพิมพ์ที่มาจากแหล่งข้อมูลทางการแพทย์ และการสื่อสารจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการปฏิบัติดูแลสุขภาพของตนเอง 2) อายุ การศึกษา และรายได้ที่แตกต่างกัน มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 6.826, p < .05, F = 33.552, p < .001, F = 26.314, p < .001$ ตามลำดับ) โดยผลการทดสอบรายคู่พบว่า อายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี รวมทั้งระดับการศึกษา และรายได้ทุกคู่ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุป ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง ส่วนมากอยู่ในระดับไม่เพียงพอ โดยเฉพาะด้านการเข้าถึง การประเมิน และการประยุกต์ใช้ข้อมูล ซึ่งพยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพที่รับผิดชอบในคลินิกโรคเบาหวาน ควรประเมินและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตั้งแต่เริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยคำนึงถึงความแตกต่างของระดับการศึกษา และรายได้ของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ABSTRACT

This mixed-method research aimed to 1) study health literacy among the older adults with coexisting type 2 diabetes mellitus and hypertension and 2) compare the differences of personal factors including age, educational level, and income toward health literacy. The quantitative method employed survey research. The samples were older adults with coexisting type 2 diabetes mellitus and hypertension visiting the primary care cluster Saraburi province. A sample size of 336 older adults was calculated and selected according to the inclusion criteria. The instrument used to collect data was Health Literacy Questionnaire which presented IOC at 0.85 and demonstrated reliability at 0.87. Data were analyzed by using descriptive statistics One Way ANOVA and Scheffe. The qualitative method collected data from 34 representatives 1) the health care providers who are responsible for caring for diabetic patients consist of 10 of the followings; doctors, nurses, nutritionists, and public health volunteers. and 2) the 24 older adults with diabetes and high blood pressure were selected by purposeful random sampling. The researchers conducted group discussions and in-depth interviews with structured interview questionnaire. Data were analyzed by content analysis. Data were collected from January to April, 2020.

The results showed that 1) participants had overall health literacy at inadequate HL of 54.76%, followed by 28.27% problematic HL and 16.96% adequate HL. In terms of access, assessment, and information application for decision-making were inadequate HL level of 76.49%, 75.60%, and 41.07%, respectively, while 48.51% of participants had understanding at problematic HL. The participants had accessed and believed health information from health care providers or the distributed publications. Communication would help clients apply information to decide to take care of their health 2) there were significant differences of health literacy mean score among the participant with different age group ($F = 6.826$, $p < 0.05$), educational level ($F = 33.552$, $p < 0.001$), and income ($F = 26.314$, $p < 0.001$). The results of Scheffe revealed that there were significant differences of health literacy mean score among the ages 60-69 and 70-79 including educational level and income for each pair ($p < .05$).

conclusion: Most older adults had health literacy at inadequate HL level, especially in terms of access, assessment, and information application for decision-making. Nurses or health care providers who work in diabetic clinics should early assess and enhance health literacy in the beginning stage of old age by taking educational level, and income among older adults into account.

Keywords: Health literacy, Older adults, Diabetes mellitus, Hypertension

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ นับเป็นการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) โดยคาดการณ์ว่าอีก 20 ปี ต่อจากนี้โครงสร้างทางประชากรของไทยจะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 และจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ซึ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพที่แท้จริง ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ. 2557 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุ มีความชุกมากที่สุดในช่วงอายุ 60-69 ปี 70-79 ปี และมากกว่า 80 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.2, 18.8 และ 11.8 ตามลำดับ¹ และจากรายงานข้อมูลโรคเบาหวานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ปี 2561-2563 พบว่า ผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 44.94, 48.87 และ 48.63 ของจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกช่วงวัย และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 75 จะมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย² ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสที่จะมีความดันโลหิตสูงมากกว่าคนทั่วไป และจะเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงของโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง มากกว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานอย่างเดียว โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตให้ได้ตามเกณฑ์เป้าหมายนั้น ก็เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูง ซึ่งมารับบริการที่คลินิกหออกรักษา จังหวัดสระบุรี จำนวน 5,417 คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 3,250 คน คิดเป็นร้อยละ 59.98 และมีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียงร้อยละ 25.6 จากข้อมูลดังกล่าว แสดงว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีไม่ถึงร้อยละ 40

ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมาย³ กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายสุขภาพ ให้เบาหวานเป็นหนึ่งในโรคที่ต้องให้ความสำคัญในการป้องกันและรักษา ซึ่งในแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญประการหนึ่ง คือ ลดอัตราการป่วย การตาย และความพิการ

นอกจากนี้ จากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 11 วันที่ 14 ธันวาคม 2561 ได้มีมติเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ โดยมีนโยบายสาธารณสุขมุ่งที่จะขับเคลื่อนสังคมไทยให้ประชากรในประเทศมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ห่วงไกลปัญหาโรคไม่ติดต่อ โดยดำเนินการพัฒนาระบบจัดการและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ส่งเสริมการประกอบกิจการที่รับผิดชอบต่อสังคม พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพ และขับเคลื่อนนโยบายเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านกลไกและกองทุนทั้งระดับประเทศและพื้นที่ ส่งเสริมสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อในทุกระดับ⁴ ประเทศไทยมีการดำเนินนโยบายในการขับเคลื่อนบริการสุขภาพปฐมภูมิในรูปแบบคลินิกหออกรักษาหรือกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCC: Primary Care Cluster) ซึ่งเป็นเครือข่ายหน่วยบริการในการดูแลประชาชน ที่อยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบร่วมกันเป็นประจำต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ ให้ได้คุณภาพและมาตรฐานใกล้เคียงกัน โดยมีการบริหารจัดการใช้ทรัพยากรร่วมกันในการแก้ปัญหาสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และทั่วโลกมุ่งเน้นการสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในรูปแบบที่ ส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีสำหรับตนเอง ครอบครัว ตลอดจนชุมชน

The Consortium Health Literacy Project European ได้ให้ความหมายเพิ่มเติมว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นวิธีการของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ⁵ องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพมี 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ ที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ⁶ การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานระดับต่ำจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต่ำ และเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น โดยเฉพาะการใช้บริการฉุกเฉินและมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น ระบบบริการสุขภาพของประเทศจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารเบาหวาน จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมได้ดี⁷ และยังเป็นปัจจัยสำคัญต่อการควบคุมความดันโลหิต โดยส่งผลให้มีผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมสุขภาพ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่ดี⁸ แต่จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการ ณ ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่าผู้ป่วยมีระดับความรู้แจ้ง คิดเป็นร้อยละ 19.5 และระดับรู้จัก คิดเป็นร้อยละ 80.5⁹ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวใกล้เคียงกับการสำรวจความรู้แจ้ง แต่กฉานด้านสุขภาพสำหรับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่จัดทำโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล ที่พบว่าระดับความรู้แจ้งเท่ากับ ร้อยละ 10.7 และระดับรู้จัก ร้อยละ 89.3¹⁰ และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้¹⁰⁻¹² โดยอายุ

ที่มากขึ้นจะมีการเสื่อมของร่างกายตามวัย ซึ่งส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการเรียนรู้ และระดับการศึกษาที่ดีจะเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้มีความสามารถในการอ่าน การคำนวณ รวมทั้งการเข้าถึงและทำความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ ประเมินและตัดสินใจนำไปใช้ในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมโรคอย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ จะส่งผลให้สามารถควบคุมโรคของตนเองได้ มีภาวะแทรกซ้อนและต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลต่ำกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ทั้งนี้ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับต่ำ และจากการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงโรคใดโรคหนึ่ง การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยนั้น ยังพบน้อยมาก นอกจากนี้ การศึกษาปัจจัยด้านอายุของผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) วัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) รวมทั้งการศึกษาปัจจัยด้านการศึกษาและรายได้ของผู้สูงอายุต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น จะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่เน้นย้ำความสำคัญของช่วงอายุของผู้สูงอายุที่ควรพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งเสริมการเรียนรู้ และรายได้ของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นประชากรหลักในอนาคตไม่ให้เป็นภาระแต่เป็นพลัง และในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสระบุรี ยังไม่มีผู้ศึกษามาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสระบุรี ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับหน่วยงานด้านสุขภาพหรือด้านพัฒนาสังคมที่เกี่ยวข้อง นำไปพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง ในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี

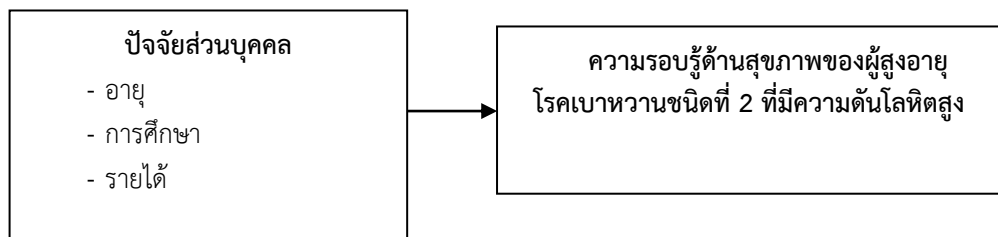
2. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง ในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี จำแนกตาม อายุ การศึกษา และรายได้

สมมติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ การศึกษา และรายได้แตกต่างกัน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาโดย Sorensen และคณะ⁵ ซึ่งให้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed method research) รูปแบบอธิบายติดตาม (Explanatory design: follow-up explanation model) โดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ (Quantitative research) เป็นวิธีการหลัก และวิธีการเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เป็นวิธีการรอง มีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

วิธีการเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง ในคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) 9 แห่งของจังหวัดสระบุรี จำนวน 3,250 คน โดยมีเกณฑ์

คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง โดยค้นหาและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่ได้รับ ประเมินข้อมูลโดยอธิบาย ตีความ กลั่นกรองและตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ และประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลบางประการที่แตกต่างกัน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน เช่น อายุ ระดับการศึกษา และรายได้¹⁰⁻¹² โดยในการวิจัยนี้ได้ศึกษาปัจจัยด้านอายุของผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น วัยกลาง และวัยปลาย รวมทั้งปัจจัยด้านการศึกษาและรายได้ของผู้สูงอายุต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ แสดงเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1

ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 1 ปีและมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม 2) สามารถอ่านออกเขียนได้ 3) ยินดีให้ข้อมูลเพื่อการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาใน PCC จำนวน 9 แห่ง ของจังหวัดสระบุรี คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม Survey monkey กำหนดค่าความเชื่อมั่น (α) เท่ากับร้อยละ 95 และค่า Margin Error เท่ากับ ร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 306 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง (Attrition Rate) ผู้วิจัยจึงเพิ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 336 คน จากนั้นจับฉลากเลือก PCC จำนวน 3 แห่ง ที่มีลักษณะของสังคมเมือง กึ่งเมืองและชนบท ได้แก่ คลินิกหมอครอบครัวเครือข่ายโรงพยาบาลสระบุรี (อ.เมือง) คลินิกหมอครอบครัวศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลพระพุทธบาท (อ.พระพุทธบาท) และคลินิกหมอครอบครัวบ้านป่า บ้านธาตุ ท่าตูม (อ.แก่งคอย) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละ PCC ตามขนาดของจำนวนผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาใน PCC แต่ละแห่ง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างดังนี้ (1) PCC อ.เมือง จำนวน 195 คน (ร้อยละ 58.04) (2) PCC อ.พระพุทธบาท จำนวน 95 คน (ร้อยละ 28.27) และ (3) PCC อ.แก่งคอย จำนวน 46 คน (ร้อยละ 13.69) และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค

2. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ปรับจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของสหภาพยุโรป (HLS-EU-Q 16)¹³ ซึ่งเป็นแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพตามกรอบแนวคิดความรู้ทางสุขภาพของ Sorensen จำนวน 16 ข้อ ประเมินความรู้ด้านสุขภาพครอบคลุมทั้งการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลในการตัดสินใจนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ยากมาก ยาก ง่าย และง่ายมาก การคิดคะแนนหากตอบยากมาก หรือยาก หรือไม่ตอบ ให้ 0 คะแนน หากตอบง่าย หรือง่ายมาก ให้ 1 คะแนน คะแนนเต็มเท่ากับ 16 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงถึงระดับความรู้ทางสุขภาพที่ดีกว่าคะแนนต่ำ เกณฑ์การแปลผลคะแนน เช่นเดียวกับแบบประเมินความรู้ทางสุขภาพ HLS-EU-Q16 คือ คะแนน 0-8 คะแนน หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ

(Inadequate HL) 9-12 คะแนน หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพอาจมีปัญหา (Problematic HL) และ 13-16 คะแนน หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ (Adequate HL)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านความรู้ด้านสุขภาพจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.85 จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข นำไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยศึกษาและทำความเข้าใจข้อคำถามในแบบประเมินร่วมกัน และเก็บข้อมูลด้วยตนเองจากผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง จำนวน 336 คน คิดเป็นร้อยละ 100 จาก PCC ทั้ง 3 แห่ง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน 2563 โดยประสานงานกับพยาบาลที่ดูแลคลินิกโรคเบาหวาน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาจากผู้สูงอายุที่มารับการตรวจตามนัดที่ PCC และขออนุญาตเก็บข้อมูลในระหว่างที่ผู้สูงอายุรอพบแพทย์หรือหลังจากพบแพทย์แล้ว โดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างฟังโดยละเอียด เมื่อได้รับความยินยอมจึงอ่านข้อคำถามในแบบประเมินและให้กลุ่มตัวอย่างตอบ ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามเฉลี่ยคนละประมาณ 25 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่มากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ การศึกษา และรายได้ ด้วย One way ANOVA โดยทดสอบเอกพันธ์ มีติ ความแปรปรวนระหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วย Levene test ผลการทดสอบพบว่า ค่านัยสำคัญทางสถิติ $> .05$ จึงทำการทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe

วิธีการเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) จำนวน 34 คน ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) บุคลากรทางสุขภาพที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในคลินิกหออกรับรวมทั้ง 3 PCC จำนวน 10 คน ประกอบด้วย แพทย์ 3 คน พยาบาล 3 คน โภชนากร (มีเฉพาะใน PCC เครือข่ายโรงพยาบาลสระบุรี) จำนวน 1 คน อสม. 3 คน และ 2) ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูง ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบสุ่มตามวัตถุประสงค์ (Purposeful Random Sampling) จากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณ ใน PCC ทั้ง 3 แห่ง ๆ ละ 8 คน รวม 24 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) ประกอบด้วย แนวคำถามที่สอดคล้องกับแนวคิดความรู้ทางสุขภาพของ Sorensen⁵ คือ ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ ตัวอย่างแนวคำถามสำหรับผู้ป่วย เช่น “หากท่านต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากขึ้น ท่านจะทำอย่างไร/ท่านจะหาได้ที่ไหน” ตัวอย่างแนวคำถามสำหรับบุคลากรทางสุขภาพใน PCC เช่น “ท่านมีแนวทางในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงอย่างไร”

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพภายหลัง

จากการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเสร็จสิ้น โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล และโทรศัพท์นัดหมายกับผู้ให้ข้อมูล ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลเป็นทีมบุคลากรสหสาขาวิชาชีพและ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน PCC ส่วนผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการใน PCC ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ให้นัดหมายผู้สูงอายุมาพร้อมกันในวันและเวลาที่ผู้สูงอายุมารับการตรวจตามนัดจาก PCC ทั้ง 3 แห่ง

2. ผู้วิจัยขออนุญาตอัดเทปและจดบันทึกแล้วดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus group Interview) ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง ที่ห้องประชุมของ PCC ทั้ง 3 แห่ง ตามวันเวลาที่นัดหมาย โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเป็นแนวทางการสนทนากลุ่มระยะเวลาเฉลี่ยกลุ่มละ 1 ชั่วโมง

2. ผู้วิจัยขออนุญาตอัดเทปและจดบันทึกแล้วสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) บุคลากรทางสุขภาพที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ใน PCC ทั้ง 3 แห่ง โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ใช้เวลาเฉลี่ยคนละ 1 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์จากการถอดเทปแบบคำต่อคำ แล้วนำมาจำแนกข้อความที่แสดงถึงความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึง เข้าใจ การประเมินและการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ นำเสนอโดยการบรรยายพร้อมยกตัวอย่างคำพูด และนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพไปอธิบายผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาข้อมูลที่เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง ในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี ได้ขออนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เลขที่ EC 007/2563 ลงวันที่ 27 มกราคม 2563 และพิธีขอสื่อของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดของวัตถุประสงค์และการเข้าร่วมการวิจัย และสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อกรรับบริการสุขภาพ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยด้วยตนเองตามความสมัครใจ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.83) มีอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 55.36) อายุเฉลี่ย 69.03 ปี (S.D.=6.21) อายุต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 89 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 67.56) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 50.30) รายได้ \leq 5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 61.01) และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน 1-5 ปี (ร้อยละ 37.20) เฉลี่ย 10.06 ปี (S.D.=7.38)

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=336)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เพียงพอ	57	16.97
อาจมีปัญหา	95	28.27
ไม่เพียงพอ	184	54.76

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระดับไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 54.76 รองลงมา ได้แก่ ระดับอาจมีปัญหา

(ร้อยละ 28.27) และระดับเพียงพอ (ร้อยละ 16.97) ตามลำดับ

2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน (n=336)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ					
	เพียงพอ		อาจมีปัญหา		ไม่เพียงพอ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการเข้าถึง	48	14.29	31	9.23	257	76.48
ด้านความเข้าใจ	95	28.27	163	48.51	78	23.22
ด้านการประเมิน	46	13.69	36	10.71	254	75.60
ด้านการประยุกต์ใช้	91	27.08	107	31.85	138	41.07
โดยรวม	57	16.97	95	28.27	184	54.76

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ในระดับไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 54.76 โดยด้านการเข้าถึง ด้านการประเมิน และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลในการตัดสินใจปฏิบัติ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เพียงพอ (ร้อยละ 76.48, 75.60 และ 41.07 ตามลำดับ) สำหรับด้านความเข้าใจ พบว่า อยู่ในระดับอาจมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 48.51

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sorensen และนำมาสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ มีดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลในระดับไม่เพียงพอ (ร้อยละ 76.48) สอดคล้องกับข้อค้นพบในข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีช่องทางการเข้าถึงข้อมูลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่จำกัดเฉพาะจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือสถานบริการทางการแพทย์ที่ตนเองรับบริการเป็นประจำ มากกว่าการค้นหาข้อมูลด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลทางสุขภาพอื่น ๆ ที่หลากหลาย เนื่องจากข้อจำกัดในความสามารถทางการใช้เทคโนโลยีในการสืบค้นข้อมูล ซึ่งต้องมีบุตรหลานช่วยในการค้นหาข้อมูล จึงต้องการได้ข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์โดยตรงมากกว่าการค้นหาด้วยตนเอง ดังที่ผู้ป่วยกล่าวว่า “ก็พูดคุยเห็นหน้ากัน คุยกับหมอ เขาอธิบายให้ความรู้”(ผส.ญ. 68 ปี) “บางทีก็ได้ความรู้จากหลาน เขาค้นหามาให้ เวลาเราซื้อยาอะไรกิน เขาจะดูว่ามี อย.มัย” (ผส.ญ. 70 ปี) “วัยเราจะใช้เครื่องมือสื่อสารค้นหาความรู้เองคงไม่ถนัด และไม่ได้สนใจมากเท่าไร มาขอรับข้อมูล ฟังการอธิบายเฉพาะเรื่องเฉพาะปัญหาของเราจากหมอน่าจะตรงกว่า” (ผส.ญ. 69 ปี) ซึ่งสอดคล้องกับมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ ที่กล่าวถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยแสดงความคิดเห็นในความแตกต่างของกลุ่มผู้ป่วยในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ดังคำกล่าว

“ประชากรในชุมชนแบ่งเป็นกลุ่มข้าราชการ เกษียณและชาวบ้าน กลุ่มข้าราชการเกษียณใช้กลุ่มไลน์ ส่วนกลุ่มชาวบ้านหรือแม่ค้าจะเชิญให้เข้ามารับคำแนะนำ เข้ามารับคำปรึกษาที่โต๊ะบริการความรู้ และแนะนำรายการเพื่อให้ความรู้ทางวิทยุ และทางโทรทัศน์” (แพทย์ PCC อ.เมือง)

2. ด้านความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับอาจมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 48.51 ซึ่งเป็นระดับที่ต่ำกว่าด้านอื่น ๆ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งเป็นมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ ที่ให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเลือกเนื้อหาที่ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยและซักถามแพทย์ สะท้อนคิดการปฏิบัติของตนเอง และใช้คำถาม ดังคำกล่าว “ไม่ต้องโลภมากในการให้ความรู้ทั้งหมดที่เราคิดไว้ ผู้ป่วยเก่าจะให้ความรู้แบบ Problem focus เช่น ปัญหาที่คนไข้ปรับยาเอง ฉีดยาบ้างไม่ฉีดบ้าง และกินอาหารน้อยกว่าที่ควรจะกิน ในกรณีนี้การให้ความรู้จะมุ่งไปที่ประเด็นการใช้ยา” (แพทย์ PCC อ.เมือง) “หมอต้มฟักให้คนไข้ย่นคิดและทบทวนความคิดตนเองมากกว่า เช่น น้ำตาล 150 จะใช้คำถามว่า “มันเกิดอะไรขึ้น” จะใช้คำถามปลายเปิดมากขึ้นเพื่อชวนให้คนไข้คิด” (แพทย์ PCC อ.เมือง) และมุมมองของผู้ป่วยที่บอกถึงความต้องการความรู้จากแพทย์ และเอกสารความรู้ทางสุขภาพที่ เข้าใจง่าย เนื้อหาไม่มากเกินไป ตัวหนังสือขนาดใหญ่ อ่านง่าย มีรูปประกอบ และสามารถนำไปใช้ได้จริง ดังคำกล่าว “อยากให้หมอแนะนำว่า เป็นโรคนี้ต้องทำอะไรบ้าง” (ผส.ช. 65 ปี) “อยากได้ที่ตัวหนังสือหน่อย ๆ ตัวโต อ่านง่าย มีรูปด้วยก็ยิ่งดี ดูรูปก็เข้าใจง่าย พูดให้ฟังยิ่งดี” (ผส.ญ. 67 ปี)

3. ด้านการประเมินข้อมูลสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ด้านการประเมินข้อมูลสุขภาพ ในระดับไม่เพียงพอ (ร้อยละ 75.60) สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากเชื่อถือข้อมูล หากมาจากแหล่งข้อมูลทางการแพทย์ แต่บางส่วนยังประเมินไม่ได้และไม่ได้ประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังคำกล่าว “มาขอรับข้อมูล ฟังการอธิบายเฉพาะเรื่องเฉพาะปัญหาของเราจากหมอ น่าจะตรงกว่า” (ผส.ญ. 71 ปี) “ยาลูกกลอนที่มีธรมมาขาย เขาก็ยังเชื่ออยู่ บอกต่อกันปากต่อปาก” (ผส.ญ. 63 ปี)

4. ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการปฏิบัติดูแลสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 41.07 อาจมีปัญหา ร้อยละ 31.80 และเพียงพอ ร้อยละ 27.10 ซึ่งในมุมมองของผู้ป่วย พบว่า สามารถนำข้อมูลที่ได้รับทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ และประสบการณ์ไปใช้ในการตัดสินใจดูแลตนเอง แต่บางส่วนยังไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ ดังคำกล่าว “คราวที่แล้วหมอบอกว่า โรคไตจะเป็นระดับ 4 แล้ว ไก่จะฟอกเลือดแล้วนะ น้ำตาลป้า 300 กว่า หลังจากนั้นทำทุกอย่างเพื่อให้น้ำตาลลด คุมอาหารจริงจัง ออกกำลังกาย น้ำตาลก็ลด” (ผส.ญ. 65 ปี) “เวลาน้ำตาลต่ำหรือเหนียว เหนือแตก จะกิน

