



วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

JOURNAL OF HEALTH SCIENCES AND PEDAGOGY

ปีที่ 4 ฉบับที่ 3
Volume No.

กันยายน - ธันวาคม 2567
September - December 2024

ISSN : 2985-1602 (Online)



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat





วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

JHSP : Journal of Health Sciences and Pedagogy

ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2567

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของคณะอาจารย์/บุคลากรวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สถาบันการศึกษาต่าง ๆ บุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการ นักสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องตลอดจนศิษย์เก่าและผู้สนใจ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของคณะอาจารย์/บุคลากรวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สถาบันการศึกษาต่าง ๆ บุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการ นักสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องตลอดจนศิษย์เก่าและผู้สนใจ ในด้านศิลปะการสอน การศึกษาในด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ และสาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในเครือข่ายวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก และสถาบันวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้ และการเผยแพร่ผลงานวิชาการ รวมทั้งงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

ขอบเขตสาขาวิชาที่รับ

ด้านการพยาบาล ได้แก่

- การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
- การพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์
- การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
- การพยาบาลอนามัยชุมชน
- การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

ด้านสาธารณสุข ได้แก่

- สาขานามัยสิ่งแวดล้อม
- สาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
- สาขาส่งเสริมสุขภาพ
- สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- สาขาสุขศึกษา
- สาขานามัยชุมชน
- สาขาการบริหารโรงพยาบาล

ด้านการศึกษา

- ด้านศิลปะการสอน และการศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

หรือสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การแพทย์ หรือขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ

Journal of Health Sciences and Pedagogy. 2024. Vol. 4 No.3 September – December 2024

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/JHSP> วารสารฯ ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่ม 2

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
เลขที่ 11 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000
โทร. 075-446059 โทรสาร 0-7431-2562
E-mail: journal.bcnakhon@gmail.com

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิ
ตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 - 3 ท่านต่อบทความ ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ และ
บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาที่เป็นวรรณกรรมของบรรณาธิการ
หรือบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช หรือวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก
ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

ปรึกษา

อาจารย์สุทัศน์ เหมทานนท์

ผู้อำนวยการ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

บรรณาธิการ

อาจารย์วรัญญา จิตรบรรทัด

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ ศิริธรรังศรี

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

(เกษียณอายุราชการ)

รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรวง

สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสงวงศ์

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

มหาวิทยาลัยมหิดล (เกษียณอายุราชการ)

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรชาติ ณ หนองคาย

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล (เกษียณอายุราชการ)

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา

มหาวิทยาลัยทักษิณ

รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช

คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา

มหาวิทยาลัยทักษิณ

รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี สรรเสริญ

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

รองศาสตราจารย์ ดร.เอกรินทร์ สังข์ทอง

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.ปราณีต ส่งวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.จอม สุวรรณโณ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาศ ปานเจียง

คณะศึกษาศาสตร์และศิลปศาสตร์

มหาวิทยาลัยหาดใหญ่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กุลวดี อภิชาติบุตร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ สีนวรณ์

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวั

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริยศ กิตติธรรค์ศักดิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพญ.จันทร์พิมพ์ หินเทาว์

ดร.ภาวดี เหมทานนท์
ดร.นภชา สิงห์วีระธรรม
ดร.รัถยานภิก รัชตะวรรณ
ดร.ชุติมา รักษ์บางแหลม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญจวรรณ ถนอมชัยวัช
ดร.จารุวรรณ สอนองญาติ
ดร.เนติยา แจ่มทิม
ดร.มาสริน ศุภลักษ์
ดร.เมทนี รัตนาบุตร
ดร.บุศริน เอี้ยวสีหยก
ดร.จามจุรี แซ่หลู่
ดร.บุญธิดา เทือกสุบรรณ
ดร.ขจิต บุญประดิษฐ์
ดร.จตุพร ตันตะโนกิจ
ดร.จรรยารัตน์ รอดเนียม
Mr.Patrick Wauters

กองจัดการ

นายบุญประจักษ์ จันทร์วิน
นางวัลลภา ดิษสระ
นางสาวจันทิมา ช่วยชุม
นายณฤเบศร์ โกศล
นางสาวธนพรรณ จอมบดินทร์
นายวิชัย จิรวัดนกุลชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นักวิชาการอิสระ (ข้าราชการเกษียณอายุ)
นักวิชาการอิสระ (ข้าราชการเกษียณอายุ)
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
นักวิชาการอิสระ (English Language Editor)
นักวิชาการอิสระ (English Language Editor)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

กำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

บรรณาธิการวารสารแถลง

สวัสดีค่ะ ดิฉันบรรณาธิการวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ขอต้อนรับผู้อ่านทุกท่านเข้าสู่ ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 ฉบับนี้เรายังคงมีความมุ่งมั่นที่จะทำให้วารสารดูทันสมัยมากยิ่งขึ้น ต้องอ่านง่าย สบายตา คงความเป็นวิชาการที่ดี และคงเอกลักษณ์ของ “วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา” ปัจจุบันวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาได้ผ่านการรับรองคุณภาพและอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่ม 2 ไปจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2567 ซึ่งเป็นฉบับสุดท้ายสำหรับการรับรองในรอบนี้ โดยการรับรองคุณภาพและอยู่ในฐานข้อมูล TCI ในรอบที่ 5 (พ.ศ. 2568 - 2572) จะประกาศผลรับรองคุณภาพต้นปี พ.ศ. 2568

บทความในฉบับนี้ยังคงมีเนื้อหาตามมาตรฐานของวารสารที่มีความหลากหลาย จำนวน 8 เรื่อง เป็นบทความวิจัย 7 เรื่อง และบทความวิชาการ 1 เรื่อง นำเสนอเนื้อหาในประเด็นทางการแพทย์และสาธารณสุขที่น่าสนใจ ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ก่อนการรักษาด้วยไอโอดีน 131 ขนาดสูง, โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ความรอบรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น, ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข, ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และการให้ปรึกษาเพื่อลดอุบัติเหตุการกลืนแกล้งในโรงเรียนและผลกระทบต่อนักเรียนในการนี้ผู้ที่สนใจสามารถเข้าถึงบทความวิจัยฉบับเต็มที่ได้เว็บไซต์ของวารสาร

สุดท้ายนี้ ในนามของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ดิฉันขอขอบคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าของท่านเพื่อประเมินคุณภาพของบทความ ขอขอบคุณคณะผู้ทรงคุณวุฒิประจำกองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา และผู้สนับสนุนทุกท่านที่อนุญาตให้ตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิชาการอันทรงคุณค่าของท่านในวารสาร ก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนานักวิชาการ นักวิจัย ให้มีคุณภาพสูงขึ้น และช่วยพัฒนางานวิชาการของประเทศไทยสืบไป ทั้งนี้หากทราบผลการรับรองคุณภาพและอยู่ในฐานข้อมูล TCI ในรอบที่ 5 (พ.ศ. 2568 - 2572) ทางวารสาร ฯ จะประกาศให้ผู้สนใจทุกท่านได้ทราบเร็วที่สุด

อาจารย์ วัลลญา จิตรบรรทัด
บรรณาธิการ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
วัตถุประสงค์	
ที่ปรึกษาและกองบรรณาธิการ	
บรรณาธิการวารสารแถลง	
บทความวิจัย (Original Article)	
1. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ก่อนการรักษาด้วยไอโอดีน 131 ขนาดสูง (The Effect of a Self-Care Promotion Program on Knowledge, Self-Care Behaviors, and Anxiety in Thyroid Cancer Patients Before High-Dose Iodine-131)	1-16
เยาวภา งามเกลี้ยง, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ และรัชณี นามจันทรา (Yaowapa Ngamkleang, Kanitha Hanprasitkam and Rachanee Namjuntra)	
2. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Effects of Social Support Program on Anxiety in Pregnant Women of Preterm Labor)	17-31
ศิริวรรณ บุตรหิน และวราภรณ์ พันธศรี (Siriwan Buthin and Waraporn Punthasri)	
3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลหนองแวง อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี (Factors Predicting Health Behaviors among Older Persons with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus, Nongwang Namsom Udonthani)	32-48
ปองขวัญ โพธิ์ศรี, สุปรีดา มั่นคง และนุชนาฏ สุทธิ (Pongkwan Posri, Supreeda Monkong and Nuchanad Sutti)	
4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารใน นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (The Association Between Nutrition Literacy and Food Consumption Behaviors Among Junior High School Students)	49-62
จิรกานต์ พันธุ์ฤทธิ์ดำ, นอลีสา โต๊ะยุโส๊ะ และวิชชุดา มัคสิงห์ (Jirakan Punriddum, Norleesa Tohyusoh and Witchuta Muksing)	
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัด ภูเก็ต (Factors Associated with Burnout Syndrome among Public Health Personnel in Phuket Province)	63-76
กรรภิรมย์ สุบรรณ, มลีนี สมภพเจริญ และปิยะธิดา ขจรชัยกุล (Kanpirom Suban, Malinee Sompopcharoen and Piyathida Khajornchaikul)	

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในภูมิภาคหนึ่งของประเทศไทย (Factors Associated with Depression Among Nursing Students in a Specific Region of Thailand) นิศารัตน์ นรสิงห์ และจิรภา แก้วเขียว (Nisarat Norasing and Jeerapa Kaewkiaw)	77-91
7. ผลของการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (Effect of Providing End-of-life Care Education to Village Health Volunteers) ธนาภรณ์ ดารากัย, อัฐวานี ดารากัย และวริศรา เสรีรัตน์ (Thanaporn Darakai, Hatwani Darakai and Warissara Sereerat)	92-101
8. การให้ปรึกษาเพื่อลดอุบัติการณ์การกลั่นแกล้งในโรงเรียนและผลกระทบต่อนักเรียน (Counseling to Reduce the Incidence of Bullying in Schools and Its Impact on Students) ภาวดี เหมทานนท์ และสุทัศน์ เหมทานนท์ (Pawadee Hamtanon and Sutus Hamtanon)	102-113
คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ.....	ก
ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์.....	ก
การส่งบทความ.....	ก
การตรวจสอบก่อนส่งบทความ.....	ข
เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ.....	ข
การเตรียมบทความต้นฉบับ.....	ค
ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง.....	จ
Template บทความวิจัย.....	ซ
Template บทความวิชาการ.....	ฎ
สอบถามข้อมูล.....	ณ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง
และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ก่อนการรักษาด้วยไอโอดีน 131 ขนาดสูง

The Effect of a Self-Care Promotion Program on Knowledge, Self-Care Behaviors, and Anxiety in Thyroid Cancer Patients Before High-Dose Iodine-131 Treatment

เยาวภา งามเกลี้ยง¹, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ^{2,*} และ รัชณี นามจันทร์²
Yaowapa Ngamkleang¹, Kanitha Hanprasitkam^{2,*} and Rachanee Namjuntra²

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยรังสิต,

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

¹A Student Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Rangsit University,

²School of Nursing, Rangsit University

(Received: November 30, 2023, Revised: February 20, 2024, Accepted: March 28, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ก่อนการรักษาด้วยไอโอดีน 131 ขนาดสูง โรงพยาบาลศูนย์มะเร็งแห่งหนึ่ง ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 – สิงหาคม พ.ศ. 2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ และแบ่งกลุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เป็นกลุ่มควบคุม 36 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 36 ราย ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง 6 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับมะเร็งไทรอยด์และการเตรียมตัว แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนได้รับไอโอดีน 131 ขนาดสูง และแบบประเมินความวิตกกังวล มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.79, 0.82 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมของกลุ่มทดลองด้วย Wilcoxon Sign Rank test และ Paired t-test เปรียบเทียบข้อมูลระหว่าง กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองด้วย Mann-Whitney U test และ Independent t-test test

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้มากกว่าและคะแนนความ วิตกกังวลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) และภายหลังได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่า และมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p = .007$, $p = .000$ และ $p = .002$ ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะ ควรมีการนำโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ไทรอยด์ที่ต้องได้รับไอโอดีน 131 ขนาดสูง เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนการรักษา ส่งผล ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี และมีความวิตกกังวลลดลง มารับการรักษาได้ตามนัด

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ความวิตกกังวล, มะเร็งไทรอยด์, ไอโอดีน-131

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kanitha.h@rsu.ac.th)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a self-care promotion program on the knowledge, self-care behaviors, and anxiety of thyroid cancer patients before undergoing high-dose Iodine-131 treatment at a Cancer Specialized Hospital from October 2022 to August 2023. Participants were selected based on specific criteria and randomly divided into two groups: 36 individuals in the control group, who received standard nursing care, and 36 individuals in the experimental group, who participated in a six-week self-care promotion program. Data were collected using a personal information questionnaire, a thyroid cancer and preparation knowledge questionnaire, a self-care behavior questionnaire before high-dose Iodine-131 treatment, and the State Trait Anxiety Inventor. The reliability coefficients of these questionnaires were 0.79, 0.82, and 0.91, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics. Comparisons within the experimental group before and after the program were made using the Wilcoxon Sign Rank test and Paired t-test, while comparisons between the control and experimental groups were made using the Mann-Whitney U test and Independent t-test.

The results that after participating in the six-week program, the experimental group had significantly higher knowledge scores and lower anxiety scores compared to before the program. Additionally, their self-care behavior scores were significantly higher two weeks after the program ($p = .001$). Six weeks after the program, the experimental group had significantly higher knowledge and self-care behavior scores and significantly lower anxiety scores compared to the control group ($p = .007$, $p = .000$, and $p = .002$, respectively).

It is recommended that the self-care promotion program be implemented as a guideline for caring for thyroid cancer patients who require high-dose Iodine-131 treatment. This program can enhance patients' knowledge and understanding of how to prepare for the treatment, leading to better self-care behaviors and reduced anxiety, ensuring that patients attend their treatment appointments as scheduled.

Keywords: Self-Care Promotion Program, Self-Care Behaviors, Anxiety, Thyroid Cancer, Iodine-131

บทนำ

มะเร็งไทรอยด์เป็นมะเร็งที่พบบ่อยของมะเร็งต่อมไร้ท่อ (Thyroid Cancer Survivors' Association, 2018) รายงานอุบัติการณ์การเกิดโรคในสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2022 พบผู้ป่วยใหม่ จำนวน 43,800 คน และเสียชีวิตสะสม 2,230 คน (American Cancer Society, 2022) ในประเทศไทยพบเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของโรคมะเร็งที่พบบ่อย แนวทางการรักษามะเร็งไทรอยด์ มี 3 วิธี ได้แก่ การผ่าตัด การรับประทานฮอร์โมนไทรอยด์ และการรับสารกัมมันตรังสีไอโอดีน 131 การรักษาด้วยไอโอดีน 131 มีวัตถุประสงค์เพื่อการทำลายเนื้อเยื่อไทรอยด์ที่หลงเหลืออยู่จากการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ชนิด well-differentiated มีอัตราการรอดชีวิต 5 ปี สูงมากกว่าร้อยละ 98 (American Cancer Society, 2018) และผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ชนิด Papillary, Follicular และ Hurthle มีอัตราการรอดชีวิต 10 ปี สูงถึงร้อยละ 93, 85 และ 76 ตามลำดับ (Sipos & Mazzaferri, 2010)

อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยกัมมันตรังสีไอโอดีน-131 จะต้องมีการเตรียมตัวก่อนการรักษาเป็นเวลา

ประมาณ 6 สัปดาห์ โดยต้องหยุดยาไทรอยด์ฮอร์โมนเป็นเวลา 3 - 6 สัปดาห์ (Thyroid Cancer Survivors' Association, 2018) ต้องรับประทานอาหารที่มีไอโอดีนต่ำนาน 2 สัปดาห์ (Jindawichak, Panchan, Chaiwirawattana, & Imsamran, 2015; American Cancer Society, 2018) เพื่อกระตุ้นการสร้าง Thyroid Stimulating Hormones (TSH) ให้มีค่ามากกว่า 30 mU/L (Thyroid Cancer Survivors' Association, 2018) จะทำให้เซลล์มะเร็งไทรอยด์จับกับไอโอดีน 131 ได้ดี การเตรียมตัวที่ถูกต้องก่อนการรักษามีสำคัญ หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ได้แก่ การลิมงดยาฮอร์โมนไทรอยด์ ปัญหาเกี่ยวกับการเลือกงดอาหารที่มีไอโอดีนสูง เนื่องจากขาดความรู้ในการเลือกอาหารรวมทั้งผลิตภัณฑ์ที่ใช้ประกอบอาหารที่เหมาะสม (Herbert, Searle, England, Ness, Beasley, Haupt-Schott, et al, 2020) ทำให้ค่า TSH น้อยกว่า 30 mU/L ไม่สามารถรักษาด้วยไอโอดีน 131 ได้ ต้องเลื่อนการรักษาออกไป

จากสถิติของศูนย์พยาบาลเวชศาสตร์นิวเคลียร์แห่งหนึ่ง จากจำนวนผู้ป่วยนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อรักษาด้วยไอโอดีน 131 ขนาดสูง ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 – สิงหาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 558 ราย (Maha Vajiralongkorn Thanyaburi Hospital, 2022) พบผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาด้วยไอโอดีน 131 ตามแผนการรักษา จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.05 สาเหตุเนื่องจากการเตรียมตัวก่อนการรักษามีไม่ถูกต้อง จากการไม่ได้งดยาฮอร์โมนไทรอยด์ จากการลิมงดยาและงดยาช้ากว่ากำหนด นอกจากนี้ผู้ป่วยจำนวน 15 ราย ไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีไอโอดีนต่ำได้ ทำให้ผลการตรวจระดับ TSH น้อยกว่า 30 mU/L ส่งผลให้ต้องเลื่อนการรักษาออกไป อาจมีผลให้เกิดการลุกลามของโรคและส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อไอโอดีน 131 โดยคิดเป็นค่าใช้จ่ายจำนวน 38,075 บาท ต่อการเลื่อนการรักษาแต่ละครั้ง ดังนั้น การเตรียมตัวเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องเข้าใจและต้องได้รับการพัฒนาความสามารถเพื่อให้เตรียมตัวได้ถูกต้อง แม้ว่าพยาบาลจะให้ข้อมูลคำแนะนำในการเตรียมตัวแล้วก็ตาม เนื่องจากผู้ป่วยบางรายรู้สึกวิตกกังวลในการเตรียมตัวก่อนได้รับไอโอดีน 131 ทำให้การรับรู้ข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน ไม่เพียงพอที่ผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลรับผิดชอบปฏิบัติตนเองที่บ้านเป็นเวลานานประมาณ 6 สัปดาห์ก่อนมารับการรักษา นอกจากนี้ การให้ข้อมูลคำแนะนำในการเตรียมตัวที่ผ่านมาเป็นการให้ข้อมูลทางเดียว ขาดการมีปฏิสัมพันธ์ ขาดการประเมินติดตามเพื่อให้คำปรึกษาและกระตุ้นการปฏิบัติตนที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์มีความต้องการข้อมูลความรู้ในระดับมาก แต่ผู้ป่วยยังได้รับข้อมูลไม่เพียงพอต่อความต้องการ และข้อมูลความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Taphongsa, Wongsurawat, Hatawaikarn, Srichachet, & Ramkha, 2016) โดยผู้ป่วยที่มีความรู้ในการดูแลตนเองดีจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี (Taphongsa, 2020) ยังพบว่าความวิตกกังวลในระยะก่อนได้รับไอโอดีน 131 ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Banihashem, Arabzadeh, Bahri, & Qutbi, 2020) โดยเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Lee & Park, 2017) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการไม่สุขสบายที่เกิดจากการงดยาฮอร์โมนไทรอยด์ เช่น เสียงแหบ รู้สึกหนาวหรือร้อน (Chun, 2012) และก่อนการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยไอโอดีน 131 ขนาดสูง ผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์จะวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้า (Koc, Karakoc, Ansal-Balci, Kepenek, & Atmaca, 2014 ; Barbus, Pestean, Larg, Gabora, Bonci, Badulescu, et al, 2018) ความวิตกกังวลยังเป็นตัวทำนายความรุนแรงของอาการที่เกิดจากการรักษาด้วยไอโอดีน 131 (Chun, 2012) ดังนั้น ข้อมูลความรู้ในการเตรียมตัวเพื่อรักษาด้วยด้วยไอโอดีน 131 และการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญในการเตรียมตัวเพื่อการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการเตรียมตัวก่อนการรักษาหรือการจัดการความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ก่อนได้รับไอโอดีน 131 พบเพียงงานวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ที่ใช้แผ่นพับร่วมกับสื่อมัลติมีเดียในการให้ข้อมูลการเตรียมตัวก่อนการรักษาด้วยไอโอดีนในต่างประเทศ (Pourzare, Khankeh, Tabrizi, Biglarian & Far, 2018) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงภายหลังได้รับข้อมูล แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเกาหลีที่ใช้สื่อวิดีโอในการให้ข้อมูล พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม แต่มีระดับความพึงพอใจในการได้รับความรู้เพิ่มขึ้น (Jung, Hong, Noh, Park, Son, Kim, et al, 2015) และการศึกษาผลของการใช้โมบายแอปพลิเคชันในการให้ความรู้เรื่องการรักษาโรคไธรอยด์ด้วยไอโอดีนรังสี 131 ในจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า หลังใช้โมบายแอปพลิเคชันกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น (Khanchan, Tonesakulrungruang, Samantreeporn, & Sajjanand, 2021)

การได้รับวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งไธรอยด์และได้รับการรักษาด้วยไอโอดีน 131 นับเป็นเรื่องใหม่ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ทำให้รู้สึกวิตกกังวลและอาจมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ การได้รับการสอนและสนับสนุนด้านความรู้จากพยาบาลจะช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย โดยระบบการพยาบาลที่เหมาะสมตามทฤษฎีระบบการพยาบาลของ Orem (2001) ได้แก่ ระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ โดยมีวิธีการช่วยเหลือประกอบด้วย 1) การชี้แนะ 2) การสนับสนุน 3) การสอน และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเอง พยาบาลควรส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งไธรอยด์ ในการกระทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อการดูแลตนเองทั้งหมดในระยะก่อนการรักษา โดยการสอนเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองก่อนการรักษา การชี้แนะเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมในการรักษาด้วยไอโอดีน 131 การสนับสนุนคู่มือการเตรียมตัว การสร้างช่องทางการขอคำปรึกษา และสร้างสิ่งแวดล้อมติดตามกระตุ้นให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารและงดยาได้อย่างถูกต้อง มีความมั่นใจในการตัดสินใจ สามารถปฏิบัติตัวก่อนการรักษาได้ถูกต้องและมีความพร้อมมารับการรักษาด้วยไอโอดีน 131 ตรงตามนัด ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ปลอดภัย มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองก่อนการรักษาด้วยไอโอดีน 131 ขนาดสูงครั้งแรกของผู้ป่วยมะเร็งไธรอยด์ คาดว่าผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งไธรอยด์ก่อนการรักษา จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการให้ความรู้ในการเตรียมตัวแก่ผู้ป่วย และเพื่อเป็นแนวทางในการเพิ่มความรู้อย่างเข้าใจ เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และลดความวิตกกังวล ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งไธรอยด์ได้รับไอโอดีน 131 ตามกำหนดนัด รวมทั้งเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาและเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ

วัตถุประสงค์วิจัย

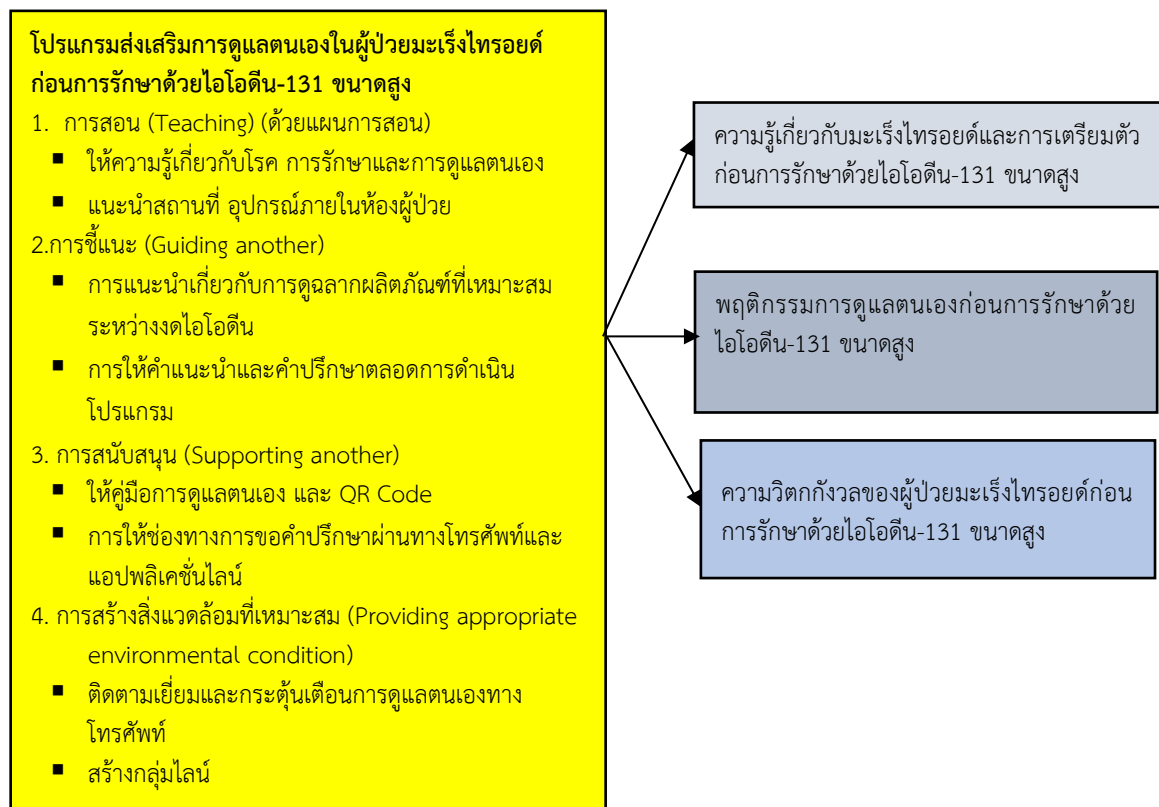
1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐาน

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม
4. ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของ Orem (2001) ที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลตนเอง (Self-care demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นความสามารถของบุคคลหรือศักยภาพของบุคคลในการกระทำกิจกรรมเพื่อสนองต่อการดูแลตนเองทั้งหมด เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ของบุคคลอย่างจงใจและมีเป้าหมาย แบ่งเป็นความสามารถที่จะรู้ (Knowing) และความสามารถที่จะกระทำ (Doing) บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง ต้องพัฒนาความสามารถเฉพาะในการดูแลตนเอง เรียนรู้เกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจลงมือกระทำเพื่อการดูแลตนเอง เมื่อบุคคลมีความต้องการการดูแลตนเองมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) และต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งไทรอยด์และได้รับการรักษาด้วยไอโอดีน 131 นับเป็นเรื่องใหม่ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล จึงต้องแสวงหาความรู้เพิ่มเติม การได้รับการสอนและสนับสนุนด้านความรู้จากพยาบาลจะช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองและกิจกรรมที่ต้องกระทำทั้งหมด จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากพยาบาล โดยระบบการพยาบาลที่เหมาะสมตามทฤษฎีระบบการพยาบาล (Orem, 2001) ได้แก่ ระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ โดยมีวิธีการช่วยเหลือ ดังนี้ 1) การชี้แนะ 2) การสนับสนุน 3) การสอน และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง พยาบาลนอกจากจะสอนให้คำแนะนำแล้วยังต้องกระตุ้นชมเชย และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตัว สามารถดูแลตนเอง เตรียมตัวก่อนการรักษาด้วยไอโอดีน 131 ได้ ผลเลือดปกติจะทำให้สามารถเข้ารับการรักษตามแผนการรักษา โดยมีกรอบแนวคิดของการวิจัยดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อน-หลังทดลอง (Quasi Experimental two groups pretest - posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาด้วยไอโอดีน 131 ขนาดสูง 150, 200 mCi (มิลลิคูรี) ครั้งแรก แผนกงานศูนย์พยาบาลเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลศูนย์มะเร็งแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาด้วยไอโอดีน 131 ขนาดสูง 150 - 200 มิลลิคูรี ครั้งแรกแบบผู้ป่วยใน ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ที่มีอายุ 20 - 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ มีและสามารถใช้และสื่อสารด้วย Smart phone และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (Power analysis) ด้วยโปรแกรม G*power 3.1.9.4 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจทดสอบ (Power of test) .80 ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลางเท่ากับ .6 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากวันที่มารับบริการได้วันจันทร์เป็นกลุ่มควบคุมและวันพุธเป็นกลุ่มทดลอง เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการกระจายของมะเร็งไปสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 6 สัปดาห์ และแบบบันทึกติดตามและสรุปปัญหาการดูแลตนเองที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการรักษา ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา จำนวนครั้งของการผ่าตัด การผ่าตัดที่ได้รับ และชนิดของเซลล์

2.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับมะเร็งไทรอยด์และการเตรียมตัวในการดูแลตนเองก่อนได้รับไอโอดีน 131 ขนาดสูง จำนวน 28 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด หรือไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน คะแนนรวม 0 - 28 คะแนนรวมยิ่งมากหมายถึง ยิ่งมีความรู้มาก

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองก่อนได้รับการรักษาด้วยไอโอดีน 131 ขนาดสูง จำนวน 14 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติ/ปฏิบัติน้อยมาก 1 คะแนน จนถึงปฏิบัติเป็นประจำ 4 คะแนน คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 14 - 56 คะแนน คะแนนรวมที่มากหมายถึงมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดี

2.4 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Trait Anxiety Inventory Form X-I) ของ Spielberger, Gorsuch, & Lushene (1970) ฉบับภาษาไทยของ Kotchapakdee, Worakijpokathorn & Nissaisuk (1983) จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 10 ข้อ และข้อความทางลบ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นไม่มีเลย 1 คะแนน มีบ้าง 2 คะแนน มีค่อนข้างมาก 3 คะแนน และมีมากที่สุด 4 คะแนน กลับคะแนนข้อคำถามด้านบวก คะแนนรวมเท่ากับ 20-80 คะแนน คะแนนรวมที่มากหมายถึงมีความวิตกกังวลสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญมะเร็งไทรอยด์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลหน่วยเวชศาสตร์นิวเคลียร์ 3

ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง แบบสอบถามความรู้ และแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองก่อนได้รับการรักษาด้วยไอโอดีน 131 ขนาดสูง ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) = 1 ทั้งโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง แบบสอบถามความรู้ และแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ส่วนแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้กันอย่างแพร่หลายจึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ความรู้เรื่องมะเร็งไทรอยด์และการปฏิบัติตัวก่อนรักษาด้วยไอโอดีน 131 ขนาดสูง แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองก่อนได้รับการรักษาด้วยไอโอดีน 131 ขนาดสูง และแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาด้วยไอโอดีน 131 ขนาดสูง ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ ด้วย KR-20 ได้ค่า 0.79 แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ หาค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่า 0.82 และ 0.90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาล จำนวน 1 คน โดยการอบรมผู้ช่วยวิจัยเพื่อเป็นผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากมหาวิทยาลัยรังสิต ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ศึกษา เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าถึงรายชื่อผู้ป่วยโดยผ่านหัวหน้างานศูนย์พยาบาลเวชศาสตร์นิวเคลียร์ จากทะเบียนรายชื่อก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และสุ่มโดยการจับสลากได้กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการวันจันทร์เป็นกลุ่มควบคุม และวันพุธเป็นกลุ่มทดลอง

4. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 0 (T1) วันที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยไอโอดีน 131 ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เรื่องมะเร็งไทรอยด์และการเตรียมตัวในการดูแลตนเองก่อนรักษาด้วยไอโอดีน 131 และแบบสอบถามความวิตกกังวล ก่อนเข้าโปรแกรม (Pre-test หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและการเตรียมตัวก่อนการรักษา ตามแผนการสอนใช้เวลาประมาณ 45 นาที และแจกคู่มือการเตรียมตัวเพื่อการรักษาด้วยไอโอดีน 131 และแจกเกลือสินเธาว์สำหรับปรุงอาหารที่บ้าน ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 1 การติดตาม ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์/ไลน์ ชี้แนะ เปิดโอกาสให้ซักถาม แนะนำแหล่งประโยชน์ทางอินเทอร์เน็ต สนับสนุนให้กำลังใจและชื่นชม และประเมินผลปัญหาการดูแลตนเองและเสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหา และบันทึกลงในสมุดบันทึก สัปดาห์ที่ 2 (T2) การติดตาม ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยติดตาม เปิดโอกาสให้ซักถาม สนับสนุนให้กำลังใจ และประเมินผลลงในสมุดบันทึก ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ครั้งที่ 1

สัปดาห์ที่ 2 (T2) การติดตาม ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยติดตาม เปิดโอกาสให้ซักถาม สนับสนุนให้กำลังใจ และประเมินผลปัญหาการดูแลตนเองและเสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหา และบันทึกลงในสมุดบันทึก ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ครั้งที่

สัปดาห์ที่ 3 - 4 การติดตาม ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยติดตาม เปิดโอกาสให้ซักถาม สนับสนุนให้กำลังใจและชื่นชม แนะนำเจาะเลือด ตรวจปัสสาวะ ให้แนวทางในการช่วยเหลือ การประเมินผลปัญหาการดูแลตนเองและเสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหาและบันทึกลงในสมุดบันทึก

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 0 (T1) วันที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยไอโอดีน 131 ปริมาณ 150-200 mCi กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการให้คำแนะนำการเตรียมตัวก่อนการรักษาด้วยไอโอดีน 131 และแจกแผ่นพับแจกเกลือสินเธาว์สำหรับปรุงอาหารที่บ้าน ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มควบคุมในระยะเวลาเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา ข้อมูลที่มีระดับการวัดเป็น Nominal และ Ordinal ใช้จำนวน และร้อยละ ส่วนข้อมูลที่มีระดับการวัดเป็น Interval หรือ Ratio scale ใช้สถิติ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ระหว่างก่อนการทดลอง (T1) กับระยะหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ (T3) ของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างหลังทดลอง 2 สัปดาห์ (T2) กับหลังทดลอง 6 สัปดาห์ (T3) ของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test เนื่องจากการกระจายข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลระหว่างก่อนการทดลอง (T1) กับระยะหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ (T3) ของกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ paired t-test เนื่องจากข้อมูลกระจายเป็นโค้งปกติ

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลอง (T3) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังทดลอง 2 สัปดาห์ (T2) และหลังทดลอง 6 สัปดาห์ (T3) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วย Mann Whitney U test และเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง (T3) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยรังสิต รหัสโครงการ COA. No. RSUERB2022-095 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี รหัสโครงการ MTH 2022-27

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ และการวิเคราะห์เปรียบเทียบจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=36)		กลุ่มควบคุม (n=36)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	8	22.22	8	22.22	Fisher's Exact	1.000
หญิง	28	77.78	28	77.78		
อายุ						
อายุต่ำสุด-อายุสูงสุด	24-59 ปี		20-56 ปี		t = 1.066	.207
M	37.67		40.33			
ศาสนา					Fisher's Exact	.614
พุทธ	33	91.71	35	97.22		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=36)		กลุ่มควบคุม (n=36)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อิสลาม	3	8.29	1	2.71		
การศึกษาสูงสุด						
ประถมศึกษา	10	27.78	12	33.33	.697	1.439
มัธยม/ปวช/ปวส	14	38.88	15	41.67		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	12	33.34	9	25.00		
สถานภาพสมรส						
ไม่มีคู่	22	61.11	21	55.56	2.133	.344
มีคู่	14	38.89	15	44.44		
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	19.39	3	8.33	3.613	.306
รับจ้าง/ลูกจ้างบริษัท	17	47.21	24	66.65		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	13.91	5	13.91		
ธุรกิจส่วนตัว	7	19.39	4	11.11		
รายได้/เดือน						
10000-20000 บ.	15	41.71	17	47.21	1.925	.588
20001-30000 บ.	9	25.05	11	30.59		
30001-40000 บ.	7	19.39	3	8.33		
> 40000 บ.	5	13.90	5	13.90		
สิทธิการรักษา						
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	7	19.39	4	11.11	1.035	.596
ประกันสังคม	26	72.28	28	77.78		
ต้นสังกัด	3	8.33	4	11.11		
จำนวนครั้งของการผ่าตัด						
1 ครั้ง	21	58.33	25	69.44	Fisher's Exact	.462
2 ครั้ง	15	41.67	11	30.56		
ชนิดของเซลล์						
Papillary	36	100	36	100		
การผ่าตัดที่ได้รับ						
ผ่าข้างเดียว	3	8.33	8	22.22	Fisher's Exact	.189
ผ่า 2 ข้าง	33	91.67	28	77.78		
โรคประจำตัว						
ไม่มี	30	83.29	23	66.69	Fisher's Exact	.173
มี*	6	16.67	12	33.31		
ความดันโลหิตสูง	3	8.33	8	22.22		
เบาหวาน	2	5.61	5	13.89		
หัวใจ	1	2.80	2	5.61		
Myasthenia gravis	0	0	1	2.80		
ชนิดของยาที่รับประทาน						
ไม่มี						
มี**	30	83.29	24	66.69	4.167	.384

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=36)		กลุ่มควบคุม (n=36)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ยาความดันโลหิตสูง	30	83.29	24	66.69	4.167	.384
ยาเบาหวาน	6	16.67	12	33.31		
ยาหัวใจ	3	8.33	8	22.22		
ยามากกว่า 1 ชนิด	2	5.61	5	13.89		
	1	2.80	2	5.61		
	0	0	4	11.11		

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่า ๆ กัน มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 40.33 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 37.67 ปี มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ใกล้เคียงกัน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และความวิตกกังวล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และความวิตกกังวล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 5-6 สัปดาห์ด้วย Wilcoxon Sign Rank test และ Paired t-test

