

This file has been cleaned of potential threats.

If you confirm that the file is coming from a trusted source, you can send the following SHA-256 hash value to your admin for the original file.

2161fc88bfc43f659913b62736323117e4e5a5009f180f01d424a1a02e19f152

To view the reconstructed contents, please SCROLL DOWN to next page.



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๑ มกราคม-มิถุนายน ๒๕๖๓ Vol. 7 No. 1 January - June 2020 ISSN 2408-0934

บทความวิจัย

- † ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการพยาบาลเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหายใจล้มเหลว งานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสุโขทัย
- † พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ
- † ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม

บทความวิชาการ

- † บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน
- † บริโภคอาหารอย่างไรให้ปลอดภัย ห่างไกลจากโควิด-19

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
College of Nursing Christian University of Thailand



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2563

Vol.7 No.1 January-June 2020

ISSN 2408-0934

เจ้าของ : มหาวิทยาลัยคริสเตียน

กองบรรณาธิการที่ปรึกษา :

- | | |
|-----------------------------------|--------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย | สิงห์ช่างชัย |
| 2. ศาสตราจารย์ ดร.อะเคื้อ | อุณหเลขกะ |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรภรณ์ | อารีย์ |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์สุรางค์ | เตชะบุญเสริมศักดิ์ |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี | อัศดรวิเศษ |
| 6. อาจารย์ ดร.เสาวนีย์ | กานต์เดชารักษ์ |

บรรณาธิการ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้

กองบรรณาธิการ :

- | | | |
|--|--------------|-------------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ | สิริธรรังศรี | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 2. ศาสตราจารย์ ดร.รุจา | ภูไพบูลย์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ศาสตราจารย์ ดร.วีณา | จิระแพทย์ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร.พรทิพย์ | มาลาธรรม | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ | ภิญโญภาสกุล | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ | กลัมพากร | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช | บุญยัง | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ | รวีวรกุล | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศพร | คำผลศิริ | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนนท์ | วรรณศิริ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันเอกหญิง ดร. นงพิมล | นิมิตรอนันท์ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรชนก | ศรีทุมมา | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร | รุจนเวช | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 14. อาจารย์ ดร.ปณณุช | พิมพ์ใจใส | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |

วัตถุประสงค์ (Aims)

1. เผยแพร่บทความวิจัยของสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
2. เผยแพร่บทความวิชาการของสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
3. เป็นแหล่งข้อมูลทางวิชาการด้านพยาบาลศาสตร์และด้านสุขภาพ

ขอบเขต (Scope)

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน รับพิจารณาตีพิมพ์บทความวิจัย (Research article) และบทความวิชาการ (Academic article) ในสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล บทความที่ส่งมาตีพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น บทความทุกเรื่องที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารจะได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการ กองบรรณาธิการและผ่านการประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) กระบวนการประเมินคุณภาพนี้ ทั้งผู้ทรงคุณวุฒิจะไม่ทราบว่าผู้แต่งเป็นใคร และผู้แต่งจะไม่ทราบว่าใครเป็นผู้ประเมินบทความของตน แบบ Double-blinded peer review โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายในและภายนอกสถาบันที่ตรงสาขาหรือเกี่ยวข้องกับสาขาไม่น้อยกว่า 2 ท่าน

นโยบาย (Open access policy)

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน มีนโยบายในการเปิดให้ผู้อ่านวารสารทุกคนเข้าถึงบทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ได้ทันทีเมื่อวารสารแต่ละฉบับจัดทำเสร็จสมบูรณ์ เพื่อให้สาธารณชนได้ใช้ประโยชน์ และเป็นการเผยแพร่ความรู้ในวงกว้าง สืบค้นอ่านบทความวิจัยและบทความวิชาการฉบับเต็ม (Full text) ได้จากเว็บไซต์วารสารที่ http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php

จริยธรรมในการตีพิมพ์และจัดทำวารสาร (Publication ethics)

หน้าที่ของผู้เขียน

1. ผู้เขียนต้องรับรองว่าบทความที่ส่งมาตีพิมพ์เป็นผลงานของผู้เขียนและผู้เขียนร่วมตามที่ชื่อปรากฏที่ระบุไว้จริง
2. หากเป็นบทความวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย ผู้เขียนต้องระบุแหล่งสนับสนุนการทำวิจัยไว้ในบทความ
3. บทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง ผู้เขียนต้องมีหลักฐานยืนยันได้ผ่านการพิจารณาการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลองแล้ว
4. ผู้เขียนต้องรับรองความถูกต้องของเนื้อหาและรับผิดชอบต่อความคิดเห็นหรือข้อสรุปในบทความที่ได้รับการตีพิมพ์

หน้าที่ของบรรณาธิการ

1. บรรณาธิการและกองบรรณาธิการ ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียนหรือผู้ประเมิน และไม่นำวารสารหรือบทความไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจ
2. พิจารณาคัดเลือกบทความตีพิมพ์ในวารสาร รวมทั้งพิจารณาบทความที่ผ่านกระบวนการประเมินบทความแล้ว โดยพิจารณาเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของวารสาร
3. ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ ในทุกกรณี
4. รักษามาตรฐานของวารสาร และพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพและทันสมัยอยู่เสมอ

หน้าที่ของผู้ประเมิน

1. พิจารณาคุณภาพของบทความโดยอาศัยความรู้ ความเชี่ยวชาญของตนเอง ภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการโดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว
2. ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งตีพิมพ์หรือข้อมูลผู้เขียนแก่บุคคลอื่นใดที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลาประเมินบทความ
3. ต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียน

กำหนดการออกวารสาร (Publication frequency)

- วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ ราย 6 เดือน
- ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน
- ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม

สถานที่ติดต่อ : คณะกรรมการจัดทำวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

144 หมู่ 7 ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

โทรศัพท์ : 034-388-555 ต่อ 3101-04, 2204 โทรสาร 034-274-500

e-mail : nursejournal@christian.ac.th หรือ olepingku@gmail.com

Website : http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php

จัดรูปเล่ม : ทีมเลขานุการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ออกแบบปก : ฝ่ายสื่อสารองค์กรและการตลาด มหาวิทยาลัยคริสเตียน

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewer)

1. ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย	สิงห์ช่างชัย	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
2. รองศาสตราจารย์ ดร. กนิษฐา	จำรูญสวัสดิ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญดา	ประจุศิลป์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา	อาจสันเทียะ	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
5. รองศาสตราจารย์ ดร. บำเพ็ญจิต	แสงชาติ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
6. รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องศรี	ศรีมรกต	มหาวิทยาลัยมหิดล
7. รองศาสตราจารย์ ดร. แสงทอง	ธีระทองคำ	มหาวิทยาลัยมหิดล
8. รองศาสตราจารย์ ดร. อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
9. รองศาสตราจารย์ ดร. อารี	ชีวกะสมสุข	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
10. รองศาสตราจารย์ สุรีย์พร	กฤษเจริญ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทรัตน์	เจริญสันติ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นงคราญ	วิเศษกุล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นฤมล	ปทุมรักษ์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรัชญานันท์	เพ็ญจรรยา	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนี	นามจันทรา	มหาวิทยาลัยรังสิต
16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีมณฑา	นิยมคำ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุมาพร	บุญญโสพรรณ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปราโมทย์	ทองสุข	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
19. อาจารย์ ดร. กิตติพร	เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

สารบัญ

หน้า

บทบรรณาธิการ Editor's Message

๗

บทความวิจัย

- | | | | |
|----------------------|--|---|-------|
| ❖ | ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วย
สูงอายุที่มีภาวะหายใจล้มเหลว งานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสุโขทัย
Effects of Using a Weaning Practice Guideline in Elderly Patients
with Respiratory Failure at a Critical Care Unit, Sukhothai Hospital | ศิริพร วงศ์จันทร์มณี
Siriporn
Wongchuntaramanee | 1-15 |
| ❖ | พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของนักศึกษามหาวิทยาลัย
แห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ
Unwanted Pregnancy Preventive Behaviors among Students at
a University in Chaiyaphum Province | อณัญญา ลาตุณ
Ananya Lulun | 16-29 |
| ❖ | ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม
Factors Affecting Food Consumption Behaviors of Elders in
Nakhon Pathom Province | วรรณดี สุทธิศักดิ์
Wandee Sutthisak | 30-49 |
|
 | | | |
| บทความวิชาการ | | | |
| ❖ | บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะซึมเศร้าแบบ
ผสมผสานสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน
The Role of Nurses in Promoting Health and Preventing
Depression for the Elderly in the Community | อรพิชา เกตุพันธ์
Onpicha Ketphan | 50-65 |
| ❖ | บริโภคอาหารอย่างไรให้ปลอดภัย ห่างไกลจากโควิด-19
Eating Habits for Staying Safe from COVID-19 | อัจฉรา ศรีสุภกรกุล
Achara
Srisuponkonkul | 66-76 |

บทบรรณาธิการ

จากการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (TCI) สำหรับวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 4 พ.ศ.2563-2567 เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2563 โดยมีวารสารทั่วประเทศเข้ารับการประเมินทั้งสิ้น 928 รายชื่อ เป็นที่น่ายินดีที่ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้รับการประเมินให้อยู่ในวารสารกลุ่มที่ 2 (TCI Tier 2) โดยศูนย์ TCI รับรองคุณภาพของวารสาร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ไปจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2567 ดังนั้นวารสารพยาบาลศาสตร์ฯ จึงบรรลุเป้าหมายแรกของการพัฒนาคุณภาพวารสารให้เป็นที่ยอมรับในวงการวิชาชีพการพยาบาล แต่การพัฒนาวารสารของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จะยังคงมีอย่างต่อเนื่องเพื่อเป้าหมายคุณภาพต่อไปคือการอยู่ในวารสารกลุ่มที่ 1 (TCI Tier 1)

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มีเนื้อหาสาระทางวิชาการด้านสุขภาพและการพยาบาล ทั้งงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการหยาเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหายใจล้มเหลว งานห้องผู้ป่วยหนัก พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม รวมถึงบทความวิชาการเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน และเรื่องที่เป็นปัจจุบันในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 คือการบริโภคอาหารอย่างไรให้ปลอดภัย ห่างไกลจากโควิด-19

นอกจากนั้น วารสารฉบับนี้ เป็นฉบับแรกของ พ.ศ.2563 ที่มีการปรับปรุงคำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับบทความสำหรับวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน รูปแบบบทคัดย่อ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) โดยบทความวิจัยและบทความวิชาการเหล่านี้ ผู้อ่านสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในวิชาชีพการพยาบาล ทั้งด้านการศึกษา การจัดการเรียนการสอนและการดูแลสุขภาพได้

ท้ายนี้ กองบรรณาธิการ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาประเมินคุณภาพของบทความวิจัยและบทความวิชาการ ก่อนการตีพิมพ์ทุกฉบับ และขอขอบคุณผู้เขียนที่ส่งบทความมาตีพิมพ์เผยแพร่ ผู้เขียนที่สนใจจะส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน สามารถศึกษาคำแนะนำได้จากเว็บไซต์วารสารที่ http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุณ ช่างไม้

บรรณาธิการ

ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการหยาเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหายใจล้มเหลว งานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสุโขทัย

ศิริพร วงศ์จันทร์ธน*
ศิริพร วงศ์จันทร์ธน*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการหยาเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหายใจล้มเหลว งานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสุโขทัย

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบวัดผลหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุโขทัย และได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับแนวปฏิบัติทางคลินิกการหยาเครื่องช่วยหายใจ ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการหยาเครื่องช่วยหายใจแบบเดิม เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคะแนนความรุนแรงของความเจ็บป่วย (APACHE II) และแบบบันทึกความสำเร็จและระยะเวลาในการหยาเครื่องช่วยหายใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบสถิติที และสถิติไคส์แควร์

ผลการวิจัย : กลุ่มทดลองภายหลังได้รับแนวปฏิบัติทางคลินิกการหยาเครื่องช่วยหายใจ มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการหยาเครื่องช่วยหายใจ น้อยกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการหยาเครื่องช่วยหายใจทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p>.05$) ส่วนอัตราความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกการหยาเครื่องช่วยหายใจที่มีการดูแลเป็น 3 ระยะ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุลดระยะเวลาการหยาเครื่องช่วยหายใจ และสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จมากขึ้น พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพควรนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่หยาเครื่องช่วยหายใจ เพื่อเป็นมาตรฐานทางการพยาบาลในการปฏิบัติงานห้องผู้ป่วยหนัก

คำสำคัญ: ผู้ป่วยสูงอายุ, ภาวะหายใจล้มเหลว, ห้องผู้ป่วยหนัก, แนวปฏิบัติทางคลินิกการหยาเครื่องช่วยหายใจ

Effects of Using a Weaning Practice Guideline in Elderly Patients with Respiratory Failure at a Critical Care Unit, Sukhothai Hospital

Siriporn Wongchuntaramanee*

Abstract

Purpose: The purpose of this research was to study the effects of using a ventilator weaning practice guideline for elderly patients with respiratory failure at a critical care unit, Sukhothai Hospital.

Design: Quasi-experimental research, posttest only.

Method: The samples consisted of 60 elderly patients with respiratory failure who had been admitted at the surgical critical care unit, Sukhothai Hospital and were in the process of weaning off a ventilator. A purposive sampling technique was used to recruit the samples, divided into an experimental group and a control group 30 patients for each group. The experimental group received the weaning practice guideline which the researcher developed from evidence-based practice, whereas the control group received the usual weaning practice. Research instruments consisted of a demographic questionnaire, APACHE II score, and a record of weaning time and success. Data were analyzed using descriptive statistic, t test, and chi square.

Main finding: The results revealed that the experimental group after receiving the weaning practice guideline for elderly patients, the mean score of weaning time was shorter than the control group. When comparing their mean scores of weaning time, there were no significant difference. ($p>.05$). However, the experimental group had significantly higher weaning success rate than the control group ($p<.05$)

Conclusion and recommendation: These findings suggest that the weaning practice guideline including 3 phases of care can reduce weaning time and increase weaning success rate for elderly patients. Therefore, nurses and health care providers should utilize this weaning practice guideline for caring patients when weaning off ventilator to enhance nursing standard in critical care unit.

Keywords: Elderly patient, Respiratory failure, Critical care unit, Weaning practice guideline

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2020; 7(1), 1-15

* Register Nurse at Surgical Critical Care Unit, Sukhothai Hospital

Corresponding author, e-mail: prc14293@yahoo.com

Tel. 08-6680-1245

Received: 10 April 2020,

Revised: 21 May 2020,

Accepted: 5 June 2020

ความสำคัญปัญหาของการวิจัย

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข ทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวและมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้สูงอายุหมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) หากผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองที่ดี จะช่วยให้มีสุขภาพที่ดี แต่บางรายมีปัญหาสุขภาพ เช่น โรคเรื้อรังเดิมกำเริบ หรือเกิดภาวะฉับพลันจากโรคใหม่ หรืออุบัติเหตุ ทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบต่างๆ ในร่างกาย บางรายเกิดผลกระทบที่รุนแรงจนเกิดภาวะหายใจล้มเหลว ทำให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และพักรักษาตัวดูแลอย่างใกล้ชิดที่ห้องผู้ป่วยหนัก แต่การใช้เครื่องช่วยหายใจอาจทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่ออันตราย และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ทำให้ถุงลมแตก มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด หรือมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร โดยเฉพาะภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบได้สูงถึงร้อยละ 8-28 (Boles et al., 2007) มีปัญหาสื่อสารลำบาก ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เครียด แบบแผนการนอนหลับถูกรบกวน ทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เพียงพอ และส่งผลให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหายใจล้มเหลว หลังจากได้รับการรักษาและแก้ไขภาวะโรคดีขึ้นแล้ว แพทย์จะพิจารณาให้ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจให้เร็วที่สุด

การหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยเปลี่ยนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ มาเป็นการหายใจด้วยตนเอง ซึ่งอาจทำได้ทันที หรือค่อยๆ ลดระดับการช่วยเหลือจากเครื่องช่วยหายใจ จน

ผู้ป่วยสามารถเลิกการใช้เครื่องช่วยหายใจ และหายใจด้วยตนเองได้ในที่สุด (ปรีชา อารังโพโรจน์, 2556) การหย่าเครื่องช่วยหายใจที่สำเร็จ หมายถึงผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง อาจถอดท่อช่วยหายใจออกได้ หรือยังได้รับออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจ โดยไม่กลับมาใช้เครื่องช่วยหายใจอีกภายใน 48 ชั่วโมง (บุญส่ง พงษ์สุนทร, 2547) การหย่าเครื่องช่วยหายใจมีหลายวิธี วิธีที่ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ 1) การหย่าแบบฉับพลัน (Abrupt weaning) 2) การหย่าแบบค่อยเป็นค่อยไป (Gradual weaning) และ 3) การทดสอบการหายใจเองโดย การทดลองถอดท่อช่วยหายใจให้ผู้ป่วยหายใจเอง (Sink or Swim: SOS) approaches of weaning หรือ trial of extubation (ทนันชัย บุญบุรพงค์, 2560) แต่ก็ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าวิธีใดที่เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เพราะมีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก การหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยสูงอายุ อาจมีความยากลำบากมากกว่าผู้ป่วยวัยอื่น เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจลดลง ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น เป็นต้น หากบุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่มีความชำนาญ การดูแลไม่ต่อเนื่อง ไม่เป็นองค์รวม และไม่ปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน จะส่งผลให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจล้มเหลวได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าใน การหย่าเครื่องช่วยหายใจนั้น ทีมผู้ดูแลจะต้องมีการประยุกต์แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guidelines [CPGs]) ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในหน่วยงาน หรือจัดทำเป็นแนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning protocol) เพื่อส่งเสริมกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่เป็นแบบแผน ชัดเจน จะช่วยให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นผลสำเร็จได้

งานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสุโขทัย เดิมเป็นหอผู้ป่วยหนักรวม มีจำนวนเตียง 13 เตียง ต่อมาเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2562 มีการแยกเป็น หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม จากการดำเนินงานหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยวิกฤติที่มีภาวะ หายใจล้มเหลวที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 70 เป็นผู้ป่วยสูงอายุ (งานสถิติและเวช ระเบียนหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เดือนพฤษภาคม, 2562) และจากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย กลุ่มดังกล่าว มีการใช้เครื่องช่วยหายใจเกินกว่า 24 ชั่วโมง โดยพบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนทำให้ ภาวะหายใจล้มเหลวดีขึ้น แพทย์จะเป็นผู้พิจารณา ทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และใช้รูปแบบการหย่า เครื่องช่วยหายใจหลายวิธี ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายมี ความยากง่ายที่แตกต่างกัน ถึงแม้จะมีแนวปฏิบัติ ทางคลินิกการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิมที่มี 6 สาระสำคัญในการดูแลผู้ป่วย คือ 1) การประเมิน ความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 2) การให้ข้อมูลและการเตรียมผู้ป่วยทางด้านจิตใจ 3) การเลือกรูปแบบในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 4) การเฝ้าระวังและติดตามการเปลี่ยนแปลงของ ผู้ป่วยระหว่างการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 5) การ ติดต่อประสานงานในทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 6) การ ประเมินผู้ป่วยก่อนถอดท่อทางเดินหายใจ แต่แนว ปฏิบัติทางคลินิกการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิม ไม่มีการแบ่งระยะในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และ ไม่มีการกำหนดกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลใน แต่ละระยะที่ชัดเจน ทำให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ หย่าเครื่องช่วยหายใจ มีความหลากหลายในการ ปฏิบัติพยาบาล จากการสำรวจและการสังเกตการ ปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจของพยาบาล

พบว่า บางเวรผู้ป่วยสูงอายุบางราย ต้องการการ เตรียมด้านจิตใจมากขึ้น เพราะขาดความมั่นใจใน การเริ่มหายใจเอง หรือผู้ป่วยสูงอายุบางรายอาจ ต้องการ การปรับเปลี่ยนรูปแบบการหายใจที่ เหมาะสมมากขึ้น หรือผู้ป่วยบางราย สับสนวุ่นวาย ขาดการติดต่อประสานงานกับแพทย์ มีการเฝ้า ระวังที่ไม่ต่อเนื่องและไม่ใกล้ชิดทำให้ผู้ป่วยสูงอายุ ดึงท่อช่วยหายใจออกเอง ทำให้การหย่าเครื่องช่วย หายใจไม่สำเร็จ

ผู้ศึกษาจึงประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการ หย่าเครื่องช่วยหายใจ ของสมาคมพยาบาลภาวะวิกฤติ สหรัฐอเมริกา (American Association of Critical Care Nurses: AACN, 1998 อ้างถึงใน Knebel, Shekleton, Burns, Clochesy, & Hanneman, 1998) ร่วมกับแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหย่า เครื่องช่วยหายใจ ที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบจาก การบูรณาการความรู้ หลักฐานเชิงประจักษ์ของ ศิริพร วงศ์จันทร์มณี (2549) นำมาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำมาทบทวนความรู้ ให้คำแนะนำและส่งเสริม ให้พยาบาลวิชาชีพงานห้องผู้ป่วยหนักมาใช้เป็น แนวทางเดียวกัน ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็น แนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีการบันทึกข้อมูลความสำเร็จ ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และข้อมูลของ ระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มี ภาวะการหายใจล้มเหลวที่ชัดเจนทั้ง 3 ระยะของ กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจและเป็นแนว ปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติตามได้ ก่อให้เกิดประโยชน์ แก่ผู้ป่วย ลดระยะเวลาการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ระยะเวลาการหย่าเครื่องช่วยหายใจสั้นลง และหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติทางคลินิกการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติทางคลินิกการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิม

2. เพื่อเปรียบเทียบความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติทางคลินิกการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจของสมาคมพยาบาลภาวะวิกฤตสหรัฐอเมริกา (AACN, 1998 อ้างถึงใน Knebel, Shekleton, Burns, Clochesy, & Hanneman, 1998) ซึ่งแบ่งกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Pre-weaning phase) 2) ระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning phase) และ 3) ระยะหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Post-weaning phase/weaning outcome) ร่วมกับ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ จากการบูรณาการความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ของศิริพร วงศ์จันทร์ (2549) นำมาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะของกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (แผนภาพที่ 1) ในการศึกษา แบ่งระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์เป็น 4 ระดับตามเกณฑ์ของการจัดแบ่งระดับของหลักฐาน สภาวิจัย

การแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย ได้จัดแบ่งระดับหลักฐานดังนี้

ระดับ 1 มาจากผลการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยที่งานวิจัยทั้งหมดมีการออกแบบวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม และมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (RCT)

ระดับ 2 มาจากผลการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยที่เป็นงานวิจัยทดลองทั้งหมดและเป็น RCT อย่างน้อย 1 เรื่องในจำนวนงานวิจัยทั้งหมด

ระดับ 2.1 มาจากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาเชิงทดลอง ที่มีกลุ่มควบคุม โดยที่เป็นการทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

ระดับ 2.2 มาจากผลการทบทวนงานวิจัยที่เป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (Cohort studies) หรือเป็นรายงานกรณีศึกษาแบบ Case control และมีกลุ่มควบคุมการทดลอง

ระดับ 2.3 ได้มาจากการทบทวนงานวิจัยที่มีการศึกษาเปรียบเทียบที่ใช้ Historical control หรือศึกษาเป็นหลายช่วงเวลา (time series) โดยไม่มีกลุ่มควบคุมการทดลอง

ระดับ 3 ได้มาจากการทบทวนงานวิจัยเชิงพรรณนาหรือได้มาจากการทบทวนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Expert opinion)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบวัดผลหลังการทดลอง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุโขทัย ด้วยภาวะหายใจล้มเหลว และอยู่ระหว่างการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างโดยการจับคู่ (Matching) ได้แก่ อายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี และมีคะแนนความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation: APACHE II score) ที่ต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน จำนวนรวม 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน คือ กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้แนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิม ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2562 ถึงเดือนตุลาคม 2562 กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน คือ กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้น ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2562 ถึงเดือนเมษายน 2563

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ .05 กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power Analysis) ที่ .80 และคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากการวิจัยของศุภลักษณ์ คุณศรี, ทวีศักดิ์ กลิผล, ดวงกมล วัตราดุลย์, และรัชณี นามจันทรา (2558) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการศึกษานี้ ได้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) = 1.08 จากการเปิดตารางการประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่างของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2017) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมเท่ากับ 50 คน การศึกษานี้ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 20% จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจของสมาคมพยาบาลภาวะวิกฤติสหรัฐอเมริกา (AACN, 1998 อ้างถึงใน Knebel, Shekleton, Burns, Clochesy, & Hanneman, 1998) ซึ่งแบ่งกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Pre-weaning phase) 2) ระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning-phase) และ 3) ระยะหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Post-weaning phase/weaning outcome) ร่วมกับแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบจากการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ของศิริพร วงศ์จันทร์มณี (2549) นำมาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำมาทบทวนความรู้ให้คำแนะนำและส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพหอดูแลผู้ป่วยหนักที่ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ นำแนวปฏิบัติทางคลินิกการหย่าเครื่องช่วยหายใจมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว คะแนนความรุนแรงของความเจ็บป่วย (APACHE II)

2.2 แบบบันทึก ICU Care ของโรงพยาบาลสุโขทัย ประกอบด้วยข้อมูล สัญญาณชีพ อุณหภูมิ SpO₂ setting ventilator coma scale ยาฉีด ยาพ่นที่ ผู้ป่วยได้รับ Intake/out put เป็นต้น

2.3 แบบบันทึกผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

2.3.1 ระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (นับเป็นชั่วโมง ถ้าเกิน 30 นาที ให้คิดเป็น 1 ชั่วโมง) ประกอบด้วยการบันทึก วัน/เวลาที่เริ่มใส่เครื่องช่วยหายใจ วัน/เวลาที่เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจ รูปแบบการหย่าเครื่องช่วยหายใจ วัน/เวลาที่ยุติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เหตุผลการยุติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ วัน/เวลาที่เลิกใช้เครื่องช่วยหายใจ วัน/เวลาที่ถอดท่อช่วยหายใจ และความสำเร็จการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยคำนวณระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยนำวัน/เวลาที่เลิกการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ลบด้วยวัน/เวลาที่เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจ

2.3.2 ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ แบ่งเป็นการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ และการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ ทั้งนี้การหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหายใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจครั้งแรก โดยที่ผู้ป่วยสามารถหายใจได้ด้วยตัวเอง และไม่กลับไปใช้เครื่องช่วยหายใจอีกภายใน 48 ชั่วโมง ส่วนการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ที่ได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจครั้งแรก โดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้ด้วยตัวเองได้ และกลับไปใช้เครื่องช่วยหายใจอีกภายใน 48 ชั่วโมง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ค่าความตรงทางด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.8

ส่วนแนวปฏิบัติทางคลินิกการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกันกับกลุ่มตัวอย่าง 5 คน เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือตามความเห็นผู้ทรง แล้วนำปัญหาและอุปสรรคที่พบในการทดลอง มาวิเคราะห์และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมก่อนนำไปทดลอง ใช้จริงกับกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มทดลองข้อนี้ไม่ได้หาค่าความเชื่อมั่นเพราะเป็นแนวปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณรณาคำนวณหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติทางคลินิกการหย่าเครื่องช่วยหายใจ แบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติทางคลินิกการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิม โดยใช้สถิติการทดสอบค่าที (Independent t- test) และเปรียบเทียบความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการเพื่อขออนุญาตทำการวิจัย และเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม พยาบาลหัวหน้าเวรพยาบาลเจ้าของไข้ในหน่วยงาน และแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย และขออนุญาตในการทำวิจัย รวมถึงการใช้อุปกรณ์ และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัย อธิบาย ให้ความรู้และให้คำแนะนำ ในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการหยาเครื่องช่วยหายใจทั้ง 3 ระยะของกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจ ให้แก่พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หลังจากนั้นเริ่มเก็บข้อมูลทั่วไปและดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง ดังนี้

ระยะที่1 ระยะก่อนหยาเครื่องช่วยหายใจ (Pre- weaning phase) มีการดำเนินการดังนี้

1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ก่อนที่จะหยาเครื่องช่วยหายใจทุกวัน เวลาเช้า ตามเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้ ดังนี้

1.1 สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะ หายใจล้มเหลวจนต้องใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วย ได้รับการแก้ไขแล้ว (ระดับ 2A)

1.2 มีการแลกเปลี่ยนก๊าซ ออกซิเจนที่เพียงพอ โดยวัดได้จากค่า PaO_2/FiO_2 ratio > 150-200 หรือ $Sat O_2$ > 90% ขณะใช้ FiO_2 < 0.4-0.5 หรือใช้ PEEP < 5 cmH₂O (ระดับ 2B)

1.3 ระบบการไหลเวียนของโลหิต คงที่ โดยไม่มีการใช้ยากลุ่ม Inotropic หรือใช้ในขนาด < 5 μ g/Kg/min (ระดับ 2B)

1.4 Rapid Shallow Breathing Index (RSBI) $\leq$ 105 breaths/min/L (ระดับ 3.2B)

1.5 ไม่มีไข้ (ระดับ 3.2B)

1.6 สารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์สมดุล ระดับโปตัสเซียม 3.5-4.5 mEq/L (ระดับ 3.2B)

1.7 ระดับความเข้มข้นของเลือด (Hct) > 25% (ระดับ 3.2B)

1.8 สามารถควบคุมความเจ็บปวด ได้ Pain score $\leq$ 5 (ระดับ 3.2B)

2. ประสานงานกับแพทย์ผู้รักษา และร่วมวางแผนการหยาเครื่องช่วยหายใจ (ระดับ 4A)

3. ให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อม ทางด้านจิตใจ (ระดับ 4A) ดังนี้

ระยะที่ 2 ระยะหยาเครื่องช่วยหายใจ (weaning-phase) มีการดำเนินการดังนี้

1. วางแผนร่วมกับแพทย์ในการหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาเลือก วิธีการหยาเครื่องช่วยหายใจตามความเหมาะสม กับผู้ป่วยแต่ละราย (ระดับ 4A)