น้ำหวานและนอนพัก ถ้าไม่ดีขึ้นจะไปโรงพยาบาล” (ผส.ญ. 66 ปี) “อาหารหวานคุมยากเพราะต้องกินทุกวัน ไม่กินแล้วเหมือนไม่อิ่มข้าว จะไม่กินหวานก็ทำไม่ได้” (ผส.ญ. 68 ปี) ส่วนมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์จะพยายามช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโรคให้ได้ ซึ่งการสื่อสารกับผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความสำคัญและควรมีลักษณะ ดังนี้ 1) สร้างความหวัง 2) ให้ข้อมูลที่เป็นจริง 3) คำพูดที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความรับผิดชอบ และเป็นเจ้าของชีวิตตนเอง และ 4) พุดเสริมพลังใจเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ในกรณีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ควรมีการสื่อสารที่เน้นการสร้างความตระหนักถึงอันตราย และภาวะแทรกซ้อนของโรคให้กำลังใจและคำชื่นชมหากปฏิบัติได้ดี ดังคำกล่าว “ยกย่องให้เกียรติแก่คนที่ควบคุมเบาหวาน ความดัน ได้นาน ๆ ให้เป็นตัวอย่าง” (แพทย์ PCC อ.แก่งคอย) “ถ้าเขาตระหนักถึงอันตราย ภาวะแทรกซ้อนที่จะมีผลกระทบต่อตัวเอง เขาก็จะพยายามควบคุม เช่น ไม่อยากฉีดยา ไม่อยากฟอกไต ไม่อยากเสียเวลามาพบหมอบ่อย ๆ” (แพทย์ PCC อ.แก่งคอย)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง จำแนกตามอายุ การศึกษา และรายได้ (n=336)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	Mean	S.D.	Min	Max	การแปลผล
อายุ						
60-69 ปี	186	8.95	3.94	0	16	ไม่เพียงพอ
70-79 ปี	134	7.49	3.90	0	16	ไม่เพียงพอ
80-89 ปี	16	6.63	3.70	0	13	ไม่เพียงพอ
การศึกษา						
ประถมศึกษา	227	7.23	3.65	0	16	ไม่เพียงพอ
มัธยมศึกษา	48	9.02	3.43	1	16	อาจมีปัญหา
อนุปริญญา/ปริญญา	61	11.46	3.77	0	16	อาจมีปัญหา
รายได้ต่อเดือน						
≤ 5,000 บาท	205	7.18	3.66	0	16	ไม่เพียงพอ
5,001-10,000 บาท	67	9.04	3.68	1	16	อาจมีปัญหา
> 10,000 บาท	64	10.89	3.92	1	16	อาจมีปัญหา

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุทุกกลุ่มอายุ การศึกษา และรายได้ มีคะแนนสูงสุดเต็ม 16 คะแนน เมื่อพิจารณาด้านอายุ พบว่า ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของทุกกลุ่มอายุ อยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ (Mean = 8.95, 7.49 และ 6.63 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาด้านการศึกษาและรายได้ พบว่าในกลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าและรายได้มากกว่า (Mean = 9.02, 11.46 และ Mean = 9.04, 10.89

ตามลำดับ) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงกว่า คือ อยู่ในระดับอาจมีปัญหา โดยผู้ที่มีการศึกษาและรายได้น้อยกว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ (Mean = 7.23 และ Mean = 7.18 ตามลำดับ)

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ การศึกษา และรายได้ ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอายุ การศึกษา และรายได้ ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง (n=336)

ปัจจัยส่วนบุคคล	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
อายุ	ระหว่างกลุ่ม	209.283	2	104.642	6.826	.001*
	ภายในกลุ่ม	5104.705	333	15.329		
	รวม	5313.988	335			
การศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	891.236	2	445.618	33.552	.000*
	ภายในกลุ่ม	4422.752	333	13.282		
	รวม	5313.988	335			
รายได้ต่อเดือน	ระหว่างกลุ่ม	725.210	2	362.605	26.314	.000*
	ภายในกลุ่ม	4588.778	333	13.780		
	รวม	5313.988	335			

* p < .05

จากตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ การศึกษา และรายได้ ที่แตกต่างกัน มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามอายุเป็นรายคู่

อายุ	60-69 ปี			70-79 ปี			80-89 ปี		
	Mean	8.95	7.49	8.95	7.49	6.63	8.95	7.49	6.63
60-69 ปี	8.95	-	.005*	7.49	-	.077	6.63	-	.704
70-79 ปี	7.49	-	-	6.63	-	-	-	-	-
80-89 ปี	6.63	-	-	-	-	-	-	-	-

* $p < .05$

จากตารางที่ 5 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่า อายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 8.95 (S.D. = 3.94) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มอายุ 70-79 ปี ที่มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 7.49 (S.D. = 3.94)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามการศึกษาเป็นรายคู่

การศึกษา	ประถมศึกษา			มัธยมศึกษา			อนุปริญญา/ปริญญา		
	Mean	7.23	9.02	7.23	9.02	11.46	7.23	9.02	11.46
ประถมศึกษา	7.23	-	.009*	9.02	-	.000*	11.46	-	.003*
มัธยมศึกษา	9.02	-	-	11.46	-	-	-	-	-
อนุปริญญา/ปริญญา	11.46	-	-	-	-	-	-	-	-

* $p < .05$

จากตารางที่ 6 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันในทุกคู่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยการศึกษาในระดับที่สูงกว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามรายได้เป็นรายคู่

รายได้ต่อเดือน	≤5,000 บาท			5,001-10,000 บาท			>10,000 บาท		
	Mean	7.18	9.04	7.18	9.04	10.89	7.18	9.04	10.89
≤5,000 บาท	7.18	-	.002*	9.04	-	.000*	10.89	-	.018*
5,001-10,000 บาท	9.04	-	-	10.89	-	-	-	-	-
>10,000 บาท	10.89	-	-	-	-	-	-	-	-

* $p < .05$

จากตารางที่ 7 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่า รายได้ที่แตกต่างกันในทุกคู่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยรายได้ที่มากกว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มรายได้ที่ต่ำกว่า

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 54.76 รองลงมา คือระดับอาจมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 28.27 ทั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับก้ำกึ่งและไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 94¹⁴ และการศึกษาความฉลาดของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการ ณ ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความฉลาดด้านสุขภาพในระดับรู้จักคิดเป็นร้อยละ 80.50⁹ คล้ายคลึงกับการสำรวจความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพในระดับรู้จักคิดเป็นร้อยละ 89.30¹⁰ และสอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ¹⁵

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึง ด้านการประเมิน และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลในการตัดสินใจแลสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 76.49, 75.60 และ 41.07 ตามลำดับ ทั้งนี้ เพราะกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 69.03 ปี เข้าสู่วัยกลางของการสูงอายุ ซึ่งโดยทั่วไปจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น การมองเห็น การได้ยิน ความเสื่อมเหล่านี้ ทำให้มีข้อจำกัดในการได้รับข้อมูลสุขภาพ และผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มนี้มีการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 67 ซึ่งการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับรู้แจ้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ โดยระดับการศึกษาที่ดีจะเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการอ่าน การคำนวณ รวมถึงการเข้าถึงและทำความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ เช่น การอ่านฉลากยา ฉลากอาหาร และเอกสารข้อมูลความรู้ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเบาหวานควรจะได้เรียนรู้อย่างเพียงพอที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในการเลือก วิเคราะห์แก้ปัญหา และตัดสินใจในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมโรคอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป และผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีปัญหาในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ (ร้อยละ 40) โดยต้องการผู้ช่วยในการอ่านคู่มือ

สุขภาพ ทำให้มีความจำกัดในการเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพและการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการควบคุมโรค¹⁶

จากผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจ อยู่ในระดับอาจมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 48.51 ซึ่งเป็นระดับที่ต่ำกว่าด้านอื่น ๆ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะคลินิกหมอครอบครัวมีกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทั้งเป็นรายกลุ่มก่อนเข้ารับบริการ และมีการให้คำแนะนำรายบุคคลสำหรับผู้ที่อาจมีปัญหาเฉพาะ มีสื่อเอกสารแผ่นพับแจกและจัดวางไว้บริการ ดังเช่นผู้สูงอายุบอกว่า “คุยกับหมอเขาอธิบายให้ความรู้...” หรือ “คราวที่แล้วหมอบอกว่า โรคไตจะเป็นระดับ 4 แล้ว ไก่จะฟอกเลือดแล้วนะ ..” (ผส.ญ. 65 ปี) อย่างไรก็ตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพยังไม่ถึงระดับที่เพียงพอ ดังนั้น ควรมีการพัฒนาหรือแสวงหากลยุทธ์ในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังตัวอย่างข้อคิดเห็นในมุมมองของบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจะต้องมีการสร้างความตระหนักถึงอันตรายและภาวะแทรกซ้อนของโรคนั้น ควรมีการให้กำลังใจและให้คำชื่นชมหากปฏิบัติได้ดี

ผลการเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุที่แตกต่างกัน พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกับวัยกลาง (70-79 ปี) และวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) โดยมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนชาวคูเวต ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ¹² นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุเฉลี่ย 69.03 ปี ซึ่งเข้าสู่ผู้สูงอายุวัยกลาง ทำให้มีข้อจำกัดในการเรียนรู้ดังกล่าวข้างต้น ส่วนผลการเปรียบเทียบระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นั้น สอดคล้องกับการศึกษาของประเทศไทยและต่างประเทศที่

พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ^{10,12} และการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับจำนวนปีที่เข้าเรียนน้อย¹¹ สำหรับผลการเปรียบเทียบด้านรายได้ที่แตกต่าง พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 61.01) มีรายได้ต่อเดือน $\leq 5,000$ บาท มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2¹² โดยผู้ที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า และความไม่เท่าเทียมกันของความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนชาวจีนขึ้นอยู่กับรายได้ โดยผู้ที่ร่ำรวยสามารถที่จะหาข้อมูลทางสุขภาพได้มากกว่า¹⁷

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ประโยชน์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านการประเมิน และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลในการตัดสินใจดูแลสุขภาพ ดังนั้น พยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง ควรวางแผนในการประเมินและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการระดับปฐมภูมิในจังหวัดอื่น ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลในภาพรวมของประเทศ และนำข้อมูลมาใช้ในการกำหนดนโยบายในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อควบคุมโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงต่อไป

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง เพื่อนำมาใช้พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

REFERENCES

1. Ekplakorn, W., The Report of the Survey of Thai People by Physical Examination, the 5th Time, 2014. Bangkok: Graphic and Design Publishing House, 2016. (in Thai)
2. Crowley, J., Bosworth, B., Coffman, J., Lindquist, H., Neary, M., Harris, C., et al. Tailored Case Management for Diabetes and Hypertension (TEACH-DM) in a Community Population: Study Design and Baseline Sample Characteristics. *Contemporary Clinical Trials*, 2013; 36: 298–306.
3. Department of Disease Control, Division of Non Communicable Disease. Annual Report, Bureau of Non Communicable Disease [online]. 2018 [cited 2021/7/15]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=12986&tid=30&gid=1-015-008> (in Thai)
4. National Health Commission Office. Health Literacy for NCDs Prevention and Management [online]. 2018 [cited 2021/7/15]. Available from: <https://www.healthstation.in.th/action/viewvideo/4482//> (in Thai)
5. Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012; 12: 80.
6. Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary

- health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 2000; 15: 259–267.
7. Juul, L., Rowlands, G., & Maindal, H.T. Relationships between health literacy, motivation and diet, and physical activity in people with type 2 diabetes participating in peer- led support groups. *Primary Care Diabetes*, 2018; 12(4): 331–337.
8. Du, S., Zhou, Y., Fu, C., Wang, Y., Du, X., Xie, R. Health literacy and health outcomes in hypertension: An integrative review. *Int J Nurs Sci*, 2018; 5(3): 301-9.
9. Wongnisanatakul, K. Health Literacy among Diabetic Patients at the Family Practice Center of Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. *JPMAT*, 2017; 8(1): 50-61. (in Thai)
10. Thanasukarn, C. and Neelapaijit, N. Health literacy survey of diabetic mellitus and hypertension patients. Nonthaburi: Division of Health Education, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2016. (in Thai)
11. Santos, MIPO. & Portella, MR. Conditions of functional health literacy of an elderly diabetics group. *Rev Bras Enferm* [online]. 2016 [cited 2021/7/15]. Available from:<http://dx.doi.org/10.1590/0034-167.2016690121i>
12. Hussein, S.H., Almajran, A., & Albatineh, A.N. Prevalence of health literacy and its correlates among patients with type II diabetes in Kuwait: A population-based study. *Diabetes Res Clin Pract* [online]. 2018 [cited 2021/7/15]. Available from: doi: 10.1016/j.diabres.2018.04.033. Epub 2018 May 3. PMID: 29729374.
13. Lorini, C., Lastrucci, V., Mantwill, S., Vettori, V., & Bonaccorsi, G. Measuring health literacy in Italy: A validation study of the HLS-EU-Q16 and of the HLS- EU- Q6 in Italian language, conducted in Florence and its surroundings. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 2019; 55(1): 10–18.
14. Chantha, W. Health literacy of self-care behaviors for blood glucose level control in patients with type 2 diabetes, Chainat province. Thesis of Master Degree. Bangkok: Thammasat University, 2016. (in Thai)
15. Pashaki, M.S., Eghbali, T., Niksima, S. H., Albatineh, A. N., & Gheshlagh, R. G. Health literacy among Iranian patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 2019; 13: 1341-1345.
16. Osborne, R.H., Elsworth, G.R., & Whitfield, K., The health education impact questionnaire (heiQ): An outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions. *Patient Education Counselling*, 2007; 66(2): 192-201.
17. Tang, C., Wu, X., Chen, X., et al., Examining income-related inequality in health literacy and health-information seeking among urban population in China. *BMC Public Health*, 2019; 19: 221.

การพัฒนาทุนทางสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : การศึกษากรณี ชุมชน จังหวัดพะเยา

Social Capital Development for Quality of Life of older Persons

วิยะดา รัตนสุวรรณ* กฤติพิชญ์ ฐิติพิชญานันท์*
Wiyada Ratanasuwan* Krittipitch Thitipitchayanant*

Received : 16/8/64
Revised : 30/9/64
Accepted : 30/9/64

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา (Case Study Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทุนทางสังคมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน และศึกษารูปแบบการพัฒนาทุนทางสังคมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ดำเนินการ ศึกษา ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2563 ถึง เดือนกันยายน 2563 ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้นำชุมชนที่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน 4 มิติ คือ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านสิ่งแวดล้อม จากทุนทางสังคม ที่เป็นบุคคล กลุ่มบุคคล ได้แก่ คณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มผลิตภัณฑ์ชุมชน ศูนย์เพิ่มประสิทธิภาพการผลิตสินค้าเกษตร และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เลือกตัวอย่างเข้ากลุ่มแบบเจาะจง จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชนที่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้ง 4 มิติ ประกอบด้วย แนวคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และ แนวคำถามเกี่ยวกับแนวทางในการพัฒนารูปแบบทุนทางสังคมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย พบว่า ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทุนทางสังคมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 5 ประเด็น คือ ภาวะผู้นำ การเสริมสร้างแรงจูงใจ การสร้างทีมงาน การเพิ่มศักยภาพของแกนนำกลุ่มต่าง ๆ ในการจัดกิจกรรมด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ การจัดสภาวะแวดล้อมให้เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และการประสานภาคีเครือข่าย รูปแบบการพัฒนาทุนทางสังคมในการส่งเสริมคุณภาพ

ชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน มี 6 องค์ประกอบ แบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรก ระยะขยายผล และขยาย ผล และระยะเกิดความยั่งยืน การศึกษาครั้งนี้มีการดำเนินการครบทุกองค์ประกอบ 2 ระยะ สำหรับระยะที่ 3 อยู่ในช่วงระหว่างส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของชุมชนและพัฒนาแหล่งเรียนรู้เพื่อหนุนเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

* อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
* School of Nursing, University of Phayao

ข้อเสนอแนะ ผู้นำชุมชนควรส่งเสริมการใช้กระบวนการพัฒนาทุนทางสังคมในระยะที่ 3 ให้มีความสมบูรณ์เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนให้เป็นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ: ทุนทางสังคม คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ

ABSTRACTS

This research is a case study qualitative research. To analyze issues related to the use of social capital to promote the quality of life of the elderly in the community and to study the social capital development model to promote the quality of life of the elderly in the community. Between February 2020 and September 2020, the population in the study were community leaders who are involved in promoting the quality of life of the elderly in all 4 dimensions, namely health, social, economic and environmental; social capital that was an individual, a group of people such as the school board of the elders, elderly caregiver, center for enhancement of agricultural production and local government organizations. The sample was selected into a specific group of 60 people. The research tools were interview questions and group discussions with community leaders who were involved in promoting the quality of life of the elderly in all 4 dimensions as follows: questionnaire on community participation in promoting the quality of life of the elderly and questionnaire on the guidelines for developing a social capital model for promoting the quality of life of the elderly, analyze data using content analysis

The results of the research revealed that the issues related to the use of social capital to promote the quality of life of the elderly in the community consisted of 5 issues: leadership, motivation, team building, increasing the capacity of the leaders of various groups in organizing social, economic, health, and environmental activities contributing to the quality of life of the elderly and coordination of network partners and the social capital development model for promoting the quality of life of the elderly in the community consisted of 6 components and were divided into 3 phases, namely the first phase, the extension phase, and the sustainability phase. In this study, all components of 2 phases were performed, in phase 3 it was in the process of promoting the development of community potential and developing learning resources to support the quality of life of the elderly continuously and sustainably.

Recommendations : community leaders should promote the full implementation of the social capital development process in phase 3 to promote continuity and sustainability of the quality of life of the elderly in the community

Keywords; Social Capital, Quality of Life, Older Persons

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการศึกษาประชากรในจังหวัดพะเยาในปี 2561¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2561) พบว่า มีประชากร 477,100 คน จำแนกเป็น ประชากรสูงอายุ จำนวน 82,972 คน คิดเป็น ร้อยละ 17.39 ซึ่งถือว่าเป็นก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและ คาดการณ์ว่าในปี 2564 จะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ อำเภอดอกคำใต้จัดเป็นอำเภอที่มีประชากร สูงอายุมากเป็นอันดับ 2 ของจังหวัดพะเยา และมี จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงเป็นอันดับหนึ่ง ร้อย ละ 0.66 ของประชากรผู้สูงอายุในอำเภอดอกคำใต้ สำหรับตำบลดงสุวรรณเป็นชุมชนหนึ่งของอำเภอดอก คำใต้ ที่พบว่ามีประชากรสูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 32.71 ซึ่งถือว่าเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ และจาก การวิเคราะห์ข้อมูลประชากร พบว่า เป็นผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง จำนวน 14 คน ผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง เนื่องจากคู่สมรสเสียชีวิต ร้อยละ 13.15 และผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนต้องทำหน้าที่เป็นผู้ให้ การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้พิการ หรือ เจ็บป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ร้อยละ 3.26 ทำให้ไม่ สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อ ภาวะเศรษฐกิจและสังคม จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวบางส่วน ร้อย ละ 0.88¹ เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ผู้บริหารองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น จึงได้นำนโยบายของภาครัฐสู่ การปฏิบัติ โดยจัดโครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิต “สูงวัยใส่ใจสุขภาพ” ขึ้นตั้งแต่ปีพ.ศ. 2560 - 2562 โดยมีเป้าหมาย เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่ายรวมทั้งทุนทางสังคมในการส่งเสริม คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

ทุนทางสังคมเป็นคุณค่าที่สังคมไทยมีอยู่เดิม เป็นคุณค่าที่เป็นของตนเองมาแต่อดีตกาล เช่น ทุน มนุษย์ที่มีคุณภาพ มีความรู้ สติปัญญา และทักษะ

มีคุณธรรม มีวินัยและความรับผิดชอบ

มีทัศนคติที่ดีในการทำงาน มีการรวมกลุ่ม และ สร้างเครือข่ายเพื่อสร้างประโยชน์ให้กับส่วนรวม² การ สร้างทุนทางสังคมขึ้นในชุมชน คนในชุมชนต้องมี มิตรภาพที่ดีต่อกัน พร้อมทั้งต้องมีการติดต่อสัมพันธ์ กันความสัมพันธ์ทางสังคมดังกล่าว จะช่วยให้คน บรรลุถึงความต้องการทางสังคมตามที่ตนเองต้องการ และยังสนับสนุนให้ทุนทางสังคมเกิดศักยภาพที่ เพียงพอต่อการส่งเสริมการดำเนินชีวิตของคนทั้ง ชุมชนให้ดีขึ้นมาได้

คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้สถานการณ์ในด้าน ต่าง ๆ ของชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลที่ได้รับการ สนองตอบต่อความต้องการด้านร่างกายจิตใจและ สังคม ซึ่งเป็นปัจจัย หลักที่ทำให้บุคคลสามารถ ดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ด้วยการมีสุขภาพดีมีรายได้ พอเพียง ไม่มีภาวะกดดันด้านจิตใจและการได้รับการ เกื้อหนุนจากครอบครัวและเพื่อน³ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยฉัตร กลิ่นสุวรรณ⁴ เกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทาง สังคม ทุนทางวัฒนธรรม กับการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ พบว่า ทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรม มีความ สัมพันธ์กับสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 และทุนทางสังคมที่ถูกนำมาใช้ ในชุมชนส่วนมากเป็นทุนเครือข่าย ได้แก่ ทุนระดับ ครอบครัว/เครือญาติ ระดับกลุ่มคือเครือข่ายการ พัฒนาชุมชน สำหรับทุนทางวัฒนธรรมที่ถูกนำมาใช้ นั้น มีทั้งทุนประเพณี ทุนบรรทัดฐานทางสังคม และ ทุนทางปัญญาต่างมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ พรชัย ตระกูลวรานนท์⁵ พบว่าระหว่าง ทุนทางวัฒนธรรมในชุมชนที่ เป็นอัตลักษณ์เฉพาะถิ่น เป็นพลังที่นำมาขับเคลื่อน กระบวนการทางสังคม โดยมีแบบแผนทางสังคมหรือ ทุนบรรทัดฐานทางสังคมส่งเสริมให้เกิดการขับเคลื่อน และผลการวิจัยของ บัณฑิตา ชำนาญกิจ⁶ พบว่า บรรทัดฐานทางสังคม ประเพณี และความเชื่อทาง สังคมเป็นมิติของความดีหรือเป็นทุนทางวัฒนธรรม

และภูมิปัญญา ความเป็นผู้นำของคนในชุมชนหรือเรียกว่าทุนทางปัญญา เป็นมิติของความรู้ที่ส่งเสริมให้ชุมชนเข้มแข็ง

ดังนั้นผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของทุนทางสังคม จึงสนใจที่จะวิเคราะห์ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทุนทางสังคมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหนึ่งของภาคเหนือตอนบน เพื่อหารูปแบบการพัฒนาทุนทางสังคมที่เหมาะสมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนให้มีความยั่งยืน

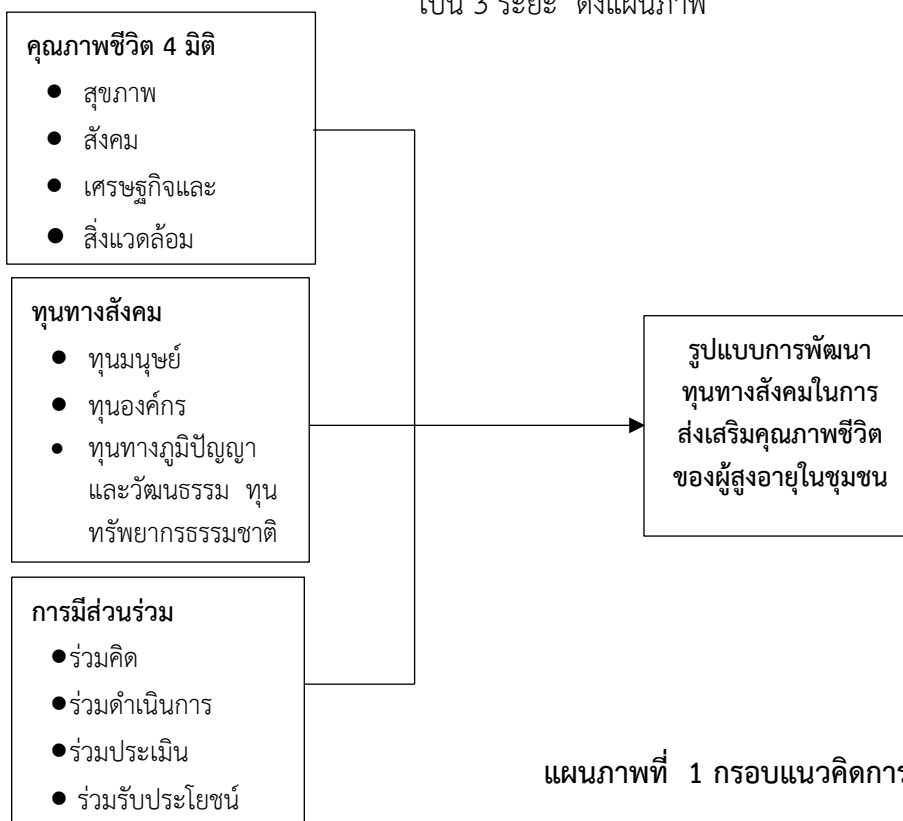
วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทุนทางสังคมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาทุนทางสังคมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

กรอบแนวความคิดในการวิจัย

การศึกษารุ่นนี้ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับทุนทางสังคมของโคเฮนและพลุแซค Cohen and Prusak⁷ ที่กล่าวว่า ทุนทางสังคมประกอบด้วยสิ่งที่เอื้อให้การ

ติดต่อกัน บุคคลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ คือ ความไว้วางใจ (Trust) ความเข้าใจ อันดีระหว่างกัน (Mutual Understanding) การมี ค่านิยมร่วมกัน (Shared Values) การมีพฤติกรรมของสมาชิกที่อยู่ในรูปของเครือข่าย (Human Network) ซึ่งจะก่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างกัน ประกอบด้วย ทุนมนุษย์ ทุนสถาบัน ทุนทางภูมิปัญญาและวัฒนธรรม ทุนทรัพยากรธรรมชาติ และกรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก⁸ คือ การรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิต ของตน ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่และสัมพันธ์กับเป้าหมาย ประกอบด้วย สุขภาพสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff)⁹ ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน สมาชิกของชุมชนต้องเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมิน ร่วมรับประโยชน์ มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษารูปแบบการพัฒนาทุนทางสังคมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ และแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ดังแผนภาพ