ตัวแปร	ก่อนได้รับ โปรแกรม M (SD)	หลังได้รับ โปรแกรม M (SD)	Mean rank	Sum of Ranks	Z	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n=36)							
ความรู้	17.42 (5.39)	26.42 (2.10)	18.5	666	-5.237		.000
ความวิตกกังวล	44.81 (7.81)	37.28 (6.23)				11.105	.000
กลุ่มควบคุม (n=36)							
ความรู้	20.19 (4.88)	24.89 (3.30)	19.15	574.50	-4.744		.000
ความวิตกกังวล	44.06 (10.0)	42.75 (8.11)				1.298	.203

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์กับหลังได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์ ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์กับหลังได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์ด้วยสถิติ Wilcoxon Sign Rank test

ตัวแปร	หลังได้รับ โปรแกรม 2 wks	หลังได้รับ โปรแกรม 6 wks	Mean rank	Sum of Ranks	Z	p-value
กลุ่มทดลอง (n=36)						
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	47.03(2.59)	50.69(2.04)	18.5	666	-5.310	.000
กลุ่มควบคุม (n=36)						
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	45.97(2.46)	48.08(2.99)	19.69	512.00	-3.241	.001

จากตาราง 2 และ 3 พบว่า หลังได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์ (T3) กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้มากกว่าและมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (T1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และหลังได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง (T3) มากกว่าหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ (T2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) เช่นเดียวกัน หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ 6 สัปดาห์ (T3) กลุ่มควบคุม มีคะแนนความรู้มากกว่า ก่อนได้รับการพยาบาล (T1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลัง 6 สัปดาห์ (T3) มากกว่าหลัง 2 สัปดาห์ (T2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลัง 6 สัปดาห์ (T3) กับก่อนได้รับโปรแกรม (T1) พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p = .203$)

4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความวิตกกังวล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ดังตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความวิตกกังวล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann-Whitney U test และ Independent t-test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=36)			กลุ่มควบคุม (n=36)			Z	t	p-value
	Mean (SD)	Mean	Sum of	Mean (SD)	Mean	Sum of			
		rank	Ranks		rank	Ranks			
ความรู้									
T1	17.42	31.03	1117	20.19	41.97	1511	-2.22		.026
T3	26.42	43.03	1549	24.89	29.97	1079	2.69		.007
พฤติกรรมการดูแลตนเอง									
T2	48.00	42.85	1542.5	45.97	30.15	1085.5	-2.61		.009
T3	50.69	46.92	1689	48.08	26.08	939	-4.30		.000
ความวิตกกังวล									
T1	44.81 (7.82)			44.06 (10.0)				-.354	.724
T3	37.28 (6.23)			42.75 (7.81)			3.20	3.20	.002

T1 = ก่อนได้รับโปรแกรม, T2 = หลังได้รับโปรแกรม 2 wk, T3 = หลังได้รับโปรแกรม 6 wk

จากตาราง 4 พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม (T1) กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .026$) โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มทดลองแต่ภายหลังได้รับโปรแกรม (T3) กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .007$)

ส่วนคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ (T2) และหลังได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์ (T3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .009$ และ $p = .000$ ตามลำดับ)

คะแนนความวิตกกังวล พบว่าก่อนได้รับโปรแกรม (T1) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ($p = .724$) แต่หลังได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์ (T3) กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$)

อภิปรายผล

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งไทรอยด์และการเตรียมตัวก่อนได้รับไอโอดีน 131 ขนาดสูง มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการเตรียมตัวมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์มากกว่าหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ อธิบายได้ว่า โปรแกรมที่ผู้วิจัยออกแบบโดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) โดยวิธีการสอน การชี้แนะ การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ให้ความรู้ด้วยแผนการสอนและแนะนำสถานที่อุปกรณ์ภายในห้องผู้ป่วย รวมทั้งชี้แนะเกี่ยวกับการดูแลอาหารหรือผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ที่เหมาะสมระหว่างดไอโอดีน ด้วยภาพแผ่นพลิก ทำให้ผู้ป่วยเห็นภาพชัดเจน ให้การสนับสนุนความรู้ด้วยคู่มือ และ QR Code ในการเตรียมตัวกลับไปพบแพทย์ที่บ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย ทำให้ผู้มีความเข้าใจในการเตรียมตัวก่อนการรักษาด้วยไอโอดีน 131 มากขึ้น นอกจากนี้ การติดตามเยี่ยมและกระตุ้นเตือนการดูแลตนเองทางโทรศัพท์ทุก 1 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง ด้วยแบบบันทึกการติดตามและสรุปปัญหา เพื่อกระตุ้นเตือนและให้คำปรึกษาในการดูแลตนเอง รวมทั้งสร้างกลุ่มไลน์เพื่อความสะดวกในการติดต่อสอบถามหากต้องการคำปรึกษา จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการรักษาได้ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ubolnuch (2015) ที่พบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ปลอดภัย มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ และการศึกษาของ Taphongsa, Wongsurawat, Hatawaikarn, Srichachet, & Ramkha (2016) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีเกิดจากการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และการเตรียมตัวที่ถูกต้อง หากผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองดีจะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี (Taphongsa, 2020) รวมทั้งจากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดของ Putthiphen, Namwongphrom, & Phakdiwong (2018) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนและระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) อธิบายได้ว่า ความวิตกกังวลก่อนการรักษาด้วยไอโอดีน 131 ของผู้ป่วยบางส่วนเกิดจากการไม่มั่นใจในการเลือกชนิดของอาหารที่ควรรับประทาน ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับประเภทของอาหารที่สามารถรับประทานได้ (Herbert, Searle, England, Ness, Beasley, Haupt-Schott, & Atkinson 2020) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองที่ประกอบด้วยการใช้สื่อวีดิทัศน์ ภาพพลิก รวมทั้งการชี้แนะชนิดของอาหารและผลิตภัณฑ์ที่สามารถเลือกรับประทานได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ สามารถจัดเตรียมอาหารที่มีไอโอดีนต่ำได้ รวมทั้งผู้วิจัยติดตามสอบถามปัญหา ความต้องการการช่วยเหลือ และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และช่องทาง Line ซึ่งเป็นการสื่อสาร 2 ทาง ผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูลต่างๆและได้รับการตอบสนองให้ความช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ผ่านทางแอปพลิเคชัน ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศ ที่ใช้สื่อมัลติมีเดียร่วมกับแผ่นพับเพื่อให้ข้อมูลก่อนการรักษาด้วยไอโอดีน 131 ขนาดสูง พบว่า ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ลงได้ (Pourzare, Khankeh, Tabrizi, Biglarian, & Far 2018) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Suratako, Namwongprom, & Phakdiwong (2015) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพซีสที่สแกน พบว่า หลังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย ร้อยละ 91.6 ของกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลในระดับต่ำ การศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด Putthiphen, Namwongphrom, & Phakdiwong (2018) และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด (Jindakul, Namwongphrom, & Phakdiwong 2018) พบว่า ผู้ที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองมีความวิตกกังวลหลังเข้าโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเกาหลี ที่ให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวิดีโอกับผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่ได้รับการรักษาด้วยไอโอดีน 131 พบว่า ผู้ป่วยมีความ

วิตกกังวลไม่ลดลง แต่มีระดับความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลความรู้เพิ่มขึ้น (Jung, Hong, Noh, Park, Son, Kim, et al, 2015)

3. คะแนนความรู้ ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนรู้น้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .007$) และมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์และหลังได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์ มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .009$ และ $p = .000$ ตามลำดับ) โดยหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองมากขึ้นในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองลดลง อธิบายได้ว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้วยระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มทดลองมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีการดูแลตนเองในเตรียมตัวก่อนการได้รับไอโอดีน 131 ดีขึ้น โดยหลังให้ความรู้ที่โรงพยาบาล มีการให้คู่มือและ QR Code กลับบ้านทำให้สะดวกในการทบทวนความรู้ ความเข้าใจ โดยเฉพาะการเลือกอาหารและผลิตภัณฑ์ที่ใช้ประกอบอาหาร ขนม นม เป็นต้น รวมทั้งการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ จำนวน 3 ครั้ง และมีแอปพลิเคชันไลน์เพื่อติดต่อสอบถามในการดูแลตนเองระหว่างดยาไทรอยด์เป็นการสื่อสารแบบสองทางเพื่อทบทวนความเข้าใจ เมื่อมีอาการผิดปกติที่เกิดระหว่างการเตรียมตัว เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ปวดตามตัว สามารถปรึกษาพยาบาลได้คำสั่งของแพทย์ที่โรงพยาบาลต้นสังกัดได้และมีความมั่นใจในการรับประทานยาโรคประจำตัวหรือยาชนิดอื่นที่เคยรับประทานได้ ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ให้ความรู้เพียงครั้งเดียวจากพยาบาลประจำหน่วยและแจกแผ่นพับให้กลับไปทบทวนที่บ้าน ไม่มีการติดตามต่อเนื่อง พบว่ามีผู้ป่วย 1 ราย ไม่ได้รับการรักษาตามกำหนดนัด เนื่องจากมีโรคประจำตัว Myasthenia Gravis แต่ไม่ได้รับประทานยาเดิม ทำให้มีอาการกลืนลำบาก ต้องเลื่อนการรักษาออกไป 3 สัปดาห์ ส่วนในกลุ่มทดลองได้รับไอโอดีน 131 ตามกำหนดนัดทุกราย จึงอภิปรายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองช่วยให้กลุ่มทดลองมีความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Terdsutthivarnabhumi (2015) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

4. ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่สถิติ ($p = .002$) เป็นไปตามสมมติฐาน อภิปรายได้ว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนโดยใช้สื่อ QR Code ซึ่งมีความสะดวก ง่ายในการทบทวนความรู้ทำได้ทุกที่ ทุกโอกาส มีการชี้แนะ การติดตามเพื่อให้คำปรึกษา และการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมมีแอปพลิเคชันไลน์สามารถติดต่อสอบถาม ผ่าข้อคำถามเพื่อปรึกษาได้ตลอดเวลา ติดตามเยี่ยมและกระตุ้นเตือนการดูแลตนเองทางโทรศัพท์ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ความกังวลในการเตรียมตัวก่อนได้รับไอโอดีน 131 จึงลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Athayasaingam & Yikhian (2015) ที่ศึกษาความรู้ ความวิตกกังวลและความคิดเห็นก่อนการระงับความรู้สึกเพื่อทำผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยคู่มือสถานีโทรทัศน์วิสัญญี ผลการศึกษาพบว่า หลังการชมสื่อโทรทัศน์วิสัญญี ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง และมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลองมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความเฉพาะ กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีกระบวนการสุ่มไม่สามารถนำผลการวิจัยไปอ้างอิงกับกลุ่มโรคอื่น และเนื่องจากช่วงเวลาที่ทำการศึกษาในช่วงเดือนกรกฎาคม และเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 บริษัทมีปัญหาการนำส่งไอโอดีน 131 จากต่างประเทศ จึงไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ต่อเนื่องใช้เวลานาน 11 เดือน และแผนการรักษาของแพทย์เปลี่ยนแปลงเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากการได้รับไอโอดีน 131 โดยผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ทำให้ผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลลดลง

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ที่ต้องได้รับไอโอดีน 131 ขนาดสูง เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งไทรอยด์ และการเตรียมตัวก่อนการรักษา ซึ่งจะส่งผลให้มีผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ดี มีความมั่นใจในการเตรียมตัวก่อนการรักษา ได้รับไอโอดีน 131 ตามกำหนดนัด และช่วยให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง จึงควรมีการฝึกอบรมพยาบาลหรือผู้ใช้โปรแกรมเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งไทรอยด์ การเตรียมตัวก่อนการรักษาด้วยไอโอดีน 131 การดูแลตนเองระหว่างรักษา และการดูแลตนเองหลังการรักษา เพื่อให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถสอน ชี้แนะ สนับสนุนและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเตรียมตัวก่อนการรักษาด้วยไอโอดีน 131 ขนาดสูงได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ด้านการวิจัย การศึกษาควรเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจับคู่ (Matching) เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติของตัวแปรมีความเท่าเทียม และควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อติดตามผลข้างเคียงจากการรักษาในช่วงนอนโรงพยาบาล ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์หลังจากรักษา เพื่อติดตามการรักษารักษาการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม

References

- American Cancer Society. (2018). *Cancer facts & figures* Retrieved October 8, 2023 from <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2018.html>.
- American Cancer Society. (2022). *Cancer facts & figures*. Retrieved October 10, 2023 from <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2022.html>.
- Autayasaingam, P., & Yeekian, C. (2015). Knowledge, anxiety and opinions of pre-operation patient watched anesthetic TV channel. *Thai Journal of Anesthesiology*, 41(2), 92-102.
- Barbus, E., Pestean, C., Larg, M. I., Gabora, K., Bonci, E. A., Badulescu., et al. (2018). Psychological impact of 131I radioprotection measures on thyroid cancer patients. *Clujul Medical*, 91(4), 441.
- Banihashem, S., Arabzadeh, M., Bahri, R. S. J., & Qutbi, M. (2020). Psychological status and quality of life associated with radioactive iodine treatment of patients with differentiated thyroid cancer: Results of hospital anxiety and depression scale and short-form (36) health survey. *Indian Journal of Nuclear Medicine: IJNM: The Official Journal of the Society of Nuclear Medicine, India*, 35(3), 216.
- Chun, N. (2012). Effect of depression and anxiety on symptoms in thyroid cancer patients undergoing radioactive iodine (I131) therapy. *Asian Oncol Nurs*, 12(4), 297-304.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>.
- Herbert, G., Searle, A., England, C. Y., Ness, A., Beasley, M., Haupt-Schott, et al. (2020). Experiences of low iodine diets in the treatment of differentiated thyroid cancer with radioactive iodine ablation therapy. *Clinical nutrition ESPEN*, 39, 190–197.

- Jindakul, P., Namvongprom, A., Pakdevong, N. (2018). Effectiveness of the self-care promotion program for ability to take care of oneself perception of severity Side effects from chemotherapy and anxiety in early stage breast cancer patients undergoing adjuvant chemotherapy. *Cancer Journal*, 38(3), 105-116.
- Jindawichak, S., Panchan, W., Chaiwirawattana, A., & Imsamran, W. (2015). Guidelines for diagnosis and treatment of thyroid cancer. Bangkok: Khosit Printing. (in Thai)
- Jung, M. Y., Hong, I. K., Noh, H. Y., Park, H. S., Son, J. M., Kim, J. H., et al., (2015). Effects of video-based information provision on anxiety and education satisfaction of thyroid cancer patients undergoing radioiodine treatment. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*, 21(1), 11-20.
- Khanchan, A., Tonesakulrungruang, L., Samantreeporn, S., & Sajjanand, S. (2021). The effectiveness of mobile application in educating in radioactive iodine-131 therapy of hyperthyroidism in Nakhon Ratchasima province. *Journal of Legal Entity Management and Local Innovation*, 7(10), 273-284.
- Koc, P., Karakoc, A., Ansal-Balci, T., Kepenek, F., & Atmaca, M. (2014). Anxiety and depression related to the hospitalization experience of patients receiving radioiodine ablation. *Minerva Psichiatrica*, 55(2), 77-81.
- Lee, I., & Park, C. S. (2017). Convergent effects of anxiety, depression, uncertainty, and social support on quality of life in women with thyroid cancer. *Journal of the Korea Convergence Society*, 8(8), 163-176.
- Maha Vajiralongkorn Thanyaburi Hospital. (2022). Cancer registry report. Phatumthani. (in Thai)
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). Nursing: concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Pourzare, S. L., Khankeh, H. R., Tabrizi, K. N., Biglarian, A., & Far, S. F. (2018). Effect of multimedia orientation tour on anxiety of patients with thyroid cancer of candidate iodine therapy. *IJRN*, 4 (4), 36-43.
- Phuthiphen, P., Namwongprom, A., & Phakdiwong, N. (2018). Self-care ability and perceived side effects intensity of chemotherapy in patients with colorectal cancer receiving educative-supportive program. In *The 13th Graduate Research Presentation Conference*. Rangsit University, Pathumthani. (in Thai)
- Sipos, J. A. & Mazzaferri, E. L. (2010). Thyroid cancer epidemiology and prognostic variables. *Clinical oncology*, 22(6), 395-404.
- Suratako, S., Namwongprom, N., & Phakdiwong, N. (2015). Information Satisfaction and Anxiety among Patients with Cancer Receiving Diagnostic PET/CT Scan. *Private Higher Education Institutions Association of Thailand Under the patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn*, 5(1), 69-79.
- Taphongsa, S. (2020). Effect of the patient's self-care program in differentiated thyroid cancer patients treated with radioactive Iodine 131. In *The 54th World Congress on Nursing and Health Care*. (in Thai)
- Taphongsa, S., Wongsurawat, N., Hatawaikarn, B., Srichachet, K., & Ramkha, T. (2016).

Relationships among Information Needs, Information Received, Self-Care Behaviors and Quality of Life in Well-differentiated Thyroid Cancer Patients Treated with Radioactive Iodine at Radiotherapy Ward 5A Srinagarind Hospital, KhonKean University. *Srinagarind Medical Journal*, 31(5), 122-126.

Terdsudthirapoom, P. (2015). The Effects of self-Care Promoting Program on Self-Care Behaviors and Quality of Life among Patients with Heart Failure in Prachuap khirikhan Hospital. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 26(1), 2-14.

Thyroid Cancer Survivors' Association. (2018). *Thyroid cancer basics*. Retrieved August 18, 2023 from <https://www.thyca.org/download/document/350/TCBasics.pdf>.

Ubolnuch, K. (2015). The Role of a Nurse in Nuclear Medicine. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*, 35(3), 191-206.

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

Effects of Social Support Program on Anxiety in Pregnant Women of Preterm Labor

ศิริวรรณ บุตรหิน^{1,*} และ วราภรณ์ พันธศรี²

Siriwan Buthin^{1,*} and Waraporn Punthasri²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

²โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

¹Boromrajonnani College of Nursing, Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute,

²Kumpawapi Hospital, Udonthani Province

(Received: May 14, 2024, Revised: July 10, 2024, Accepted: July 16, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 52 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 ราย กลุ่มทดลองได้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของเฮิร์ส ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินค่า แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลใช้มาตรวัดความวิตกกังวลด้วยสายตา มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน 0.93 และแบบสอบถามความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันและสถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้เสนอแนะว่า พยาบาลผดุงครรภ์ควรใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวทางในการลดความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

คำสำคัญ: โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม, ความวิตกกังวล, สตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Fariona.11@bcnu.ac.th)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of a social support program on anxiety among pregnant women experiencing preterm labor. The study included 52 participants admitted to the labor unit at Kumpawapi Hospital in Udonthani Province between September 2023 and March 2024. Participants were assigned to either an experimental group ($n = 26$), which received both the social support program and routine nursing care, or a control group ($n = 26$), which received only routine nursing care. Research instruments included a social support program developed by the researcher based on House's social support model, which includes emotional support, informational support, instrumental support, and appraisal support, a Demographic Data Record Form, a visual analogue scale for anxiety (reliability coefficient, Pearson's $r = 0.93$), and a researcher-developed anxiety assessment tool for pregnant women experiencing preterm labor (reliability coefficient, Cronbach's $\alpha = 0.88$). Data were analyzed using descriptive statistics, paired sample t-tests, and independent t-tests.

Results indicated a significant reduction in anxiety scores within the experimental group after receiving the social support program ($p < 0.01$). Furthermore, the experimental group exhibited significantly lower anxiety scores compared to the control group ($p < 0.01$).

These findings underscore the potential benefits of implementing social support programs by nurse-midwives to alleviate anxiety among pregnant women experiencing preterm labor.

Key words: Social support program, Anxiety, Pregnant women who had preterm labor

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด คือ ทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ โดยพบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 18 (World Health Organization, 2017) สำหรับโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับดูแลผู้คลอดในโรงพยาบาลเครือข่ายโซนลุ่มน้ำป่าว พบการคลอดก่อนกำหนด ปีงบประมาณ พ.ศ.2563-พ.ศ. 2565 ร้อยละ 2.91, 4.79 และ 4.40 ตามลำดับ จากทารกคลอดมีชีพทั้งหมด (Kumphawapi Hospital, 2023) ซึ่งจากสถิติดังกล่าวพบว่าการคลอดก่อนกำหนดยังมีอัตราที่สูงขึ้น

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนด ส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก ดังนี้ ด้านสตรีตั้งครรภ์ พบว่า ผลกระทบจากการใช้ยาในการดูแลรักษาภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Tannirandon & Phupong, 2008) นอกจากนี้ยังพบว่าส่งผลกระทบต่อด้านจิตสังคมอีกด้วย เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า เบื่อหน่าย ถูกแยกจากครอบครัว ก่อให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นทั้งต่อตัวสตรีตั้งครรภ์เองและครอบครัว รวมทั้งอาจเกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ทำให้ต้องหยุดไปทำงาน ทำให้ขาดรายได้ (Maloni, 2011) สำหรับด้านทารกพบว่า การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (World Health Organization, 2017) และการคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุที่ทำให้ทารกต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เช่น การหายใจลำบาก มีเลือดออกในสมอง ภาวะลำไส้เน่า ภาวะติดเชื้อ เป็นต้น และส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่ต้องดูแลทารกแรกเกิด บุคลากรที่ดูแลรักษารวมทั้งผลกระทบต่องบประมาณของประเทศชาติในการจัดสรรเพื่อมาดูแลรักษาทารกกลุ่มที่คลอดก่อนกำหนด (Mandy, Weisman & Kim, 2018) ถือได้ว่าการคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งตัวสตรีตั้งครรภ์ ทารก และครอบครัวที่ต้องดูแลทารกแรกเกิด

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อยืดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ออกไปเพื่อให้ครบกำหนดคลอด ทำให้สตรีตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่เคยประสบมาก่อน สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การถูกแยกจากครอบครัว ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลตามมาได้ (Lyman & Miller, 1992) ซึ่งพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความวิตกกังวลสูง (Mirtabar, Faramarzi, Khazaei, & Dini, 2020) และจากการศึกษาของ Sulima, Makara-Studzinska, Lewicka, Wiktor, Stawarz, & Wiktor (2014) ศึกษาเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับสูง ($M = 44.27$, $SD = 9.84$) สำหรับประเทศไทยพบการศึกษาของ Sopajaree & Singkum (2018) ที่ศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายการชะลอการคลอดก่อนกำหนดในสตรีที่ได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูกพบว่า ความวิตกกังวล ($Beta = -0.23$, $t = -3.21$) สามารถทำนายการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Staneva, Bogossian, Pritchard, & Wittkowski (2015) ที่ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้ยังพบว่า ความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มของปริมาณคอร์ติซอลในเลือด (Kane, Schetter, Glynn, Hobel, & Sandman, 2014) ซึ่งคอร์ติซอลในเลือดสามารถผ่านรกและปริมาณคอร์ติซอลยังมีส่วนในการกระตุ้นการเจ็บครรภ์คลอดได้ (Reinl & England, 2015) จะเห็นได้ว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง

ความวิตกกังวลเป็นภาวะอารมณ์ที่รู้สึกหวาดหวั่น ไม่สบายใจ ที่เกิดจากการรับรู้และคาดการณ์สถานการณ์ว่าคุกคามความปลอดภัยของตนเอง (Spielberger, 1966) โดยความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety or S-Anxiety or A-state) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระทบ และมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามต่อบุคคล ซึ่งเมื่อเกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญขึ้นบุคคลจะเกิดการประมวลอารมณ์จากข้อมูลต่าง ๆ ในสมองส่วนระบบลิมบิก (Limbic) ทำให้เกิดอารมณ์ด้านลบ และกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น เหงื่อออก เป็นต้น (Spielberger, 1976)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง สุขภาพของทารกในครรภ์ กลัวว่าบุตรจะได้รับอันตรายหรือมีความผิดปกติ แนวทางการรักษาที่จะได้รับ ตลอดจนความรู้สึกโดดเดี่ยวที่ถูกแยกจากครอบครัว รวมถึงการที่ต้องหยุดงานหรือพักงาน (Rubarth, Schoening, Cosimano, & Sandhurst, 2012) นอกจากนี้ บริบทของห้องคลอดที่มีระเบียบในการให้ญาติเข้าเยี่ยมได้ตามเวลาที่กำหนดและไม่ได้อนุญาตให้นางโทรศัพท์มาใช้ได้ตลอดเวลา แต่สามารถขอใช้โทรศัพท์ของห้องคลอดในการติดต่อกับญาติได้ ซึ่งอาจจะส่งผลทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดการเพื่อลดความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีหลากหลายวิธี เช่น การศึกษาของ Yu & Song (2010) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการฝึกการหายใจต่อความวิตกกังวล ความเครียดและการได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูกในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่าคะแนนความวิตกกังวลกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ วิธีจิตบำบัดด้านการศึกษาของ Mirtabar, Faramarzi, Khazaei, & Dini (2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการทำจิตบำบัดต่อการลดความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการเพื่อลดความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบเพียงการศึกษาด้านความเครียด เช่น การศึกษาของ Klomma, Baosoung, & Sansiriphun (2017) ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

โดยกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการดูแลตามปกติ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม และคงไว้ซึ่งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความวิตกกังวลได้และส่งผลให้สามารถลดการเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ (Mirabzadeh, Dolatian, Forouzan, Sajjadi, Majd, & Mahmoodi, 2013) นอกจากนี้การศึกษาของ Jaru, Chatchawet, & Kritcharoen (2019) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มอื่น คือการศึกษาของ Tepsuriyanont, Sayasathid, Tangpanyawong, & Putim (2020) ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้พบการศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งยังไม่พบการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวล โดยความวิตกกังวลตามแนวคิดของ Spielberger (1976) เป็นภาวะอารมณ์ที่เกิดจากการรับรู้และประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ อันเนื่องมาจากกระบวนการทางความคิดขณะมีสิ่งเร้ามากระตุ้นซึ่งเป็นจริงหรือเป็นเพียงการคาดการณ์โดยการประเมินสภาพการณ์นั้น ๆ ว่าทำให้เกิดอันตรายมากน้อยเพียงใด ซึ่งมีผลต่อกระบวนการความคิด ส่งผลกระทบต่อจิตใจ พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาซึ่งแตกต่างกันไปตามการรับรู้และกระบวนการทางความคิดของแต่ละบุคคล ดังนั้น จึงมีความสำคัญและจำเป็นในการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีความวิตกกังวล ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ใช้แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิด House (1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะมีความแตกต่างจากการพยาบาลปกติ คือ การพยาบาลปกติ สตรีตั้งครรภ์จะได้รับเพียงข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งจะเป็นการเน้นการจัดการอาการด้านร่างกายอาจจะทำให้ไม่ครอบคลุมการจัดการด้านจิตใจ เพื่อลดความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สำหรับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการสร้างสัมพันธภาพ การใช้คำพูด ให้กำลังใจ ให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความสบายใจ มีกำลังใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยหรือระบายความรู้สึก แสดงออกถึงความเห็นใจ เข้าอกเข้าใจ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร การให้ข้อมูลในแต่ละวันเกี่ยวกับความหมายของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาการและอาการแสดง แนวทางการดูแลรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด การผ่อนคลาย การประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3) ด้านทรัพยากร โดยการมอบคู่มือการปฏิบัติตัวการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 4) ด้านการประเมินค่า โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ การกล่าวชมเชย เพื่อให้เกิดความมั่นใจ ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์แผนกห้องคลอดสามารถนำไปให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ลดความวิตกกังวล สามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

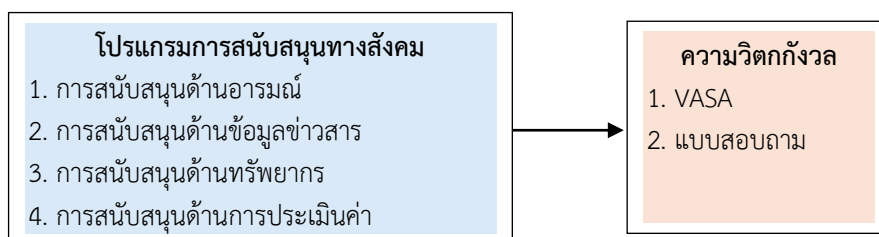
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการดูแลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการดูแลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐาน

1. สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมทดลอง
2. สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการสร้างสัมพันธภาพ การใช้คำพูด ให้กำลังใจ ให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความสบายใจ มีกำลังใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยหรือระบายความรู้สึก แสดงออกถึงความเห็นใจ เข้าอกเข้าใจ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แนวทางการดูแลรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก การผ่อนคลาย การประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ 3) ด้านทรัพยากร โดยการมอบคู่มือการปฏิบัติตัวการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ 4) ด้านการประเมินค่า โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ การกล่าวชมเชย เพื่อให้เกิดความมั่นใจ ซึ่งคาดว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยลดความวิตกกังวลได้และส่งผลให้สามารถลดการเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และได้เข้ารับการรักษาในแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลกุมภวาปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มาับการรักษาที่โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดลองที่สอง

กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (Two sample independent group test) โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) ที่ระดับ .80 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant level) .05 กำหนดค่าขนาดอิทธิพลการทดสอบขนาดกลางที่ .50 และนำมาเปิดตารางได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 ราย รวมทั้งหมด 44 ราย (Gray, Grove, & Sutherland, 2017) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อนกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม และผู้วิจัยมอบคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีการติดตามผล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มควบคุม จำนวน 26 ราย และกลุ่มทดลอง จำนวน 26 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 ราย

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) อายุครรภ์ 24-36⁺6 สัปดาห์ 3) ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร 4) คะแนนความวิตกกังวลก่อนทดลองระดับปานกลางขึ้นไป 5) ได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา 6) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 7) ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย ดังนี้ 1) สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้ และ 2) สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่ครบตามแผนการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือดำเนินการศึกษา ได้แก่

1.1 โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการสร้างสัมพันธภาพ การใช้คำพูด ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ซักถาม ข้อเสนอหรือระบายความรู้สึก ด้านข้อมูลข่าวสาร การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แนวทางการดูแลรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก การผ่อนคลาย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ด้านทรัพยากร โดยการมอบคู่มือการปฏิบัติตัวการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และด้านการประเมินค่า โดยการกล่าวชมเชย เพื่อให้เกิดความมั่นใจ

1.2 คู่มือการปฏิบัติตัวการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วยเนื้อหา ความหมายของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง ผลกระทบ การดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ และแบบบันทึกการหดตัวของมดลูกประจำวัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลทางสถิติ

2.2 แบบประเมินความวิตกกังวลใช้มาตรวัดความวิตกกังวลด้วยสายตา (The visual analogue scale for anxiety) (Hornblow & Kidson, 1976) มีลักษณะเป็นเส้นตรงในแนวนอน ความยาว 10 เซนติเมตร มีช่วงคะแนน 0 - 10 โดยตำแหน่งด้านซ้ายแทน 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความรู้สึกวิตกกังวล และปลายขวาแทนคะแนน 10 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกวิตกกังวลมากที่สุด

2.3 แบบสอบถามความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบ 4 ระดับ คือ ไม่เลย (1 คะแนน) เล็กน้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) และมาก (4 คะแนน) คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0 – 40 การแปลผล โดยการนำคะแนนเทียบอันตรายภาคขึ้น (Pimsuwan, Baosoung, & Sansiriphun, 2020) ดังนี้ ระดับน้อย (0 – 13.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (13.34 – 26.66 คะแนน) และระดับมาก (26.67 – 40.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ใช้แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและคู่มือการปฏิบัติตัวการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องด้านเนื้อหา ความครอบคลุมด้านภาษา และรูปแบบของเครื่องมือ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้เครื่องมือมีความสมบูรณ์ตามเนื้อหา และได้นำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง 3 ราย ซึ่งไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม จึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2. แบบประเมินความวิตกกังวลด้วยสายตา (VASA) ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย โดยวิธีทดสอบซ้ำ (Test-retest) ให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประเมินความวิตกกังวล 2 ครั้ง ห่างกัน 30 นาที และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันได้เท่ากับ 0.93

3. แบบสอบถามความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence; IOC) ได้เท่ากับ 0.67 - 1.00 ให้ข้อเสนอแนะ และปรับปรุงแก้ไข และผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย นำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังได้รับการรับรองคณะกรรมการจริยธรรมวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี และคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี จากนั้นผู้วิจัยได้แจ้งสิทธิและการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด และดำเนินการรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2567 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน หลังจากนั้นจึงดำเนินการศึกษาในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของการวิจัย

1. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ของการเข้ารับการรักษา) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความวิตกกังวลก่อนการศึกษาโดยใช้มาตรวัดความวิตกกังวลด้วยสายตาและแบบสอบถามความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

1.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 (วันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษา) โดยช่วงเข้ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลตามปกติ เมื่อถึงเวลา 10.00 น. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความวิตกกังวลโดยใช้มาตรวัดความวิตกกังวลด้วยสายตา และแบบสอบถามความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภายหลังเสร็จสิ้นการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการสิ้นสุดการศึกษา และผู้วิจัยมอบคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ของการเข้ารับการรักษา) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความวิตกกังวลก่อนการศึกษาโดยใช้มาตรวัดความวิตกกังวลด้วยสายตาและแบบสอบถามความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 (วันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษา) ในช่วงเช้า โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมตามแผนการวิจัยในช่วงเวลา 09.00 - 10.00 น. ใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการสร้างสัมพันธภาพ การใช้คำพูด ให้กำลังใจ

เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยหรือระบายความรู้สึก 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาการและการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แนวทางการดูแลรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาที่ยังการหดตัวของมดลูก การผ่อนคลาย 3) ด้านทรัพยากร โดยการมอบคู่มือการปฏิบัติตัวการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ 4) ด้านการประเมินค่า โดยการกล่าวชมเชย เพื่อให้เกิดความมั่นใจ

2.3 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 3 (วันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษา) ในช่วงเช้า โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามแผนการวิจัยในช่วงเวลา 09.00 - 10.00 น. ใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการใช้คำพูด ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยหรือระบายความรู้สึก 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ 3) ด้านทรัพยากร โดยการมอบคู่มือการปฏิบัติตัวการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ 4) ด้านการประเมินค่า โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ การกล่าวชมเชย เพื่อให้เกิดความมั่นใจ เมื่อถึงเวลา 10.00 น. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความวิตกกังวลภายหลังการศึกษา โดยใช้มาตรวัดความวิตกกังวลด้วยสายตา และแบบสอบถามความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภายหลังเสร็จสิ้น การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการสิ้นสุดการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ พิสัย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติทดสอบชนิดสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง เมื่อทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติโครโมโกรอฟสไมร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov one sample test) พบว่าเป็นโค้งปกติ จึงเปรียบเทียบ 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลด้วยสายตา และ 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ด้วยสถิติทดสอบชนิดสองกลุ่มไม่อิสระต่อกัน (Paired t-test)
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลด้วยสายตาและค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบชนิดสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี รหัสโครงการ IRB.BCNU 08/2566 วันที่รับรอง 29 มีนาคม พ.ศ. 2566 และเสนอเอกสารต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยได้แจ้งสิทธิ์และการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอม การวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดต่อการให้บริการและการรักษา จากนั้นจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเก็บรักษาเป็นความลับ และข้อมูลที่ได้นำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพรายได้ ครอบครัว อายุครรภ์ คะแนนความวิตกกังวลด้วยสายตาก่อนทดลอง และคะแนนความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนทดลอง (n = 52)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน (n= 26)	ร้อยละ	จำนวน (n= 26)	ร้อยละ	
อายุ Range (M, SD)	20 - 38 (28.19, 5.34)		20 - 38 (28.61, 5.28)		.387 ^b
สถานภาพสมรสคู่	26	100	26	100	
ระดับการศึกษา					.946 ^a
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	14	53.85	15	57.70	
ตอนปลาย					
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	26.92	6	23.07	
สูงกว่ามัธยมศึกษา	5	19.23	5	19.23	
ตอนปลาย					
อาชีพ					.337 ^a
อาชีพอิสระ	18	69.23	21	80.77	
อาชีพรับจ้าง	8	30.77	5	19.23	
รายได้ครอบครัว Range (M, SD)	5,000 – 25,000 (12,923.07, 5,066.93)		5,000 – 20,000 (12,000.00, 3,878.14)		.232 ^b
อายุครรภ์ Range (M, SD)	31 - 36 (สัปดาห์) (34.11, 1.58)		31 - 36 (สัปดาห์) (33.96, 1.39)		.356 ^b
คะแนนความวิตกกังวลด้วยสายตาก่อนทดลอง Range (M, SD)	4 - 9 (6.42, 1.39)		4 - 9 (6.30, 1.40)		.383 ^b
คะแนนความวิตกกังวลก่อนทดลอง Range (M, SD)	15 - 40 (25.34, 6.75)		17 - 36 (25.19, 4.25)		.461 ^b

หมายเหตุ a = Chi-square test. b = independent t-test.