2. เฝ้าระวัง และติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

3. จัดให้มีบุคลากรยืนอยู่ข้างเตียงผู้ป่วยในระหว่างเริ่มต้น โดยเฉพาะช่วง 3-5 นาที แรกของการหยาเครื่องช่วยหายใจ (ระดับ 4A)

4. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยขณะได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง อย่างต่อเนื่อง (ระดับ 4A) และ/หรือยุติการหยาเครื่องช่วยหายใจถ้าผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองต่อไปได้ ตามเกณฑ์การยุติการหยาเครื่องช่วยหายใจ เช่น อัตราการหายใจมากกว่า 30 หรือน้อยกว่า 10 ครั้งต่อนาที ระดับความรู้สึกตัวลดลง ระดับ SpO_2 น้อยกว่า 90% เป็นต้น (บุญส่ง พัจจนสุนทร, 2547, ทนินชัย บุญบุรพงค์, 2560)

5. ส่งเสริมให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยทีมสุขภาพมีการพูดคุยและอธิบายให้ผู้ป่วยเป็นระยะๆ ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัว (ระดับ 4A)

6. ประสานงานและปรึกษาหารือร่วมกับแพทย์ถ้าผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุและแก้ไขปัญหา (ระดับ 4A)

7. ทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมส่งเสริมให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล เพื่อให้มีกำลังใจในการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ (ระดับ 4A)

8. ส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเพื่อให้มีความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่อง (ระดับ 4A) เช่น การฝึกบริหารการหายใจในผู้ป่วยที่รู้สึกตัว เวลละ 1 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที และฝึกการไออย่างถูกวิธี พร้อมดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ตามการรักษาของแพทย์

ระยะที่ 3 ระยะหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (post-weaning phase weaning outcome) มี การดำเนินการดังนี้

1. ฝ้าระวัง และติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง หลังการเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่อง (ระดับ 4A)

2. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจ (O₂ T- piece) หลังการเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่ยังไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้

3. ประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจตามเกณฑ์ (ระดับ 2B)

4. ปรึกษาหารือร่วมกับแพทย์เพื่อถอดท่อช่วยหายใจ

5. ดูแลผู้ป่วยหลังถอดท่อช่วยหายใจ ออกอย่างใกล้ชิด (ระดับ 4A)

6. มีการจดบันทึกการฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในแผ่นบันทึกการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หรือ ICU Care Record (ระดับ 4A)

7. ประสานงานและปรึกษาหารือร่วมกับแพทย์ถ้าผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุและแก้ไขปัญหาจนอาการดีขึ้น แล้วเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อเริ่มการหย่าเครื่องช่วยหายใจใหม่ (ระดับ 4A)

8. บันทึกความสำเร็จและระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในแผ่นบันทึกการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หรือ ICU Care Record (ระดับ 4A)

4. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหายใจล้มเหลว และแพทย์พิจารณาให้หย่าเครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้ พยาบาล หัวหน้าเวร พยาบาลเจ้าของไข้ในหน่วยงาน เพื่อขอความร่วมมือให้ผู้วิจัยได้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยสูงอายุ ทุกระยะของกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

5. ผู้วิจัย และหัวหน้าเวร/พยาบาลเจ้าของไข้ สังเกตอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการหย่าเครื่องช่วยหายใจทุกราย ทั้ง 3 ระยะของกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พร้อมบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยใน และแบบบันทึก ICU care

6. ผู้วิจัย และหัวหน้าเวร/พยาบาลเจ้าของไข้ บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและ บันทึกผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และบันทึกสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวซ้ำจนต้องยุติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (ถ้ามี)

7. หลังจากผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองแล้ว จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม โดยวิธีการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective review) ของผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้าจากเวชระเบียน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2562 ถึงเดือนตุลาคม 2562 จำนวน 30 คน ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม โดยใช้เกณฑ์ในการคำนวณระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และการประเมินความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

8. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมข้อมูลได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการทำหนังสือขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เลข IRB 47/2562 การศึกษานี้ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการบริการและการดูแลรักษาพยาบาล โดยระหว่างดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีการเฝ้าระวังความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse events) ผลการวิจัยไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 และมีอายุอยู่ในช่วง 60-64 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.67 มีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 70.63 ปี และ

70.97 ปี ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.20 และ 7.29 ตามลำดับ โรคที่ทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว ส่วนใหญ่เป็นโรคทางศัลยกรรมประสาท คิดเป็นร้อยละ 43 เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม รองลงมาคือกลุ่มโรคทางศัลยกรรมทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 30 เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 80 และ 83.33 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีระดับคะแนน APACHE II เฉลี่ยเท่ากับ 18.53 และ 18.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.90 ทั้ง 2 กลุ่ม รูปแบบการหย่าเครื่องช่วยหายใจส่วนใหญ่เป็นแบบ Gradual Weaning คิดเป็นร้อยละ 53.33 และ 66.67 ตามลำดับ จำนวนวันใส่เครื่องช่วยหายใจก่อนหย่ามีค่าเฉลี่ยจำนวนวันใส่เครื่องช่วยหายใจเท่ากับ 9.73 วัน และ 9.43 วัน ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.34 และ 7.13 ตามลำดับ

ระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 246.23 ชั่วโมง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 150.11 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 228.13 ชั่วโมง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 152.04 ชั่วโมง เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของกลุ่มควบคุมมีจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.33 ส่วนกลุ่มทดลองมีจำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.67 เมื่อเปรียบเทียบความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ผลลัพธ์	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		t	P-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ระยะเวลาในการหย่า เครื่องช่วยหายใจ (ชั่วโมง)	246.23	150.11	228.13	152.04	.443	.661

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

ผลลัพธ์	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		X ²	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สำเร็จ	19	63.33	26	86.67	7.972	.01
ไม่สำเร็จ	11	36.67	4	13.33		

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้น มีระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมซึ่งใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบเดิม ($p>.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรพันธ์ วงศ์คำพันธ์ (2562) ที่ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม พบว่าระยะเวลาของการหย่าเครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มทดลองลดลงและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=.13$) ทั้งนี้ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของ

กลุ่มควบคุมเท่ากับ 246.23 ชั่วโมง ในขณะที่กลุ่มทดลองใช้เวลาเฉลี่ย 228.13 ชั่วโมง ซึ่งนับว่าเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเป็นผู้สูงอายุ มีระดับความรุนแรงของโรคมามาก และมีโรคประจำตัว ได้รับเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของปอดจากความเสื่อมถอยของร่างกายตามวัย ทำให้ความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อปอดและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยในการหายใจลดลง นอกจากนี้การทำงานของฝาปิดกล่องเสียงมีความไวลดลง รีเฟล็กซ์การขย้อนและการไอลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมไม่ดี และเสี่ยงติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย จึง

ส่งผลให้ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุใช้ระยะเวลาการหยาเครื่องช่วยหายใจยาวนานขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย เกิดกล้ามเนื้ออ่อนล้าไม่มีแรงในการหายใจ เกิดความไม่สมดุลของกรด ด่าง ต้องมีการแก้ไขเป็นระยะๆ จึงทำให้ระยะเวลาในการหยาเครื่องช่วยหายใจยาวนานขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเยาวลักษณ์ วุฒิยาสาร, ฐิตินันท์ วัฒนชัย, นิภาดา ธารีเพียร และพรรณราย สุนทรจามร (2559) ที่พบว่า โรคประจำตัวและอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการหยาเครื่องช่วยหายใจ ($p=.001$, $p<.001$ ตามลำดับ)

นอกจากนี้ ผลการศึกษาเกี่ยวกับความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ามีอัตราการหยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ คิดเป็นร้อยละ 63.33 และ 86.67 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ซึ่งอธิบายได้ว่าการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหยาเครื่องช่วยหายใจมาใช้ บนพื้นฐานแนวคิดของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้เกิดการปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best practice) ทั้ง 3 ระยะของการหยาเครื่องช่วยหายใจ (ศิริพร วงศ์จันทร์มณี, 2549) ตั้งแต่ระยะก่อนการหยาเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวเกิดความมั่นใจและลดความกลัวลง ต่อมาในระหว่างการหยาเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังติดตามและ

ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีการฝึกบริหารการหายใจในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวเวลละ 1 ครั้ง ครึ่งละ 15 นาที และฝึกการไออย่างถูกวิธี ทำให้การทำหน้าที่ของปอดดีขึ้น และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ตามการรักษาของแพทย์ ทำให้กล้ามเนื้อของผู้ป่วยไม่ลีบเล็ก มีแรงในการหายใจมากขึ้น ส่วนในระยะหลังการหยาเครื่องช่วยหายใจ ได้มีการประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจทุกครั้ง รวมทั้งมีการประเมินผลความสำเร็จของการหยาเครื่องช่วยหายใจตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ถ้าผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ทีมแพทย์และพยาบาลจะร่วมมือการค้นหาและแก้ไขสาเหตุ ปรับแผนการดูแลให้เหมาะสม เพื่อเริ่มการหยาเครื่องช่วยหายใจใหม่ในวันต่อไป จากการประสานงานและความร่วมมือกันของทีมแพทย์และพยาบาล ทำให้มีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงมีผลทำให้การหยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอรนุช วรรณกุล (2561) ที่พบว่า การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของจิตรศิริ ดันติชาติกุล และวนิดา เคนทองดีปี (2556) ที่พบว่าผลจากการใช้แนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ ความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 56.90 เป็นร้อยละ 90.05 นอกจากนี้ พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม มีโอกาสได้รับข้อมูลและ

คำแนะนำเกี่ยวกับแบบแผนการปฏิบัติพยาบาลที่ชัดเจน เกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ทั้ง 3 ระยะจึงอาจทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะและการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพควรนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่หย่าเครื่องช่วยหายใจ เพื่อเป็นมาตรฐานทางการพยาบาลในการปฏิบัติงานห้องผู้ป่วยหนัก

2. ผู้บริหารควรมีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่นให้เหมาะสมกับบริบท เพื่อส่งเสริมความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยสูงอายุให้มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุแต่ละโรค เพื่อจะได้พัฒนาและปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมกับสภาวะโรคของผู้ป่วยให้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- งานสถิติและเวชระเบียนหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสุโขทัย. (2562). *สถิติประจำปี หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม*. สุโขทัย: โรงพยาบาลสุโขทัย.
- จิตรศิริ ตันติชาติกุล และวนิดา เคนทองดี. (2556). การพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการดูแลผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ. *วารสารกองการพยาบาล*, 40(3), 25-36.
- บุญส่ง พัจนสุนทร. (2547). Difficult weaning. ใน ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล และดุสิต สถาวร (บ.ก), *Critical care: guideline and standards* (น. 179-189). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด.
- พนันชัย บุญบุรพงค์. (2560). Basic Weaning. ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, และเพชร วัชรสินธุ์ (บ.ก), *Mechanical ventilation: The essential* (น. 395-411). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรส์ จำกัด.
- ปรีชา อารังโพโรจน์. (2556). Weaning from Mechanical Ventilator. ใน เอกรินทร์ ภูมิพิเชษ (บ.ก), *เวชบำบัดวิกฤตพื้นฐาน* (น. 407-483). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรส์ จำกัด.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). *สถานการณ์ ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๘*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

- เยาวลักษณ์ วุฒิสาร, จิตินันท์ วัฒนชัย, นิภาดา ธารีเพียร และพรรณราย สุนทรจามร. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยอายุรกรรม. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 34(4), 89-96 .
- วัชรพันธ์ วงศ์คำพันธ์. (2562). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์*, 3(2), 56-71.
- ศิริพร วงศ์จันทร์มณี. (2549). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสุโขทัย. (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุภลักษณ์ คุณศรี, ทวีศักดิ์ กสิผล, ดวงกมล วัตราดุลย์, และรัชณี นามจันทร์. (2558). ผลของรูปแบบการหย่าเครื่องช่วยหายใจร่วมกับแรงสนับสนุนจาก ครอบครัวต่อความสำเร็จ และระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 26(1), 73-88.
- อรนุช วรรณกุล. (2561). การพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤติ ศัลยกรรม โรงพยาบาลพัทลุง. *Krabi Medical Journal*, 1 (2), 20-28.
- Boles. J. M., Bion, J., Connors, A, Herridge, M., Marsh B, Melot C, et al. (2007). Weaning from mechanical ventilation. *European Respiratory Journal*, 29(5), 1033-56.
- Knebel, A. R., Shekleton, M., Burns, S., Clochesy, J., & Hanneman, S. (1998). Weaning from mechanical ventilator support: refinement of a model. *American Journal of Critical Care*, 7(2), 149-52.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters & Kluwer.

พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ

อณัญญา ลาลูน,* สุวรรณิ มณีศรี**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงสำรวจ

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 363 คน ทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) และเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบบังเอิญ (accidental sampling) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย: นักศึกษามากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.92 มีอายุระหว่าง 20-21 ปี ร้อยละ 63.36 ส่วนมากเป็นนักศึกษาในชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 30.57 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่หอพักนอกมหาวิทยาลัย ร้อยละ 65.28 ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละของนักศึกษาที่มีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ทางบวกโดยปฏิบัติเฉลี่ย 6-7 วัน/สัปดาห์มากที่สุด คือการขอคำปรึกษาจากผู้ปกครองเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์มากที่สุดร้อยละ 55.92 รองลงมาคือการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์หรือมีวิธีป้องกันการตั้งครรภ์อย่างได้ผลดีกับทุกฝ่าย ร้อยละ 52.61 ส่วนร้อยละของนักศึกษาที่มีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ทางลบโดยเฉลี่ย 6-7 วัน/สัปดาห์ ใน 3 อันดับแรกคือ 1) เมื่ออารมณ์เสียกับครอบครัวจะพาลหนีออกจากบ้าน ร้อยละ 74.93 2) ดูวิดีโอที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศโดย ร้อยละ 74.10 และ 3) เพื่อดูสื่อลามกหรือภาพโป๊ที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 72.45

สรุปและข้อเสนอแนะ: จากผลการศึกษาครั้งนี้แม้นักศึกษามีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ทางบวกบ้าง แต่ยังมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ทางลบ จำเป็นที่หน่วยงานพัฒนานักศึกษาควรส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และควรรณรงค์การป้องกันการตั้งครรภ์และออกเยี่ยมหอพักนักศึกษาตามสถานที่ภายนอกมหาวิทยาลัยเป็นระยะๆ เพื่อส่งเสริมการมีพฤติกรรมเชิงบวกให้มากขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกัน, การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์, นักศึกษามหาวิทยาลัย

Unwanted Pregnancy Preventive Behaviors among Students at a University in Chaiyaphum Province

Ananya Lalun,* Suwannee maneesi**

Abstract

Purpose: This survey research aimed to study the unwanted pregnancy preventive behaviors among students at University in Chaiyaphum Province

Design: Survey Research

Methods: The Sample group used in this research were 363 students studying at a university in Chaiyaphum province. Samples were selected by Multi-stage random sampling and accidental sampling. Data were analyzed by descriptive statistics such as frequency and percentage.

Main findings: The results showed that more than half of the students were female (55.92%), age between 20-21 year old (63.36%), most of them were in their first year (30.57%) and staying outside the university (65.28%). Percentage of students with positive unwanted preventive behaviors, on average 6-7 days / week was to ask for advice from parents when having problems with sexual health or having a boyfriend at most (55.92%), followed by avoiding the risk of having sex or having effective ways to prevent pregnancy with good cultivation for all parties (52.61%). The percentage of students who have negative preventive behaviors, on average of 6-7 days/ week in the top 3 was 1) escape from the family when upset with them (74.93%), 2) watch videos with sex content with friends of the opposite sex, (74.10%), and 3) watch pornographic images/ pictures related to having sexual relationship (72.45%).

Conclusion and recommendations: Although the results of this study revealed that students had positive behaviors to prevent unwanted pregnancy in some way, they also had negative preventive behaviors. It is imperative that student development unit of the university should emphasize in promoting appropriate behaviors to prevent unwanted pregnancies, and should visit dormitories outside of the university periodically in order to promote more positive behaviors.

Keywords: Preventive Behaviors, Unwanted Pregnancy, University Students

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2020; 7(1), 16-29

* Instructor, Faculty of Nursing, Rajabhat University

** Instructor, Faculty of Nursing, Western university, Burirum

Corresponding author, e-mail: mininok.120422@gmail.com, Tel.062-6514996

Received: 10 April 2020,

Revised: 10 June 2020,

Accepted: 15 June 2020

ความสำคัญปัญหาของการวิจัย

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ทั่วโลกให้ความสำคัญรวมทั้งในประเทศไทยนอกจากนี้ยังเป็นปัญหาด้านประชากรที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ที่ผ่านมามีประเทศไทยให้ความสำคัญในเรื่องนี้เป็นอย่างมาก โดยได้มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนพยายามหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างจริงจัง อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงในทุกด้าน โดยเฉพาะสื่อและเทคโนโลยีส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตของบุคคลทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะวัยรุ่นประกอบกับสื่อต่างๆ ที่มีเนื้อหาเอื้อต่อการมีเพศสัมพันธ์อย่างอิสระ การขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์นำมาสู่ปัญหาที่ยากแก่การแก้ไขได้ (ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์ และขวัญใจ เพทายประกายเพชร, 2559; มาลีวัลย์ เลิศสาครศิริ, 2557) ในปัจจุบันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นนำไปสู่การทำแท้งนับวันยิ่งทวีความรุนแรงนำไปสู่ปัญหาสังคมเป็นสาเหตุหลักของการป่วยและตายจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยในวัยรุ่นประกอบกับวัยรุ่นเป็นวัยที่อยากรู้อยากลองสิ่งแปลกใหม่ และบางส่วนเป็นวัยที่กำลังเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาและมีทักษะในการดำรงชีวิตต่างกัน (พันธุ์ทิพย์ บุญเกื้อ, 2560; Thongnopakunet al., 2018) ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ได้ (เนตรนภา พรหมา, จรวยพร สุภาพ, กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ และสุปรียา ตันสกุล, 2556) เช่น การไม่สวมถุงยางอนามัย ความรู้ในการคุมกำเนิด พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์การทำตาม

เพื่อน เป็นต้นทำให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์เร็วในช่วงวัยรุ่น มีปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ง่ายสำหรับประเทศไทยพบว่าอัตราการคลอดในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในช่วงปี พ.ศ. 2543-2555 โดยอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เพิ่มจากร้อยละ 31.1 เป็นร้อยละ 53.4 ในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี เพิ่มจากร้อยละ 0.5 เป็นร้อยละ 1.8 และใน พ.ศ. 2556-2561 อัตราการคลอดในวัยรุ่นทั้ง 2 กลุ่มอายุถึงแม้จะลดลงเรื่อยๆ เป็นร้อยละ 35.0 ในหญิงที่มีอายุ 15-19 ปี และร้อยละ 1.2 ในหญิงที่มีอายุ 10-14 ปี แต่กลับยังพบว่าอัตราการคลอดบุตรในวัยรุ่นไทยอายุ 15-19 ปี ในปี พ.ศ 2561 สูงถึงร้อยละ 36.3 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2563) ซึ่งถ้าหากเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จึงกลายมาเป็นปัญหาและส่งผลกระทบเป็นอย่างมากทั้งต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคมรวมถึงประเทศชาติอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (วรรณ จัตระศรี, ชัยวุฒิ บัวเหนียว และสังคม ศุภรัตน์กุล, 2561)

ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นนั้น ถือว่าเป็นปัญหาทางสังคมที่สำคัญ และเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับเยาวชนและสถานศึกษา ประกอบกับวัยรุ่นเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาของประเทศในอนาคต ที่ผ่านมามีความเข้าใจของประชาชนส่วนใหญ่เห็นว่าเรื่องเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องต้องห้ามไม่ควรพูดถึง จึงอาจทำให้กลุ่มวัยรุ่นสนใจอยากรู้อยากเรียนรู้ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สื่ออินเทอร์เน็ต การเลียนแบบพฤติกรรมทางเพศมีส่วนเป็นปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (วรรณ จัตระศรี, ชัยวุฒิ บัวเหนียว และสังคม ศุภรัตน์กุล, 2561)

เนื่องจากทุกวันนี้สื่อต่างๆ สามารถเข้าถึงได้ง่าย วัยรุ่นมีโอกาสมพบกันได้อย่างรวดเร็ว การได้มาซึ่งข้อมูลของกลุ่มวัยรุ่นจึงแตกต่างกัน ไม่รู้ข้อเท็จจริงหรือข้อมูลบางอย่างอาจไม่น่าเชื่อถือได้ ทำให้วัยรุ่นบางส่วนอาจมีทัศนคติ ค่านิยมในการมีเพศสัมพันธ์ การเปลี่ยนคู่นอน การไม่สวมถุงยางอนามัยหรือความเชื่อในเรื่องเพศสัมพันธ์แตกต่างกัน และอาจเป็นสาเหตุหนึ่งนำไปสู่การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้ (Henoket al., 2015) ซึ่งการล่วงละเมิดทางเพศถูกกระทำรุนแรง และเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยจะทำให้เกิดโรคติดต่ออื่นๆแล้วยังนำไปสู่การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2561; มณฑิลา รักศิลป์, 2561) นอกจากนี้การตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นอาจมีหลายสาเหตุด้วยกัน เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกัน ไม่รู้วิธีการป้องกัน การท่องเที่ยวในสถานเริงรมย์ต่างๆ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดส่งผลให้วัยรุ่นขาดสติสัมปชัญญะ ขาดการยั้งคิด ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ดี มีเพศสัมพันธ์กันง่าย ละเลยการป้องกัน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ สิ่งที่ตามมาคือ การตั้งครรภ์ การทำแท้ง และอันตรายที่เกิดจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย บางรายส่งผลต่อชีวิตได้ ทั้งด้านการศึกษาเล่าเรียน อาจต้องหยุดการเรียนกลางคันหรือเรียนไม่จบ เป็นต้น (พิมพ์ดี โรจน์เรืองนนท์, อลิสา นิติธรรม และสุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย, 2560) ดังนั้นปัญหาที่ปรากฏขึ้นส่งผลกระทบต่ออย่างเป็นลูกโซ่และเรื้อรังนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างลำบาก

จังหวัดชัยภูมิเป็นจังหวัดหนึ่งในเขตนครชัยบุรินทร์ โดยในปี พ.ศ. 2559, 2560 และ ปี พ.ศ. 2561 พบว่าสถิติการคลอดบุตรในสตรีที่มีอายุ 10-14 ปี อยู่ที่ร้อยละ 1.8, 1.3 และ 1.7 ต่อประชากร 1,000 คน ตามลำดับ และสตรีที่มีอายุ 15-19 ปี

พบร้อยละ 43.3, 41.8 และ 37.5 ตามลำดับ (สำนักอนามัยเจริญพันธุ์, 2563) และถึงแม้ว่ามีแนวโน้มจะลดลงแต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วก็ยากแก่การดูแลและแก้ไขกลายเป็นปัญหาที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น และพบว่าส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในวัยรุ่น ที่พบเป็นส่วนใหญ่และกำลังศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษา (พิมพ์ดี โรจน์เรืองนนท์, อลิสา นิติธรรม และสุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย, 2561) ดังนั้นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์เป็นปัญหาที่ต้องร่วมกันป้องกันและแก้ไขในทุกภาคส่วนโดยเฉพาะวัยรุ่นเป็นวัยที่เป็นกำลังที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์จะนำมาสู่ปัญหา รวมถึงผลกระทบที่สัมพันธ์กันเป็นลูกโซ่ ประกอบกับการดำเนินชีวิตของวัยรุ่นในบริบทพื้นที่ต่างๆ มีความแตกต่างกัน ดังนั้นปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นหากได้ทราบสาเหตุที่แท้จริงของการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้ไม่มากนักน้อย นอกจากนี้การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นและอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้นว่าเป็นการศึกษาผลที่ปลายเหตุ ผู้ที่เกี่ยวข้องจึงต้องช่วยเหลือและร่วมกันแก้ไขปัญหาดังกล่าว (พันธ์ทิพย์ บุญเกื้อ, 2560) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิเพื่อนำความรู้หรือข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษามาใช้ประโยชน์ในการออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างตรงประเด็นให้มากที่สุดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นกลุ่มนี้ นอกจากนั้นยังเป็นข้อมูลที่ดีในการให้ความรู้ การเฝ้าระวัง รวมถึงเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาแก่นักศึกษาได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ นักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งใน จังหวัดชัยภูมิ ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ซึ่งประกอบไปด้วย ทั้งหมด 6 คณะ คือ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ คณะบริหารธุรกิจ คณะครุศาสตร์ และโครงการจัดตั้งคณะวิศวกรรมศาสตร์ ทั้งหมดจำนวน 3,840 คน (กองบริการนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, 2562)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ซึ่งมีทั้งหมด 6 คณะ มีดังนี้ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ คณะบริหารธุรกิจ คณะครุศาสตร์ โครงการจัดตั้งคณะวิศวกรรมศาสตร์ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โดยใช้สูตรของทาร์โรว์ ยามาเน่ (วรณี แกมเกตุ, 2555) $n = N / (1 + N(e^2))$ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ซึ่งจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 363 คน ทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) และเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สร้างจากการทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเป็นแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร สำหรับสตรีไทยวัยรุ่นอายุ 15-21 ปี ของกองสุขศึกษากระทรวงสาธารณสุข (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบไปด้วย เพศ อายุ คณะ ชั้นปี ที่พัก รายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 2 ข้อ และข้อความทางลบ 13 ข้อ โดยมีการแบ่งระดับความถี่จากมากที่สุดคือ ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์ ถึงไม่ได้ปฏิบัติเลย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ 0.84 และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาในอีกสถาบันหนึ่งที่มีบริบทคล้ายกันจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเป็นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha-Cronbach) เท่ากับ 0.65

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลไปคณะต่างๆ เพื่อขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย พร้อมชี้แจงแบบสอบถามและรายละเอียดของการเก็บข้อมูลให้หน่วยงานได้รับทราบล่วงหน้า 2 สัปดาห์ ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และเข้าชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยและข้อคำถามต่างๆ ที่กลุ่มตัวอย่างสงสัย เช่น วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย การปกปิดความลับ เปิดโอกาสให้ซักถามและตัดสินใจ พุดคุยให้เข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้ให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 363 คน โดยผู้วิจัยเก็บรวมข้อมูลด้วยตัวเองและตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ได้จำนวนทั้งสิ้น 363 ฉบับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การทำวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ 013/2562 ในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยและสอบถามความสมัครใจในการร่วมโครงการวิจัย ให้สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมและตอบแบบสอบถาม รวมทั้งได้ชี้แจงรายละเอียดต่างๆ การรักษาความลับและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้ตอบ

แบบสอบถามได้ยินดีและลงนามในใบยินยอมให้เก็บข้อมูลในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ การหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.92 เพศชาย ร้อยละ 44.07 ส่วนมากมีอายุอยู่ระหว่าง 20-21 ปีมากที่สุด ร้อยละ 63.36 อายุ 18-19 ปี ร้อยละ 36.63 เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มากที่สุด ร้อยละ 30.57 ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 26.72 และชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 23.41 นักศึกษาพักอาศัยที่หอพักภายนอกมหาวิทยาลัยมากที่สุด ร้อยละ 65.28 ส่วนมากได้รับรายได้ 1,000-5,000 บาท/เดือนมากที่สุด ร้อยละ 62.80 ตามลำดับดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามเพศ อายุ คณะ ที่พักอาศัยและรายได้

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	160	44.07
หญิง	203	55.92
อายุ		
18-19ปี	133	36.63
20-21ปี	230	63.36
ระดับการศึกษา		
ชั้นปีที่ 1	111	30.57
ชั้นปีที่ 2	70	19.28
ชั้นปีที่ 3	97	26.72
ชั้นปีที่ 4	85	23.41
ที่พักอาศัย		
บ้านเช่า	33	9.09
บ้านตนเอง	43	11.84
หอพักในมหาวิทยาลัย	50	13.77
หอพักนอกมหาวิทยาลัย	237	65.28
รายได้		
1,000-5,000 บาท	228	62.80
5,001-10,000 บาท	115	31.68
มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป	17	4.68
รวม	363	100

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ทางบวกและมีความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย 6-7 วัน/สัปดาห์มากที่สุด คือการขอคำปรึกษาจากผู้ปกครองเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศหรือเกี่ยวกับการปรับตัวทางเพศหรือการมีเพื่อนชายมากที่สุดร้อยละ 55.92 รองลงมาคือการหลีกเลี่ยง

ความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์หรือมีวิธีป้องกันการตั้งครรภ์อย่างได้ผลดีกับทุกฝ่าย ร้อยละ 52.61 สำหรับพฤติกรรมทางลบที่ปฏิบัติส่วนโดยเฉลี่ย 6-7 วัน/สัปดาห์มากที่สุด คือการหงุดหงิดอารมณ์เสียกับครอบครัวจะพาลหนีออกจากบ้าน ร้อยละ 74.93 รองลงมา คือ การดูวิดีโอด้วยกันที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 74.10 และการเปิดดูภาพลามกที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 72.45 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละของพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ

ข้อปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์				
	6-7วัน/ สัปดาห์	4-5วัน / สัปดาห์	3 วัน / สัปดาห์	1-2วัน/ สัปดาห์	ไม่ได้ ปฏิบัติ
1. ถ้าเพื่อนชวนไปเที่ยวสถานเริงรมย์ฉันต้องไปด้วยเสมอ	145 (39.94)	132 (36.36)	49 (13.49)	18 (4.95)	19 (5.23)
2. ฉันไปเที่ยวกลางคืนกับเพื่อนชายเพียงลำพังสองต่อสอง	257 (70.79)	51 (14.04)	28 (7.71)	14 (3.85)	13 (3.58)
3. ฉันเปิดดูสื่อลามก/ภาพโป๊ที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์	263 (72.45)	46 (12.67)	22 (6.06)	22 (6.06)	10 (2.75)
4. ฉันอ่านหนังสือ/นิตยสาร/การ์ตูนที่แสดงความรักยั่วทางเพศ	260 (71.62)	44 (12.12)	28 (7.71)	19 (5.23)	12 (3.30)
5. ฉันและเพื่อนต่างเพศดูวิดีโอด้วยกันที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์	269 (74.10)	40 (11.01)	26 (7.16)	21 (5.78)	7 (1.92)
6. เมื่อเครียด/วิตกกังวลหงุดหงิดแล้วมันยากที่ฉันจะผ่อนคลายลงได้	183 (50.41)	100 (27.54)	44 (12.12)	21 (5.78)	15 (4.13)