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวความคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา (Case Study Qualitative Research) เพื่ออธิบายและวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับการนำทุนทางสังคมมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

การเลือกพื้นที่ในการศึกษา เป็นชุมชนแห่งหนึ่งของอำเภอดอกคำใต้ ที่พบว่ามีการสูงอายุมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.71 และจากการวิเคราะห์ข้อมูลประชากร พบว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 14 คน เป็น ผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังเนื่องจากคู่สมรสเสียชีวิต ร้อยละ 13.15 และผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ส่วนต้องทำหน้าที่เป็นผู้ให้การดูแลสมาชิกในครอบครัว ที่เป็นผู้พิการหรือเจ็บป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ร้อยละ 3.26 ทำให้ไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ และสังคม และเป็นชุมชนที่ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้นำนโยบายของภาครัฐสู่การปฏิบัติ โดยจัดโครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิต “สูงวัยใส่ใจสุขภาพ” ขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2562 โดยมีเป้าหมาย เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัย มี 5 กลุ่ม คือ 1) กรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ 2) อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3) กลุ่มผลิตภัณฑ์ชุมชน 4) ศูนย์เพิ่มประสิทธิภาพการผลิตสินค้าเกษตรและ 5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตพื้นที่ ตำบลงสุวรรณ

กลุ่มตัวอย่าง หรือกลุ่มเป้าหมายที่ให้ข้อมูลหลัก คือ ประชากร จาก 5 กลุ่ม ดังนี้ 1) กรรมการ

โรงเรียนผู้สูงอายุ 2) อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3) กลุ่มผลิตภัณฑ์ชุมชน กลุ่มละ 15 คน 4) ศูนย์เพิ่มประสิทธิภาพการผลิตสินค้าเกษตรและ จำนวน 10 คน 5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตพื้นที่ ตำบลงสุวรรณ จำนวน 5 คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนด**เกณฑ์การคัดเลือก** 1) เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนจากประชากร 5 กลุ่ม 2) สามารถสื่อสารได้ 3) ยินดีเข้าร่วมวิจัย **เกณฑ์การคัดออก** คือ 1) ไม่สามารถร่วมดำเนินการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาวิจัย 2) มีปัญหาสุขภาพระหว่างการวิจัย สำหรับจำนวนในแต่ละกลุ่มสามารถเลือกเพิ่มถ้าข้อมูลยังไม่อิ่มตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม กับ ผู้นำชุมชนที่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้ง 4 มิติ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ชุดที่ 1 แนวคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สร้างขึ้นตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff) และแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ บทบาทหน้าที่ของบุคคล/องค์กรในการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ลักษณะการมีส่วนร่วม เช่น การร่วมวางแผน การดำเนินงาน การรับประโยชน์ และการประเมินผล

ชุดที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับแนวทางในการพัฒนาทุนทางสังคมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน สร้างขึ้นตามแนวคิดเกี่ยวกับทุนทางสังคมของ Cohen and Prusak ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ แนวทางในการพัฒนาบุคคล/กลุ่มบุคคล/แหล่งเรียนรู้ในชุมชนที่ช่วยส่งเสริม

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม กระบวนการดำเนินงานในระยะแรก และระยะต่อมา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแนวคำถาม และให้โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ด้านการศึกษา จำนวน 1 คน และด้านการพยาบาล ผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน ตรวจสอบความตรงของข้อคำถาม แล้วนำไปคำนวณ หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของข้อคำถาม เลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป ผู้วิจัยได้นำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับแก้ก่อนนำไปใช้ในการดำเนินการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่ 2/078/62 ลงวันที่ 29 มกราคม 2563 โดยก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้อย่างอิสระ และสิทธิในการถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา รวมถึงการไม่เปิดเผยชื่อ และการเก็บรักษาความลับของผู้ร่วมวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีจะเซ็นเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ จากกลุ่มเป้าหมาย ที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ที่เลือกไว้ ทั้ง 5 กลุ่ม ๆ ละ 5 คน มาสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แนวคำถามชุดที่ 1 คนละประมาณ 20 นาที และสนทนากลุ่มกับตัวแทนกลุ่มที่

เหลือแต่ละกลุ่ม ๆ ละประมาณ 20 นาที การสัมภาษณ์จะดำเนินการจนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว

2. นำข้อมูลที่ได้จากข้อ 1 จากการบันทึกและถอดเทปของแต่ละกลุ่มมาวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic Induction) จากนั้นนำมาเรียบเรียงและจำแนกอย่างเป็นระบบ ในขั้นแรกผู้วิจัยได้ตรวจสอบว่าได้ข้อมูล มีเพียงพอแล้วหรือยัง ข้อมูลตอบปัญหาของการวิจัยแล้วหรือไม่ ตัดคำซ้ำกันออก จากนั้นนำมาตีความหมายเชื่อมโยงความสัมพันธ์ และสร้างข้อสรุปจากข้อมูลต่าง ๆ ที่รวบรวมได้ ทั้งนี้เพื่อให้การศึกษาประเด็นต่าง ๆ ได้ข้อมูลเชิงลึก เมื่อวิเคราะห์ประเด็นแล้ว ประเด็นที่ไม่มีความชัดเจนจะเก็บข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อตอบคำถามตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย หากผู้วิจัยพบว่าได้ข้อมูลที่ตรงกันจากการสัมภาษณ์ในแต่ละกลุ่ม ผู้วิจัยจะตรวจสอบว่าข้อมูลที่แท้จริงเป็นอย่างไร โดยเลือกวิธี ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) กับข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม แล้วนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาวิเคราะห์และตีความ เพื่อหาข้อมูลที่แสดงถึงประเด็นย่อย และประเด็นหลัก ตามกรอบแนวคิดที่ใช้เป็นหลักในชุดคำถาม หลังจากนั้นนำมาเสนอกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อยืนยันความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้จากแต่ละกลุ่ม

3. สร้างแนวทางในการพัฒนารูปแบบทุนทางสังคมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน โดยนำแนวคำถามชุดที่ 2 มาสนทนากลุ่มกับกลุ่มเป้าหมายทั้ง 5 กลุ่ม ๆ ละประมาณ 20 นาที ดำเนินการโดย 1) สร้างความเข้าใจประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 และให้แต่ละกลุ่มเสนอแนวทางในการพัฒนาทุนทางสังคมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

4. นำข้อมูลที่ได้จากข้อ 3 มาเรียบเรียงและจำแนกอย่างเป็นระบบ โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบว่าได้

ข้อมูลเพียงพอ แล้วหรือยัง ข้อมูลนั้นได้ตอบปัญหาของการวิจัยแล้วหรือไม่ ตัดคำที่ซ้ำกันออก จากนั้นนำมาตีความหมายเชื่อมโยง ความสัมพันธ์และสร้างข้อสรุปจากข้อมูลต่างๆ ที่รวบรวมได้ ทั้งนี้เพื่อจะได้ศึกษาประเด็นต่างๆ ได้ลึกซึ้ง เมื่อประเด็นได้วิเคราะห์แล้วไม่มีความชัดเจนก็จะตามไปเก็บข้อมูลเพิ่มเติม ในประเด็นต่างๆ เหล่านั้น เพื่อตอบคำถามหลักตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย แล้วนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาวิเคราะห์และตีความ เพื่อหาข้อมูลที่แสดงถึงประเด็นย่อย และประเด็นหลัก ตามกรอบแนวคิดที่ใช้เป็นหลักในชุดคำถาม หลังจากนั้นนำมาเสนอกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อยืนยันความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้จากทุกกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ดำเนินการ ดังนี้

1 จัดระเบียบข้อมูลโดยการถอดเทปใส่รหัส

2 จัดกลุ่มข้อมูลที่ให้รหัสแล้ว เปรียบเทียบข้อมูล/ ความหมายจากแต่ละกลุ่ม พิจารณา Concepts ที่จะตอบโจทย์วิจัย เชื่อม concepts ที่สัมพันธ์กันให้มีความหมายและบรรยายผลที่ได้้อย่างละเอียด

3 นำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์และตีความเพื่อหาข้อความที่แสดงถึงประเด็นหลัก และประเด็นย่อย ตามกรอบแนวคิด

4 นำประเด็นที่สังเคราะห์ได้มากำหนดโครงสร้างรูปแบบการพัฒนาทุนทางสังคมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ

ผู้วิจัยได้นำโครงสร้างรูปแบบการพัฒนาทุนทางสังคมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษา จำนวน 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของโครงสร้าง ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ .86 และผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะ สำหรับโครงสร้างของการพัฒนาทุนทางสังคมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในองค์ประกอบที่ 3 การสร้างทีมงานจากเครือข่ายผู้นำเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในมิติต่างๆ โดยให้จำแนกออกเป็นกิจกรรมต่างให้ชัดเจนเพื่อจะทำให้สามารถถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมสำหรับการนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป และให้ปรับเพิ่มระยะที่ 3 คือ ระยะเวลาที่ยั่งยืน (Sustainable) ประกอบด้วย การสร้าง/พัฒนาแหล่งเรียนรู้ และการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงโครงสร้างของรูปแบบการพัฒนาทุนทางสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการวิจัย

1. ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทุนทางสังคมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 5 ประเด็น คือ ภาวะผู้นำ การเสริมสร้างแรงจูงใจ การสร้างทีมงาน การเพิ่มศักยภาพของแกนนำกลุ่มต่างๆ ในการจัดกิจกรรมด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ การจัดสถานะแวดล้อมให้เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และการประสานภาคีเครือข่าย

1.1. ภาวะผู้นำ โดยมีการนำใช้ทุนทางสังคมระดับบุคคล ในระยะแรก ได้แก่ คุณครูแก้ว ผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุ เล่าว่า “หลังจากเกษียณอายุ จากการเป็นครู ผมก็มาคิดว่า ผมมีโอกาสดีกว่าเพื่อนๆ ในหมู่บ้านนี้หลายคนที่เขาไม่มีโอกาสเรียนจนจบปริญญาตรี เพราะบ้านเขายากจนกว่าผม แล้วมาเจอว่าตอนนี้เขามีโรคมะเร็ง เนื่องจากภรรยาเขาเสียชีวิต ลูกเต๋าก็ไม่ได้อยู่ด้วย มีลูก 2 คน แต่ก็ไม่

ทำงานกรุงเทพทั้งหมด ผมเลยมาคิดว่า เราน่าจะทำอะไรบ้างเพื่อตอบแทนบ้านเกิด เลยชวนเพื่อนอีกคนที่อยู่ชมรมผู้สูงอายุหมู่ 7 เหมือนกัน ออกมาตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ ครั้งแรกตั้งโรงเรียนเมื่อปี พ.ศ. 2559 มีนักเรียนประมาณ 50 คน จุดประสงค์หลัก เพื่อมารวมตัวกัน พูดคุยกันในเรื่องที่ไม่สบายใจ และเรื่องอื่นๆที่อยากจะคุยให้เพื่อนๆฟัง ไม่เน้นวิชาการ” ในระยะต่อมาเมื่อเห็นว่าเป็นปัญหาของผู้สูงอายุ มีความซับซ้อนมากขึ้น คณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุจึงได้มีการชักชวนให้ผู้นำกลุ่มต่าง ๆ เข้ามาร่วมงานเป็นเครือข่ายในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้นำกลุ่มอาชีพผลิตภัณฑ์ชุมชน ป้าแดง เป็นกรรมการของศูนย์ผลิตภัณฑ์ชุมชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555

1.2. มีการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้นำกลุ่มต่าง ๆ เช่นชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มอาชีพอาสาสมัครผู้ดูแล

ผู้สูงอายุ แกนนำโรงเรียนผู้สูงอายุ ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นเครือข่ายผู้นำในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยการพาไปศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงาน องค์กรชุมชน ในจังหวัดต่าง ๆ หลังจากการจัดกิจกรรม ทำให้ผู้นำกลุ่มต่างๆ ได้มีพลังในการกลับมาช่วยกันจัดตั้งเป็นคณะกรรมการในการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จากตัวแทนผู้นำชุมชน “จากการไปดูบ้านเขาว่า เขาทำอะไร เราทำให้ได้แนวคิดมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบ้านเรา และกลับมาดูคนของเรา ว่า จริง ๆ คนบ้านเรามีคนเก่งกันหลายอย่าง เพียงแต่ไม่ได้มาคุยกัน ต่างแยกกันอยู่เป็นกลุ่มๆ แต่ถ้าเราเอามารวมกันช่วยกันคิดช่วยกันทำ น่าจะทำให้การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุของเราดีขึ้น”

1.3. สร้างทีมงานจากเครือข่ายผู้นำ

เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ ให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องโดยใช้โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นฐาน ทำให้มีการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ ได้แก่

1.3.1. ส่งเสริมสุขภาพอนามัย

เช่น การออกกำลังกาย รำไม้พลอง รำวงย้อนยุค เล่น

อังกะลุง กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน จากการมีอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมทุกหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 2-3 คน ในการเยี่ยมผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจากการถอดบทเรียน พบว่าอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้สึกภาคภูมิใจที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง “ถ้าไม่ได้มีโอกาสเข้าไปดูแลบ้างที่มีแผลเบาหวานที่เท้าทุกวัน ป่านนี้ป้าแดงโดนตัดขาไปแล้ว เพราะจำได้ว่าจากที่ไปดูวันแรกแผลป้าแดงมันมาก เพราะป้าแดงไม่ค่อยเห็น ลูกชายที่อยู่ด้วยก็ไปทำงานต่างอำเภอกลับมาบ้าน 2-3 วันครั้ง พอเปิดผ้าปิดแผลออกมาดูมีหนองตัวขาวๆเต็มเลย ต้องไปบอกที่พยาบาลที่ รพ. สต. มาช่วยทำแผล หลังจากนั้นตัวเองก็มาช่วยทำแผลทุกวันจนหาย”

1.3.2. ส่งเสริมให้มีกิจกรรมด้านอาชีพ เช่น กลุ่มผลิตภัณฑ์ไม้กวาดลายดอกแก้ว

ได้มีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้นำเศษวัสดุมาทำเป็นหมวกผ้า ป้าตี “เมื่อก่อนก็อยู่บ้านเฉยๆ พอมีเพื่อนมาสอนให้เอาเศษผ้าที่มีอยู่และบางส่วนผากเขาซื้อมาจากแม่ใจเป็นกิโลแล้วเอามาทำเป็นหมวกผ้า เอาไปฝากขายที่ศูนย์ผลิตภัณฑ์ชุมชน ทำให้มีรายได้แล้วรู้สึกดีใจมาก”

1.3.3. มีการพัฒนาการดำเนินงานศูนย์เพิ่มประสิทธิภาพการผลิตสินค้าเกษตร

โดยเปิดพื้นที่ในการเรียนรู้กับกลุ่มเกษตรกรและผู้สูงอายุในการจัดทำปุ๋ยหมักชีวภาพ น้ำหมักชีวภาพ การปลูกผักปลอดสารพิษสำหรับรับประทานเอง ผู้นำชุมชนซึ่งเป็นอดีตผู้ใหญ่บ้านกล่าวว่า “รู้สึกดีใจที่ได้เปิดพื้นที่ดินของตนเองให้ผู้สูงอายุได้มาเรียนรู้การปลูกพืชปลอดสารเคมี เพราะน่าจะทำให้ผู้สูงอายุบ้านเราสุขภาพดีและลดรายจ่ายของผู้สูงอายุได้” และส่วนที่เหลือนำไปจำหน่ายตลาดนัดสีเขียวที่โรงเรียนผู้สูงอายุทุกวันอังคาร เป็นการช่วยส่งเสริมสุขภาพและลดมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อมจากสารเคมี เช่น ยาฆ่าหญ้า และมีการดำเนินการจัดการขยะ และปรับสภาพแวดล้อมที่ดีในหมู่บ้านจนเกิด “หมู่บ้านประดับดาว” ขึ้นอีกหลายแห่ง

1.4. มีการเพิ่มศักยภาพของแกนนำกลุ่มต่าง ๆ

ตามความสามารถ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชนในการจัดทำแผนงาน/โครงการ เช่น การอบรมอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีจิตอาสาจำนวน 32 คน ในการพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามหลักสูตรของกรมอนามัย 70 ชั่วโมง ตัวแทนอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุกล่าวว่า “มีความรู้เพิ่มมากขึ้น ทำให้ตัวเองมีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงมากขึ้น เพราะจากที่ได้มีการฝึกปฏิบัติทั้งในโรงพยาบาลตอกคำใต้ และในชุมชนของเรา จากการสอนของพี่พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ทำให้พวกเราเป็นตัวอย่างก่อน เช่น เวลาทำแผลต้องทำอะไร แล้วก็ให้ลองทำให้ดู จนมั่นใจว่าทำได้” และเพิ่มศักยภาพผู้นำชุมชนที่สนับสนุนพื้นที่ทำกินของตนเองเพื่อใช้เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านการจัดทำเกษตรอินทรีย์โดยประสานความร่วมมือกับศูนย์เพิ่มประสิทธิภาพการผลิตสินค้าเกษตร ตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุ “การได้มีโอกาสเข้าไปเรียนบ้านพอหลวงมี ทำให้รู้ว่าการทำปุ๋ยหมักแทนการใช้สารเคมีทำไม่ยาก แล้วปลอดภัยกับตัวเรา และยังทำให้ผักออกงามด้วย” ส่งเสริมกลุ่มผลิตภัณฑ์ชุมชนในการสร้างอาชีพสำหรับผู้สูงอายุที่บ้านที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งส่งเสริมการทำอาชีพเสริมแก่ผู้สูงอายุในโรงเรียนที่ยังไม่มีอาชีพ โดยการทำหัตถกรรมต่างๆ

1.5. มีการประสานภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายและผู้นำชุมชนในการดำเนินกิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ นายกองคกรบริหารส่วนตำบล เล่าว่า “ทางหน่วยงานท้องถิ่นได้เสนอโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เข้าร่วมโครงการของ สสส. ทำให้มีการพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุให้เป็นปัจจุบัน เพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ”

2. รูปแบบการพัฒนาทุนทางสังคมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ และแบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะแรกเริ่ม (Initiation) มี 2 องค์ประกอบ คือ

องค์ประกอบที่ 1 มีภาวะผู้นำและจิตอาสาในการเปลี่ยนแปลงจากผู้นำชุมชนที่มีความรู้ความสามารถและอาสาเข้ามาช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มีประเด็นย่อย คือ 1) มีความตระหนักถึงความจำเป็นในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ดังจะเห็นได้จากคำกล่าว *ผมมีโอกาสดีที่เพื่อน ๆ ในหมู่บ้านนี้หลายคนที่เขาไม่มีโอกาสเรียนจนจบปริญญาตรี แล้วมาเจอว่าตอนนี้เขามีโรคซึมเศร้า ผมเลยมาคิดว่า เราน่าจะทำอะไรบ้างเพื่อช่วยเหลือเพื่อนของเรา” (ครูแก้ว)* 2) เป็นผู้นำในการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ ดังคำกล่าว *“ชวนเพื่อนอีกคนที่อยู่ชมรมผู้สูงอายุหมู่ 7 เหมือนกัน ออกมาตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุครั้งแรกตั้งโรงเรียนเมื่อปี พ.ศ. 2559 มีนักเรียนประมาณ 50 คน มีจุดประสงค์หลัก เพื่อมารวมตัวกัน พูดคุยกันในเรื่องที่ไม่สบายใจ และเรื่องอื่นๆ ที่อยากจะคุยให้เพื่อน ๆ ฟัง ไม่นั่นวิชาการ” (ครูแก้ว)*

องค์ประกอบที่ 2 สร้างการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นฐานสร้างการทำงานเป็นทีมเพื่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีประเด็นย่อย คือ 1) การทำงานเป็นทีม โดยมีการประสานงานกับภาคีเครือข่าย จากคำกล่าว *“ต่อมาเมื่อนักเรียนเพิ่มมากขึ้นเลยมาคุยกันว่าน่าจะมีวิชาการที่เป็นประโยชน์สำหรับการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำอาชีพบ้าง จึงไปปรึกษากับองค์กรบริหารส่วนตำบล ดงสุวรรณ ให้เขามาช่วยเรื่อง”* 2) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นฐาน จากคำกล่าว *“มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอนามัย เช่น การออกกำลังกาย รำไม้พลอง รำวงย้อนยุค เล่นดนตรีอังกะลุง กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน จากการทำอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 2-3 คนในการเยี่ยมผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย” (ดำ, กรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ)*

ระยะขยาย (Expanding) มี 3 องค์ประกอบ (องค์ประกอบที่ 3-5)

องค์ประกอบที่ 3 สร้างแรงจูงใจขยายเครือข่ายผู้นำ มีการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้นำกลุ่ม

ต่างๆเข้ามามีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง มีประเด็นย่อย คือ 1) การเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้นำกลุ่มต่างๆ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มอาชีพ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มแกนนำโรงเรียนผู้สูงอายุ ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นเครือข่ายผู้นำในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยการศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงาน องค์กรชุมชน ในจังหวัดต่าง ๆ จากคำกล่าว “จากการไปดูบ้านเขาว่า เขาทำอะไร ทำให้ได้แนวคิดมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบ้านเรา และกลับมาดูคนของเราว่า จริงๆคนบ้านเราก็มีเก่งกันหลายอย่าง เพียงแต่ไม่ได้มาคุยกันและแยกกันอยู่เป็นกลุ่มๆ แต่ถ้าเราเอามารวมกันช่วยกันคิดช่วยกันทำ น่าจะทำให้การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุของเราดีขึ้น” (ลุงดำ, กรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ) 2) สร้างทีมงานจากเครือข่ายผู้นำเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ เมื่อเห็นว่าปัญหาของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนมากขึ้น คณะกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุจึงได้มีการชักชวนให้ผู้นำกลุ่มต่างๆได้เข้ามาร่วมงานกันในการเป็นเครือข่ายในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากคำกล่าว “ได้มีโอกาสไปสมัครเป็นนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุ จึงไปชวนให้เพื่อนคือ ป้าหนูที่เป็นช่างเย็บหมวก มาเป็นนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุและมาถ่ายทอดให้ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้ทำหมวกจากเศษผ้าที่บ้านได้ โดยขยายไปได้ถึง 10 คน ทำให้สามารถมีรายได้เพิ่มขึ้นโดยทำเองที่บ้าน ขณะที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะของโรคเรื้อรังที่บ้าน โดยสามารถนำไปฝากขายที่ศูนย์ผลิตภัณฑ์ชุมชนได้” (ป้าแดง, กรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ)

องค์ประกอบที่ 4 พัฒนาศักยภาพแกนนำเพื่อขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทุกมิติ มีประเด็นย่อย 1) เพิ่มศักยภาพของแกนนำกลุ่มต่างๆ ตามความสามารถ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชนในการจัดทำแผนงาน/โครงการ เช่น การอบรมอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีจิตอาสา จำนวน 32 คน ในการพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามหลักสูตรของกรมอนามัย 70 ชั่วโมง จากคำกล่าว “มีความรู้เพิ่มมากขึ้น ทำให้ตัวเองมีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงมากขึ้น เพราะจากที่ได้มีการฝึกปฏิบัติทั้งในโรงพยาบาลดอกคำใต้และในชุมชนของเรา จากการสอนของที่

พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ทำให้พวกเราเป็นตัวอย่างก่อน เช่น เวลาทำแผลต้องทำอย่างไร แล้วก็ให้ลองทำให้ดูจนมันใจว่าทำได้” (ป้าขาว, ตัวแทนอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ) และเพิ่มศักยภาพผู้นำชุมชนที่สนับสนุนพื้นที่ทำกินของตนเองเพื่อใช้เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านการจัดทำเกษตรอินทรีย์โดยประสานความร่วมมือกับศูนย์เพิ่มประสิทธิภาพการผลิตสินค้าเกษตร “จากการได้มีโอกาสเข้าไปเรียนบ้านพ่อหลวงมี ทำให้รู้ว่าการทำงานที่หนักแทนการใช้สารเคมีทำไม่ยาก แล้วปลอดภัยกับตัวเรา และยังทำให้ผักงอกงามด้วย” (ตามา, ตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุ)