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 28.19 ปี ($SD = 5.34$) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 53.85 ประกอบอาชีพอิสระร้อยละ 69.23 รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 12,923.07 บาท ($SD = 5,066.93$) อายุครรภ์เฉลี่ยสัปดาห์ 34.11 ($SD = 1.58$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลด้วยสายตาก่อนทดลอง 6.42 ($SD = 1.39$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนทดลอง 25.34 ($SD = 6.75$)

กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 28.61 ปี ($SD = 5.28$) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 57.70 ประกอบอาชีพอิสระร้อยละ 80.77 รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 12,000.00 บาท ($SD = 3,878.14$) อายุครรภ์เฉลี่ย 33.96 สัปดาห์ ($SD = 1.39$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลด้วยสายตาก่อนทดลอง 6.30 ($SD = 1.40$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนทดลอง 25.19 ($SD = 4.25$)

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ด้วยสถิติทดสอบสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) คือ ระดับการศึกษา อาชีพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน และทดสอบสถิติทดสอบชนิดสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) ได้แก่ อายุ รายได้ อายุครรภ์ คะแนนความวิตกกังวลด้วยสายตา

ก่อนทดลอง คะแนนความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลด้วยสายตาก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลด้วยสายตาก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n= 26)

คะแนน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t-test	p-value
	M	SD	M	SD		
ค่าเฉลี่ยคะแนน VASA	6.42	1.39	5.19	1.57	4.92	< .001*

* $p < 0.01$

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลด้วยสายตาก่อนการทดลอง 6.42 ($SD = 1.39$) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลด้วยสายตา 5.19 ($SD = 1.57$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลด้วยสายตาก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กัน (Paired sample t- test) พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลด้วยสายตาภายหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 26)

คะแนน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t-test	p-value
	M	SD	M	SD		
ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล	25.34	6.75	20.15	3.83	6.70	< .001*

* $p < 0.01$

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนการทดลอง 25.34 ($SD = 6.75$) และหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 20.15 ($SD = 3.83$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กัน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลภายหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลด้วยสายตาก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลด้วยสายตาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 52)

การประเมิน	ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล M (SD)				t-test	p-value
	กลุ่มทดลอง (n= 26)		กลุ่มควบคุม (n= 26)			
ก่อนการทดลอง	6.42	(1.39)	6.30	(1.40)	-.297	.383
หลังการทดลอง	5.19	(1.57)	7.15	(1.46)	4.65	< .001*

* $p < 0.01$

จากตาราง 4 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลด้วยสายตาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มอิสระต่อกัน (Independent t-test) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลด้วยสายตาต่ำกว่าก่อนทดลอง 6.42 ($SD= 1.39$) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลด้วยสายตา 5.19 ($SD= 1.57$) และในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลด้วยสายตาต่ำกว่าก่อนทดลอง 6.30 ($SD= 1.40$) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลด้วยสายตา 7.15 ($SD= 1.46$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลด้วยสายตาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลด้วยสายตาของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

5. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตาราง 5

ตาราง 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 52$)

การประเมิน	ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล M (SD)				t-test	p-value
	กลุ่มทดลอง (n=26)		กลุ่มควบคุม (n=26)			
ก่อนการทดลอง	25.34	(6.75)	25.19	(4.25)	-.098	.461
หลังการทดลอง	20.15	(3.83)	26.19	(3.98)	5.57	< .001*

* $p < 0.01$

จากตาราง 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มอิสระต่อกัน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง 25.34 ($SD=6.75$) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล 20.15 ($SD= 3.83$) และในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง 25.19 ($SD= 4.25$) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล 26.19 ($SD= 3.98$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการดูแลตามปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลภายหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$, $p < 0.01$) ดังแสดงในตาราง 2 และ 3 และกลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการดูแลตามปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$, $p < 0.01$) ดังแสดงในตาราง 4 และ 5 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ทำให้เกิดการรับรู้ถึงการสนับสนุนช่วยเหลือในขณะเผชิญกับสถานการณ์ที่เข้ามากระทบ ทำให้รับรู้ว่าจะสามารถเผชิญและรับมือกับสถานการณ์นั้นได้ ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) ในวันที่ 2 และ 3 ของการเข้ารับรักษา ดังนี้

การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยผู้วิจัยมีการสร้างสัมพันธภาพ การใช้คำพูดที่ทำให้เกิดความไว้วางใจ เข้าใจ ให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆหรือระบายความรู้สึก ซึ่งการแสดงออกถึงความเห็นใจ เข้าอกเข้าใจ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสตรีตั้งครรภ์ การให้กำลังใจ การสัมผัส ที่นุ่มนวล จะทำให้

รู้สึกผ่อนคลาย เกิดความรู้สึกทางบวก (Lowdermilk & Perry, 2012) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kao, Hsu, Tien, & Chen (2019) ศึกษาผลของการสนับสนุนต่อความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ประเทศไต้หวัน พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ร่วมกับการดูแลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับปัญหาสุขภาพจิตระหว่างตั้งครรภ์ พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอเสี่ยงต่อการเกิดความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ได้ (aOR 1.97, 95% CI 1.34, 2.92) (Bedaso, Adams, Peng, & Sibbritt, 2021) และคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Al-Mutawtah, Campbell, Kubis, & Erjavec (2023) ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ทำให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ต่างๆที่ประสบ ช่วยบรรเทาความกดดันทั้งด้านร่างกายและสภาวะจิตใจ

ด้านข้อมูลข่าวสาร โดยผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความหมายของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แนวทางการดูแลรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษ และในวันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษ ผู้วิจัยมีการทบทวนข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสซักถามในประเด็นที่สงสัยอย่างละเอียด ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในภาวะที่เกิดขึ้นกับตนเองและทราบวิธีการปฏิบัติตัว ซึ่งการที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลคำแนะนำด้านสุขภาพขณะตั้งครรภ์ ทำให้สามารถบรรเทา กับสภาวะกดดันทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้สุขภาพดีทั้งด้านสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ (Al-Mutawtah, Campbell, Kubis, & Erjavec, 2023) ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Gunhasuit, Chiangtong, Pongporasuan, Gaewgoontol, & Srithongluang (2022) ที่พบว่า การให้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Klomma, Baosoung, & Sansiriphun (2017) ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า การให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำที่เหมาะสมกับภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอยู่ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้การศึกษาของ Jaru, Chatchawet, & Kritcharoen (2019) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้

ด้านทรัพยากร โดยผู้วิจัยมอบคู่มือการปฏิบัติตัวการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้แก่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่สามารถนำไปศึกษา ทบทวนได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจในข้อมูลมากยิ่งขึ้น และสามารถเข้าถึงข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือและเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งผลการศึกษาลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มอื่น คือ การศึกษาของ Tepsuriyanont, Sayasathid, Tangpanyawong, & Putim (2020) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดภายหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการศึกษาของ Khamlueang (2024) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง หัวใจ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลภายหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ด้านการประเมินค่า โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับในสิ่งที่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเข้าใจและปฏิบัติได้ พร้อมทั้งกล่าวชื่นชม และให้กำลังใจ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจในตนเอง และพร้อมที่จะรับมือกับสถานการณ์ที่เจอ ซึ่งบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ส่งผลให้ความวิตกกังวลน้อยลง ลดความวิตกกังวลทางจิตใจทำให้การตั้งครรภ์มีอายุครรภ์เพิ่มขึ้น ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความวิตกกังวลได้และส่งผลให้สามารถลดการเกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ (Mirabzadeh, Dolatian, Forouzan, Sajjadi, Majd, & Mahmoodi, 2013)

จากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลภายหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้น การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถนำมาใช้เพื่อลดความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จึงควรให้สตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการดูแลตามปกติเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้อายุครรภ์เฉลี่ย 33 - 34 สัปดาห์ ควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ถึง 32 สัปดาห์ ที่เป็นทารกเกิดก่อนกำหนดมาก (Very preterm) หรือทารกเกิดก่อนกำหนดมากที่สุด (Extremely preterm)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำวิธีการสนับสนุนทางสังคมไปใช้ร่วมกับการดูแลตามปกติเพื่อลดความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. ด้านการศึกษา สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการนำวิธีการสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในการบรรเทาความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเปรียบเทียบกับตัวแปรอื่น เช่น อายุครรภ์ที่คลอด เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษานำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมไปประยุกต์ใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม หรือภาวะแทรกซ้อนที่มีโรคร่วมกับการตั้งครรภ์ เป็นต้น
3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในช่วงอายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์

References

- Al-Mutawtah, M., Campbell, E., Kubis, H. P., & Erjavec, M. (2023). Women's experiences of social support during pregnancy: a qualitative systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 782. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06089-0>
- Bedaso, A., Adams, J., Peng, W., & Sibbritt, D. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: asystematic review and meta-analysis. *Reproductive health*, 18(1), 162. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01209-5>

- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's the practice of nursing research: Appraisal synthesis and generation of evidence*. (8th ed.). St. Louis: Elsever.
- Gunhasuit, S., Chiangtong, P., Pongporasuwan, S., Gaewgoontol, N., & Srithongluang, S. (2022). Effect of antepartum stressors reduction program and social support on stress and gestational age at birth among pregnant women with preterm labor in labor room, Maharat Nakhon Ratchasima hospital. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(1), 59-74. (in Thai)
- Hornblow, A. R., & Kidson, M. A. (1976). The visual analogue scale for anxiety: a validation study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 10(4), 339-341.
<https://doi.org/10.3109/00048677609159523>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Jaru, A., Chatchawet, W., & Kritcharoen, S. (2019). Factors predicting self-care behaviors among pregnant women with successful Inhibition of preterm labor. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*, 39(1), 79-92. (in Thai)
- Kane, H. S., Schetter, C. D., Glynn, L. M., Hobel, C. J., & Sandman, C. A. (2014). Pregnancy anxiety and prenatal cortisol trajectories. *Biological psychology*, 100, 13-19.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2014.04.003>
- Kao, M. H., Hsu, P. F., Tien, S. F., & Chen, C. P. (2019). Effects of support interventions in women hospitalized with preterm labor. *Clinical nursing research*, 28(6), 726-743.
<https://doi.org/10.1177/1054773817744323>
- Khamlueang, N. (2024). Effect of social support from nurse on anxiety in patients undergoing central venous catheterization. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 32(1), 87-100. (in Thai)
- Klomma, C., Baosoung, C. & Sansiriphun, N. (2017). Effect of social support on stress of pregnant women with preterm labor. *Nursing Journal*, 44(3), 9-18. (in Thai)
- Kumphawapi Hospital. (2023). *Delivery room statistics for fiscal years 2020-2022*. Kumphawapi Hospital. (in Thai)
- Lyman, L. E., & Miller, M. A. (1992). Mother's and nurse's perception of the need of women experiencing preterm labor. *Journal of Obstetric Gynecology, and Neonatal Nursing*, 21(2), 126-136. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1992.tb01731.x>
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S.E. (2012). *Maternity Nursing* (10th ed). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Maloni, A. J. (2011). Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest. Expert Review of Obstetrics & Gynecology, 6(4), 385-393. <https://doi.org/10.1586/eog.11.28>
- Mandy, G. T., Weisman, L. E., & Kim, M. S. (2018). Incidence and mortality of the preterm infant. UpToDate. Retrieved June 19, 2024, from <https://www.uptodate.com>
- Mirabzadeh, A., Dolatian, M., Forouzan, A. S., Sajjadi, H., Majd, H. A., & Mahmoodi, Z. (2013). Path analysis associations between perceived social support, stressful life events and other psychosocial risk factors during pregnancy and preterm delivery. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(6), 507. <https://doi.org/10.5812/ircmj.11271>

- Mirtabar, S. M., Faramarzi, M., Khazaei, R., & Dini, M. (2020). Efficacy of psychotherapy for anxiety reduction in hospital management of women successfully treated for preterm labor: A randomized controlled trial. *Women & Health*, 60(10), 1151-1163. <https://doi.org/10.1080/03630242.2020.1803464>
- Pimsuwan, P., Baosoung, C., & Sansiriphun, N. (2020). Pregnancy- related anxiety, risk knowledge and pregnancy risk perception among advanced age pregnant women. *Nursing Journal*, 47(3), 50-60. (in Thai)
- Reinl, E. L., & England, S. K. (2015). Fetal-to-maternal signaling to initiate parturition. *The Journal of Clinical Investigation*, 125(7), 2569-2571. <https://doi.org/10.1172/JCI82576>
- Rubarth, L. B., Schoening, A. M., Cosimano, A., & Sandhurst, H. (2012). Women's experience of hospitalized bed rest during high risk pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(3), 398-407. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01349.x>
- Sopajaree, C., & Singkum, O. (2018). Factors predicting delaying in preterm birth among women who received tocolysis. *Thai Journal of Nursing Council*, 33(2), 47-58. (in Thai)
- Spielberger, C. D. (1966). *Anxiety and behavior*. New York: Acedemic Press INC.
- Spielberger, C. D. (1976). *The nature and measurement of anxiety*. In C. D. Spielberger, & R. Diaz- Guerrero (Eds.), *Cross-cultural anxiety* (pp. 3-12). Washington: Hemisphere.
- Staneva, A., Bogossian, F., Pritchard, M., & Wittkowski, A. (2015). The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and birth*, 28(3), 179-193. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.02.003>
- Sulima, M., Makara-Studzinska, M., Lewicka, M., Wiktor, K., Stawarz, B., & Wiktor, H. (2014). Analysis of the severity of anxiety in a group of pregnant women hospitalized for threatened premature delivery. *Polish Annals of Medicine*, 21(2), 114-119. <https://doi.org/10.1016/j.poamed.2014.07.012>
- Tannirandon, Y., & Phupong, W. (2008). *Maternal Medicine and Fetal Health*. (2nd ed.). Bangkok: Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. (in Thai)
- Tepsuriyanont, S., Sayasathid, j., Tangpanyawong, C., & Putim, S. (2020). Effect of social support combined with guided imagery program on preoperative anxiety among heart surgery patients. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 31(1), 109-123. (in Thai)
- World Health Organization. (2017). Preterm birth. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en>
- Yu, W. J., & Song, J. E. (2010). Effects of abdominal breathing on state anxiety, stress, and tocolytic dosage for pregnant women in preterm labor. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 40(3), 442-452. <https://doi.org/10.4040/jkan.2010.40.3.442>

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลหนองแขง อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

Factors Predicting Health Behaviors among Older Persons with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus, Nongwang Namsom Udonthani

ปองขวัญ โพธิ์ศรี¹, สุปรียา มั่นคง^{2*} และ นุชนาฏ สุทธิ²

Pongkwan Posri¹, Supreeeda Monkong^{2*} and Nuchanad Sutti²

¹นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล,

²คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

¹A Student in Master of Nursing Science, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University,

²Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

(Received: May 10, 2024, Revised: June 6, 2024, Accepted: July 8, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 106 ราย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน พ.ศ. 2565 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 3) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ 4) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 5) แบบสอบถามเกี่ยวกับอิทธิพล สถานการณ์ และ 6) แบบสอบถามเกี่ยวกับอิทธิพลระหว่างบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยา และพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคล สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 68.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .682$, $F = 18.923$, $p < .001$) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายได้สูงสุด ($\beta = .976$, $p < .001$) ปัจจัยรองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ ($\beta = .532$, $p < .001$) และอิทธิพลระหว่างบุคคล ($\beta = .309$, $p < .001$) ตามลำดับ

ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุและบุคลากรทางการแพทย์ ควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแก่ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ, เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding E-mail: supreeeda.mon@mahidol.ac.th)

Abstract

The purpose of this predictive research was to explore health behaviors and predictive factors health behaviors among older persons with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. Pender's Health Promotion model was used as the theoretical framework. One hundred six older persons with uncontrolled type 2 diabetes mellitus attending the diabetic clinic of the Health Promoting Hospital were recruited by purposive sampling between February to April 2022. Research instruments consisted of 1) Demographic Questionnaire, 2) Health Behaviors Questionnaire, 3) Perceived benefits of action Questionnaire, 4) Perceived self efficacy Questionnaire, 5) Situational influences Questionnaire, and 6) Interpersonal influences Questionnaire. Descriptive statistics and multiple regression analysis were used to analyzed the data.

The findings indicate that the overall health behavior of older persons with uncontrolled type 2 diabetes mellitus were a moderate level. When examining health behavior across domains, it was showed that health behavior about food consumption, exercising, drug use, and stress management were also modest level. Perceived self-efficacy, perceived benefits of action, and interpersonal influences were significant predictors and could 68.2% of health behaviors among older persons with uncontrolled type 2 diabetes mellitus ($R^2 = .682$, $F = 18.923$, $p < .001$). Perceived self-efficacy was the most predictor of health behaviors in older persons with uncontrolled type 2 diabetes mellitus ($\beta = .976$, $p < .001$), followed by the benefits of action in health behaviors ($\beta = .532$, $p < .001$) and interpersonal influences ($\beta = .309$, $p < .001$).

Gerontological nurse practitioners and other healthcare personnel should assess the perception for older persons with uncontrolled type 2 diabetes mellitus, including perceived self-efficacy, benefits of action in health behaviors and interpersonal influences and those to enhance adherence to health behaviors. The aim is to regulate blood glucose levels among older persons with uncontrolled type 2 diabetes mellitus.

Keywords: Health Behaviors, Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus, Perceived self efficacy, Older Persons

บทนำ

เบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรสูงอายุเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ ความรุนแรง และผลกระทบของโรค จากการประมาณการณ์จำนวนประชากรและความชุกของเบาหวานในทุกกลุ่มอายุทั่วโลกพบว่า เพิ่มขึ้นจาก 425 ล้านคนในปี พ.ศ. 2560 เป็น 629 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2588 โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 191 ล้านราย หรือมีอัตราการเพิ่มขึ้นอยู่ที่ร้อยละ 94.8 จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมากและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก (World Health Organization, 2020) และจากสถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western pacific) ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจากจีน อินเดีย และญี่ปุ่น ซึ่งมีความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป โดยในปี พ.ศ. 2563 พบความชุกโรคเบาหวานในกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากรเบาหวาน และผู้ที่เป็นเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ถึงร้อยละ 36.5 ซึ่งเป็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (International Diabetes Federation, 2020)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานแม้รักษาไม่หายขาดแต่สามารถควบคุมได้ ซึ่งเป้าหมายในการรักษาผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานและควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย เป็นต้น (International Diabetes Federation, 2020) การที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมโรคได้นั้น ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว สังคม และประเทศชาติ (International Diabetes Federation, 2020) ซึ่งผลกระทบด้านร่างกายส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน (Diabetes ketoacidosis: DKA) และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน (Diabetic retinopathy) โรคไตจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy) และภาวะแทรกซ้อนที่เท้า (Diabetic foot) เป็นต้น (International Diabetes Federation, 2020) ผลกระทบทางด้านจิตใจ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยเบาหวานต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต เช่น การจำกัดการรับประทานอาหาร และการที่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ที่เป็นเบาหวานเกิดความกลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง และผลกระทบด้านสังคมพบว่า มีสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวและกลุ่มเพื่อนเปลี่ยนแปลงไป และขาดการยอมรับจากที่ทำงาน เนื่องจากต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลบ่อย และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลให้การปฏิบัติงานไม่มีประสิทธิภาพ (Diabetes Association of Thailand under The Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn; DAT, 2023) ดังนั้น การควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ การควบคุมโรค และชะลอภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง และยังสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจให้กระทำ และการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม (DAT, 2023)

ตามแนวคิดของ Pender (1996) พฤติกรรมสุขภาพ คือ การปฏิบัติกิจกรรมทางด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันเพื่อยกระดับภาวะสุขภาพและให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ประกอบด้วย ปัจจัยที่ช่วยทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ 3 ปัจจัยหลัก คือ 1) ปัจจัยด้านลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Individual characteristic and experiences) 2) ปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavioral specific cognitive and affect) 3) ปัจจัยด้านพฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral outcome) สำหรับการศึกษาครั้งนี้เลือกศึกษา 1) ปัจจัยด้านลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล 2) ปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม เนื่องจากเป็นตัวแปรสำคัญในการจูงใจให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากที่สุด และ 3) ปัจจัยด้านพฤติกรรมผลลัพธ์ ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) โดยการออกกำลังกายซึ่งจะช่วยควบคุมน้ำหนัก ควบคุมความดันโลหิต ช่วยในการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ด้านโภชนาการ (Nutrition) โดยการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวานและแป้ง จะช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การจัดการกับความเครียด (Stress management) โดยการกระทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความผ่อนคลายได้อย่างต่อเนื่องนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ นอกจากนี้ Pender (1996) ยังกล่าวว่าบุคคลต้องรับรู้การกระทำนั้นเป็นการกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ให้มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น เสริมศักยภาพให้บรรลุถึงความสำเร็จในชีวิตเกิดความภูมิใจในตนเองเป็นการปฏิบัติในทางบวกและส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ดำรงชีวิตได้อย่างผาสุก (Agency for Healthcare Research and Quality, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในช่วง 10 ปี จะเห็นได้ว่า การศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย การศึกษาอยู่ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่จนถึงผู้สูงอายุ (Agency for Healthcare Research and Quality, 2020) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ด้านซึ่งมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน และยังไม่มีผลการศึกษาที่ชัดเจนในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน การวิจัยครั้งนี้นำกรอบแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของ Pender มาใช้ ซึ่งมุ่งเน้นที่ความสามารถของบุคคล และเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากแรงจูงใจเพื่อยกระดับ

สุขภาพของตนเอง และจากสถานการณ์โรคเบาหวานในปัจจุบันที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การรักษาพยาบาลเกิดความแออัดภายในโรงพยาบาล การเน้นการขยายการจัดบริการทางคลินิกด้วยมาตรฐานการบริการตามรูปแบบไปในทุกพื้นที่ของประเทศ จึงมีความจำเป็นเป็นอย่างยิ่งในการช่วยกระจายผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการใกล้บ้าน โดยคำนึงถึงประโยชน์แก่ประชาชนสูงสุด

ดังนั้น การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยมุ่งเน้นวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเลือกศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวง (รพ.สต.หนองแวง) อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี เนื่องจาก รพ.สต.หนองแวง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มาก โดยเฉพาะบริโภคข้าวเหนียวมากกว่า 1 กำปั้นต่อมื้อ หรือบริโภคอาหารตามความชอบทำให้บริโภคอาหารได้มากขึ้น บริโภคอาหารที่มีรสชาติดหวาน และพบว่า รพ.สต.หนองแวง มีการจัดให้บริการคลินิกเบาหวานให้แก่ผู้ที่เป็นเบาหวานในพื้นที่ โดยมีการจัดบริการแบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีการจัดกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวาน เพื่อจัดระบบบริการให้มีความเหมาะสมตามความเสี่ยงและระดับความรุนแรงของโรค สนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา และกระตุ้นศักยภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานและสังคม ตามกรอบแนวคิดของ Pender พฤติกรรมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานปฏิบัติจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อยกระดับสุขภาพให้ดีขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายและลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

วัตถุประสงค์วิจัย

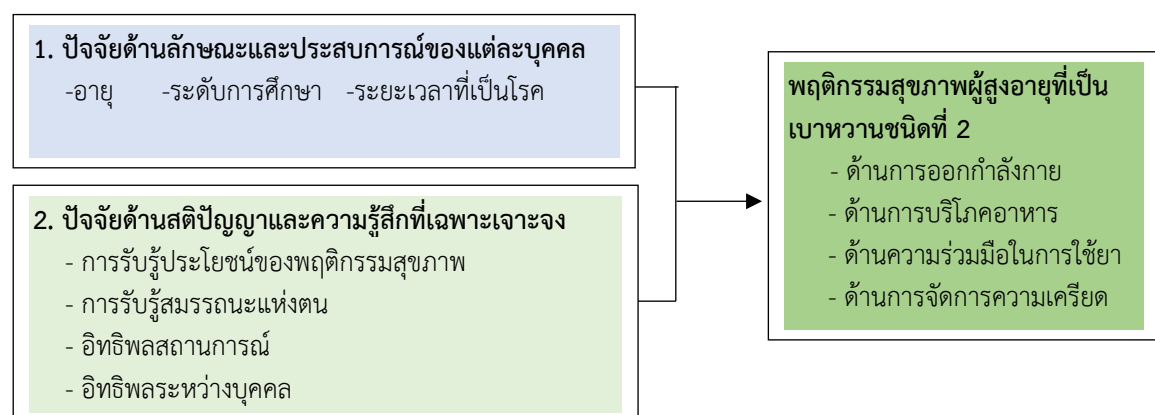
1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

สมมติฐาน

ตัวแปรต้น (อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลสถานการณ์ และอิทธิพลระหว่างบุคคล) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ Pender และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เก็บข้อมูลเดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน อาศัยอยู่ในตำบลหนองแขว อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ที่มารับบริการคลินิกเบาหวานในปี พ.ศ. 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามหลักการของ Power analysis (Cohen, 1988) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 ระดับความเชื่อมั่นที่ค่า α เท่ากับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ได้จากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน เท่ากับ 0.13 ซึ่งมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลาง (Medium effect size) ตัวแปรอิสระ 7 ตัวแปร ในการคำนวณทดสอบโดยใช้สถิติ Linear multiple regression ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 103 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างการทำวิจัย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวม 113 คน

กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ดังนี้

1. เป็นผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด ≤ 80 mg/dl หรือ ≥ 130 mg/dl โดยการเจาะเลือดทางปลายนิ้ว ติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน หรือมีระดับ HbA1c มากกว่าร้อยละ 8

2. ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้หรือความจำเสื่อมรุนแรง ทดสอบโดยใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (TMSE) มีคะแนนมากกว่า 23 คะแนน

3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ ตาบอด ไตวายระยะสุดท้าย หรือสูญเสียเท้าทั้ง 2 ข้าง

4. สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้ดี

5. เป็นผู้สมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย ดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีอาการเฉียบพลัน เช่น อาการน้ำตาลในเลือดต่ำ อาการไม่สุขสบายต่าง ๆ

2. ขอยกออกจากงานวิจัยด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Thai Mini-Mental State Examination: TMSE) มีคะแนนมากกว่า 23 คะแนน ถือว่าไม่มีความผิดปกติการรับรู้หรือความจำเสื่อมรุนแรง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน รายการยาเบาหวานที่ได้รับ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Plasma Glucose) ย้อนหลัง 3 เดือน และระดับ HbA1c ครั้งล่าสุด

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เพื่อใช้สำหรับประเมินการแสดงออกทางพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือของ Torkoksung (2011) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) และนำมาดัดแปลงซึ่งเป็นข้อคำถามแสดงถึงการปฏิบัติตนในการดำเนินชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร 12 ข้อ การออกกำลังกาย 8 ข้อ การใช้ยา 6 ข้อ และการจัดการความเครียด 6 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน โดยมีตัวเลือก 4 ตัวเลือก โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1 จนถึง 4 คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย (3 คะแนน) ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน)

กำหนดเกณฑ์ประเมินคะแนนในภาพรวม (คะแนนเต็ม 128 คะแนน) ดังนี้ (Bloom, Hastings, & Madaus, 1971) คะแนนเฉลี่ย 102 คะแนนขึ้นไป ($\geq$ ร้อยละ 80) หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก, คะแนนเฉลี่ย 77 – 101 คะแนน (ร้อยละ 60 - 79) หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 76 คะแนน ($<$ ร้อยละ 60) หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมน้อย

2.3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการคาดการณ์ถึงผลดีที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพ วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ Charoenbundith (2016) 16 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likerts scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน ดังนี้ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) เห็นด้วย (3 คะแนน) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน)

การแปลผล คะแนนของการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ จะพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการทางสถิติ (Poonlapthawee, 1996) คือ ค่าพิสัย = (ค่าคะแนนสูงสุด – ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก (49 – 64 คะแนน) เหมาะสมปานกลาง (33 – 48 คะแนน) และเหมาะสมน้อย (16 – 32 คะแนน)

2.4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ เมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่าง ๆ วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ Charoenbundith (2016) 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน ดังนี้ ไม่มั่นใจ (1 คะแนน) มั่นใจน้อย (2 คะแนน) มั่นใจมาก (3 คะแนน) และมั่นใจที่สุด (4 คะแนน)

การแปลผล คะแนนของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการทางสถิติ (Poonlapthawee, 1996) คือ ค่าพิสัย = (ค่าคะแนนสูงสุด – ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับเหมาะสมมาก (37 – 48 คะแนน) เหมาะสมปานกลาง (25 – 36 คะแนน) และเหมาะสมน้อย (12 – 24 คะแนน)

2.5 แบบสอบถามเกี่ยวกับอิทธิพลสถานการณ์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้และความคิดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานต่อเหตุการณ์หรือสภาพแวดล้อม วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบสอบถามอิทธิพลสถานการณ์ของ Saithong (2004) ที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดรูปแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) ซึ่งประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับทางเลือกที่ง่าย มีความต้องการปฏิบัติตามทางเลือกนั้น รวมทั้งการรับรู้สภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ นำมาสร้างเป็นข้อคำถาม 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ คำถามเป็นมาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likerts scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน ดังนี้ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เนื่องจากลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ การให้คะแนนข้อความด้านลบจะให้คะแนนตรงข้ามกับเกณฑ์ข้างต้น

การแปลผล คะแนนรวมอิทธิพลสถานการณ์อยู่ในช่วง 10 – 50 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับคะแนนเป็น 2 ระดับจากเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (Poonlapthawee, 1996) ดังนี้ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของกลุ่มโดยรวม หมายถึง มีคะแนนการรับรู้อิทธิพลสถานการณ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของกลุ่มโดยรวม หมายถึง มีคะแนนการรับรู้อิทธิพลสถานการณ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

2.6 แบบสอบถามเกี่ยวกับอิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานต่อความเชื่อ ทศนคติ หรือพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว กลุ่มเพื่อน ผู้ให้บริการสุขภาพ ซึ่งเป็นบรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และเป็นแบบอย่างที่สนับสนุนให้ตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพ วัดโดย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคลของ Saithong (2004) ที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดรูปแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh, & Parsons (2006) 12 ข้อ ประกอบด้วยคำถามทั้งทางบวกและทางลบ โดยข้อคำถามทางบวก คือ การรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานต่ออิทธิพลระหว่างบุคคลว่าส่งเสริม/สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ ข้อความทางลบ คือ การรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานต่ออิทธิพลระหว่างบุคคลว่าไม่ส่งเสริม/ไม่สนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คำถามเป็นมาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likerts scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน ดังนี้ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เนื่องจากลักษณะคำถามเป็นทั้งด้านบวกและด้านลบ การให้คะแนนข้อความด้านลบจะให้คะแนนตรงข้ามกับเกณฑ์ข้างต้น

การแปลผล คะแนนรวมอิทธิพลระหว่างบุคคลอยู่ในช่วง 12 – 60 คะแนน แบ่งระดับคะแนนเป็น 2 ระดับจากเกณฑ์ที่กำหนดไว้ Saithong (2004) ดังนี้ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของกลุ่มโดยรวม หมายถึง มีคะแนนการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการส่งเสริม/สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของกลุ่มโดยรวม หมายถึง มีคะแนนการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการส่งเสริม/สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ ได้คะแนนค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้, แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ, แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน, แบบสอบถามเกี่ยวกับอิทธิพลสถานการณ์ และแบบสอบถามเกี่ยวกับอิทธิพลระหว่างบุคคล ได้เท่ากับ 0.88, 1.00, 0.92, 1.00 และ 0.83 ตามลำดับ และผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปหาความเที่ยง (Reliability) ใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่ตำบลน้ำโสม อำเภอน้ำโสม ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 ราย และนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้, แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ, แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน, แบบสอบถามเกี่ยวกับอิทธิพลสถานการณ์ และแบบสอบถามเกี่ยวกับอิทธิพลระหว่างบุคคล เท่ากับ .85, .82, .87, .92 และ .81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยวิธีเฉพาะเจาะจง อธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างยินยอม ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ พยาบาลประจำหน่วยบริการ รพ.สต.หนองแขว ได้แก่ พยาบาลประจำคลินิกโรคเบาหวาน จำนวน 1 คน โดยผู้วิจัยได้ประชุมร่วมกันกับผู้ช่วยวิจัย เพื่อทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการเก็บข้อมูล โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด ผู้วิจัยอธิบายวิธีการใช้เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Thai Mini-Mental State Examination: TMSE) การแปลผลแบบคัดกรอง และอธิบายเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก แต่ละข้อเพื่อให้สามารถเลือกกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยได้ถูกต้อง จากนั้นอธิบายการใช้แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย ทุกฉบับให้แก่ผู้ช่วยวิจัย ทำการเก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยวิธีการสัมภาษณ์ต่อหน้าทุกราย และวิธีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในกรณีที่สัมภาษณ์ต่อหน้าไม่เสร็จสมบูรณ์ โดยสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ภายหลังผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานเข้ามารับการรักษาที่ รพ.สต.หนองแขว ภายใน 24 ชั่วโมง เนื่องจากผู้วิจัยตระหนักถึงการป้องกันการแพร่ระบาดของ

โรคโควิด 19 ในปัจจุบัน และมีการจำกัดการนัดผู้ที่มารับบริการ โดยมีการกำหนดให้ผู้มารับบริการแต่ละรายใช้เวลาในการอยู่ที่สถานบริการไม่เกิน 2 ชั่วโมง ตามนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จ.จันทบุรี ดังนั้น ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่สถานบริการ ณ วันที่มารับบริการ ตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามเกี่ยวกับอิทธิพลสถานการณ์ และแบบสอบถามเกี่ยวกับอิทธิพลระหว่างบุคคล โดยใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที/ราย ในกรณีที่สัมภาษณ์ไม่ครบตามจำนวนแบบสอบถามและใช้เวลาในการสัมภาษณ์เกินกำหนดเวลา ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เพื่อสัมภาษณ์แบบสอบถามที่เหลือให้ครบถ้วนภายหลังผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวง ภายใน 24 ชั่วโมงขณะสัมภาษณ์ หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจและปฏิเสธในการตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทันที โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล

เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถติดต่อเพื่อสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ได้จำนวน 4 ราย และไม่สมัครใจในการให้สัมภาษณ์ต่อทางโทรศัพท์ จำนวน 3 ราย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ในครั้งนี้จำนวน 106 ราย ซึ่งเพียงพอในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดภายหลังจากตรวจสอบความสมบูรณ์ ผู้วิจัยนำมาแจกแจงและวิเคราะห์ค่าทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานโดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ยโดยเทียบจากคะแนนเต็ม (Mean%) เนื่องจากต้องการเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานในแต่ละด้าน
3. วิเคราะห์คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลสถานการณ์ และอิทธิพลระหว่างบุคคล โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ยโดยเทียบจากคะแนนเต็ม (Mean%)
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของตัวแปร การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ อิทธิพลสถานการณ์ และอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter multiple regression analysis) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ คือ ปัจจัยด้านลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เป็นโรค และปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลสถานการณ์ และอิทธิพลระหว่างบุคคล โดยใช้ Multiple regression สำหรับข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Multiple regression คือ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear relationship) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรทำนายทุกตัวแปรมีความคงที่ (Homoscedasticity) และข้อมูลเป็นการแจกแจงแบบโค้งปกติ ทดสอบโดยใช้ Histogram, Scatterplot พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้น และมีลักษณะเป็นโค้งปกติ และ นอกจากนี้ข้อตกลงที่ว่า ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) จากสถิติ Collinearity ได้ค่า VIF (Variance Inflation Factor: ค่าปกติไม่เกิน 5) ของแปรอยู่ระหว่าง 1.233 – 1.976 และค่า Tolerance (มีค่าไม่เกิน 1) อยู่ระหว่าง 0.505 – 0.871 จากการทดสอบดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่ได้เป็นไปตามข้อตกลงทางสถิติ

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับการอนุมัติแล้ว เอกสารรับรองเลขที่ NO. COA. MURA2021/1055 วันที่รับรอง 23 ธันวาคม พ.ศ. 2564 วันที่หมดอายุ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 79.25 (M= 65 ปี) อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60 - 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.94 สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56.6 รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 61.32 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 50.94 ระยะเวลาการเป็นเบาหวานน้อยกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.81 ส่วนใหญ่ได้รับยารักษาเบาหวาน 2 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 68.87 ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เฉลี่ยใน 3 เดือนที่ผ่านมาและวันที่มารับบริการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 159.11 ($SD= 15.61$), 159.82 ($SD= 15.63$) และ 160.42 ($SD= 15.90$) และมีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี เท่ากับ 9.0 ($SD= 4.29$)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. อายุ	1							
2. ระดับการศึกษา	-.408**	1						
3. ระยะเวลาการเป็นโรค	.521**	-.307**	1					
4. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ	.021	.034	.108	1				
5. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	-.067	.066	.036	-.068	1			
6. อิทธิพลด้านสถานการณ์	-.027	.087	-.099	.361**	-.263*	1		
7. อิทธิพลระหว่างบุคคล	-.005	.016	.132	.610**	.175	.052	1	
8. พฤติกรรมสุขภาพ	-.019	.042	0.83	.307**	.873**	-.022	.197*	1

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากตาราง 1 พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอิทธิพลระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .307, p < .01$; $r = .873, p < .01$; $r = .197, p < .05$) แต่อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค ซึ่งเป็นปัจจัยด้านลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

3. ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ย โดยเทียบจากคะแนนเต็ม (Mean%) และระดับคะแนนความเหมาะสมของพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยรวมและรายด้าน (n= 106)

ระดับคะแนนความเหมาะสมของพฤติกรรมตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ	Mean%
พฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานโดยรวม (32 items)			
M= 85.04, SD= 11.8, Range= 73 - 104			66.44
น้อย (32 – 75)	14	13.21	
ปานกลาง (77 – 101)	79	74.53	
มาก (102 – 128)	13	12.26	
- พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร (12 items)			
M= 31.63, SD= 3.09, Range= 28 – 39			65.9
น้อย (12 – 27)	12	11.32	
ปานกลาง (28 – 37)	87	82.08	
มาก (38 – 48)	7	6.60	
- พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย (8 items)			
M= 17.70, SD= 5.96, Range= 8 - 28			55.31
น้อย (8 – 18)	20	18.87	
ปานกลาง (19 – 24)	75	70.75	
มาก (25 – 32)	11	10.38	
- พฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยา (6 items)			
M= 17.94, SD= 2.44, Range =13 - 22			74.75
น้อย (6 – 12)	14	13.21	
ปานกลาง (13 – 18)	85	80.19	
มาก (19 – 24)	7	6.60	
- พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด (6 items)			
M= 17.78, SD= 2.76, Range = 14 - 22			74.08
น้อย (6 – 12)	11	10.38	
ปานกลาง (13 – 18)	85	80.19	
มาก (19 – 24)	10	9.43	