ตารางที่ 2 ร้อยละของพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ (ต่อ)

ข้อปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์				
	6-7วัน/ สัปดาห์	4-5วัน / สัปดาห์	3 วัน / สัปดาห์	1-2วัน/ สัปดาห์	ไม่ได้ ปฏิบัติ
7. ฉันไปดูหนังฟังเพลง/ไปเที่ยวกับ เพื่อนชายเพียงลำพัง	217 (59.77)	78 (21.48)	31 (8.53)	28 (7.71)	9 (2.47)
8. ฉันยินยอมให้เพื่อนชายจับมือถือ แขนได้เพื่อแสดงความรักต่อกัน	216 (59.50)	78 (21.48)	33 (9.09)	21 (5.78)	15 (4.13)
9. ฉันไปเที่ยวตามสถานบันเทิงเพื่อ หาประสบการณ์ชีวิต	171 (47.10)	106 (29.20)	46 (12.67)	23 (6.33)	17 (4.68)
10. ฉันอยู่กับเพื่อนชายในที่ที่มีบรรยากาศ โรแมนติก	249 (68.59)	60 (16.52)	26 (7.16)	14 (3.85)	14 (3.85)
11. ฉันนัดหมายตามลำพังสองต่อสอง กับเพื่อนทางเพศในที่ลับตา	259 (71.34)	53 (14.60)	24 (6.61)	13 (3.58)	14 (3.85)
12. ฉันพักอาศัยอยู่กับเพื่อนต่างเพศ ตามลำพัง	262 (72.17)	44 (12.12)	27 (7.43)	15 (4.13)	15 (4.13)
13. ฉันมีวิธีหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อการ มีเพศสัมพันธ์หรือมีวิธีป้องกันการ ตั้งครรภ์อย่างได้ผลดีกับทุกฝ่าย	191 (52.61)	69 (19.00)	29 (7.98)	36 (9.91)	38 (10.46)
14. เมื่อหลุดหึงอารมณ์เสียกับครอบครัว ฉันจะพาลหนีออกจากบ้าน	272 (74.93)	36 (9.91)	24 (6.61)	18 (4.95)	13 (3.58)
15. ฉันขอคำปรึกษาจากผู้ปกครองเมื่อ มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ หรือการปรับตัว การมีเพื่อนชาย	203 (55.92)	69 (19.00)	32 (8.81)	26 (7.16)	33 (9.09)

การอภิปรายผล

แม้การศึกษานี้เป็นการสำรวจพฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งมีทั้ง พฤติกรรมทางบวกและทางลบ ข้อมูลที่ได้จากการ วิจัยสะท้อนให้เห็นพฤติกรรมที่ผู้เกี่ยวข้องต้อง พิจารณาและใส่ใจมากขึ้น เพราะจากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึง ประสงค์ของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งนี้ใน จังหวัดชัยภูมิทั้งพฤติกรรมทางบวกและทางลบ ใน จำนวนและร้อยละที่มีพฤติกรรมทางลบมากกว่า ทางบวก กล่าวคือมีพฤติกรรมการป้องกันไม่พึง ประสงค์ซึ่งเป็นพฤติกรรมทางบวกโดยเฉลี่ย 6-7 วัน/สัปดาห์มากที่สุด คือการขอคำปรึกษาจาก ผู้ปกครองเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศหรือ การปรับตัว รองลงมาคือ การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง ต่อการมีเพศสัมพันธ์หรือการมีวิธีป้องกันการ ตั้งครรภ์อย่างได้ผลดีกับทุกฝ่าย สอดคล้องกับ การศึกษาของพิมพ์ดี โรจน์เรือนนท์ และอลิสา นิติธรรม (2561) ที่พบว่าการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่ พึงประสงค์ 4 ด้าน ได้แก่ การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่ ก่อให้เกิดการตั้งครรภ์ แหล่งสนับสนุนหรือทางออก เมื่อเกิดปัญหา การเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิด และ ทักษะการปฏิเสธ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากแล้วมีอายุ 20-21 ปี ได้มีการศึกษาหา ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ และมีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตมาบางส่วนแล้ว รวมไปถึงการมีทักษะในการคุมกำเนิด นอกจากนี้ บางหลักสูตรมีการส่งเสริมการรับรู้ที่ช่วยป้องกัน ตนเองจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และนักศึกษา บางคนอาศัยอยู่ที่บ้านของตัวเองทำให้นักศึกษา

สามารถที่จะขอข้อมูล หรือหาแหล่งประโยชน์และ ขอคำปรึกษาจากผู้ปกครอง บุคคลใกล้ชิดที่ไว้วางใจ เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ตลอดจนสามารถเลือกใช้วิธีในการคุมกำเนิดได้ อย่างเหมาะสม มีทางออกที่ดีในการป้องกันการ ตั้งครรภ์ได้ ดังนั้นสถาบันหรือครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับเรื่อง การ คุมกำเนิดให้นักศึกษาทุกชั้นปี ส่งเสริมให้นักศึกษามี ส่วนร่วมและได้จัดทำกิจกรรมหรือโครงการรณรงค์ เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์เพื่อให้นักศึกษามี แรงจูงใจ ที่ดี เกิดความตระหนักและมีพฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์

ส่วนพฤติกรรมทางลบพบว่าเมื่ออารมณ์ เสียกับครอบครัวจะพาลหนีออกจากบ้านโดยเฉลี่ย 6-7 วัน/สัปดาห์มากที่สุด รองลงมา คือ ดูวิดีโอ ด้วยกันกับเพื่อต่างเพศที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ เพศสัมพันธ์ รวมทั้งการเปิดดูสื่อลามกภาพโป๊ ที่เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้เมื่อเพื่อน ชวนไปเที่ยวสถานเริงรมย์ต้องไปด้วยเสมอโดยเฉลี่ย 4-5 วัน/สัปดาห์ ดังนั้นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอาจ เนื่องมาจากนักศึกษาส่วนมากอายุอยู่ระหว่าง 20-21 ปีเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา ประกอบกับบุคคลใน ครอบครัวมีอายุที่ต่างกันดังนั้นความคิด ความเชื่อ หรือทักษะประสบการณ์ในชีวิตก็ต่างกันเมื่อเกิด ปัญหาความไม่เข้าใจกันอาจทำให้นักศึกษาบางราย มีอาการหงุดหงิด จากการมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน ส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกล้วนนำมาสู่ปัญหาความ ขัดแย้งภายในครอบครัวได้หากไม่เข้าใจกัน นอกจากนี้นักศึกษาพักที่หอพักนอกมหาวิทยาลัย

อาศัยอาศัยอยู่กับเพื่อน กฎระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวกับการเข้าอยู่หอพักภายนอกมหาวิทยาลัยอาจไม่เข้มงวด ทำให้โอกาสในการอยู่ด้วยกันของเพื่อนต่างเพศค่อนข้างสูงและอาจนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์กันได้ง่าย นอกจากนี้โอกาสของการถูกชักชวนกันไปเที่ยวตามสถานเริงรมย์ต่างๆ จากเพื่อนและบุคคลที่รู้จักมีค่อนข้างสูงอีกทั้งวัยรุ่นเป็นวัยที่อยากรู้ อยากลอง ประกอบกับสื่อต่างๆ ทุกวันนี้มีเนื้อหาที่ล่อแหลมยั่วยุ เอื้อให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์กันอิสระมากขึ้น (มาลีวัลย์ เลิศสาครศิริ, 2557) ดังนั้นการเที่ยวตามสถานเริงรมย์ต่างๆ อาจนำไปสู่การมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ได้ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ หรือการใช้สารเสพติดต่างๆ การเปลี่ยนคู่นอนเป็นต้นซึ่งพฤติกรรมนี้อาจเป็นปัจจัยส่งเสริมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Stenhammar et al., (2015) พบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ดังนั้นสาเหตุต่างๆ ที่กล่าวมาอาจมีส่วนที่ทำให้เกิดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมและท้ายที่สุดนำไปสู่การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ อย่างไรก็ตามหากเราารู้ถึงสาเหตุได้อย่างถ่องแท้และให้ความสำคัญในปัญหาร่วมกันในทุกภาคส่วน ปัญหานี้อาจจะได้รับการแก้ไขได้ตรงประเด็นมากยิ่งขึ้น

สรุป

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ พบว่านักศึกษามีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่เป็นพฤติกรรมทางบวกโดยเฉลี่ย 6-7 วัน/สัปดาห์มากที่สุด คือการขอคำปรึกษาจากผู้ปกครองเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศหรือเกี่ยวกับการปรับตัวทางเพศหรือการมีเพื่อนชาย และพฤติกรรมทางลบ คือ เมื่ออารมณ์เสียกับครอบครัวจะพาลหนีออกจากบ้านโดยเฉลี่ย 6-7 วัน/สัปดาห์มากที่สุด รองลงมาคือ เมื่อเพื่อนชวนไปเที่ยวสถานเริงรมย์ ต้องไปด้วยเสมอ ดังนั้นหากวิเคราะห์จะพบว่านักศึกษาส่วนมากอายุ 20-21 ปี บางส่วนพักที่บ้านของตนเอง จึงอาจส่งผลต่อพฤติกรรมทางบวก คือการขอคำปรึกษาจากผู้ปกครอง บุคคลใกล้ชิด สามารถหาแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ นอกจากนี้ส่วนมากพักหอพักภายนอกมหาวิทยาลัย โอกาสเสี่ยงของพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นไปทางลบค่อนข้างสูง เช่น การเที่ยวสถานเริงรมย์ต่างๆ การร่วมสังสรรค์กับเพื่อนร่วมชั้นปี หรือบุคคลที่รู้จัก ทำให้โอกาสในการมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือสารเสพติด และท้ายที่สุดนำไปสู่การมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ของนักศึกษา

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สถาบันการศึกษาควรมีการรณรงค์หรือจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการควบคุมหรือจัดการกับอารมณ์ทางลบของนักศึกษา ร่วมกับครอบครัวเพื่อป้องกันการหนีออกจากบ้าน

2. รณรงค์การไม่เที่ยวในสถานเริงรมย์ในเวลากลางคืน โดยหากิจกรรมอื่นที่เหมาะสม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมต่างๆ ในสถาบัน หรือการทบทวนความรู้ในรายวิชาต่างๆ หรือการทัศนศึกษาในเวลากลางวันแทน และหน่วยงานพัฒนานักศึกษาควรร่วมกับหอพักนักศึกษารณรงค์การป้องกันการตั้งครรภ์และออกเยี่ยมหอพักนักศึกษาตามสถานที่เป็นระยะๆ การมีหน่วยงานให้คำปรึกษาแก่นักศึกษาและผู้ปกครองทุกช่องทางเพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ และสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาถึงแนวทางในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมทางลบของนักศึกษา และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาและหาสาเหตุที่ชัดเจน นำไปสู่การป้องกันพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ส่งเสริมพฤติกรรมทางบวกเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดี

2. ควรศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพในนักศึกษา ครอบครัว บุคลากร ผู้มีส่วนได้เสียในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจน และร่วมหาแนวทางปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับการพักอาศัยทั้งภายในและภายนอกสถาบัน

เอกสารอ้างอิง

- กองบริการการศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. (2562). *รายชื่อนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ปีการศึกษา 2557-2562.*, มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร สำหรับสตรีไทยวัยรุ่น อายุ 15-21 ปี ระดับมัธยมปลายและนักศึกษา.* สืบค้นจาก <http://www.hed.go.th/linkHed/335>.
- นิธิพงศ์ ศรีบุญมาศ, กิ่งแก้ว สำรวัยริน, อนงค์นาฏ คงประชา และอรษา ภูเจริญ. (2560). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของนักเรียนหญิง ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอเมือง จังหวัด พิษณุโลก.* วารสารการประชุมวิชาการระดับชาติมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร. สืบค้นจาก <https://research.kpru.ac.th/sac/fileconference/1922018-04-30.pdf>.

- เนตรนภา พรหมมา, จรวยพร สุภาพ, กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ และสุปรียา ตันสกุล. (2556). ปัจจัยคาดทำนายความตั้งใจมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของนักศึกษาชายชั้นปีที่ 1 ในมหาวิทยาลัย. *วารสารนเรศวรพะเยา*, 6(2), 157-167.
- ปวีณภัทร นิธิตันตวิวัฒน์ และขวัญใจ เพทหายประกายเพชร. (2559). การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการทำแท้ง: แนวทางป้องกันสำหรับวัยรุ่น. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*. 32(2), 133-146.
- พันธ์ทิพย์ บุญเกื้อ. (2560). การศึกษาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นในอำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(2), 195-216.
- พิมพ์ดี โรจน์เรือนนท์, อลิสา นิติธรรม และสุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง ในเขต กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 36(2), 194-202.
- เพื่อนสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5. (2563). *การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เรื่องยากที่ต้องช่วยกัน*. สืบค้นจาก [http://hpc9.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=1020.Fact sheet-pdf](http://hpc9.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=1020.Fact%20sheet-pdf)
- มณฑิชา รักศิลป์. (2561). ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับเพศศึกษาของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 สาขาสาธารณสุขชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 7(1), 82-89.
- มาลีวัลย์ เลิศสาครศิริ. (2557). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นตามการรับรู้ของ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 90-98.
- วรรณ จัตระศรี, ชัยวุฒิ บัวเหนียว และสังคม สุภรัตนกุล. (2561). รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันการตั้งครรภ์ ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นตอนต้นในเขตเทศบาลตำบลนามะเฟือง จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารวิจัย สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 7(2), 145-153.
- วรรณิ แกมเกตุ. (2555). *วิธีวิทยาการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2561). การประสานงานโครงการเชิงบูรณาการ: บทเรียนจากโครงการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 41(2), 33-41.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. (2560) รายงานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ. สืบค้นจาก http://cpho.moph.go.th/wp/?page_id=188.
- สุจิตรา ขุนน้อย และเสาวคนธ์ วีระศิริ. (2561). การเผชิญปัญหาของครอบครัวที่มีปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 41(2), 54-65.

- สำนักกรมอนามัยเจริญพันธ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นในประเทศไทย ปี พ.ศ.2561. สืบค้นจาก http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/brochure/statisticsadolescent@61.pdf
- Henok, A., Kassa, A., Lenda, A., Nibret, A., & lamaro,T. (2015). Knowledge, Attitude and practice of Risky Sexual behavior and Condom Utilization among Regular Students of Mizan- Tepi University, South West Ethiopia. *Journal of Child & Adolescent Behavior*, 3(5), 2375-4491.
- Stenhammar, C.,Ehrsson, Y.T., Akerud, H., Larsson,M.,& Tyden, T. (2015). Sexual and contraceptive behavior among female university students in Sweden-repeated surveys over a 25-year period. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 94, 253-259.
- Thongnopakun, S., Pumpaibool, T., & Somrongthong, R. (2018). The association of sociodemographic characteristics and sexual risk behaviors with health literacy toward behaviors for preventing unintended pregnancy among university students. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 11, 149-156.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม

วรรณดี สุทธิศักดิ์*, ขวัญใจ กลิ่นจกกล*, หทัยชนก หมากรผิน*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยในจังหวัดนครปฐม จำนวน 100 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 57.00 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก พบว่า ปัจจัยภายในที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สภาพความเป็นอยู่ ภาวะสุขภาพและความชอบ ปัจจัยภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ข่าวสารด้านการบริโภค โดยผู้สูงอายุเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาและประถมศึกษา และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาและประกาศนียบัตรมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าที่ 3.6 เท่า และ 1.3 เท่า ตามลำดับ และผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติ 1.9 เท่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านโภชนาการมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ข่าวสาร 5.8 เท่า

สรุปและข้อเสนอแนะ: จากผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดี ดังนั้นในการจัดกิจกรรมให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและโภชนาการ ควรเน้นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโอกาสเสี่ยง เพื่อให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

Factors Affecting Food Consumption Behaviors of Elders in Nakhonpathom Province

Wandee Sutthisak*, Khwanjai Klinchongkon*, Hathaichanok Makphin*

Abstract

Purpose: To study food consumption behavior and risk factors of inappropriate food consumption behaviors of the elderly in Nakhon Pathom Province.

Design: a cross-sectional descriptive research

Methods: The sample included 100 elders aged 60 years old and over living in Nakhon Pathom Province. Data was collected using interview questionnaires and was analyzed using descriptive statistics. The risk factors of inappropriate behaviors were identified by Binary Logistic Regression Analysis with Odds ratio (OR) of Chi-Square statistics and the estimation of 95% Confidence Interval (CI).

Main finding: The study revealed that most of the samples had good food consumption behaviors at 57.00%. The results of the binary logistic regression analysis showed that the internal factors affecting food consumption behavior with statistical significance were gender, education level, living status, health condition, and preferences. The external factors related to the food consumption behavior of the elderly were perception of consumption information. The male elderly had more risk in bad food consumption behavior than females. The elderly with a primary education and lower education than primary school as well as the elderly with a secondary education and certificate were more likely to have a bad consumption behavior than the elderly holding a bachelor's degree and higher 3.6 times and 1.3 times respectively. The elderly living alone had more chance of bad food consumption behavior than those living with spouses, children, or relatives 1.9 times. The elderly with chronic illnesses had worse food consumption behavior than the elderly without chronic illnesses. The elderly who did not receive nutrition information was more likely to have bad food consumption behavior than the elderly with nutrition information 5.8 times.

Recommendations: The findings revealed the factors affecting food consumption behavior of the elderly which risked to bad food consumption behavior. Therefore, an activity providing knowledge and information on food and nutrition should be arranged and emphasized on the elderly who have more risk in order that they will have more appropriate food consumption

Keywords: Elderly, Food Consumption Behaviors, Factors affecting food consumption behaviors

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2020; 7(1), 30-49

* Instructor, College of Health Sciences, Christian University of Thailand

Corresponding author, e-mail: wandees@christian.ac.th, Tel 034-388-555 to 1318

Received: 10 April 2020,

Revised: 21 May 2020,

Accepted: 5 June 2020

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายมากมาย โดยส่วนใหญ่มักเป็นความเสื่อมถอยของระบบการทำงานในร่างกาย ประกอบกับผู้สูงอายุเองมีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะอ้วน ซึ่งโรคเรื้อรังเรื้อรัง ดังกล่าว มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภค การที่ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดีหรือชะลอการเกิดโรคเรื้อรัง ในทางตรงกันข้ามถ้าได้รับอาหารที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพโภชนาการ ทั้งโภชนาการขาด และปัญหาโภชนาการเกิน (สิริพันธุ์ จุลรังคะ, 2550) จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่าผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 53.2 โรคเบาหวานร้อยละ 18.1 โคเลสเตอรอลในเลือดสูงร้อยละ 19 โรคอ้วน ($BMI \geq 25$ กก./ตร.ม.) ร้อยละ 35.4 โดยทุกโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับรายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่า ผู้สูงอายุชาย บริโภคข้าววันละ 4.9-5.6 ทัพพี ผู้สูงอายุหญิง บริโภคข้าววันละ 3.6-4.3 ทัพพี โดยเลือกบริโภคข้าวแป้งขัดสีมากกว่าข้าวแป้งไม่ขัดสี ผู้สูงอายุบริโภคเนื้อปลาปริมาณใกล้เคียงหรือมากกว่าเนื้อหมู บริโภคไข่ นม ถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์จากถั่ว น้อยมาก ผู้สูงอายุ

บริโภคผักและผลไม้ น้อยกว่าปริมาณแนะนำในธงโภชนาการผู้สูงอายุ (ประไพศรี ศิริจักรวาล, 2560) และข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก ในช่วงการสำรวจผู้สูงอายุบริโภคน้ำมัน กะทิ ไขมันและครีมชนิดต่างๆ 15.0-17.8 กรัมต่อวัน รวมทั้งบริโภคเครื่องปรุงรส 47.9-66.5 กรัมต่อวัน และจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้สูงอายุยิ่งอายุมากขึ้น ยิ่งบริโภคผักและผลไม้เพียงพอลดลง โดยผู้สูงอายุกลุ่ม 70 ปีขึ้นไป บริโภคในปริมาณที่เพียงพอ 5 ส่วนขึ้นไป ร้อยละ 29.1 และลดลงต่ำสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป โดยมีเพียงร้อยละ 11 เท่านั้นที่บริโภคเพียงพอ

สาเหตุสำคัญที่ทำให้ปัญหาโภชนาการหรือการได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วนของผู้สูงอายุ ดังกล่าวข้างต้น ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยส่วนมากมักเป็นความเสื่อมถอยของระบบการทำงานในร่างกาย เช่น สุขภาพช่องปากและฟันที่ส่งผลต่อการบดเคี้ยวอาหารที่ไม่มีประสิทธิภาพ รวมทั้ง ระบบการกลืนอาหาร ระบบย่อยอาหาร และระบบต่อมไร้ท่อ เช่น ต่อมไธสมอน ต่อมไทรอยด์และต่อมเพศ ตับอ่อน ทำงานน้อยลง เช่น ตับอ่อนผลิตอินซูลินน้อยลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเป็นเบาหวานได้มาก (กรมอนามัย, 2560) นอกจากนี้ ในปัจจุบันเป็นสังคมที่เข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่าย ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง มีความเชื่อที่ผิดๆ หรือหลงเชื่อการโฆษณาจำหน่ายสินค้าอาหารเสริม เป็นต้น รวมทั้งการขาดการดูแลจากลูกหลาน การขาดความสัมพันธ์ในครอบครัว และสภาพทางการเงินของผู้สูงอายุ (วรรณวิมล เมฆวิมล, 2555) จากผล

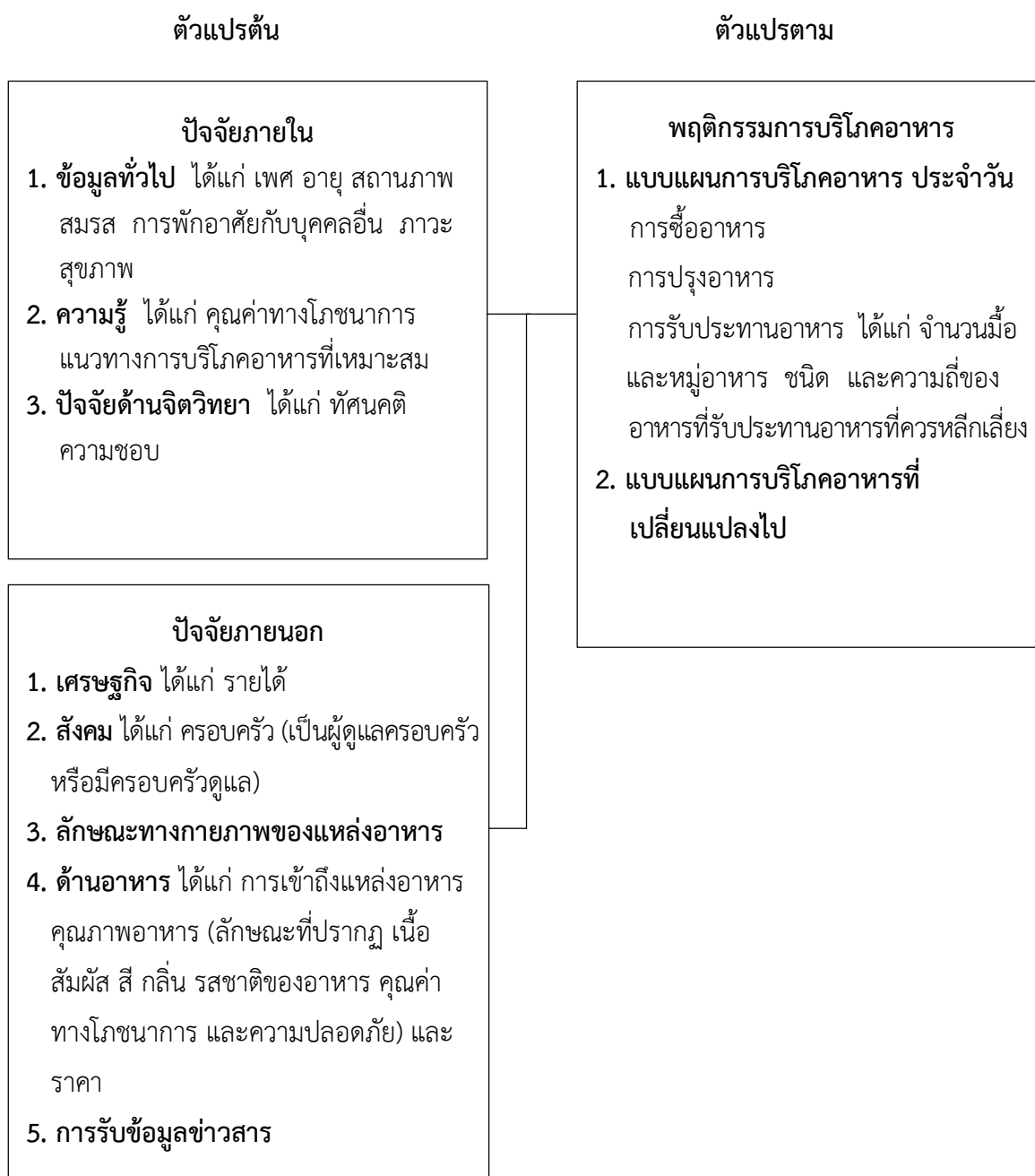
การศึกษาข้างต้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปรับปรุงและแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้องของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้นและลดอัตราเสี่ยงของการเกิดปัญหาทุพโภชนาการ ทั้งโภชนาการขาดและโภชนาการเกิน อันจะนำไปสู่ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มสูงขึ้น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม ประกอบด้วย ปัจจัยภายใน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้ทางโภชนาการ ปัจจัยด้านจิตวิทยาเกี่ยวกับทัศนคติ และความชอบ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมการบริโภคอาหาร ลักษณะทางกายภาพของแหล่งอาหาร ปัจจัยด้านอาหาร เกี่ยวกับการเข้าถึงแหล่งอาหาร คุณภาพอาหาร และราคา รวมทั้งการรับรู้ข่าวสาร ว่าปัจจัยใดที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ รวมทั้งทราบถึงสภาพและปัญหาทางโภชนาการของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร เพื่อใช้เป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง และส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคตามหลักโภชนาการที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดียิ่งขึ้น และสร้างความพร้อมในการปรับตัวที่จะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำราและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุ ซึ่งปรับปรุงมาจากตามกรอบแนวคิดการวิจัยของสุพรรณิ พุกษา (2559) ซึ่งทำการศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุภาคตะวันออก เฉียงเหนือ โดยงานวิจัยนี้ กำหนดตัวแปรต้น เป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้ทางโภชนาการ ปัจจัยด้านจิตวิทยา ปัจจัยภายนอก ได้แก่ เศรษฐกิจ สังคม ลักษณะทางกายภาพของแหล่งอาหาร ปัจจัยด้านอาหาร เกี่ยวกับการเข้าถึงแหล่งอาหาร คุณภาพอาหาร และราคา รวมทั้งการรับรู้ข่าวสารด้านโภชนาการ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ตามแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ประชากร คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปอาศัยในจังหวัดนครปฐม จำนวน 149,004 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุชาย 63,043 คน และ ผู้สูงอายุหญิง 85,957 คน สถิติจำนวนผู้สูงอายุแยกตามจากจังหวัดและอายุ ปี พ.ศ. 2561 (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง, 2561) คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรยามาเน่ ทาโร (Yamane T., 1973) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ 0.1 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยสุ่มอำเภอในจังหวัดนครปฐม จากนั้นสุ่มตำบลใน แต่ละอำเภอ และสุ่มเก็บข้อมูลแต่ละตำบลใช้การสุ่มโดยอาศัยความน่าจะเป็นสุ่มด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนให้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

2. เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งประยุกต์ใช้ของสุพรรณิ พุกษา (2559) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยภายใน ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่ (1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การพักอาศัยกับบุคคลอื่นๆ ลักษณะทางครอบครัว ภาวะพึ่งพิง และภาวะสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ซึ่งข้อมูลลักษณะด้านสัมพันธภาพในครอบครัวใช้แบบมาตรวัดประเมินค่า 3 ระดับ ได้แก่ ดี ปานกลาง และ

ไม่ดี ใช้เกณฑ์ในการแปลผลค่าคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ให้คะแนนเป็น 3 ระดับ คะแนนต่ำสุด 1 คะแนน คะแนนสูงสุด 3 คะแนน การแปลความหมายค่าคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ มีความ สัมพันธ์ไม่ดี ได้คะแนน 1.00-1.66 มีสัมพันธระดับปานกลางได้คะแนน 1.67-2.33 มีสัมพันธภาพในระดับดี ได้คะแนน 2.34-3.00 (2) ความรู้การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบถูกผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ถ้าตอบถูกจะได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือไม่ทราบจะได้ 0 คะแนน จากนั้นนำคะแนนรวมมาประเมินระดับความรู้ตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) แบ่งความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ความรู้ระดับดีได้คะแนน 8.00-10.00 ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนน 6.00-7.99 และความรู้ระดับไม่ดีได้คะแนน 0.00-5.99 (3) ด้านจิตวิทยาเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ ทัศนคติและความชอบเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดให้ผู้ตอบ ตอบได้ 3 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ข้อคำถามมีลักษณะด้านบวกและด้านลบ (Positive or negative statement) โดยผู้ตอบเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว โดยใช้เกณฑ์ในการแปลผลค่าคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) จากแบบสัมภาษณ์ด้านทัศนคติและความชอบให้คะแนนเป็น 3 ระดับ คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 3 คะแนน การแปลผลความหมายค่าคะแนนทัศนคติและความชอบแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับไม่ดีได้คะแนน 1.00-1.66 ระดับปานกลางได้คะแนน 1.67-2.33 และระดับดี ได้คะแนน 2.34-3.00