องค์ประกอบที่ 5 จัดบริการในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติ มีประเด็นย่อย 1) ส่งเสริมสุขภาพอนามัย เช่น การออกกำลังกาย รำไม้พลอง รำวงย้อนยุค เล่นดนตรีร้องกะลุง กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน จากการมีอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมทุกหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 2-3 คนในการเยี่ยมผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และจากการสอบถามในช่วงมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ “รู้สึกภูมิใจที่มีส่วนช่วยเหลือให้พี่น้องบ้านเราปลอดภัยไม่ติดเชื้อโรคโควิด เพราะได้ไปร่วมกับที่พยาบาลที่รพ.สต. ในการไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน ไปให้ความรู้และเอายาที่ผู้สูงอายุที่ต้องทานประจำโดยไม่ต้องมารับเองที่รพ.สต. และเอาผ้าแอมสไปให้ที่บ้าน ผู้สูงอายุเห็นเราไปหา เขาบอกดีใจ พวกเราได้ยินแล้วก็รู้สึกดีใจมาก” (ป้าขาว, อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ) 2) ส่งเสริมให้มีกิจกรรมด้านอาชีพ เช่น กลุ่มผลิตภัณฑ์ไม้กวาดลายดอกแก้ว ได้มีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้นำเศษวัสดุมาทำเป็นหมวกผ้า “เมื่อก่อนก็อยู่บ้านเฉยๆ พอมีเพื่อนมาสอนให้เอาเศษผ้าที่มีอยู่และบางส่วนฝากเขาซื้อมาจากแม่ใจเป็นกิโลแล้วเอามาทำเป็นหมวกผ้า เอาไปฝากขายที่ศูนย์ผลิตภัณฑ์ชุมชน ทำให้มีรายได้แล้วรู้สึกดีใจมาก” (ป้าดี, ผู้สูงอายุ) 3) มีการพัฒนาการดำเนินงานศูนย์เพิ่มประสิทธิภาพการผลิตสินค้าเกษตร โดยเปิดพื้นที่ในการเรียนรู้กับกลุ่มเกษตรกรและผู้สูงอายุในการจัดทำปุ๋ยหมักชีวภาพ น้ำหมักชีวภาพ การปลูกผักปลอดสารพิษสำหรับรับประทานเอง ผู้นำชุมชนซึ่งเป็นอดีตผู้ใหญ่บ้าน “รู้สึกดีใจที่ได้เปิดพื้นที่ดินของตนเองให้ผู้สูงอายุได้มาเรียนรู้การปลูกพืชปลอดสารเคมี เพราะน่าจะทำให้ผู้สูงอายุบ้านเราสุขภาพดีและลดรายจ่ายของผู้สูงอายุได้” และ

ส่วนที่เหลือนำไปจำหน่ายตลาดนัดสีเขียวที่โรงเรียนผู้สูงอายุ ทุกวันอังคาร ซึ่งจะช่วยส่งเสริมสุขภาพและลดมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อมจากสารเคมี เช่น ยาฆ่าหญ้า และมีการดำเนินการจัดการขยะ และปรับสภาพแวดล้อมที่ดีในหมู่บ้าน จนเกิด “หมู่บ้านประดับดาว” เกิดขึ้นอีกหลายแห่ง

ระยะสร้างความยั่งยืน (Sustainable)

มี 1 องค์ประกอบ (องค์ประกอบที่ 6)

องค์ประกอบที่ 6 ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของชุมชนและพัฒนาแหล่งเรียนรู้เพื่อหนุนเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน มีประเด็นย่อย 1) มีการประสานภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายและผู้นำชุมชนในการดำเนินกิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จากคำกล่าว “ทางหน่วยงานท้องถิ่นได้เสนอโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการของสสส. ทำให้มีการพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุให้เป็นปัจจุบัน เพื่อให้หน่วยงานต่างๆ สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ” (สมพงษ์, องค์การบริหารส่วนตำบล) การทำประชาคมเพื่อสร้างเวทีในการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการร่วมกันดำเนินงานและการสร้างการมีส่วนร่วมและสร้างเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง ทำให้เกิดความผูกพันและความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน 2) มีการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ที่หนุนเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากคำกล่าว “องค์การบริหารส่วนตำบลได้กำหนดนโยบายในการส่งเสริมแหล่งเรียนรู้ในชุมชน ได้แก่ โรงเรียนผู้สูงอายุ ศูนย์โฮมฮัก ศูนย์ผลิตภัณฑ์ชุมชน และ ศูนย์เรียนรู้การเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตสินค้าเกษตร ให้สามารถบริหารจัดการด้วยตนเองโดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ” (สมพงษ์, องค์การบริหารส่วนตำบล)

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทุนทางสังคมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน พบ 5 ประเด็น คือ ภาวะผู้นำ การเสริมสร้างแรงจูงใจ การสร้างทีมงาน การเพิ่มศักยภาพของแกนนำกลุ่มต่าง ๆ ในการจัดกิจกรรมด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ การจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และการประสานภาคีเครือข่าย การใช้ทุนทางสังคมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ชุมชนมีการใช้ทุนทางสังคมในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ **ทุนบุคคล** ที่เป็นผู้นำที่มีองค์ความรู้และมีภาวะผู้นำในการนำการเปลี่ยนแปลง โดยเป็นผู้มีความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จึงได้ริเริ่มก่อตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุขึ้นโดยสามารถใช้กลไกในความเป็นผู้นำในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้เพื่อนๆ ที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุมาร่วมเป็นทีมทำงานด้วย **ทุนองค์กร** มีทุนทางสังคมที่เป็นทุนองค์กร กลุ่มต่าง ๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่หลากหลายซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มผลิตภัณฑ์ไม้กวาดลายดอกแก้ว ศูนย์เพิ่มประสิทธิภาพการผลิตสินค้าเกษตร กลุ่มแกนนำโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยมีการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้นำกลุ่มต่างๆ ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นเครือข่ายผู้นำในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน และ**ทุนเครือข่าย** องค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทสำคัญในการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับภาคีเครือข่ายและชุมชน ในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยจัดทำโครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิต “สูงวัยใส่ใจสุขภาพ” ขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2562 มีเป้าหมาย เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่ายรวมทั้งทุนทางสังคม

ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี จันทรสง (2558) เกี่ยวกับ การพัฒนาทุนทางสังคมเพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็ง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาทุนทางสังคมที่สร้างชุมชนเข้มแข็ง ประกอบด้วย การสร้างและพัฒนาเครือข่ายของสมาชิกให้เกิดขึ้นภายในชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน กระบวนการสร้างการเรียนรู้ มีการศึกษาดูงานชุมชนที่เป็นต้นแบบ มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง และชุมชนควรได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก

2. รูปแบบการพัฒนาทุนทางสังคมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน มี 6 องค์ประกอบ ดำเนินงานเป็น 3 ระยะ คือ

2.1 ระยะแรกเริ่ม (Initiation) มี 2 องค์ประกอบ คือ

2.1.1. มีภาวะผู้นำและจิตอาสา นำการเปลี่ยนแปลงจากผู้นำชุมชนที่มีความรู้ความสามารถ และมีความตระหนักถึงความจำเป็นในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยอาสาเข้ามาเป็นผู้นำในการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี จันทรสงและคณะ¹⁰ ที่พบว่า ผู้นำทางสังคมมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดำเนินการทุนทางสังคมทุกกิจกรรมทางสาธารณะ และกระตุ้นให้ประชาชนในชุมชนมีจิตสำนึกในการพึ่งพาตนเองร่วมคิดร่วมตัดสินใจร่วมทำและร่วมรับผิดชอบในชุมชนของตนเอง

2.1.2. สร้างการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นฐานสร้างการทำงานเป็นทีมเพื่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยได้เชิญผู้แทนชมรมผู้สูงอายุทุกหมู่บ้านเข้ามาร่วมเป็นกรรมการในการดำเนินงานด้วย เพื่อทำหน้าที่ในการชักชวนผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านมาเป็นนักเรียนผู้สูงอายุด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรารัตน์ พัทนะ¹¹ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้า

โรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 68.5 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและดี เนื่องจากได้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอนามัย และเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจจะได้รับการผ่อนคลายจากการพูดคุยกับเพื่อนในโรงเรียน

2.2. ระยะขยาย (Expanding) มี 3 องค์ประกอบ

2.2.1. สร้างแรงจูงใจขยายเครือข่ายผู้นำ การเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้นำกลุ่มต่างๆ ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นเครือข่ายผู้นำ ได้แก่ ผู้นำด้านสังคม ผู้นำกลุ่มอาชีพ ผู้นำด้านสุขภาพ ผู้นำด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากพบว่า ปัญหาผู้สูงอายุมีความซับซ้อนมากขึ้น ทั้งในส่วนของพยาธิสภาพของโรคและการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย ทำให้มีกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะของโรคเรื้อรังและบางส่วนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือมีภาวะพึ่งพิง และความเป็นองค์รวมของบุคคลที่ประกอบเป็นคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและ สังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมราภรณ์ ภูระยา และ ชนิษฐา นันทบุตร¹² เกี่ยวกับ ศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า สิ่งหนุนเสริมศักยภาพของชุมชนประกอบด้วย กลุ่มทางสังคม ได้แก่ แกนนำอาสาสมัครดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย กลุ่มช่วยเหลือด้านบรรเทาสาธารณภัย กลุ่มช่วยเหลือด้านอาชีพ กลุ่มช่วยเหลือด้านกองทุนสวัสดิการ

2.2.2. พัฒนาศักยภาพแกนนำเพื่อขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทุกมิติ โดยเพิ่มศักยภาพของแกนนำกลุ่มต่าง ๆ ตามความสามารถ อาทิ องค์การบริหารส่วนตำบลได้ประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนในการจัดทำแผนงาน/โครงการ เช่น การอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุจากอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีจิตอาสา จำนวน 32 คน ในการพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามหลักสูตรของกรม

อนามัย 70 ชั่วโมง และเพิ่มศักยภาพผู้นำชุมชนที่สนับสนุนพื้นที่ทำกินของตนเองเพื่อใช้เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านการจัดทำเกษตรอินทรีย์โดยประสานความร่วมมือกับศูนย์เพิ่มประสิทธิภาพการผลิตสินค้าเกษตร สอดคล้องกับการศึกษาของกมลทิพย์ ทิพย์สังวาลและคณะ¹³ เกี่ยวกับผลโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าพบว่าการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสมรรถนะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจักริ ศรีจารุเมธีญาณ และ ถนัด วุฒโน¹⁴ กล่าวว่า การพัฒนาความรู้และทักษะของผู้นำเป็นสิ่งที่ยังจำเป็นอยู่ เพราะการเสริมสร้างความรู้และพัฒนาทักษะจะทำให้ผู้นำชุมชนมีโลกทัศน์ใหม่ต่อการพัฒนางาน

2.2.3. จัดบริการในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติ มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม ทั้งกลุ่มติดสังคมในโรงเรียนผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านและติดเตียง โดยอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม 70 ชั่วโมง ด้านเศรษฐกิจ โดยกลุ่มผลิตภัณฑ์ไม้กวาดลายดอกแก้ว และกลุ่มหมวกผ้า ได้มีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ได้นำเศษวัสดุมาทำเป็นหมวกผ้า เพื่อสร้างรายได้ โดยนำมาจำหน่ายที่ศูนย์ผลิตภัณฑ์ชุมชน ด้านสภาวะแวดล้อม โดยศูนย์เพิ่มประสิทธิภาพการผลิตสินค้าเกษตร ได้เปิดพื้นที่ในการเรียนรู้กับกลุ่มเกษตรกรและผู้สูงอายุ ในการจัดทำปุ๋ยหมักชีวภาพ น้ำหมักชีวภาพ การปลูกผักปลอดสารพิษสำหรับรับประทานเอง และด้านสังคม โดยโรงเรียนผู้สูงอายุร่วมกับกองทุนสุขภาพผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเกิดธนาคารความดีในรูปแบบกิจกรรมต่างๆ ที่หนุนเสริมระบบการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้อง

กับการศึกษาของ กิตติวงศ์ สาสวด³ ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุคือสมาชิกครอบครัวเป็นบุคลากรหลักในการดูแลผู้สูงอายุรวมทั้งหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนจะต้องมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการดูแลผู้สูงอายุโดยเน้นสภาวะของผู้สูงอายุในทุกด้านคือ ด้านร่างกาย อารมณ์และจิตวิญญาณ และ สอดคล้องกับการศึกษาของเจษฎา นกน้อย และ วรรณภรณ์ บริพันธ์¹⁵ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ความสุขในการดำเนินชีวิต การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน การอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี สะดวกและปลอดภัยแก่การใช้ชีวิต

2.3 ระยะเวลาสร้างความยั่งยืน (Sustainable) มี 1 องค์ประกอบ คือ ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของชุมชนและพัฒนาแหล่งเรียนรู้เพื่อหนุนเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ได้แก่ โรงเรียนผู้สูงอายุ ศูนย์ฮอมนัก ศูนย์ผลิตภัณฑ์ชุมชน และศูนย์เรียนรู้การเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตสินค้าเกษตร แต่ละศูนย์สามารถบริหารจัดการได้ด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมระบบการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของจักรพงษ์ แพทย์หลักฟ้า และ วิรุณ ตั้งเจริญ¹⁶ ที่ศึกษา การมีส่วนร่วมของชุมชนเมืองในการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ศิลปวัฒนธรรม : กรณีศึกษาชุมชนลาดพร้าว พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนส่งผลกระทบต่อกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนทั้งด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ ของสมาชิกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้เข้าร่วมโครงการ ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ เกิดทักษะและ เจตคติ จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ดีขึ้นทำให้ระบบความสัมพันธ์ในชุมชนพัฒนาไปในทางบวกและทำให้เกิดจิตสำนึกสาธารณะในการทำงานให้ชุมชนโดยองค์กรรวมมากขึ้น

การศึกษาครั้งนี้ การดำเนินการครบทุกองค์ประกอบ 2 ระยะ สำหรับระยะที่ 3 อยู่ในช่วงการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ให้สามารถบริหารจัดการด้วยตนเองโดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้เป็นอย่างดีต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ ผู้นำชุมชนควรส่งเสริมการใช้ทุนทางสังคมในด้าน ทุนส่วนบุคคล ทุนองค์กร และทุนเครือข่าย มาดำเนินการพัฒนาศักยภาพเพื่อขับเคลื่อนในด้านอื่น ๆ เช่น คนพิการ และสร้างความยั่งยืนให้กับโรงเรียนผู้สูงอายุ ศูนย์ฮอมฮัก ศูนย์ผลิตภัณฑ์ชุมชน และศูนย์เรียนรู้การเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตสินค้าเกษตร ให้แต่ละศูนย์สามารถบริหารจัดการได้ด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาทุนทางสังคมโดยวัดผลจากคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน หลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินการในระยะ 6 เดือน และ 1 ปี

REFERENCES

1. Phayao Provincial Public Health Office, Basic Information Dong Suwan Subdistrict Dok Khamtai District, Phayao Province; **Information System**. 2018.[Online] Website : <http://www.pyomoph.go.th/index.php> (In Thai)
2. Intria, M. Social Capital. **Narkbhutparitat Journal**. 2017;9(2):14-25. (In Thai)
3. Sasuad, K. Factors Affecting the Quality of Life of the Elderly in the Eastern Province.

NRRU. **Community Research Journal**. 2017;11(2):21-38. (In Thai)

4. Klinsuwan, P. Correlation between Social Capitals, Cultural Capitals and Healthy Aging Promotion. **Liberal Arts Review**. 2018;13(25):1-12. (In Thai)

5. Tarkulwaranont, P.(2014). **Social Processes for Thai Ageing Society**. [Online] Website : <https://socanth.tu.ac.th/wp-content/uploads/2014/06/pornchai-2014.pdf>

6. Chamnankij, B. The Application of Social Capital Against Management of Natural Resources: A Case Study of Banhoaisaphan-samakkhi Community Forestry, Nongrong Subdistrict, Phanomthuan District, Kanchanaburi Province. **Academic Services Journal**, Prince of Songkla University 2014;25(2):24-36. (In Thai)

7. Cohen, J.M. & Uphoff, N.T. **Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation**. Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University; 1981.
8. World Health Organization. **International Classification of Functioning, Disability, and Health**. Geneva; 2001.

9. Cohen, J.M. & Uphoff, N.T. **Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation**. Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University; 1981.
10. Chunsong, S et al. The Development of Social Capital to Establish a Strong Community. VRU Research and Development. **Journal Humanities and Social Science**. 2015;10(3):273-283. (In Thai)

11. Pattana, P. **Quality of Life among those Attended Elderly School, Saraburi Province.** An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of Master of Public Health, Faculty of Public Health Thammasat University;2017. (In Thai)
12. Puraya, A & Nuntaboot, K. Community Capacity in Elderly Care. **Journal of Nursing and Health Care.** 2019;37(1) :22-31. (In Thai)
13. Thipsungwan, K., Sribenchamas, N and Lamluk, P. Effects of the Development Competency Program of Volunteer for Taking Care of the Elderly in Community Humanities and Social Sciences. **Journal of Pibulsongkram Rajabhat University.** 2018;12(1):275-291. (In Thai)
14. Sricharumedhiyan, C & Vaddhano, T. Leadership and Community Development. **Journal of MCU Peace Studies.** 2017; Special Issues, 6(2):527-538.(In Thai)
15. Noknoi, C & Boripunt, W.The Quality of Life of Elders in Songkhla Province. **Princess of Naradhiwas University Journal.** 2017; 9(3):94-105.(In Thai)
16. Phaetlakfa, C., et al. Participation of Urban Community in Developing Arts and Culture Learning Center : Case Study, Lad Prao Community. **Culture and Arts Journal Srinakharinwirot University.** 2013;14(2):1-23. (In Thai)

ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษา เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารระดับต้น ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง

Effect of the Knowledge Management Program on First-Line Nurse Managers' Breastfeeding Counseling Behavior at a Tertiary Hospital.

ปทุมปวีร์ กิตติกุล* เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย** พัชราภรณ์ อารีรัมย์***

Punpawee Kittikul* Phechnoy Singchungchai** Patcharaporn Aree***

บทคัดย่อ

Received : 16/7/64

Revised : 22/7/64

Accepted : 29/9/64

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาแบบก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยกึ่งทดลองศึกษาแบบก่อนและหลังการทดลอง 2 กลุ่ม ประชากรคือผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมช่วยคำนวณขนาดตัวอย่างได้จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการความรู้ด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดระดับพฤติกรรมการให้คำปรึกษา เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน นำมาหาค่าหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.86 และหาความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งหมดที่ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติที่ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน และกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน

*นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการแพทย์

**ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

* Master of Nursing Students Nursing Administration Program

**Professor Faculty of Nursing Christian university

*** Associate professor Faculty of Nursing Christian university

ผลการศึกษา พบว่า ผลการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนใช้โปรแกรมการจัดการความรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > .05$ และพบว่าหลังใช้โปรแกรมการจัดการความรู้ มีระดับพฤติกรรมการให้คำปรึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ และเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นของกลุ่มทดลองก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการจัดการความรู้ พบว่า มีระดับพฤติกรรมการให้คำปรึกษาหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

สรุปผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นได้และผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นควรมีการจัดการเรียนรู้เรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พฤติกรรมการให้คำปรึกษา โปรแกรมการจัดการความรู้

Abstract

This research was a quasi-experimental study with both pre- and post-experiment. The objective of this study was to study the effect of a knowledge management program on first-line nurse managers' breastfeeding counseling behavior at a tertiary hospital. The sample group consisted of 70 first-line nurse managers working in breastfeeding-related departments. The G*Power program was used to calculate the sample size. The samples were divided into experimental and control groups, each separated into groups of 35. The research tool was the breastfeeding knowledge management program, general questionnaires, and scale-counseling behavior forms. The research tool was examined for content validity by five experts. The content validity index was at 0.86. Cronbach's alpha coefficient was at 0.96. Data were analyzed using descriptive and statistical paired t-tests and independent t-tests.

As for the results of the study on first-line nurse managers' breastfeeding counseling behavior in both pre- and post-experiment, it was found that comparing the level of first-line nurse managers' breastfeeding counseling behavior between the experimental and control groups, it was found that after using the knowledge management program, first-line nurse managers had a statistically significant difference in counseling behavior scores ($p > .05$). Additionally, compared with pre- and post-usage of the knowledge management program, it was found that the mean scores of post-experimental counseling behaviors were significantly different ($p < .05$) and higher than the pre-experimental one.

The findings indicated that the developed breastfeeding knowledge management program can be positively used to improve breastfeeding counseling behaviors on First-Line Nurse Managers so that first-line nurse managers should have to learn about this continuously.

Keywords: Breastfeeding, Counseling Behavior, Knowledge Management Program

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการสำรวจของยูนิเซฟ ในปี พ.ศ. 2557 พบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วงอายุ 0-5 เดือนของโลกอยู่ที่ร้อยละ 38 ปัจจุบันอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังคงมีอัตราที่ต่ำในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย¹ ผลสำรวจของยูนิเซฟในปี พ.ศ.2559 ในประเทศไทยพบว่าทารกช่วงอายุ 0-5 เดือนกินนมแม่เพียงอย่างเดียวร้อยละ 23.1² สำหรับโรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดนครปฐมได้มีนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามกระบวนการคุณภาพตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด การเลี้ยงดูบุตรในช่วงอายุ 0-5 ปีพบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในปี พ.ศ. 2562 อยู่ที่ร้อยละ 37.34 ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลก ยูนิเซฟ และกรมอนามัยตั้งไว้ที่ร้อยละ 50 สาเหตุของระดับอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ได้ตามเป้าหมายเป็นประเด็นเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำที่ไม่สอดคล้องกันของบุคลากรทางการแพทย์³ ทำให้แม่ตัดสินใจหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เร็วขึ้นหรือตัดสินใจไม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำเป็นต้องดำเนินการอย่างจริงจังในการส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ประสบความสำเร็จ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนที่ ต้องให้คำปรึกษาที่ถูกต้องมีประสิทธิภาพอย่างเป็นระบบโดยพยาบาลวิชาชีพ ผู้ดูแลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ให้การพยาบาลให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโดยตรง⁴ ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นทั้งหัวหน้าเวรหรือหัวหน้าทีมเป็นผู้ใกล้ชิดกับพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ต้องให้คำปรึกษาแก่มารดาเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำเป็นต้องใช้กระบวนการจัดการความรู้เข้ามาประยุกต์ใช้ให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการบรรลุเป้าหมายของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้

เพิ่มมากขึ้นกับกลุ่มผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น กระบวนการให้คำปรึกษาจึงเป็นการช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจถึงปัญหาและรับรู้ศักยภาพที่แท้จริงของตนเอง และเรียนรู้ที่จะจัดการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง⁵ ตามแนวคิดการให้คำปรึกษาของคอเรย์ (Corey)⁶ ได้สรุปกระบวนการการให้คำปรึกษาไว้ว่าเป็นขั้นตอนและวิธีการที่เป็นลำดับก่อนและหลัง เริ่มจากการกำหนดเป้าหมาย การใช้เทคนิคในการให้คำปรึกษาอย่างเหมาะสมและการประเมินผลการให้คำปรึกษา ดังนั้นการให้คำปรึกษาจึงเป็นสิ่งที่ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นควรเรียนรู้จนเกิดเป็นเทคนิคในการให้ความช่วยเหลือพยาบาลให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจถึงปัญหาอย่างแท้จริงและสามารถมีแนวทางการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง⁷

กระบวนการจัดการความรู้ (knowledge management) เป็นการเรียนรู้จากการปฏิบัติ เป็นกระบวนการที่สำคัญในการสร้างองค์ความรู้ตามแนวคิดของบอนนี่ รูเบนสแตइन-มอนทานโน (Bonnie Rubenstaein-Montano)⁸ ที่สรุปว่ากระบวนการจัดการความรู้เป็นการใช้หลักการคิดเชิงระบบ (System Thinking) ผสมผสานระหว่างการวิเคราะห์ ข้อมูลแบบวิจิตร (Descriptive) และการวิเคราะห์แบบแนะนำ (Prescriptive) เข้าด้วยกัน มีองค์ประกอบ 7 ขั้นตอน ดังนี้ (1) การระบุนิยามที่สัมพันธ์กับประเด็นปัญหา (2) การสร้างความรู้จากแหล่งความรู้ต่างๆ (3) การเก็บสะสมความรู้ การค้นพบความรู้ใหม่ (4) ประมวลความรู้ (Knowledge codification) (5) การรวบรวมจัดเก็บความรู้ให้เป็นระบบ (6) การเผยแพร่ (Knowledge transfer) และ (7) การประยุกต์ใช้ความรู้ (Knowledge application) ซึ่งกระบวนการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอนดังกล่าวสามารถเพิ่มสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้บริหารทางการแพทย์ได้ในระดับที่สูงขึ้น (แสงสม เพิ่มพูล, 2556)⁹

ดังนั้นการศึกษานี้ได้ตระหนักถึงความสำคัญที่จะสร้างโปรแกรมการจัดการความรู้ในการเพิ่มพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้มากขึ้นและจากทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ายังขาดการวิจัยในส่วนของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และยังขาดการพัฒนาโปรแกรมที่จะให้ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นมีพฤติกรรมการให้คำปรึกษาแก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนั้นการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงเป็นเรื่องใหม่ที่ให้นำมาขยายความรู้ด้วยการวิจัยในบริบทของโรงพยาบาลของรัฐ โดยสร้างโปรแกรมการจัดการความรู้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอนของบอนนี่ รูเบนสเตน-มอนทานโน (Bonnie Rubenstaein-Montano)⁸ สำหรับผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นในการส่งเสริมพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามแนวคิดของคอเรย์ (Corey)⁶