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M= 85.04, SD= 11.88) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยา และพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง โดยพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยามีระดับความเหมาะสมมากที่สุด เมื่อเทียบจากค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ยโดยเทียบจากคะแนนเต็ม (Mean%)

4. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ดังตาราง 3

ตาราง 3 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ยโดยเทียบจากคะแนนเต็ม (Mean%) และระดับคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลสถานการณ์ และการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (n= 106)

ตัวแปร	Possible range	Actual range	Mean	Mean%	SD	ระดับ
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ	16-64	48-53	49.84	77.86	1.93	เหมาะสมมาก
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	12-48	17-24	21.16	44.08	2.14	เหมาะสมน้อย
อิทธิพลด้านสถานการณ์	10-50	37-40	38.70	77.4	1.04	เหมาะสมน้อย
อิทธิพลระหว่างบุคคล	12-60	35-50	46.96	78.26	4.80	เหมาะสมมาก

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($M = 49.84$, $SD = 1.93$) มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับเหมาะสมน้อย ($M = 21.16$, $SD = 2.14$) มีการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ($M = 38.70$, $SD = 1.04$) และมีการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($M = 43.96$, $SD = 4.80$) และพบว่า การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าสูงที่สุดเมื่อเทียบจากค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ยโดยเทียบจากคะแนนเต็ม (Mean%)

5. เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ดังตาราง

ตาราง 4 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยวิธีการ Enter ในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (n= 106)

ตัวแปร	b	SE	Beta	t	p-value
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ	1.201	.068	.532	17.577	< .001
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	1.649	.039	.976	42.667	< .001
อิทธิพลระหว่างบุคคล	-.210	.020	-.309	-10.765	< .001
constant	1.796	.394		19.683	< .001

$R = .826$; $R^2 = .682$; $R_a^2 = .644$; $SE_b = 1.687$; Overall $F = 18.923$; $p < .001$

จากตาราง 4 ผลการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอิทธิพลระหว่างบุคคล มีความสามารถในการร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 68.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ได้สูงสุด รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) เท่ากับ 1.649, 1.201 และ -.210 ตามลำดับ ในรูปคะแนนมาตรฐานเท่ากับ .976, .532 และ -.309 ตามลำดับ มีค่าคงที่เท่ากับ 1.796 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ .394 ดังนั้น สมการทำนายที่ได้สามารถเขียนแสดงในรูปของคะแนนดิบ (Unstandardized Regression Equation) ได้ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ = $1.796 + 1.649$ (การรับรู้สมรรถนะแห่งตน) + 1.201 (การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ) – 0.210 (อิทธิพลระหว่างบุคคล)

เขียนสมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐาน (Standardized Regression Equation) ได้ดังนี้
 พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ = 0.976
 (การรับรู้สมรรถนะแห่งตน) + 0.532 (การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ) – 0.309 (อิทธิพลระหว่างบุคคล)
 สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีแนวโน้มที่
 จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม หากผู้สูงอายุมีความรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้ประโยชน์ของสุขภาพที่
 ดี และได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคลที่เพียงพอ

อภิปรายผล

ผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลใน
 เลือดไม่ได้ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้สูงอายุ มีรายได้ครอบครัว
 ต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อีกทั้งยังเคยชินกับการใช้ชีวิตประจำวันจนละเลยการควบคุม
 พฤติกรรมสุขภาพและส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ซึ่งอ่านออกเขียนได้ สามารถเรียนรู้หรือรับรู้ข้อมูล
 เกี่ยวกับสุขภาพได้ในระดับหนึ่ง นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังประกอบอาชีพเกษตรกรอยู่ในเขตชนบท และ
 อยู่ห่างไกลจากหน่วยบริการสาธารณสุข ส่งผลให้มีแหล่งเรียนรู้ไม่กว้างขวาง ขาดแหล่งประโยชน์และเทคโนโลยี
 ต่าง ๆ ในการเรียนรู้ เช่น การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เอกสารทางสุขภาพจาก
 สื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ การกระจายข่าวเรื่องสุขภาพตามเสียงตามสายที่ไม่สามารถกระจายถึงทั้งพื้นที่หรือจาก
 เครือข่ายที่สามารถใช้จากสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่ไม่เสถียร ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติ
 พฤติกรรมไม่เพียงพอ นอกจากนี้ เมื่อพิจารณารายด้านยังพบว่า พฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน มีระดับความ
 เหมาะสมปานกลาง โดยพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยา มีระดับความเหมาะสมมากที่สุดเมื่อเทียบจากค่าร้อยละ
 ของคะแนนเฉลี่ยโดยเทียบจากคะแนนเต็ม (Mean%) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถรับประทานยาตาม
 แผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวาน พบว่า พฤติกรรมการดูแล
 ตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับดี
 (Suttartanakul, 2017) แสดงถึงการที่ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานยังไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองให้
 สม่าเสมอได้ แม้พฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานยาที่ดี แต่พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร
 การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดยังไม่สามารถปฏิบัติให้สม่าเสมอได้ ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถควบคุม
 ระดับน้ำตาลในเลือดได้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ถึงแม้ว่าจะสามารถเลือกประเภทอาหารและเครื่องดื่มที่
 บริโภคในแต่ละวันได้อย่างเหมาะสม แต่ยังไม่สามารถควบคุมอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงได้ จึงส่งผลให้มีพฤติกรรม
 ด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายที่กลุ่มตัวอย่างมีการ
 ออกกำลังกาย แต่มีจำนวนครั้งและระยะเวลาในการออกกำลังกายที่ไม่สม่าเสมอ ส่งผลให้มีพฤติกรรมการออก
 กายอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมด้านการใช้ยาพบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีการหลงลืมหรือรับประทานยา
 ไม่ถูกต้อง จึงทำให้มีพฤติกรรมด้านการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง และเนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ
 ตอนต้นเป็นส่วนมากและยังต้องทำงานในทุกวัน ส่งผลให้การจัดการความเครียด หรือการผ่อนคลายเมื่อมีภาวะ
 เครียดไม่สามารถทำได้อย่างสม่าเสมอ จึงทำให้มีพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และ
 ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางด้วยเช่นกัน

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ด้านการบริโภค
 อาหารอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 รับประทานอาหารทุกอย่าง
 ไม่จำกัดทั้งประเภทและปริมาณของอาหาร โดยส่วนมากมีการรับประทานข้าวเหนียวเป็นประจำในทุกมื้ออาหาร
 และเมื่อพิจารณาตามเพศ พบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เพศชายมีพฤติกรรมบริโภคอาหารตามความ
 เคยชิน ไม่ได้ควบคุมอาหารเท่าที่ควรแม้ว่าจะมีระดับน้ำตาลในเลือดเกินค่ามาตรฐาน สำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน
 เพศหญิง พบว่า มีความพยายามที่จะควบคุมพฤติกรรมบริโภคอาหารให้สอดคล้องกับแผนการรักษา
 โดยรับประทานอาหารพวกแป้งให้น้อยลง รับประทานผักเพิ่มมากขึ้น แต่ยังพบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานเพศหญิง

ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม หรือเมื่อมีอาหารที่ตนชอบรับประทานมักจะอดใจที่จะรับประทานไม่ได้ ทั้งที่ใช้ความพยายามในการควบคุมแล้วก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Puawilai & Bunsathien, 2010) พบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานยอมรับว่าการควบคุมอาหารเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก และมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การที่ผู้ที่เป็นเบาหวานไม่มีความตระหนักและไม่มีความเคร่งครัดในการควบคุมตนเอง เพราะยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายเกิดขึ้นกับตนเอง (Purwito & Nuntaboot, 2010) ซึ่งการควบคุมพฤติกรรมบริโภคอาหารถือเป็นหัวใจสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Phatiprajak, Hanucharoenkul, & Pia-Sue, 2014) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวรับผิดชอบค่าใช้จ่าย และหารายได้ให้กับครอบครัว อาจทำให้ความสนใจในเรื่องการรับประทานอาหารเช้าเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดน้อยลง (Saenpuang, 2010) จากวิถีชีวิตการบริโภคอาหารและบริบทของชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานยังคงมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าเช่นเดิม ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งผลของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา Phatiprajak, Hanucharoenkul & Pia-Sue (2014) ที่พบว่า การที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ดีนั้นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งบุคลากรทางสาธารณสุข ผู้ที่เป็นเบาหวานและครอบครัว

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สำหรับด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานทราบถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย ว่าช่วยให้ร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง และการออกกำลังกายนั้นควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ โดยส่วนมากไม่ทราบว่าออกกำลังกายมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างไร โดยผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานจะได้รับคำแนะนำในเรื่องการออกกำลังกายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ว่าผู้ที่เป็นเบาหวานควรควบคุมอาหารควบคู่กับการออกกำลังกายไปด้วย อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานจะได้รับคำแนะนำแล้ว แต่ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานเพศชายยังคงปฏิบัติตนเช่นเดิม กล่าวคือ ไม่มีการออกกำลังกายตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานเพศหญิงมีการออกกำลังกายบ้าง แต่ปฏิบัติได้ไม่สม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา Wanlao, Malathum, & Siripitayakunkit (2012) ที่พบว่า คนไทยส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายค่อนข้างน้อย หรือมีการออกกำลังกายแต่ไม่สม่ำเสมอ โดยจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานส่วนมากยังทำงานประกอบอาชีพ ประกอบกับลักษณะการทำงานที่ต้องเคลื่อนไหวร่างกายเกือบตลอดเวลา ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานยังมีความเข้าใจว่า การใช้แรงในการทำงานหรือการที่ร่างกายได้เคลื่อนไหว ถือเป็นการออกกำลังกายแล้ว ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานจึงใช้เป็นเหตุผลในการไม่ออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษา Purwito & Nuntaboot (2010) ที่พบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานมักได้รับคำแนะนำให้ออกกำลังกาย อีกทั้ง เมื่อเลิกจากการทำงานจะรู้สึกเพลีย อยากพักผ่อนจึงไม่ออกกำลังกาย

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ด้านการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานทราบว่าปฏิบัติตามแผนการรักษาและรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับระดับปกติและช่วยลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังได้ โดยในการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดในการรับประทานยา โดยรับประทานยาแผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว ไม่มีการปรับเปลี่ยน ลดขนาดยาเอง ไม่มีการแสวงหาการรักษาวิธีอื่น เช่น ยาแผนโบราณ สมุนไพร สอดคล้องกับการศึกษา Pradubmook & Sringer-yuang (2014) พบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่พึ่งพาการรักษาแผนปัจจุบันเป็นหลัก ซึ่งเห็นได้จากการที่ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานในการศึกษาค้นคว้านี้ไปตรวจรับยาตามนัด โดยครอบครัวมีบทบาทในการเตือนเมื่อถึงเวลารับประทานยา หรือเมื่อถึงวันนัด หรือจัดเตรียมเอกสารไว้ให้ ภายหลังผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานไปพบแพทย์ตามนัด สอดคล้องกับการศึกษา Poonkla & Aga (2019) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากผู้สูงอายุมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ทำให้รับประทานยาได้ถูกต้อง ตามแพทย์สั่ง จึงมีพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับที่สูง

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีความวิตกกังวล และความเครียด ในเรื่องเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพ และจากการที่เจ็บป่วยด้วยเบาหวานเป็นระยะเวลานาน ซึ่งเกิดเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นมานานแล้ว ซึ่งความวิตกกังวลหรือความเครียดที่เกิดขึ้นทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา Bunwatana (2019) ที่พบว่า ความวิตกกังวล และความเครียดเรื้อรัง มีผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแย่ลง ในด้านการจัดการความเครียดในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติตนด้านศาสนา เช่น การทำบุญ ตักบาตร ซึ่งผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานให้เหตุผลว่า การทำบุญตักบาตร สามารถคลายความวิตกกังวลได้บางส่วน อย่างไรก็ตาม ใดก็ตาม เมื่อมีปัญหาหรือความเครียดเกิดขึ้น ถ้าครอบครัวมีการปรึกษาหารือในครอบครัวและใช้แหล่งประโยชน์จากภายในครอบครัวและรู้จักแหล่งสนับสนุนจากภายนอกอย่างเหมาะสม ครอบครัวจะสามารถปรับตัวและดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง

การศึกษานี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ได้สูงสุด อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 50.94 เป็นเบาหวานระยะเวลาน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 69.81 จำนวนยาที่ได้รับ 2 ชนิด ร้อยละ 68.87 สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง เช่น สามารถเลือกรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสม หรือหลีกเลี่ยงอาหารที่ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สามารถเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง และสามารถปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ เมื่อต้องเผชิญกับสภาวะทางความเครียด มีวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น หรือมีการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นได้ สามารถรับคำแนะนำตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมได้ด้วยตนเอง จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคเบาหวาน โดยไม่ต้องมีผู้อื่นมาช่วยเหลือ อีกทั้งได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุกครั้ง ทำให้ทราบว่าพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติอยู่นั้น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้หรือไม่ หากผลเลือดเป็นไปตามที่มุ่งหวังไว้ก็จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ต่อไป เป็นไปตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh, & Parsons (2006) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีทักษะ และสามารถจัดการได้จะทำให้มีความต้องการปฏิบัติ ซึ่งตัดสินอยู่บนฐานของข้อมูล คือ การมีประสบการณ์จากการสังเกต การปฏิบัติของผู้อื่น และการประเมินตนเอง โดยมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์และการตั้งเป้าหมาย ผลการศึกษาสอดคล้องกับ Chaicharoen, Nabkasorn, & Vatanasin (2018) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้เหมาะสมร้อยละ 72.4 และการศึกษา Amattayakong, Oupra, & Kantawong (2021) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ร้อยละ 39.80

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (โดยรวมและรายด้าน) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจจะสามารถช่วยป้องกัน และควบคุมการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุและบุคลากรทางการแพทย์ ควรให้ความสำคัญกับการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแก่ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

2. จากผลการศึกษา พบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุมากที่สุด ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น พยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุและบุคลากรทางการแพทย์ ควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อเป็นการเพิ่มพูนความมั่นใจและส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยศึกษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแขว อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร ผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น
2. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีปัญหาในการทำความเข้าใจกับข้อคำถามและการสื่อสาร เพื่อให้ได้คำตอบตามแบบสอบถามที่ตรงและถูกต้อง โดยเฉพาะคำถามเชิงลบ ดังนั้นจึงอาจเกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลได้
3. เนื่องจากช่วงการรวบรวมข้อมูลในช่วงการระบาดของไวรัสโควิด-19 ทำให้การรวบรวมข้อมูลมีเวลาจำกัด และต้องรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมทางโทรศัพท์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านการบริหาร เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการวางแผนสนับสนุนแนวทางการดูแล และงบประมาณ เพื่อส่งเสริมกิจกรรมการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพอันเป็นเหตุของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และลดอุปสรรคของการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2
2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล จากผลการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้น จึงควรเน้นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอิทธิพลระหว่างบุคคล โดยใช้การบริการเชิงรุกที่ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานรับรู้ถึงอุปสรรคของการดูแลพฤติกรรมสุขภาพ ในการเข้าถึงบริการหรือเพื่อเพิ่มการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
3. ด้านการวิจัย ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาเชิงทดลอง โดยการศึกษาโปรแกรมจัดการดูแลพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยจัดโปรแกรมส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ถึงความรุนแรงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และกิจกรรมที่ช่วยลดอุปสรรคในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพ เน้นการส่งเสริมความเชื่อมั่นตัวเอง พร้อมศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เกิดขึ้นก่อนและหลังการทดลอง

References

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2020). *Develop a Shared Care Plan*. Retrieved April 11, 2022 from <https://integrationacademy.ahrq.gov/products/playbook/develop-shared-care-plan>
- Amattayakong, C., Oupra, R., & Kantawong, E. (2021). The Effectiveness of a Transformative Learning Program on Health Literacy Promotion among Older Adults with Diabetes. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 8(2), 232-245.

- Bloom, B. S., Hastings, T. J., Madaus, G. F. (1971). *Hand Book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw – Hill Book Compaany Inc.
- Bunwatana, J. (2019). Factors related to depression in persons with type 2 Diabetes. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 17(2), 32-47.
- Chaicharoen, K., Nabkasorn, C., & Vatanasin, D. (2018). The Effects of Supportive Group Psychotherapy on Self-esteem and Depression of Persons with Type 2 Diabetes. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*, 29(1), 1–16.
- Charoenbundith, N. (2016). *Factors related to health promoting behaviors among village health volunteers*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirement for the degree of nursing science faculty of graduate studies, Burapha University.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis of the behavioral sciences*. New York : Lawrence Erlbaum.
- Diabetes Association of Thailand under The Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn (DAT). (2023). *Clinical Practice Guideline for Diabetes 2023*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- International Diabetes Federation. (2020). *Cost-effective solutions for the prevention of type 2 diabetes*. Retrieved April 15, 2022 from www.idf.org/preventiontype2diabetes
- Phatiprajak S., Hanucharoenkul S., & Pia Sue N. (2014). Factors predicting self-care ability and quality of life with type 2 diabetes mellitus. *Nursing Research and Innovation Journal*, 20(1), 97–111.
- Poonkla, S., & Aga, S. (2019). Factors Related to Self-Care Behavior of Diabetic Type II in Community. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin*. 9(1), 30-45.
- Poonlapthawee, K. (1987). *Statistics for research*. Bangkok: Physics Center.
- Pradubmook, P., & Sringern-yuang, L. (2014). Life situation and life care of diabetes patients. *Health system research journal*, 2(4), 272-280.
- Puawilai, A., & Bunsathien, W. (2010). Quality of life and factors related to it Quality of life of elderly women who have diabetes that does not depend on insulin. *Nursing Research and Innovation Journal*. 5(3), 255 -267.
- Purwito, D., & Nuntaboot, K. (2010). Disease control through community involvement at the primary care services. *Journal of Nursing and Health Care*. 36(1), 181 -188.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice (3rd ed.)*. Stamford, Conn: Appleton and Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice (5th ed.)*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Saenpuang, S. (2010). *Perception of benefits, perception of barriers, food consumption behavior among older persons with type 2 diabetes mellitus*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirement for the degree of nursing science faculty of graduate studies, Mahidol University. (in Thai)

- Saithong, T. (2004). *Relationships among situational influence, interpersonal influences, commitment to exercise and exercise behavior of exercise group members in Phang-nga province*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirement for the degree of nursing science faculty of graduate studies, Prince of Songkla University. (in Thai)
- Suttaratanakul, S. (2017). *Factors affecting self-management of patients with type 2 diabetes*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirement for the degree of nursing science faculty of graduate studies, Khon Kaen University. (in Thai)
- Torkoksung, N. (2011). *Factors influencing health promoting behaviors among village health volunteers in Khamthalesor, Nakhonratchasima Province*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirement for the degree of nursing science faculty of graduate studies, Thammasat University. (in Thai)
- Wanlao, S., Malathum, P., & Siripitayakunkit, A. (2012). Family Support Perceived by Older Persons with Controlled Type 2 Diabetes. *Rama Nurs J*, 18(3), 372-388.
- World Health Organization. (2020). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes*. Retrieved April 16, 2022 from <https://www.who.int/healthsystems/strategy/en/>

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

The Association Between Nutrition Literacy and Food Consumption Behaviors
Among Junior High School Students

จิรกานต์ พันธุ์ธิดา, นอเลสา โต๊ะยูโส๊ะ* และวิชชุต้า มัคสิงห์

Jirakan Punriddum, Norleesa Tohyusoh* and Witchuta Muksing

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Boromrajonani College Of Nursing, Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute

(Received: August 15, 2024, Revised: September 17, 2024, Accepted: September 25, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความรู้ด้านโภชนาการ 2) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 414 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ คือ 1) แบบสอบถามความรู้ด้านโภชนาการ และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.81 และ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ด้านโภชนาการในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีระดับความรู้ ความเข้าใจด้านโภชนาการ การรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ การสื่อสารด้านโภชนาการ การจัดการตนเองด้านโภชนาการอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 54.10, 41.30, 41.06 และ 40.33 ตามลำดับ การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.61 การตัดสินใจด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ร้อยละ 50.72 และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้ด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.31, p < 0.01$)

ข้อเสนอแนะ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู และผู้ปกครอง ควรมีการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ด้านโภชนาการ โดยเป็นกิจกรรมทั้งในและนอกห้องเรียน รวมถึงการพัฒนาสื่อทางโภชนาการ มีช่องทางการเข้าถึงข้อมูลที่สะดวก และมีการประเมินติดตามภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีแนวทางในการปฏิบัติ เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น

คำสำคัญ: ความรู้ด้านโภชนาการ, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: noleesa@bcnnakhon.ac.th)

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to 1) examine the level of nutrition literacy, 2) examine food consumption behaviors, and 3) assess the association between nutrition literacy and food consumption behaviors among junior high school students in Muang District, Nakhon Si Thammarat Province. The sample consisted of 414 junior high school students. Data were collected in August 2024. The research instruments were 1) a nutrition literacy questionnaire and 2) a food consumption behavior questionnaire, with content validity indices of 0.81 and 0.80, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation.

The research results showed students' knowledge and understanding of nutrition, media literacy regarding nutrition, communication about nutrition, and self-management in nutrition were at poor levels, with percentages of 54.10%, 41.30%, 41.06%, and 40.33%, respectively. Access to nutrition information was at a moderate level at 39.61%, while decision-making regarding nutrition was at a good level at 50.72%. The overall food consumption behaviors of junior high school students had an average score at a moderate level. Nutrition literacy was positively correlated with food consumption behaviors at a low level ($r=0.31$, $p<0.01$).

Recommendations: Healthcare personnel, teachers, and parents should organize activities to enhance nutrition literacy, both inside and outside the classroom. This includes developing nutritional media, providing convenient access to information, and regularly assessing the nutritional status of junior high school students. These efforts aim to promote appropriate food consumption behaviors among junior high school students.

Keywords: Nutrition literacy, Food consumption behaviours, Junior high school students

บทนำ

ปัจจุบันโรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกินกำลังเป็นปัญหาอย่างมาก สำหรับประเทศไทยพบประชากรที่มีภาวะอ้วนเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2565 มีประชากรที่มีภาวะอ้วนมากถึงร้อยละ 40 และจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจสุขภาพครั้งที่ 6 ในปี พ.ศ. 2563 พบคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มพบปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น เช่น โรคเบาหวาน ภาวะอ้วน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูงโดยเฉพาะในเด็ก จากการสำรวจภาวะสุขภาพประชากรไทย พ.ศ. 2565 พบเด็กอายุ 6 - 14 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2562, 2563 และ 2565 ดังนี้ ร้อยละ 12.08, 12.75 และ 13.04 ตามลำดับ ส่วนประชากรอายุ 15 – 18 ปี มีปัญหาสุขภาพจากภาวะอ้วน ร้อยละ 7.60 และมีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 22.30 เด็กกลุ่มดังกล่าวมีโอกาสเกิดโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ข้อเข่าเสื่อม หอบหืด และปัญหาทางด้านสุขภาพจิต (World Health Organization, 2021) เนื่องจากเด็กที่มีภาวะอ้วนมักจะถูกล้อเลียนและกลั่นแกล้งจากเพื่อน ขาดความมั่นใจในตัวเอง มีพฤติกรรมแยกตัว เกิดภาวะซึมเศร้า (Health Education Division, 2022)

พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ทั้งนี้ ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง โดยเฉพาะกลุ่มอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน และเกลือ เกินความต้องการของร่างกาย และการนำไปใช้ จากการศึกษาของ Green & Kreuter (2005) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยภายในบุคคลที่สนับสนุนและลดแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมบริโภคอาหาร ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อ 2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นปัจจัยสนับสนุนหรือขัดขวางการเกิดพฤติกรรมบริโภคอาหาร และ 3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors)

เป็นปัจจัยภายนอกบุคคล เช่น สภาพแวดล้อม สถานการณ์ สิ่งเร้าต่างๆ มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ สื่อ เพื่อน ครอบครัว โดยพบว่า นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 เลือกรับประทานอาหารตามความสนใจ ความชอบของตนเองมากกว่าประโยชน์ของโภชนาการ ซึ่งนักเรียนมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมในระดับมาก ได้แก่ ขนม (ร้อยละ 62.00) อาหารฟาสต์ฟู้ด (ร้อยละ 60.90) และมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสมในระดับน้อย ได้แก่ ผลไม้สด หรือผลไม้อื่น ๆ ที่มีรสหวานน้อย (ร้อยละ 97.40) นมรสจืด วันละ 2 แก้ว (ร้อยละ 90.60) อีกทั้งชอบรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง มีรสหวาน สีฉ่ำสวยงาม ได้แก่ ขนมและไอศกรีม ซึ่งเป็นอาหารที่มีเด็กส่วนใหญ่ชอบรับประทาน รสชาติอร่อย หาซื้อได้ง่าย มีขายทั้งในโรงเรียนและบริเวณใกล้โรงเรียน (Ruangying, Jorajit & Janyam, 2016) ในวัยรุ่นอายุ 12 - 18 ปี ชอบเครื่องดื่มที่มีพลังงานสูง พบว่า ชอบดื่มน้ำอัดลมทุกวัน ร้อยละ 23.29 ดื่มน้ำอัดลมเป็นอาหารว่าง ร้อยละ 14.91 และดื่มน้ำผลไม้เป็นอาหารว่าง ร้อยละ 16.51 มีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ โดยมักไม่รับประทานอาหารมื้อเช้า ร้อยละ 84.0 (Health Education Division, 2022) และในยุคปัจจุบันผู้คนส่วนใหญ่ใช้ชีวิตแบบเร่งรีบ ทำให้หันไปเลือกรับประทานอาหารจานด่วน และอาหารสำเร็จรูปเพิ่มขึ้น เพราะสามารถหาซื้อได้ง่าย มีความสะดวก และมีค่านิยมการบริโภคอาหารตามกระแสนิยม กิน ดื่ม ช็อป เด็กวัยรุ่นจะถูกชักจูงจากสื่อโฆษณาทางออนไลน์ที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ทำให้เด็กมีพฤติกรรมการบริโภคที่เกินความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพ (Ruangying, Jorajit & Janyam, 2016) นอกจากนี้ ยังมีพฤติกรรมชอบรับประทานอาหารที่รสหวาน มีไขมันสูง มีรสเค็มชอบรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ติดมัน รับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย และชอบดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม มากกว่าน้ำเปล่า รับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ ทำให้มีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม (Nithitantiwat & Udomsapaya, 2017) แนวโน้มการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมจะพบได้ตั้งแต่เด็ก วัยเรียน และมีความชัดเจนเพิ่มขึ้นในช่วงวัยรุ่นตอนต้น เนื่องจากเป็นวัยที่มีเจริญเติบโตและพัฒนาการเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ที่สามารถตัดสินใจและจัดการได้ด้วยตนเอง ตามหลักทฤษฎีพัฒนาการของ Piaget (1962) ด้านสติปัญญา พบว่า เด็กอายุ 11 ปีขึ้นไป มีความคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล เข้าใจข้อมูลเชิงนามธรรม มีความพร้อมด้านการเรียนรู้ ทักษะชีวิต มีความสามารถในการเข้าถึงความรู้ด้านโภชนาการก่อนตัดสินใจเลือกการบริโภคอาหาร การแสดงออกถึงพฤติกรรมทางสุขภาพ

ความรู้รอบรู้ด้านโภชนาการ เป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการในการทำความเข้าใจ วิเคราะห์ข้อมูล และประยุกต์ใช้ข้อมูลทางด้านโภชนาการที่นำไปสู่การตัดสินใจในการเลือกบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ปัจจัยที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ตามแนวคิดความรู้สุขภาพของ Nutbeam (2008) มี 3 ระดับ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ 2) ความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ 3) การรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ 4) การสื่อสารด้านโภชนาการ 5) การจัดการตนเองด้านโภชนาการ และ 6) การตัดสินใจด้านโภชนาการ ซึ่งการเสริมสร้างและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านนั้น ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และนำไปสู่การพัฒนาทักษะและศักยภาพที่จะทำใหบุคคลมีความสามารถในการควบคุมดูแลสุขภาพ รวมถึงการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพได้ (Health Education Division, 2022)

จากการศึกษาวิจัยความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า เด็กวัยเรียนจนถึงวัยรุ่นยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสม โดยในเด็กช่วงอายุ 6 - 14 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ (Promsalee & Kanjanasing, 2022) และในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15 - 18 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอยู่ในระดับพอใช้ เป็นผลมาจากการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม (Sripitak, Chutipattana & Thongsamsi, 2022) และจากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียน (Promsalee & Kanjanasing, 2022) ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาภาวะโภชนาการของเด็กไทย และในนักศึกษาส่วนใหญ่มีการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพด้านโภชนาการตามมา โดยมีความรอบรู้ด้านโภชนาการด้านโภชนาการในด้านต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสม คือ ความรู้ความเข้าใจด้าน

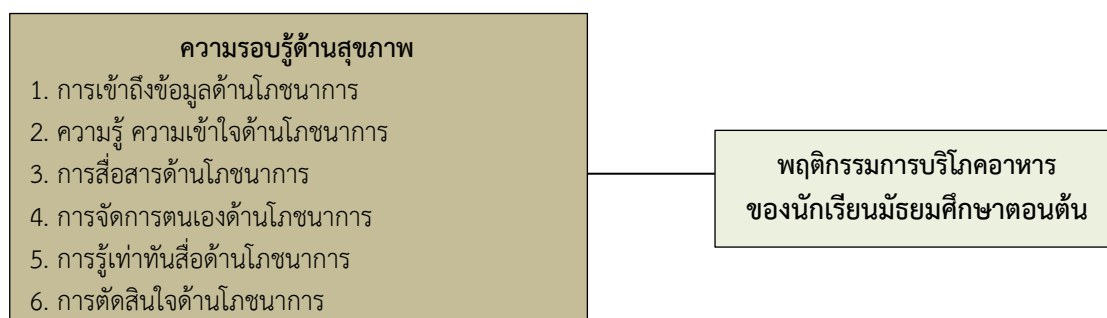
โภชนาการอยู่ในระดับต่ำ เกี่ยวกับข้อมูลโภชนาการบนฉลากอาหาร ไม่สามารถแยกแยะอาหารที่มีประโยชน์หรือไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพได้ ซึ่งจะทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมตามมา ผลการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้อง มีการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการสำหรับนักศึกษาเป็นสิ่งสำคัญ (Sriyasak, Kaewmalai, Khruesa-nga, Tantiphirom, Chaobankoh & Iamsaard, 2020) ด้านทักษะการสื่อสารของบุคคลที่รู้เท่าทันสื่อ ทำให้บุคคลสามารถเลือกซื้อและบริโภคอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพ วัยรุ่นที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสามารถในการเข้าใจข้อมูลทางด้านสุขภาพ จะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดี (Samruayruen, 2022) ส่วนนักศึกษาที่มีค่าคะแนนความรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับต่ำจะมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม แต่ทั้งนี้ นักศึกษาสามารถพัฒนาทักษะความสามารถในการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารสามารถพัฒนาได้ เมื่อได้รับการส่งเสริมทักษะความรู้ด้านโภชนาการ นำไปสู่การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี (Siripitchtrakul, Vatanasomboon, Satheannoppakao & Sujirarat, 2020) ผลการทบทวนวรรณกรรมและรวบรวมข้อมูลของศูนย์อนามัยที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช จากการคัดกรองภาวะสุขภาพ พบว่า เด็กอายุ 6 - 14 ปี ร้อยละ 59.33 สูงดี สมส่วน ร้อยละ 56.37 ผอม ร้อยละ 5.73 เริ่มอ้วน และอ้วนร้อยละ 14.4 เตี้ย ร้อยละ 8.03 โดยเฉพาะเด็กในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครศรีธรรมราช สูงดีสมส่วน ร้อยละ 62.29 ผอม ร้อยละ 2.15 เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 15.97 ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายภาวะโภชนาการที่เหมาะสมของเด็กไทย (Bureau of Nutrition, 2024) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมีทั้งภาวะโภชนาการขาดและเกิน หากทราบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นจะสามารถนำมาความสัมพันธ์ที่ได้ไปใช้เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นสามารถเข้าถึงข้อมูล การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ ด้านความรู้-ความเข้าใจด้านโภชนาการ ด้านการสื่อสารด้านโภชนาการ ด้านการจัดการตนเองด้านโภชนาการ ด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ และการตัดสินใจด้านโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) มีทั้งหมด 6 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ 2) ความรู้-ความเข้าใจด้านโภชนาการ 3) การสื่อสารด้านโภชนาการ 4) การจัดการตนเองด้านโภชนาการ 5) การรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ และ 6) การตัดสินใจด้านโภชนาการ ซึ่งความรู้ด้านโภชนาการมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นชั้นปีที่ 1 - 3 ประจำปีการศึกษา 2567 ในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 8 แห่ง รวมทั้งสิ้น 6,020 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นชั้นปีที่ 1 - 3 คำนวณจำนวนโรงเรียนโดยใช้สูตรของ Ekakul (2007) คือ 25% ของจำนวนโรงเรียนทั้งหมด ดังนั้น โรงเรียนที่ใช้ในการศึกษามีจำนวน 2 แห่ง และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1973) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ 0.05 เพิ่มเติมความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้จำนวน 414 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยนำรายชื่อโรงเรียนทั้ง 8 แห่งมาจับสลากแบบไม่แทนที่ให้ได้ 2 โรงเรียน เลือกสุ่มนักเรียนโดยวิธี Stratified random sampling ตามอัตราส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้จริงต่อจำนวนนักเรียนระดับชั้นปีของแต่ละโรงเรียน หลังจากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างนักเรียนแต่ละชั้นปีแต่ละโรงเรียนด้วยวิธีจับสลากเลขที่ โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

โรงเรียน	ชั้นปี	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงเรียนที่ 1	มัธยมศึกษาปีที่ 1	462	102
	มัธยมศึกษาปีที่ 2	487	107
	มัธยมศึกษาปีที่ 3	482	106
โรงเรียนที่ 2	มัธยมศึกษาปีที่ 1	155	35
	มัธยมศึกษาปีที่ 2	127	29
	มัธยมศึกษาปีที่ 3	161	35
รวม		1,874	414

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่กำลังศึกษาชั้นปีที่ 1 - 3 ประจำปีการศึกษา 2567 ทั้งเพศชาย และเพศหญิง และ 2) สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีความผิดปกติด้านจิตใจ เช่น สมาธิสั้น ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น 2) มีการเจ็บป่วยที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และ 3) ย้ายโรงเรียนในขณะที่เก็บข้อมูลไม่แล้วเสร็จ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านโภชนาการ แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ ประกอบด้วย ข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 7 ข้อ ประเมินระดับความคิดเห็น 5 ระดับ มีคะแนน ตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ จนถึง 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง

การแปลผล ตามเกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้ ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 17 คะแนน) ระดับปานกลาง (18 - 26 คะแนน) และระดับดี (ตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป)

2.2 แบบประเมินด้านความรู้ ความเข้าใจด้านโภชนาการ ประกอบด้วย ข้อคำถามชนิดเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน

การแปลผล ตามเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้ ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 6 คะแนน) ระดับปานกลาง (6 - 7 คะแนน) และระดับดี (ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป)

2.3 แบบสอบถามการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ ประกอบด้วย ข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า

(Rating scale) จำนวน 4 ข้อ ประเมินระดับความคิดเห็น 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ จนถึง 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง

การแปลผล ตามเกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้ ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 10 คะแนน) ระดับปานกลาง (11 - 15 คะแนน) และระดับดี (ตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป)

2.4 แบบสอบถามการสื่อสารด้านโภชนาการ ประกอบด้วย ข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 6 ข้อ ประเมินระดับความคิดเห็น 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ จนถึง 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง

การแปลผล ตามเกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้ ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 14 คะแนน) ระดับปานกลาง (15 - 22 คะแนน) และระดับดี (ตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป)

2.5 แบบสอบถามการจัดการตนเองด้านโภชนาการ ประกอบด้วย ข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 3 ข้อ ประเมินระดับความคิดเห็น 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ จนถึง 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง

การแปลผล ตามเกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้ ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 7 คะแนน) ระดับปานกลาง (8 - 11 คะแนน) และระดับดี (ตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไป)

2.6 แบบประเมินการตัดสินใจด้านโภชนาการ ประกอบด้วย ข้อคำถามชนิดเลือกตอบ จำนวน 4 ข้อ โดยมี เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน

การแปลผล ตามเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้ ระดับไม่ดี (1 - 2 คะแนน) ระดับปานกลาง (3 คะแนน) และระดับดี (4 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ประกอบด้วยข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 17 ข้อ ประเมินระดับความคิดเห็น 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ จนถึง 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง โดยมีข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 6 ข้อ และ ข้อคำถามเชิงลบจำนวน 11 ข้อ

การแปลผล จำแนกกลุ่มตามเกณฑ์ของ Best (1977) โดยมีเกณฑ์แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 40 คะแนน) ระดับปานกลาง (41 - 63 คะแนน) และระดับดี (ตั้งแต่ 64 คะแนนขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ดังนี้ อาจารย์สาขาการพยาบาลเด็ก จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) คุณภาพเครื่องมือวิจัย คือ 1) แบบสอบถามความรู้ด้านโภชนาการ และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปปรับปรุงแก้ไข ให้มีความเหมาะสมทั้งด้านภาษา ความชัดเจนของเนื้อหา มีค่าความตรงเชิงเนื้อ ได้ค่า CVI ดังนี้ 0.81 และ 0.80 ตามลำดับ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ดังนี้