ส่วนที่ 2 ปัจจัยภายนอก ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของอาหาร ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ การรับข้อมูลข่าวสาร ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ และปัจจัยด้านอาหาร จำนวน 8 ข้อ โดยกำหนดให้ผู้ตอบ ตอบได้ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่แน่ใจ และไม่ใช้ ให้คะแนนเป็น 3 ระดับ คะแนนต่ำสุด 1 คะแนน คะแนนสูงสุด 3 คะแนน ใช้เกณฑ์ในการแปลผลค่าคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับไม่ดี ได้คะแนน 1.00-1.66 ระดับปานกลางได้คะแนน 1.67-2.33 และระดับดี ได้คะแนน 2.34-3.00

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ลักษณะคำถามข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ จำนวน 36 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) โดยกำหนดความถี่ในการบริโภคอาหารไว้ 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ (4-7 ครั้ง/สัปดาห์) ปฏิบัติบางครั้ง (1-3 ครั้ง/สัปดาห์) ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (1-3 ครั้ง/เดือน) และไม่ปฏิบัติเลย (ไม่ได้กระทำพฤติกรรมนั้นๆ เลย) โดยผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ใช้เกณฑ์ในการแปลผลค่าคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) จากแบบสัมภาษณ์ให้คะแนนเป็น 4 ระดับ คะแนนต่ำสุด 1 คะแนน คะแนนสูงสุด 4 คะแนน การแปลผลความหมายค่าคะแนนพฤติกรรมแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้ ระดับไม่ดี ได้คะแนน 1.00-1.66 ระดับปานกลางได้คะแนน 1.67-2.33 และระดับดี ได้คะแนน 2.34-3.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เป็นการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบหาความเที่ยงตามเนื้อหาและนำมาแก้ไข จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่ม

ตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ส่วนแบบวัดความรู้ ใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Method) โดยแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น 0.79

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยภายใน และภายนอก รวมทั้งพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร โดยแสดงผลจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 วิเคราะห์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุ ใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary logistic regression analysis) ด้วยสถิติไคสแควร์ อัตราเสี่ยง (Odds ratio: OR) และการประมาณค่าช่วงเชื่อมั่น 95% (Confidence interval: CI)

4. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยได้รับอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัย โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ บ. 02/2562 และผู้วิจัยได้อธิบายการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจก่อนตอบแบบสัมภาษณ์ แล้วลงลายมือชื่อให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้ได้ โดยไม่มีข้อผูกมัด ข้อมูลเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.00 อายุ 60-65 ปี โดยนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100.00 สถานภาพสมรส แบบคู่ ร้อยละ 61.00 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 53.00 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 47.00 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 34.00 ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 44.00 กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 33.00 และอยู่โดยลำพัง ร้อยละ 11.0 การปรุงอาหาร รับประทาน พบว่าทำอาหารเองทุกมื้อ และทำอาหาร รับประทานเองบางมื้อ เท่ากัน คือที่ร้อยละ 45.00 โดยส่วนใหญ่ปรุงอาหารด้วยตนเอง ร้อยละ 61.00

2. สภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาสภาพลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิก 3-4 คน ร้อยละ 46.00 มี ครอบครัวดูแล ร้อยละ 54.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 97.00 มีค่าเฉลี่ย 2.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.17 คิดเห็นเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวให้ความเคารพ ยกย่อง ร้อยละ 73.00 สมาชิกในครอบครัวปรึกษา ผู้สูงอายุเมื่อมีปัญหา ร้อยละ 59.00 และผู้สูงอายุมี ส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 83.00

3. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 56.00

ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 28.00 โรคเบาหวาน ร้อยละ 26.00 และจากการศึกษาที่ภาวะสุขภาพ อื่นๆ ผู้สูงอายุ จะมีภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 14.00 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการใช้ฟันในการบดเคี้ยว อาหารได้ปกติ ร้อยละ 87.00 และสามารถช่วยเหลือ ดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน ได้ร้อยละ 97.00

4. ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการบริโภค อาหารของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี ความรู้การบริโภคอาหารในภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 8.03 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.45 คะแนน ข้อคำถามที่ ผู้สูงอายุตอบถูกมากเกินร้อยละ 80.00 จำนวน 8 ข้อ โดยพบว่าข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อที่ 10 ในแต่ ละวันผู้สูงอายุควรดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว และข้อที่ ผู้สูงอายุตอบถูกน้อยกว่าร้อยละ 60.00 มี 2 ข้อ คือ ข้อ 1 ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหาร ให้ครบ 5 หมู่ เช่น เนื้อ นม ไข่ ข้าว น้ำมัน ผักและ ผลไม้ทุกวัน และข้อ 5 ผู้สูงอายุควรใช้น้ำมันพืช มากกว่าน้ำมันหมู น้ำมันปาล์ม หรือน้ำมันมะพร้าว

5. ปัจจัยด้านจิตวิทยา

5.1 ทักษะคิดเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ผลการศึกษาทักษะคิดการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีทักษะคิดการบริโภคอาหารที่ดี ร้อยละ 74.00 รองลงมา มีทักษะคิดอยู่ในระดับปาน กลาง ร้อยละ 25.00 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.54 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.28 คะแนน

5.2 ความชอบกับบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาความชอบการบริโภคอาหาร

ของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ความชอบการบริโภคอาหารที่ระดับดี ร้อยละ 50.00 รองลงมา มีความชอบการบริโภคอาหารที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 40.00 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.35 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50 คะแนน

6. ลักษณะทางกายภาพของแหล่งอาหาร
ผลการศึกษาลักษณะทางกายภาพของแหล่งอาหารของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่อาหารซื้อมาจากตลาดในหมู่บ้าน ร้อยละ 60 รองลงมาซื้อจากตลาดในเมือง ร้อยละ 56 และปลูกรับประทานเอง ร้อยละ 31 ตามลำดับ

7. การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหาร
ผลการศึกษาการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับอาหารของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านอาหาร ร้อยละ 80.00 โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ข่าวสาร ด้านอาหาร ทางสื่อโทรทัศน์ วิทยุ โทรศัพท์ (อินเทอร์เน็ต) ร้อยละ 55.00 รองลงมาได้รับข้อมูลข่าวสารจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 36.00 รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารจากบุคคลในครอบครัว หรือเครือข่าย ร้อยละ 32.00 และร้อยละ 25 ได้รับ

ข้อมูลจากแพทย์/นักโภชนาการ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

8. ปัจจัยด้านอาหาร

ผลการศึกษาปัจจัยด้านอาหารของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีปัจจัยด้านอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 83.00 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.68 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.32 คะแนน จำแนกรายละเอียดปัจจัยด้านอาหารเป็นประเด็น ดังนี้ ประเด็นด้านการเข้าถึงแหล่งอาหาร พบว่า ส่วนใหญ่เข้าถึงแหล่งอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 91.00 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.83 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50 คะแนน ประเด็นคุณภาพของอาหาร พบว่า ส่วนใหญ่คุณภาพของอาหารที่ได้รับอยู่ในระดับดี ร้อยละ 69.00 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.67 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.44 คะแนน และประเด็นราคาของอาหาร พบว่า ราคาของอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 71.00 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.58 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.52 คะแนน

9. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม จำแนกตามระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ปัจจัยด้านอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	57	57.00
ระดับปานกลาง	43	43.00
ระดับไม่ดี	0	0.00
ค่าเฉลี่ย ($\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	3.06 (± 0.29)	

ผลการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคในระดับดี ร้อยละ 57.00 รองลงมา มีพฤติกรรมการบริโภคระดับปานกลาง ร้อยละ 43.00 และไม่มีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดี โดยพฤติกรรมการบริโภคมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.06 ส่วนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.29 คะแนน โดยแยกรายละเอียดเป็นรายประเด็น ดังนี้ ประเด็นของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้านจำนวนมื้ออาหารและหม้ออาหารที่รับประทาน พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริหารตามข้อคำถามอยู่ระดับดีทุกข้อ โดยข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเช้า มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.36 คะแนน ด้านอาหารที่รับประทาน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับอาหารที่ระดับดี โดยข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้วเป็นประจำ มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ย 3.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.63 คะแนน ด้านอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง พบว่า พฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ รับประทานขนมหวาน มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ย 2.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.82 คะแนน พฤติกรรมการปรุงอาหาร พบว่าพฤติกรรมการบริโภคที่อยู่ในระดับดีและปานกลาง โดยข้อคำถามที่มีพฤติกรรมการบริโภคระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อย คือ ใช้อาหารปรุงด้วยน้ำมันปาล์ม มะพร้าว หรือน้ำมันหมู ด้านพฤติกรรมการซื้ออาหารอยู่ในระดับดี โดยพบว่า พฤติกรรมการซื้ออาหารรับประทานจะคำนึงความสะดวก ค่าระดับคะแนนเฉลี่ย 3.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.87 คะแนน ด้านบริโภคนิสัยที่เปลี่ยนแปลงไป

ของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับดี โดยข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด การรับประทานอาหารจานด่วน เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ ส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติ ค่าระดับคะแนนเฉลี่ย 3.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.64 คะแนน

10. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก พบว่า ปัจจัยภายในที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สภาพความเป็นอยู่ ภาวะสุขภาพและความชอบ ปัจจัยภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ข่าวสารด้านการบริโภค โดยผู้สูงอายุเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาและประถมศึกษา และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาและประกาศนียบัตรมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าที่ 3.6 เท่า (95% CI; 1.18-4.36) และ 1.3 เท่า (95% CI; 0.32-5.08) ตามลำดับ และผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติ 1.9 เท่า (95% CI; 1.12-3.54) ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านโภชนาการมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ข่าวสาร 5.8 เท่า (95% CI; 1.93-7.93)

ปัจจัยภายในที่ไม่มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ อายุ สถานภาพ
การสมรส ความรู้ และทัศนคติการบริโภค สำหรับ
ปัจจัยภายนอกที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

การบริโภคอาหาร ได้แก่ รายได้ ความพอเพียงของ
รายได้กับรายจ่าย จำนวนสมาชิกในครอบครัว การ
ดูแลครอบครัว สัมพันธภาพครอบครัว การเข้าถึง
แหล่งอาหาร และปัจจัยด้านอาหาร

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม

ปัจจัย	พฤติกรรมดี พฤติกรรมไม่ดี		Chi p-value	OR	95% CI for OR	
	ร้อยละ	ร้อยละ			Lower	Upper
1. ปัจจัยภายใน						
1.1 เพศ						
ชาย	36.8	63.2	0.038*	0.3	0.12	0.96
หญิง	63.0	37.0				
1.2 ระดับการศึกษา						
≤ ประถมศึกษา	46.6	53.4	0.025*	3.6	1.18	4.36
มัธยมศึกษา/ ประกาศนียบัตร	71.4	28.6		1.3	0.32	5.08
≥ ปริญญาตรี	76.2	23.8				
1.3 สภาพความเป็นอยู่						
อยู่ลำพัง	27.51	74.49	0.02*	1.9	1.12	3.54
อยู่กับคู่สมรส ญาติ	41.67	58.33				
1.4 ภาวะสุขภาพ						
ปกติไม่มีโรคประจำตัว	75.0	25.0	0.03*	0.3	0.13	0.93
มีโรคประจำตัว	51.4	48.6				
1.9 ความชอบการบริโภคอาหาร						
ระดับดี (≥2.34 คะแนน)	78.0	22.0	0.00*	0.2	0.07	0.42
ระดับไม่ดี (<2.34 คะแนน)	38.0	62.0				
2. ปัจจัยภายนอก						
2.1 การรับรู้ข่าวสารด้านโภชนาการ						
ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร	25.0	75.0	0.00*	5.8	1.93	7.93
รับรู้ข่าวสาร	66.3	33.7				

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม

ผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 57.00 รองลงมาคือพฤติกรรมการบริโภคระดับปานกลาง ร้อยละ 43.00 และไม่มีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดี โดยพฤติกรรมการบริโภคมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.06 ส่วนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.29 คะแนนซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมการบริโภคในระดับดีร้อยละ 75.0 ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดี สอดคล้องกับงานวิจัยของวัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริหารอาหารที่ดีที่สุด อนุสรณ์ เป่าสูงเนิน และคณะ (2558) ได้ทำการศึกษากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดจิก อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา พบว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการมีระดับดี และการศึกษาของอมรรัตน์ ปุຍงาม (2553) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสิงห์ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เป็นนิสัยของ

ผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณาประเด็นพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่ข้อคำถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีคะแนนอยู่ระดับดี มีระดับปานกลางเป็นส่วนน้อย โดยประเด็นพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านจำนวนมื้อและหมู่อาหารที่ได้รับแต่ละวัน ส่วนใหญ่มีอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะการ รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ และรับประทานอาหารมื้อเช้า ในแต่ละวัน รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เช่น เนื้อ นม ไข่ ข้าว น้ำมัน ผักและผลไม้ สอดคล้องกับงานวิจัยของเชมฤทัย จุลพันธ์ (2551) ที่พบว่าพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุในชุมชนวัดลำช้าง ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่มีการบริโภคอาหารหลัก 3 มื้อ งานวิจัยของสุพรรณิ พฤษภา และวรัชญา สุขประเสริฐ (2561) ที่พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ตำบลนาอ้อ อำเภอเมือง จังหวัดเลย ส่วนใหญ่รับประทานอาหารมื้อหลักวัน 3 มื้อ และงานวิจัยกรณี ชุนสุนทร (2551) ที่พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุไท่เก็ก วัดพอนสร้อย ตำบลพระสิงห์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่รับประทานอาหารมื้อหลักวัน 3 มื้อเช่นกัน ประเด็นอาหารที่รับประทาน พบว่า ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่ระดับดี โดยพบข้อที่มีระดับคะแนนสูงมีค่าระดับคะแนนมากกว่า 3.50 ได้แก่ ผู้สูงอายุดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้วเป็นประจำ ร้อยละ 71.00 รับประทานอาหารเป็นประจำวัน ร้อยละ 59.00 ค่าระดับคะแนนเฉลี่ย 2.55 และรับประทานอาหารผักใบเขียวเข้ม เช่น คะน้า ตำลึง ผักบุ้ง เป็นประจำ สอดคล้องกับงานวิจัยของทวีศิลป์

ศรีอักษร และทิพย์สิริ กาญจนวาสี (2551) และ
 เขมฤทัย จุลพันธ์ (2551) ที่พบว่าพฤติกรรมการ
 บริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการ
 ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว และรับประทานผักใบเขียว

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภค
 อาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม

2.1 ปัจจัยภายใน

เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ
 บริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.038$) โดยผู้สูงอายุเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการ
 เกิดพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดีกว่าผู้สูงอายุเพศ
 หญิง เมื่อพิจารณาโอกาสการเกิดพฤติกรรมการ
 บริโภคที่ดี พบว่าเพศชายมีโอกาสมีพฤติกรรมการ
 บริโภคที่ลดลง ร้อยละ 70 สอดคล้องกับงานวิจัย
 ของวันเพ็ญ นาโสก และณิตชาธร ภาโนมัย (2562)
 และสุพรรณิ พลกษา (2559) ที่พบว่าเพศมีความ
 สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ
 ผู้สูงอายุ โดยพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมการบริโภค
 อาหารระดับดีมากกว่าเพศชาย อันเนื่องมาจากเพศ
 หญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าเพศชาย
 (Westenhofer, 2005)

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์
 กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญ
 ทางสถิติ ($p=0.02$) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มี
 การศึกษา ต่ำกว่าระดับประถมถึงประถมศึกษา มี
 พฤติกรรมการบริโภคไม่ดีมากที่สุด ร้อยละ 53.4
 เมื่อพิจารณาโอกาสเกิดพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดี
 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
 ประถมศึกษาและประถมศึกษา มีโอกาสเกิด

พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มี
 การศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าที่ 3.6 เท่า
 และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาและ
 ประกาศนียบัตรมีโอกาสเกิดพฤติกรรมการบริโภค
 ที่ไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปริญญา
 ตรีและสูงกว่าที่ 1.3 เท่า สอดคล้องกับงานวิจัยของ
 อมรรรัตน์ ปุยงาม (2553) และสุพรรณิ พลกษา
 (2559) ที่พบว่าระดับการศึกษาส่งผลต่อพฤติกรร
 มการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทาง
 สถิติ

สภาพความเป็นอยู่ ของผู้สูงอายุมี
 ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่าง
 มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.02$) โดยพบว่า ผู้สูงอายุ
 ที่อยู่ลำพังมีพฤติกรรมการบริโภคไม่ดีกว่า
 ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติ ร้อยละ
 74.49 เมื่อพิจารณาโอกาสการเกิดพฤติกรรมการ
 บริโภคที่ไม่ดี พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังมีโอกาส
 พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่
 กับคู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติ 1.9 เท่า สอดคล้อง
 กับงานวิจัยของสุพรรณิ พลกษา (2559) และคำปุน
 วรรณวงษ์ (2552) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับ
 บุตรหลานเป็นครอบครัวใหญ่ จะมีพฤติกรรมการ
 บริโภคอาหารดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังอย่างมี
 นัยสำคัญทางสถิติ

ภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุมี
 ความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.03$) โดยพบว่า
 ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมการ
 บริโภคที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ร้อยละ

75.0 ทั้งนี้เนื่องมาจากเมื่อผู้บริโภคมียุสสูงเพิ่มมากขึ้น จะมีเหตุผลในการเลือกบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพมากขึ้น (ธีรวิทย์ วรารักษ์ไพบูลย์, 2557) สอดคล้องกับงานวิจัยของมโนลี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์ (2560) ที่พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จะรับประทานผักมากที่สุด รองลงมาคือเนื้อสัตว์ รวมทั้งงานวิจัยของสรุณา แก้วพิบูลย์ และณัฐวุฒิ แก้วพิบูลย์ (2555) ซึ่งพบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ผักและผลไม้เหมาะสม

ความชอบการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00$) โดยผู้สูงอายุที่มีความชอบการบริโภคอาหารที่ระดับดี มีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความชอบการบริโภคอาหารที่ระดับไม่ดี ร้อยละ 78.0 เมื่อพิจารณาโอกาสการเกิดพฤติกรรมการบริโภคที่ดี พบว่าผู้สูงอายุที่มีความชอบการบริโภคอาหารที่ระดับไม่ดีมีโอกาสดังกล่าวพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีลดลงร้อยละ 80 สอดคล้องกับงานวิจัยของสุพรรณิ พลภุชา (2559) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยพบว่าความชอบเกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีความชอบเกี่ยวกับการบริโภคอาหารระดับดีมีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความชอบ

เกี่ยวกับการบริโภคอาหารระดับไม่ดี ซึ่งพฤติกรรมบริโภคที่ปฏิบัติเป็นประจำจะมาจากความชอบของตนเองมากที่สุด (Mette and Havard, 2014)

2.2 ปัจจัยภายนอก

ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม ได้แก่ การรับรู้ข่าวสารด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00$) โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารมีพฤติกรรมการบริโภคไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 75.0 สอดคล้องกับงานวิจัยของกามีละห์ ยะโกะ (2561) ที่พบว่าได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ และการได้รับคำแนะนำ สนับสนุนสุขภาพจากบุคคลต่างๆ เป็นปัจจัยเสริมที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆ รวมทั้งคำแนะนำจากคนใกล้ชิดทำให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุรศักดิ์ สุนทรและคณะ (2553) ที่พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี เช่นกัน

3. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม

3.1 ปัจจัยภายใน

อายุของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุที่

ใกล้เคียงกันทำให้ไม่มีความแตกต่างด้านอายุที่ชัดเจน (สุพรรณิ พุกษา, 2559) สอดคล้องกับงานวิจัยของอมรรัตน์ ปุยงาม (2553) และกามีละห์ ยะโกะ (2561) ที่พบว่าอายุไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุ

สถานภาพการสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สอดคล้องกับงานวิจัยของ Konkaew, W. (2014) ที่พบว่าสถานภาพสมรสของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ตำบลคลองตำหรุอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chanchum, N.(2014) วรรณวิมล เมฆเลขา (2555) สุพรรณิ พุกษา (2559) และวันเพ็ญ นาโสก และณิตชาธร ภาโนมัย (2562) ซึ่งพบว่าสถานภาพการสมรสของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งมีพฤติกรรมการบริโภคดีกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้ไม่เกิดความแตกต่างในระดับพฤติกรรมการบริโภคระหว่างผู้สูงอายุสถานภาพสมรสคู่กับสถานภาพเดี่ยวหรือหย่าร้าง

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยผู้สูงอายุที่มีความรู้ระดับดีมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีมากที่สุด ร้อยละ 60.3 สอดคล้องกับงานวิจัยของกามีละห์ ยะโกะ (2561) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานีในระดับต่ำมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโภชนาการ การบริโภคอาหาร จากสื่อโทรทัศน์ วิทยุ โทรศัพท์ (อินเทอร์เน็ต) รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาวิจัยของสุพรรณิ พุกษา (2559) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับงานวิจัยของกฤติน ชุมแก้ว และชีพสมนรังสยาธร (2557) ที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกหรือในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทัศนคติการบริโภค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยผู้สูงอายุที่มีทัศนคติการบริโภคอาหารระดับดีมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีมากที่สุด ร้อยละ 61.6 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ทางสรีรวิทยาและระบบประสาทที่ทำให้ความอยากอาหารลดลง เพื่ออาหารรับประทานแล้วไม่รู้สีกอรรอย ผู้สูงอายุจึงเลือกรับประทานอาหารที่ตนเองชอบเป็นส่วนใหญ่ (สุพรรณิ พุกษา, 2559 อ้างถึงในคณินญา พรนริศ, 2544) ทำให้ทัศนคติหรือความเชื่อเกี่ยวกับการ

บริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับต่ำ

3.2 ปัจจัยภายนอก

รายได้ และความพอเพียงของรายได้กับรายจ่าย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่น้อยกว่า 3,000 บาท แต่เพียงพอกับรายจ่าย ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน และไม่ต้องรับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่ายภายในบ้าน ส่งผลให้รายได้ของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการบริโภค สอดคล้องกับงานวิจัยของวันเพ็ญ นาโสก และณิตชาธร ภาโนมัย (2562), สุพรรณิ พฤกษา (2559), วรรณวิมล เมฆวิมล (2555) และอมรรรัตน์ ปุຍงาม (2553) ที่พบว่า รายได้ ของผู้สูงอายุ ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านอื่นมีความสัมพันธ์มากกว่ารายได้และความพอเพียงของรายได้ ของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม

การดูแลครอบครัวและ สัมพันธภาพครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทั้งนี้เนื่องมาจากการดำเนินชีวิตในยุคปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ วิถีชีวิต สังคมและสิ่งแวดล้อม ครอบครัวมีขนาดเล็กลง ทำให้การดูแลครอบครัวและสัมพันธภาพครอบครัวมีความใกล้ชิดน้อยลง ประกอบกับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านโภชนาการได้ง่ายมากขึ้น ทั้งสื่อโทรทัศน์ วิทยุ โทรศัพท์ (อินเทอร์เน็ต) สามารถนำมาปรับใช้

พฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของกามีละห์ ยะโกะ (2561) ที่พบว่า ลักษณะการอยู่อาศัยของครอบครัว ขนาดของครอบครัว และการดูแลของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุในเขตตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี

การเข้าถึงแหล่งอาหาร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทั้งนี้กลุ่มผู้สูงอายุ ในเขตจังหวัดนครปฐม ส่วนใหญ่อาหารซื้อมาจากตลาดในหมู่บ้าน ร้อยละ 60 รองลงมาซื้อมาจากตลาดในเมือง ร้อยละ 56 และเป็นส่วนน้อยที่ปลูกรับประทานเองร้อยละ 31 จากการศึกษาพบว่า ระดับความคิดเห็นการเข้าถึงแหล่งอาหารของกลุ่มผู้สูงอายุ ในเขตจังหวัดนครปฐมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 91.0 โดยผู้สูงอายุอยู่ใกล้แหล่งอาหารและสามารถเข้าถึงแหล่งอาหารได้ตลอดเวลา ร้อยละ 89.0 และการเดินทางจากบ้านถึงแหล่งอาหารได้อย่างสะดวก ร้อยละ 90.0 ทำให้การเข้าถึงแหล่งอาหารไม่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุ

ปัจจัยด้านอาหาร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าพบว่าปัจจัยด้านอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 83.0 สามารถเข้าถึงแหล่งอาหารได้ดี คุณภาพของอาหารอยู่ในระดับดี และพอใจในราคาในระดับดี ทำให้ไม่มีความแตกต่างด้านปัจจัยอาหารอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. การศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผู้ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่ดี ดังนั้นในการจัดกิจกรรมให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและโภชนาการ ควรเน้นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโอกาสเสี่ยง เพื่อให้มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

2. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษาถึงประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังและผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยจะมีโอกาสเกิดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตร หลานและญาติ และผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะความเจ็บป่วย ดังนั้น ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับอาหารและหลักโภชนาการที่ดี ที่เน้นกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าว

3. การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุ การรับรู้ข่าวสารส่วนใหญ่รับรู้ผ่านสื่อโทรทัศน์ วิทยุ โทรศัพท์ (อินเทอร์เน็ต) และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดังนั้น

บุคลากรทางด้านสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการผ่านสื่อช่องทางดังกล่าว หรือจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้กลับกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมทั้งกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ บุตรหลาน หรือญาติ ด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาทดลองให้ Interventions เพื่อการแก้ไข ปรับปรุงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ

2. ควรมีการศึกษาเชิงลึกหรือการศึกษาวิจัยแบบมีส่วนร่วม เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคต่างๆ เนื่องจากผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง เพื่อนำผลที่ได้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ถูกต้องและเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กามีละห์ ยะโกะ. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 11(2), 135-143.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2561). สถิติจำนวนผู้สูงอายุแยกตาม จังหวัดและอายุ ปี 2561. สืบค้นจาก www.dop.go.th/th/know/1/159
- กรมอนามัย สำนักโภชนาการ. (2560). คู่มือแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุ “กินอย่างไร ห่างไกลสมองเสื่อม”. กรุงเทพฯ : บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
- กรมณี ชินสุนทร. (2551). ภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชมรมไทเก็ก (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- กฤติน ชุมแก้ว และชีพสมุน รังสยาธร. (2557). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสงขลา. *วารสารวิทยาศาสตร์และศาสตร์สาขาสังคมศาสตร์*, 35(1), 16-29.
- เชมฤทัย จุลพันธ์. (2551). ภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนวัดลุ่มช้าง ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- คำปุน วรรณวงษ์. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพมหานคร.
- ตรีธันว์ ศรีวิชัย. (2559). การศึกษาภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนป้อมเพชร. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 6(2), 119-130.
- ทวีศิลป์ ศรีอักษร และทิพย์สิริ กาญจนวาสี. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ*, 10(3), 57-65.
- ธีรวิธ วราธรไพฑูรย์. (2557). พฤติกรรมการบริโภค: อาหารนิยมบริโภคกับอาหารเพื่อสุขภาพ. *วารสารปัญญาวัฒน์*, 5(2), 255-264.
- ประไพศรี ศิริจักรวาล. (2560). ธงโภชนาการผู้สูงอายุและโภชนาบัญญัติ 9 ประการเพื่อผู้สูงอายุไทย. สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มนัส ศรีเปารยะเพ็ญพงษ์. (2560). พฤติกรรมการบริโภคอาหารส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารศรีวันลัทธิวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 7(2), 90-103.
- วรัญญา มณีรัตน์ และคณะ. (2560). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. *วารสารการวิจัยกาสะลองคำ*, ฉบับพิเศษ, 11(3), 135-143.
- รัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. (2557). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล ตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

- วรรณวิมล เมฆวิมล. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม. สืบค้นจาก <http://ssruir.ssru.ac.th/handle/ssruir/689>
- วันเพ็ญ นาโสก และณิศาธร ภาโนมัย. (2562). พฤติกรรมการบริโภคอาหารและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดเลย. *วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย*, 14(49), 94-105.
- วิรุท นนสรุตัน. (2562). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 16(3), 130-137.
- สรณู แก้วพิบูลย์ และณัฐวุฒิ แก้วพูลย์. (2555). ภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์ (รายงานผลการวิจัย). นครราชสีมา : มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- สิริพันธุ์ จุลกรังคะ. (2550). *โภชนศาสตร์เบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- สุพรรณิ พุกษา. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (รายงานผลการวิจัย). เลย : มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.
- สุพรรณิ พุกษา และวรัชญา สุขประเสริฐ. (2561). พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ตำบลนาอ้อ อำเภอเมือง จังหวัดเลย. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 25(3), 67-76.
- สุรศักดิ์ สุนทร, บริญญา มิตรากร และบริญญา จิตอร่าม. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ตำบลหนองบ่อ อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพมหานคร: สถาบันพระบรมราชชนก สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข.
- อนุสรณ์ เป่าสูงเนิน, วาริน แนวกลาง, วีรยา ย่อยกระโทก, สมพิศ คำณิ, อรุมา เดชทุ่งคา และอารญา สิมมา. (2558). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กุดจิก อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. ใน *รายงานการประชุมมหาดไทยวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6 วันที่ 26 มิถุนายน 2558 มหาวิทยาลัยมหาดไทย* (น. 1339-1349). กรุงเทพมหานคร: ประเทศไทย.
- อมรรัตน์ ปุยาม. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสิงห์ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพมหานคร.
- Best, J.W. (1977). *Research in education*. (3rd ed.). New Jersey: Prentice-Hall.
- Bloom, B. (1971). *Mastery Learning*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Brown, J.E. (2004). *Nutrition now*. (4th ed). California: Thomson Wadsworth.
- Carole Edelman, Carol Lynn Mandle. (1986). *Health Promotion Throughout The Life Span*. New York: Mosby
- Chanchum, N. (2014). *Factors Influencing Nutritional Status of Elderly in Bangkhunthian District, Bangkok Metropolitan* (M.A. Thesis). Srinakharinwirot University, Bangkok.

- Konkaew, W. (2014). *The Health Behavior of Elderly of Klongtumru Sub-District, Mueang district, Chon Buri Province* (M.P.A. Thesis), Burapha University, Chon Bui.
- Mette, V. and Havard H. (2014). The relationship between food preference and Choice: A theoretical discussion. *International journal of Business and Social Science*, 5(7), 145-157.
- Wangcharoen, M., Thaiphanch, W., Polsiri, A., & Thongtamlung, J. (2016). Factors influencing the food consumption behavior of the elderly: a case study of the elderly club at Sirindhorn Hospital, Bangkok Metropolis. *Journal of Home Economics*, 59(3), 61-72
- Westenhoefer, J. (2005). Age and Gender Dependent Profile of Food Choice. *Forum Nutrition*, 57, 44-51.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. (3rd ed). New York: Harper And Row publications.