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นมีพฤติกรรมการให้คำปรึกษาหลังเข้าโปรแกรมการจัดการความรู้เพิ่มสูงขึ้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้
2. ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการ

เลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความรู้

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำแนวคิดการจัดการความรู้ของบอนนี่ รูเบนสเตน มอนทานโน (Bonnie Rubenstaein-Montano)⁸ ที่ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) วิเคราะห์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2) จัดทำคู่มือและจัดระบบการเรียนรู้สำหรับกลุ่มทดลอง 3) จัดอบรม 4) ประเมินความรู้ผ่านแบบทดสอบความรู้ 5) รวบรวมจัดเก็บความรู้ 6) จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้/เรียนรู้ระหว่างผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นเฉพาะกลุ่ม (Focus group) และ 7) ถอดบทเรียนจากกลุ่มเรื่องการให้คำปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มาใช้จัดทำโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นที่ให้คำปรึกษาแก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยตรง ตามแนวคิดของคอเรย์ (Corey, 2004)⁶ ที่ระบุว่ากระบวนการการให้คำปรึกษามี 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การกำหนดเป้าหมายของการให้คำปรึกษา 2) การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้รับคำปรึกษา 3) การวินิจฉัยปัญหา ทำการสรุปปัญหาสาเหตุและส่วนขาดด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 4) การให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจถึงปัญหาและรับรู้ศักยภาพที่แท้จริงของตนเอง และ 5) การติดตามประเมินผลประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษา ดังแผนภาพ 1

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการจัดการความรู้ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

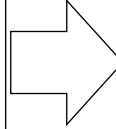
- 1) ประเมินส่วนขาดของความรู้และรวบรวมความรู้ที่ต้องการ
- 2) ผ่านช่องทางการเรียนรู้ที่กำหนดไว้คือสื่อโซเชียล และคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น
- 3) เรียนรู้เพิ่มเติมที่ศูนย์การเรียนรู้นมแม่
- 4) ประเมินผลการเรียนรู้ผ่านแบบทดสอบความรู้
- 5) จัดทำที่จัดเก็บความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น
- 6) จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้/เรียนรู้ระหว่างผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นเฉพาะกลุ่ม (Focus group)
- 7) ถอดบทเรียนการให้คำปรึกษาเรื่อง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Bonnie Rubenstaein -Montano, 2004)

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น

1. ด้านการกำหนดวัตถุประสงค์
2. ด้านการรวบรวมข้อมูล
3. ด้านการวิเคราะห์ปัญหา/สาเหตุ
4. ด้านการปฏิบัติการให้คำปรึกษา
5. ด้านการประเมินผล

(Corey, 2004)



แผนภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

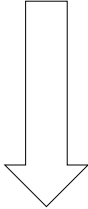
การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบก่อนและหลังการทดลอง (Pretest- posttest two group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ งานฝากครรภ์ ห้องคลอด หอผู้ป่วยสูติกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ และหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยให้หัวหน้าหน่วยงานจับฉลากคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคำนวณ กำหนดอำนาจการทดสอบ (β) .95 ค่าความเชื่อมั่น (α) .05 และค่าอิทธิพล (effect size) .90 โดยใช้งานวิจัยที่คล้ายคลึงกันเรื่องผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ตามหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต (จุฑามาศ เทียนสอาด, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ และชาครีย์ กิติ

ยากร, 2561)¹⁰ รวมใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 คน **เกณฑ์การคัดเลือก** คือ สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโครงการ **เกณฑ์การคัดออก** คือ อยู่ระหว่างการพักร้อนหรือลาอบรมหรือลาป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 2 ชุด ดังนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โปรแกรมการจัดการความรู้ตามแนวคิดของบอนนี่ รูเบนสแตน-มอนทานาโน (Bonnie Rubenstaein-Montano)⁸ โดยผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นในกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ที่ดำเนินการรวม 5 สัปดาห์ ตามแผนภาพ 2

	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
ก่อนเริ่ม โปรแกรม/ โครงการ	ประเมินระดับพฤติกรรมกาให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น	ประเมินระดับพฤติกรรมกาให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น
สัปดาห์ที่ 1	1. กำหนดความรู้ที่ต้องการ : สอบถามแบบปลายเปิดและแบบทดสอบความรู้ เพื่อจัดทำเป็นคู่มือการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2. จัดอบรมให้ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นกลุ่มทดลองจำนวน 12 ชั่วโมงโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	 การส่งเสริมการปฏิบัติงานด้าน การให้คำปรึกษานมแม่
สัปดาห์ที่ 2-5	กำหนดช่องทางการเรียนรู้ด้วยการใช้สื่อโซเชียล ดังนี้ 1. นำคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นมาสร้างเป็น QR Code เพื่อให้เข้ามาศึกษาโดยง่ายระหว่างการทำงาน 2. ศูนย์การเรียนรู้ที่จัดไว้ให้สำหรับกลุ่มตัวอย่างเข้ามาใช้แลกเปลี่ยนความรู้ 3. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เฉพาะกลุ่ม (Focus group) ผ่านการใช้สื่อโซเชียลด้วยไลน์กลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กำหนดให้เข้ากลุ่มสัปดาห์ละครั้งรวม 3 ครั้ง 4. ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นประเมินตนเองทั้งก่อนระหว่าง และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ทำแบบทดสอบความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 5. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมบทเรียนจากโปรแกรมการจัดการความรู้ด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6. ถอดบทเรียนการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สรุปเป็นแนวทางปฏิบัติการให้คำปรึกษาพยาบาลระดับปฏิบัติการในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	
สิ้นสุดโปรแกรม/ โครงการ	ประเมินระดับพฤติกรรมกาให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นกลุ่มทดลอง หลังการใช้โปรแกรม	

แผนภาพ 2 ขั้นตอนการดำเนินการทดลองในโปรแกรมการจัดการความรู้การให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

2. แบบสอบถามคะแนนพฤติกรรมกาให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองตามแนวคิดของโคเรย์ (Corey, 2004)⁶ รวม 21 ข้อ เป็นแบบสอบถามปลายเปิดแบบประมาณค่า 5 ระดับของไลเคิร์ต (Likert's five rating scale) ซึ่งมีความหมายของคะแนนพฤติกรรมกาให้คำปรึกษาคะแนน 1 หมายถึงน้อยที่สุด คะแนน 2 หมายถึงน้อย คะแนน 3 หมายถึงปานกลาง คะแนน 4 หมายถึงมาก และ

คะแนน 5 หมายถึงมากที่สุด พร้อมกำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนพฤติกรรมกาให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น มี 5 ระดับ (สมถวิล วิจิตรวรรณ, 2556) ดังนี้ ช่วงคะแนน 4.51-5.00 หมายถึงคะแนนพฤติกรรมกาให้คำปรึกษามากที่สุด ช่วงคะแนน 3.51-4.50 หมายถึงคะแนนพฤติกรรมกาให้คำปรึกษามาก ช่วงคะแนน 2.51-3.50 หมายถึงคะแนนพฤติกรรมกาให้คำปรึกษาปานกลาง ช่วงคะแนน 1.51-2.50 หมายถึงคะแนนพฤติกรรมกาให้คำปรึกษาน้อย และ ช่วงคะแนน 1.00-1.50 หมายถึงคะแนนพฤติกรรมกาให้คำปรึกษาน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามคะแนนพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบและพิจารณาความครอบคลุมความสอดคล้องความถูกต้องของแบบสอบถาม ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ พร้อมนำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.86 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) กับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ชุด ผลการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยค่าคอนบาคอัลฟาในแต่ละส่วนของแบบสอบถามได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามคะแนนพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น 5 ด้าน ดังนี้ 0.79, 0.73, 0.83, 0.92, 0.84 และภาพรวมทั้งฉบับที่ 0.95 โดยค่า Cronbach alpha ที่ได้มีค่ายอมรับได้ (0.7 – 0.9) (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการหลังได้รับหนังสือรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดนครปฐม กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการจัดการความรู้การให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นให้กับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนเริ่มโปรแกรมการจัดการความรู้ ทำแบบสอบถามคะแนนพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น 5 ด้าน ใช้เวลา 15 นาที (Pretest)

2. กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ตามขั้นตอนการดำเนินการทดลองในโปรแกรมการจัดการความรู้การให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นตลอด 5 สัปดาห์ตามแผนภาพ 2

3. เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการความรู้ กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามคะแนนพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น 5 ด้าน ใช้เวลา 15 นาที (Post test) และกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามคะแนนพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น 5 ด้าน ใช้เวลา 15 นาที (Post test) หลังสิ้นสุดโครงการ

4. ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลและให้ข้อมูลทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยตนเอง รวบรวมแบบสอบถาม กล่าวขอบคุณและปิดการเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับอายุ เพศ อายุงาน ระดับการศึกษา หน่วยงานหลัก ตำแหน่งงาน ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์ด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการงานอนามัยนมแม่ ด้วยสถิติบรรยาย เช่น การแจกแจงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-Square Test, ใช้ Independent t-test เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม, และ Paired t-test เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมของกลุ่มทดลอง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติวิจัยผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยคริสเตียนรับรองเมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2563 หมายเลข น.13/2563 และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดนครปฐม รับรองเมื่อ

วันที่ 23 มีนาคม 2564 หมายเลข COA No. 008/2021 และผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และการปกป้องการเข้าถึงข้อมูลวิจัยโดยใช้การแทนค่ารหัส ซึ่งผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้ กรณีตีพิมพ์ผลการวิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมโดยใช้เหตุผลทางวิชาการเท่านั้น ผู้วิจัยจะทำลายเอกสารวิจัยภายใน 2 ปีหลังจากสิ้นสุดโครงการ เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยให้ลงชื่อในหนังสือยินยอม

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยนี้ ได้นำเสนอผลการวิจัยเป็น 2 ส่วน คือข้อมูลส่วนบุคคล และผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลจำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน โดยทั้งหมดเป็นเพศหญิงและสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี และข้อมูลอื่นๆ สรุปได้ดังนี้

พบว่ากลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 32.50 ปี โดยหน่วยงานหลัก ได้แก่ หน่วยงานห้องคลอดร้อยละ 28.57 และหน่วยบริบาลทารกแรกเกิดร้อยละ 28.57 มากที่สุด ตำแหน่งงานเป็นหัวหน้าทีมร้อยละ 62.86 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในตำแหน่งงานในปัจจุบันเฉลี่ย 11.50 ปี มากที่สุด 5-10 ปี ร้อยละ 51.42 เคยเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร้อยละ 71.43 ไม่เคยอบรมร้อยละ 28.57 เคยเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวกับการจัดการความรู้มนมแม่ร้อยละ 57.14 ไม่เคยร้อยละ 42.86 ได้เข้าร่วมเป็น

คณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กร้อยละ 11.43 และไม่ได้เข้าร่วมร้อยละ 88.57

ส่วนกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 33.50 ปี โดยหน่วยงานหลัก ได้แก่ หน่วยบริบาลทารกแรกเกิดร้อยละ 51.42 มากที่สุด ตำแหน่งงานเป็นหัวหน้าทีมมากที่สุดร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในตำแหน่งงานในปัจจุบันเฉลี่ย 9.90 ปี มากที่สุด 5-10 ปี ร้อยละ 74.29 เคยเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร้อยละ 51.43 ไม่เคยอบรมร้อยละ 48.57 เคยเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวกับการจัดการความรู้มนมแม่ร้อยละ 20.00 ไม่เคยร้อยละ 80.00 ได้เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กร้อยละ 25.71 และไม่ได้เข้าร่วมร้อยละ 74.29

จากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกันด้วยการทดสอบด้วยค่าสถิติไคร้สแคว (Chi-square) ในหัวข้ออายุ หน่วยงานหลัก ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ประสบการณ์การทำงานที่ $P\text{-value} < .5$

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมทำให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ได้นำเสนอผลการวิจัยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.1 ผลการวิจัยก่อนการใช้โปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตาราง 1 หลังนำมาทดสอบทางสถิติใช้ Independent t-test พบว่า คะแนนพฤติกรรมทำให้คำปรึกษาของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ตาราง 1 แสดงผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ก่อนการใช้โปรแกรมการจัดการความรู้ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 70) โดยรวม

พฤติกรรมการให้คำปรึกษา	กลุ่มทดลอง (n1=35)			กลุ่มควบคุม (n2=35)			t	p-value
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล		
ด้านการกำหนดวัตถุประสงค์	2.96	0.88	ปานกลาง	2.57	0.69	ปานกลาง	1.406	.203 ^{ns}
ด้านการรวบรวมข้อมูล	3.16	0.78	ปานกลาง	2.55	0.72	ปานกลาง	.129	.900 ^{ns}
ด้านการวิเคราะห์ปัญหา/สาเหตุ	2.78	0.85	ปานกลาง	2.70	0.81	ปานกลาง	-.193	.849 ^{ns}
ด้านการปฏิบัติการให้คำปรึกษา	2.96	0.81	ปานกลาง	2.81	0.82	ปานกลาง	-.602	.573 ^{ns}
ด้านการประเมินผล	2.77	0.80	ปานกลาง	2.77	0.80	ปานกลาง	-.423	.681 ^{ns}
โดยรวม	2.94	0.83	ปานกลาง	2.70	0.77	ปานกลาง	-.552	.638 ^{ns}

^{ns}p > .05

2.2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรม การให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นหลังการใช้โปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงใน

ตาราง 2 พบว่าเมื่อนำมาทดสอบทางสถิติใช้ Independent t-test กลุ่มทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่ม ควบคุม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < .05$)

ตาราง 2 แสดงผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น หลังการใช้โปรแกรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=70) จำแนกตามรายด้านและโดยรวม

พฤติกรรมการให้คำปรึกษา	กลุ่มทดลอง (n1 = 35)			กลุ่มควบคุม (n2 = 35)			t	p-value
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล		
ด้านการกำหนดวัตถุประสงค์	3.73	0.66	มาก	2.61	0.65	ปานกลาง	1.184	.004*
ด้านการรวบรวมข้อมูล	3.70	0.66	มาก	2.58	0.67	ปานกลาง	1.852	.002*
ด้านการวิเคราะห์ปัญหา/สาเหตุ	3.68	0.69	มาก	2.70	0.81	ปานกลาง	6.641	.001*
ด้านการปฏิบัติการให้คำปรึกษา	3.62	0.59	มาก	2.82	0.81	ปานกลาง	5.471	.001*
ด้านการประเมินผล	3.53	0.61	มาก	2.79	0.77	ปานกลาง	7.130	.001*
โดยรวม	3.65	0.63	มาก	2.72	0.75	ปานกลาง	6.829	.001*

*p < .05

2.3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นของ กลุ่มทดลอง ดังแสดงในตาราง 3 ทดสอบความ

แตกต่างด้วย Pair t-test พบว่าคะแนนพฤติกรรม การให้คำปรึกษาของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วม โปรแกรมการจัดการความรู้เพิ่มสูงมากขึ้นกว่าก่อน การใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตาราง 3 แสดงผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมกาให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการจัดการความรู้ของกลุ่มทดลอง (n=35)

พฤติกรรมกาให้คำปรึกษา	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล		
ด้านการกำหนดวัตถุประสงค์	2.96	0.88	ปานกลาง	3.73	0.66	มาก	-5.657	.001*
ด้านการรวบรวมข้อมูล	3.16	0.78	ปานกลาง	3.70	0.66	มาก	-4.406	.001*
ด้านการวิเคราะห์ปัญหา/สาเหตุ	2.78	0.85	ปานกลาง	3.68	0.69	มาก	-6.280	.001*
ด้านการปฏิบัติการให้คำปรึกษา	2.96	0.81	ปานกลาง	3.62	0.59	มาก	-5.481	.001*
ด้านการประเมินผล	2.77	0.80	ปานกลาง	3.53	0.61	มาก	-6.064	.001*
โดยรวม	2.94	0.83	ปานกลาง	3.65	0.63	มาก	-6.812	.001*

*p < .05

การอภิปรายผล

สมมติฐานที่ 1 ผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมกาให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกาให้คำปรึกษา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของโปรแกรมกาให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน พบว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้ารับการทดลองด้วยโปรแกรมกาให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนเข้ารับการทดลองไม่แตกต่างกัน นั่นคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่แตกต่างกัน¹¹ และผลการศึกษาการบริหารทรัพยากรมนุษย์ที่มีประสิทธิผลของโรงพยาบาลเอกชน พบว่าการฝึกอบรมและพัฒนาความรู้มีส่วนสำคัญช่วยทำให้การ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้มีประสิทธิภาพทำให้โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยนั้นมีโอกาสได้เปรียบในการแข่งขัน¹²

คะแนนพฤติกรรมกาให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกาให้คำปรึกษา หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงมากกว่ากลุ่มควบคุม อภิปรายได้ว่าการใช้แนวความคิดจัดการความรู้นำมาจัดทำโปรแกรมการจัดการความรู้ให้กับผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น สามารถช่วยให้พฤติกรรมกาให้คำปรึกษาเพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาชุดฝึกอบรมสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับสมรรถนะของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นหลังการทดลองใช้ชุดฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการทดลอง¹³ และการศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร¹⁴ พบว่าพยาบาลกลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรมีความสามารถปฏิบัติในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรสูงกว่ากลุ่มควบคุม สำหรับการศึกษานี้ในต่างประเทศโปรแกรมการเตรียม

ความพร้อมสำหรับผู้จัดการพยาบาลหรือผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นนั้นมีความสำคัญและจำเป็นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพขององค์กรและความเชื่อมั่น ความสามารถที่จะก้าวสู่ตำแหน่งผู้บริหารการพยาบาลที่สนับสนุนให้มีการเตรียมภาวะผู้นำทางการพยาบาลตั้งการศึกษาของแฮนนอน (Hannon)¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาผลของรูปแบบการจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนและปรับปรุงการให้คำปรึกษาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของบริษัทเอกชน พบว่าบุคลากรภายในองค์กรสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้ด้วยตนเองอย่างเป็นระบบมากขึ้นหลังมีการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ที่พัฒนาขึ้น¹⁶ สอดคล้องกับกระบวนการจัดการความรู้ในการศึกษานี้ที่ใช้รูปแบบการจัดการความรู้ที่ประกอบไปด้วย 1) การค้นหาความรู้เพื่อกำหนดองค์ความรู้ที่ต้องการ 2) การแบ่งปันความรู้ 3) การจัดเก็บความรู้ 4) การนำความรู้ไปใช้ 5) การประยุกต์ใช้ความรู้

สมมติฐานที่ 2 ผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นก่อนการใช้โปรแกรมในระดับมากทุกด้าน อภิปรายได้ว่าการส่งเสริมให้ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นมีพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเพิ่มมากขึ้นนั้นจำเป็นต้องอาศัยโปรแกรมการจัดการความรู้ตามแนวคิดของบอนนี รูเบนสเตอินมอนทานโน มาใช้เป็นกรอบในการจัดทำโปรแกรมการจัดการความรู้สำหรับผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นในด้านการให้คำปรึกษา ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาองค์ประกอบของสมรรถนะการให้คำปรึกษาของสมาคมผู้เชี่ยวชาญด้านกลุ่ม (The association for specialists in group work) ที่ได้กำหนดแนวทางในการพัฒนาผู้ให้คำปรึกษาให้มีสมรรถนะการให้คำปรึกษากลุ่ม ประกอบด้วยด้านการกำหนดวัตถุประสงค์ ด้านการรวบรวมข้อมูลในการให้คำปรึกษาที่รวมความรู้ด้านทฤษฎี และกระบวนการให้คำปรึกษา ทักษะในการช่วยเหลือและ

การมีเจตคติที่ดีของผู้นำกลุ่มที่มีต่อการให้คำปรึกษา¹⁷ ซึ่งมีองค์ประกอบบางส่วนที่มีความใกล้เคียงกับการศึกษาในครั้งนี้

พฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นหลังการใช้โปรแกรมการจัดการความรู้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำกระบวนการจัดการความรู้ของบอนนี รูเบนสเตอินมอนทานโน (Bonnie Rubenstaein-Montano)⁸ มาจัดทำโปรแกรมการจัดการความรู้สำหรับผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ในด้านการให้คำปรึกษาตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นของโคเรย์ (Corey)⁶ ซึ่งช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีความมั่นใจและนำไปสู่การแสดงบทบาททางการพยาบาลที่ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยผู้รับคำปรึกษาสามารถ (1) ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่แม่และครอบครัวเพื่อประกอบการตัดสินใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (2) ให้ความรู้ คำปรึกษา และสนับสนุนเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้แก่แม่และครอบครัว (3) ให้ความช่วยเหลือแม่ให้ประสบความสำเร็จในการให้นมลูกตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ยาวนาน รวมทั้งการแก้ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับการศึกษาการศึกษาของคาเรน, บุนุก, แคทเทอร์ลิน, ไมเคิล¹⁸ พบว่าผลการให้คำปรึกษาสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการให้นมบุตรหลังคลอดก่อนคลอดต่อการดูแลสุขภาพทารกคลอดก่อนกำหนด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารการพยาบาลควรบรรจุโปรแกรมการจัดการความรู้ไว้ในแผนและกำหนดเป็นนโยบายการพัฒนาผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ให้ครอบคลุมทุกคนทั้งในรูปแบบการอบรม คู่มือ เวที แลกเปลี่ยนความรู้ที่หลากหลายช่องทางให้ได้ต่อเนื่อง

ต่อไป เนื่องจากการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขึ้นเป็นความรู้เฉพาะและลึกซึ้ง

2. ด้านวิชาการ การวิจัยในรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความรู้นี้ยังมีน้อยหน่วยงานจำเป็นต้องให้ทุนสนับสนุนด้านการจัดการความรู้ให้มากขึ้น เนื่องจากผลการวิจัยนี้ มีความชัดเจนว่าโปรแกรมการจัดการความรู้มีผลต่อคะแนนพฤติกรรมการให้คำปรึกษาของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น เพิ่มมากขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยเชิงปริมาณเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการจัดการความรู้ขององค์กร เพื่อจะได้ทราบตัวแปรที่ทำนายระดับสมรรถนะของผู้บริหารการพยาบาลด้านการให้คำปรึกษา

2. ควรพัฒนาเครื่องมือที่ศึกษาองค์ประกอบของกระบวนการจัดการความรู้ตามบริบทองค์กรเพื่อการวิเคราะห์ปัจจัย (Factor Analysis) ที่มีผลต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาของผู้บริหารการพยาบาล นอกเหนือจากกลุ่มที่ปฏิบัติงานด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. ควรพัฒนาโปรแกรมการจัดการความรู้ที่มุ่งส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) ของผู้บริหารการพยาบาลด้านการให้คำปรึกษาแก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

REFERENCES

1. Jiraphaet, K, Common problems in infants. Documents for the workshop on Advanced course in breastfeeding: Common problems in breastfed infants, February 6, 2019 at Charoen Thani Hotel, Khon Kaen. 2019 [In Thai].
2. Unicef, Breastfeeding: A Key to Sustainable Development. [Internet]. March 2016, [cited 2016] Available from: <http://www.worldbreastfeedingweek.org/pdf/BreastfeedingandSDGsMessaging%20WBW2016%20Summary.pdf>.

3. Wichitsukon, K. Development of a model for promoting breastfeeding among teachers, Faculty of Nursing, Chiang Mai University and nurses at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Nurse Message, 41, (Special Edition), pp. 2014 [In Thai].
4. Wongphinit U. Nurse's role in promoting exclusive breastfeeding at hospital discharge. The Thai Red Cross Nursing Journal. 2558; 8(1): 24-33 [In Thai].
5. Nursing Division, Ministry of Public Health, Roles and duties of registered nurses according to their work practice. Publisher: Tawan Media. 2018. [In Thai].
6. Corey, G. Theory and Practice of Group Counseling (5thed.). California: Thomson Brook/Cole Inc. 2004.
7. Chaleoykitti S., Keskomon T., Health Counseling: Development of Quality of Care. Journal of The Police Nurse. 2558; 7(1): 255-262 [In Thai].
8. Bonnie, R. M., A systems thinking framework for knowledge management. Georgetown: University Press; 2004.
9. Permpool S., Knowledge Management in the Development of the Practice Competency of Nursing Supervisors at a the Tertiary Level Hospital in Prachinburi Province. [dissertation]. Bangkok: Christian University of Thailand; 2013 [In Thai].
10. Tiansarrd J., Kanogsunthorntrat N., Kitiyakara C., Effects of Counseling and Educational Program based on Motivational Interviewing on Health Behaviors and Clinical Outcomes in Patient with Pre-dialysis Chronic Kidney Disease. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice. 2018; 5(2): 19-38 [In Thai].
11. Punjuy R., Lueboonthavatchai, O., Thato R., The Effect of Group Counseling Program on Coping Ability of Caregivers of Schizophrenic Patients in Community. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2557; 28(3): 117-129 [In Thai].
12. Srithammanit T., Effective Human Resource Management of Private Hospital. [dissertation]. Bangkok: Thammasat University; 2016 [In Thai].
13. Tannukit P., Charanasomboon S., The Development of Competency Training Program for Hospitals First- Line Managers under the Jurisdiction

of the Medical Service Department, Bangkok Metropolis Administration. Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital. 2016; 12(2): 16-26 [In Thai].