1) แบบสอบถามด้านความรู้ ความเข้าใจด้านโภชนาการ นำผลคะแนนการทดสอบที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความยากง่าย (Difficulty หรือ P) และค่าอำนาจจำแนก (Discrimination หรือ r) ของข้อคำถามแต่ละข้อ มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.32 - 0.70 และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.30 - 1.00 มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีคูเดอริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.73

2) แบบสอบถามด้านการตัดสินใจด้านโภชนาการ นำผลคะแนนการทดสอบที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความยากง่าย (Difficulty หรือ P) และค่าอำนาจจำแนก (Discrimination หรือ r) ของข้อคำถามแต่ละข้อ มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.22 - 0.68 และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.42 - 1.00 มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีคูเดอริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.70

สำหรับด้านความรอบรู้ด้านโภชนาการโดยรวม และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร นำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's reliability coefficient alpha) ดังนี้

แบบสอบถามด้านความรอบรู้ด้านโภชนาการโดยรวม เท่ากับ 0.80

แบบสอบถามแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เท่ากับ 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอคำรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ F-06/2567 ลงวันที่ 25 กรกฎาคม 2567 และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยนำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช เสนอต่อผู้อำนวยการโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ขอจัดเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้ คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นชั้นปีที่ 1 - 3 จำนวน 414 คน

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียน ครูประจำชั้น และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาพักครูประจำชั้นของแต่ละชั้นปี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล สิทธิของผู้ถูกวิจัย และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยซักถาม

2.3 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อความ เปิดโอกาสให้ซักถามและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent form)

2.4 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง และให้ทำแบบสอบถามออนไลน์ (Google forms) โดยผู้วิจัยคอยดูแลการตอบแบบสอบถาม และตอบข้อซักถามในขณะทำแบบสอบถาม

2.5 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติวิเคราะห์

1. สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความรอบรู้ ด้านโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2. สถิติอนุมาน ได้แก่ สถิตีสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สถิติสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ได้แก่ 1) การแจกแจงของประชากรของ 2 ตัวแปรเป็นโค้งปกติ 2) ความสัมพันธ์ของ 2 ตัวแปรเป็นแบบเส้นตรง และ 3) ตัวแปรมีการวัดระดับช่วง (Interval Scale) โดยใช้เกณฑ์ของ Bartz (1999) ดังนี้

ค่าระดับความสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
0.81 – 1.00	สูงมาก
0.61 – 0.80	สูง
0.41 – 0.60	ปานกลาง
0.21 – 0.40	ต่ำ
0.01 – 0.20	ต่ำมาก

จริยธรรมวิจัย

บทความวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ F-06/2567 ลงวันที่ 25 กรกฎาคม 2567 โดยข้อมูลที่ได้จะทำการวิเคราะห์ในภาพรวมและปกปิดเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ

โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และมีสิทธิที่จะไม่ตอบแบบสอบถามข้อใดข้อหนึ่งก็ได้หรือปฏิเสธที่จะให้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาในแต่ละช่วงของการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบทางลบต่อการเรียนการสอน และการเผยแพร่ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นทางวิชาการเท่านั้น โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่อย่างใด และภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทันที

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=414)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) : (Range = 12 – 15, M= 14.40, SD.= 1.80)		
เพศ		
ชาย	142	34.30
หญิง	272	65.70
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาปีที่ 1	137	33.09
มัธยมศึกษาปีที่ 2	136	32.85
มัธยมศึกษาปีที่ 3	141	34.06
ส่วนสูง (เซนติเมตร) : (Range = 123 – 176, M = 149.07, SD.= 11.88)		
น้ำหนัก (กิโลกรัม) : (Range = 13 – 55, M= 39.31, SD = 8.52)		

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 12 – 15 ปี อายุเฉลี่ย 14.40 ปี (SD.= 1.80) ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.70) มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1, 2, 3 (ร้อยละ 33.09, 32.85, 34.06 ตามลำดับ) มีส่วนสูงเฉลี่ย 149.07 เซนติเมตร (SD.= 11.88) และมีน้ำหนักเฉลี่ย 39.31 กิโลกรัม (SD.= 8.52)

2. ความรอบรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ดังตาราง 2

ตาราง 2 ระดับความรอบรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (n=414)

ความรอบรู้ด้านโภชนาการและ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับไม่ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรอบรู้ด้านโภชนาการ						
1. การเข้าถึงข้อมูลด้าน โภชนาการ	163	39.37	161	38.89	90	21.74
2. ความรู้ ความเข้าใจด้าน โภชนาการ	63	15.22	128	30.92	223	53.86
3. การรู้เท่าทันสื่อด้าน โภชนาการ	116	28.02	128	30.92	170	41.06
4. การสื่อสารด้านโภชนาการ	114	27.54	134	32.37	166	40.10
5. การจัดการตนเองด้าน โภชนาการ	110	26.57	134	32.37	170	41.06
6. การตัดสินใจด้านโภชนาการ	210	50.72	176	42.51	28	6.76
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	32	7.73	232	56.04	150	36.23

จากตาราง 2 นักเรียนมีระดับความรู้ ความเข้าใจด้านโภชนาการ การจัดการตนเองด้านโภชนาการ การรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ การสื่อสารด้านโภชนาการอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 53.86, 41.06, 41.06 และ 40.10 ตามลำดับ การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.89 การตัดสินใจด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ร้อยละ 50.72 และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.04

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ดังตาราง 3

ตาราง 3 วิเคราะห์ความระหว่างความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n=414)

ตัวแปร	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (r)	p-value
การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ	0.26	<0.001
ความรู้ ความเข้าใจด้านโภชนาการ	0.35	<0.001
การรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ	0.25	<0.001
การสื่อสารด้านโภชนาการ	0.17	0.001
การจัดการตนเองด้านโภชนาการ	0.22	0.002
การตัดสินใจด้านโภชนาการ	-0.03	0.565

จากตาราง 3 พบว่า ความรู้ด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อยู่ในระดับต่ำ โดยการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ ความรู้ ความเข้าใจด้านโภชนาการ การรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ การสื่อสารด้านโภชนาการ การจัดการตนเองด้านโภชนาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการตัดสินใจด้านโภชนาการ ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

อภิปรายผล

1. ความรู้ด้านโภชนาการของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีการตัดสินใจด้านโภชนาการอยู่ในระดับที่ดี เนื่องจากการตัดสินใจเป็นกระบวนการทางความคิดที่ทำให้นักเรียนเลือกสิ่งที่เหมาะสมให้กับตัวเอง และช่วงวัยนี้เป็นวัยที่สามารถคิดวิเคราะห์ได้ด้วยตนเอง อีกทั้งการได้รับการสนับสนุนเมนูอาหารในโรงอาหารของโรงเรียนที่เหมาะสมกับภาวะโภชนาการของนักเรียน ทำให้นักเรียนเห็นตัวอย่างเมนูอาหารที่เหมาะสมกับตนเอง เกิดแนวทางในการตัดสินใจที่จะเลือกรับประทานอาหารนั้น และยิ่งไปกว่านั้นหากโรงเรียนจัดอาหารเช้า อาหารกลางวันที่มีประโยชน์ นักเรียนจะเลือกตัดสินใจในการบริโภคอาหารนั้น ตามที่โรงเรียนได้จัดให้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Unkaew (2022) พบว่า นักเรียนเลือกการรับประทานอาหารผักและผลไม้เป็นประจำช่วยให้ขับถ่ายสะดวก และป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง

การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากนักเรียนมีการเข้าถึงข้อมูล ด้านโภชนาการจากแหล่งข้อมูลทางสื่ออินเทอร์เน็ต ได้แก่ Google, YouTube, TikTok ที่เข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวมทั้งวิชาเรียน สุขศึกษาเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ การรับประทานอาหารที่ถูกหลัก คุณค่าของอาหาร ธงโภชนาการ โภชนาการที่เหมาะสมกับวัย และปัญหาภาวะโภชนาการ ทำให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นได้รับรู้ข่าวสารและข้อมูลต่างๆ ด้านโภชนาการทั้งจากครูที่สอนด้านโภชนาการและสื่ออินเทอร์เน็ตช่องทางต่างๆ

เมื่อวิเคราะห์รายด้านความรู้ด้านโภชนาการที่อยู่ในระดับไม่ดี ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ การรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ การสื่อสารด้านโภชนาการ และการจัดการตนเองด้านโภชนาการ จึงได้นำมาพิจารณาในด้าน ดังนี้

ด้านความรู้ ความเข้าใจด้านโภชนาการ พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการอยู่ในระดับไม่ดี ถึงแม้ว่าจะได้รับความรู้จากการเรียนเรื่องโภชนาการในห้องเรียน แต่ความรู้ของนักเรียนก็ยังไม่เพียงพอ ครอบคลุมทุกประเด็น เช่น ความรู้เรื่องการรับประทานขนมหวาน เครื่องดื่มที่มีรสหวานเป็นประจำ จะเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรู้เกี่ยวกับปริมาณพลังงานที่ร่างกายควรได้รับ และยังขาดความรู้เรื่องการรับประทานผักที่หลากหลายชนิด หลายสี ซึ่งจะช่วยให้ป้องกันการเกิดโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sangkhathiph & Lowirakorn (2017) ที่ศึกษาระดับความรู้ในการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่ามีระดับความรู้ในการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่านักศึกษาไม่ทราบว่าชนิดอาหารที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และเบาหวาน อาจเนื่องจากการขาดความรู้ การไม่ตระหนักถึงข้อมูลด้านโภชนาการ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณสารอาหารที่ควรได้รับในแต่ละวัน และพลังงานของอาหารที่ได้ในมื้ออาหาร

การรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ พบว่า นักเรียนเชื่อข้อมูลที่ได้รับจากสื่อโฆษณาในสื่อออนไลน์ช่องทางต่างๆ และสนใจให้เลือกรับประทานอาหารตามสื่อ นั้น โดยไม่ได้วิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียในการเลือกรับรู้ข้อมูลการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ไม่ได้ค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งข้อมูลที่หน้าเชื่อถือ ก่อนตัดสินใจเลือกบริโภคอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับ Kittiboonthawal, Chernchum & Cheutong (2022) พบว่าก่อนซื้ออาหารเสริมเพื่อสุขภาพนักศึกษาหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เช่น อินเทอร์เน็ต นิตยสาร ซึ่งนักเรียนยังไม่รู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ และยังเชื่อข้อมูลที่ได้รับจากเพื่อนจึงอาจนำไปสู่พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่คล้ายคลึงกัน เพื่อให้เกิดการยอมรับของกลุ่มเพื่อน โดยมักเลือกบริโภคอาหารที่เป็นที่นิยมหรือชนิดอาหารตามความชอบในกลุ่มวัยรุ่น (Punnawit & Thongthep, 2020)

การสื่อสารด้านโภชนาการ พบว่า เมื่อเลือกซื้ออาหารนักเรียนไม่ได้อ่านฉลากโภชนาการ ทำให้ไม่ทราบปริมาณพลังงานอาหารที่ควรจะได้รับ โดยไม่ได้แยกแยะประโยชน์ของอาหารตามข้อมูลบนฉลากโภชนาการ เกิดการบริโภคที่ไม่เหมาะสม (Sriyasak, Kaewmalai, Khruesa-nga, Tantiphirom, Chaobankoh & Iamsaard, 2020)

การจัดการตนเองด้านโภชนาการ พบว่านักเรียนยังไม่สามารถสังเกตปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่รับประทานให้เหมาะสมกับตนเองในแต่ละมื้อ รวมทั้งการตั้งเป้าหมายของการรับประทานอาหารและทำตามแผนที่วางไว้ได้น้อย และขาดการทบทวนวิธีการรับประทานอาหารที่เหมาะสม สอดคล้องกับผลการวิจัยพบว่าความรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งด้านการจัดการตนเองเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี (Kittiboonthawal, Chernchum & Cheutong, 2022) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากนักเรียนยังขาดประสบการณ์ ในการจัดการตนเองด้านโภชนาการ ที่นำไปใช้ในการปฏิบัติ

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจาก พฤติกรรมเป็นการแสดงออกของบุคคลในการที่จะเลือกปฏิบัติในกิจกรรมนั้นๆ ทั้งนี้พบว่านักเรียนที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม โดยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ นักเรียนมีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ มีทั้งรับประทานอาหารมากเกินไป และน้อยเกินไป พลังงานไม่เหมาะสมตามความต้องการของร่างกาย และพบว่าส่วนใหญ่มักเลือกรับประทานอาหารที่ตนเองชอบ เช่น น้ำดื่มที่มีรสหวาน น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนที่มีรสหวาน อาหารประเภททอด รับประทานอาหารรสจัด อาหารรสเค็ม มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารจุกจิก รวมทั้งร้านค้าบริเวณโรงเรียนมักมีอาหารประเภทขนมกรุบกรอบ มีผงชูรส น้ำอัดลม อาหารประเภททอด เช่น ลูกชิ้นทอด ไก่ทอด มีสีสังเคราะห์ ดึงดูดความสนใจ จำหน่ายหน้าโรงเรียน ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม พบว่านักเรียนที่ได้รับการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารโดยการปรุงอาหารของคนในครอบครัวและจากสถานศึกษาในการจัด

เมนูอาหารที่เหมาะสมตามวัย ได้รับพลังงานและสารอาหารที่หลากหลาย เช่น รับประทานอาหารที่มีโปรตีน เช่น ไข่ เนื้อสัตว์ นม อาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ ซึ่งเป็นผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Unkaew (2022) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Muksing, Tohyusoh & Punriddum (2016) พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนในเขตเทศบาลนครนครศรีธรรมราช อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.31) นักเรียนมีพฤติกรรมการรับประทานไข่สัปดาห์ละ 1-3 ฟอง รับประทานอาหารที่ทำเองหรือคนในบ้านปรุงให้ และไม่เติมน้ำปลาหรือเครื่องชูรสเพิ่มเติม แต่ยังพบว่านักเรียนมีพฤติกรรมชอบดื่มชาสมุนไพร น้ำหวาน น้ำอัดลม นมเปรี้ยว น้ำผลไม้ รวมถึงขนมขบเคี้ยว และผลไม้ที่มีรสหวาน ชอบรับประทานอาหารประเภทของทอด อาหารที่มีไขมันสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Waratornpaibul (2014) ที่กล่าวว่าวัยรุ่นอายุ 14 -19 ปี ส่วนใหญ่ชอบรับประทานอาหารจานเดียว อาหารประเภททอด อาหารมัน และอาหารที่มีรสหวาน รวมถึงชอบดื่มน้ำอัดลม จะชอบการบริโภคเครื่องดื่มรสหวาน ขนมหวาน ซึ่งวัยรุ่นดังกล่าวยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับปริมาณพลังงานของอาหารที่ได้รับ รวมถึงโรคที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เกินความต้องการของร่างกาย (Ruangchai & Uttrachai, 2022)

3. ความรอบรู้ด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เนื่องจาก นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นใช้กระบวนการทางปัญญาในการคิดวิเคราะห์ รวมทั้งใช้ทักษะทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และโรงเรียนทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะเข้าถึง รวมทั้งใช้ข้อมูลข่าวสารนำไปสู่การตัดสินใจเลือกบริโภคอาหาร นำไปสู่พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้ ความเข้าใจด้านโภชนาการ การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ การรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ การสื่อสารด้านโภชนาการ และการจัดการตนเองด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจาก เมื่อนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และโทษที่เกิดจากการบริโภคอาหารนั้นๆ จะสามารถเลือกใช้แหล่งข้อมูล รู้วิธีการค้นหาข้อมูลด้านโภชนาการ มีการตรวจสอบข้อมูลที่หลากหลายหลาย จนมีข้อมูลที่น่าเชื่อถือ สามารถเปรียบเทียบเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยง ความเสี่ยงด้านโภชนาการที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความจากสื่อเหล่านั้นเพื่อชี้แนะสื่อสาร โน้มน้าวและยอมรับข้อมูลนำมาสู่การเลือกปรับเปลี่ยนวิถีเกี่ยวกับโภชนาการ นำไปสู่แนวทางในการตัดสินใจบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ความรู้ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจภายในตัวเองในทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Sasitha, Ivanovitch & Boonshuyar, 2022) ยิ่งไปกว่านั้นหากนักเรียนได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการที่เหมาะสมจะทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับ Singtong (2022) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่าความรู้ด้านโภชนาการที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคที่ดีขึ้น ความรู้ด้านโภชนาการในช่วงวัยรุ่นเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมเพื่อเป็นความรู้พื้นฐาน ก่อนการเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ลดการเกิดพฤติกรรมการละเลยดูแลสุขภาพ ด้านโภชนาการที่จะทำให้เกิดโรคและปัญหาสุขภาพต่างๆ ตามมา (Nimmagadda, Gopalakrishnan, Avula, Dhar, Diamond, Fernald & et al., 2019)

ส่วนการตัดสินใจด้านโภชนาการ ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น แม้ว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นจะทราบถึงข้อดีและข้อเสียของโภชนาการ แต่เนื่องจากวัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยที่ชอบเลียนแบบบุคคลที่ตนเองชื่นชอบและมีชื่อเสียง รวมทั้งให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์ของตนเอง อีกทั้งสื่อที่มีความหลากหลายทำให้เกิดการเลียนแบบ จึงปฏิเสธการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับการวิจัยของ Chookunhum (2024) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและ

พฤติกรรมควบคุมภาวะอ้วนของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ที่พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาที่มีภาวะอ้วนรับรู้ว่าอ้วนแล้วเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง แต่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงอาหารและขนมที่ชอบไม่ได้ โดยเฉพาะพวกไก่ทอด ไส้กรอก

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีความรอบรู้ด้านโภชนาการในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมทั้งครูในโรงเรียนควรมีการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับนักเรียน เน้นด้านโภชนาการรวมถึงด้านอื่นๆ ควบคู่ไปด้วย โดยเป็นกิจกรรมทั้งในและนอกห้องเรียน รวมถึงการพัฒนาสื่อทางโภชนาการ สื่อสุขภาพ เพื่อพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อของนักเรียน โดยใช้วิธีการสื่อสารข้อมูลสุขภาพในรูปแบบและช่องทางที่หลากหลาย สามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวก พัฒนาสื่อที่ทำให้เด็กนักเรียนสามารถเข้าใจ จดจำได้ง่าย และไม่สับสน อีกทั้งโรงเรียนควรมีการกำหนดนโยบายหรือกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการและมีการประเมินติดตามภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการปลูกฝังและส่งเสริมให้นักเรียนมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะด้านภาวะโภชนาการ ซึ่งเป็นแนวทางที่จะการกระตุ้นให้นักเรียนเกิดความรู้ด้านโภชนาการที่ดีขึ้น

2. จากผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยความรู้ ความเข้าใจด้านโภชนาการ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพด้านโภชนาการ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านโภชนาการ การสื่อสารด้านโภชนาการ การจัดการตนเองด้านโภชนาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ คุณครูผู้ปกครอง ครอบครัวและเด็ก ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา โรงเรียนและผู้เกี่ยวข้องกับการจัดขายอาหารในโรงเรียน หรือพื้นที่บริเวณใกล้เคียงโรงเรียน จึงควรเห็นความสำคัญและปลูกฝังแนวคิดด้านการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการให้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาทุกระดับชั้น และหากวิธีในการส่งเสริมให้นักเรียนได้มีแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมตามวัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น และศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เช่น การสนับสนุนทางสังคม การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง เป็นต้น

2. ควรมีการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมขององค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

References

- Bartz A. E. (1999). *Basic statistical concepts*. (4th Edition). New Jersey: Prentice–Hall.
- Best, J, W. (1977). *Research in education*. 3rd ed. Englewood cliffs. Prentice hall, Inc.
- Bureau of Nutrition. (2024). *Annual report 2023*. Retrieved April 3, 2024 from https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/m_magazine/33500/4763/file_download/a9289ba849694ad6514dd60c223f2c54.pdf. (in Thai)

- Chookunhum, P., Sriyasak, A., Boontham, S., Chinglek, W., & Sangartit, S. (2024). Health literacy and obesity health behaviors among primary school students. *Journal of Health Research and Innovation*, 7(1), <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri/article/view/261005/182737>.
- Ekakul, T. (2007). *Research methodology in behavioral sciences and social sciences*. Offset Printing Science. (in Thai)
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*. Health data center. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=46522b5bd1e06d24a5bd81917257a93c.
- Health Education Division. (2022). *Summary of the results of the assessment of the potential for self-health management of the target group of people fiscal year 2023*. Retrieved April 3, 2024 from <https://hed.go.th/wp-content/uploads/2024/05>. (in Thai)
- Kittiboonthawal, P., Chernchum, J., & Cheutong, S. (2022). Health literacy and health behaviors of school-aged children. *Journal of MCU Social Development*, 7(2), 73-80.
- Muksing, W., Tohyusoh, N., & Punriddum, J. (2016). Factors related to health care behavior among school children in Nakhon Si Thammarat nunicipality. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 3(3), 66-74.
- Nimmagadda, S., Gopalakrishnan, L., Avula, R., Dhar, D., Diamond-Smith, N., Fernald, L., et al. (2019). Effects of an Health intervention for community health workers on maternal and child nutrition and health service delivery in India: protocol for a quasi-experimental mixed-methods evaluation. *British Medical Journal*, 9(3). <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/3/e025774.full.pdf>.
- Nithitantiwat, P., & Udomsapaya, W. (2017). Food consumption behavior among thai adolescents, impacts, and solutions. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 28(1), 122-124.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67, 2072-2078.
- Piaget, J. (1962). *The Stage of the intellectual development of the child's thinking and reasoning*. Penquin Book.
- Promsalee, S., & Kanjanasing, S. (2022). The factors related to health literacy of school-aged in health regional 6th. Retrieved May 9, 2024 http://do6.new.hss.moph.go.th:8080/fileupload_doc/2022-02-28-7-22-4473606.pdf. (in Thai)
- Punnawit, C., & Thongthep, S. (2020). Health literacy and health behaviors according to national health recommendations among students aged 10–14 year old in Chaloem phra kiatt district, Nakhon si thammarat province. *Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University*, 5(1), 26-36.
- Ruangchai, K., & Uttrachai, A. (2022). Nutrition knowledge, foods consumption and exercise behavior effect to nutritional status in adolescents in phra nakhon si ayutthaya province. *Research and Development Health System Journal*, 15(1), 101-115.

- Ruangying, J., Jorajit, S., & Janyam, K. (2016). Food consumption behavior of adolescents in songkhla province: Synthesis of literacy and factors influencing food consumption behavior. *Journal of Liberal Arts, Prince of Songkla University, Hat Yai Campus*, 8(1), 245-264.
- Samruayruen, K. (2022). *Developing a tool for assesing food and nutrutuin literacy among secondary school study*. Naresuan university.
- Sangkathiph, A., & Lowirakorn, S. (2017). Food consumption behavior and nutritional status of secondary school students in Kudpladug sub district, Chuenchom district, Mahasarakham province. *Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University*, 19(1), 178-189.
- Sasitha, R., Ivanovitch, K., & Boonshuyar, C. (2022). Nutrition literacy and eating behavior of undergraduate students of faculty of public health, Thammasat university. *The Public Health Journal of Burapha University*, 17(1), 28-43.
- Singtong, T. (2022). *Effects of a nutrition literacy promotion program on eating behavior of secondary school students*. Master's thesis, Thammasat university. TU Digital Collections. https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:178272. (in Thai)
- Siripitchtrakul, P., Vatanasomboon, P., Satheannoppakao, W., & Sujirarat, D. (2020). Nutrition literacy among grade 9 students of Bangkok metropolitan administration schools. *Thai Journal of Public Health*, 50(1), 64-70.
- Sripitak, T., Chutipattana, N., & Thongsamsi, I. (2022). Factors related to health literacy associated with consuming behavior and exercise in preventing obesity syndrome of adolescent students in Yala province. The 10th Hatyai adtional and international conference.
- Sriyasak, A., Kaewmalai, R., Khruesa-nga, N., Tantiphirom, N., Chaobankoh, P., & lamsaard B. (2020). Nutrition-label health literacy of school age children: Case study in Phetchaburi province. *Academic Journal of Community Public Health*, 6(2), 70-82.
- Unkaew, N. (2022). *Factors influencing food consumption behavior among senior high school students, Khlong Khlung district, Kamphaeng Phet province*. Master's thesis. Naresuan university. (in Thai)
- Waratornpaibul, T. (2014). Consumption behavior: Consumerism food and health-conscious food. *Panyapiwat Journal*, 5(2), 255-264.
- World Health Organization. (2021). *Global status report PO "MDPIPM BOE) FBMUI 21*. Geneva: WHO.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: an introductory analysis*. Harper & Row.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต
Factors Associated with Burnout Syndrome among Public Health Personnel in
Phuket Province

กรรภิรมย์ สุบรรณ^{1*}, มลีนี สมภพเจริญ² และ ปิยะธิดา ขจรชัยกุล³
Kanpirom Suban^{1*}, Malinee Sompopcharoen² and Piyathida Khajornchaikul³
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Faculty of Public Health, Mahidol University

(Received: August 22, 2024, Revised: October 1, 2024, Accepted: October 10, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ภาวะหมดไฟในการทำงาน และ 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ 302 คน ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ตรวจสอบเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67 – 1.00 วิเคราะห์ค่าความเที่ยงได้ค่าความเชื่อมั่น 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square, Fisher's Exact Test และ Spearman rank correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะหมดไฟในการทำงานอยู่ในระดับไม่มี/น้อย และระดับมากใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 50.99 และ 49.01) เมื่อวิเคราะห์สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน พบว่า ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส และคุณภาพการนอนมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำมาก ($r = -0.193$, $p = 0.001$) ความเครียดมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r = -0.365$, $p < 0.001$) ส่วนรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กันอยู่ในทิศทางบวกระดับต่ำ ($r = 0.218$, $p < 0.001$) สำหรับความสามารถของตนเอง ปริมาณงาน ลักษณะงานที่รับผิดชอบ นโยบายขององค์กร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจากคนสำคัญหรือคนพิเศษ ความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต อยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.392$, 0.306 , 0.297 , 0.281 , 0.313 และ 0.298 ; $p < 0.001$)

ดังนั้น ควรจัดโครงการตรวจประเมินสุขภาพจิตในกลุ่มบุคลากรที่มีภาวะหมดไฟในระดับสูง หากพบกลุ่มที่มีโรคทางจิตเวชร่วม ควรส่งต่อเพื่อทำการรักษา ส่วนกลุ่มที่ไม่พบโรคทางจิตเวชร่วม ควรจัดให้มีกิจกรรมหรือรูปแบบการทำงานที่ ลดภาวะหมดไฟซึ่งจะส่งผลต่อการลาออกจากงานต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะหมดไฟในการทำงาน, บุคลากรสาธารณสุข, ภูเก็ต

ผู้ให้การติดต่อ*Corresponding e-mail: kanz_1992@hotmail.com

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to examine 1) burnout syndrome, and 2) the factors associated with burnout syndrome among public health personnel in Phuket Province. The sample size was calculated to be 302 individuals, selected through simple random sampling. Data were collected during May 2024 using a questionnaire. The instrument was reviewed by three experts, with an Item-Objective Congruence (IOC) index ranging from 0.67 to 1.00. The reliability analysis showed a Cronbach's alpha of 0.85. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square, Fisher's Exact Test, and Spearman's rank correlation coefficient.

The research findings indicated that burnout syndrome was nearly evenly distributed between low/none and high levels (50.99% and 49.01%, respectively). When analyzing factors associated with burnout, it was found that educational level, marital status, and sleep quality had statistically significant associations with burnout at the 0.05 level. Age was found to have a very low correlation with burnout ($r = -0.193$, $p = 0.001$), while stress had a low negative correlation ($r = -0.365$, $p < 0.001$). Average monthly income showed a low positive correlation ($r = 0.218$, $p < 0.001$). Other factors, including self-efficacy, workload, job characteristics, organizational policies, family support, coworker support, and support from significant others, had low correlations with burnout among public health personnel in Phuket Province ($r = 0.392$, 0.306 , 0.297 , 0.281 , 0.313 , and 0.298 , respectively; $p < 0.001$).

Therefore, a mental health assessment program should be organized for personnel with high levels of burnout. If individuals with comorbid psychiatric disorders are identified, they should be referred for treatment. For those without comorbid psychiatric disorders, activities or work formats should be implemented to reduce burnout, which will help prevent job turnover in the future.

Keywords: Burnout syndrome, Public health personnel, Phuket

บทนำ

ภาวะหมดไฟในการทำงาน หรือ Burnout syndrome เป็นปัญหาทางสุขภาพจิต อย่างหนึ่งถือเป็นการเจ็บป่วยทางจิต และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของกลุ่มคนรุ่นใหม่ ในปี พ.ศ. 2562 องค์การอนามัยโลก หรือ World Health Organization (WHO) ได้ประกาศให้ภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นภาวะทางสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางการวินิจฉัยโรคภาวะหมดไฟ การไม่สามารถรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ รอบตัวที่เกิดขึ้นได้นั้น ส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ส่งผลทำเป็นโรคซึมเศร้าที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Department of Mental Health, 2020) ซึ่งการกำหนดนิยามของภาวะหมดไฟจากการทำงานระบุไว้ว่าเป็นภาวะความเครียดที่เกิดจากการทำงาน ผู้ที่อยู่ในภาวะนี้มักมีความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion) รู้สึกแยกจากความเป็นบุคคล (Depersonalization) รวมถึงรู้สึกว่าตนเองด้อยความสามารถ (Reduced personal accomplishment) นำไปสู่ปัญหาด้านต่าง ๆ (Nakawiro, 2021) บุคลากรทั่วโลกกำลังประสบปัญหาความเหนื่อยล้าทางร่างกายและอารมณ์ในการทำงาน ซึ่งปัญหานี้เกิดขึ้นมาเป็นระยะเวลานานแล้ว และปัจจุบันได้กลายเป็นปัญหาใหญ่ระดับโลก ซึ่งพบว่า มีผู้อยู่ในภาวะหมดไฟในการทำงาน ร้อยละ 49 ทั้งระดับเสี่ยงสูงมาก ระดับเสี่ยงสูง ระดับค่อนข้างเสี่ยงสูง ระดับเสี่ยงต่ำ และระดับเสี่ยงต่ำมากในอัตราส่วนร้อยละ 6, 15, 28, 29 และ 22 ตามลำดับ (Alexander, De-Smet, Langstaff, & Ravid, 2021) และยังมีรายงานว่ามีผู้อยู่ในภาวะความเครียด ร้อยละ 44 (Gallup, 2022) เห็นได้ชัดจากปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์การ

แพร่ระบาดของโรค Covid-19 ที่แพร่ระบาดเป็นวงกว้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานพยาบาล โรงงาน อุตสาหกรรมหรือสถานที่ที่ยังเปิดดำเนินการอยู่ และพบว่าผู้ติดเชื้อรวมทั้งเสียชีวิตจำนวนมาก (Travelperk, 2023)

สถานการณ์ในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ.2563 มีการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยวิทยาลัยการ จัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ผลวิจัยทางการตลาด เรื่อง “การตลาดเติมพลัง Burnout in the city: ก่อน สังคมจะหมดไฟ ธุรกิจอะไรที่ตอบโจทย์คุณ” ได้สำรวจประชากรกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,280 คน มีผู้อยู่ในภาวะหมดไฟในการทำงานในระดับกลางไปจนถึงระดับสูง ร้อยละ 12 และระดับต่ำ ไปจนถึงระดับกลาง ร้อยละ 57 และร้อยละ 31 คือ กลุ่มคนที่ไม่ได้อยู่ในภาวะหมดไฟในการทำงาน และพบว่า ผู้ที่ตกอยู่ในภาวะหมดไฟในการทำงานมากที่สุด คือ ผู้ที่อายุต่ำกว่า 22 ปี รองลงมาคือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 23 - 38 ปี และ 55 - 73 ปี ในสัดส่วนร้อยละ 17, 13 และ 7 ตามลำดับ (Ketchaikosol, 2021) นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิต รายงานว่า ผลสำรวจประชากรวัยทำงานในพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ทุกอาชีพตกอยู่ใน ภาวะหมดไฟในการทำงาน และกำลังเสี่ยงที่จะเข้าสู่ภาวะหมดไฟในการทำงานมากที่สุด คือ พนักงาน รัฐวิสาหกิจ พนักงานเอกชน ข้าราชการ และธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 77, 73, 58 และ 48 ตามลำดับ (Department of Mental Health, 2020) และในช่วงปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีรายงานว่าบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในสัดส่วนร้อยละ 2.7, 4.7 และ 12.2 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมถึงความชุกของภาวะหมดไฟในคน ทั่วไปประมาณร้อยละ 10 - 25 (De-Hert, 2020) ในบุคลากรสาธารณสุขมีความชุกตั้งแต่ร้อยละ 0 - 80 โดยพบ ความชุกสูงในผู้ทำงานด่านหน้า ห้างฉุกฉิน หอผู้ป่วยวิกฤติ ถึงร้อยละ 80 (Amiri, Vahedi, Mirhoseini, Egtesadi, & Khosravi, 2019) และในแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว อายุรแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติฉุกเฉิน (Shanafelt, Boone, Tan, Dyrbye, Sotile, Satele, et al., 2012) จากกรณีศึกษา พบว่าบุคลากรทาง การแพทย์มีความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูง ร้อยละ 38.1 สาเหตุส่วนใหญ่มาจากจำนวนชั่วโมงในการ ทำงานต่อสัปดาห์ ความกังวลว่าจะเป็นพาหะนำโรค รวมถึงปัญหาด้านการเงิน (Chutchaikulsi, 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเอง ปัจจัยการทำงาน และปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ดังเช่น อายุ มาก การมีประสบการณ์การทำงานนาน และตำแหน่งงาน (Green, Martin, & White, 2022) รายได้เฉลี่ยต่อ เดือน การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ลักษณะการทำงานที่มีความกดดัน (Ritsamret, Thammakun, & Laoraksawong, 2022) สภาพแวดล้อมในการทำงาน (Galaiya, Kinross, & Arulampalam, 2020) ความขัดแย้งระหว่างคนกับงาน และสถานภาพสมรส การได้รับผลตอบแทนที่ไม่สมดุลกับงาน (Bumrunghpanichthaworn, Jaidee, Wattanaburanon, Maharachpong, 2022) ด้านการรับรู้ ต่อ ความสามารถของตนเอง (Ratchanipon, 2023)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตเป็นองค์กรหนึ่งที่มีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตในการทำงานและ ความสุขในการทำงาน เพื่อให้บุคลากรเกิดความผูกพันต่อองค์กร จึงมีการดำเนินงานโดยใช้แผนยุทธศาสตร์ สุขภาพจังหวัดภูเก็ตเป็นตัวขับเคลื่อนองค์กร โดยมีวิสัยทัศน์ คือ “Phuket health for all the leader of medical and public health by innovation and modern technology” ซึ่งหมายถึง ภูเก็ตเมืองแห่งสุขภาพ ดีถ้วนหน้า การแพทย์และสาธารณสุขชั้นนำภายใต้นวัตกรรมและเทคโนโลยีที่ทันสมัย” และยังคงขับเคลื่อน ภายใต้นโยบาย Phuket ซึ่งเป็นที่ยึดถือปฏิบัติ โดยมีหน่วยงานในสังกัดจำนวนทั้งสิ้น 7 แห่ง ถือเป็นหน่วยงานที่ ให้บริการด้านสุขภาพโดยมีบทบาทหน้าที่ให้บริการ การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาและฟื้นฟู ส่งเสริมสุขภาพ และงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข ดังนั้น การดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตจึงเป็นเรื่องสำคัญ การวิจัยนี้หากได้ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการ ทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต จะสามารถนำเสนอข้อมูลพื้นฐาน

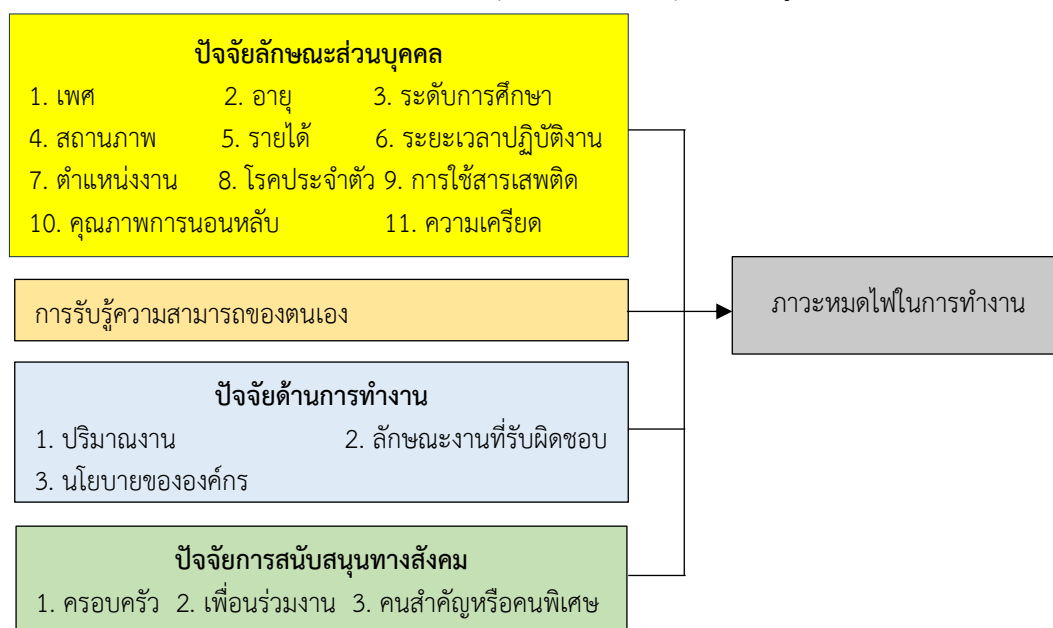
สำหรับวางแผนพัฒนาเชิงนโยบายด้านกำลังคนให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People excellence) และบรรลุเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้น “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยจึงสร้างกรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเอง ปัจจัยการทำงาน และปัจจัยสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) เก็บข้อมูลในเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ คือ บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต 7 แห่ง จำนวน 730 คน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต โรงพยาบาลป่าตอง โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลฉลอง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองภูเก็ต สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกะทู้ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอถลาง