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

อรพิชา เกตุพันธ์*, Sarah Jane Racal**, ดุชนิ บุญพิทักษ์สกุล**

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าเป็นภัยเงียบที่อันตรายที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้สูงกับผู้สูงอายุเนื่องจากความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม และจากความสัมพันธ์ต่างๆ ของระบบในร่างกาย ภาวะซึมเศร้าสามารถป้องกันได้โดยผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวและวางแผนให้สามารถดำเนินชีวิตกับเวลาที่เหลืออยู่อย่างสมบูรณ์ มีคุณภาพ ลดการพึ่งพิง มีแบบแผนการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม ผู้สูงอายุที่จะสามารถใช้ชีวิตแบบครอบครัวเดี่ยวลำพังได้ดี จะต้องมีความสุขทางร่างกาย พลละกำลังที่แข็งแรง จิตใจที่แข็งแกร่ง มีสติ มีความรู้ตัว และอยู่กับปัจจุบันเสมอ พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว เสริมกำลังใจที่แข็งแกร่งของผู้สูงอายุซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าได้โดยการฝึกสติ ได้แก่ สติการจัดความเครียด สติรับรู้ลมหายใจ และ สติรู้ตัวกระตุ้นทุกความคิดลบ ซึ่งเป็นวิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพสูง เหมาะสำหรับผู้สูงอายุในยุคปัจจุบัน

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ, การส่งเสริมสุขภาพ, การฝึกสติ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2563 หน้า 50-65

* อาจารย์ผู้รับผิดชอบ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

* อาจารย์ประจำ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Corresponding author, e-mail: onp88@hotmail.com Tel. 086-1748228

วันที่รับบทความ: 10 เมษายน 2563, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 21 พฤษภาคม 2563, วันที่ตอบรับบทความ: 5 มิถุนายน 2563

The Role of Nurses in Promoting Health and Preventing Depression for the Elderly in the Community

Onpicha Ketphan*, Sarah Jane Racal**, Dussanee Bunpitaksakun**

Abstract

Depression is a dangerous condition that is likely to occur among the elderly due to physical, mental, social, environmental changes, and also from deterioration of the different bodily systems. The elderly must adapt and plan consequently in order to live a quality life and reduce dependence. Thereby, a holistic care plan is beneficial. Elderly people who live alone must be healthy and possess a strong mind characterized by the conscious awareness of the present moment. Nurses play an important role in promoting holistic health by enhancing strength and encouraging the elderly on a regular basis to prevent depression. Strategies include the practice of mindfulness, consciousness, and shifting negative thoughts. These are highly effective and feasible ways to prevent depression among the elderly particularly in these modern times

Keywords: Depressive Disorder, Elderlies, Health Promotion, mind Mindfulness

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2020; 7(1), 50-65

* Instructor, Responsible for the Bachelor of Nursing Science Program, College of Nursing, Christian University of Thailand

** Instructor, Bachelor of Nursing Science Program, College of Nursing, Christian University of Thailand

Corresponding author, e-mail: onp88@hotmail.com

Tel. 086-1748228

Received: 10 April 2020,

Revised: 21 May 2020,

Accepted: 5 June 2020

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรประมาณ 70 ล้านคน มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 10,014,706 คน คิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุและอยู่ในวัยพึ่งพิง (Dependency) ทั้งในเชิงเศรษฐกิจสังคมและเชิงสุขภาพ (กรมสุขภาพจิต, 2561) โดยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (สุธรรม นันทมงคลชัย, 2558) ซึ่งโอกาสที่ผู้สูงอายุจะอยู่ในภาวะพึ่งพิงอันเนื่องจากภาวะทุพพลภาพและภาวะสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลกระทบต่อครอบครัวในปัจจุบันและครอบครัวในอนาคต โดยภาพรวมของประเทศที่จำเป็นต้องใช้งบประมาณค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพเนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่จะเพิ่มมากขึ้นทุกปี (กรมสุขภาพจิต, 2561) การใช้จ่ายที่รัฐต้องลงทุนเพื่อการดูแลรักษาสุขภาพเมื่อยามเจ็บป่วยและระบบการรักษาความปลอดภัยทางสังคมรวมถึงเพิ่มความต้องการของการดูแลสุขภาพแบบเหี่ยวพลันและเรื้อรังในสถานบริการตลอดจนครัวเรือน ซึ่งต้องใช้กำลังคนด้านสุขภาพที่ต้องได้รับการฝึกฝนที่ดีจำนวนมากในการดูแลระยะยาวเพื่อให้มั่นใจว่าผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดี สามารถใช้ชีวิตในส่วนที่เหลืออยู่กับครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสุดท้ายได้อย่างปลอดภัย (พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2558) การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความสูงวัยเป็นสิ่งที่เรามาจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายในบุคคลและภายนอกบุคคลที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัว ถ้าสิ่งเร้าดังกล่าวอยู่ในขอบเขตที่ผู้สูงอายุสามารถจะตอบสนองในทางบวกได้

ผู้สูงอายุจะมีการแสดงพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่หากผู้สูงอายุรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นมีความรุนแรง คุณค่าการที่คนมีอายุยืนยาวขึ้น ตามด้วยโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับโรคเรื้อรังได้แก่โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมจึงเกิดผลกระทบต่อตนเองสูง จะมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางลบ ไม่สามารถปรับตัวได้ ผู้สูงอายุจะแสดงพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (สุปราณี แดงวงษ์, 2559) ผู้สูงอายุจึงต้องมีการปรับตัวและวางแผนการดำเนินชีวิตให้สามารถดำเนินชีวิตกับเวลาที่เหลืออยู่อย่างสมบูรณ์ (Perfect life) ที่มีคุณภาพลดการพึ่งพิง โดยมีแบบแผนการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม (Body-Soul-Spirit)

บริบทของผู้สูงอายุในชุมชน

เมื่อมีอายุ 60 ปี การตั้งเป้าหมายและการวางแผนชีวิตหลังเกษียณอายุ เป็นยุทธศาสตร์ชีวิตที่มีความสำคัญของผู้สูงอายุ การปรับตัวเพื่อเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงในชุมชน ซึ่งมีผลต่อสุขภาพองค์รวม สุขภาพกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้บุคคลเกิดความภาคภูมิใจ มีคุณค่าในตนเองและเกิดความสุขใจในบั้นปลายของชีวิต

สังคมของประเทศไทยมีการเปลี่ยนจากเกษตรกรรมโบราณ (Traditional agricultural society) มาเป็นสังคมสมัยใหม่ (Modern society) มีความทันสมัยมากขึ้น (ชฎาพร โพธิ์สุวรรณ, 2556) โครงสร้างทางอาชีพของคนไทยจึงเปลี่ยนไป จำนวนคนประกอบอาชีพเกษตรกรรมลดลงเดินทางเข้าสู่เมืองเพื่อประกอบอาชีพขายแรงงาน ความเป็นเมืองส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต

ผู้สูงอายุ แต่ดั้งเดิมประเทศไทยมีวัฒนธรรมความเป็นอยู่เรียบง่าย อนุรักษ์พัฒนารากเหง้ารวมทั้งสายตระกูลของแต่ละครอบครัว ชุมชน นิยมอยู่กัน ในลักษณะครอบครัวขยาย คือ เป็นครอบครัวอยู่รวมกันอย่างน้อยสามรุ่น (Generations) เพื่อให้มีการดำเนินเศรษฐกิจร่วมกัน ช่วยกันผลิตช่วยกันบริโภค รับผิดชอบความปลอดภัย ความอยู่รอด และมีสังคมร่วมกัน ซึ่งปัจจุบันนี้ครอบครัวเช่นนี้มีน้อยลงเพราะสังคมเมืองเข้ามาแทรกแซง ผู้สูงอายุในสังคมอารยะเช่นปัจจุบันนี้ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนของระบบครอบครัวจากเดิมเคยเป็นครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้สูงอายุต้องปรับตัวจากวิถีชีวิตแบบเดิมมาเป็นแบบวิถีในยุคโลกาภิวัตน์ เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากสำหรับผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง เพราะต้องเผชิญกับองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอก โดยองค์ประกอบภายใน ได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจ ส่วนองค์ประกอบภายนอก ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การศึกษา สิ่งแวดล้อม และสวัสดิการทางสังคม ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ

บริบทของผู้สูงอายุในชุมชน มีการเปลี่ยนแปลงทุกด้าน ได้แก่ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยี อิทธิพลการสื่อสารที่สามารถเข้าถึงทุกครัวเรือน ความเป็นชุมชนที่มีความเจริญทางวัตถุมากขึ้น ส่งผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตผู้สูงอายุ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาเศรษฐกิจ ครอบครัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ลดลงแต่มีค่าใช้จ่าย และมีความด้อยโอกาสทางสังคม ซึ่งเป็นปัญหาที่พบมากที่สุดชุมชน รองลงมาคือปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง การว่างงาน ถูกทอดทิ้ง การประสพภัยพิบัติ ปัญหาด้านสังคม ปัญหาด้านโภชนาการ ปัญหาด้านยารักษาโรค และปัญหาด้านกฎหมาย เป็นต้น (จินตนา อาจสันธิยะ และพรนภา คำพราว, 2557)

จากสภาพการเป็นครอบครัวเดี่ยว และสถานภาพเป็นโสดมากขึ้น สภาพการเป็นสังคมผู้สูงอายุทั่วโลก ทำให้มีการเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิตไม่เป็นภาระหรือพึ่งพาผู้อื่น และเพื่อลดการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (วรเวศม์ สุวรรณระชา และคณะ, 2553) ผู้สูงอายุจึงต้องมีการปรับตัวดำรงชีวิตในยุคที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยุทธศาสตร์ชีวิตที่สำคัญคือการให้ความรู้ การดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงและเข้มแข็ง พึ่งพาให้น้อยที่สุด การพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ คุณธรรม นำความรอบรู้ อย่างเท่าทัน มีสุขภาพที่ดีทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อยู่ในชีวิตที่อบอุ่น ชุมชนที่เข้มแข็ง พึ่งตนเองได้ มีความมั่นคงในการดำรงชีวิต (จิราพร มะโนวัง และคณะ, 2559) จึงเป็นยุทธศาสตร์ชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน การดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพกายที่ดีให้แข็งแรงเป็นตัวชี้วัดสุขภาพที่ดี และการดูแลสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่สำคัญและยิ่งใหญ่สำหรับผู้สูงอายุเช่นกัน สุขภาพจิตที่ดีจะส่งผลต่อพลังใจที่เข้มแข็งมีพลัง (Active Ageing) ซึ่ง Berg and Dickow (2014) ได้กำหนดบทบาทพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิ ได้แก่ บทบาทผู้นำทีมการสอนเป็นบทบาทที่สำคัญมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน คำแนะนำการสอนที่ดีเข้าใจง่ายและนำไปใช้ได้จริงซึ่งเป็นการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ สามารถช่วยส่งเสริมป้องกันสุขภาพองค์รวมผู้สูงอายุให้เผชิญกับภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลงนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทของพยาบาลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ปัจจุบันบทบาทของพยาบาลมีความซับซ้อนหลากหลายมิติมากขึ้น (American Nurses Association, 2012; Berg and Dickow (2014) ได้กำหนดบทบาทพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลและในชุมชนไว้ 5 ด้าน ดังนี้ 1) บทบาทผู้ประสานงานการดูแล 2) บทบาทผู้นำทีมการสอน 3) บทบาทผู้เชี่ยวชาญสารสนเทศ 4) บทบาทพยาบาลชุมชน 5) บทบาทหุ้นส่วนสุขภาพ (Bauer and Bodenheimer, 2017) กำหนดบทบาทพยาบาลในระบบปฐมภูมิในอนาคตไว้ 3 ด้านดังนี้ 1) บทบาทผู้จัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2) บทบาทผู้นำทีมการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน และ 3) บทบาทผู้ประสานการดูแล (กองการพยาบาล, 2561) ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในชุมชนตามโครงสร้างหน่วยงานราชการบริหารงานส่วนภูมิภาค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อการปฏิบัติที่ครอบคลุมทุกมิติให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนโดยรวม ได้กำหนดบทบาทพยาบาลวิชาชีพไว้ 3 ระดับ ดังนี้ 1) ระดับปฏิบัติการ 2) ระดับชำนาญการ และ 3) ระดับชำนาญการพิเศษ โดยลักษณะงานที่รับผิดชอบมี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านปฏิบัติการ 2) ด้านการวางแผน 3) ด้านการประสานงาน และ 4) ด้านบริการลักษณะของบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในชุมชนทุกระดับที่กล่าวมา พบว่ามีกลไกเพื่อการขับเคลื่อนที่สำคัญคือมีบทบาทผู้นำทีมการสอน การให้คำแนะนำปรึกษาและสาธิต รวมถึงจัดทำคู่มือเพื่อประชาชน บทบาทในระดับที่มีความรับผิดชอบสูงขึ้น จะมีหน้าที่ใน

การสอน ถ่ายทอดความรู้ ทักษะประสบการณ์ เทคโนโลยีทางการพยาบาลแก่พยาบาลผู้ได้บังคับบัญชาหรือผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า เพื่อส่งเสริมคุณภาพบริการเพื่อผู้ใช้บริการ ครอบครัวและชุมชนได้รับประโยชน์สูงสุด

บทบาทของพยาบาลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ตามมาตรฐาน 4 มิติ คือ ด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู วัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีโดยให้การพยาบาลเป็นองค์รวม (อุไร หัถกิจ, 2555) การพยาบาลองค์รวมต่อบุคคลอย่างเป็นองค์รวมโดยให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ การเยียวยา และความผาสุกของบุคคล ส่งเสริมการใช้ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการดูแลแบบผสมผสาน รวมทั้งบูรณาการประสบการณ์ของบุคคลสู่การดูแลสุขภาพ ด้วยเหตุนี้การพยาบาลองค์รวมจึงสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพองค์รวมของบุคคลอย่างครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และ (นวพร วุฒิธรรม, 2559) พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคคลสำคัญที่ผู้กระทำต่อมนุษย์ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การให้การพยาบาลและการช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพกระบวนการในมิติดังกล่าวพยาบาลจะต้องให้การดูแลด้วยความเมตตา เอื้ออาทร ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (เกวลิน ชื่นเจริญสุข และคณะ, 2559) สัดส่วนของผู้ใช้บริการระดับปฐมภูมิพบว่ามีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแบบแผนการเจ็บป่วยมีการเปลี่ยนแปลงจากโรคติดเชื้อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่งผลให้พยาบาลในชุมชนมีบทบาทหลากหลายมิติ เช่น

บทบาทผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังมากขึ้น การเยี่ยมบ้าน การสอนให้คำแนะนำผู้ป่วย ผู้ดูแล และญาติ ตลอดจนพยาบาลจะต้องทำความเข้าใจมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นด้วยการนำแนวคิดการจัดการรายกรณีเพื่อจัดการกับโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญได้กำหนดเป็นแผนงานหนึ่งของยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นเลิศ บทบาทของพยาบาลนอกจากให้การพยาบาลปกติแล้วยังทำหน้าที่การส่งเสริมสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัย การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การสอนให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล/ญาติ เพื่อการปฏิบัติการดูแลสุขภาพต่อเนื่องเหมาะสมเป็นรายกรณี (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายยุทธศาสตร์, 2560) กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย. (2560). (อรรถพรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) กล่าวถึง บทบาทของพยาบาลด้านการสอนทางการพยาบาลสุขภาพจิต (Teaching in Mental Health Nursing) การสอนเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้สอนกระทำเพื่อช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในกิจกรรมการพยาบาล พยาบาลจะเป็นผู้สอนผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการเรื่องสุขภาพ พยาบาลจะใช้บทบาทการสอนควบคู่ไปกับการพยาบาลและการให้คำปรึกษามแนะนำ เพื่อการพัฒนาสุขภาพที่สมบูรณ์ โดยมีเป้าหมายที่เน้นการดูแลตนเอง การสอน การสาธิต การให้คำแนะนำ เป็นการขับเคลื่อนที่สำคัญเพื่อให้ประชาชนผู้ใช้บริการ มีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความรอบรู้ทางสุขภาพ มีความฉลาดทางสุขภาพ โดยสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ดูแลสุขภาพและส่งเสริมตนเองและสามารถแก้ปัญหา

สุขภาพได้เหมาะสมตามความต้องการ และอัตลักษณ์ ศรเกษตริน (2562) กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้นำทีมการสอน พยาบาลผู้สอนจึงต้องออกแบบการเรียนรู้ฝึกฝนตนเองเป็นโค้ช (Coach) และอำนวยความสะดวก (Facilitator) ในการเรียนรู้ ผู้สอนต้องมีลักษณะของที่สามารถชี้แนะการเรียนรู้ (Learning coaching) และสามารถทำหน้าที่เป็นผู้นำการเรียนรู้สอนสอนสู่โลกแห่งการเรียนรู้ได้

ปิยะสกล สกลสัตยาทร (2560) เสนอ บทบาทหน้าที่การสอนของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนบทบาทพยาบาลวิชาชีพในยุคประเทศไทย 4.0 ที่เน้นการดูแลสุขภาพบนฐานสุขภาพของคุณค่า (Value based healthcare) โดยให้แนวคิดบทบาทพยาบาล (Smart Nurse 4.0) สำหรับพยาบาลทุกระดับ โดยเน้นแนวคิดบทบาทพยาบาลวิชาชีพมีความรอบรู้เท่าทันสุขภาพ (Health literacy) และทำหน้าที่สอนให้ผู้ใช้บริการมีความรอบรู้เท่าทันสุขภาพ การสอนให้คำแนะนำปรึกษาและการสาธิต ถือเป็นบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชน และ (แสงเดือน กิ่งแก้ว และคณะ, 2562) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการนำแนวคิดการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) แก่ผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการระดับปฐมภูมิเป็นผู้ดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย รวมทั้งผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบของตนเองโดยมีบทบาทสำคัญ ได้แก่ บทบาทการสอน การให้คำแนะนำ ให้ความรู้และสนับสนุนการให้ข้อมูลสุขภาพทุกกลุ่มวัยและผู้สูงอายุ ให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อการตัดสินใจนำข้อมูลความรู้

ทางสุขภาพไปปรับใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือผู้ดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม และการนำแนวคิด Smart Thai people 4.0 (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายยุทธศาสตร์, 2560) คือ การเข้าถึง เข้าใจ ชักถาม ประเมิน ตัดสินใจ ปรับใช้และบอกต่อ พยาบาลวิชาชีพแสดงบทบาทผู้นำการสอนให้ประชาชนเกิดความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งมี 3 ระดับ ดังนี้ 1) ระดับพื้นฐาน จำเป็น พยาบาลทำหน้าที่สอนและประยุกต์ให้ผู้ใช้บริการมีทักษะ การฟัง พูด อ่าน และเขียน ตัวเลข เช่น อ่านฉลากยา เป็นต้น 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ ทำหน้าที่สอนให้ประชาชนเกิดทักษะทางพุทธิปัญญา ได้แก่ การรู้จักเลือก บริโภคข่าวสารข้อมูลและนำมาประยุกต์ใช้ และ 3) ระดับวิจารณ์ญาณ พยาบาลทำหน้าที่สอนให้ประชาชนเกิดทักษะทางปัญญาการเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางบวก ได้แก่ การประยุกต์ใช้ ข้อมูลข่าวสารความรู้และสามารถเปรียบเทียบ และนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้ง บอกต่อในชุมชน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2561)

จากการศึกษาที่กล่าวมา สามารถอธิบายได้ว่าบทบาทพยาบาลในชุมชนมีความสำคัญและมีผลต่อสุขภาพโดยตรงต่อประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีมากขึ้น จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้มากกว่า เช่น ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ดังนั้นบทบาทพยาบาลในชุมชนในดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีความสมดุลคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพขององค์กร เสริมกำลังใจที่แข็งแกร่งสำหรับผู้สูงอายุซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าได้โดยการฝึกสติ

ภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า มีผู้ให้ความหมายไว้มากมายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน ดังนั้นจึงขอนำเสนอความหมายของภาวะซึมเศร้าเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เชื่องซึม นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ วิตกกังวล มองโลกในแง่ร้าย และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด ภาวะซึมเศร้าเกิดจากปัจจัยหลายประการทั้งปัจจัยภายในและภายนอก อาทิ ความผิดปกติทางพันธุกรรม ความผิดปกติของสารชีวเคมีในสมอง ปัญหาทางด้านจิตใจ และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ, 2559) นอกจากนี้ยังเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine) ต่อมัยรอยด์ผิดปกติ ระดับคอร์ติซอล (Cortisol) เพิ่มขึ้นในเลือด การหลั่งของฮอร์โมนควบคุมการงานอวัยวะในร่างกาย (Growth hormone) ผิดปกติพบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงของฮอร์โมนคอร์ติซอลกับภาวะซึมเศร้า และจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและสารสื่อประสาทดังกล่าว จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น และการเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เป็นสาเหตุทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายและความทนทานต่อโรคต่างๆ ลดลง จึงมีผลให้ร่างกายอ่อนแอและเกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและภาวะซึมเศร้า (กาญจนา กิริยางาม, 2553)

ภาวะซึมเศร้า เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อย (พีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2559) ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ลักษณะอาการที่สำคัญของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้าหรือเบื่อหน่าย อาการคงอยู่ต่อเนื่องระยะหนึ่ง รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรงกำลัง สมาธิการตัดสินใจลดลง รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง เคลื่อนไหวช้า เก็บตัว ไม่พูดคุยกับใคร และมีปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้าประกอบด้วยสาเหตุปัจจัย หลายด้าน ทั้งทางชีวภาพ และทางจิตสังคม ภาวะซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่สามารถรักษาได้ ผู้ที่ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติดั้งเดิม การรักษาโรคซึมเศร้าจึงประกอบด้วย การรักษาทางชีวภาพซึ่งได้แก่ การรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้า รวมถึงการรักษาทางจิตสังคม ซึ่งได้แก่ จิตบำบัดในรูปแบบต่างๆ ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาให้ดียิ่งขึ้น การป้องกันและรักษาทางจิตบำบัดอีกรูปแบบหนึ่งที่เป็นการประยุกต์จิตบำบัดแบบผสมผสานกับจิตวิทยาและหลักคำสอนของพระพุทธเจ้า เรียกว่า สติบำบัด ที่กล่าวในลำดับต่อไป

เกณฑ์การประเมินภาวะซึมเศร้า

เกณฑ์การวินิจฉัยตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) ที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association หรือ APA) ประกอบด้วยข้อบ่งชี้ 5 แกน ตั้งแต่แกน A-E ดังนี้

แกน A มีอาการในข้อต่อไปอย่างน้อย 5 ข้อขึ้นไป เกิดพร้อมกันอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ได้แก่ 1) อารมณ์เศร้า เป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวัน 2) ความสนใจสิ่งต่างๆ ลดลงมาก หรือไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไร เกือบทุกวัน 3) ไม่รู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลินในสิ่งที่เคยเพลิดเพลิน เป็นเกือบทุกวัน 4) น้ำหนักลดลงอย่างมากโดยที่ไม่ได้ตั้งใจลดอาหาร หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างมากเพราะกินจุ 5) นอนไม่หลับหรือนอนมากเกือบทุกวัน 6) การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้า หรือ กระวนกระวายอยู่ไม่สุข 7) อ่อนเพลียเหนื่อยล้าไม่มีเรี่ยวแรงเป็นเกือบทุกวัน 8) รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากกว่าปกติ เป็นเกือบทุกวัน 9) สมาธิไม่ดี คิดไม่ออกหรือตัดสินใจลำบาก เป็นเกือบทุกวัน และ 10) คิดอยากตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย

แกน B : อาการไม่เข้ากับเกณฑ์ mixed episode แกน C : มีผลกระทบต่อหน้าที่การงานและสังคม อย่างมีนัยสำคัญ แกน D : อาการไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติด หรือโรคทางกาย แกน E อาการไม่ได้เป็นผลจากความโศกเศร้าเพราะสูญเสียคนรัก สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10) ขององค์การอนามัยโลก มีดังนี้

G1 A. มีกลุ่มอาการซึมเศร้า เป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวันอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์

B. อาการหลักที่ต้องมีอย่างน้อย 2 ข้อ คือ 1) อารมณ์เศร้า เป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวัน 2) ความสนใจสิ่งต่างๆ ลดลงมาก หรือไม่

อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไร หรือไม่รู้สึก
สนุกสนานเพลิดเพลิน เป็นเกือบทุกวัน และ 3)
อ่อนเพลียง่าย เหนื่อยง่าย ไม่มีเรี่ยวแรง เป็นเกือบ
ทุกวัน

C. อาการรองที่ต้องมีอย่างน้อย 4
ข้อ คือ 1) ขาดความเชื่อมั่น ความภูมิใจในตนเอง
หายไป 2) ชอบตำหนิตนเอง หรือมีความรู้สึกผิด
มากกว่าปกติ 3) คิดอยากตายซ้ำๆ หรือพยายาม
ฆ่าตัวตาย 4) สมาธิไม่ดี คิดไม่ออก หรือตัดสินใจ
ลำบาก 5) การเคลื่อนไหวหรือความคิดเชื่องช้า
หรือกระวนกระวาย อยู่นิ่งไม่ได้ 6) นอนไม่หลับ
หรือนอนมาก และ 7) น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้
ตั้งใจอดอาหาร หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นเพราะกินจุ
ในการแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ
คือ

- ระดับเล็กน้อย (Mild) จะมีอาการหลัก
2 ข้อ และอาการรอง 4 ข้อ

- ระดับปานกลาง (Moderate) มีอาการ
หลัก 2 ข้อ และ อาการรอง 6 ข้อ

- ระดับรุนแรง (Severe) มีอาการหลัก
และ อาการรองทุกข้อ

G2 ไม่เคยมีอาการ Hypomania หรือ
mania ตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา

G3 อาการไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติด
หรือโรคทางกาย

จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
สามารถสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะจิตใจที่
แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์เศร้า หดหู่
เหงา รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่อยากทำ
อะไร อาจไม่อยากมีชีวิตอยู่ไป ถ้ามีอาการรุนแรง
จะทำร้ายตัวเอง การวินิจฉัยโรคซึมเศร้านั้น ใน
ประเทศไทย ใช้อยู่ 2 เกณฑ์ หรือ 2 ระบบ ทั้ง

DSM และ ICD-10 โรคซึมเศร้า มีอาการหลาย
ระดับ ตั้งแต่ระดับน้อย ปานกลาง จนถึงรุนแรง
เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องเข้าใจโรคซึมเศร้าว่าเป็นการ
เจ็บป่วยอย่างหนึ่งที่ต้องได้รับการดูแลรักษา
อย่างใกล้ชิดและถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์
พยาบาลซึ่งใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด (พจนนา
เปลี่ยนเกิด, 2557) การให้ความสำคัญในการคัด
กรองและการประเมินความผิดปกติได้เร็ว จะ
สามารถช่วยเหลือและรักษาหายเป็นปกติได้
(สายสมร เฉลยกิตติ, 2557)

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย จาก
ปัญหาด้านร่างกายเพราะความเสื่อม ทำให้มี
ความไม่สุขสบาย ส่งผลต่อสภาพอารมณ์ของ
ผู้สูงอายุ ประกอบกับบทบาททางสังคมลดลง
และอยู่ในระยะพึ่งพาผู้อื่นจึงทำให้ผู้สูงอายุ
ซึมเศร้าได้ง่าย ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญ
การเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทุกด้าน อันส่งผล
การเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้จากความเจ็บป่วยทาง
กายเกิดโรคเรื้อรัง ไม่สุขสบาย ไม่สามารถทำงาน
ได้อย่างเดิม รายได้ลดลง บทบาทหน้าที่ทางสังคม
ลดลง ทำให้ต้องพึ่งพามากขึ้น ไม่มีความสุข ท้อแท้
รู้สึกไร้ค่า เกิดภาวะซึมเศร้า (สายสมร เฉลยกิตติ,
2557) นอกจากนี้ยังเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง
และความผิดปกติของระบบประสาท และต่อม
ไร้ท่อ (Neuroendocrine) ต่อมธัยรอยด์ผิดปกติ
ระดับคอร์ติซอล (Cortisol) ในเลือดเพิ่มขึ้นและ
การหลั่งของฮอร์โมนที่ควบคุมการทำงานของเซลล์
(Growth hormone) ผิดปกติพบที่มีความสัมพันธ์
ในระดับสูงของฮอร์โมนคอร์ติซอลกับภาวะซึมเศร้า
ในผู้สูงอายุ โดยสรุปจากการเปลี่ยนแปลงด้าน

ร่างกายและสารสื่อประสาทดังกล่าวทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น และการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เป็นสาเหตุทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายและความทนทานต่อโรคต่างๆ ลดลง มีผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและภาวะซึมเศร้า (กาญจนา กิริยาภม, 2553) ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาจากการเปลี่ยนแปลงและสูญเสีย ทำให้ความรู้สึกลดลง เหนื่อยหน่ายหดหู่จิตใจอ่อนล้า ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้ค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไปและทำร้ายตนเองในที่สุด (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุเป็นปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญในระดับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และกรมสุขภาพจิตจึงมีนโยบายการดำเนินงานและการวางแผนงานการจัดการ การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพจิตประชาชนอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกพื้นที่ ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญไม่น้อยไปกว่าด้านสุขภาพทางกาย จึงได้มีกำหนดแผนส่งเสริมป้องกันภาวะซึมเศร้าในทุกกลุ่มอายุ ซึ่งจากการศึกษาพบว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต้องมีการเฝ้าระวังพิเศษคือกลุ่มชว่ววัยผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้สูงมากกว่ากลุ่มอื่น โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood Disorder) ลักษณะของโรคจะมีความซึมเศร้าชนิดเศร้ารุนแรง (Major Depression) และโรคแมเนีย (Mania) ซึ่งโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พบส่วนใหญ่จะมีลักษณะเด่น คือ มักแสดงออกในลักษณะของอาการเจ็บป่วยทางกาย มีอาการแสดงที่พบบ่อย