14. Charoenboon W., Ujaratana P. Suwankot. K., The Effects of Readiness Preparation for Being Charge Nurses at a Tertiary Level Hospital in the Department of Medical Services under the Ministry of Public Health. Journal of Nakhonratchasima College. 2016; 10 (2): 111-124 [In Thai].

15. Hannon, P. Succession planning: Developing the next generation of nurse leaders. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy in The

Graduate School of Texas Woman's University. College of Nursing. 2014.

16. Jaowattana Y., Knowledge Management Model for Support and Improve Consulting Services in Information and Communication Technology for private organization. [dissertation]. Bangkok: Sripatum University; 2011. [In Thai].

17. Trozter, J. P. The counselor and the group: Integrating theory, training, and practice. California: Wadsworth; 1977.

18. Karen A, Katherine F, Michelle T. Effects of a randomized counselor trial on the enhancement of prenatal lactation on infant health care. MPH et al. 2006.

ภาวะสุขภาพและการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ต้องการ การดูแลที่บ้านในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม*

Health Status and Self Management among Elderly People Who Need Home Care Service*

สุรชาติ สิทธิปกรณ์** สุรพันธ์ สืบเนียม** สมจิต แดนสีแก้ว***
อุไร จำปาหวาด**** จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล****
Surachart Sittipakorn** Surapan Seubniam** Somjit Daenseekaew***
Urai Jumpawadee**** Jaruwan Kownklai****

Received : 8/7/64
Revised : 22/7/64
Accepted : 30/9/64

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม พ.ศ.2564 จากผู้สูงอายุที่ป่วย หรือพิการ 42 คน และ ผู้ดูแลในครอบครัว 42 คน

ผลการศึกษา พบว่า 1. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มี 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุติดเตียง 25 คน จากการป่วยด้วยโรคเส้นเลือดสมองตีบ ร่วมกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรัง 2) ผู้สูงอายุติดบ้าน 13 คน จากการหกล้ม สะโพกและกระดูกสันหลังเคลื่อน เดินไม่ได้จึงมีการนั่งถัดเคลื่อนตัวในบ้าน 3) ผู้สูงอายุพิการ ตาบอดจึงอยู่ติดบ้าน 4 คน 2. การจัดการสุขภาพตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุทุกคนมีการจัดการสุขภาพไม่เหมาะสม ได้แก่ 1) ไม่พบแพทย์ เนื่องจากเดินทางลำบาก ญาติชื้อยามาให้รับประทาน 2) ปรับสภาพบ้านตามกำลังทรัพย์ โดยนอนอยู่ที่โล่งใต้ถุนบ้าน บนเตียงที่ทำเอง ใกล้เคียงน้ำเพื่อความสะดวกในการใช้น้ำ 3) รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ไม่ได้จำกัดอาหารตามการป่วย 4) ไม่ออกกำลังกายเนื่องจากลำบากผู้ดูแล 5) นอนไม่หลับสนิท ต้องใช้ยานอนหลับช่วยให้หลับ 6) บริหารจิตใจ โดยเปิดวิทยุฟังพระสวดและหมอลำ

ผู้สูงอายุมีการจัดการสุขภาพของตนเองยังไม่เหมาะสม ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่จากท้องถิ่น และเพิ่มสวัสดิการด้านการตรวจรักษาที่บ้านอย่างต่อเนื่อง การกายภาพบำบัด และการปรับสภาพที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพ การจัดการสุขภาพตนเอง การดูแลที่บ้าน

* งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* This research was granted by Mahasarakham University

**Lecturer of Faculty of Nursing, Mahasarakham University

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

**** Assistant Professor of Faculty of Nursing, Mahasarakham University

Abstract

The objective of this qualitative research is to investigate health status and self management among elderly people in Kantharawichai District, Mahasarakham Province where has been changed to an aging society. Data was collected from selected 42 illness or disability elderly people and 42 family care givers through in-depth interviews, participatory and non-participatory observations between February and May 2021.

There were found that firstly, health status having 3 components: 1) Bedridden elderly, there were 25 elderly bed-bound patients who living with cerebrovascular stenosis and diabetes mellitus, hypertension, chronic kidney disease. 2) Home based elderly, there were 13 elderly home-crawlers due to falling, hip dislocated and spondylolisthesis. 3) Disability elderly, there were 4 elderly who living with handicapped and blind. Secondly, self management, there were found that all elderly persons received improper self management such as; 1) Not taken to see doctor due to difficult travel and relatives bought medicine to them instead. 2) Being adjusted their home environment following the family effort, lay down on open space 1st floor with hand-made bed near the toilet to access easily water. 3) The family provided food as it was possible, not limited to sugary, oily and salty foods following the illness. 4) Did not exercise due to difficulty by caregiver. 5) Unable to deep sleep without assisted of sedative pills and 6) Exercise their mind by turning on the radio, listening to the chants and traditional local song (Mor Lam).

Finally, based on finding we found that elderly had not well managed their health. Therefore, next study should be conducted to develop guidelines to care older people to receive advices from local authorities and continually increase the welfare of home screening physical therapy and appropriate housing conditions.

Keywords: Elderly people, Health status, Self management, Home care service

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 หลังจากนั้นพบประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พ.ศ. 2558 มีจำนวน 9.841 ล้านคน (ร้อยละ 14.2 ของประชากรทั้งหมด) และในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 11,855 คน (ร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งหมด)¹ ประเทศไทยจึงต้องพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามสภาพการเปลี่ยนแปลงประชากร เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตแต่ละวันอย่างมีความสุข มีอิสระในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพตามที่ตนต้องการ แต่เนื่องจากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยจึงเกิดมีโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น² และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดจากการเจ็บป่วยและความพิการที่ตามมา รวมถึงความสามารถในการทำงานที่ลดน้อยลงตามภาวะสุขภาพ ทำให้มีปัญหาเศรษฐกิจ ส่งผลทางอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณเพิ่มอีก จึงเป็นปัญหาสุขภาพที่สลับซับซ้อนยากต่อการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ³

ผู้สูงอายุมีความต้องการปัจจัยสี่ คือ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค หรือบริการสุขภาพตามสภาพร่างกาย และจิตใจ⁴ รวมถึงการจัดการสุขภาพที่จำเป็นด้านอื่นเพื่อพุงภาวะสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงและพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด เช่น การรับประทานอาหาร การอนามัยส่วนบุคคล การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ การอาบน้ำ การทำความสะอาดเสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การออกกำลังกาย การได้รับอากาศบริสุทธิ์ การรับแสงอาทิตย์ การมีงานอดิเรกหรืองานเสริมเพื่อหารายได้ให้พอสำหรับการดูแลตนเองในอนาคต การจัดที่อยู่อาศัยเหมาะสมกับสภาพร่างกายและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่อยู่อาศัยร่วมบ้านหรือผู้ให้การดูแลด้วยความอบอุ่น มีการจัดการอารมณ์ และปฏิบัติกิจทางศาสนาอย่างเหมาะสมไม่มีปัญหาสุขภาพจิตตามมา⁵ ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการสนับสนุนให้จัดการดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมตามปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกันไปตามการใช้ชีวิตในวัยที่ผ่านมา⁶

จากการประเมินสถานการณ์พัฒนาผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ขาดแคลนผู้ดูแลเนื่องจากกลุ่มบุตรหลานย้ายถิ่นไปทำงานเพื่อเพิ่มรายได้ให้เพียงพอกับรายจ่ายของครอบครัว⁷ ประกอบกับผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจากการได้รับอุบัติเหตุ การมีโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคไตเรื้อรัง จึงมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว การฟัง การมองเห็น การจดจำ การสื่อสาร ผู้สูงอายุจึงมีความเสี่ยงในด้านความปลอดภัยในชีวิต⁶ เหตุนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องการพุงความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองให้มากที่สุด เพื่อลดภาระของบุตรหลานวัยแรงงานที่ต้องทำงานหนักและรับภาระการดูแลผู้สูงอายุ⁸ หลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกับชุมชนได้จัดกระบวนการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุจัดการสุขภาพของตนเอง และเพิ่มศักยภาพของครอบครัวให้สนับสนุนผู้สูงอายุจัดการสุขภาพได้ โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุสามารถประเมินภาวะสุขภาพตนเอง วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง วางแผนการจัดการตนเอง ตลอดจนประเมินผลการจัดการสุขภาพตนเองได้⁹ เพื่อลดภาระด้านค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้สูงอายุในการจัดบริการสุขภาพของตนเอง รวมถึงการลดรายจ่ายของครอบครัว และรัฐบาล รวมถึงการเพิ่มความพึงพอใจตลอดช่วงชีวิตของผู้สูงอายุ¹⁰

ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้มีโอกาสพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ผ่านการนำนิสิตเข้าฝึกปฏิบัติงานวิชาการพยาบาลชุมชน และการฝึกปฏิบัติงานร่วมกับอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าอบรมโครงการอบรมผู้ดูแลเพื่อปรับสภาพบ้านและฟื้นฟูสภาพผู้พิการ และโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (MSU Smart Aging Caregiver)⁸ จากการตรวจประเมินภาวะสุขภาพ และให้การดูแล พบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่นี้มีความพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและ

ความดันโลหิตสูง และมีการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารพื้นบ้าน น้ำพริก ส้มตำ ไก่ หรือหมูย่างที่มีรสหวาน มัน เค็ม ที่หาซื้อได้ในชุมชน และขาดการออกกำลังกาย จึงทำให้อ้วน และควบคุมโรคไม่ได้ มีความพิการและความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น กลุ่มผู้วิจัยจึงสนใจประเมินภาวะสุขภาพ และการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วย หรือพิการที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยคาดว่าจะนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ต่อการกำหนดแนวทาง พัฒนาอาสาสมัครชุมชน ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่รัฐในพื้นที่เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วย หรือ พิการที่ต้องการการดูแลที่บ้านให้เข้มแข็ง (Community Strength for Home Care) สมาชิกชุมชนสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพด้วยความเอื้ออาทร เพื่อสร้างสังคมอุดมปัญญาแก้ไขปัญหาและพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) ศึกษาภาวะสุขภาพและการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่บ้าน
- 2) ศึกษาความต้องการการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่บ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic care model)⁹ ในส่วนของ Health System ส่วน Self Management/ Develop Personal Skills มาสร้างเครื่องมือในการศึกษา ภาวะสุขภาพและการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยหรือพิการที่ยังอาศัยอยู่ที่บ้าน โดยศึกษาประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินสุขภาพ 2) การตั้งเป้าหมายในการจัดการสุขภาพ 3) การปฏิบัติการจัดการสุขภาพ 4) การประเมินผลการจัดการสุขภาพ ตลอดจนการได้รับการสนับสนุนจากชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ¹⁰ ใน 6 กิจกรรมได้แก่ 1) การไปตรวจและปฏิบัติตามแผนการรักษา 2) การ

ทำความสะอาดร่างกาย เครื่องนุ่งห่มและที่อยู่อาศัย 3) การรับประทานอาหาร 4) การออกกำลังกายและการบริหารเพื่อลดความพิการ 5) การพักผ่อนนอนหลับ 6) การบริหารจัดการใจและการจัดการอารมณ์¹¹

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive Phenomenology) เก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การศึกษาจากเอกสาร และการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ การจัดการสุขภาพ การรับรู้ ความรู้ ความคิด ความเชื่อ จากผู้สูงอายุที่ป่วย หรือพิการที่ต้องการการดูแลที่บ้าน และจากมุมมองของผู้ดูแล¹²

พื้นที่ในการดำเนินการวิจัย ศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบของทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) ในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม รวม 14 รพ.สต. เจาะจงเข้าศึกษาที่ครอบครัวของผู้สูงอายุที่ป่วยหรือพิการติดเตียง ติดบ้าน ที่ต้องการการดูแลที่บ้าน สนับสนุนการเข้าศึกษาโดยผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว ที่มีความต้องการในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของสมาชิก และยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

ประชากร (Population) หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุในอำเภอกันทรวิชัย รวม 2,800 คน ผู้ดูแลในแต่ละครอบครัว และผู้ดูแลในชุมชน จำนวน รวม 3,000 คน อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ ไม่ต่ำกว่า 1 ปี

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) มี 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่ป่วย หรือพิการติดเตียง ติดบ้าน 42 คน 2) ผู้ดูแลในครอบครัว 42 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดี ติดต่อสื่อสารด้วยการฟัง และการพูดด้วยภาษาไทยได้ เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยประสานงานขอความร่วมมือผ่านผู้อำนวยการ รพ.สต.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (Guideline for in-depth interview) เป็นคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยใช้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในครอบครัว และอาสาสมัครชุมชนที่ให้การดูแล เกี่ยวกับ 1) การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อน 2) การจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ การประเมินสุขภาพ การตั้งเป้าหมายการจัดการสุขภาพ การวางแผน การประเมินการจัดการสุขภาพ ความพึงพอใจในการจัดการสุขภาพ ปัญหาอุปสรรค ความต้องการและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ได้แก่ การไปตรวจตามนัด การรับการรักษา การรับประทานอาหาร การลดการกินอาหารหวาน มัน เค็ม การออกกำลังกาย การทำความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การป้องกันคว้นบุหรี การดื่มสุรา **2. แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม (Guideline for participant and non-participant observation)** ใช้เครื่องมือเดียวกัน เป็นแนวทางที่ผู้วิจัยใช้สังเกต 1) ความสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัว 2) วิธีการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 3) การได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัว 4) อากัปกิริยา การแสดงออก ท่าทาง สีหน้า ขณะที่มีการสัมภาษณ์เชิงลึก การตรวจสอบเครื่องมือวิจัยโดยตรวจเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุและการวิจัยเชิงคุณภาพทั้ง 3 ท่าน จากต่างมหาวิทยาลัยกับผู้วิจัย **3. ผู้วิจัยทุกคน** เป็นผู้ที่มีประสบการณ์วิจัยเชิงคุณภาพไม่ต่ำกว่า 5 ปี ผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทั้ง 5 คน เป็นอาจารย์ของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตั้งอยู่ในอำเภอกันทรวิชัย ซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษาได้นำนิสิตลงฝึกงานใน รพ.สต. ที่ทำวิจัยพร้อมทั้งได้เป็นผู้จัดการอบรม เป็นวิทยากรการ

อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ทำงานในทุก รพ.สต. และผู้วิจัยยังเป็นผู้รับผิดชอบโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งมหาวิทยาลัย ดำเนินงานในพื้นที่อำเภอนี้ จึงมีความสนิทสนมกับสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครของทั้ง 14 รพ.สต. ประกอบกับการเดินทางเข้าหมู่บ้านสะดวก และพื้นที่ใกล้เคียงกัน จึงขับรถไปเอง ใช้เวลา 30 – 60 นาที

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยนำส่งหนังสือราชการจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ถึงสาธารณสุขอำเภอกันทรวิชัย ผู้อำนวยการ รพ.สต. ทุกแห่ง และสำเนาถึงกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยในพื้นที่ และชี้แจงวัตถุประสงค์ ประสานงานด้วยวาจาและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล (Care giver) ผ่านผู้อำนวยการ รพ.สต. ผู้ใหญ่บ้าน และ กำนันทุกตำบล เพื่อให้ได้ข้อมูล 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคแทรก โรคร่วม 2) ผลการตรวจร่างกายในช่วง 6 เดือน 3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในรอบ 1 ปี 4) การรักษาที่ได้รับ

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2564 รวมเวลา 4 เดือน เริ่มเก็บข้อมูลภาวะสุขภาพและการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่ติดเตียง ติดบ้าน การรับรู้ความคิด ความเชื่อและการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ เก็บข้อมูล 3 วิธี ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่ป่วยและผู้ดูแลที่มีประสบการณ์และมีข้อมูลมาก (Rich informants) ใช้เวลาสัมภาษณ์ คนละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง 2) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) โดยการสังเกตขณะสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ

เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา การใช้ยา การชั่งน้ำหนัก การลดบริโภคเกลือ การเลิกหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ รวมถึงการสังเกตผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน เพื่ออธิบายสภาพแวดล้อม กิจกรรมและปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ใช้เวลาในการสังเกตประมาณ 45 นาที - 1 ชั่วโมง ผู้วิจัยนำข้อเท็จจริงที่สังเกตได้มาจดบันทึก

จริยธรรมการวิจัย รายงานการวิจัยนี้เป็นผลของการวิจัยระยะที่ 1 ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายผู้ดูแลสู่บริการถึงบ้านอย่างมีคุณภาพ” ซึ่งมุ่งศึกษาเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ของการวิจัย คือ ศึกษาภาวะสุขภาพและการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยและผู้พิการที่ต้องการการดูแลที่บ้าน โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 041001/2564 กลุ่มผู้วิจัยค้นหาข้อเท็จจริงจากผู้สูงอายุที่ป่วยอยู่ที่บ้านที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และศึกษาข้อมูลเพื่อการยืนยันข้อเท็จจริงจากผู้ดูแลในครอบครัว และผู้นำชุมชนที่เข้าไปช่วยดูแล โดยผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยให้ทุกคนเข้าใจ และให้อิสระในการตัดสินใจให้ข้อมูลและยุติการให้ข้อมูลได้ทันทีที่ต้องการ โดยผู้วิจัยไม่มีการถ่ายภาพ แต่ขอบันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึก และจะนำมาวิเคราะห์ข้อมูล เขียนรายงานวิจัยโดยไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล และจะทำลายเอกสารที่บันทึกเมื่อรายงานวิจัยได้เผยแพร่แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยอ่านข้อมูลจากการบันทึกหลายครั้ง ชีตเส้นใต้คำสำคัญและนำมาจัดหมวดหมู่ ใส่รหัสและนำข้อมูลมาเรียงร้อยตามความเป็นเหตุเป็นผล นำมาอธิบายภาวะสุขภาพและการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ ระบุหัวข้อเรื่อง (Theme) จากการประมวลคำสำคัญ (Key words) เชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล และทำการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data triangulation) โดยเก็บข้อมูลในเวลาต่างกัน เก็บข้อมูลจากผู้ร่วมศึกษาต่างกัน คือ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในครอบครัว และอาสาสมัครชุมชน และเก็บข้อมูลด้วยวิธีต่างกัน ทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ทำการวิเคราะห์ให้ตรงวัตถุประสงค์ตามความจริง ไม่ใช่ความรู้สึก และตรวจสอบผลการวิเคราะห์ต่อผู้ร่วมวิจัยเพื่อยืนยันความถูกต้อง

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยค้นพบข้อเท็จจริง 3 ประเด็น ได้แก่

- 1) ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลที่บ้าน
- 2) การจัดการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลที่บ้าน
- 3) ความต้องการสนับสนุนในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลที่บ้าน

ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลที่บ้าน 42 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ตามภาวะสุขภาพ คือ 1) ผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียง 2) ผู้สูงอายุที่พิการติดบ้าน มีภาวะสุขภาพ ดังนี้

1.1 ผู้สูงอายุที่ติดเตียง ทั้ง 14 รพ.สต.พบผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองได้น้อยมาก ต้องนอนติดเตียง 25 คน จากอุบัติเหตุและการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีภาวะสุขภาพ ดังนี้

1.1.1 ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีภาวะวิกฤติแทรกต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการป่วยด้วยโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตและที่คุมไม่ได้มีภาวะวิกฤติแทรก

“ตา 76 ปี นอนติดเตียง ลูกเดินไม่ได้ มีอาการเหนื่อย เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น รับการผ่าตัดทำบายพาสที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ เมื่อปีที่แล้ว โดยการส่งต่อจาก รพ.กันทรวิชัย และส่งกลับ รับยามาฉีดยาที่บ้าน ปีนี้คุมน้ำตาลไม่ได้ มีทั้งสูงและต่ำ หิวข้าวก็กินกลัวสูง น้ำตาลสูงลูกก็ต้มผักให้กิน มีซาซา ซา มีมือ ซาเท้าต้องนวด ลูกสาวฉีดยาอินซูลินให้พ่อทุกวัน ปีนี้มีครั้งหนึ่ง ลูกเขยฉีดยาอินซูลินแทนลูกสาว ฉีดมากได้ห้ามส่งโรงพยาบาล” (ลูกสาว 53 ปี ให้ข้อมูล)

“ตาอายุ 84 ปี โสด อยู่บ้านคนเดียว มีหลานลูกของน้องสาวอยู่บ้านติดกันแวะมาจัดหาของที่จำเป็นและอาหารมาให้ เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมา 20 กว่าปี ตอนนี้มีโรคแทรกคือไตเรื้อรังระดับ 4 หลานต้องพาไปพอกไตที่โรงพยาบาล และปีนี้มีภาวะติดเชื้อ ต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อย ต้องอาศัยผู้ดูแลจาก รพ.สต. มาดูทุกวัน” (ผู้สูงอายุที่ป่วยติดบ้าน ให้ข้อมูล)

1.1.2 ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคแต่ติดเตียงจากอุบัติเหตุ กลุ่มนี้ปัจจุบันไม่มีโรคเรื้อรัง หรือโรคภัยไข้เจ็บ แต่ต้องกลายเป็นผู้พิการติดเตียงจากการประสบอุบัติเหตุภายในบ้าน “แม่ 92 ปี แต่ก่อนแข็งแรงทำนา ปลูกผักขาย ปีที่ผ่านมาเดินหกล้ม หน้าห้องน้ำ กระจกสะเกโทกหักจึงกลายเป็นคนแก่ติดเตียง ทุ้งๆที่แม่ไม่มีการเจ็บป่วยใดๆมาก่อน ตอนนั้นก็ไม่มีป่วย ผู้ดูแลและ อสม. มาตรวจวัดความดันโลหิตชีพจรก็ปกติ ไม่ต้องกินยา แต่ลูกต้องป้อนอาหาร ดูแลความสะอาดให้ทุกอย่าง ตัดเล็บ ตัดผม” (ลูกสาวอายุ 67 ปี เป็นผู้ดูแล) “ยาย 74 ปี อ้วน หนักเกินร้อย สิ้นลัม นอนติดเตียงเลย ลูกไม่ขึ้น นอนกินข้าวได้ก็กินไป กินเยอะ ถอยการกินไม่ได้มันหิว ตอนนี้อย่างมาถึง 4 ปีกว่า ยังลุกไปกินไม่ได้ ต้องมีคนป้อนข้าว ป้อนน้ำ ยกกระโถน อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้าให้ ลูกหลานไปทำงานรับจ้าง ไม่มีการป่วยนะ แต่อ้วน ถือว่าป่วยไหมหรือเราไม่ได้ไปตรวจ ไม่มี

อะไร ไม่ต้องกินยา” (ลูกสาวอายุ 54 ปี เป็นผู้ดูแล และให้ข้อมูล)

1.1.3 ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังจนเป็นเหตุให้ติดเตียง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการป่วยด้วยโรคเบาหวาน หรือ ความดันโลหิตและมีโรคร่วม เช่น ไตเรื้อรัง หรือ โรคหลอดเลือดสมองตีบ แตกตัน ทำให้ต้องนอนติดเตียง “ยาย 87 ปี ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันมาตั้งแต่ 50 กว่าปี คุมโรคได้แต่อ้วนขึ้นทุกปี เมื่ออายุ 70 ปี อ้วนจนเดินลำบาก ต้องนอนติดเตียงจนเป็นแผลกดทับ ช่วยตัวเองไม่ได้ ต้องมีคนป้อนข้าว ป้อนน้ำ ยกกระโถน อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้าให้ ก็อยู่ไปจนถึงวันสุดท้าย วันไหนก็วันนั้น” (ผู้สูงอายุให้ข้อมูลเอง และมีญาติที่มาช่วยยกช้อนน้ำที่ลูกสาวเตรียมไว้ให้ และมาช่วยดูแลเมื่อผู้สูงอายุเรียก) “ยาย 75 ปี เป็นโรคเบาหวาน ความดันสูง เมื่อ 5 ปีที่ผ่านมา คุมโรคไม่ได้ มีเส้นเลือดสมองแตกญาตินำส่งไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลจังหวัด ไม่ได้ผ่าตัดสมอง ส่งมาต่อที่โรงพยาบาลอำเภอ พออาการดีขึ้นกลับมาอยู่บ้าน นอนติดเตียงพูดได้ไม่ชัด ได้สั้นๆ จำลูกหลานได้ ลืมตาได้ มีสายสวนปัสสาวะ และผ่าระบายอุจจาระออกทางหน้าท้อง มีแผลกดทับ ไม่มีกลิ่นเหม็น มีลูกสาวที่พิการตัวแคระ ต้องดูแลทั้งแม่และพ่อที่ปอดอุดกั้นเรื้อรัง” (ลูกสาวอายุ 54 ปี เป็นผู้พิการ ให้การดูแลและให้ข้อมูล)

1.2 ผู้สูงอายุที่พิการติดบ้าน กลุ่มนี้ มี 13 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1) กลุ่มที่พิการตั้งแต่ยังไม่แก่