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรการประมาณค่าสัดส่วนแบบทราบขนาดประชากร (Daniel, 1991) ได้ 302 คน ทำการเก็บข้อมูลด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) แบบจับฉลากไม่ใส่กลับจนได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตที่มีการจ้างงานตั้งแต่พ้นการทดลองราชการ (6 เดือน) และ 2) สนใจเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่อยู่ในช่วงของการลาศึกษาต่อ/เจ็บป่วยในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในครั้งนี้ โดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน โรคประจำตัว การใช้สารเสพติด และคุณภาพการนอนหลับ ทุกข้อคำถามมีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง 11 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 7 ข้อ และเชิงลบ 4 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประเมินค่าแบบ Likert scale 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด (5 คะแนน) ถึงน้อยที่สุด (1 คะแนน)

การแปลผล จากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อและภาพรวม ระดับการวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Rating scale) มาจัดเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best (1977) คือ ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.62 - 3.40) ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60) และระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเครียด ปรับปรุงมาจากแบบวัดความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST-20) 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประเมินค่าแบบ Likert scale 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่รู้สึกเครียด (5 คะแนน) ถึงเครียดมากที่สุด (1 คะแนน)

การแปลผล จากคะแนนรวม ระดับการวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Rating scale) มาจัดเป็น 4 ระดับ คือ เครียดระดับน้อย (คะแนน 0 - 23) เครียดระดับปานกลาง (คะแนน 24 - 41) เครียดระดับสูง (คะแนน 42 - 61) เครียดระดับรุนแรง (คะแนน 62 ขึ้นไป)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยการทำงาน 9 ข้อ ประกอบด้วย 1) ปริมาณงาน 3 ข้อ 2) ลักษณะงานที่รับผิดชอบ 3 ข้อ และ 3) ด้านนโยบายขององค์กร 3 ข้อ ใช้มาตรวัดประเมิน ด้วยของ Likert 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด (5 คะแนน) ถึงน้อยที่สุด (1 คะแนน)

การแปลผล จากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อและภาพรวม ระดับการวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Rating Scale) มาจัดเป็น 5 ระดับ ตามแนวคิดของ Best (1977) คือ ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.62 - 3.40) ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60) และระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม 10 ข้อ ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนจากครอบครัว 3 ข้อ 2) การสนับสนุนจากเพื่อน 3 ข้อ และ 3) การสนับสนุนจากคนสำคัญอื่น 4 ข้อ ลักษณะของการตอบแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยกำหนดหลักเกณฑ์ในการให้คะแนน Likert scales ซึ่งแบ่งออกเป็น 7 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างมากที่สุด (7 คะแนน) ถึงไม่เห็นด้วยอย่างมากที่สุด (1 คะแนน)

การแปลผล จากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อและภาพรวม ระดับการวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Rating scale) มาจัดเป็น 7 ระดับ ตามแนวคิดของ Best (1977) คือ ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 6.15 - 7.00) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 5.30 - 6.14) ระดับค่อนข้างมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.44 - 5.29) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 5.38 - 4.43) ระดับค่อนข้างน้อย (คะแนนเฉลี่ย 2.72 - 3.57) ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.87 - 2.71) และระดับน้อยที่สุดมาก (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.86)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน ซึ่งประยุกต์ใช้แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โครงการวิจัยพัฒนารูปแบบการส่งเสริมภูมิคุ้มกันทางใจ ป้องกันภาวะหมดไฟ คู่มือใจคนทำงานของศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 22 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 14 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ 9 ข้อ 2) ด้านการลดความเป็นบุคคล 5 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 8 ข้อ และ 3) ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า Rating scale ที่มีคำตอบเป็นทางเลือก 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย (0 คะแนน) ถึงมีความรู้สึกเช่นนั้นทุก ๆ วัน (6 คะแนน)

การแปลผล จากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อและภาพรวม กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับโดยใช้ค่าเฉลี่ย (M= 1.61) (Woraphongsathorn, 2015) ดังนี้

น้อยกว่าค่าเฉลี่ย	หมายถึง	ภาวะหมดไฟอยู่ในระดับไม่มี/น้อย
มากกว่าและเท่ากับค่าเฉลี่ย	หมายถึง	ภาวะหมดไฟอยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหา (Content validity) และนำไปวิเคราะห์เพื่อหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index หรือ CVI) ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา รายข้อ (I-CVI) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.80 - 1.0 จากนั้นได้นำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.94 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ๆ มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.72 ความเครียด ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.94 ปัจจัยการทำงาน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.83 ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.94 และภาวะหมดไฟ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
2. เมื่อผ่านการรับรองจริยธรรม ฯ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตรับรองให้ทำวิจัย ผู้วิจัยส่งหนังสือฉบับอนุมัติ นำเรียนถึงหัวหน้าหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เมื่อได้รับการอนุมัติจากหัวหน้าหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต จึงเริ่มดำเนินการส่งหนังสือยินยอมตนในการทำวิจัย และแบบสอบถามให้กลุ่มเป้าหมายตอบและรวบรวมส่งคืนให้ผู้ทำวิจัย
4. ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567
5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และนำแบบสอบถามที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยระเบียบวิธีทางสถิติ และสรุปผลเพื่อรายงานผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. การวิเคราะห์ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถของตนเอง ปัจจัยการทำงาน ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม และระดับภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งงาน โรคประจำตัว การใช้สารเสพติด และคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้สถิติ ได้แก่ Chi-square และ Fisher's exact test

ทั้งนี้ เนื่องจากการทดสอบการกระจายของข้อมูลภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต โดยใช้สถิติ Kolmogorov-smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ($p < 0.05$) จึงเลือกใช้สถิติสหสัมพันธ์ Spearman rank correlation coefficient ในการวิเคราะห์อายุ รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ความเครียด การรับรู้ความสามารถของตนเอง ปัจจัยการทำงานความเครียด ความสามารถของตนเอง ปัจจัยการทำงาน และปัจจัยสนับสนุนทางสังคม โดยมีค่าสหสัมพันธ์ (Bartz, 1999) ดังนี้ ความสัมพันธ์สูงมาก ($r = 0.80 - 1.00$) ความสัมพันธ์สูง ($r = 0.60 - 0.79$) ความสัมพันธ์ปานกลาง ($r = 0.40 - 0.59$) ความสัมพันธ์ต่ำ ($r = 0.20 - 0.39$) และความสัมพันธ์ต่ำมาก ($r = 0.01 - 0.19$)

จริยธรรมวิจัย

วิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ MUPH 2024-032 เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล พบว่า มากกว่า 4 ใน 5 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.79) มีอายุเฉลี่ย 38.80 ปี (S.D.= 10.47) อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 60 ปี มากกว่า 3 ใน 4 จบระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 78.15) เกือบครึ่งมีสถานภาพโสด (ร้อยละ 49.01) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,264.72 บาท (S.D.= 19,284.23) รายได้ต่ำสุด 8,355 บาท รายได้สูงสุด 100,000 บาท ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 12.07 ปี (S.D.= 10.68) ระยะเวลาต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 39 ปี ตำแหน่งงานสัดส่วน 4 ใน 5 เป็นผู้ปฏิบัติงาน (ร้อยละ 81.79) รองลงมา ระดับหัวหน้างาน ร้อยละ 15.2 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 74.17) เกือบทั้งหมดไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 97.68) และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 87.09) และมีคุณภาพการนอนเหมาะสม (ร้อยละ 74.17)

2. ความเครียด การรับรู้ความสามารถของตน ปัจจัยการทำงาน และปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเครียด การรับรู้ความสามารถของตน ปัจจัยการทำงาน และปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ($n = 302$)

ตัวแปร	M	S.D.	แปลผล
ความเครียด	43.51	13.56	ระดับสูง
ความสามารถของตน	3.74	0.41	ระดับมาก
ปัจจัยการทำงาน			
ปริมาณงาน	3.75	0.59	ระดับมาก
ลักษณะงานที่รับผิดชอบ	3.73	0.64	ระดับมาก
นโยบายขององค์กร	3.37	0.82	ระดับปานกลาง
ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม			
การสนับสนุนจากครอบครัว	5.45	1.14	ระดับมาก
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน	5.95	1.04	ระดับมาก
การสนับสนุนจากคนสำคัญหรือคนพิเศษ	5.78	1.13	ระดับมาก

จากตารางที่ 1 พบว่า ความเครียดอยู่ในระดับสูง ($M = 43.51$, $S.D. = 13.56$) ความสามารถของตนอยู่ในระดับมาก ($M = 3.74$, $S.D. = 0.41$) ปัจจัยด้านการทำงานอยู่ในระดับมาก ยกเว้นนโยบายขององค์กรอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.37$, $S.D. = 0.82$) ส่วนปัจจัยสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากทุกด้าน

3. ภาวะหมดไฟในการทำงาน ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะหมดไฟในการทำงาน ($n = 302$)

ภาวะหมดไฟในการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่มี/น้อย	154	50.99
ระดับมาก	148	49.01

จากตาราง 2 พบว่า ภาวะหมดไฟในการทำงานอยู่ในระดับไม่มี/น้อย และระดับมากใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 50.99 และ 49.01)

4. เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งงาน โรคประจำตัว การใช้สารเสพติด คุณภาพการนอนหลับกับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต พบว่า

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข ด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test

ตัวแปร	ภาวะหมดไฟในการทำงาน		χ^2	df	p-value
	ระดับไม่มี/น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ระดับมาก จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ			0.776	1	0.378
ชาย	31 (56.36)	24 (43.64)			
หญิง	123 (49.89)	124 (50.20)			
ระดับการศึกษา			4.411	1	0.036
ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี	16 (36.36)	28 (63.64)			
ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	138 (53.49)	120 (46.51)			
สถานภาพสมรส			6.579	2	0.037
โสด	65 (43.92)	83 (56.08)			
สมรส	75 (56.39)	58 (43.61)			
ม่าย/หย่า/แยก	14 (66.67)	7 (33.33)			
ตำแหน่งงาน			2.183	1	0.140
ผู้อำนวยการ/หัวหน้างาน	33 (60.00)	22 (40.00)			
ผู้ปฏิบัติงาน	121 (48.99)	126 (51.01)			
โรคประจำตัว			1.888	1	0.169
มี	45 (57.69)	33 (42.31)			
ไม่มี	109 (48.66)	115 (51.34)			
การสูบบุหรี่			Fisher's Exact Test		0.230
สูบบุหรี่	2 (28.57)	5 (71.43)			
ไม่สูบบุหรี่	152 (51.53)	143 (48.47)			
ดื่มแอลกอฮอล์			0.420	1	0.517
ดื่ม	18 (46.15)	21 (53.85)			

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปร	ภาวะหมดไฟในการทำงาน		χ^2	df	p-value
	ระดับไม่มี/น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ระดับมาก จำนวน (ร้อยละ)			
ไม่เต็ม	136 (51.71)	127 (48.29)	8.307	2	0.016
คุณภาพการนอน					
น้อยเกินไป	27 (36.49)	47 (63.51)			
เหมาะสม	125 (55.80)	99 (44.20)			
มากเกินไป	2 (50.00)	2 (50.00)			

จากตาราง 3 พบว่า ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส และคุณภาพการนอนมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ทำงาน ความเครียด การรับรู้ความสามารถของตนเอง ปัจจัยการทำงาน และปัจจัยสนับสนุนทางสังคมกับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต พบว่า

ตาราง 4 แสดงผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ความสามารถของตนเอง ปัจจัยการทำงาน และปัจจัยสนับสนุนทางสังคมกับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต (n=302)

ปัจจัย	ค่าความสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับ
ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล			
อายุ	-0.193	0.001	ต่ำมาก
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.218	< 0.001	ต่ำ
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	-0.080	0.166	ไม่มีความสัมพันธ์
ความเครียด	0.365	< 0.001	ต่ำ
ความสามารถของตน	-0.392	< 0.001	ต่ำ
ปัจจัยการทำงาน			
ปริมาณงาน	-0.306	< 0.001	ต่ำ
ลักษณะงานที่รับผิดชอบ	-0.297	< 0.001	ต่ำ
นโยบายขององค์กร	-0.299	< 0.001	ต่ำ
ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม			
การสนับสนุนจากครอบครัว	-0.281	< 0.001	ต่ำ
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน	-0.313	< 0.001	ต่ำ
การสนับสนุนจากคนสำคัญหรือคนพิเศษ	-0.298	< 0.001	ต่ำ

จากตาราง 4 พบว่า ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต และอยู่ในทิศทางลบ ได้แก่ อายุมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำมาก ($r = -0.193$, $p = 0.001$) ความเครียดมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r = -0.365$, $p < 0.001$) ส่วนรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กันอยู่ในทิศทางบวกระดับต่ำ ($r = 0.218$, $p < 0.001$)

ความสามารถของตนเอง ปริมาณงาน ลักษณะงานที่รับผิดชอบ นโยบายขององค์กร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน การสนับสนุนจากคนสำคัญหรือคนพิเศษความสัมพันธ์กับภาวะหมด

ไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต อยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.392, 0.306, 0.297, 0.299, 0.281, 0.313$ และ $0.298; p < 0.001$)

อภิปรายผล

ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต มีสัดส่วนระหว่างระดับไม่มี/น้อย (ร้อยละ 50.99) และระดับมาก (ร้อยละ 49.01) โดยระดับไม่มี/น้อยมีสัดส่วนที่มากกว่าเล็กน้อย อาจจะเนื่องมาจากว่า บุคลากรสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต ที่ตอบแบบสอบถามมีอายุเฉลี่ย 38.80 ปี ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มวัยทำงานตอนกลาง เริ่มมีความรับผิดชอบในหน้าที่การงานอย่างแท้จริง เริ่มเลือกงานที่ตนเองชอบและมีความถนัด เริ่มมีความพึงพอใจในหน้าที่การงานที่เลือก เริ่มเลือกรูปแบบในการดำเนินชีวิต และบางคนอาจจะเริ่มต้นในชีวิตของการแต่งงาน มีบทบาทในหน้าที่ของในครอบครัวมากขึ้น อีกเหตุผลหนึ่ง คือ ผู้ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งเพศหญิงมีลักษณะพฤติกรรมที่มีความละเอียดรอบคอบ มีความละเอียดอ่อนในการทำงาน ในการทำงานจึงต้องการให้งานที่ให้ออกมาทำให้เกิดความพึงพอใจของบุคคลอื่น ทั้งนี้ ยังสอดคล้องกับผลจากงานวิจัยที่พบว่า บุคลากรสาธารณสุขจะปฏิบัติต่อผู้รับบริการราวอย่างมีชีวิตจิตใจ (ร้อยละ 86.09) และไม่รู้สึกลมดห้วงเมื่อถึงเวลาเลิกงาน (ร้อยละ 68.54) จากข้อคำถามแสดงให้เห็นว่า บุคลากรสาธารณสุขยังไม่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน แต่ในขณะเดียวกันมีบุคลากรสาธารณสุขเกือบครึ่งมีภาวะหมดไฟในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sinutpattanasuk & Wijitraphan (2022) ที่พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ มีภาวะหมดไฟอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับ Bumrungphanichthaworn, Jaidee, Wattanaburanon, & Maharachpong (2022) ที่พบว่า ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ส่วนใหญ่มีภาวะหมดไฟในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ แต่แตกต่างกับการศึกษาของ Choon-ngarm (2020) ที่พบว่า ภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา มีภาวะหมดไฟในการทำงานในระดับสูง

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต พบว่า อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส คุณภาพการนอน ความเครียด สามารถอธิบายได้ดังนี้

อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟกับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต อยู่ในระดับต่ำมาก มีทิศทางในทางลบ อาจจะเป็นเพราะว่า ผู้ที่ตอบแบบสอบถามมีอายุห่างกันค่อนข้างมาก โดยมีอายุน้อยสุด (22 ปี) และสูงสุด (60 ปี) ซึ่งอาจจะทำให้มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟอยู่ในระดับต่ำ เพราะอายุที่ต่างกัน ย่อมมีความรู้สึก และประสบการณ์ทำงานที่ต่างกัน โดยผู้ที่เริ่มปฏิบัติงานอาจจะมีความท้าทายในการทำงาน อยากเรียนรู้ในการทำงาน และเป็นผู้ที่เริ่มการทำงาน อาจจะยังไม่ชินกับระบบ หรือมีความคิดที่จะพัฒนา แต่อาจจะไม่สามารถเปลี่ยนระบบหรือกระบวนการทำงานได้ จึงทำให้เกิดภาวะหมดไฟได้มากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานนาน ซึ่งผู้ที่ปฏิบัติงานนานเริ่มเคยชินกับระบบการทำงาน ซึ่งทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย สอดคล้องกับ Ketchaikosol (2021) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มเกษตรกรและเจ้าพนักงานเกษตรกรรม จังหวัดสุรินทร์

สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต อยู่ในระดับต่ำ อาจจะเป็นเพราะว่า บุคลากรสาธารณสุขเกือบครึ่งมีสถานะโสด (ร้อยละ 49.01) ซึ่งคนโสดจะไม่มีภาระหรือความรับผิดชอบของครอบครัวไม่มากนัก มีเวลาที่จะพักผ่อนหากเกิดความเบื่อหน่ายหรือเหนื่อยล้าในการทำงาน ซึ่งหากได้พักผ่อนเปรียบเสมือนการเติมพลังเพื่อที่จะได้กลับมาทำงานที่ตนเองรับผิดชอบต่อไป สอดคล้องกับ Bumrungphanichthaworn, Jaidee, Wattanaburanon, & Maharachpong (2022) ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต อยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ จากการตอบแบบสอบถามพบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 30,264.72 บาท ซึ่งรายได้ของบุคลากรมาจากค่าจ้างหรือเงินเดือนที่มีความชัดเจน ได้รับตรงกันในทุกเดือน และในทุก ๆ 1 ปี จะมีการประเมินและมีจำนวนเงินเพิ่มขึ้นทุกเดือน ทำให้บุคลากรมีการวางแผนการใช้เงินล่วงหน้าได้ชัดเจนขึ้น ทั้งนี้ ยังมีบุคลากรบางราย บางวิชาชีพ อาจจะมีรายได้จากการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ และมีรายได้เสริมจากการทำงานอื่น จึงทำให้รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน สอดคล้องกับ Bumrunghphanichthaworn, Jaidee, Wattanaburanon, & Maharachpong (2022) ที่พบว่า ค่าตอบแทนในการทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง

ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต อาจจะเป็นเพราะว่า บุคลากรสาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับเดียวกัน คือ ระดับปริญญาตรี ในการทำงานจะมีส่วนร่วมกันทำงานในรูปแบบของวิชาชีพที่จะต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยบริการ ก็คือ ผู้ป่วย มีการปรึกษาร่วมกันเพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อคนไข้ ฉะนั้น เมื่อมีระดับการศึกษาเท่าเทียมกันอาจจะทำให้มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับ Sinutpattanasuk & Wijitraphan (2022) ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน

คุณภาพการนอนมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต อาจจะเป็นเพราะว่า บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับที่เหมาะสม ซึ่งทำให้มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ มีพลังในการทำงานในวันต่อไป คุณภาพการนอนหลับจึงมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kittiban, Cheevakasemsook, & Phuangsomjit (2021) ที่พบว่า การการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอสามารถจัดการความเหนื่อยล้าจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต ทั้งนี้ เมื่อบุคลากรมีความเครียดย่อมทำให้มีภาวะหมดไฟในการทำงานเพิ่มมากขึ้น แต่ด้วยงานของบุคลากรสาธารณสุขเป็นงานที่ต้องกระทำกับผู้ป่วยที่มารับบริการ ซึ่งบางตำแหน่ง บางวิชาชีพ จะมีลักษณะของการทำงานที่เหมือนกันในแต่ละวัน ทำให้มีความเครียดในลักษณะเดียวกัน เกิดความเคยชินกับความเครียดนั้น ๆ จึงทำให้มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Phetsri (2023) ที่พบว่า ความเครียดในการทำงานมีความสัมพันธ์ต่อภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา

สำหรับความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต ทั้งนี้ เมื่อบุคลากรสาธารณสุขมีความสามารถของตนเองน้อยลง ย่อมทำให้เกิดภาวะหมดไฟมากยิ่งขึ้น ซึ่งอาจจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาของ Ratchanipon (2023) ที่พบว่า ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง แตกต่างกับการศึกษาของ Thawornwong (2021) ที่พบว่า ความสามารถของตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟของบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพระพรหม จังหวัดนครราชสีมา

ปัจจัยการทำงาน ได้แก่ ปริมาณงาน ลักษณะงานที่รับผิดชอบ และนโยบายขององค์กรมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต แสดงให้เห็นว่า หากบุคลากรมีปริมาณงานที่มากขึ้น ลักษณะงานที่รับผิดชอบเป็นลักษณะงานที่ยากหรือมีผลกระทบต่อคนอื่นรวมทั้งผู้มารับบริการ และหากมีนโยบายใหม่ ๆ ของ หน่วยงานทั้งของตนเองและหน่วยงานที่สูงขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นนโยบายใหม่ ๆ ที่ต้องมีการบูรณาการใหม่ หรือนโยบายที่เร่งรีบ เมื่อมีปัจจัยเหล่านี้เพิ่มมากขึ้นจะทำให้บุคลากรมีภาวะหมดไฟในการทำงานที่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sirirat (2021) พบว่า ภาระงานที่มากเกินไปเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานของพนักงานรัฐวิสาหกิจ กลุ่มเจนเรชั่นเบบี้บูมเมอร์ เช่นเดียวกับ

Bumrungphanichthaworn, Jaidee, Wattanaburanon, & Maharachpong (2022) ที่พบว่า ภาระงานที่มากเกินไปมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง

ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และคนสำคัญหรือคนพิเศษมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต ทั้งนี้ เมื่อบุคลากรมีการสนับสนุนที่น้อย ย่อมจะส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานสูงขึ้น ฉะนั้น การสนับสนุนจากครอบครัวจะเป็นแหล่งที่บุคลากรหันมาหาเพื่อขอความช่วยเหลือและความเข้าใจ เมื่อมีปัญหาหรือความกดดันในการทำงาน การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลเหล่านี้ จะสามารถเสริมสร้างความมั่นใจ และความเข้าใจในการจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญได้ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวย่อมมีความสำคัญในการช่วยลดภาวะหมดไฟในการทำงาน การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานช่วยให้บุคลากรรู้สึกว่ามีคนที่เข้าใจ และสามารถปรึกษาได้ในที่ทำงาน ลดความเครียด และเพิ่มความมั่นใจในการทำงาน การสนับสนุนจากคนสำคัญหรือคนพิเศษ เช่น คู่ครอง หรือเพื่อนสนิท สามารถช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ และแก้ไขปัญหาในที่ทำงานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ampornmunee (2021) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน และประชาชนผู้ใช้บริการมีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าจากการทำงาน เช่นเดียวกับ Junyotha, Chantanakul, Chaikittiporn, & Siri (2017) ปัญหาของผู้ป่วยและญาติมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การเสนอแนะมาตรการและนโยบาย ต่อผู้บริหารที่เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เช่น การขยายกรอบอัตรากำลังคนเพิ่มขึ้นเพื่อลดภาระงาน, การเสริมสร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรในเรื่องของค่าตอบแทนในการทำงาน, การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากร
2. จัดโครงการตรวจประเมินสุขภาพจิตในกลุ่มบุคลากรที่มีภาวะหมดไฟในระดับสูง เมื่อพบกลุ่มที่มีโรคทางจิตเวชร่วม ส่งพบจิตแพทย์เพื่อทำการรักษา และกลุ่มที่ไม่มีพบโรคทางจิตเวชร่วมเสนอแนะกิจกรรมหรือรูปแบบที่ลดภาวะหมดไฟ
3. พัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เสริมสร้างความเข้มแข็งในการจัดการความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมในที่ทำงานในกลุ่มบุคลากรที่มีภาวะหมดไฟในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาในกลุ่มบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขในกลุ่มจังหวัดอื่น ๆ นอกเหนือจากจังหวัดภูเก็ต เพื่อวิเคราะห์ถึงความแตกต่างของภาวะหมดไฟ ในการทำงาน นอกจากนี้สามารถนำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขได้
2. ตัวแปรที่ควรศึกษาเพิ่มเติมในการศึกษาครั้งต่อไป เพื่อความครอบคลุมและเหมาะสมกับสถานการณ์ที่หลากหลาย การศึกษาดังกล่าวควรพิจารณาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชา เป็นต้น
3. รูปแบบในการศึกษา ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง สัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่างโดยตรงจะได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ

References

Alexander, A., De-Smet, A., Langstaff, M., & Ravid, D. (2021). *What employees are saying about the future of remote work*. McKinsey & Company.

- Amiri, M., Vahedi, H., Mirhoseini, S. R., Eghtesadi, A. R., & Khosravi, A. (2019). Study of the relationship between self-efficacy, general health and burnout among Iranian health workers. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 10(6), 359.
- Ampornmune, N. (2021). Prevalence and associated factors of burnout syndrome in inquiry officials in the metropolitan police bureau. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 66(1), 39-52.
- Bartz, A. E. (1999). *Basics statistical concepts*. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Best, J. W. (1977). *Research in education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Bumrunghpanichthaworn, T., Jaidee, W., Wattanaburanon, A. Maharachpong, N. (2022). Factors related to burnout of worker in community hospital on pandemic COVID-19. *The Public Health Journal of Burapha University*, 17(1), 100-110.
- Choon-ngarm, N. (2020). Mental health and burnout among physicians in general hospital and community hospital in Nakhon Ratchasima province. *Journal of Mental Health of Thailand*, 28(4), 348-59.
- Chutchaikulsiri, P. (2021). Prevalence of burnout syndrome and its related risk factors among healthcare workers of Prasat Neurological Institute during Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 66(4), 439-454.
- Daniel, W. W. (1991). *A foundation for analysis in the health sciences*. Biostatistics Toronto. John Wiley & Sons.
- De-Hert, S. (2020). Burnout in healthcare workers: prevalence, impact and preventative strategies. *Local and Regional Anesthesia*, 171-183.
- Department of Mental Health (2020). *Burnout in the city*. Retrieved from <https://dmh.go.th/News-Dmh/View.As p?Id=30176>. (in Thai)
- Junyotha, A., Chantanakul, S., Chaikittiporn, C., & Siri, S. (2017). Fatigue and factors related to fatigue among registered nurses in a tertiary hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(Special edition), 166-174.
- Galaiya, R., Kinross, J., & Arulampalam, T. (2020). Factors associated with burnout syndrome in surgeons: a systematic review. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 102(6), 401-407. <https://doi:10.1308/rcsann.2020.0040>.
- Gallup, I. (2022). *State of the global workplace report*. Retrieved July 21, 2024. From <https://www.gallup.com/Workplace/349484/State-Of-The-Global-Workplace.Asp#Ite-506891>. (in Thai)
- Green, P., Martin, D., & White, S. (2022). Age, tenure, and personal accomplishment in educational institutions. *Educational Research Quarterly*, 48(2), 215-229.
- Kittiban, K., Cheevakasemsook, A., & Phuangsomjit, C. (2021). Occupational fatigue management in professional nurses at Phra Nakhon Si Ayutthaya hospital. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 32(1), 121-136.

- Ketchaikosol, P. (2021). *Job burnout among generation y in company employees*. (Master of Management). Mahidol University, Retrieved from <https://archive.cm.mahidol.ac.th/bitstream/123456789/4127/1/TP%20BM.038%202564.pdf>. (in Thai)
- Nakawiro, D. (2021). Burnout syndrome. Retrieved July 21, 2024. From <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/gallery/burnout-syndrome/>
- Phetsri, C. (2023). Factors related to burnout syndrome among healthcare worker of Chana community hospital, Songkhla Province. *Journal of Health and Environmental Education*, 8(3), 701-704.
- Ratchanipon, S. (2023). Factors related to work fatigue among health service network personnel in La-un District, Ranong province. *Journal of Graduate Studies for Lifelong Learning*, 1(1), 50-64.
- Ritsamret, N., Thammakun, T., & Laoraksawong, P. (2022). Factors related to burnout syndrome among personnel in the private hospitals, Mueang Chon Buri district, Chon Buri province. *The Public Health Journal of Burapha University*, 17(1), 86-99.
- Sinutpattanasuk, P. & Wijitrphan, T. (2022). Risk factors of job burnout among personnel of Sanpatong hospital, Chiangmai province. *Journal of Health Science*, 31(1), 154-163.
- Sirirat, P. (2021). *Job burnout among baby boomers in state-entwrprise employees*. (Thesis, master of management degree, college of management). Nakhon Phatom, Mahidol University. (in Thai)
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377-1385.
- Thawornwong, P. (2021). Work fatigue of personnel at Phraphrom contracting unit for primary care, Nakhon Si Thammarat province. *Region 11 Medical Journal*, 35(1), 1-14
- Travelperk. (2023). Global workplace burnout statistics. Retrieved July 21, 2024. from <https://www.travelperk.com/Blog/Remote-Work-Burnout-Statistics/>. (in Thai)
- Woraphongsathorn, S. (2015). *Research in health education*. Bangkok. Printing section Ramkhamhaeng University. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในภูมิภาคหนึ่งของประเทศไทย Factors Associated with Depression Among Nursing Students in a Specific Region of Thailand

นิสาร์ตน์ นรสิงห์ และ จีรภา แก้วเขียว

Nisarat Norasing and Jeerapa Kaewkiaw*

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Boromrajonani College Of Nursing, Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute

(Received: September 24, 2024, Revised: November 5, 2024, Accepted: November 11, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์นี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในภูมิภาคหนึ่งของประเทศไทย ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 - 4 ของสถาบันการศึกษพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ในภูมิภาคหนึ่งของประเทศไทย ปีการศึกษา 2567 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 300 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ ตามสถาบันการศึกษา เพศ และระดับชั้นปีที่ 1 - 4 ในแต่ละสถาบันการศึกษา และรับสมัครนักศึกษาที่สนใจเป็นอาสาสมัครในการให้ข้อมูล โดยประชาสัมพันธ์ผ่านทางผู้ประสานงานการวิจัยของแต่ละสถาบัน จนกระทั่งครบตามจำนวน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม 5 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ 3) การเปรียบเทียบทางสังคม 4) การเห็นคุณค่าในตนเอง 5) ภาวะซึมเศร้า (9Q) เก็บรวบรวมผ่านระบบออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Multiple logistic regression

ผลการวิจัยพบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง มีการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ การเปรียบเทียบทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง อยู่ระดับในน้อย (ร้อยละ 52.67, 53.67 และ 56.00 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13.33 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์สูง มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 2.40 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีพฤติกรรมการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่ำ (adjOR = 2.40, 95%CI = 1.02 - 5.67) และการเปรียบเทียบทางสังคมสูงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 3.71 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีการเปรียบเทียบทางสังคมต่ำ (adjOR = 3.71, 95%CI = 1.53 - 9.00)

ดังนั้นอาจารย์และบุคลากรทางสุขภาพควรมีการคัดกรองพฤติกรรมการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ การเปรียบเทียบทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที และพัฒนารูปแบบการป้องกันพฤติกรรมการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, สื่อสังคมออนไลน์, การเปรียบเทียบทางสังคม, นักศึกษาพยาบาล

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: jeerapa@bcnnakhon.ac.th)

Abstract

This analytical research was conducted to examine factors associated with depression among nursing students in a region of Thailand. The study population consisted of 1st- to 4th-year nursing students enrolled at the Boromarajonani College of Nursing in Thailand during the 2024 academic year. The sample size was calculated based on a population size estimated between 2,000-2,500, accounting for 15 percent, resulting in a total of 300 participants. The sample was selected using stratified random sampling based on institution, gender, and year level (1st to 4th year) within each institution. Interested students were recruited to volunteer through recruitment announcements distributed by research coordinators at each institution until the target sample size was reached for each subgroup. Data were collected online using a five-part questionnaire covering: 1) general information, 2) social network addiction, 3) social comparison, 4) self-esteem, and 5) depression (9Q). Descriptive statistics and multiple logistic regression were used for data analysis.

The research results indicated that more than half of the sample group had low levels of social media addiction, social comparison, and self-esteem (53.67%, 56.00%, and 56.00%, respectively). The sample group had a depression rate of 13.33%. The sample group with high social media addiction was 2.40 times more likely to experience depression than those with low social media addiction (adjOR = 2.40, 95%CI = 1.02 - 5.67). Similarly, the sample group with high social comparison was 3.71 times more likely to experience depression than those with low social comparison (adjOR = 3.71, 95%CI = 1.53 - 9.00). Therefore, teachers and health personnel should screen for social media addiction behavior, social comparison, and depression in nursing students to provide timely assistance and develop a model to prevent social media addiction behavior, social comparison, and depression in nursing students.