ได้แก่ ไม่สุขสบายทางกาย หงุดหงิดง่าย และผู้ใกล้ชิดหรือผู้ดูแลมักจะเข้าใจว่าเป็นอาการที่คิดไปเองว่าตนเองเจ็บป่วย (Hypochondriasis) (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) อาการและอาการแสดงดังกล่าวอาจถูกมองข้ามไม่ให้ความสำคัญทั้งที่หากพบเร็วก็จะสามารถช่วยเหลือรักษาให้หายเป็นปกติได้ (สายสมร ฉลวยกิตติ, 2557)

พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2559) รายงานชนิดของโรคซึมเศร้าที่พบมากได้แก่ โรคซึมเศร้าหลัก (Major depression disorder) ซึ่งพบความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ได้ตั้งแต่ร้อยละ 5-17 มีเฉลี่ยร้อยละ 12 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยใช้อยู่ 2 เกณฑ์ หรือ 2 ระบบ ทั้ง DSM และ ICD-10 โรคซึมเศร้ามีอาการหลายระดับตั้งแต่ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง เป็นสิ่งที่ต้องเข้าใจโรคซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยอย่างหนึ่งที่ต้องรับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด และถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2552)

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมป้องกัน

ภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

การส่งเสริมป้องกันภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชน นอกจากการพยาบาลพื้นฐาน 4 มิติ การพยาบาลองค์รวมที่ครอบคลุมทุกด้าน ภาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (อุไร ทัศนกิจ, 2555) การพยาบาลองค์รวมเพื่อสร้างความสมดุลแห่งชีวิต การให้คุณค่ากับการพยาบาลองค์รวมของบุคคลการดูแลสุขภาพทางจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นบทบาทพยาบาลเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็ง

จากภายในเป็นแหล่งความรัก ความหวังหล่อเลี้ยงให้บุคคลอยู่อย่างมีความหมายในชีวิต จึงถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพยาบาลองค์รวม และ (ทศา ชัยวรรณวรรต, 2560) บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ในคนปกติและกลุ่มเสี่ยง บทบาทพยาบาลควรมุ่งเน้นในมิติด้านการส่งเสริมและการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตให้มากขึ้น ควรมีการจัดบริการการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยการสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต ประสานงานกับครอบครัว ทีมสุขภาพและองค์กรในชุมชนให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ที่อาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตในภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าอาจเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ

ดังนั้น การส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน สามารถที่จะพัฒนาและยกระดับคุณภาพจิตใจ จะทำให้เกิดมีพลังจิตใจสูงและเกิดปัญญาขึ้นและสร้างความสงบภายในแก่ตนเองได้อย่างแท้จริง ซึ่งบุคคลจะสามารถข้ามพ้นปัญหาอุปสรรค ลดความเครียดและความว้าวุ่นใจลงได้ ช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ ผู้เขียนขอเสนอรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าแบบผสมผสานสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อเป็นทางเลือกในการบำบัดส่งเสริมป้องกันภาวะทางสุขภาพจิต โดยมีรูปแบบผสมผสาน Mindfulness Based Therapy and Counseling : สติบำบัด (กรมสุขภาพจิต, 2559) ดังนี้

สติและสมาธิ เป็นคำสอนและวิธีปฏิบัติที่พระพุทธเจ้าได้คิดค้นและมีการสอนมากกว่า 2,600 ปี ได้ ทำให้ผู้คนจำนวนมากมีความสุขและความสงบอย่างแท้จริง สติบำบัด (Mindfulness

Based Therapy and Counseling : MBTC) โดยนำเรื่องของสมาธิและสติมาพัฒนาโดยใช้หลักจิตวิทยาโดยไม่เน้นเรื่องศาสนา และเป็นการใช้เพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพจิตไม่ว่าจะเป็นความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และพฤติกรรมเสพติด ตลอดจนปัญหาจากโรคเรื้อรังทั้งหลายโดยใช้ได้ทั้งผู้ป่วยและบุคคลทั่วไป (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2559)

ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (2559) กล่าวว่า การบำบัดโดยการเปลี่ยนความคิดด้วยการฝึกสติ หรือการบำบัดความคิดโดยการฝึกสติ (Mindfulness-based cognitive therapy ตัวย่อ: MBCT) เป็นการบำบัดทางจิตวิทยา ออกแบบเพื่อไม่ให้เกิดความคิด ความซึมเศร้าซ้ำอีก โดยเฉพาะในบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้า ทำให้แตกต่างจากการบำบัดที่อาศัยสติอื่นๆ เช่น การลดความเครียดอาศัยสติ (Mindfulness-based stress reduction) ซึ่งใช้ในการติดป้าย คือ ติดป้ายความคิด MBCT ใช้เทคนิคการบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และเพิ่มกลยุทธ์ทางจิตวิทยาใหม่ได้แก่ สติ และการเจริญสติ (Mindfulness meditation) การเจริญสติมุ่งที่จะสำนึกถึงความคิดและความรู้สึกทั้งหมดแล้วยอมรับ โดยไม่เข้าไปยึดติดหรือมีปฏิกิริยาต่อสิ่งเหล่านั้น ซึ่งเป็นกระบวนการ (ที่ภาษาอังกฤษเรียกว่า Decentering จะแปลว่า ไม่ยึดว่าเป็นตน หรือการปล่อยวาง) ที่ช่วยลดการตำหนิ ตีเตียนตนเอง การครุ่นคิด และมีอารมณ์ไม่ดี ที่ล้วนอาจเกิดขึ้นเป็นปฏิกิริยาต่อรูปแบบของความคิดที่ไม่ดี การบัต้นี้อาศัยทฤษฎีที่ว่าด้วย เมื่อบุคคลที่มีประวัติซึมเศร้าเกิดความทุกข์ พวกเขาจะกลับใช้กระบวนการความคิดอัตโนมัติที่สามารถจุดชนวน ภาวะซึมเศร้า (Depressive

episode) อีกจุดมุ่งหมายของ MBCT ก็เพื่อจะ ระวังกระบวนการความคิดอัตโนมัติเหล่านี้ และ ฝึกให้ผู้ป่วยมีปฏิภิรียน้อยลงต่อสิ่งเร้าที่เข้ามา แล้วแทนที่ด้วยการยอมรับและสังเกตสิ่งเหล่านั้น โดยไม่ตัดสินความดีไม่ดี การฝึกสติ เช่นนี้ ทำให้ สามารถสังเกตกระบวนการความคิดอัตโนมัติที่ กำลังเกิดขึ้นแล้วเปลี่ยนปฏิภิรียาของตนให้เป็น ความพินิจพิจารณา ซึ่งสมมุติกันว่า เป็นส่วนของ MBCT ที่เป็นเหตุของผลต่างที่ได้ทางคลินิก

สติและสมาธิ เมื่อนำมาใช้ในทาง จิตวิทยาสามารถพิจารณาว่าเป็นสภาวะจิตที่มี คุณภาพ (จิตขั้นสูงกว่า) เมื่อเทียบกับจิตขั้นพื้นฐาน คือ การตื่น (จิตทำงาน) และการหลับ (จิตพัก) ซึ่งเป็นสภาวะจิตที่สะสมความวุ่นและความเครียด คนเราจึงสะสมความเครียดจนกลายเป็นปัญหา ต่อสุขภาพกายและจิต และหากบุคคลนั้นมีปัจจัย ที่จะทำให้เจ็บป่วยทางจิตใจก็ทำให้เกิดโรคทาง จิตเวชต่างๆ การรักษาความเครียดและโรคทาง จิตเวช ด้วยวิธีจิตบำบัดสามารถ ทำได้ทั้งใน ระดับจิตขั้นพื้นฐาน เช่น การแก้ความขัดแย้งใน จิตใต้สำนึกด้วยจิตบำบัดแบบพลวัตร หรือปรับ วิธีคิดและพฤติกรรมด้วยพฤติกรรมบำบัดหรือ สร้างเสริมคุณค่าความเป็นมนุษย์ในตนเองด้วยจิต บำบัดแนวมนุษยนิยม แต่สติบำบัดจะมุ่งเน้นไปที่ การพัฒนาจิตขั้นสูงกว่าหรือสมาธิและสติซึ่งเป็น สภาวะจิตที่มีคุณภาพในการจัดการกับอารมณ์และ ความเครียด (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2559)

การฝึกจิตให้มีสติและมีสมาธิเพื่อให้ สามารถรับรู้ความคิดและเปลี่ยนความคิดได้ เมื่อ มีความคิดลบผุดเข้ามา รู้ตัวว่ามีความคิดลบ รีบ เปลี่ยนความคิดนั้นทันที การฝึกเปลี่ยนความคิดนี้ ต้องมีวินัยและมั่นฝึกเป็นประจำสม่ำเสมอ จน

สมองจดจำเป็นความคิดอัตโนมัติ เมื่อใดก็ตามที่มี ความคิดลบผุดเข้ามา จิตที่มีสติ สมาธิและถูกฝึก มาดีแล้ว จะสามารถเปลี่ยนความคิดได้เร็วจนเป็น อัตโนมัติ ความคิดลบต่างๆ ที่ทำร้ายและบั่นทอน จิตใจจนทำให้เกิดความเครียด ความทุกข์และ ภาวะซึมเศร้า จะลดลงหรือหายไป ทำให้ผู้ฝึกมี จิตใจที่สุขสงบ ในที่นี้ขอนำเสนอการฝึกสติ Mindfulness: SBT มีขั้นตอนและรายละเอียดดังนี้

1. S : Stress Mindfulness : สติการ จัดความเครียด

ความเครียด คือ อะไร ความเครียด จัดเป็นความทุกข์อย่างหนึ่งที่ต้องจัดการให้สิ้นสุด ลงโดยเร็วที่สุด เมื่อมีความเครียด มักจะมีอารมณ์ โกรธ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะบดบังสิ่งที่ดีงามของชีวิต เช่น ความรัก ความเมตตา ความเสียสละ ความ อดทน การให้อภัย ดังนั้น คนเราสามารถเรียนรู้ และเข้าใจความเครียดอันเป็นปฐมเหตุของความ ทุกข์ ความซึมเศร้า การฝึกสติและสมาธิเพื่อ จัดการความเครียดอารมณ์โกรธที่เกิดขึ้น ทุกคน สามารถทำได้จะช่วยลดความเครียดความวุ่นใจ ลงได้ ซึ่งจะแสดงลักษณะที่ดีงามของจิตใจตนเอง วัตถุประสงค์ของกิจกรรมนี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุ สามารถเข้าใจตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับ ความเครียด และรับรู้อารมณ์ของตนเอง โดยมี ขั้นตอนดังนี้ 1) การฝึกไม่คิดตาม เป็นการฝึก ” รู้ทันความคิด ” โดยหลับตาเบาๆ กำหนดลม หายใจเข้า ลมหายใจออก นำความรู้สึกลับที่ ปลายจมูกข้างที่ชัดที่สุด หายใจเข้ารับรู้ หายใจ ออกรับรู้ เมื่อมีความเครียด ความคิดลบ หรือ อารมณ์เศร้าผุดเข้ามา ให้รับรู้ว่ามีความคิดนั้นเข้า มา “แต่ไม่คิดตาม” เตือนตัวเองให้กลับมารับรู้ลม หายใจใหม่ เปลี่ยนความคิดใหม่ทันที ด้วยการ

หายใจเข้า-ออก ยาวๆ 1-2 ครั้ง ทำแบบนี้ทุกครั้งที่มีความเครียดเกิดขึ้น 2) ผึกไม่สนใจสิ่งแวดล้อมที่เห็น ให้ความสนใจลมหายใจตนเอง มองผ่านปลายจมูก ดูต่อเนื่องไปเรื่อยๆ จนความคิดอยู่กับปัจจุบัน

2. B : Breathing Mindfulness : สติรับรู้ลมหายใจ

การหายใจ เป็นสัญญาณชีพการมีชีวิต โดยการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอด การหายใจเข้า และหายใจออกร่างกายได้เลือดดีมีออกซิเจนสูง นำไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย การกำหนดลมหายใจเข้า หายใจออก เรียกว่าสติรับรู้ลมหายใจตนเอง ซึ่งเป็นการฝึกให้รับรู้การหายใจตนเอง เพื่อให้อยู่กับปัจจุบันขณะมีขั้นตอนนี้ 1) การฝึกสติการหายใจ เริ่มต้นด้วยการหายใจเข้า หายใจออกยาวๆ 5-6 ลมหายใจ สังเกตสัมผัสเล็กๆ ของลมหายใจที่ปลายจมูกข้างที่ชัดที่สุด ตำแหน่งที่ชัดเจนที่สุด หายใจเข้าและหายใจออกดูไปเรื่อยๆ ให้ต่อเนื่องด้วยลมหายใจปกติ 2) ผึกสติการหายใจเข้านับ 1 2 3 และ 4 กลับลมไว้ นับ 1 2 3 4 5 6 และ 7 หายใจออกทางปากนับ 1 2 3 4 5 6 7 และ 8 ทำต่อเนื่องด้วยลมหายใจปกติใช้เวลาประมาณ 2-3 นาที จะสามารถตั้งสติได้รวดเร็ว การฝึกสม่ำเสมอต่อเนื่องจนเป็นอัตโนมัติความคิด เมื่อมีความคิดลบ ความเครียดความเศร้า ขอให้รู้ตัวเร็วแต่ไม่คิดตาม เตือนตนเองให้กลับมารับรู้ลมหายใจใหม่

3. T: Thought Pull Mindfulness : สติรู้ตัวกระตุ้นความคิดลบ

การดำเนินชีวิตประจำวัน จะพบกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่มากระทบอายตนะ การรับรู้ (Perception) ได้แก่ หู ตา จมูก รับรส และสัมผัส

มีทั้งเหตุการณ์ที่ยินดี มีความพอใจ และเหตุการณ์ไม่พอใจ และมักจะมีความคิดลบเกิดขึ้น จัดการเจ้าความคิดลบนี้ให้สั้นที่สุดและขจัดทิ้งให้รวดเร็ว ทุกคนสามารถฝึกทำได้และได้ผล โดยต้องอาศัยการฝึกสติการรับรู้การกระตุ้นความคิดลบได้เร็ว (Thought Pull Mindfulness) โดยธรรมชาติของมนุษย์มักจะมีความคิดลบเป็นส่วนใหญ่และมักมองโลกในแง่ร้าย การที่จะทำให้จิตใจมีความสงบลดความตึงเครียดและความซึมเศร้าได้ คือการมองโลกแง่ดีและคิดเชิงบวก การเปลี่ยนแปลงการรับรู้และความคิด ต้องฝึกฝนโดยการใช้สติเป็นตัวตั้ง การฝึกสติการรับรู้ความคิดลบ รับรู้อารมณ์ความรู้สึกของตนเอง และฝึกจัดการกระตุ้นความคิดลบ และฝึกการปล่อยวางได้เร็ว ทำให้จิตใจมีความสงบจิตมีคุณภาพ ขั้นตอนดังนี้ 1) เข้าใจการรับรู้ (Perception) ทางหู ตา จมูก รับรส และสัมผัส เมื่อมีการรับรู้ จะมีความคิดผุดขึ้นมาส่วนใหญ่คิดลบ ให้รับรู้ว่ามีความคิดลบ มองความคิดนั้น แต่ไม่คิดตาม หากมีความหลงคิดนานเข้าในวังวน ได้แก่ เศร้า โกรธ เกลียด ให้ตั้งสติรับรู้เร็วที่สุด และ 2) ผึกกระตุ้นความคิด (Thought Pull Mindfulness) เมื่อสติรู้ตัวเร็วจะจัดการได้เร็ว และฝึกสติปล่อยวางความคิดจนเป็นอัตโนมัติความคิดบวก ให้อยู่ได้ง่ายและมีเมตตา

สรุป ขั้นตอน SBT 1) เมื่อมีความเครียดรู้ทันความคิด ไม่คิดตาม 2) รับรู้ลมหายใจ เมื่อมีความคิดลบความเครียดผุดขึ้นมา กลับไปที่ลมหายใจ (478) และ 3) กระตุ้นความคิดลบได้เร็ว เมื่อมีความเครียดความคิดลบ ความซึมเศร้ากระตุ้นความคิดได้รวดเร็ว ฝึกฝนเป็นประจำจนเป็นอัตโนมัติความคิด จะลดความว้าวุ่นใจ ลด

ความเครียด ความคิดลบ และความซึมเศร้าได้ จิตจะมีความสุขสงบมีคุณภาพเกิดปัญญา มีเมตตา และให้อภัย “สติที่รับฝึกมาดีแล้ว ย่อมนำความสุขมาให้”

สรุป

เมื่อโครงสร้างประชากรโลกเปลี่ยนแปลง รวมถึงประเทศไทยด้วยประชากรมีอายุยืนยาว ผู้สูงอายุมีมากขึ้น ปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดำรงชีวิตแบบครอบครัวเดี่ยว การปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงมีความสำคัญ หากการปรับตัวล้มเหลว จะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ บทบาทของพยาบาลในชุมชน ให้การพยาบาลครอบคลุมทุกมิติ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู และการพยาบาลองค์รวม กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อสร้างความสมดุลแห่งชีวิตและการให้คุณค่าของบุคคล การดูแลสุขภาพทางจิตวิญญาณ จึงเป็นบทบาทพยาบาลเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งจากภายใน ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพยาบาลองค์รวม และบทบาทของพยาบาลในการ

ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การใช้สติ (Mindfulness) และการมีสติรู้ตัว (Awareness) อยู่กับปัจจุบันเสมอ จะสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายและจิตที่แข็งแรง สามารถป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ดี การสอน การให้คำแนะนำที่นำมาประยุกต์ร่วมกับจิตวิทยาและหลักคำสอนของพระพุทธเจ้า เรียกว่า”สติ สมาธิ บำบัด” เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจหลักการได้ง่ายและนำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้จริง หลักการใช้สติ Mindfulness SBT: S: Stress Mindfulness สติการจัดการความเครียด, B : Breathing Mindfulness สติรับรู้ลมหายใจ, T: Thought Pull Mindfulness สติรู้ตัวกระแส ความคิดลบ ซึ่งเป็นรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพสูง เหมาะสำหรับผู้สูงอายุในยุคปัจจุบัน สามารถพัฒนาจิตและยกระดับคุณภาพจิต เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง เกิดปัญญา สามารถปล่อยวางได้ และมีเมตตาให้อภัย

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2559). *คู่มือสติบำบัด*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิงจำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2561). *การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า*. สืบค้นจาก http://www.thaidepression.com/ww/report/main_report/
- กองการพยาบาล. (2561). *บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย. (2560). *ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ*. สืบค้นจาก <http://www.anami.moph.go.th/ppf2017/Download/29/%E0%B8%9AE0%B9%88%E0B8%B2%E0%B8%A2/32.pdf>.

- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2560). *ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ P&P EXCELLENCE FORUM 2017* สืบค้นจาก [http://bps.moph.go.th/new_bps/sits/default/files / PPExcellence Forum2017.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sits/default/files/PPExcellenceForum2017.pdf)
- กาญจนา กิริยาาม. (2553). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอายุรกรรม (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- เกวลิน ชื้อสุข และคณะ. (2559). *แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ.2561-2565*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- จินตนา อาจสันเทียะ และพรนภา คำพราว. (2557). รูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารพยาบาลที่พบก*, 15(3), 123-127.
- จิราพร มะโนวัง และคณะ. (2559). ความมั่นคงของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านป่าช้างวิวัฒน์ ตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. *วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ*, 9(2), 178-179.
- ชฎาพร โพคัยสุวรรณ. (2556). *การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดราชบุรี โดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง* (รายงานผลการวิจัย). ราชบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง.
- ทศา ชัยวรรณวรรต. (2560). บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ*, 31(2), 16-30.
- นพพร วุฒิธรรม. (2559). กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์: ประสบการณ์ทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 3(2), 190-199.
- นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ. (2559). ภาวะซึมเศร้า. *วารสาร มฉก. วิชาการ*, 19(38), 115-118.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : รูปแบบการบูรณาการความรอบรู้สุขภาพในการดูแลโรคเรื้อรัง. ใน กัญญมน กาญจนาทวีกุล (บ.ก.), *การประชุมวิชาการและเผยแพร่ผลงานวิจัยระดับชาติครั้งที่ 13 มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น* (น. 147-158). ปทุมธานี, ประเทศไทย.
- ปิยะสกล สกลสัตยาทร. (2560). *บทบาทพยาบาลในยุค Thailand 4.0*. สืบค้นจาก <http://www.thainurses.org/new/phocadownload/2560053-05/01-doc.pdf>
- พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. (2558). ผู้สูงอายุและความปลอดภัยในชีวิตความท้าทายของสังคมไทย. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 45(3), 112-124.
- พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2559). จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของโรคซึมเศร้า. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 50(3), 181-196.
- พจนา เปลี่ยนเกิด. (2557). โรคซึมเศร้า บทบาทพยาบาลในการดูแลรักษา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 18-21.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2552). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์. (2559). *คู่มือสติบำบัด*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ. (2553). รายงานเบื้องต้นโครงการวิจัยระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงสำหรับผู้สูงอายุ. [เอกสารอัดสำเนา].
- สายสมร เฉลยกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลที่พบก*, 15(3), 24-31.
- สุธรรม นันทมงคลชัย. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิง จังหวัดลำพูน. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 45(2), 197-209.
- สุปราณี แสงวงศ์. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 3(2), 144-157.
- สุปราณี เสนาดิสัย และคณะ. (2560). *การพยาบาลพื้นฐาน*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุทอง จำกัด.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว และคณะ. (2562). บทบาทพยาบาลชุมชนในการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 20(1), 3-13.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อติญาณ ศรีเกษตริน และคณะ. (2562). การศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21: สมรรถนะและบทบาทของอาจารย์พยาบาล. *วารสารพยาบาลที่พบก*, 20(1), 12-20.
- อุไร หัตถกิจ และคณะ. (2555). การพยาบาลองค์รวมและการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน : การบูรณาการแนวคิดสู่การจัดการศึกษาพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(พิเศษ), 5-17.
- Aaron Beck. (1971). Cognition, affect, and psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 24, 495-500.
- American Association of Ambulatory Care Nursing. (2012). American academy of ambulatory Care nursing position statement: The role of the registered nurse in ambulatory care. *Nursing Economic*, 30(4), 233.
- Bauer, L.; and Bodenheimer, T. (2017). Expanded roles of registered nurse in primary care delivery of the future. *Nursing Outlook*, 65(5), 624-632.
- Berg, J. G., and Dickow, M. (2014). Nurse role exploration project: The Affordable care act and New nursing role. *Nurse Leader*, 12(5), 40-44.

บริโภคอาหารอย่างไรให้ปลอดภัย ห่างไกลจากโควิด-19

อัจฉรา ศรีสุภกรกุล*, วงศ์วิวัฒน์ ทศนียกุล**

บทคัดย่อ

โรคโควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ที่ทำให้เกิดอาการปอดอักเสบรุนแรงจนผู้ป่วยเสียชีวิตได้ และมีการระบาดไปทั่วโลกจนมีผู้เสียชีวิตนับแสนคน ดังนั้นการดูแลให้ร่างกายมีภาวะโภชนาการดี เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันจากภายในของบุคคล ด้วยการปฏิบัติตามหลักโภชนบัญญัติ และรงโภชนาการที่เน้นคุณภาพของชนิดอาหารที่บริโภคในแต่ละวันแต่ละมื้อให้ครบ 5 หมู่ และหลากหลายชนิด และปริมาณพลังงานที่เหมาะสมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือการทำงานในแต่ละวันอย่างสมดุล ควรเน้นการรับประทานพืชผักและผลไม้เป็นประจำทุกวัน รวมทั้งสมุนไพรต่างๆ ควบคู่ไปกับโปรตีนคุณภาพ เช่น ปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ ควรหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง อาหารหวานและอาหารเค็มจัด และที่สำคัญมากในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 คือการบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะและปรุงสุกใหม่ๆ ใช้ช้อนกลาง แยกชุดอาหารแบบจัดเฉพาะคนที่ยึดหลักงานอาหารสุขภาพ และการเว้นระยะห่างในการรับประทานอาหารเพื่อลดโอกาสในการได้รับเชื้อจากผู้อื่น รวมทั้งการงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะเป็นผลเสียต่อสุขภาพ และเพิ่มโอกาสในการติดโรคจากการใช้ภาชนะเดียวกัน ดังนั้นหากปฏิบัติได้ดังที่กล่าวมาก็จะทำให้ปลอดภัยและห่างไกลจากโควิด-19

คำสำคัญ : การบริโภคอาหาร, โภชนาการ, โรคโควิด-19

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2563 หน้า 66-76

* อาจารย์ ผู้รับผิดชอบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

** รองศาสตราจารย์ ดร. อาจารย์พิเศษ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding author, e-mail: achara_man@hotmail.com Tel. 081-309-3800

วันที่รับบทความ: 10 เมษายน 2563, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 21 พฤษภาคม 2563, วันที่ตอบรับบทความ: 15 มิถุนายน 2563

Eating Habits for Staying Safe from COVID-19

Achara Srisuponkonkul*, Wongwiwat Tassaneeyakul**

Abstract

COVID-19, a novel respiratory disease caused by new *Coronavirus* leading to severe pneumonitis and dead in severe cases. This disease has been pandemic and caused several hundreds of thousands lives. Good eating habits such as Thai Food- Based Dietary Guidelines and Nutrition flag which focus on quality of food intake daily, could promote healthy nutritional status and strengthened innate immunity. It is recommended that for each meal, comprehensive and several types of food source with balance energy appropriate to individual daily activity, should be intake. Fruit and vegetable with some herb and quality protein such as fish, low fat meat, egg, legume, and nuts should be regularly consumed. Try to avoid high-fat, high-sugar and salty food, because they can deteriorate health. During this COVID-19's pandemic it is also quite important to intake healthy, freshly-prepared food while using individual spoon, and separate dishes. During the meal, try to keep distant spacing among persons to reduce chance of infection. Alcohol beverages could deteriorate health and increase chance of infection from sharing glasses or bottles. As we keep on practicing these good eating habits we shall be safe and stay away from this dangerous COVID-19.