1.2.1 ผู้สูงอายุที่พิการสายตา ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ 4 คน มีเส้นลัมในบ้านจากสายตามองไม่เห็น ทำให้กลายเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน เดินไม่ได้ทำให้ไปไหนไม่ได้ “ยาย 89 ปี ตามองไม่เห็นตั้งแต่ 70 ปี ตอน 60 ปี ปวดตา ไม่มีเงินไปรักษา ตาเลยค่อยๆ บอด คือมองเห็นกลางๆแล้วก็บอดสนิท ความดันเบาหวานไม่มี มีแต่เดินไม่ได้ ขาไม่มีแรง แปรงพัน

ไม่ได้ ใช้ผงยาสีฟันพิเศษนิยม ฟันยังเหลือครบ” (ผู้สูงอายุ และลูกสาวอายุ 66 ปี เป็นผู้ดูแลและให้ข้อมูล) “ยาย 78 ปี ตามองไม่เห็นทั้ง 2 ข้าง เป็นมา 2 ปี ปวดตา ตามัว แล้วก็บอดไป บอดสนิท ไม่ได้ไปรักษา เพราะคิดว่าเป็นธรรมชาติของคนแก่ ยอมรับสภาพและพยายามแม่อยู่คนเดียว เอาเงินผู้สูงอายุให้เพื่อนบ้านทำกับข้าวมากินด้วยกัน” (ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล)

1.2.2 ผู้สูงอายุที่พิการทางการได้ยิน มี 1 ราย ที่ไม่ได้หูหนวกแต่กำเนิด แต่เมื่อแก่ตัวมาและมีการเจ็บป่วยและมีอาการหูไม่ได้ยินตามมา “ยาย 75 ปี โสด ไม่มีที่น้องเหลือ ตามองเห็นมัวๆ ไม่ได้ไปรักษา หูเริ่มไม่ได้ยินตอน 60 ปี คิดว่ามันน่าจะไม่หนวก แต่ตอนนี้ได้ยินเบามาก คนมาหาต้องทูป ประตูดังๆ เห็นแคตออกก็ตื่นมาหนึ่งชั่วโมง ทำมาให้อายุตาบอดข้างบ้านกินด้วย มาอาศัยอยู่บ้านติดกัน คู่กันไป” (ผู้สูงอายุ ให้ข้อมูล)

1.2.3 กลุ่มพิการจากอุบัติเหตุ จากการหกล้ม สะโพกและกระดูกสันหลังเคลื่อน เดินไม่ได้จึงมีการนั่งรถเข็นตัวในบ้าน “ตา 69 ปี ล้มกระดูกทับเส้น ปวดหลัง ปวดขามาก หมอว่าไม่ผ่าตัด ให้บริหาร เราอยู่คนเดียว ไม่มีที่น้อง เป็นลูกกำพร้าแต่เด็ก อาศัยอยู่ ต่อมโตก็ออกรับจ้าง แก่มากก็กลับมาบ้าน สร้างกระท่อมอยู่ 2 ปีแล้ว มาล้ม ปวดมาก ลูกเดินก็ปวด จนเดินไม่ได้ นั่ง นอน คลาน ถัดตัวในบ้าน ลำบาก” (ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล ไม่มีผู้ดูแล)

2. การจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลที่บ้าน ผู้สูงอายุมีการจัดการสุขภาพไม่เหมาะสม ได้แก่ 1) ไม่ไปพบแพทย์ ไม่ได้รับการตรวจตามนัดเนื่องจากเดินทางลำบาก ญาติซื่อๆ มาให้รับประทาน 2) ไม่สามารถทำความสะอาดร่างกาย เครื่องนุ่งห่มและที่อยู่อาศัยต้องพึ่งผู้ดูแล 3) การรับประทานไม่สะอาดคล่องกับ

การเจ็บป่วย หรือ ภาวะสุขภาพ 4) ผู้สูงอายุไม่ได้ออกกำลังกาย และผู้ดูแลไม่ได้ช่วยบริหารร่างกาย เพื่อลดความพิการ 5) ผู้สูงอายุต้องใช้นานอนหลับ ช่วยให้พักผ่อนเพียงพอ 6) ไม่สามารถบริหารจัดการใจ และการจัดการอารมณ์ได้สม่ำเสมอ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ไม่ไปพบแพทย์ ไม่ได้รับการตรวจตามนัดเนื่องจากเดินทางลำบาก ญาติซื่อๆ มาให้รับประทาน ปัจจุบันผู้สูงอายุที่ติดเตียงทั้งหมด 25 คน ไม่ได้ไปพบแพทย์เนื่องจากเดินทางลำบาก และต้องใช้งบประมาณมากที่ญาติต้องพาไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ญาติจึงไปซื่อๆ แก้วปวด ยาชุดจากร้านขายยามาให้รับประทาน และผู้ดูแลส่วนน้อยที่ปรึกษาเจ้าหน้าที่ จาก รพ.สต. เพื่อให้ยาเสริมผู้สูงอายุที่ป่วยหรือพิการที่ต้องการการดูแลที่บ้าน ส่วนมากมียาสะสมไว้ที่บ้าน จากยาเดิมที่ได้รับตอนไปพบแพทย์ครั้งก่อน “ตา 84 ปี เดินไม่ได้ตั้งแต่ อายุ 73 ปี เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง และเส้นเลือดสมอง ทำให้เดินไม่ได้ นอนติดเตียง น้ำหนักลดลง ขาแขนลีบลงเพราะไม่ได้ใช้ อ่อนแรงลงทุกส่วน กินยา กินตามที่หมอเคยให้มา และไปซื่อๆ มาเพิ่มตามอาการ ไปซื่อๆ จากร้านขายยาตามตัวอย่างที่หมอเคยให้มา ปีนี้มีเพิ่มอาการปวดฟัน ต้องกินยาชุดแก้ปวดฟันบ่อยๆ แทบทุกวัน” (ลูกสาว อายุ 62 ปี ให้ข้อมูล) “ยาย 67 ปี เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จากอายุ 60 ปี มีเส้นเลือดสมองตีบ ได้กินยาละลายลิ่มเลือด มาปีนี้ มีเส้นเลือดหัวใจตีบ หมอส่งไปผ่าตัดที่ รพ.จังหวัด กลับมาบ้าน นอนติดเตียงแบบนี้ละ ต้องกินยาทุกวัน ลูกต้องไปรับยามาให้กินตามหมอบอก” (ลูกสาว อายุ 48 ปี ให้ข้อมูล)

2.2 ไม่สามารถทำความสะอาดร่างกาย เครื่องนุ่งห่มและที่อยู่อาศัยต้องพึ่งผู้ดูแล ผู้สูงอายุทุกคนพึ่งผู้ดูแลทำความสะอาดร่างกาย จัดหาเครื่องนุ่งห่มและทำความสะอาดที่อยู่อาศัยให้ ดังนี้

2.2.1 การทำความสะอาดร่างกาย ผู้สูงอายุทุกคนที่ผู้วิจัยไปเยี่ยม เป็นผู้ป่วยติดเตียงจึงไม่สามารถทำความสะอาดร่างกายของตนเองได้ ต้องพึ่งคนอื่นทำความสะอาดให้ ส่วนมากเช็ดตัวให้วันละ 2 ครั้ง ไม่ได้อาบน้ำมาตั้งแต่นอนติดเตียง มี 3 คน ที่ไม่ได้ตัดเล็บเลยตั้งแต่ป่วยนอนติดเตียง จนเล็บแข็ง ยาว โค้งทั้งเล็บมือ เล็บเท้า ทั้งนี้เนื่องจากญาติผู้ดูแลกลัวเจ็บจึงปล่อยให้ยาวตามธรรมชาติญาติระบุว่า ไม่กลัวอันตราย เนื่องจากผู้ป่วยยกมือขึ้นเกลอวียวะอื่นไม่ได้ สำหรับกลุ่มที่ติดบ้านซึ่งมีความพิการและป่วย แต่ยังพอคลาน หรือถัดตัวโดยมีผู้ดูแลพาเข้าไปอาบน้ำในห้องน้ำได้ “ยาย 74 ปี นอนติดเตียงมาปีกว่าๆ จากเส้นเลือดสมองตีบ ยายนอนอยู่ใต้ถุนบ้านหน้าห้องน้ำ ยายคลานเข้าไปอาบน้ำได้ แต่ลูกก็ต้องช่วย ไม่ได้ทำเป็นห้องเฉพาะเปียกและถ่ายใส่กระโถน ลูกจะเอาไปทิ้งเมื่อเขาวางไม่ต้องพาเข้าห้องน้ำทุกครั้ง เพราะเขาไปทำสวนทำงาน” (รพ.สต.บุงเบา ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล) “ยาย 84 ปี นอนติดเตียง 2 ปี จากล้ม ชาวอแรง เส้นเลือดสมองตีบ ทำอะไรไม่ได้ ลูกหลานเช็ดตัวให้นอนกินข้าว แล้วหลานก็เช็ดตัว เปลี่ยนผ้า ไม่เคยพาเข้าไปอาบน้ำในห้องน้ำ ลำบาก หลานกลัวพาล้ม” (รพ.สต.ขามเฒ่าผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล)

2.2.2 การจัดหาเครื่องนุ่งห่ม ครอบครัวของผู้สูงอายุทุกคนมีเครื่องนุ่งห่มจำนวนพอผลัดเปลี่ยน 2-3 วัน โดยทั่วไปไม่มีความสะอาดพอใช้ได้ไม่ถึงขั้นสะอาดมาก ทุกคนมีที่นอนเป็นฟูกที่จัดทำเอง และมีผ้าแยกรองกันเปื้อน มี 3 คนที่มีที่นอนลม ที่ลูกจัดซื้อมาให้นอนเพื่อป้องกันแผลกดทับ “ตา 75 ปี นอนติดเตียงมาปีกว่าๆ จากเส้นเลือดสมองตีบ ลูกสะใภ้ซักเสื้อผ้าให้ จัดซื้อถูกๆ เป็นกางเกงใส่หัวยางยืดและเสื้อปิดกระดุมหน้าให้ใส่เปลี่ยนเข้าเย็น” (รพ.สต.มะกอก ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล) “ตา 74 ปี นอนติดเตียงจากเส้นเลือดสมองตีบ ลูกหาเสื้อผ้าสบายๆมาให้ใส่ หนาวก็หีบผ้ามา

ห่ม ลูกซักเสื้อผ้าให้ ทำเองไม่ได้แล้ว” (รพ.สต.เขาวงใหญ่ ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล)

2.2.3 การจัดที่อยู่อาศัย เกือบทุกคนถูกปรับสภาพที่อยู่อาศัยตามกำลังทรัพย์ โดยจัดเป็นพื้นที่ใต้ถุนของบ้านชั้นเดียวใต้ถุนสูง นำเตียงที่ครอบครัวทำเองจากเศษไม้ หรือ ไม้ไผ่ ใช้เสื่อปูและนำฟูกเดิมที่ผู้สูงอายุเคยใช้มาปูทับ เกือบทุกคนถูกจัดให้นอนใกล้ห้องน้ำ โดยให้เหตุผลว่า เพื่อความสะดวกในการใช้น้ำจากห้องน้ำ หรือ เมื่อมีญาติมิตรมาเยี่ยม บางคนจัดให้อยู่ห้องโถงที่สมาชิกครอบครัวเดินผ่าน หรือ ผลัดเปลี่ยนกันมาดูแลได้สะดวก ไม่มีใครอยู่ในห้องส่วนตัวอย่างมิดชิด “ตา 74 ปี นอนติดเตียงมาปีกว่าๆ จากเส้นเลือดสมองตีบ นอนอยู่ใต้ถุนบ้านที่โล่งโดยไม่ได้มีผ้าบ้านกันเป็นห้อง เพื่อให้คนมองเห็นและผู้สูงอายุมองวิวข้างนอก” (รพ.สต.มะกอก ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล) “ยาย 80 ปี นอนติดเตียงมา 2 ปี จากเส้นเลือดสมองตีบ มีโรคเบาหวาน และความดันสูง นอนบนเตียงไม้ไผ่อยู่หน้าห้องน้ำ อยู่ห้องโถงชั้นล่างของบ้าน 2 ชั้น เพื่อสะดวกในการใช้น้ำและไม่กวนหลานที่ต้องพักผ่อน เพราะที่บ้านมี 1 ห้องนอน” (รพ.สต. ขามเรียง ชาย 22 ปี เพื่อน-แฟน หลานชายของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนกับหลานชายมาดูแลผู้สูงอายุที่พิการ ให้ข้อมูล)

2.3 การรับประทานอาหารไม่สอดคล้องกับการเจ็บป่วย หรือ ภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดรับประทานอาหารพื้นบ้านที่ทำซื้อได้ง่ายที่มีขายในหมู่บ้าน แม้จะป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลรับทราบจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่มาเยี่ยมว่าให้รับประทานอาหารที่ลดปริมาณอาหารหวาน มัน เค็ม แต่ผู้ดูแลยังจัดให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารตามที่หาได้ ไม่ได้จำกัดอาหารหวาน มัน เค็ม นอกจากนั้นผู้ดูแลทั้งหมดยังให้ข้อมูลว่า จากการประเมินด้วยสายตา ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงเกือบทั้งหมดผอมลง มีกล้ามเนื้อแข็ง

เหี่ยว ลีบเล็กลง แสดงถึงการรับประทานอาหารที่ไม่เพียงพอ “ยาย 78 ปี มองไม่เห็นทั้ง 2 ข้าง มา 2 ปี เอาเงินผู้สูงอายุและเงินสวัสดิการผู้พิการให้เพื่อน คนแก่ข้างบ้านที่ตาดี แต่หูหนวก ทำกับข้าวมากินด้วยกัน ไม่จำกัดชนิด อะไรที่มีคนมาขายหน้าบ้านก็ซื้อไว้ทำกิน” (ผู้สูงอายุ ให้ข้อมูล) “ตา 75 ปี นอนติดเตียงมาเกือบ 5 ปี จากหกล้ม ลูกป้อนข้าวเหนียวกับไข่ กับปลาปิ้ง หมูย่าง ป้อนเข้าเย็น กลางวันไม่กิน ลูกหลานไม่อยู่กินกล้วย กินนม กินขนม ไม่หิวตามอมลงนะ” (ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล)

2.4 ผู้สูงอายุไม่ได้ออกกำลังกาย และผู้ดูแลไม่ได้ช่วยบริหารร่างกายเพื่อลดความพิการ ผู้ดูแลทั้งหมดให้ข้อมูลตรงกันว่าไม่ได้พาผู้สูงอายุออกกำลังกาย เพราะผู้สูงอายุเคลื่อนไหวเองไม่ได้ และผู้สูงอายุไม่ประสงค์จะออกกำลังกายเนื่องจากลำบากผู้ดูแล มีน้อยรายที่ลูกพยายามให้ยกแขนขาบ้าง แต่ไม่จริงจั่ง ส่วนมากปล่อยให้ข้อติด ทั้งข้อขา แขน มือ นิ้ว แข็งไม่ยืดหยุ่น ยึดเหยียดยาก “ตา 75 ปี นอนติดเตียงมาเกือบปี จากเส้นเลือดสมองแตก จากโรคความดันสูงและสูบบุหรี่ นอนอยู่ใต้ถุนบ้านไม่ออก ทำไม่ได้ ยกแขนขาไม่ไหว จะออกกำลังกายได้ไง” (ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล)

2.5 ผู้สูงอายุต้องใช้ยานอนหลับช่วยให้พักผ่อนเพียงพอ ผู้ดูแลจัดให้ผู้สูงอายุนอนบนเตียงนอนแต่หัวค่ำ ส่วนมากใช้ยานอนหลับวันละ 1 เม็ดที่ผู้ดูแลซื้อจากร้านขายยามาให้กิน เพื่อให้หลับได้นาน ให้ลูกหลานที่ดูแลได้พักผ่อน “ยาย 70 ปี นอนอยู่บนเตียงตามลำพัง กลางวันลูกหลานเขาไปทำงานทำสวน ปล่อยให้ยู่ตามลำพัง เราก็นอน ไม่กวานลูกหลาน นอนไม่หลับหรือ ต้องให้ยานอนหลับวันละเม็ด หลับตาไม่นานก็หลับสนิท กลางวันกลางคืนก็ให้หลับ” (ลูกสาว 50 ปี ให้ข้อมูล) “ตา 85 ปี นอนติดเตียงมาเกือบ 5 ปี จากเส้นเลือดสมองตีบ ลูกจัดให้นอนกับวิฑู ตาเปิดวิฑูฟังเองได้ เปิดหมอลำ ฟังเพลง ฟังพระเทศน์ ฟังข่าว บางทีก็เห็นหลับไป หลานก็มาปิดวิฑูให้” (ลูกสาว อายุ 65 ปี ให้ข้อมูล)

ไปหลานก็มาปิดวิฑูให้” (ลูกสาว อายุ 65 ปี ให้ข้อมูล)

2.6 ไม่สามารถบริหารจัดการจิตใจและการจัดการอารมณ์ได้สม่ำเสมอ ผู้สูงอายุส่วนมากรู้จักการสวดมนต์ภาวนา และยอมรับว่าทำแต่ไม่สม่ำเสมอ ไม่เต็มที่ เพราะมีอาการปวดเมื่อย ไม่สุขสบาย จึงต้องฟังวิทยุพาสวด พาให้เพลิน “ตา 90 ปี ยาย 80 ปี หูได้ยินเลยเปิดวิฑูฟังเป็นเพื่อน บอกว่ากินอาหารลำบาก ลูกชงข้าวกล้องอกผสมงาดำให้กิน ลูกให้กินอาหารดีเลยอายุยืนยาว อาบน้ำเองไม่ได้ ลูกต้องจับอาบน้ำให้แต่เช้า แล้วไปปรับจ้างเกี่ยวข้าว ปลุกผักขาย พยายามช่วยตนเองเวลาขับถ่าย ใช้กระโถนทั้ง 2 คน แต่ได้ดูแลกัน เปิดวิฑูฟังด้วยกัน” (ผู้สูงอายุ ให้ข้อมูล) “ยาย 84 ปี นอนติดเตียง 2 ปี จากล้ม อยู่กับหลาน นอนภาวนาไปเข้าพระเข้ามาในบ้าน หน้าเตียงให้ยายใส่บาตร ยายหยิบข้าวที่หลานจัดให้ใส่บาตรและรับพร ทำทุกวันเพื่อชาติหน้าจะได้ไม่ป่วยแบบนี้” (ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล) “ตา 85 ปี นอนติดเตียงมาเกือบ 5 ปี จากเส้นเลือดสมองตีบ ลูกจัดให้นอนกับวิฑู ตาเปิดวิฑูฟังเองได้ เปิดหมอลำ ฟังเพลง ฟังพระเทศน์ ฟังข่าว บางทีก็เห็นหลับไป หลานก็มาปิดวิฑูให้” (ลูกสาว อายุ 65 ปี ให้ข้อมูล)

3. ความต้องการสนับสนุนในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุต้องการอยู่บ้าน ต้องการดูแลที่บ้าน และต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ทั้งด้านสวัสดิการตามสิทธิผู้สูงอายุ และต้องการความรัก ความเอื้ออาทรจากลูกหลาน ญาติ และชุมชน ดังนี้

3.1 ต้องการสวัสดิการตามสิทธิผู้สูงอายุและผู้พิการ ผู้สูงอายุทุกคนได้รับเงินผู้สูงอายุต่างกันตามช่วงอายุ คือ 60 ปี ได้เดือนละ 600 บาท 70 ปี ได้เดือนละ 700 บาท 80 ปี ได้เดือนละ 800 บาท

และ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนมากมีความพิการ “ตา 72 ปี ป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน ตั้งแต่ 60 ปี เวลาเดินมีอาการเวียนหัวจึงล้ม ได้เงินจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและรพ.สต. กับ อบต. นำกายอุปกรณ์มาให้ และจัดสวัสดิการผู้พิการเพิ่มอีก ไม่เท่าและรถเข็นก็เอามาให้ทั้ง 2 อย่าง ต้องพึ่งพารัฐ ลูกก็ดูแลแต่ไม่มีเงิน ขอจากส่วนท้องถิ่นให้มาช่วยกัน” (ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล) “ยาย 68 ปี กระดูกทับเส้น มา 10 ปีกว่า ได้เงินพิการ 700 บาท เอาเงินนั้นละลายค่ารถไป รพ.จังหวัด ส่วนมากปวดก็ไปขอยา จาก รพ.สต. หรือ อสม.นำมาให้ บอกไม่มีเงินค่ารถ ให้เอายามาให้ บางทีเอาเงินผู้สูงอายุให้ลูกซื้อยาชุดไว้ทีละ 40 ชุด (ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล)

3.2 ต้องการของใช้ที่จำเป็น ของใช้ส่วนตัวที่มีความจำเป็นที่ก่อให้เกิดการสิ้นเปลืองกว่าตอนที่ยังไม่ป่วย นั่นคืออุปกรณ์เพื่อการทำความสะดวก เช่น สบู่ แป้ง ยาสีฟัน สิ่งเหล่านี้ ใช้มากกว่าเดิมแต่พอจัดหาได้ แต่สิ่งที่สิ้นเปลืองมากคือแอมเพิร์ส เกือบครึ่งไม่พอใช้ เนื่องจากต้องใช้ทุกวัน แม้ว่าผู้สูงอายุที่พิการทุกคนได้รับการสนับสนุนจากรพ.สต.และ อบต. โดยผู้ดูแลนำมาให้ เดือนละ 1 ห่อ แต่พบว่าผู้สูงอายุต้องใช้มากกว่านั้น ทางครอบครัวจึงใช้เงินผู้สูงอายุและเงินผู้พิการไปจัดซื้อมาใช้ “แม่อายุ 76 ปี ใช้แอมเพิร์สตอนกลางคืน กลางวันมันเปลือง เข้าส้วมไม่ทันก็ปัสสาวะและอุจจาระรดตัวเอง ซักเสื้อผ้าก็จุ่มๆพอทำได้แล้วก็ตากแห้งเก็บมาไว้ใช้ ไม่ได้ไปตรวจ หัวใจมันก็เต้นตุ๊บๆเหมือนเดิมไม่ต่างเดิม” (ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล ไม่มีผู้ดูแล) “พ่อ 69 กระดูกทับเส้น หนักเลย ต้องอาศัยเงินผู้สูงอายุและผู้พิการซื้อกินอย่างประหยัด มีญาติฯและอาสาสมัครผู้ดูแลมาแวะมาดูนอนติดเตียงใช้แอมเพิร์ส เปลือง แต่ก็เปลี่ยน 2 ครั้ง เข้าเย็น เปลี่ยนเองพอได้ แต่เอาไปทิ้งไม่ได้ให้หลานมาเอาทิ้ง เงินที่เหลือแต่ละเดือนพอให้หลาน

ไปซื้อของมาใช้มากินบ้าง อาศัยกันไป” (ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล ไม่มีผู้ดูแล)

3.3 ต้องการรถไปตรวจตามนัด และเวลามีภาวะฉุกเฉิน ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดเป็นผู้ป่วยติดเตียง จึงไม่สามารถไปตรวจตามนัดได้ เนื่องจากต้องเหมารถ หรือ รบกวอนให้ญาติพาไปพบแพทย์จึงจะได้อาต่อนื่อง บางส่วนญาติไปขอรับยาโดยที่ไม่นำผู้ป่วยไปตรวจด้วย ญาติเกือบทุกคน ให้ข้อมูลว่ามีผู้ดูแล และ อสม. ไปเยี่ยมที่บ้าน ทำให้อุ่นใจ แต่อย่างไรก็ตาม ญาติและผู้ป่วยต้องการการตรวจเช็คร่างกาย หากมีรถบริการรับไปตรวจตามนัด หรือกรณีฉุกเฉินมีบริการช่วยเหลือได้ทัน และเพียงพอ “ตา 76 ปี นอนติดเตียง เหนื่อยลุกเดินไม่ได้ คുമ น้ำตาลไม่ได้ มีทั้งสูงและต่ำ ต้องตากรถฉุกเฉินมารับพอเป็นลม อยากไปตรวจนะ แต่ไม่มีรถ ตามรถฉุกเฉินก็เกรงใจ” (ผู้สูงอายุป่วยติดเตียงนอนคนเดียวให้ข้อมูล) “ตา 72 ปี ป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน ตั้งแต่ 60 ปี รับประทานยามาเรื่อยๆ พออายุเข้า 70 ล้มบ่อย 2 ปีนี้ล้ม 7 ครั้งตามรถฉุกเฉินมารับไม่ได้ไปตรวจตามนัด ไม่สะดวก ไม่มีเงิน ถ้ามีรถมารับไปตรวจจะดี” (ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล)