Keywords: Eating habits, Nutrition, COVID-19

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2020; 7(1), 66-76

* Instructors, Responsible for the Bachelor of Nursing Science Program, College of Nursing, Christian University of Thailand

** Assoc. Prof. Dr., Special Instructor, Khon Kaen University

Corresponding author, e-mail: achara_man@hotmail.com Tel. 081-309-3800

Received: 10 April 2020, Revised: 21 May 2020, Accepted: 15 June 2020

บทนำ

โรคโควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการปอดอักเสบรุนแรงจนผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ไวรัสที่ก่อโรคโควิด-19 นับเป็นสายพันธุ์ที่ 7 ของไวรัสโคโรนาที่ติดต่อกันในมนุษย์ ก่อนหน้านี้เรารู้จักไวรัสโคโรนามาแล้วจากโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคซาร์ส (Severe Acute Respiratory Syndrome-SARS) ซึ่งระบาดใน ปี พ.ศ. 2545-2547 (วรยา เหลืองอ่อน, 2554) และ โรคเมอร์ส (Middle East Respiratory Syndrome-MERS) ซึ่งระบาด ใน ปี พ.ศ. 2555-2561 (Peeri, et al., 2020) เป็นต้น สำหรับโรคโควิด-19 ถูกค้นพบเป็นครั้งแรกในเดือน ธันวาคม 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ก่อนที่จะแพร่กระจายและระบาดอย่างรุนแรงไปทั่วโลก จนกลายเป็นสถานการณ์วิกฤติที่ก่อปัญหาให้กับเกือบทุกประเทศทั่วโลก มีผู้สันนิษฐานว่าไวรัสโคโรนาที่ก่อโรคอาจเริ่มติดต่อกันจากสัตว์ป่าสู่มนุษย์ (เช่น งูเห่าจีน งูสามเหลี่ยมจีน ค้างคาว และตัวนิ่ม เป็นต้น) แต่ปัจจุบันยังไม่สามารถระบุถึงที่มาของโรคได้อย่างชัดเจน อาการของโรคโควิด-19 ในช่วงแรกจะคล้ายคลึงกับโรคไข้หวัดค่อนข้างมาก โดยมีอาการไข้สูง (มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป) และบางรายที่มีรุนแรงจะพบความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ปอดอักเสบ และความผิดปกติของระบบอวัยวะอื่นๆ เช่น หัวใจ และทางเดินอาหาร จนนำไปสู่การเสียชีวิตได้ในที่สุดได้ (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2020) นอกจากนี้โรคโควิด-19 ยังอาจส่งผลกระทบต่อ

สุขภาพจิตของผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิดได้ด้วย โดยทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลจากการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความน่ากลัวอย่างมาก เครียดจากผลกระทบทางเศรษฐกิจ และความเครียดบางส่วนยังเกิดจากภาวะที่ต้องเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตแบบกะทันหัน เช่น ต้องทำงานที่บ้าน ไม่ได้พบเพื่อนร่วมงาน หรือไม่สามารถพบปะสังสรรค์นอกบ้านได้ เป็นต้น รวมถึงมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมยังส่งผลให้มีความรู้สึกเหงาเพิ่มขึ้น ตัวอย่างงานสำรวจในประเทศจีน ที่มีสถานการณ์ล็อกดาวน์ (Lockdown) เป็นกลุ่มแรกๆ พบว่าคนจำนวนมากได้รับผลกระทบทางสุขภาพจิต (Wang, et al., 2020) สอดคล้องกับผลสำรวจของ Kaiser Family Foundation ที่สำรวจคนอเมริกันระหว่าง 25-30 มีนาคม 2563 (Hamel, et al., 2020) พบว่าร้อยละ 45 ของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้รับผลกระทบทางสุขภาพจิตจากการแพร่ระบาดของโรค โดยผู้หญิงสามารถรู้สึกได้รับผลกระทบสูงกว่าผู้ชาย พ่อแม่ที่มีลูกได้รับผลกระทบสูงกว่าคนที่ไม่มีลูก

แม้การระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19 ในขณะนี้ได้ก่อผลกระทบทั้งด้านการงานและการดำเนินชีวิตประจำวันต่อคนทั่วโลก อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ที่สุขภาพแข็งแรง มีภาวะโภชนาการที่ดี และมีระบบภูมิคุ้มกันที่เข้มแข็ง ย่อมจะมีเกราะป้องกันตนเอง และลดโอกาสติดเชื้อไวรัสที่ก่อโรคโควิด-19 ได้ การเสริมสร้างสุขภาพให้แข็งแรง ต้องเริ่มจากการมีจิตใจที่คิดบวก มองโลกในแง่ดี มองเห็นโอกาสในท่ามกลางภาวะวิกฤติของการเปลี่ยนแปลง และมีความกระตือรือร้นใฝ่เรียนรู้ เพื่อปรับปรุงและ

เปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตให้มีปกติสุข การพักผ่อนที่เพียงพอและมีคุณภาพย่อมสามารถช่วยให้ร่างกายแข็งแรง โดยควรนอนหลับในช่วงกลางคืนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ประกอบกับมีงานวิจัยที่พบว่าฮอร์โมนโกรท (Growth hormone; GH) มักหลั่งออกมามากในช่วงนอนหลับลึก ระหว่างเวลา 23.00-01.00 น. (Brandenberger and Weibel, 2004) ดังนั้นเราจึงควรเข้านอนก่อนเวลา 22.00 น. เพื่อให้สอดคล้องกับธรรมชาติของการหลั่ง GH ที่มาช่วยเสริมสร้าง ฟันฟู และซ่อมแซมการทำงานของเซลล์ต่างๆ รวมทั้งระบบภูมิคุ้มกัน ทั้งนี้ก็อีกปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ทุกคนมีสุขภาพแข็งแรง ลดโอกาสเสี่ยงจากการติดเชื้อไวรัสที่ก่อโรคโควิด-19 หรือหากติดเชื้อแล้วก็ฟื้นหายจากโรคได้เร็ว ก็คือ

ภาวะโภชนาการที่ดีและการบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การบริโภคอาหารให้มีภาวะโภชนาการที่ดีจึงเป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม ดังในบทความนี้ซึ่งผู้เขียนจะได้ขอเรียบเรียงนำเสนอโดยสังเขปต่อไป

ภาวะโภชนาการที่ดี คือภาวะที่ร่างกายได้รับอาหารที่มีคุณค่าครบถ้วน มีสัดส่วนและปริมาณเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเพื่อให้มีสุขภาพดี แนวทางสู่การมีภาวะโภชนาการที่ดี คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ และธงโภชนาการที่กำหนดโดย กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (กองโภชนาการ, 2551) ดังนี้

- 1) รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายและหมั่นดื่มน้ำสะอาด
- 2) รับประทานอาหารเป็นหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ
- 3) รับประทานอาหารผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ
- 4) รับประทานอาหาร เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ
- 5) ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย
- 6) รับประทานอาหารที่มีไขมันแต่พอควร
- 7) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสหวานจัดและเค็มจัด
- 8) รับประทานอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน
- 9) งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ในยุคปัจจุบันที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เช่นนี้ แนวทางการปฏิบัติทั้ง 9 ข้อ ยังมีความสำคัญและจำเป็นอย่างมาก โดยต้องสร้างและปลูกฝังพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ดี ทั้งในระดับปัจเจกชน

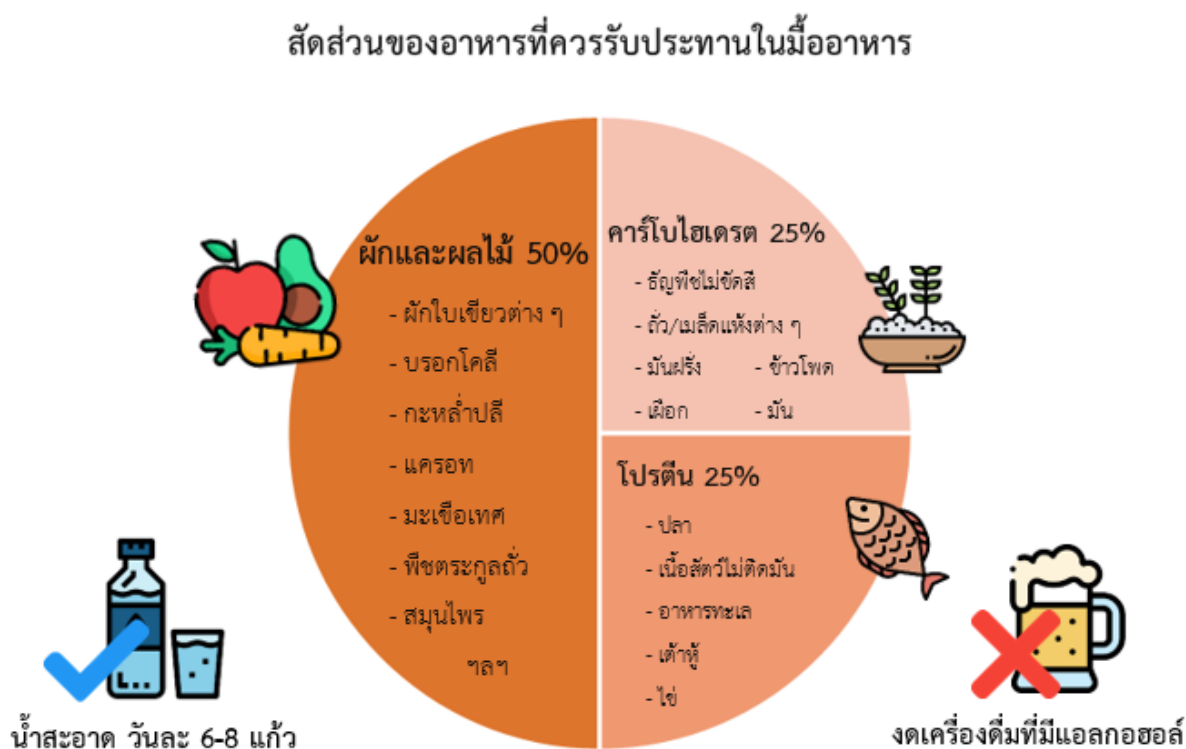
ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้คนส่วนใหญ่มีความปลอดภัยและห่างไกลโรคโควิด-19 ให้มากที่สุด รายละเอียดของแนวทางสู่การมีภาวะโภชนาการที่ดีที่ควรทราบ สามารถขยายความได้ดังต่อไปนี้

1. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดื่มน้ำหนักตัว เป็นข้อแรกที่สำคัญ เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารอย่างครบถ้วน หมู่อาหารกลุ่มโปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามิน เกลือแร่และน้ำ ล้วนจำเป็นต่อการเจริญเติบโตและซ่อมแซมร่างกาย หมู่อาหารที่ต้องคำนึงถึงในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน หมู่แรก คือ เนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่วเมล็ดแห้งต่างๆ เพราะเป็นแหล่งของโปรตีนที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างและซ่อมแซม โดยเฉพาะเซลล์ระบบภูมิคุ้มกัน นอกจากโปรตีน วิตามินและเกลือแร่ยังเกี่ยวข้องกับรักษาการทำงานของระบบต่างๆ ให้เป็นปกติ รวมทั้งระบบภูมิคุ้มกัน ดังนั้นอีกหมู่อาหารที่ไม่ควรขาด คือ พืชผัก และ ผลไม้ ที่อุดมไปด้วยวิตามินและเกลือแร่ รวมทั้งสารต้านอนุมูลอิสระ วิตามินที่ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันที่สำคัญคือ วิตามินซี ซึ่งมีประโยชน์หลายด้าน ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของภูมิคุ้มกันต้านต่อโรค ติดเชื้อ กระตุ้นการเคลื่อนที่ของเซลล์เม็ดเลือดขาวให้กำจัดเชื้อโรคได้รวดเร็วขึ้น ผู้ที่มีระดับวิตามินซีในร่างกายสูงมักพ้นหายจากการเจ็บป่วยได้เร็ว (Carr and Maggini, 2017) วิตามินซีละลายน้ำได้ดี เมื่อดูดซึมเข้าสู่ร่างกายแล้ว จะถูกนำไปใช้ และขับออกทางปัสสาวะได้ง่าย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องได้รับวิตามินซีเพิ่มเติมอย่างสม่ำเสมอทุกวัน เนื่องจากมนุษย์ไม่สามารถสังเคราะห์วิตามินซีภายในร่างกายได้เอง อาหารที่มีวิตามินซีสูง ได้แก่ ผัก และผลไม้สด ซึ่งต้องเป็นผักและผลไม้สดเท่านั้น เพราะวิตามินซีถูกทำลายได้ง่ายด้วยความร้อนสูงจากการปรุงอาหารที่ใช้อุณหภูมิสูง เช่น การหุงต้ม ผักและผลไม้สดที่มี

วิตามินซีสูง และควรบริโภคเป็นประจำทุกวัน คือ ผลไม้ตระกูลส้ม (*Citrus spp.*) หรือผลไม้รสเปรี้ยว เช่น ส้ม มะนาว เกรปฟรุต มะขามป้อม สตรอเบอร์รี่ และฝรั่ง เป็นต้น และ ผักบางชนิด เช่น บรอกโคลี กะหล่ำต่างๆ และมะเขือเทศ นอกจากนี้ วิตามินเอ วิตามินอี วิตามินบี ธาตุซีลีเนียมและสังกะสี ก็มีความสำคัญต่อความแข็งแรงของเยื่อผิว และเนื้อเยื่อต่างๆ รวมทั้งระบบภูมิคุ้มกัน การทำงานของเม็ดเลือดขาวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งวิตามินเอ หรือเบต้าแคโรทีน มักพบมากในพืชผักและผลไม้ที่มีสีเหลืองหรือส้มจัด ผักใบเขียวจัด เช่น ผักบุ้ง แครอท ฟักทอง มะละกอ มะม่วงสุก และมะเขือเทศ วิตามินอี พบในน้ำมันพืชคือ น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันรำข้าว งา ถั่วเปลือกแข็ง เมล็ดพืช ข้าวกล้อง จมูกข้าวสาลี และผักใบเขียว วิตามินบีพบในผักใบเขียว นม เนื้อสัตว์ ตับ ไข่ ถั่วต่างๆ และธัญพืชไม่ขัดสี เช่น ข้าวซ้อมมือ ซีลีเนียมพบในอาหารทะเล ตับ ไต เนื้อสัตว์ กระเทียม ไข่ และธัญพืช สังกะสีพบในเนื้อวัว นม และถั่ว นอกจากนี้กลุ่มพืชสมุนไพรบางชนิดก็อาจช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค เช่น ขมิ้นชัน ขิง หอมแดง กระเทียม เป็นต้น กระเทียมมีฤทธิ์เสริมภูมิคุ้มกันโดยมีสารอัลลิซิน (Allicin) และสารประกอบซัลไฟด์ (Sulfides) ที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของเม็ดเลือดขาว มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อโรคและต้านอนุมูลอิสระ (Craig, 1999) ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ทุกคนจึงควรบริโภคอาหารที่เป็นจานอาหารสุขภาพให้มากขึ้น โดยมีอาหารครบ 5 หมู่ และหลากหลาย ควรเน้นพืชผัก และผลไม้อย่างน้อย 2 ส่วน เนื้อสัตว์ 1 ส่วน และธัญพืชไม่ขัดสี 1 ส่วน (ดังรูปที่ 1) และควรคิดถึงคุณภาพด้านพลังงานด้วย โดยบริโภคใน

ปริมาณที่เหมาะสมกับพลังงานที่ตนเองต้องใช้ในแต่ละวัน หากมีกิจกรรมน้อย นั่งทำงานทั้งวัน หรือทำงานที่บ้าน (Work from home) ตาม นโยบายของรัฐบาล “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” ยิ่งไม่ควรบริโภคอาหารมากเท่าช่วงเดิมที่มีกิจกรรมนอกบ้านมาก หากได้รับพลังงานจากอาหารเกินความต้องการ

อย่างต่อเนื่อง ส่วนที่เกินก็จะสะสมในร่างกายจนนำไปสู่ภาวะน้ำหนักตัวเกิน หรือเกิดโรคอ้วนได้ในที่สุด การหมั่นดูแลน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติไม่ให้อ้วน หรือผอม จึงเป็นบันไดขั้นต้นที่สำคัญมากของการมีสุขภาพดี



รูปที่ 1 จานอาหารสุขภาพที่ควรรับประทานในมื้ออาหาร

2. บริโภคข้าวเป็นหลักสลับกับแป้งเป็นบางมื้อ ข้าวเป็นแหล่งของสารคาร์โบไฮเดรตที่ให้พลังงาน ความต้องการคาร์โบไฮเดรตขึ้นกับอายุและกิจกรรมที่ใช้ในแต่ละวัน โดยทั่วไปพลังงานที่ร่างกายได้รับควรมาจากคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50 เพื่อให้ได้ทั้งพลังงาน และได้รับวิตามินบีและวิตามินอีจากธัญพืช โดยควรเลือกข้าวที่ไม่ขัดสี

เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ เพื่อให้ได้คุณค่าทางโภชนาการจากจมูกข้าวที่อุดมไปด้วยวิตามินและเกลือแร่ที่ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ปริมาณบริโภคต่อวันไม่ควรเกิน 8-12 ทัพพี ขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัวและกิจกรรม โดยเฉพาะในช่วงที่ทุกคนต้องทำงานที่บ้านในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 มีกิจกรรมลดลง ควรระมัดระวังการบริโภคอาหารประเภทข้าว

ไม่ควรบริโภคมากเกินไปเกินความต้องการ นอกจากนี้ยังมีอาหารประเภทแป้งอื่นๆ ได้แก่ เผือก มัน ข้าวโพด ก็สามารถรับประทานแลกเปลี่ยนกันได้ เพื่อให้ได้สารอาหารที่หลากหลาย (กองโภชนาการ, 2551; ศัลยา คงสมบูรณ์, 2561)

3. บริโภคพืชผักให้มากและผลไม้เป็นประจำ พืชผักและผลไม้ เป็นแหล่งของวิตามินและเกลือแร่ที่จำเป็นหลายชนิด รวมทั้งสารต้านอนุมูลอิสระ และใยอาหารที่ละลายน้ำ (Soluble fibers) เช่น เพกติน (Pectin) พบมากในแอปเปิ้ล สตอร์เบอร์ ผลไม้รสเปรี้ยว ถั่วเขียว แครอท กลุ่มกัม และมิวซิเลจ (Gums and mucilages) พบมากในข้าวโอ๊ต ถั่วเมล็ดแห้ง พืชตระกูลถั่ว ใยอาหารประเภทนี้สามารถรวมตัวกับกรดน้ำดีและเพิ่มการขับถ่ายน้ำดี ช่วยลดระดับไขมันในเลือด และช่วยชะลอการดูดซึมน้ำตาลจากลำไส้ให้ช้าลง ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น เพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ช่วยป้องกันท้องผูก นอกจากนี้ในพืชผักยังมีใยอาหารชนิดที่ไม่ละลายน้ำ เช่น ลิกนิน (Lignin) พบในผลไม้ พืชผักแก่ พืชทั้งเมล็ด เซลลูโลส (Cellulose) พบมากในรำข้าว พืชตระกูลถั่ว กระหล่ำ ถั่ว แอปเปิ้ล เผือก มัน แครอท และผักต่างๆ ใยอาหารประเภทนี้ช่วยเพิ่มปริมาณอุจจาระ ลดระยะเวลาอาหารผ่านอยู่ในระบบทางเดินอาหาร ช่วยป้องกันอาการท้องผูก และโรคกรดไหลย้อน ลดระยะเวลาที่ทางเดินอาหารจะสัมผัสกับสารพิษหรือสารก่อมะเร็ง ทำให้ป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Lattimer and Haub, 2010) ในทางตรงข้ามหากบริโภคใยอาหารมากเกินไปอาจขัดขวางการดูดซึมเกลือแร่ ทำให้เกิดภาวะ

ขาดเกลือแร่บางชนิดได้ ในแต่ละวันจึงควรบริโภคผัก วันละ 4-6 ทัพพี โดยควรบริโภคทั้งผักสุก และผักสด และควรรับประทานผลไม้ทุกวัน ในปริมาณที่เหมาะสม โดยเป็นผลไม้สดที่มีรสไม่หวานมาก เพื่อให้ได้วิตามินซีเพียงพอ และบริโภคผลไม้หลากหลายชนิดหลากสี อย่างน้อยวันละ 3-5 ส่วน หรือ 1-2 ถ้วยตวง

4. บริโภคปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ หมู่อาหารนี้เป็นแหล่งโปรตีน โดยโปรตีนหรือเนื้อสัตว์เป็นแหล่งของกรดอะมิโนจำเป็นที่เราไม่สามารถสร้างเองได้จากสารอาหารอื่น จึงต้องรับจากเนื้อปลา เนื้อไก่ ไม่ติดมัน เนื้อหมูไม่ติดมัน เนื้อวัวไม่ติดมัน ปลาทะเล ไข่ เต้าหู้ และถั่ว โดยแต่ละวันเราต้องการโปรตีนอย่างน้อย 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เช่น ผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัว 50 กิโลกรัม ก็ต้องการโปรตีนอย่างน้อยวันละ 50 กรัม ทั้งนี้โปรตีน ไม่ใช่หน่วยเดียวกับเนื้อสัตว์ 50 กรัม ตัวอย่างเช่น ไข่ไก่ 1 ฟองหนัก 60 กรัม (1 ส่วน) มีสารอาหารโปรตีน ~7 กรัม เนื้อสัตว์สุก 30-45 กรัม (ประมาณ 2 ช้อนโต๊ะ หรือ 1 ส่วน) มีโปรตีน ~7 กรัม เพื่อรักษาภูมิคุ้มกันต้านทานโรคที่ดีในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 จึงขอแนะนำให้รับประทานโปรตีนคุณภาพสูงจากเนื้อสัตว์ไม่ติดมันอย่างน้อยวันละ 3-6 ส่วน หรือประมาณ 6-12 ช้อนโต๊ะ (กองโภชนาการ, 2551)

5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย ผู้ใหญ่ทั่วไปควรดื่มนมอย่างน้อยวันละ 1-2 แก้ว นมมีสารอาหารที่ค่อนข้างครบถ้วน ทั้งโปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามินและเกลือแร่ สำหรับผู้ที่ทำงานที่บ้านในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 มีกิจกรรมที่ใช้แรงงานน้อย

และกล้วยอ้วน ควรเลือกบริโภคนมไขมันต่ำ (พร่องไขมัน) หรือนมที่ไร้ไขมัน (ไขมันร้อยละ 0) แทนนมธรรมดา หรือบริโภคผลิตภัณฑ์จากนม ได้แก่ โยเกิร์ตที่มีจุลินทรีย์ เช่น แลคโตบาซิลลัส แอซิโดฟิลัส (*Lactobacillus acidophilus*) ซึ่งเป็นจุลินทรีย์ที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย (Probiotics) ที่ช่วยยับยั้งการเติบโตของจุลินทรีย์ก่อโรคในระบบทางเดินอาหาร เช่น แบคทีเรีย รา ยีสต์ รวมทั้งยังกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดขาวให้กำจัดเชื้อโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุภัจฉรา นพจินดา, 2557; วิรัชเนีย แกนแสนดี, สมพร มุลมั่งมี, อรุณรัศมี แสงศิลา และปริยาภรณ์ อิศรานูวัฒน์, 2558)

6. บริโภคอาหารที่มีไขมันแต่พอควร ในแต่ละวันไม่ควรบริโภคไขมันเกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด ควรเลือกบริโภคไขมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูง ประเภทกรดไขมัน โอเมก้า 6 เช่น กรดไลโนเลอิก (Linoleic acid) และกรดอะราชีดิก (Arachidonic acid) ซึ่งพบมากในน้ำมันพืช กรดไลโนเลอิก มีความสำคัญมากเพราะเป็นกรดไขมันที่จำเป็นและเราไม่สามารถสังเคราะห์ขึ้นเองในร่างกายได้ นอกจากนี้ยังมี กรดไขมันไม่อิ่มตัวประเภท โอเมก้า 3 เช่น กรดไอโคซะเพนตะอีโนอิก (Eicosapentaenoic ; EPA) และกรดโดโคซาเฮกซะอีโนอิก Docosahexaenoic acid ; DHA) พบในพวกน้ำมันปลา ร่างกายอาจสร้าง EPA และ DHA ได้จากกรดกรดไลโนเลอิก แต่กระบวนการสังเคราะห์เกิดช้ามาก จึงควรบริโภคปลาทะเล เช่น แซลมอน ทูน่า แมคเคอเรล ชาร์ดีน สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง เพื่อให้ได้กรดไขมันโอเมก้า 3 ที่จำเป็นต่อการสร้างเม็ดเลือดขาว และแอนติบอดี (Gutiérrez, Svahn,

and Johansson, 2019) ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น อาหารทะเล (ยกเว้นปลา) หนังสัตว์ เนย เนยแข็ง เครื่องในสัตว์ และหลีกเลี่ยงไขมันทรานส์ โดยลดปริมาณไขมันรวมและไขมันอิ่มตัวในอาหารที่กิน จำกัดไขมันที่เติมไฮโดรเจน เช่น เนยเทียม คุกกี้ แครกเกอร์ โดนัท พาย อาหารว่างอบกรอบ อาหารแช่แข็งเพื่อความสะดวก และอาหารทอดกรอบ เลี่ยงอาหารฟาสต์ฟู้ด โดยเฉพาะเฟรนช์ฟรายส์ และที่สำคัญควรอ่านฉลากโภชนาการเพื่อให้สามารถเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม (ศัลยา คงสมบูรณ์, 2561)

7. หลีกเลี่ยงอาหารรสหวานจัดและเค็มจัด

มีหลักฐานจำนวนมากที่บ่งชี้ว่าการบริโภคน้ำตาลในปริมาณที่มากเกินไป (มากกว่าวันละ 25-38 กรัม) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคอ้วนเพิ่มขึ้น (Mozaffarian, 2016) ข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่า ความรุนแรงของโรคโควิด-19 มักเพิ่มขึ้นได้ในผู้ที่มีโรคประจำตัวอยู่ก่อนแล้ว ซึ่งรวมถึงโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ดังนั้นการบริโภคอาหารที่มีรสหวานจัด หรือเค็มจัดจึงย่อมไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพในยุคแห่งการแพร่ระบาดของโรคนี้

8. บริโภคอาหารที่สะอาดปราศจากสารปนเปื้อน ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 การล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่บ่อยๆ โดยเฉพาะก่อนการรับประทานอาหารทุกมื้อ จึงมีความสำคัญมาก ควรปรุงอาหารสุกสะอาด ปราศจากการปนเปื้อนรับประทานขณะสุกใหม่ๆ (กินร้อน) และควรใช้ช้อนกลาง ดีที่สุดคือควรจัดเป็นสำรับแยกชุด

เฉพาะราย ของแต่ละคนไม่ปนเปื้อนกัน แม้ในครอบครัวเดียวกัน และเว้นระยะห่างทางสังคม ในขณะที่รับประทานอาหาร ผู้ปรุงอาหารควรสวมหมวก สวมหน้ากากอนามัย และล้างมือด้วยสบู่บ่อยๆ ทั้งก่อนและหลังการเตรียมอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารดิบและเนื้อสัตว์ป่าให้มากที่สุด (วรยา เหลืองอ่อน, 2554)

9. งดหรือลดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่าการบริโภคแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทางสุขภาพของโรคภัยหลายชนิด ตั้งแต่โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินอาหาร เช่น ตับแข็ง แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ ไปจนถึงโรคมะเร็งชนิดต่างๆ นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสก่อโรคโควิด-19 ได้โดยไปกีดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน (Happel and Nelson, 2005) ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ง่ายขึ้นจนอาจเสียชีวิตได้ในที่สุด โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งมีการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง การบริโภคแอลกอฮอล์ยิ่งก่อผลเสียได้มากเป็นทวีคูณ (Boule and Kovacs, 2017) โดยผลรวมของภาวะสูงอายุและการบริโภคแอลกอฮอล์จะทำให้ ร่างกายมีขีดความสามารถในการตรวจพบเชื้อไวรัสก่อโรคได้ลดลง และการกระตุ้นการทำงานของเม็ดเลือดขาวตกต่ำลง จนอาจไม่สามารถป้องกันร่างกายจากโรคภัยได้

บทสรุป

การดูแลให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต้านทานโรคที่ดี โดยการมีภาวะโภชนาการดีเริ่มด้วยการบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ และหลากหลายชนิดในปริมาณที่เหมาะสมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในแต่ละวันอย่างสมดุล ช่วยให้ร่างกายมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสม และมีภูมิคุ้มกันโรคที่ดี การรับประทานพืชผักและผลไม้สดเป็นประจำทุกวัน รวมทั้งเลือกใช้สมุนไพรไทยต่างๆ จะช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค อาหารจานสุขภาพที่มีผักและผลไม้ 2 ส่วน ธัญพืชไม่ขัดสี 1 ส่วน และเนื้อสัตว์ไขมันน้อย 1 ส่วน ลดการใช้น้ำมัน น้ำตาล และซอสปรุงรสในการประกอบอาหาร ควรสร้างให้เป็นนิสัยจะช่วยให้เราห่างไกลโรค ที่สำคัญในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 คือ การบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ปรุงสุกใหม่ๆ ใช้ช้อนกลาง การแยกชุดอาหารเฉพาะคนช่วยลดโอกาสในการได้รับเชื้อจากผู้อื่น

เอกสารอ้างอิง

- กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *คู่มือธงโภชนาการ กินพอดีสุขภาพดี*. กรุงเทพมหานคร: คณะทำงานจัดทำข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย
- กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- วรยา เหลืองอ่อน. (2554). *คู่มือการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- วิรัชชัย แกนแสนดี, สมพร มูลมั่งมี, อรุณรัศมี แสงศิลา และปรียาภรณ์ อิศรานุวัฒน์. (2558). ประโยชน์ของจุลินทรีย์โปรไบโอติกต่อสุขภาพ. *วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 34(2), 196-201.
- ศัลยา คงสมบูรณ์. (2561). *บำบัดเบาหวานด้วยอาหาร*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์เฮลท์อัมรินทร์ พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง
- สุภัจฉรา นพจินดา. (2557). โปรไบโอติกส์กับการส่งเสริมสุขภาพ. จาก <http://www.ams.cmu.ac.th/lib/Administrator/paper/APA%206th%20New.pdf>
- Boule, L.A. and Kovacs, E.J. (2017). Alcohol, aging, and innate immunity. *Journal of Leukocyte Biology*, 102(1), 41-55.
- Brandenberger, G., Weibel, L. (2004). The 24-h growth hormone rhythm in men: sleep and circadian influences questioned. *Journal of Sleep Research*, 13(3), 251-255.
- Carr, A.C. and Maggini, S. (2017). Vitamin C and Immune Function. *Nutrients*, 1211(9), 1-25
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). *Symptoms of Coronavirus*. Retrieved 1 June 2020, from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptomstesting/symptoms.html>
- Craig, W. J. (1999). Health-promoting properties of common herbs. *The American Journal Clinical Nutrition*, 70(3 Suppl), 491S-499S.
- Gutiérrez S., Svahn, S.L. and Johansson, M.E. (2019). Effects of Omega-3 Fatty Acids on Immune Cells. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(20), 5028.
- Hamel L., Lopes L., Muñana C., Kates J., Michaud J. and Brodie M. (2020). *KFF Coronavirus Poll: March 2020*. Retrieved 28 May 2020, From <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/poll-finding/kff-coronavirus-poll-march>
- Happel, K.I., Nelson, S. (2005). Alcohol, immunosuppression, and the lung. *Proceedings of American Thoracic Society*, 2(5), 428-432.

- Mozaffarian, D. (2016). Dietary and Policy Priorities for Cardiovascular Disease, Diabetes, and Obesity: A Comprehensive Review. *Circulation*, 133(2), 187-225.
- Peeri, N.C., Shrestha N., Rahman S., Zaki R., Tan Z., Bibi S., Baghbanzadeh M., Aghamohammadi N., Zhang W. and Haque U. (2020). *The SARS, MERS and novel coronavirus (COVID-19) epidemics, the newest and biggest global health threats: what lessons have we learned?*. Retrieved From <http://academic.oup.com/ije/advance-article/doi/10.1093/ije/dyaa33/5748175>
- Lattimer, J.M. and Haub, M.D. (2010). Effects of Dietary Fiber and Its Components on Metabolic Health. *Nutrients*, 2(12), 1266–1289.
- Wang C., Pan R., Wan X., Tan Y., Xu L., Cyrus S. Ho, and Roger C. Ho. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับบทความ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน เป็นวารสารของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน มีระบบการประเมินบทความต้นฉบับโดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาอย่างน้อย 2 คน ด้วยวิธีการปิดบังชื่อผู้ประเมินและชื่อผู้เขียนบทความ โดยมีนโยบายรับตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัยหรือบทความวิชาการทางการพยาบาล เพื่อเผยแพร่ความรู้และความก้าวหน้าทางวิชาการ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน มีกำหนดการออกเผยแพร่ ปีละ 2 ฉบับ ทุก 6 เดือน ซึ่งบทความที่ส่งมาให้กองบรรณาธิการพิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ รวมทั้งการจัดลำดับการตีพิมพ์ตามความเหมาะสม

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

1. บทความวิจัย หรือ วิทยานิพนธ์สาขาพยาบาลศาสตร์
2. บทความวิชาการทางการพยาบาล

การเตรียมต้นฉบับและการส่งบทความ

ผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์จะต้องจัดเตรียมต้นฉบับบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดโดยเฉพาะในส่วนของ Footnote และจริยธรรม ดังนี้

1. **พิมพ์ต้นฉบับ** ในกระดาษ A4 หน้าเดียว ไม่เว้นบรรทัด (Single spacing) โดยใช้โปรแกรม Microsoft word และตัวพิมพ์ “TH SarabunPSK” ขนาดตัวอักษร “16 pt.” ให้เว้นระยะขอบทุกด้านกระดาษหนึ่งนิ้วมีเลขหน้ากำกับทุกหน้าและมีความยาวของเรื่อง ดังนี้

1.1 บทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ ความยาว 10-15 หน้า รายการอ้างอิงให้ใส่เฉพาะที่ใช้อ้างอิงในบทความ และไม่ควรมากเกิน 20 รายการ

1.2 บทความวิชาการ ความยาว 9-15 หน้า รายการอ้างอิงให้ใส่เฉพาะที่ใช้อ้างอิงในบทความฯ และไม่ควรมากเกิน 20 รายการ

2. **ชื่อเรื่อง (Title)** ต้องมีทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษรชื่อเรื่องเป็นตัวหนาขนาด “18 pt.” และจัดให้อยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ ชื่อภาษาอังกฤษให้พิมพ์อักษรตัวแรกของทุกคำด้วยตัวพิมพ์ใหญ่

3. **ชื่อผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์ (Authors)** ให้ใส่ชื่อครบทุกคนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตัวพิมพ์ขนาด “13 pt.” ใส่เครื่องหมาย * ต่อท้าย สำหรับ Footnote ได้บทคัดย่อหรือ Abstract พิมพ์ชื่อตำแหน่งวิชาการ ชื่อหน่วยงานที่สังกัดเรียงจากหน่วยงานย่อยไปหน่วยงานใหญ่ของแต่ละคนให้ตรงกับเครื่องหมาย * ที่กำกับไว้ด้านบน หรือหากมีแหล่งทุนวิจัยและ/หรือเป็นวิทยานิพนธ์ ต้องใส่* หลังชื่อบทความด้วย และให้ระบุ email ของผู้เขียนหรือ ผู้นิพนธ์หลักไว้ในส่วน Corresponding author และเบอร์โทรศัพท์ ตัวพิมพ์ขนาด “13 pt.”

4. บทคัดย่อ และ Abstract ต้องมีทั้งบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยพิมพ์แยกหน้าพร้อม Footnote ความยาวของบทคัดย่อ ดังนี้

4.1 บทคัดย่อ ของบทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ ความยาวไม่ควรเกิน 250 คำ โดยบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้เรียงตามหัวข้อดังนี้ ดังตัวอย่าง

4.1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย (Purpose)

4.1.2 รูปแบบการวิจัย (Design)

4.1.3 วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

4.1.4 ผลการวิจัย (Main findings)

4.1.5 สรุปและขอเสนอแนะ (Conclusion and recommendations)

4.1.6 คำสำคัญ (Keywords)

4.2 บทคัดย่อของบทความวิชาการ ความยาวไม่เกิน 200 คำ ทั้งบทคัดย่อภาษาอังกฤษและภาษาไทย

5. คำสำคัญ และ Keywords กำหนดคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ 2-5 คำ โดยใช้เครื่องหมาย, คั่นระหว่างคำ และพิมพ์ชิดซ้ายต่อบทคัดย่อ และ Abstract

6. บทความที่ส่งมาพิจารณาตีพิมพ์ ผู้เขียนหรือผู้สนับสนุนต้องแน่ใจว่า ได้มีการตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้ว และไม่มีการคัดลอกงานวิชาการ (Plagiarism) ของผู้อื่น รวมทั้งมีการอ้างอิงแหล่งที่มาตามหลักการที่ต้องครบถ้วน เนื่องจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ให้ความสำคัญมาก “ในด้านจริยธรรม และจรรยาบรรณวารสารวิชาการไทยในฐานะข้อมูล TCI”

7. บทความที่ส่งมาตีพิมพ์ที่เป็นวิทยานิพนธ์ กรณีของนักศึกษา จะต้องมียืนยันของอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก เพื่อรับรองว่าได้อ่านและพิจารณาเนื้อหาสาระของบทความผ่านมาแล้วก่อนส่งบทความเสนอให้บรรณาธิการ และกองบรรณาธิการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่

8. รูปแบบของการเขียนบทความ

8.1 บทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ องค์ประกอบของบทความต้นฉบับ ดังนี้

8.1.1 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เรียงตามรูปแบบที่กำหนดไว้ในข้อ 4.1 บทคัดย่อจะอยู่หน้าแรกและหน้าที่ 2 ส่วนเนื้อหาอยู่หน้าที่ 3 ให้เรียงลำดับหัวข้อตามข้อ 8.1.2 - 8.1.14 ดังนี้

8.1.2 ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

8.1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

8.1.4 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

8.1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย ต้องอธิบายพร้อมระบุที่มาของกรอบแนวคิดการวิจัยพอสังเขป

8.1.6 วิธีการดำเนินการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง การพัฒนาเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

8.1.7 การรับรองจริยธรรมการวิจัย ต้องระบุชัดเจนในหมวดวิธีดำเนินการวิจัย หัวข้อการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างว่างานวิจัยที่ศึกษาได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ขอให้ระบุหน่วยงานหรือสถาบันที่รับรองและเลข IRB ให้ถูกต้อง

8.1.8 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

8.1.9 ผลการวิจัย/ข้อค้นพบจากการวิจัย

8.1.10 การอภิปรายผลวิจัย

8.1.11 สรุปและข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ และการทำวิจัยในครั้งต่อไป

8.1.12 กรณีวิจัยมีรูปภาพ ถ้ามีภาพประกอบควรเป็นภาพขาวดำ หรือภาพสีที่คมชัด จัดกึ่งกลางหน้า พิมพ์คำบรรยายไว้ใต้รูปภาพ และระบุแหล่งที่มาอ้างอิงให้ถูกต้อง

8.1.13 รูปแบบตาราง ให้จัดพิมพ์ในรูปแบบตารางปลายเปิดด้านซ้ายและขวา โดยเส้นบนและเส้นล่างใช้เส้นคู่ ดังตัวอย่างตาราง 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) ระหว่างภาวะในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้ง 4 ด้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=115)

	คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
	r	p-value
ด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล	- 0.363*	0.000
ด้านความขัดแย้งในตนเอง	- 0.349*	0.000
ด้านความรู้สึกผิด	- 0.324*	0.000
ด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน	- 0.161	0.086
รวมทุกด้าน	- 0.385*	0.000

8.1.14 การเขียนเอกสารอ้างอิง (ใช้ระบบนาม, ปี) ใส่เฉพาะรายการที่มีการอ้างถึงในบทความ และกรุณาตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล ปี พ.ศ. ให้ตรงกันทุกแห่งที่อ้างอิง เช่น (ทิพวัลย์ ชีรสิริโรจน์, 2561)

8.2 บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับดังนี้

8.2.1 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ, คำสำคัญและ Keywords อยู่หน้าแรก และหน้าที 2

8.2.2 เนื้อหาบทความอยู่หน้าที 3 ประกอบด้วยบทนำ เนื้อเรื่อง และบทสรุป โดยเนื้อหาบทความควรเป็นการวิเคราะห์เชิงลึกที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบ และนำไปสู่บทสรุปข้อเสนอแนะที่สมเหตุสมผล

9. การเขียนอ้างอิง

การเขียนอ้างอิงประเภทต่างๆ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ใช้ระบบการอ้างอิง

แบบ APA (6th edition) ดังตัวอย่าง

9.1 อ้างอิงจากหนังสือทั่วไป

รูปแบบ	ชื่อ/สกุล./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อหนังสือ./(พิมพ์ครั้งที่)./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.
ผู้แต่ง 1 คน	เรวดี ธรรมอุปกรณ. (2530). <i>การใช้ยาบำบัดอาการ</i> . (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช. Polit, D.F. (2010). <i>Statistics and data analysis for nursing research</i> . (2 nd ed.). United States of America: Pearson education.
ผู้แต่งเป็นสถาบัน	มหาวิทยาลัยคริสเตียน. (2560). <i>รายงานผลดำเนินงาน ปีการศึกษา 2559</i> . นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
ผู้รวบรวมหรือบรรณาธิการ	พิทยา ว่องกุล. (บรรณาธิการ). (2541). <i>ไทยยุควัฒนธรรมทาส</i> . กรุงเทพมหานคร: โครงการวิถีทรรศน์.

9.2 อ้างอิงจากหนังสือในรูปแบบต่างๆ

รูปแบบ	ชื่อ/สกุล./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อบทความ./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.)/ชื่อหนังสือ/(น./เลขหน้า)/สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์. (สำหรับหนังสือภาษาต่างประเทศ ให้ใช้ขึ้นต้นด้วย สกุล/ ชื่อย่อ)
ตัวอย่าง	เสาวนีย์ จำเดิมแผ่จติก. (2534). การรักษาภาวะหอบหืดเฉียบพลันในเด็ก. ใน สมศักดิ์ โล่เลขา, ชลรัตน์ ติเรกวัฒน์ และมนตรี ตู้อินดา (บ.ก.). <i>อิมมูโนวิทยาทางคลินิกและโรคภูมิแพ้</i> (น. 99-103). กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
ตัวอย่าง	Bornstein, M. H., Hahn, C. S., Suwalsky, J. T. D., & Haynes, O. M. (2003). Socioeconomic status, parenting, and child development: The Hollingshead four-factor index of social status and the socioeconomic index of occupations. In M.H. Bdkkdsiskidik <i>Socioeconomic status, Parenting, and Child development</i> (pp. 29-82). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

หนังสืออิเล็กทรอนิกส์	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง/พิมพ์ครั้งที่/สืบค้นจาก/URL (สำหรับหนังสือภาษาต่างประเทศ ให้ใช้ขึ้นต้นด้วย สกุล/ ชื่อย่อ)
ตัวอย่าง	เกรียงศักดิ์ ลาภจตุรพิช. (2558). <i>หมอเจ็บ</i> . สืบค้นจาก http://www.ebooks.in.th/ebook/10427/หมอเจ็บ (ตัวอย่าง7 ตอน)/ Dahlberg, G., & Moss, P. (2005). <i>Ethics and politics in early childhood education</i> . Retrieved from https://epdf.tips/ethics-and-politics-in-early-childhood-education-contesting-early-childhood.html
หนังสือแปล	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง/[ชื่อหนังสือภาษาอังกฤษ]/(ชื่อผู้แปล,ผู้แปล)/พิมพ์ครั้งที่/สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.
ตัวอย่าง	สตีเฟน วิลเลียม ฮอว์คิง. (2552). <i>ประวัติย่อของกาลเวลา ฉบับภาพประกอบ</i> . [The illustrated: A brief history of time]. (ปิยบุตร บุรีคำ และอรรถกฤต ฉัตรภูมิ, ผู้แปล). พิมพ์ครั้งที่ 17. กรุงเทพมหานคร: มติชน.

9.3 อ้างอิงจากวารสาร

รูปแบบ	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทความ/ชื่อวารสาร/ปีที่(ฉบับที่)/เลขหน้า-เลขหน้า. (สำหรับหนังสือภาษาต่างประเทศ ให้ใช้ขึ้นต้นด้วย สกุล/ ชื่อย่อ)
ตัวอย่าง	เสาวนีย์ ทรงประโคน. (2560). รูปแบบการดูแลสำหรับวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี. <i>วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ</i> , 40(4), 1-20. Haag, F., Casonato, S., Varela, F., & Firpo, C. (2011). Parents' knowledge of infective endocarditis in children with congenital heart disease. <i>Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery</i> , 26(3), 413-418.
วารสารอิเล็กทรอนิกส์ (มีเลขและไม่มีเลข DOI)	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ ชื่อบทความ/ชื่อวารสาร/ปีที่(ฉบับที่)/เลขหน้า-เลขหน้า. doi:xxx. ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทความ/ชื่อวารสาร/ปีที่(ฉบับที่)/เลขหน้า-เลขหน้า./URL (สำหรับหนังสือภาษาต่างประเทศ ให้ใช้ขึ้นต้นด้วย สกุล/ ชื่อย่อ)
ตัวอย่าง (มีเลข DOI)	Roger L.C. & Richare, L.H. (2010). Calcium-Permeable AMPA receptor dynamics mediate fear, memory erasure. <i>Science</i> , 330(6007), 1108-1112. Doi:10.1126/ science.1195298.
ตัวอย่าง (ไม่มีเลข DOI)	Cadigan, J., Schmitt, P., Shupp, R., & Sworpe, k. (2011). The Holdout problem and urban sprawl: experimental evidence. <i>Journal of Urban Economics</i> , 69(1), 72. Retrieved from http://journals.elsevier.com/00941190/journal-ov-urban-economics/

9.4 อ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ และวิจัย

รูปแบบ	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อวิทยานิพนธ์/(วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตหรือวิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต)/ชื่อมหาวิทยาลัย/ชื่อเมือง.
ตัวอย่าง	สมหมาย ธีรวิทย์าคม. (2547). <i>ประสบการณ์การนอนทำคว่ำหน้าของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคจอ ประสาทตาลอกในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)</i> (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม. Sirinoot Teanrunroj. (2005). <i>The Development of an innovative integrated approach to ICI-Mediated learning in science</i> (Doctoral dissertation). Srinakharinwirot University, Bangkok.
ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อวิทยานิพนธ์/(วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตหรือวิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต)/ชื่อมหาวิทยาลัย/สืบค้นจาก/URL
อังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อวิทยานิพนธ์/(Doctoral Dissertation or Master's thesis)/ชื่อมหาวิทยาลัย/Retrieved from/URL
ตัวอย่าง	มานพ จันทรเทศ. (2547). <i>การนำเสนอรูปแบบการพัฒนานโยบายของสถาบันราชภัฏ (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต)</i> . จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สืบค้นจาก http://tdc.thailis.or.th/tdc Bruckman, A. (1997). <i>MOOSE crossing: Construction, community, and learning in a networked virtual world for kids</i> (Doctoral dissertation, Massachusetts Institute of Technology). Retrieved from http://www-static.cc.gatech.edu/ asb/thesis/
ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อวิทยานิพนธ์/(วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตหรือวิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต)/สืบค้นจาก/ชื่อฐานข้อมูล/(หมายเลข UMI หรือ เลขลำดับอื่นๆ)
อังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อวิทยานิพนธ์/(Doctoral Dissertation or Master's thesis)/Available from/database's name/(หมายเลข UMI หรือ เลขลำดับอื่นๆ)
ตัวอย่าง	McNiel, D.S. (2006). <i>Meaning through narrative : A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother</i> (Master's thesis). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 1434728)

ไทย อังกฤษ	ชื่อ/สกุล./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(รายงานผลการวิจัย)./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์. สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(Research Report)./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.
ตัวอย่าง	เพ็ญธิดา พงษ์ธานี. (2557). <i>ผลของความรู้ทักษะคุณค่าจรรยาบรรณและทัศนคติในวิชาชีพที่มีต่อสาธารณะของผู้สอบบัญชีภาษีอากร</i> (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต. Lipsey, M. W., Farran, D. C., & Hofer, K. G. (2015). <i>A randomized control trial of a statewide voluntary prekindergarten program on children's skills and behaviors through Third Grade</i> (Research Report). Nashville, TN: Vanderbilt University, Peabody Research Institute.

9.5 รายงานการประชุมเชิงวิชาการ (Proceeding) ในรูปแบบหนังสือและออนไลน์

รูปแบบ	ชื่อ/สกุล./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.),/ชื่อรายงานการประชุมเชิงวิชาการ./ (น./ เลขหน้า)./เมือง,/ประเทศ.
ตัวอย่าง	พัชรภา ตันติชูเวช. (2553). การขับเคลื่อนคุณภาพการศึกษาไทย, ใน ศิริชัย กาญจนวาสี (บ.ก.), <i>การประชุมวิชาการและเผยแพร่ผลงานวิจัยระดับชาติ</i> (น. 97-102). กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย.
ไทย อังกฤษ	ชื่อ/สกุล./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.),/ชื่อรายงานการประชุมเชิงวิชาการ./ (น./เลขหน้า)./สืบค้นจาก/URL สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง./ชื่อบรรณาธิการ/(Ed.หรือEds.),/ชื่อรายงานการประชุมวิชาการ/(pp./เลขหน้า)./Retrieved from/URL *กรณีมีเลข doi ให้เติม doi:xxx แทนข้อความ สืบค้นจาก/URL หรือ Retrieved from/URL
ตัวอย่าง	Freeman, S., Eddy, S. L., McDonough, M., Smith, M. K., Okoroafor, N., Jordt. H., & Wenderoth, M.P. (2014). Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. <i>Proceedings of the national academy of sciences</i> , 111(23) (pp.8410-8415). Retrieved form https://doi.org/10.1073/pnas.1319030111

9.6 สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์

9.6.1 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (eBook)

รูปแบบไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สืบค้นจาก/URL
อังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/Retrieved from/URL
ตัวอย่าง	กระทรวงศึกษาธิการ. (2560). <i>หลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พุทธศักราช 2560 สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 3-5 ปี</i> . สืบค้นจาก http://drive.google.com/file/d/1HiTwiRh1Er73hVYIMh1cYWzOiaNL_Vc/view Dahlberg, G., & Moss, P. (2005). <i>Ethics and politics in early childhood education</i> . Retrieved from https://epdf.tips/ethics-and-politics-in-early-childhood-education-contesting-early-childhood.html

9.6.2 บทความจากการสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

รูปแบบ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทความ/ชื่อวารสาร/ปีที่(ฉบับที่)/เลขหน้า-เลขหน้า.doi:xxxx.
ตัวอย่าง	Roger L.C. & Richare, L.H. (2010). Calcium-Permeable AMPA receptor dynamics mediate fear, memory erasure. <i>Science</i> , 330(6007), 1108-1112. doi:10.1126/science.1195298.

9.6.3 บทความจากการสารอิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่ปรากฏเลข DOI

รูปแบบ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทความ/ชื่อวารสาร/ปีที่(ฉบับที่)/เลขหน้า-เลขหน้า./URL
ตัวอย่าง	Cadigan, J., Schmitt, P., Shupp, R., & Sworpe, k. (2011). The Holdout problem and urban sprawl: experimental evidence. <i>Journal of Urban Economics</i> . 69(1), 72, Retrieved from http://journals.elsevier.com/00941190/journal-of-urban-economics/

9.6.4 ข้อมูลจาก Website

รูปแบบไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อบทความ/สืบค้นจาก/URL
อังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อผู้เขียน/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อบทความ/Retrieved from/URL
ตัวอย่าง	นิภา ผ่องพันธ์. (2552). <i>เปิดโลกทัศน์ให้ผู้สูงอายุ</i> . สืบค้นจาก http://suanprung.go.th.article-new National Education Goals Panel (NEGP). (1997). <i>Ready schools</i> . Retrieved from http://govinfo.library.unt.edu/negp/reports/readysch.pdf

9.6.5 สารสนเทศประเภท Press Release รายงานประจำปี ไฟล์ประเภท PowerPoint, Web Blog Facebook post หรือ Twitter post

รูปแบบ	ชื่อ/สกุล/(ปี,เดือน,วันที่)/ชื่อเนื้อหา/[รูปแบบสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์]. สืบค้นจาก/URL
ตัวอย่าง	ชาญณรงค์ ราชบัวน้อย. (22 พฤศจิกายน 2561). ศัพท์บัญญัติการศึกษา. [เว็บบล็อก]. สืบค้นจาก http://www.sornor.org/

10. การส่งบทความ

10.1 ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ที่ต้องการส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน โปรดเตรียมต้นฉบับให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนด เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณา และหากรูปแบบการพิมพ์ไม่ถูกต้อง จะถือว่ากองบรรณาธิการยังไม่ได้รับบทความ

10.2 ส่งบทความตีพิมพ์ในรูปแบบไฟล์ word และไฟล์ PDF และ “แบบฟอร์มรับรองจริยธรรมการนำเสนอ บทความ”จากเว็บไซต์ http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php ส่งไปอีเมลของวารสารฯ nursejournal@christian.ac.th หรือ olepingku@gmail.com

11. การพิจารณาและการประเมินบทความ

11.1 กองบรรณาธิการ จะพิจารณาบทความเบื้องต้นเกี่ยวกับเนื้อหาและความถูกต้องของรูปแบบการพิมพ์ หากผ่านการพิจารณาจึงจะเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเนื้อหาของบทความนั้นมากที่สุด จากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer reviewer) อย่างน้อย 2 คน ซึ่งกระบวนการประเมินจะไม่เปิดเผยให้เจ้าของบทความทราบว่าใครคือ ผู้ประเมินและผู้ประเมินจะไม่ทราบว่าบทความนั้นเป็นของผู้ใด เพื่อคุณภาพของบทความ การพิจารณาตัดสินการรับตีพิมพ์ หรือปฏิเสธการรับตีพิมพ์บทความขึ้นอยู่กับผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสองคน ส่วนการตัดสินใจขั้นสุดท้ายขึ้นกับบรรณาธิการวารสารฯ

11.2 การควบคุมคุณภาพบทความโดยบทความที่เป็นผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ภายในสถาบัน กองบรรณาธิการจะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก 2 คน เป็นผู้ประเมินเท่านั้น

11.3 บทความที่ผ่านการประเมินและมีการแก้ไข ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์จะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ไฮไลต์ (Highlight) ส่วนที่ปรับแก้ไขและส่งไฟล์บทความที่ถูกต้องภายหลังปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้วมาที่เมลวารสาร ภายในเวลาที่กำหนด

11.4 กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจแก้ไขรูปแบบการพิมพ์บทความ ให้เป็นไปตามการจัดรูปแบบของวารสาร การจัดลำดับการตีพิมพ์ก่อนหรือหลัง รวมทั้งสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการตีพิมพ์บทความที่ได้รับการประเมินแล้วว่าไม่สมควรตีพิมพ์

11.5 บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการมีนโยบายในการเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้าถึงบทความฉบับเต็ม (Full text) ได้จากเว็บไซต์วารสารฯ

11.6 เนื้อหาหรือข้อสรุปในบทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ ถือเป็นผลงานทางวิชาการและเป็นการคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หากมีประเด็นทางกฎหมายเกี่ยวกับเนื้อหา ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบแต่ผู้เดียว

สถานที่ติดต่อ

เลขานุการคณะกรรมการจัดทำวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

144 หมู่ 7 ถนนพระประโทน-บ้านแพ้ว

ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

โทรศัพท์ 0-3438-8555 ต่อ 3102-04 โทรสาร 0-3427-4500

E-mail : nursejournal@christian.ac.th หรือ olepingku@gmail.com

อ่านบทความฉบับเต็ม (Full text)

ได้ที่ Website : http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php

ตัวอย่างบทความวิจัย

ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการหยาเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหายใจล้มเหลว งานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสุโขทัย

ศิริพร วงศ์จันทร์มณี*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการหยาเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหายใจล้มเหลว งานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสุโขทัย

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบวัดผลหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุโขทัย และได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับแนวปฏิบัติทางคลินิกการหยาเครื่องช่วยหายใจ ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการหยาเครื่องช่วยหายใจแบบเดิม เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคะแนนความรุนแรงของความเจ็บป่วย (APACHE II) และแบบบันทึกความสำเร็จและระยะเวลาในการหยาเครื่องช่วยหายใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบสถิติที และสถิติไครส์ แควร์

ผลการวิจัย : กลุ่มทดลองภายหลังได้รับแนวปฏิบัติทางคลินิกการหยาเครื่องช่วยหายใจ มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการหยาเครื่องช่วยหายใจ น้อยกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการหยาเครื่องช่วยหายใจทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p>.05$) ส่วนอัตราความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกการหยาเครื่องช่วยหายใจที่มีการดูแลเป็น 3 ระยะ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุลดระยะเวลาการหยาเครื่องช่วยหายใจ และสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จมากขึ้น พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพควรนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่หยาเครื่องช่วยหายใจ เพื่อเป็นมาตรฐานทางการพยาบาลในการปฏิบัติงานห้องผู้ป่วยหนัก

คำสำคัญ: ผู้ป่วยสูงอายุ, ภาวะหายใจล้มเหลว, ห้องผู้ป่วยหนัก, แนวปฏิบัติทางคลินิกการหยาเครื่องช่วยหายใจ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2563 หน้า 1-15

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุโขทัย

Corresponding author, e-mail: prc14293@yahoo.com Tel. 08-6680-1245

วันที่รับบทความ: 10 เมษายน 2563, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 21 พฤษภาคม 2563, วันที่ตอบรับบทความ: 5 มิถุนายน 2563

Effects of Using a Weaning Practice Guideline in Elderly Patients with Respiratory Failure at a Critical Care Unit, Sukhothai Hospital

Siriporn Wongchuntaramanee*

Abstract

Purpose: The purpose of this research was to study the effects of using a ventilator weaning practice guideline for elderly patients with respiratory failure at a critical care unit, Sukhothai Hospital.

Design: Quasi-experimental research, posttest only.

Method: The samples consisted of 60 elderly patients with respiratory failure who had been admitted at the surgical critical care unit, Sukhothai Hospital and were in the process of weaning off a ventilator. A purposive sampling technique was used to recruit the samples, divided into an experimental group and a control group 30 patients for each group. The experimental group received the weaning practice guideline which the researcher developed from evidence-based practice, whereas the control group received the usual weaning practice. Research instruments consisted of a demographic questionnaire, APACHE II score, and a record of weaning time and success. Data were analyzed using descriptive statistic, t test, and chi square.

Main finding: The results revealed that the experimental group after receiving the weaning practice guideline for elderly patients, the mean score of weaning time was shorter than the control group. When comparing their mean scores of weaning time, there were no significant difference. ($p>.05$). However, the experimental group had significantly higher weaning success rate than the control group ($p<.05$)

Conclusion and recommendation: These findings suggest that the weaning practice guideline including 3 phases of care can reduce weaning time and increase weaning success rate for elderly patients. Therefore, nurses and health care providers should utilize this weaning practice guideline for caring patients when weaning off ventilator to enhance nursing standard in critical care unit.

Keywords: Elderly patient, Respiratory failure, Critical care unit, Weaning practice guideline

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2020; 7(1), 1-15

* Register Nurse at Surgical Critical Care Unit, Sukhothai Hospital

Corresponding author, e-mail: prc14293@yahoo.com

Tel. 08-6680-1245

Received: 10 April 2020,

Revised: 21 May 2020,

Accepted: 5 June 2020

ตัวอย่างบทความวิชาการ

บริโภคอาหารอย่างไรให้ปลอดภัย ห่างไกลจากโควิด-19

อัจฉรา ศรีสุภกรกรกุล*, วงศ์วิวัฒน์ ทศนียกุล**

บทคัดย่อ

โรคโควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ที่ทำให้เกิดอาการปอดอักเสบรุนแรงจนผู้ป่วยเสียชีวิตได้ และมีการระบาดไปทั่วโลกจนมีผู้เสียชีวิตนับแสนคน ดังนั้นการดูแลให้ร่างกายมีภาวะโภชนาการดี เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันจากภายในของบุคคล ด้วยการปฏิบัติตามหลักโภชนาบัญญัติ และธงโภชนาการที่เน้นคุณภาพของชนิดอาหารที่บริโภคในแต่ละวันแต่ละมื้อให้ครบ 5 หมู่ และหลากหลายชนิด และปริมาณพลังงานที่เหมาะสมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือการทำงานในแต่ละวันอย่างสมดุล ควรเน้นการรับประทานพืชผักและผลไม้เป็นประจำทุกวัน รวมทั้งสมุนไพรต่างๆ ควบคู่ไปกับโปรตีนคุณภาพ เช่น ปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ ควรหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง อาหารหวานและอาหารเค็มจัด และที่สำคัญมากในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 คือการบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะและปรุงสุกใหม่ๆ ใช้ช้อนกลาง แยกชุดอาหารแบบจัดเฉพาะคนที่ยึดหลักงานอาหารสุภาพและการเว้นระยะห่างในการรับประทานอาหารเพื่อลดโอกาสในการได้รับเชื้อจากผู้อื่น รวมทั้งการงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะเป็นผลเสียต่อสุขภาพ และเพิ่มโอกาสในการติดโรคจากการใช้ภาชนะเดียวกัน ดังนั้นหากปฏิบัติได้ดังที่กล่าวมาก็จะทำให้ปลอดภัยและห่างไกลจากโควิด-19

คำสำคัญ : การบริโภคอาหาร, โภชนาการ, โรคโควิด-19

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2563 หน้า 66-76

* อาจารย์ผู้รับผิดชอบ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

** รองศาสตราจารย์ อาจารย์พิเศษ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding author, e-mail: achara_man@hotmail.com

Tel. 081-309-3800

วันที่รับบทความ: 10 เมษายน 2563, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 21 พฤษภาคม 2563, วันที่ตอบรับบทความ: 15 มิถุนายน 2563

Eating Habits for Staying Safe from COVID-19

Achara Srisuponkonkul*, Wongwiwat Tassaneeyakul**

Abstract

COVID-19, a novel respiratory disease caused by new *Coronavirus* leading to severe pneumonitis and dead in severe cases. This disease has been pandemic and caused several hundreds of thousands lives. Good eating habits such as Thai Food- Based Dietary Guidelines and Nutrition flag which focus on quality of food intake daily, could promote healthy nutritional status and strengthened innate immunity. It is recommended that for each meal, comprehensive and several types of food source with balance energy appropriate to individual daily activity, should be intake. Fruit and vegetable with some herb and quality protein such as fish, low fat meat, egg, legume, and nuts should be regularly consumed. Try to avoid high-fat, high-sugar and salty food, because they can deteriorate health. During this COVID-19's pandemic it is also quite important to intake healthy, freshly-prepared food while using individual spoon, and separate dishes. During the meal, try to keep distant spacing among persons to reduce chance of infection. Alcohol beverages could deteriorate health and increase chance of infection from sharing glasses or bottles. As we keep on practicing these good eating habits we shall be safe and stay away from this dangerous COVID-19.

Keywords: Eating habits, Nutrition, COVID-19

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2020; 7(1), 66-76

* Instructors, Responsible for the Bachelor of Nursing Science Program , College of Nursing, Christian University of Thailand

** Assoc. Prof. Dr., Special Instructor, Khon Kaen University

Corresponding author, e-mail: achara_man@hotmail.com Tel. 081-309-3800

Received: 10 April 2020, Revised: 21 May 2020,

Accepted: 15 June 2020

† มหาวิทยาลัยคริสเตียน
144 หมู่ 7 ต.ดอนยายหอม
อ.เมือง จ.นครปฐม
โทรศัพท์ 0-3438-8555

† ศูนย์ศึกษาสยามคอมเพล็กซ์
อาคารสำนักงานสภาคริสตจักรในประเทศไทย
328 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ 0-2214-6303-6

† คณะคริสตศาสนศาสตร์
71 ซอยวชิรธรรมสาธิต 37 ถนนสุขุมวิท 101/1
แขวงบางจาก เขตพระโขนง กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ 0-2746-1103-4

www.christian.ac.th