3.4 ต้องการหน่วยบริการสุขภาพช่วยทำกิจกรรมที่ทำไม่ได้ ผู้สูงอายุที่ป่วยและมีแผลกดทับมีการคาสายสวนปัสสาวะ และผ่าตัดเปิดช่องอุจจาระทางหน้าท้อง ต้องการคนที่มีทักษะไปช่วยดูแลในกิจกรรมที่ผู้ดูแลในครอบครัวไม่มีทักษะเฉพาะ เช่น เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ ฝัง Colostomy ทำความสะอาดแผลกดทับ ผู้สูงอายุทั้งหมดบอกว่ามีผู้ดูแล และ อสม. ไปเยี่ยมที่บ้าน ทำให้อุ่นใจ แต่อย่างไรก็ตาม ญาติและผู้ป่วยต้องการการตรวจเช็คร่างกาย จากแพทย์ พยาบาลอาสาสมัคร หรือ อาชีพอื่นที่มีทักษะเฉพาะ เช่น นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ตามความจำเป็นที่บ้าน “ตา 74 ปี นอนติดเตียงมาปีกกว่าๆ จากเส้นเลือดสมองตีบ นอนติดเตียง ใส่สายสวนปัสสาวะ

และผ่าเอาอุจจาระเองออกทางหน้าท้อง ลูกหลาน
เปลี่ยนไม่ได้ต้องพึ่งคนทำเป็น มาทำให้ที่บ้าน หมอ
อนามัยมาได้ก็ดี” (ผู้สูงอายุที่พิการให้ข้อมูล)

อภิปรายผล

การศึกษาสุขภาพผู้สูงอายุที่ต้องการการ
ดูแลที่บ้าน 42 คน คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียง 25
คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจาก
เบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมโรคไม่ได้
จึงมีโรคแทรกซ้อน ที่สลับซับซ้อนและอันตราย และ
ต้องรักษามากขึ้น เช่น โรคเส้นเลือดสมอง จึงเพิ่ม
ความยุ่งยากในการจัดการสุขภาพตนเอง ทั้งๆที่เคย
ปรับเล็กพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา
สอดคล้องกับการศึกษาของ Deanseekaew,
Klungklang, Smith¹³ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่ป่วย
เรื้อรังอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีผู้สูบบุหรี่ซึ่งทำให้ไขมัน
ในเลือดแข็งตัวเกาะตามผนังหลอดเลือดได้ง่ายจึงทำ
ให้หลอดเลือดสมองแตก ตีบ ตัน ได้ การศึกษานี้
พบผู้สูงอายุบางส่วนที่ไม่มีโรคประจำตัวแต่
กลายเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยติดบ้าน 13 คน จากการ
ประสบอุบัติเหตุภายในบ้าน สอดคล้องกับการศึกษา
ของบรรลุ ศิริพานิช และคณะ⁵ ที่พบว่าผู้สูงอายุยังไม่ลด
เลิกเสพสารเสพติด แม้ได้รับคำแนะนำจากผู้ดูแล
(caregiver) และจากเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.
และกลุ่มบริหารจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

งานวิจัยนี้พบผู้สูงอายุมีการจัดการสุขภาพ
ไม่เหมาะสม ได้แก่ 1) ไม่ไปพบแพทย์ ไม่ได้รับการ
ตรวจตามนัดเนื่องจากเดินทางลำบาก ทั้งนี้เนื่องจาก
ผู้ดูแลต้องไปทำงานรับจ้างนอกบ้านและไม่มีเงิน
เหมารถพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ ญาติจึงซื้อยามาให้
รับประทาน สอดคล้องกับการศึกษาของอภิศักดิ์ ธีร
วิสิทธิ์⁸ ที่ระบุว่าความยากจนจะส่งผลต่อการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุ 2) ผู้สูงอายุไม่สามารถทำความสะอาด
ร่างกาย เครื่องนุ่งห่มและที่อยู่อาศัยต้องพึ่ง
ผู้ดูแล เนื่องจากมีข้อจำกัดได้การเคลื่อนไหวร่างกาย

สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต แดนสีแก้ว รัตน์
ดาวรรณ คลังกลางและจอน สมิต¹³ ที่ระบุว่า
ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพต้องพึ่งผู้ดูแล
ในครอบครัวและชุมชนช่วยเหลือ 3) การ
รับประทานอาหารไม่สอดคล้องกับการเจ็บป่วย
หรือ ภาวะสุขภาพ ทั้งนี้สอดคล้องกับภาสกร สวน
เรืองและคณะ¹⁴ ที่พบว่าผู้สูงอายุขอรับประทาน
อาหารที่บ้านและซื้อหาได้ง่ายในชุมชน 4)
ผู้สูงอายุไม่ได้ออกกำลังกาย และผู้ดูแลไม่ได้ช่วย
บริหารร่างกายเพื่อลดความพิการ ดังการศึกษาของ
อุษา โพนทอง¹⁵ ที่พบว่าผู้สูงอายุและผู้ดูแลขาด
ทักษะและไม่เห็นความสำคัญต้องมีคู่มือการออก
กำลังกายให้และมีผู้ดูแลในชุมชนให้การสนับสนุน
5) ผู้สูงอายุต้องใช้ยานอนหลับช่วยให้พักผ่อน
เพียงพอ ดังที่สินวล รัตนวิจิตร¹⁶ พบว่าผู้สูงอายุ
นอนไม่หลับต้องซื้อยานอนหลับมารับประทาน และ
ผู้ดูแลซื้อยานอนหลับได้ง่ายในชุมชน 6) ผู้สูงอายุ
ไม่สามารถบริหารจัดการใจและการจัดการอารมณ์ได้
สม่ำเสมอ ดังที่สายใจ จารุจิตร¹⁷ กล่าวว่าผู้สูงอายุ
ไม่ได้ฝึก หรือ เตรียมตัวก่อนสูงอายุ และบางราย
ต้องพึ่งสารเสพติด เช่น สุรา บุหรี่เพื่อผ่อนคลาย

ผู้สูงอายุต้องการการตรวจรักษา การทำ
กายภาพบำบัด การปรับสภาพที่อยู่อาศัย และมี
บริการดูแลแทนญาติตอนกลางวันเพื่อให้ญาติไป
ทำงานหารายได้เพื่อมาเลี้ยงครอบครัวสอดคล้องกับ
ข้อเสนอแนะของสำนักงานคณะกรรมการ
พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ¹ ผู้สูงอายุ
ทุกคน ทั้งที่ป่วยติดเตียง ติดบ้าน ต้องการบริการ
ตรวจสุขภาพที่บ้าน ต้องการของใช้ส่วนตัวที่มีความ
จำเป็นที่ก่อให้เกิดการสิ้นเปลืองกว่าตอนที่ยังไม่ป่วย
นั่นคืออุปกรณ์เพื่อการทำความสะดวก ซึ่งต้องใช้เงิน
ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องการมีอาชีพที่สามารถทำอยู่ที่
บ้าน หรือใกล้บ้านเพื่อสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุ
โดยที่ตนเองไม่ขาดรายได้ สอดคล้องกับ
ข้อเสนอแนะของภาสกร สวนเรืองและคณะ¹⁴ ที่

ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นได้เสนอว่าควรมีการส่งเสริมบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีความพร้อมให้สามารถช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเฉพาะ และควรพิจารณาค่าตอบแทน รวมถึงสวัสดิการต่างๆให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

นอกจากนั้นผู้สูงอายุและผู้ดูแลยังมีความต้องการที่สอดคล้องกันคือ ต้องการการรักษาพยาบาลที่รัฐจัดให้เป็นสวัสดิการ แต่ไม่สามารถมีเงินที่จะซื้อบริการเพิ่มเติมได้ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ สายใจ จารุจิตรและคณะ¹⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่อง ไม่มีบริการรับ-ส่งผู้ป่วย ขาดอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย ขาดช่องทางในการให้คำปรึกษา ขาดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพ ไม่มีผู้อื่นมาช่วยดูแลและผู้ดูแลไม่ได้รับการประเมินและดูแลสุขภาพ ซึ่งถ้ามีรูปแบบการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลควรเป็นรูปแบบที่มีการแก้ปัญหาและลดอุปสรรคต่างๆและต้องมีการเสริมสร้างกำลังใจและพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วย ทางครอบครัวจึงต้องการผู้มาให้บริการสุขภาพที่บ้าน และคาดว่าจ่ายได้นอกจากนั้นยังพบว่าผู้สูงอายุที่พิการทุกคนมีอุปกรณ์ในการเดิน เช่น วอคเกอร์ ไม้เท้า รถเข็นตามข้อจำกัดของร่างกาย โดยได้จาก รพ.สต. และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจัดมาให้ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของวิไล ตาปะสี¹⁵ ที่เสนอให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเพราะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุต้องการให้มีบริการการตรวจรักษาที่บ้านและต้องการคนดูแลเรื่องความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและผู้สูงอายุบางคนไม่มีญาติดูแล

การจัดที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุถูกปรับให้อยู่ที่โล่งใต้ถุนบ้าน บนเตียงที่ทำเอง ใกล้ห้องน้ำเพื่อความสะดวกในการใช้น้ำสวดคลั่งกับการศึกษาของวิไล ตาปะสีและคณะ¹⁶ และ อุษา โพนทอง¹⁷ ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมกับกำลังทรัพย์ของครอบครัว

การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุไม่พบแพทย์เนื่องจากเดินทางลำบากและผู้ดูแลหารายได้มาไม่พอค่าใช้จ่ายเนื่องจากรับจ้างในหมู่บ้านหรือใกล้เคียง ที่ไม่ต้องใช้ทักษะเฉพาะ จึงมีรายได้น้อย นอกจากนั้นแล้วญาติยังต้องซื้อยามาให้รับประทาน ครอบครัวจัดให้รับประทานอาหารตามที่หาได้ ไม่ได้จำกัดอาหารหวาน มัน เค็ม ตามการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของวิไล ตาปะสี และคณะ¹⁵ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะในสังคมชนบทผู้ดูแลมักเป็นบุคคลในครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ มีอาชีพหลักในชุมชนและมีเวลาว่างตามฤดูกาล

ข้อเสนอแนะ

1) ผู้สูงอายุจัดการสุขภาพของตนเองไม่เหมาะสมและผู้ดูแลในครอบครัวขาดทักษะในการดูแล จึงควรจัดการอบรมเพิ่มศักยภาพของบุตรหลานซึ่งเป็นผู้ดูแลที่บ้านเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยเพิ่มและเป็นการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุก่อนที่จะมีความพิการเพิ่มขึ้นอีก

2) องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ควรมีหน่วยบริการตรวจสุขภาพที่บ้านและให้การบำบัดที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะนักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ

REFERENCES

1. United Nation. World populations ageing 2019. New York: United Nation; 2019.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Report on the situation of the elderly in Thailand. Annual Report 2011; <https://thaitgri.org/?p=37060>; 2021
3. Suvit Maesincee. " Thailand 4.0 :Build strength from within Connecting the Thai economy to the world. <https://www.facebook.com/drsuivitpage/>; 2021.
4. Prawet Wasi. Local Community Strategy National Strategy for Sustainable Development, National strategy of sustainable development. Bangkok, KREL COMPUTER LIMITED; 2012.
5. Bunlu Siripanich. Health Care and Health Status of Thai Aging. Bangkok. Ministry of Health <https://www.moph.go.th/>; 2008.
6. Manit Sahiyo. A Model Lifelong for Many Persons are Age in Snoontoomhom Looglan Banlaoling. *KKU Res J.* 2012, 2(3): 283-297.
7. Phnom Kleechaya. Participatory Media Productions for Tacking Poverty, Social Development and Health Integrated. *Journal of Communication Arts.* Faculty of Communication Arts, Chulalongkorn University, 2018.
8. Apisak Theeravisit. Humanmapping social regenerating model in Issan contemporary situation Khon Kaen. Khon Kaen University; 2016.
9. Wagner EH, Davis CS. A survey of leading chronic disease management programs: Are they consistent with the literature? *Manag Care Q* 756- 66PubMedGoogle Scholar; 1999.
10. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, part 2. *JAMA* 2002; 288:1909-1914PubMedGoogle Scholar
11. Tsai ACMorton SCMangione CMKeeler EB A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *Am J Manag Care* 2005;11478- 488PubMedGoogle Scholar
12. Kemmis, S. & McTaggart, R. Participatory Action Research: Communicative Action and the Public Sphere. In DENZIN, N. K., & LINCOLN, Y. S., (Eds.). *The SAGE Handbook of Qualitative Research.* 3rd ed. London: SAGE Publications; 2005.
13. Deanseekaew, S., Klungklang, R., Smith, J.F. Community Participation Efforts for Strengthening Community Well-being through Conflict Management. *Philippine Journal of Nursing, Special Edition*; 2012.
14. Passakorn Suanrueang, et al. Community Care by Caregivers to Dependent Elderly under the Community-Based Long-Term Care Policy. *Journal of Health Systems Research,* 2018; 12(3), 437-451.

15. Saijai Jarujit, , et al. Home Visit Model for Bedridden Patients Based on the Problems and Needs of Caregivers. Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, 2019; 30(1), 54-68.

16. Seenuan Rattawijit , et al. Model of Elderly Health Care Service Arrangement by Community Participation in Wang Taku Subdistrict, Nakhon Pathom Province, Kuakarun Journal; 2017, 24(1), 42-54.

17. Usa Phonthong. A Guide to Developing Energies to Prepare for a Quality Retirement, Bangkok Amarin Printing ; 2011.

ประชาสัมพันธ์การส่งบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์ใน วารสารการพยาบาลและการศึกษา

ผู้ที่ส่งบทความตีพิมพ์ หากไม่ได้เป็นสมาชิกวารสาร ต้องสมัครเป็นสมาชิก อย่างน้อย 3 ปี (เฉพาะผู้เขียนชื่อแรก) ลักษณะของบทความที่ตีพิมพ์

1. เป็นบทความด้านการศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาเอก การบริการการพยาบาลและสาธารณสุข และสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
2. รับผิดชอบเฉพาะบทความวิจัยและบทความวิชาการ
3. การเสนอต้นฉบับที่ตีพิมพ์ผู้เขียนต้องไม่เสนอบทความที่เคยตีพิมพ์ในวารสารและแหล่งพิมพ์อื่น มาก่อน
4. รับทั้งต้นฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
5. บทความต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ประเมินภายนอก สำหรับบทความวิจัยในมนุษย์ต้อง ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยให้แนบสำเนาใบรับรองจริยธรรมการวิจัยมาพร้อมกับบทความ ที่จะส่งขอตีพิมพ์ด้วย
6. เนื้อหาและข้อคิดเห็นใดๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลและการศึกษาถือเป็นความรับผิดชอบ ของผู้เขียนเท่านั้น

การส่งต้นฉบับบทความวิจัย/วิชาการ เพื่อขอรับการตีพิมพ์

ผู้เขียนบทความต้องศึกษารายละเอียดและหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับตามที่ วารสารกำหนด ทั้งนี้โปรดตรวจสอบการพิมพ์ และคำผิดแก้ไขให้ถูกต้อง และส่งบทความเข้าระบบ Thai Journals Online (ThaiJO) ทางเว็บไซต์ www.tci-thaijo.org โดยจะปรากฏชื่อวารสาร “การพยาบาลและการศึกษา” ทั้งนี้ ขอให้ศึกษาคำอธิบายและสมัครเป็นผู้แต่งบทความ (Author Register) โดยดำเนินการตามขั้นตอนที่ระบุใน หน้าเว็บไซต์ พร้อมทั้งส่งบทความดังกล่าวทางอีเมล (E-mail : nursing2551@gmail.com) มาให้กองบรรณาธิการ ด้วยอีกช่องทางหนึ่ง ซึ่งหากไม่สามารถดำเนินการหรือส่งไฟล์ได้ กรุณาติดต่อหน่วยวารสารการพยาบาล และการศึกษา โทร.0-2590-1828 หรือทางอีเมล nursing2551@gmail.com

การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความวิจัยและบทความวิชาการ ทางกองบรรณาธิการวารสารจะพิจารณาเบื้องต้น ในด้านคุณภาพของบทความ และการพิมพ์ หากเห็นว่าไม่มีคุณภาพเพียงพอจะไม่ดำเนินการต่อ หรืออาจส่งให้ปรับแก้ไขก่อน บทความที่พิจารณา แล้วเหมาะสม มีคุณภาพ จะส่งผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกตามความเชี่ยวชาญของสาขาวิชา พิจารณากลับกรอง (Peer review) อย่างน้อย 2 ท่าน
2. เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา ผลเป็นประการใดทางกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ท่านทราบ
3. ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิท่านต้องปรับแก้ หากไม่ปรับแก้จะไม่ได้รับการตีพิมพ์ และระยะเวลา การแก้ไขไม่ควรเกิน 2 สัปดาห์

หลักเกณฑ์และรูปแบบการจัดทำต้นฉบับบทความวิจัยเพื่อขอรับ การตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลและการศึกษา

ทั้งนี้เมื่อบทความได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนบทความจะได้รับวารสารฉบับที่บทความนั้นตีพิมพ์ จำนวน 3 ฉบับ โดยจะส่งให้ผู้เขียนที่เป็นชื่อแรก

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- ขนาดกระดาษ เอ 4 ความยาวทั้งหมดไม่เกิน 15 หน้า
- กรอบของข้อความ ในแต่ละหน้าให้มีขอบเขตดังนี้ จากขอบบนของกระดาษ 1.25 นิ้ว ขอบล่าง 1.0 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 1.0 นิ้ว
- ระยะห่างระหว่างบรรทัด หนึ่งช่วงบรรทัดของเครื่องคอมพิวเตอร์
- ตัวอักษร ใช้ TH SarabunPSK) และพิมพ์ตามที่กำหนดดังนี้
 - ชื่อเรื่อง (Title)
 - ภาษาไทย ขนาด 24 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - ภาษาอังกฤษ ขนาด 24 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - ชื่อผู้เขียน (ทุกคน)
 - ชื่อผู้เขียน ภาษาไทย - อังกฤษ ชื่อย่อวุฒิการศึกษา ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - ตำแหน่ง/สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย-อังกฤษ ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - บทคัดย่อ
 - ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract” ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวไม่เกิน 1 หน้า ภาษาไทย และ 1 หน้าภาษาอังกฤษ
 - คำสำคัญ (Keywords) ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทย และอังกฤษ ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 4-5 คำ ขนาด 16 point
 - รายละเอียดบทความ
 - หัวข้อใหญ่ ขนาด 17 point ตัวหนา กำหนดขีดซ้าย
 - หัวข้อรอง ขนาด 17 point ตัวหนา กำหนดขีดซ้าย
 - ตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ
 - ย่อหน้า 0.5 นิ้ว

สำหรับบทความวิจัยรายละเอียดเนื้อหา กำหนด ดังนี้

- ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
- วัตถุประสงค์การวิจัย
- สมมุติฐาน
- กรอบแนวคิดในการวิจัย (อธิบายการศึกษานี้ นำแนวคิดอะไรของใครมาใช้ พร้อมสรุป เป็นแผนภูมิประกอบ)
- วิธีดำเนินการวิจัย ให้รายละเอียดของประชากร การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระบุ รายละเอียดของเครื่องมือ การหาคุณภาพของเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิจัย

- ผลการวิจัย
- สรุปและอภิปรายผล
- ข้อเสนอแนะ การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ และการวิจัยครั้งต่อไป
- เอกสารอ้างอิง (ไม่เกิน 15 ชื่อเรื่อง)

■ **คำศัพท์** ให้ใช้ศัพท์บัญญัติของราชบัณฑิตยสถาน

■ **ภาพและตาราง** กรณีมีภาพและตารางประกอบ ชื่อภาพให้ระบุคำว่า ภาพที่ ไว้ได้ ภาพประกอบและจัดข้อความบรรยายภาพให้อยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ ชื่อตารางให้ระบุคำว่า ตารางที่ หัวตารางให้จัดชิดซ้ายของหน้ากระดาษ และใต้ภาพประกอบหรือตารางให้บอกแหล่งที่มาโดยพิมพ์ใต้ชื่อภาพ ใช้ตัวอักษรขนาด 14 point ตัวปกติ เส้นของตารางให้มีเพียง 3 เส้น เส้นหัวชื่อตารางและเส้นปิดท้ายตาราง

■ **กิตติกรรมประกาศ** ให้ประกาศเฉพาะการได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย

■ **การเขียนเอกสารอ้างอิง**

1) เอกสารอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยจะต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ โดยผู้เขียนที่จะ ส่งบทความวิจัย/วิชาการ เพื่อขอตีพิมพ์ในวารสารฯ ต้องเขียนเอกสารอ้างอิงโดยจัดเรียงคู่กัน คือ เรียงเอกสาร อ้างอิงภาษาอังกฤษที่แปลขึ้นก่อน และเติมคำว่า “ (in Thai)” ต่อท้าย แล้วตามด้วยเอกสารอ้างอิงภาษาไทย

หมายเหตุ การให้ผู้เขียนจัดเรียงการเขียนเอกสารอ้างอิงลักษณะนี้ เพื่อให้กองบรรณาธิการ ใช้ในการตรวจสอบความถูกต้องของการอ้างอิง โดยสำหรับขั้นตอนการตีพิมพ์ ทางกองบรรณาธิการจะปรับใช้ เฉพาะรายการเอกสารอ้างอิงที่แปลเป็นภาษาอังกฤษแล้ว

ตัวอย่างการแปลเอกสารอ้างอิงภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ

Tirakanan, S. Multivariate variables analysis in social science research. Bangkok:

Chulalongkorn University Printing House; 2011. (in Thai)

สุวิมล ตีรกานันท์, การวิเคราะห์ตัวแปรพหุในงานวิจัยทางสังคมศาสตร์ กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553

2) เอกสารอ้างอิงทุกฉบับต้องมีการอ้างอิงที่กล่าวถึงในบทความ

3) ใช้ระบบตัวเลขในการอ้างอิง โดยพิมพ์ด้วย

4) เรียงลำดับการอ้างอิงตามเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ โดยเรียงลำดับหมายเลขอ้างอิง เริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อน-หลัง โดยใช้เลขอารบิก และทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้ หมายเลขเดิมในการอ้างอิง

5) การอ้างอิงเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น 1-3 แต่ถ้าอ้างอิงถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมาย จุลภาค (Comma หรือ ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น 4,6,10

● รูปแบบการพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ให้พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ได้อ้างถึงในเนื้อหาของบทความ และไม่แยกประเภทของเอกสารที่ใช้อ้างอิง

● รายละเอียดการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ให้ใช้ตามระบบ แวนคูเวอร์ (Vancouver) ดังนี้

การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals) มีรูปแบบการอ้างอิง ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง (Author) ชื่อบทความ (Title of the article), ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีที่พิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume & Number/issue): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง รัชณี ศุจิจันทร์รัตน์ และคณะ, ปัจจัยทำนายความต้องการออกจากงานของอาจารย์พยาบาล.

Journal of Nursing Science, 2012; 30(2): 23-34.

การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา ประกอบด้วย 2 แบบ

1. การอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม มีรูปแบบการอ้างอิง ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง (Author), ชื่อหนังสือ (Title of the book), ครั้งที่พิมพ์ (Edition), เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year),

ตัวอย่าง ริงสรรค ประเสริฐศรี, ภาวะผู้นำ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: Diamond in Business World; 2551.

2. การอ้างอิงบทใดบทหนึ่งของหนังสือ ที่มีผู้แต่งรายบทและมีบรรณาธิการหนังสือ (Chapter in a book) มีรูปแบบการอ้างอิง ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง (Author), ชื่อบท (Title of a chapter), ใน (In): ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/Editor (S) ชื่อหนังสือ (Title of the book), ครั้งที่พิมพ์ (Edition), เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year), หน้า/p. หน้าแรก- หน้าสุดท้าย.

การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

การอ้างอิงบทความที่นำเนอในการประชุม/สรุปผลการประชุม (Conference paper) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง ใน/in: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor(s), ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม สถานที่จัดประชุม, เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์ หน้า/p. หน้าแรก- หน้าสุดท้าย.

การอ้างอิงเอกสารที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) มีรูปแบบการเขียนอ้างอิง ดังนี้

ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อเรื่อง ประเภท/ระดับปริญญา, เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ ปริญญา

ตัวอย่าง จุฑามาศ สนนก. ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อการสร้างสรรค์ผลงานทาง วิชาการของอาจารย์สถาบันอุดมศึกษาเอกชน วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Materia) ใช้การอ้างอิงตามรูปแบบประเภทของเอกสาร โดยจะเพิ่มเติมข้อมูลบอกประเภทของสื่อเอกสารที่นำมาอ้างอิง วันที่สืบค้นข้อมูล และแหล่งที่มาของข้อมูล ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง (Author), ชื่อบทความ (Title of the article) [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง ยุทธนา พรหมณี, วิวัฒนาการทางความคิดเกี่ยวกับผู้นำ : ทฤษฎีภาวะผู้นำ [ออนไลน์]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 2556/3/17]. เข้าถึงได้จาก: WWW.pnCC.ac.th/pncc/wrod/re/r22.doc

การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ชื่อผู้แต่ง (Author), ชื่อบทความ (Title of the article) ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภท ของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ปีที่/เล่มที่: หน้า/about screen. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง วนิตา สติประเสริฐ, ยุวดี ลีลัคณาวิระ และพรนภา หอมสินธุ์, ผลการชี้แนะต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ วารสารการพยาบาลและการศึกษา [ออนไลน์]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2558/12/25]; 8 (3): 33-51. เข้าถึงได้จาก: http://www.scppk.com/_tps-13/marticle.php?id=113114