Keywords: Depression, Social Media, Social Comparison, Nursing Students

บทนำ

นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18 - 23 ปี จัดอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ เป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งจากปัจจัยภายในบุคคล และการปรับตัวให้เข้ากับบริบทต่าง ๆ หากไม่สามารถปรับตัวได้จะนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะปัญหาที่สำคัญ คือ ภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาสาขาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาหนึ่งของประเทศไทย พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับค่อนข้างสูง คิดเป็นร้อยละ 45.3 (95%CI = 37.99 - 52.91) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการเรียน และอาจจะนำมาสู่การฆ่าตัวตายได้ (Srioat, Thointh, & Koyun, 2023; Kanjanasuwan, Jirapornkul, & Maneenin, 2020) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลมีหลายประการ (Srioat, Thointh, & Koyun, 2023; Hanmontri, Kanniam, Thoomthiang, Phonloet, Kumchan, Sukbantheang, et al, 2021; Nomraks, Jantham, & Buajaroen, 2024) หนึ่งในปัจจัยที่ได้รับการกล่าวถึงอย่างแพร่หลายในยุคปัจจุบัน คือ สื่อสังคม

ออนไลน์ ซึ่งกลายมาเป็นส่วนสำคัญของชีวิตประจำวันของผู้คนในสังคมปัจจุบัน การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์สร้างประสบการณ์ที่เสมือนจริง อย่างไรก็ตาม การใช้สื่อสังคมออนไลน์มากเกินไปอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจและเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากสื่อสังคมออนไลน์อาจนำไปสู่การรับรู้ตัวตนผ่านการเปรียบเทียบกับผู้อื่น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ที่มีความอ่อนไหวทางอารมณ์ ทำให้เกิดทัศนคติในเชิงลบต่อตนเอง และในบางกรณีอาจนำไปสู่ความรู้สึกท้อแท้หรือสิ้นหวัง (Primack, Shensa, Sidani, Escobar-Viera, & Fine, 2021; Weiß, Baumeister, Cohrdes, Deckert, Grundahl, Pryss, et al, 2022; Malaeb, Salameh, Barbar, Awad, Haddad, Hallit, et al, 2020; Shannon, Bush, Villeneuve, Hellemans, & Guimond, 2022)

ปัญหาที่สำคัญจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์คือพฤติกรรมการใช้งานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับการเสพติด สารเสพติดและการติดการพนัน บุคคลมักมีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ตลอดทั้งวันโดยไม่ต้องการหยุดพักหรือใช้งานเกินกว่าที่ตั้งใจไว้ นอกจากนี้ บุคคลเหล่านี้มักมีอาการหงุดหงิดเมื่อถูกบังคับให้ลดการใช้งานหรือหยุดการใช้งาน ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการใช้สารมีนเมาทุกประเภท อาจถึงขั้นละเลยกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตจริงได้ (Cheng, Lau, Chan, & Luk, 2021; Sun & Zhang, 2021; Dailey, Howard, Roming, Ceballos, & Grimes, 2020; Sagar, 2021) การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในปริมาณที่มากเกินไปถือเป็นปัญหาพฤติกรรมเสพติดรูปแบบหนึ่ง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน เช่น ประสิทธิภาพในการทำงานที่ลดลงและผลการเรียนที่ด้อยลง เมื่อบุคคลใช้เวลาอยู่หน้าจอเป็นเวลานาน สมองส่วนคิด (Cerebral cortex) จะเกิดอาการอ่อนล้า ส่งผลให้การทำงานของสมองส่วนคิดที่มีหน้าที่ในการควบคุมการรับรู้ที่เป็นเหตุเป็นผลลดน้อยลง ในขณะที่สมองส่วนอารมณ์ (Limbic system) ยังคงถูกกระตุ้นอย่างต่อเนื่องจากสื่อสังคมออนไลน์ ส่งผลให้กระบวนการรับรู้ของสมองทั้งสองส่วนไม่สามารถประสานงานกันได้ บุคคลจึงอาจตกอยู่ในภาวะสับสนและวิตกกังวล ซึ่งเมื่อเกิดพฤติกรรมเหล่านี้ซ้ำ ๆ จะนำไปสู่ภาวะเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ในที่สุด (Weinstein, 2023; Korte, 2022; Lamarre, 2020; Panova & Carbone, 2022)

จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่ผ่านมา พบว่า พฤติกรรมการติดสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนและนักศึกษา นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาที่มีพฤติกรรมติดสื่อสังคมออนไลน์มักพบว่า มีความสัมพันธ์กับการลดลงของการเห็นคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่า มีภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมก้าวร้าว สมาธิสั้น และภาวะย้ำคิดย้ำทำเกิดขึ้นร่วมด้วย (Thongpradub, Thaveekoon, & Nindachan, 2019) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่นยังพบว่า มีอาการร่วม (Comorbid symptoms) ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า โดยภาวะซึมเศร้าในผู้ที่ติดสื่อสังคมออนไลน์วัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับความคิดเชิงลบเกี่ยวกับตนเอง การประเมินตนเองในแง่ลบ และการลดลงของการเห็นคุณค่าในตนเอง (Hamidi, Tahillioğlu, Bilal, & Onder, 2021; Wartberg, Kriston, & Thomasius, 2020) ตามทฤษฎีภาวะซึมเศร้าของ Beck (1997) ภาวะซึมเศร้าเป็นกระบวนการภายในจิตใจที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบ โดยโครงสร้างทางความคิดจะเกิดการบิดเบือน ทำให้เกิดความคิดอัตโนมัติที่ไม่ผ่านการวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล ส่งผลให้บุคคลเกิดความคิดเชิงลบต่อตนเอง อนาคต และโลก บุคคลที่มีความคิดในเชิงลบต่อตนเองมักมองว่าตนมีข้อบกพร่อง ไร้ประสิทธิภาพ ไร้คุณค่า และไม่เป็นที่รักหรือปรารถนาของผู้อื่น เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ พวกเขามักมองว่าตนเป็นสาเหตุของความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการกล่าวโทษและลงโทษตนเอง ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

สังคมออนไลน์ถือเป็นช่องทางที่เปิดโอกาสให้มนุษย์แสดงความต้องการขั้นพื้นฐานที่มีอยู่ภายในตนเอง ซึ่งมนุษย์มักใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการแสดงออกถึงความต้องการโดยไม่มีข้อจำกัด การกระทำเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องที่โดยไม่มีเงื่อนไขหรือมาตรฐานทางสังคม ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและการยึดติดกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ นอกจากนี้ สื่อดังกล่าวยังช่วยตอบสนองและเติมเต็มความต้องการที่ขาดหายของมนุษย์ในทุกด้าน รวมถึงการหลีกเลี่ยงจากปัญหาในชีวิตจริง อย่างไรก็ตาม เริ่มมีผู้ใช้อินเทอร์เน็ตที่ประสบปัญหาการเสพติดอินเทอร์เน็ต ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับการเสพติดยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์ ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อด้านการเรียน การเข้าสังคม และการทำงาน การใช้อินเทอร์เน็ตในลักษณะที่เสพติดจึงถือเป็นพฤติกรรมที่มีปัญหาและอาจก่อให้เกิดอันตราย (Young, 1998) ความพึงพอใจจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์และความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเองของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีความต้องการของ Maslow (1954) ที่ระบุว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเกิดจากการได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ซึ่งวัดจากการตอบสนองของครอบครัวหรือจากการประเมินความสามารถและความสำเร็จ หากการประเมินเป็นไปในทางบวกบุคคลจะเกิดความเชื่อมั่นในคุณค่าในตนเอง มีความเข้มแข็งและมีศักยภาพ แต่หากการประเมินนั้นเป็นไปในทางลบจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกด้อยค่า อ่อนแอ และไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ส่งผลให้คุณค่าในตนเองลดลง และทำให้รู้สึกว่าไร้ค่าและไม่ดีพอเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ หากความต้องการการยอมรับจากสังคมไม่ได้รับการตอบสนอง บุคคลอาจเริ่มเปรียบเทียบกับคนอื่นที่ประสบความสำเร็จมากกว่า ซึ่งนำไปสู่การเกิดปมด้อยและความรู้สึกไร้ค่า การยอมรับจากสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คนหันมาใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อสร้างความสนใจและความประทับใจผ่านการนำเสนอโปรไฟล์ของตนเอง การใช้สื่อเหล่านี้เป็นเวลานานและบ่อยครั้งทำให้ผู้ใช้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้อื่นมากเกินไป ส่งผลให้เกิดการเปรียบเทียบระหว่างผู้อื่นกับตนเอง ซึ่งมักจะมองว่าตนด้อยกว่า ทำให้ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ.2562 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ใช้อินเทอร์เน็ตมากเกินไป (Over user) คิดเป็นร้อยละ 84.52 และมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นผู้ติดอินเทอร์เน็ต และร้อยละ 1.63 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เสพติดอินเทอร์เน็ต (Addictive user) มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยถึงระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 5.10 และปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการใช้บริการอินเทอร์เน็ตที่มากเกินไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่จะมีการปวดตึงต้นคอ หลัง หรือไหล่ คิดเป็นร้อยละ 60.90 รองลงมา มักมีอาการตาแห้ง น้ำตาไหล คิดเป็นร้อยละ 35.60 และพบมีปัญหาทางสุขภาพจิต คือ เครียด ร้อยละ 7.53 นอนไม่หลับ ร้อยละ 20.16 หงุดหงิดง่าย ร้อยละ 12.43 และเบื่ออาหาร ร้อยละ 5.51 (Uraivan, Leeyuthanon, & Kaewsakultong, 2019) จากปัญหาพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เพิ่มมากขึ้นและผลกระทบของภาวะซึมเศร้า หากได้ทราบความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการ ได้แก่ การเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ การเปรียบเทียบทางสังคม และการเห็นคุณค่าในตนเอง กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในภูมิภาคหนึ่งของประเทศไทย ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำไปสู่การวางแผน หาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และช่วยลดปัญหาด้านสุขภาพและการเรียนของนักศึกษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ การเปรียบเทียบทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้า ของนักศึกษาพยาบาลในภูมิภาคหนึ่งของประเทศไทย

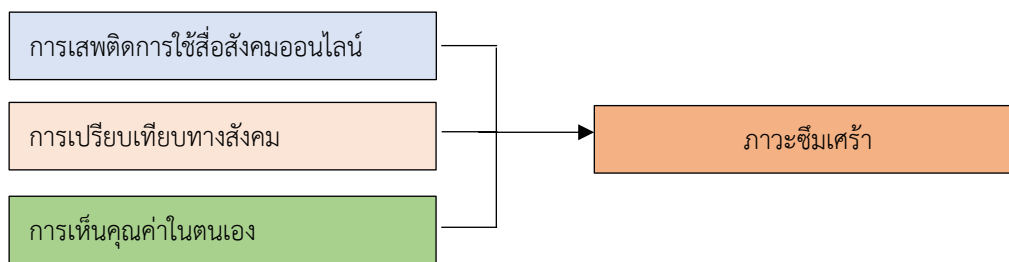
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในภูมิภาคหนึ่งของประเทศไทย

สมมติฐาน

การเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ การเปรียบเทียบทางสังคม และการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นกระบวนการภายในจิตใจเมื่อมีสถานการณ์เกิดขึ้นก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้น (Beck,1997) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี Maslow (1954) ที่มีความเชื่อว่า ความต้องการเป็นไปตามลำดับขั้น โดยอาจเกิดจากพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ส่งผลให้การเห็นคุณค่าในตนเองลดลง อาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 - 4 ของสถาบันการศึกษาพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ในภูมิภาคหนึ่งของประเทศไทย ปีการศึกษา 2567 จำนวน 5 แห่ง ทั้งหมด 2,001 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาจากจำนวนประชากร ซึ่งประชากรอยู่ระหว่าง 2,000 – 2,500 คน คิดเป็นร้อยละ 15 (Trikanan, 1999) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 300 คน

กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 1 – 4 ของสถาบันการศึกษาพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ในภูมิภาคหนึ่งของประเทศไทย ปีการศึกษา 2567 จำนวน 5 แห่ง

2. เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ อายุน้อยกว่า 18 ปี

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยแบ่งชั้นภูมิตามสถาบันการศึกษา จำนวน 5 แห่ง แบ่งชั้นภูมิตามเพศ และตามระดับชั้นปีที่ 1-4 ในแต่ละสถาบันการศึกษา และ

คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนประชากรจากทั้ง 5 แห่ง นักศึกษาในสถาบันการศึกษาที่ถูกเลือกได้มาจากการรับสมัครนักศึกษาที่สนใจเป็นอาสาสมัครในการให้ข้อมูลสำหรับการวิจัยนี้ โดยประชาสัมพันธ์ผ่านทางผู้ประสานงานการวิจัยของแต่ละสถาบัน จนกระทั่งครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของแต่ละสถาบันการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และสถาบันที่ศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ซึ่งแปลและดัดแปลงจากแบบสอบถามการเสพติดอินเทอร์เน็ต (Internet Addiction Test (IAT) ของ Young (1999) โดย Dullaphan (2018) แบบทดสอบจะประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ มีลักษณะเป็นลิเคิร์ต (Likert scale) ซึ่งมีการคิดค่าคะแนน 5 ระดับ การแปลผล คะแนนน้อยกว่า 28 คะแนน หมายถึง ไม่มีการเสพติดอินเทอร์เน็ต และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 28 คะแนน หมายถึง มีการเสพติดอินเทอร์เน็ต

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเปรียบเทียบทางสังคม (Lowa-Netherlands comparison orientation measure scale: INCOM) (Gibbons & Buunk, 1999) แปลและดัดแปลงโดย Dullaphan (2018) โดยแบบทดสอบจะนำมาเฉพาะส่วนที่เป็นการเปรียบเทียบทางสังคมกับผู้ที่ดีกว่าตนเองประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ มีลักษณะเป็นลิเคิร์ต (Likert scale) โดยมีการคิดค่าคะแนน 5 ระดับ การแปลผล คะแนนน้อยกว่า 17 คะแนน หมายถึง การเปรียบเทียบทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน หมายถึง การเปรียบเทียบทางสังคมอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองของ Rosenberg self-esteem scale-RSES ฉบับภาษาไทย แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย Tungchitphakdeesakul (2002) และพัฒนาโดย Wongpakaran & Wongpakaran (2012) โดยแบบทดสอบจะประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 5 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ มีลักษณะเป็นลิเคิร์ต (Likert scale) มีการคิดค่าคะแนน 5 ระดับ การแปลผล คะแนนน้อยกว่า 26 คะแนน หมายถึง การเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 26 คะแนน หมายถึง การเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ด้วย 9 คำถาม ของกรมสุขภาพจิต โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาภาวะซึมเศร้า จำแนกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามเกี่ยวกับการเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ แบบสอบถามเกี่ยวกับการเปรียบเทียบทางสังคม (INCOM - Iowa-Netherlands Comparison Orientation Scale) แบบสอบถามเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองของ Rosenberg Self-Esteem Scale-RSES ซึ่งใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์และปัจจัยทางจิตที่พยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้ใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์ Dullaphan (2018) ค่าความตรงของเครื่องมือ IOC = 0.8 - 1.0 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ของกรมสุขภาพจิต ได้มีผู้นำไปใช้กันอย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทดสอบหาความตรงซ้ำ จากนั้นได้นำแบบสอบถามทั้งหมดนี้มาทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดย

นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คนและนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยมีความเชื่อมั่น ดังนี้ การเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ เท่ากับ 0.943, การเปรียบเทียบทางสังคม เท่ากับ 0.932 การเห็นคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 0.803 และรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.836

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง ผ่านผู้อำนวยการของสถาบันการศึกษา
2. ผู้วิจัยติดต่อผู้ประสานงานการวิจัยของแต่ละสถาบันการศึกษาเพื่อขอความร่วมมือในการประสานงานเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ผู้ประสานงานเข้าใจ
3. ส่งแบบสอบถามออนไลน์ไปยังผู้ประสานงานการวิจัย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างของแต่ละวิทยาลัย โดยมีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะตรวจสอบจำนวนการตอบแบบสอบถามในระบบทุกวัน และปิดรับการตอบแบบสอบถามทันที เมื่อครบจำนวนที่กำหนดไว้
4. รวบรวมข้อมูลการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ การเปรียบเทียบทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้า จากการตอบแบบสอบถาม และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percent) เพื่อวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา
2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistics) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล โดยมีตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นชนิดแจกแจง (Categorical variable) ชนิด 2 กลุ่ม (Dichotomous variable) จำแนกเป็นไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ (Univariate analysis) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติอย่างง่าย (Simple logistic regression) เพื่อพิจารณาคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p -value ของ Wald's test น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 ในการวิเคราะห์ตัวแปรพหุตัวแปร (Multivariate analysis) ด้วยสมการถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple logistic regression) และทำการคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p -value มากกว่า 0.05 ออกจากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward elimination นำเสนอผลการศึกษาคำนวณค่าสัดส่วนความเสี่ยง (Odds ratio: OR) และค่าร้อยละ 95 ของช่วงความเชื่อมั่น (95%CI Confidence Interval: 95%CI) การแปลโดยพิจารณาจากค่า OR ในกรณีที่ค่า OR มีค่ามากกว่า 1 ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และในกรณีที่ค่า OR มีค่าน้อยกว่า 1 ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยในเชิงป้องกันต่อภาวะซึมเศร้า

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช และได้รับการอนุมัติแล้ว เอกสารรับรองเลขที่ Exc-09/2567 รับรองวันที่ 18 กรกฎาคม 2567 วันที่หมดอายุ 17 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.67 มีอายุ 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.67 และศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 2 มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 31.00
2. การเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ การเปรียบเทียบทางสังคม และการเห็นคุณค่าในตนเอง ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ การเปรียบเทียบทางสังคม และการเห็นคุณค่าในตนเอง (n= 300)

ปัจจัย	ระดับมาก จำนวน (ร้อยละ)	ระดับน้อย จำนวน (ร้อยละ)
การเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์	142 (47.33)	158 (52.67)
การเปรียบเทียบทางสังคม	139 (46.33)	161 (53.67)
การเห็นคุณค่าในตนเอง	132 (44.00)	168 (56.00)

จากตาราง 1 พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของนักศึกษาพยาบาลมีการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ การเปรียบเทียบทางสังคม และการเห็นคุณค่าในตนเอง อยู่ระดับในน้อย (ร้อยละ 52.67, 53.67 และ 56.00 ตามลำดับ)

3. ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลนักศึกษาพยาบาล ดังตาราง 2

ตาราง 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของภาวะซึมเศร้า (n= 300)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
มีภาวะซึมเศร้า	40	13.33
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	260	86.67

จากตาราง 2 พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.67 ไม่มีภาวะซึมเศร้า

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ดังตาราง 3

ตาราง 3 การวิเคราะห์ตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล (n= 300)

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า		Univariate			Multivariate		
	ใช่ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ใช่ จำนวน (ร้อยละ)	OR	95%CI	p-value	OR	95%CI	p-value
การเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ติด (>= 28)	30 (24.44)	98 (76.56)	4.96	2.32-10.58	<0.001	2.40	1.02-5.67	0.046
	10 (5.81)	162 (94.19)	Ref					
การเปรียบเทียบทางสังคม สูง (>= 17)	33 (20.50)	128 (79.50)	4.86	2.08-11.39	<0.001	3.71	1.53-9.00	0.004
	7 (5.04)	132 (94.96)	Ref					
การเห็นคุณค่าในตนเอง สูง (>= 26)	26 (15.48)	142 (84.52)	1.54	0.77-3.09	0.22			
	14 (10.61)	118 (89.39)	Ref					

จากตาราง 3 เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรอย่างหยาบ พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีพฤติกรรมการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์สูงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 4.96 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีพฤติกรรมการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่ำ (OR = 4.96, 95%CI = 2.32 - 10.58) และนักศึกษาพยาบาลที่มีการเปรียบเทียบทางสังคมสูงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 4.86 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีการเปรียบเทียบทางสังคมต่ำ (OR = 4.86, 95%CI = 2.08 - 11.39)

เมื่อมีการควบคุมตัวแปร พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีพฤติกรรมการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์สูงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 2.40 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีพฤติกรรมการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่ำ (adjOR = 2.40, 95%CI = 1.02 - 5.67) และนักศึกษาพยาบาลที่มีการเปรียบเทียบทางสังคมสูงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 3.71 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีการเปรียบเทียบทางสังคมต่ำ (adjOR = 3.71, 95%CI = 1.53 - 9.00)

อภิปรายผล

1. การเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ การเปรียบเทียบทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้า ของนักศึกษาพยาบาลในภูมิภาคหนึ่งของประเทศไทย อธิบายได้ว่า นักศึกษาพยาบาลยังสามารถควบคุมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของตนเองให้อยู่ในระดับที่ไม่เข้าข่ายการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ได้ และสามารถควบคุมพฤติกรรมการเปรียบเทียบทางสังคมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ามีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 47.33 ที่มีการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในระดับมาก และมีการเปรียบเทียบทางสังคมในระดับมาก ถึงร้อยละ 46.33 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Thongbang (2021) ที่พบว่า การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ส่วนใหญ่คลั่งไคล้สื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 69.00 รองลงมา คือ ติดสื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 30.40 เช่นเดียวกับ Kulsawat & Narkwatchara (2021) ที่พบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยระดับปริญญาตรีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีระดับการคลั่งไคล้สื่อสังคมออนไลน์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.10 รองลงมาคือ เสพติดสื่อสังคมออนไลน์ คิดเป็นร้อยละ 26.10 อาจเนื่องจากปัจจุบันมีแนวโน้มการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น ประกอบกับการระบาดของโรคโควิด (COVID-19) ที่แพร่กระจายอย่างรวดเร็วและเป็นช่วงระยะเวลาต่อเนื่องยาวนานจนถึงปัจจุบัน ซึ่งแม้ว่าการระบาดจะลดลงแต่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิตที่มีการใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มมากขึ้น (Jantapad, Kittipichai, Thongworn, & Yodmai, 2022) ทั้งด้านการศึกษา รวมไปถึงการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อกิจกรรมด้านบันเทิงเพื่อผ่อนคลายหรือคลายเครียด การติดต่อสื่อสาร และการซื้อขายสินค้า ซึ่งส่งผลต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อเนื่องมากจนถึงปัจจุบัน และผลการศึกษาของ Suchadaphong (2016) ที่ศึกษาผลกระทบของปริมาณการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์กับการบริโภคเพื่ออวดอ้าง บทบาทของความอิจฉา ความหลงตัวเอง ความต้องการที่จะโฆษณาตนเอง และการรักษาหน้าตาทางสังคม พบว่า ปริมาณการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์จะส่งผลให้เกิดความอิจฉา แต่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อความหลงตัวเอง ส่วนความอิจฉาและความหลงตัวเองมีความสัมพันธ์กับความต้องการที่จะโฆษณาตนเองและการรักษาหน้าตาทางสังคม โดยทั้งนี้ความต้องการที่จะโฆษณาตนเองและการรักษาหน้าตาทางสังคมนั้นจะส่งผลให้เกิดการบริโภคเพื่ออวดอ้าง ซึ่งแสดงให้เห็นความสำคัญของการเปรียบเทียบทางสังคมที่สูงขึ้นจากปริมาณการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ที่จะส่งผลให้เกิดการบริโภคเพื่ออวดอ้างของผู้บริโภค

สำหรับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระดับในน้อย มีจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้สอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ผ่านมา อาทิ Tosangwarn (2021) ที่ศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 62.50 ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และมีการเปรียบเทียบทางสังคมในระดับมาก ถึงร้อยละ 47.33 และ 46.33 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำของ Campbell, Chew, & Scratchley (1991) ที่ระบุว่าหนึ่งในลักษณะของผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองในต่ำ คือ การมีรูปแบบการระบุสาเหตุว่าสถานการณ์ด้านลบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นมีที่มาจากตนเองและจะเกิดขึ้นครอบคลุมไปในทุก ๆ สถานการณ์ (Global internal attributions) เช่นเดียวกับที่ Rosenberg (1989) กล่าวถึง การเห็นคุณค่าในตนเองว่าขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัย อย่างแรกคือ การสะท้อน เป็นการที่บุคคลจะได้รับข้อมูลสะท้อนกลับจากผู้อื่น ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์การติดต่อสื่อสารกันที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวบุคคลกลับมา เช่น การได้รับคำชมหรือคำตำหนิ บุคคลจะใช้ข้อมูลที่ได้จากการสะท้อนกลับนี้กลับมาประเมินตนเอง ปัจจัยที่สอง คือ การเปรียบเทียบทางสังคม เป็นการที่บุคคลรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้อื่นแล้วใช้ข้อมูลเหล่านั้นกลับมาเปรียบเทียบกับตนเองเพื่อประเมินตนเอง ทั้งนี้ จากการประเมินนี้จะส่งผลให้บุคคลแต่ละคนมีการเห็นคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกันไป ซึ่งบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มักจะไม่พอใจในตนเอง ขาดการยอมรับสิ่งที่ตนเป็น รู้สึกว่าตัวเองมีข้อบกพร่องจำนวนมากและกังวลกับสิ่งที่ตนเองเป็น ทำให้บุคคลเหล่านั้นมักจะไม่มีมั่นใจในตนเอง ไม่ค่อยกล้าแสดงออก อ่อนไหวกับคำวิจารณ์ ส่วนบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมองว่าตนเองมีความสามารถ มั่นใจในตนเอง (Rosenberg, 1989) จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบต่าง ๆ เหล่านี้อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ

สำหรับภาวะซึมเศร้ามีเพียงเล็กน้อยที่นักศึกษาพยาบาลอยู่ในภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 13.33) สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีของ Beck (1997) กล่าวคือ นักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าเผชิญกับสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อตนเอง เช่น การปรับตัวเข้ากับระบบการศึกษา การฝึกปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับชีวิตเพื่อนมนุษย์ การถูกปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อน การมีปัญหาสัมพันธภาพกับคนรัก (Sriat, Thointh, & Koyun, 2023; Kanjanasuwat, Jirapornkul, & Maneenin, 2020) หลังจากนั้นเกิดความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือน ซึ่งมาจากความเชื่อพื้นฐานที่ว่า ตนเองขาดความช่วยเหลือ ขาดคุณสมบัติ และหมดหวัง ส่งผลให้บุคคลเกิดความคิดเชิงลบต่อตนเอง อนาคต และโลก จนเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา สอดคล้องกับทฤษฎีความต้องการของ Maslow (1954) ที่กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเกิดจากการยอมรับของคนอื่น โดยดูจากการตอบสนองของคนรอบข้างหรือจากการประเมินความสามารถและการประสบความสำเร็จ หากการประเมินเป็นไปในทางบวกก็จะเกิดความเชื่อมั่นในการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความเข้มแข็ง มีความสามารถ แต่ถ้าเป็นไปในทางด้านลบจะทำให้มีความรู้สึกเป็นปมด้อย อ่อนแอ พังพาดตนเองไม่ได้ ส่งผลทำให้เห็นคุณค่าในตนเองลดลง คิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่ดีพอเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ซึ่งอาจนำมาสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ อธิบายได้ว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าอาจเกิดจากการประเมินว่า ตนเองไม่ได้รับการยอมรับจากคนรอบข้างหรือตนเองไม่ประสบความสำเร็จ เช่น การไม่ได้รับการตอบสนองทางบวกจากสื่อสังคมออนไลน์ การถูกตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์จากอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ ผลการเรียนรู้ไม่เป็นตามคาดหวัง (Sriat, Thointh, & Koyun, 2023; Hanmontri, Kanniam, Thoomthiang, Phonloet, Kumchan, Sukbantheang, et al; Nomraks, Jantham, & Buajaroen, 2024) จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกด้อยค่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น และไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในภูมิภาคหนึ่งของประเทศไทย ได้แก่ พฤติกรรมการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และการเปรียบเทียบทางสังคม สามารถอธิบายได้ดังนี้

พฤติกรรมการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์สูง มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 2.40 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีพฤติกรรมการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wanchaitanawong & Choopan (2014) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตและผลกระทบของการใช้อินเทอร์เน็ตในนักศึกษาพยาบาล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเชียงใหม่ พบว่า ร้อยละ 2.34 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีการเสพติดอินเทอร์เน็ต และร้อยละ 54.30 เป็นผู้ที่ใช้อินเทอร์เน็ตมากเกินไป และเสี่ยงต่อการเป็นผู้เสพติดอินเทอร์เน็ต ปัญหาที่พบจากการใช้อินเทอร์เน็ตมากเกินไปของกลุ่ม ตัวอย่างได้แก่ ปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบ คือ รู้สึกหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย หงุดหงิด กระวนกระวายใจ และรู้สึกเศร้า คิดเป็นร้อยละ 40.63, 35.83, 12.18 และ 5.7 ตามลำดับ และยังสอดคล้องกับ Young (1996; quoted in Nantaweth, 2007) ได้ทำการศึกษาลักษณะการติดอินเทอร์เน็ต พบว่า พฤติกรรมของผู้ติดอินเทอร์เน็ตมีลักษณะพื้นฐานคล้ายกับพฤติกรรมของผู้ที่ติดการพนัน ติดสุรา หรือบุหรี่ มีพฤติกรรมหมกมุ่น หลงการออนไลน์ คือ ไม่สามารถควบคุมตนเองในการเล่นอินเทอร์เน็ตได้ ละเลยความสัมพันธ์กับเพื่อนและบุคคลรอบข้าง จนในที่สุดไม่สามารถจัดการกับตนเองได้ บุคคลที่มีลักษณะพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ต จะได้รับผลกระทบจากร่างกาย จิตใจ สังคม มากกว่าบุคคลที่ใช้งานอินเทอร์เน็ตแบบทั่วไป จะทำให้ผู้เสพติดรู้สึกถูกละเลย ส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้น การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์จึงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากสังคมออนไลน์อาจนำไปสู่การรับรู้ตัวตนผ่านการเปรียบเทียบกับผู้อื่น ซึ่งอาจส่งผลรุนแรงต่อผู้ที่มีความอ่อนไหวทางอารมณ์ ทำให้เกิดทัศนคติในเชิงลบต่อตนเอง และในบางกรณีอาจนำไปสู่ความรู้สึกท้อแท้หรือสิ้นหวัง (Primack, Shensa, Sidani, Escobar-Viera, & Fine, 2021; Weiß, Baumeister, Cohrdes, Deckert, Grundahl, Pryss, et al (2022); Malaeb, Salameh, Barbar, Awad, Haddad, Hallit, et al (2020); Shannon, Bush, Villeneuve, Hellemans, & Guimond, 2022) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของสมองที่เกิดจากการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นเวลานาน สมองส่วนคิด (Cerebral cortex) และสมองส่วนอยาก (Limbic system) ไม่สามารถประสานงานกันได้ บุคคลจึงอาจตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า (Weinstein, 2023; Korte, 2022; Lamarre, 2020; Panova & Carbone, 2022)

นอกจากนี้ยังพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีการเปรียบเทียบทางสังคมสูงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 3.71 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีการเปรียบเทียบทางสังคมต่ำ โดยความสัมพันธ์ระหว่างการเปรียบเทียบทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา อธิบายได้โดยทฤษฎี Maslow (1954) ที่มีความเชื่อว่า มนุษย์มีความต้องการทางสังคม การยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการได้รับการยอมรับนับถืออย่างสูง ส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง ความภาคภูมิใจ ตระหนักถึงการเห็นคุณค่าในตนเอง และถ้าหากไม่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการนั้นจะส่งผลให้รู้สึกมีปมด้อยและมีความรู้สึกไร้ค่า สังคมออนไลน์อาจจะกลายเป็นพื้นที่ที่เอื้อต่อการเปรียบเทียบซึ่งส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง สื่อสังคมออนไลน์เป็นพื้นที่ที่ผู้คนแสดงตัวตนส่วนหนึ่งที่ต้องการให้ผู้อื่นชื่นชม การไม่ตอบสนองความต้องการเหล่านี้อาจกระทบต่อความรู้สึกของการยอมรับตนเอง ขณะที่การติดตามชีวิตผู้อื่นโดยเห็นเพียงส่วนที่ถูกนำเสนอ อาจทำให้เกิดการเปรียบเทียบกับชีวิตจริงทั้งหมด เมื่อคนพยายามสร้างความรู้สึกมีค่าผ่านการแสดงตนบนสื่อออนไลน์ โลกเสมือนจริงนี้ก็กลับกลายเป็นตัวแปรที่ทำให้รู้สึกทั้ง “มีค่า” และ “ไร้ค่า” (Verduyn, Gugushvili, Massar, Taht, & Kross, 2020; Jiang & Ngien, 2020; Salovey, 2024; Tiggemann & Anderberg, 2020; Braghieri, Levy, & Makarin, 2022) และอธิบายได้ตามทฤษฎีของ Beck (1997) นักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าเผชิญกับสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อตนเอง เช่น การไม่ได้รับการตอบสนองทางบวกจากสื่อสังคมออนไลน์ การที่กลุ่มเพื่อนในสังคมออนไลน์ประสบความสำเร็จมากกว่าตน ส่งผลต่อความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือน เกิดความคิดเชิงลบต่อตนเอง อนาคต และโลก จนเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับนำไปพัฒนารูปแบบการป้องกันพฤติกรรมการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อให้อาจารย์และบุคลากรทางสุขภาพได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาจากพฤติกรรมการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์และภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ที่ควรได้รับการคัดกรองเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที
3. เป็นข้อมูลเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความตระหนักถึงปัญหาจากพฤติกรรมการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในนักศึกษาพยาบาล เพื่อหาแนวทางในการปรับพฤติกรรมของตนเองในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันพฤติกรรมการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล
2. การศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล รวมถึงประชากรในกลุ่มอื่น ๆ

References

- Beck, J. S. (1997). Personality disorders: Cognitive approaches. In L. J. Dickstein, M. B. Riba, & J. M. Oldham (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry*, 16, 23-45.
- Braghieri, L., Levy, R., & Makarin, A. (2022). Social media and mental health. *American Economic Review*, 112(11), 3660–3693. <https://doi.org/10.1257/aer.20211218>
- Campbell, J. D., Chew, B., & Scratchley, L. S. (1991). Cognitive and emotional reactions to daily events: The effects of self-esteem and self-complexity. *Journal of Personality*, 59(3), 473-505.
- Cheng, C., Lau, Y. C., Chan, L., & Luk, J. W. (2021). Prevalence of social media addiction across 32 nations: Meta-analysis with subgroup analysis of classification schemes and cultural values. *Addictive Behaviors*, 117, 106845. [www.https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106845](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106845).
- Dailey, S. L., Howard, K., Roming, S. M. P., Ceballos, N., & Grimes, T. (2020). A biopsychosocial approach to understanding social media addiction. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 2, 158.167. [www.https://doi.org/10.1002/hbe2.182](https://doi.org/10.1002/hbe2.182).
- Dullaphan, K. (2018). *Social network usage behavior and psychological factors predicting Depression*. Master's thesis, communication arts and innovation.. National Institute of Development Administration. (in Thai)
- Gibbons, F. X., & Buunk, B. P. (1999). *Individual differences in social comparison: Development of a scale of social comparison orientation*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(1), 129–142.
- Hamidi, F., Tahillioğlu, A., Bilal, O., & Onder, A. (2021). Evaluation of quality of life and psychiatric comorbidity in adolescents with social media addiction. *Neuropsychiatric Investigation*, 59(2), 31. [www.https://doi.org/10.5152/NeuropsychiatrInvest.2021.01-02](https://doi.org/10.5152/NeuropsychiatrInvest.2021.01-02)

- Hanmontri, C., Kanniam, N., Thoomthiang, A., Phonloet, A., Kumchan, N., Sukbantheang, O., et al. (2021). Factors influencing depression among families of 4th-year nursing students at Huachiew Chalermprakiet University during the COVID-19 pandemic. *Journal of Nursing and Health, 3*(3), 1-16.
- Jantapad, W., Kittipichai, W., Thongworn, S., & Yodmai, K. (2022). Internet usage behaviors in the new normal era among high school students in Nakhon Sawan Province, Thailand. *Thai Journal of Public Health, 52*(3), 221-233.
- Jiang, S., & Ngien, A. (2020). The effects of Instagram use, social comparison, and self-esteem on social anxiety: a survey study in Singapore. *Social Media + Society*.
[www.https://doi.org/10.1177/2056305120912488](https://doi.org/10.1177/2056305120912488).
- Kanjanasuwan, K., Jirapornkul, C., & Maneenin, N. (2020). Depression in health science students in one field in Thailand. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 65*(4), 343-354.
- Korte, M. (2022). The impact of the digital revolution on human brain and behavior: Where do we stand? *DCNS, 101*-111. [www.https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.2/mkorte](https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.2/mkorte).
- Kulsawat, T. & Narkwatchara, P. (2021). Factors affecting social media addiction of undergraduate students in the eastern region university. *Journal of MCU Nakhondhat, 8*(10), 1-15.
- Lamarre, T. (2020). Your brain on screens: Neuronal risk and media addiction. In *The Routledge Companion to Media and Risk*. [www.https://doi.org/10.4324/9781315637501](https://doi.org/10.4324/9781315637501).
- Malaeb, D., Salameh, P., Barbar, S., Awad, E., Haddad, C., Hallit, R., et al. (2020). Problematic social media use and mental health (depression, anxiety, and insomnia among lebanese adults: any mediating effect of stress?. *Perspectives in Psychiatric Care*.
[www.https://doi.org/10.1111/ppc.12576](https://doi.org/10.1111/ppc.12576)
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row.
- Nomraks, R., Jantham, W., & Buajaroen, H. (2024). The relationship between mental health literacy, resilience, and depression among students at Nakhon Pathom Rajabhat University. *Journal of Nursing and Public Health Research, 4*(2), 1-16.
- Panova, T., & Carbone, X. (2022). Social media addiction. In *Behavioral addictions*. Studies in Neuroscience, Psychology, and Behavioral Economics.
- Primack, B. A., Shensa, A., Sidani, J. E., Escobar-Viera, C. G., & Fine, M. J. (2021). Temporal associations between social media use and depression. *American Journal of Preventive Medicine, 60*(2), 179–188. [www.https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.07.009](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.07.009).
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Sagar, M. E. (2021). Predictive role of cognitive flexibility and self-control on social media addiction in university students. *International Education Studies, 14*(4), 1-10.
- Salovey, P. (2024). Social comparison processes in envy and jealousy. In J. Suls & T. A. Wills (Eds.), *Social comparison: Contemporary theory and research*. New York: Oxford University Press.

- Shannon, H., Bush, K., Villeneuve, P. J., Hellemans, K. G. C., & Guimond, S. (2022). Problematic social media use in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis. *JMIR Public Health and Surveillance*, 9(4), e33450. [www.https://doi.org/10.2196/33450](https://doi.org/10.2196/33450).
- Srioat, P., Thointh, P., & Koyun, S. (2023). Depression among nursing students and related factors during the COVID-19 pandemic. *Sakonkakhon Hospital Journal*, 26(2), 91-102.
- Suchadaphong, K. (2016). The influence of social media usage on conspicuous consumption: the role of envy, narcissism, desire for self-promotion and face-saving. An independent study submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of science marketing management faculty of commerce and accountancy, Thammasat University. (in Thai)
- Sun, Y., & Zhang, Y. (2021). A review of theories and models applied in studies of social media addiction and implications for future research. *Addictive Behaviors*, 114, 106699. [www.https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106699](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106699).
- Thongbang, P. (2021). The relationship of social media addiction on adhd among college students Sirindhorn Public Health Suphanburi. *Journal of Yanasangvorn Research Institute*, 12(2), 1-15.
- Thongpradub, J., Thaveekoon, T., & Nindachan, C. (2019). The relationship between Facebook addiction, self-esteem, and depression among high school students. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 12(2), 117-133.
- Tiggemann, M., & Anderberg, I. (2020). Social media is not real: The effect of 'Instagram vs reality' images on women's social comparison and body image. *New Media & Society*, 22(12), 2183-2199. [www.https://doi.org/10.1177/1461444819888720](https://doi.org/10.1177/1461444819888720).
- Tosangwan, S. (2021). Self-esteem, resilience, and depression among nursing students in a nursing college in northeastern Thailand. *Journal of Health and Nursing Education*, 27(1), 58-74. (in Thai)
- Trikanan, S. (1999). *Research methodology in social sciences: a practical approach*. Bangkok. Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- Tungchitphakdeesakul, T. (2002). Factors related to self-esteem and hopelessness among juvenile offenders at the Central Juvenile and Family Court Detention Center [Unpublished Master's thesis]. Mahidol University. (in Thai)
- Uraivan, P., Leeyuthanon, M., & Kaewsakultong, J. (2019). The relationship between personal factors, internet usage behavior, and depression among nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Suratthani. *Journal of Health Research and Innovation*, 2(1), 13-24.
- Verduyn, P., Gugushvili, N., Massar, K., Täht, K., & Kross, E. (2020). Social comparison on social networking sites. *Current Opinion in Psychology*, 36, 32-37. [www.https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.04.002](https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.04.002).

- Wanchaitanawong, W. & Choopan, K. (2014). A survey of internet utilization and impacts of internet utilization on students of Boromarajonnani College of Nursing, Chiangmai. *Journal of Nursing and Education*, 7(3), 124-132.
- Wartberg, L., Kriston, L., & Thomasius, R. (2020). Internet gaming disorder and problematic social media use in a representative sample of German adolescents: Prevalence estimates, comorbid depressive symptoms, and related psychosocial aspects. *Computers in Human Behavior*, 103, 31–36. [www.https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.09.014](https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.09.014).
- Weiβ, M., Baumeister, H., Cohrdes, C., Deckert, J., Grundahl, M., Pryss, et al. (2022). Extraversion moderates the relationship between social media use and depression. *Journal of Affective Disorders Reports*, 8, 100343. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2022.100343>.
- Weinstein, A. M. (2023). Problematic social networking site use—effects on mental health and the brain. *Frontiers in Psychiatry*, 13. [www.https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1106004](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1106004).
- Young, K. S. (1996). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior*, 1(3), 237-244. [www.https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237](https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237).
- Young, K. S. (1998). Internet addiction: symptoms, evaluation, and treatment. In L. VandeCreek & T. L. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: a source book*, 17, 19-31.
- Wongpakaran T, Wongpakaran N. (2012). A comparison of reliability and construct validity between the original and the revised version of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychiatry Investig*, 9(1), 548.

ผลของการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน
Effect of Providing End-of-life Care Education to Village Health Volunteers

ธนาภรณ์ ดารากัย, ฮัซวานี ดารากัย* และ วริสรา เสรีรัตน์

Thanaporn Darakai, Hatwani Darakai* and Warissara Sereerat

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Boromrajonani College Of Nursing, Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute

(Received: October 16, 2024, Revised: November 11, 2024, Accepted: November 12, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน จำนวน 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลในเดือนสิงหาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แผนการให้ความรู้ และแบบประเมินความรู้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เท่ากับ IOC ระหว่าง 0.67 – 1.00 และค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.72 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ฉะนั้น ควรมีการอบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนมีการปฏิบัติที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความรู้, การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย, อาสาสมัครสาธารณสุข, ชุมชน

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Haswanee108@bcnnakhon.ac.th)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare the knowledge of end-of-life care among village health volunteers. The participants consisted of 40 village health volunteers, selected through simple random sampling. Data collection was conducted in August 2024. The tools used included an educational plan and a knowledge assessment form, both validated by three experts, with item-objective congruence (IOC) scores ranging from 0.67 to 1.00 and a reliability score (KR-20) of 0.72. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test.

The results showed that after the intervention, village health volunteers had a significantly higher mean score in knowledge of end-of-life care compared to their pre-intervention scores ($p < 0.01$).

Therefore, continuous training and follow-up by health professionals are recommended to ensure that village health volunteers perform accurately and more effectively.

Keywords: Knowledge, End-of-life Patient Care, Village Health Volunteers, Community

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เป็นการปรับปรุงคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและครอบครัวที่ประสบปัญหาต่อโรคร้ายแรง และต้องให้การดูแลรักษาในระยะท้ายของชีวิตอย่างครอบคลุม เพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (World Health Organization, 2020) โดยมุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงมีการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานควบคู่กับการรักษาหลักที่มุ่งหวังกำจัดตัวโรค โดยคำนึงถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นสำคัญ (Nilmanat, Thasaneesuwan, & Tinkaew, 2021) ทั้งนี้ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นการดูแลช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรกเริ่มที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่เข้าสู่ระยะท้าย ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้จนกระทั่งเสียชีวิตรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังการสูญเสีย (Stephen, Claire, Ernesto, Richard, James, Barbara, et al, 2020) ในประเทศไทย พบว่า มีผู้ป่วยระยะท้ายร้อยละ 18.72 แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง และโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็ง ร้อยละ 55.66 และ 44.44 ตามลำดับ (Pairojkul, 2020) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคระยะท้าย ยังคงเป็นสาเหตุหลักอันดับต้น ๆ ที่พรากชีวิตของประชากรทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย (Bunchai, 2024) กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายการดำเนินงานในการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกมิติ โดยมุ่งการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งการดูแลรักษา ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เพื่อดูแลสุขภาพของประชากรในประเทศไทยให้มีภาวะสุขภาพดี และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึงผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง จึงได้จัดตั้งสถานชีวาภิบาลเพื่อเป็นการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยนับจนวาระสุดท้ายของชีวิต (Ministry of Public Health, 2024)

ปัจจุบันระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิหรือการให้บริการด้านสาธารณสุขในชุมชนพบปัญหาขาดระบบที่ชัดเจน บุคลากรสนับสนุนไม่เพียงพอต่อความต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมเมือง การสร้างวิถีใหม่ของการดูแลแบบประคับประคองในระบบสุขภาพของประเทศ จำเป็นต้องพัฒนาความรู้และทักษะให้บุคลากรทางการแพทย์ในทีมสหวิชาชีพทุกระดับ สามารถให้คำปรึกษาแก่จิตอาสาอาสาสมัครสาธารณสุข (Department of Medical services, 2020) ซึ่งปัจจุบันประชาชนในพื้นที่เขตรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีจำนวนประชากรเกินกำลัง

อัตรากับจำนวนของบุคคลากรด้านสาธารณสุข (Chomphuviset, 2022) ด้วยเหตุดังกล่าวจึงเน้นการใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น ผ่านการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ การสื่อสารสาธารณสุข การให้คำแนะนำ การวางแผน การประสานงานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข เพื่อเป้าหมายสูงสุดคือ ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแล สุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน และมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชน (Caregiver: CG) ซึ่งทำหน้าที่ในการลงเยี่ยมบ้านช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน อาบน้ำ แต่งตัว ป้อนข้าว ป้อนยา คัดกรอง ประเมินปัญหาสุขภาพ และให้บริการด้านสุขภาพเบื้องต้น แต่เนื่องด้วยผู้ป่วยระยะท้ายไม่เพียงแต่เป็นผู้สูงอายุ แต่กลับเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในทุกช่วงวัย ซึ่งอาจมีความต้องการการดูแลที่แตกต่างกันต่อผลกระทบที่เกิดจากด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อีกทั้งในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง นอนติดเตียงหรือนอนทับท่าเดียวตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ เช่น การเกิดแผลกดทับ ข้อยึดติด กล้ามเนื้อลีบ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ปัญหาดังกล่าวเกิดจากความรู้และทักษะของผู้ดูแลที่ไม่เพียงพอ (Piangkao, Chankong, & Kaladee, 2023) ดังนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนจึงนับเป็นกำลังสำคัญ ในการพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน (Jitbantad, Ruangput, Sahairak & Warapeamg, 2017) รวมไปถึงช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ (Saenloa, 2018) จากที่กล่าวมาข้างต้น ถือเป็นความท้าทาย เนื่องจากการดูแลที่ค่อนข้างยากและซับซ้อนของผู้ดูแลในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย เพื่อประคับประคองภาวะการเจ็บป่วยของโรค รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งผลกระทบที่อาจเกิดจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จะส่งผลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ก่อให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเหนื่อยล้าสะสม จนทำให้เกิดความเจ็บป่วยตามมาได้ (Saenloa, 2018)

สำหรับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านมา ยังพบข้อจำกัดในการทำงานตามขีดความสามารถเฉพาะบุคคล และได้มีการสำรวจปัญหาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนส่วนใหญ่ไม่มีองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ส่งผลต่อความน่าเชื่อถือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายลดลง (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, 2020) ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเหมาะสมกับบริบทและภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระยะของโรค การประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งการให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการผิดปกติหรือการกำเริบของโรคได้ เป็นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและญาติ ตั้งแต่แรกเริ่มของการเป็นโรคตลอดจนหลังการสูญเสีย เพื่อเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนที่รับผิดชอบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Jitbantad, Ruangput, Sahairak, & Warapeamg, 2017) ฉะนั้น หากได้ส่งเสริมความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนที่เปรียบเสมือนเพื่อนบ้านและความใกล้ชิด บางคนเป็นญาติของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้สามารถดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

สมมติฐาน

หลังการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้ของ Bloom (1964) ที่กล่าวไว้ว่า การเรียนรู้ของบุคคลประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความรู้และความคิด (Cognitive domain) เมื่อบุคคลมีความรู้ที่เป็นกระบวนการทางสมองอย่างมีขั้นตอน และมีการพัฒนาด้านสติปัญญาที่เกี่ยวกับข้อเท็จจริงต่าง ๆ เพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจ 2) ด้านทัศนคติ (Affective domain) เป็นกระบวนการทางจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก และความเชื่อของบุคคลนั้น ๆ ที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรม และ 3) ด้านทักษะหรือการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ต้องอาศัยความรู้และทัศนคติ ทำให้เกิดการปฏิบัติที่ต้องใช้ระยะเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดความรู้ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่การปฏิบัติ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนมากยิ่งขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi experimental research : one group pretest – posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาเคียน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 9 หมู่บ้าน รวมทั้งหมด 256 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (Power analysis) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (Significant level) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Level of power) เท่ากับ .95 ค่าขนาดค่าอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่าง (Effect size) = .5201 (Anseekaew, Matchim, & Ratanabunjerdkul, 2020) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการเปิดตารางของ Polit & Hungler (1999) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน และป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 40 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยการเลือกแบบทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามคุณสมบัติที่กำหนด

การกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (CG) 2) มีชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นประจำในหมู่บ้านเป็นอสม. ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) ประสงค์เข้าร่วม หรือเคยเข้าร่วมการดำเนินงานสาธารณสุขต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง และ 4) สามารถเข้าร่วมตลอดระยะเวลาการให้ความรู้

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมตลอดระยะเวลาการให้ความรู้ และ 2) กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามได้ไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) ศาสนา 4) สถานภาพ 5) ระดับการศึกษา

6) อาชีพ 7) ประสบการณ์เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และ 8) ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

2. แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 4 ด้าน จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามตอบถูกและผิด โดยตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลคะแนน โดยการแบ่งระดับความรู้ ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คือ

ระดับต่ำ	หมายถึง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หรือ น้อยกว่า 12 คะแนน
ระดับปานกลาง	หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 60 - 79 หรือ 12 - 16 คะแนน
ระดับสูง	หมายถึง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 หรือ 17 คะแนนขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ระหว่าง 0.67 - 1.00 จากนั้น นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจากรพ.สต. บ้านเหมืองห้วยทะเล จำนวน 15 คน และ รพ.สต. บ้านทุ่งโนนด จำนวน 15 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน ได้ค่า Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง

1. เตรียมเอกสารประกอบการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน 4 ด้าน ทั้งก่อนและหลังการให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

2. นัดประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เพื่อชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ของการวิจัย

3. ประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนก่อนทำการทดลอง

ขั้นทดลอง

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยให้ความรู้โดยการบรรยายให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน จำนวน 4 ด้าน ๆ ละ 30 นาที รวม 2

ชั่วโมง

3. การบรรยายระหว่างด้าน ผู้วิจัยให้อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนซักถามและร่วมกันอภิปรายประเด็นปัญหาแต่ละด้าน

4. ผู้วิจัยมีคำถามลักษณะปลายเปิดให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน แบ่งกลุ่ม ๆ ละ 8 คน และให้ภายในกลุ่มระดมความคิดภายในกลุ่มเกี่ยวกับความรู้ทั้ง 4 ด้าน

5. อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนนำเสนอผลการระดมความคิดกลุ่มละ 10 นาที และให้อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนช่วยกันอภิปรายในประเด็นเพิ่มเติม

6. ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

7. รวมระยะเวลาในการให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน 4 ชั่วโมง

ขั้นหลังการทดลอง

1. ทำแบบประเมินหลังการให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
2. สถิติอ้างอิง เนื่องจากการทดสอบการกระจายของข้อมูล พบว่า การกระจายของข้อมูลไม่ปกติ โดยทดสอบด้วยสถิติ Shapiro-wilk test ($p < 0.05$) จึงเลือกใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน

จริยธรรมวิจัย

บทความวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสจริยธรรมการวิจัย SCPHYLIRB-2567/278 ลงวันที่ 23 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และร้อยละ (n = 40)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	40	100.00
อายุ Min-max = 31 – 58 ปี, M = 42.98, S.D. = 9.56		
ศาสนา		
พุทธ	3	7.50
อิสลาม	37	92.50
สถานภาพสมรส		
โสด	5	12.50
สมรส	34	85.00
หม้าย/ หย่าร้าง/ แยกทางกัน	1	2.50
ระดับการศึกษา		
ชั้นประถมหรือต่ำกว่า	13	32.50
ชั้นมัธยมหรืออนุปริญญา	21	52.50
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	6	15.00
อาชีพ		
รับจ้าง	38	95.00
เกษตรกร	2	5.00
ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน Min-max = 1 – 33 ปี, M = 11.40, S.D. = 9.06		
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย		
มี	18	45.00
ไม่มี	22	55.00

จากตาราง 1 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 42.98 ปี (S.D. = 9.56) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 92.50 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 85.00 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับชั้นมัธยมหรืออนุปริญา ร้อยละ 52.50 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 95.00 มีประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เฉลี่ย 11 ปี (S.D. = 9.06) และอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ร้อยละ 45.00

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ดังตาราง 2

ตาราง 2 ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยในการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (n = 40)

ความรู้	n	M (S.D.)	Mean Diff.	Z	p-value
คะแนน			-8.03	-5.506	< 0.01
ก่อนทดลอง	40	11.38 (2.89)			
หลังทดลอง	40	19.40 (1.06)			

จากตาราง 2 พบว่า หลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < 0.01$) และสามารถแสดงเป็นระดับความรู้ได้ดังตาราง 3

ตาราง 3 ระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (n = 40)

ระดับ	ก่อนอบรม		หลังอบรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย				
มาก	8	20.00	38	95.00
ปานกลาง	26	65.00	2	5.00
น้อย	6	15.00	0	0.00
ด้านจิตใจ				
มาก	10	25.00	40	100.00
ปานกลาง	10	25.00	0	0.00
น้อย	20	50.00	0	0.00
ด้านสังคม				
มาก	12	30.00	1	2.50
ปานกลาง	4	10.00	39	97.50
น้อย	24	60.00	0	0.00
ด้านจิตวิญญาณ				
มาก	12	30.00	100	100.00
ปานกลาง	12	30.00	0	0.00
น้อย	16	40.00	0	0.00

จากตาราง 3 พบว่า ระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เมื่อทดสอบวัดความรู้ก่อนอบรม ด้านร่างกาย ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.00 ด้านจิตใจ มีความรู้ระดับ

น้อย คิดเป็นร้อยละ 50.00 ด้านสังคม ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 60.00 และด้านจิตวิญญาณ ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 40.00 เมื่อทดสอบวัดความรู้หลังอบรม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนมีความรู้ทุกด้านเพิ่มขึ้นในระดับมาก ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ คิดเป็นร้อยละ 95.00, 100.00, 97.50 และ 100.00 ตามลำดับ

อภิปรายผล

การให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน หลังการทดลอง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ทุกด้านสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value < 0.01) เป็นผลมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ได้มีการติดตามอาการ การปฐมพยาบาลเบื้องต้นกับพยาบาลที่ลงเยี่ยมบ้าน หลังจากได้รับความรู้ คำแนะนำ การอภิปรายกลุ่มร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งเป็นองค์ความรู้เฉพาะโรคทำให้มีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Bunchai (2024) พบว่า หลังได้รับความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 41.50 (S.D. = 0.51) และ 36.20 (S.D. = 7.38) (p <0.01) ช่วยให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและลดความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนทางกายของผู้ป่วย สอดคล้องกับ Chaiyasaj (2018) พบว่า การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายในชุมชนที่ครอบคลุมองค์รวมของบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยประเมินพฤติกรรม การปรับตัว การให้คำปรึกษา การเสริมสร้างพลังอำนาจ การให้ความรู้ และฝึกทักษะการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการจัดการตนเอง และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การสนับสนุนให้ความช่วยเหลือตามความต้องการ ของผู้ดูแลที่เฉพาะเจาะจง เป็นรายบุคคล ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถปรับตัว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตัวของ Roy & Andrews (1999) ที่ว่า การปฏิบัติการพยาบาลเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนด เพื่อสร้างเสริมประสิทธิภาพการปรับตัวของบุคคล โดยการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา การฝึกทักษะที่จำเป็น จะช่วยสนับสนุนบุคคลให้สามารถแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ สอดคล้องกับ Phithakthammakul (2022) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในชุมชนต้นแบบของเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า ทักษะด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 73.30 ส่งผลให้มีการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับ Interactive และกลุ่มระดับ Critical Health Literacy เพิ่มขึ้น เพราะความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับ อสม. ในการปฏิบัติหน้าที่และเป็นต้นแบบด้านพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชน สามารถเป็นแกนนำในการจัดการสุขภาพให้กับประชาชนและชุมชนได้ ดังทฤษฎีของ Boom (1964) ที่กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลมีความรู้ที่เป็นกระบวนการทางสมองอย่างมีขั้นตอน และมีการพัฒนาด้านสติปัญญาที่เกี่ยวกับข้อเท็จจริงต่าง ๆ เพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจ ต้องอาศัยความรู้ที่ถูกต้องและทัศนคติที่ดี ทำให้เกิดการปฏิบัติและการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ นำไปสู่การประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนมากยิ่งขึ้น

ทั้งนี้ หากอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนมีความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จะทำให้มีความมั่นใจในการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว (Tungsaengsakul, Sumpuntharat, & Sinsir, 2018) ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขควรให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาที่ถูกต้อง เพื่อเสริมศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวมในชุมชน ควรจัดให้มีการอบรมและให้มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ โดยให้สมาชิกอื่นในชุมชนได้เห็น ได้ปฏิบัติตาม และร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งจะช่วยให้เกิดองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การนำผลการวิจัยไปใช้

อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน สามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพ และนำไปต่อยอดในการพัฒนาแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนครั้งนี้ จัดเป็นเข้ารับการอบรมระยะสั้น เพื่อสร้างองค์ความรู้ และทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ควรให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ควรมีการอบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนมีการปฏิบัติที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

References

- Anseekaew, P., Matchim, Y., & Ratanabunjerdkul, H. (2020). The effects of an end-of-life care program on the palliative care outcomes and perceived peaceful end of life among end-stage cancer patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurse*, 21(2), 315-324.
- Bloom, B. S. (1964). Taxonomy of educational objectives: the classification of educational objectives. Handbook I: The cognitive domain. New York: McKay.
- Bunchai, P. (2024). Developing continuous palliative care for terminally ill patients in the Community. Tha Rong Chang Hospital, Surat Thani Province. (in Thai)
- Chaiyasaj, N. (2018). The effect preparation of caregiver's to adaptation in caring for end-of-life patients in community. *Mahasarakham Hospital Journal*, 15(3), 46-48.
- Chomphuviset, P. (2022). Learning process for competencies of village health volunteers 4.0, ROI-ET. *Primary Health Care Journal*, 37(2), 35-36.
- Department of Medical services. (2020). Palliative care. Retrieved September 2, 2024 from https://www.dms.go.th/backend//Content/Content File/Practice guidelines/Attach/25640114130713PM_aw Guide to palliative care _5.pdf
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). (2020). *Palliative care*. Retrieved September 2, 2024 from <https://thaitgri.org/?p=39042>. (in Thai)
- Jitbantad, W., Ruangput, P., Sahairak, S., & Warapeamg, W. (2017). *Capacity building of community volunteers to be case manager of community dwelling elderly with disabilities*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2024). *Manual for implementing the life health center policy 2024*. Bangkok. (in Thai)
- Nilmanat, K., Thasaneesuwan, S., & Tinkaew, P. (2021). Palliative care for chronic renal failure patients: issues and recommendations for development. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 36(4), 5-15.

- Pairojkul, S. (2020). *Palliative care in Thailand: moving towards quality*. Bangkok: The war veterans organization of thailand under royal patronage his majesty. (in Thai)
- Phithakthammakul, P. (2020). *Health literacy and health behavior of village health volunteers (VHVs) in model communities in health zone 5*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Piangkaeo, P., Chankong, W., & Kaladee, A. (2023). Effects of family and village health volunteer participation program in caring for bedridden patients at home. *Journal of Health Research and Innovation*, 6(1), 1-14.
- Polit, D. F. & Hungler, P. B. (1999). *Nursing research: principles and methods*. (6th Edition), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA.
- Roy, S. C., & Andrews, E. H. (1999). *The roy adaptation model*. (2nd ed). Stamford: Appleton&Lange.
- Saenloa, P. (2018). The role of palliative care with village public health volunteer and buddhist monks together with registered nurses in Na Fai sub-district, Mueang district, Chaiyaphum province. *Journal of Nursing and Health Care* 2017, 35(4), 150-156.
- Stephen, R., Claire, M., Ernesto, J., Richard, H., James, C., Barbara, H., et al. (2020). *Global atlas of palliative care*. (2nd ed). London UK: World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance.
- Tungsaengsakul, S., Sumpuntharat, S., & Sinsir, C. (2018). Village health volunteers' knowledge, attitudes, and perceived self-efficacy in providing palliative care for end-of-life patients. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(1), 77-89.
- World Health Organization. (2020). Definition of palliative care. Retrieved Jun 29, 2024 from <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

การให้ปรึกษาเพื่อลดอุบัติการณ์การกลั่นแกล้งในโรงเรียนและผลกระทบต่อนักเรียน
Counseling to Reduce the Incidence of Bullying in Schools and Its Impact on
Students

ภาวดี เหมทานนท์¹ และ สุธัทสน์ เหมทานนท์^{2*}
Pawadee Hamtanon¹ and Sutut Hamtanon^{2*}

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Faculty of Nursing, Thaksin University, Phatthalung Campus

²Boromrajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute

(Received: September 30, 2024, Revised: November 7, 2024, Accepted: November 11, 2024)

บทคัดย่อ

การกลั่นแกล้งจัดเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวประเภทหนึ่ง ซึ่งเป็นการกระทำของกลุ่มหรือรายบุคคล โดยผู้ที่ถูกกระทำไม่สามารถปกป้องตัวเองได้ ซึ่งเกณฑ์ที่บ่งบอกว่าพฤติกรรมการกลั่นแกล้งนี้เป็นพฤติกรรมก้าวร้าว คือ มีการกระทำซ้ำ ๆ มีการจงใจในการกระทำ และผู้ที่กระทำจะมีอำนาจมากกว่าผู้ถูกกระทำหรือเหยื่อ ลักษณะของพฤติกรรมกลั่นแกล้ง ได้แก่ การล่อลวงละเมิดทางร่างกาย วาจา สังคม และทางไซเบอร์ การกลั่นแกล้งนับเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญในวัยรุ่น โดยส่งผลกระทบต่อผู้ถูกกลั่นแกล้งทั้งการปรับตัวในสังคม อารมณ์วิตกกังวล ความทุกข์ทางจิตใจ การเรียนรู้ รวมถึงความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง ในขณะที่ผู้กระทำผิดมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่งผลถึงการมีพฤติกรรมก้าวร้าวเมื่อโตขึ้น บทความเรื่อง “การปรึกษาเพื่อลดอุบัติการณ์การกลั่นแกล้งในโรงเรียนและผลกระทบต่อนักเรียน” มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายถึงรูปแบบ สาเหตุ ของการกลั่นแกล้งในโรงเรียน แนวทางการให้การศึกษาในลักษณะการบูรณาการจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ครู ครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ เพื่อลดอุบัติการณ์การกลั่นแกล้งและผลกระทบต่อเด็กนักเรียนในโรงเรียน

คำสำคัญ: การปรึกษา, การกลั่นแกล้ง, นักเรียน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: s_tuth@yahoo.com)

Abstract

Bullying is a form of aggressive behavior that involves individuals or groups, where the victim is unable to defend themselves. The criteria that indicate bullying as an aggressive behavior include repetitive actions, intentionality, and the perpetrator having more power than the victim. Types of bullying behaviors include physical, verbal, social, and cyberbullying. Bullying is a significant health problem among adolescents, impacting victims' social adjustment, anxiety, emotional distress, learning, and increasing the risk of self-harm. Perpetrators, on the other hand, tend to exhibit inappropriate behaviors, leading to aggressive conduct as they grow older.

The article "Counseling to Reduce the Incidence of Bullying in Schools and Its Impact on Students" aims to explain the forms and causes of bullying in schools, as well as counseling approaches that integrate efforts from multiple stakeholders, such as teachers, families, and healthcare professionals, to reduce the incidence of bullying and its impact on students in schools.

Keywords: Counseling, Bullying, Students

บทนำ

พฤติกรรมกรกลั่นแกล้งในโรงเรียนเป็นปัญหาทางจิตสังคมที่ค่อนข้างรุนแรง จากรายงานของสหประชาชาติพบว่า นักเรียน 1 ใน 3 คน (ร้อยละ 32) เคยถูกรกลั่นแกล้งที่โรงเรียน (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, 2019) นำไปสู่ผลกระทบต่อการทำหน้าที่และการปรับตัวของเยาวชน (Arslan, Allen, & Tanhan, 2021) จากข้อมูลของ United Nations Children's Fund: UNICEF (2018) รวบรวมจากเด็ก 100,000 คน ใน 18 ประเทศ พบว่า ร้อยละ 67 เคยมีประสบการณ์การกรกลั่นแกล้ง ร้อยละ 25 ถูกรกลั่นแกล้งจากสภาพร่างกาย ร้อยละ 25 เนื่องจากเพศ ร้อยละ 25 จากเชื้อชาติหรือจากเชื้อชาติกำเนิด อีกร้อยละ 25 จากเรื่องอื่น ๆ ปัจจุบันพฤติกรรมกรกลั่นแกล้งได้ทวีคูณมากขึ้นกว่าในอดีต จากการวิจัยพบว่า เด็กนักเรียนไทยโดนกรกลั่นแกล้งในโรงเรียนกว่า 600,000 คน คิดเป็นประมาณร้อยละ 40 ถือเป็นอันดับ 2 ของโลก รองจากประเทศญี่ปุ่น (Department of Mental Health, 2020) นอกจากระดับความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นแล้ว วิธีการกรกลั่นแกล้งก็เปลี่ยนไปจากในอดีตที่เคยใช้ เช่น การล้อเลียนชื่อพ่อแม่ การเรียกชื่อสมมติหรือปมด้อยของเพื่อน การไม่ให้เข้าร่วมกลุ่มเล่นหรือทำกิจกรรม และการตบหัว หรือการชกต่อยเบา ๆ ได้เปลี่ยนเป็นการกรกลั่นแกล้งในรูปแบบที่แตกต่างออกไป โดยการใช้อินเทอร์เน็ต (Media) และเทคโนโลยี (Technology) มีบทบาทสำคัญและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรกลั่นแกล้งของเด็กในยุคปัจจุบัน

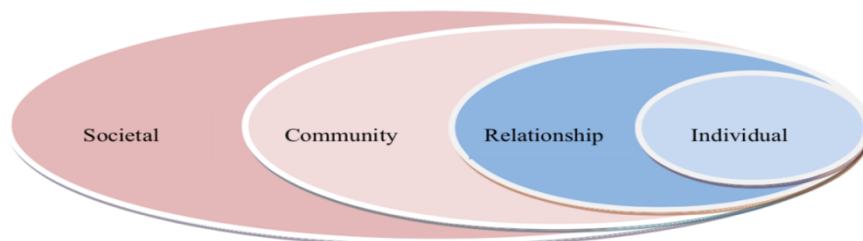
การกรกลั่นแกล้ง (Bullying) เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวรูปแบบหนึ่ง (Aggressive behavior) ที่มีความสัมพันธ์กับการไม่สมดุลของอำนาจ (Unbalanced power) (Olweus, 2013; Menesini & Salmivalli, 2017; Zych, Ttofi, & Farrington, 2019) พฤติกรรมกรกลั่นแกล้งเกิดขึ้นได้หลายบริบท แต่มักจะเกี่ยวข้องกับในโรงเรียนและในอินเทอร์เน็ต มีทั้งที่กระทำโดยตรงและทางอ้อมต่อเหยื่อผู้ถูกรกระทำ โดยการกระทำทางตรงเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้นโดยตรงต่อเหยื่อ เช่น การกรกลั่นแกล้งทางร่างกาย และการคุกคามโดยใช้วาจา ส่วนการกระทำทางอ้อม เช่น การแยกทางสังคม และทางโลกไซเบอร์ ในรูปแบบของ Email หรือ Social media เป็นต้น (Olweus & Limber, 2018) ส่งผลให้ผู้ถูกรกระทำหรือเหยื่อเกิดความกลัว เกิดความทุกข์และได้รับบาดเจ็บทางจิตใจ แม้ว่าในศตวรรษที่ 20 พฤติกรรมกรกลั่นแกล้งจะถูกมองว่าเป็นส่วนหนึ่งของมนุษยชาติที่เป็นพฤติกรรมปกติในโรงเรียน แต่ในปัจจุบันมีงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมกรกลั่นแกล้งเป็นอันตราย ยอมรับไม่ได้ และ

เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่การเกิดปัญแก่นักเรียน เช่น เด็กไม่ยอมไปโรงเรียน ปัญหาการเรียน ซึ่งการเปลี่ยนมุมมองนี้ทำให้มีการเปลี่ยนรูปแบบการบำบัดที่เฉพาะมากขึ้น

ในบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับการกลั่นแกล้งในโรงเรียนและแนวทางการให้ปรึกษาเพื่อลดอุบัติการณ์พฤติกรรมการกลั่นแกล้งในโรงเรียน และผลกระทบต่อนักเรียน เพื่อเป็นแนวทางการส่งเสริมให้มีการเคารพความหลากหลายและไม่กลั่นแกล้งรังแกผู้ที่มีความแตกต่าง การป้องกันและช่วยให้ผู้ถูกกลั่นแกล้งได้รับการช่วยเหลือด้วยวิธีการที่เหมาะสม

แนวคิดของการเกิดพฤติกรรมการกลั่นแกล้ง

พฤติกรรมการกลั่นแกล้งเกิดขึ้นเมื่อบุคคลหนึ่งหรือบางสิ่ง มีอิทธิพลเหนืออีกบุคคลหนึ่ง เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในบริบทสังคม (Social context) ได้รับอิทธิพลมาจากลักษณะส่วนบุคคลของเด็กและลักษณะทางบริบทของสิ่งแวดล้อม มีการประยุกต์แบบจำลองนิเวศวิทยาทางสังคม (Social ecological model) มาใช้ในการอธิบายอิทธิพลของความสัมพันธ์ในสภาพแวดล้อมที่มีต่อการพัฒนาการของเด็ก โดยวงกลมด้านในสุดของแบบจำลองนี้ คือ พัฒนาการทางร่างกายและอารมณ์ ซึ่งก็คือระบบจุลภาค (Microsystem) ของความสัมพันธ์ภายในตัวบุคคลที่เด็กมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม (Bronfenbrenner, 1994; Swearer & Espelage, 2011) ด้วยพฤติกรรมการกลั่นแกล้งเป็นรูปแบบหนึ่งของความก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งสามารถทำนายการกลั่นแกล้งตามแนวคิดนี้ คือ ในระบบจุลภาค คือ ลักษณะทางประชากรของเด็ก ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ และลักษณะทางจิตวิทยาที่ระบุงถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยลักษณะของวัยรุ่นและบริบทสภาพแวดล้อมสามารถทำนายพฤติกรรมการกลั่นแกล้งและการเป็นเหยื่อ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของ Microsystems ที่เชื่อมโยงกับตัวเด็ก กลุ่มเพื่อนและโรงเรียน กลายเป็นปัจจัยในระบบใหญ่ คือ ระบบระหว่างบุคคล (Mesosystem) ระดับชุมชน (Community: Exosystem) และปัจจัยระดับสังคม (Society: Macrosystem) ตามลำดับ ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่สามารถส่งเสริมหรือป้องกันการตกเป็นเหยื่อของพฤติกรรมการกลั่นแกล้งได้ ดังที่แสดงในรูปภาพ 1



รูปภาพ 1. แนวคิดเชิงนิเวศวิทยาเพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

ที่มา: World report on violence and health Geneva (World Health Organization, 2002)

นอกจากแบบจำลองนิเวศวิทยาทางสังคมแล้ว พฤติกรรมการกลั่นแกล้งสามารถอธิบายโดยใช้ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic interactionism) โดย Hewitt & Shulman (2011) เชื่อว่า พฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากการที่มนุษย์ได้มีการกระทำตอบโต้กับตนเองตามความคิดของตน และนำไปสู่การกระทำตอบโต้ระหว่างกันทางสังคม โดยทฤษฎีนี้มุ่งเน้นถึงพฤติกรรมที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbols) ของบุคคลที่เกิดขึ้นระหว่างกัน หรือที่เรียกว่ามีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากกระบวนการให้ความหมาย เรียนรู้ความหมาย และการตีความหมายสัญลักษณ์นั้น ก่อนการตอบสนองด้วยสัญลักษณ์เช่นกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการสื่อความหมายระหว่างบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสัญลักษณ์ดังกล่าว ได้แก่ ภาษา ท่าที สีหน้า หรือน้ำเสียง ตลอดจนวัตถุที่ใช้ พฤติกรรมที่แสดงให้เห็นหรือรับรู้ของบุคคลจะถือเป็น

สัญลักษณ์ที่มีความหมายร่วมกันระหว่างบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ตอบโต้กันด้วย ดังนั้น ภายใต้สัญลักษณ์ดังกล่าวได้มีการถ่ายทอดความคิดโดยอาศัยพฤติกรรมที่แสดงออกเป็นสื่อเพื่อให้รู้ความหมายของคู่สัมพันธ์นั้น จากแนวคิดนี้สามารถอธิบายได้ว่า พฤติกรรมการกลั่นแกล้งเกิดจากการที่บุคคลมีการแสดงออกต่อวัตถุ บุคคล สถานการณ์ และอื่น ๆ ที่บุคคลใช้ในการจัดการตามมุมมองการให้ความหมายที่สิ่งนั้นมีต่อพวกเขา โดยความหมายนี้เกิดขึ้นนี้มาจากการปฏิสัมพันธ์กันในสังคม และบุคคลใช้ในกระบวนการตีความเพื่อตอบโต้กับสิ่งที่พวกเขาเผชิญ บุคคลตีความสถานการณ์ที่มากระทบและกระทำในสถานการณ์นั้นอย่างไร แม้ว่าจริง ๆ แล้วอาจจะจริงตามความหมายที่ดีความหรือไม่ก็ได้

รูปแบบของพฤติกรรมกรกลั่นแกล้ง

พฤติกรรมกรกลั่นแกล้งเป็นพฤติกรรมที่ทำโดยตั้งใจ โดยเกิดขึ้นมากกว่า 1 ครั้ง หรือมีแนวโน้มว่าจะเกิดขึ้นอีก ซึ่งแตกต่างจากพฤติกรรมกรหยอกล้อกันทั่วไปที่ผู้ถูกรกระทำไม่มีความรู้สึกโกรธ ไม่สนุกหรืออยากเล่นด้วย พฤติกรรมกรกลั่นแกล้งนี้มักเกิดขึ้นหลายรูปแบบในเวลาเดียวกัน จากการศึกษาเอกสารและประสบการณ์การให้การปรึกษาของผู้เขียน พบว่า สามารถแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบหลัก ดังนี้ (Olweus & Limber, 2018)

1. การกลั่นแกล้งทางร่างกาย (Physical bullying) เป็นพฤติกรรมที่มองเห็นอย่างเป็นรูปธรรมที่ทำให้ผู้อื่นได้รับบาดเจ็บ ตั้งแต่การตี การผลัก การถ่มน้ำลาย การทุบตี การขโมยหรือการทำลายทรัพย์สินของอีกฝ่าย
2. การกลั่นแกล้งทางวาจา (Verbal bullying) เป็นการแสดงพฤติกรรมกรกลั่นแกล้งด้วยคำพูดที่ไปทำร้ายอารมณ์ความรู้สึกและจิตใจของผู้อื่น ได้แก่ การสร้างเรื่องโกหก การปล่อยข่าวลือ การตั้งชื่อเล่น การเยาะเย้ยที่ทำให้อับอาย รวมไปถึงการสบประมาท การข่มขู่ การเหยียดเชื้อชาติ ความคิดเห็นที่เหยียดเพศ การคุกคาม รวมไปถึงการโทรศัพท์เพื่อการรบกวน และการใช้โซเชียลมีเดียในการส่งข้อมูลต่าง ๆ
3. การกลั่นแกล้งทางสังคม (Social bullying) เป็นพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงการรุกรานเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือระหว่างกลุ่มบุคคล ซึ่งเป็นลักษณะของการทำร้ายอารมณ์ ความรู้สึก เช่นเดียวกับการกลั่นแกล้งทางวาจา ได้แก่ การกีดกันใครบางคนออกจากกลุ่ม การนินทา หรือการแพร่กระจายข่าวลือเกี่ยวกับใครบางคน การนำเสนอเรื่องราวของผู้อื่นในลักษณะที่ทำให้เขาตกอยู่ในสถานการณ์ที่น่าอับอายและการทำให้เขาแยกตัวออกไป
4. การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ (Cyberbullying) การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์กลายเป็นเรื่องธรรมดามากขึ้น เนื่องจากมีการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตกันง่ายขึ้น ที่สำคัญเป็นรูปแบบการกลั่นแกล้งที่กระทำเพียงครั้งเดียวก็อาจดูได้อย่างต่อเนื่อง และไม่ได้จำกัดเฉพาะวันที่เรียนหรือสถานที่ในโรงเรียนเท่านั้น นอกจากสามารถดูซ้ำแล้วส่งต่อให้กับผู้อื่นได้ ซึ่งรูปแบบออกมาในลักษณะของ การข่มขู่ การส่งภาพโป๊ การหลอกลวง การไล่ออกจากกลุ่มออนไลน์ การเขียนข้อความ การอัปโหลดคลิป

นอกจากนี้การกลั่นแกล้งมักจะเกิดหลายรูปแบบพร้อม ๆ กัน เช่น การปฏิบัติที่เจ็บปวดต่อผู้คนที่ต่างวัฒนธรรม ต่างศาสนา ต่างเชื้อชาติ ต่างชาติพันธุ์ ตลอดจนการตลกในเรื่องเชื้อชาติ หรือการแสดงความคิดเห็นในที่สาธารณะที่น่าอับอายเกี่ยวกับความพิการหรือรูปร่าง เพศทางสังคม (Socio-sexual) การถูกแยกด้วยความเป็นชายขอบ (Isolation marginalization) หรือการปฏิบัติที่โหดร้ายต่อเพศตรงข้าม เรื่องตลกล้อเลียนทางเพศ บางคนที่เป็นกลุ่มน้อยทางเพศ การวิพากษ์เรื่องเพศ

ปัจจัยการเกิดพฤติกรรมกรกลั่นแกล้ง

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมกรกลั่นแกล้ง เกิดได้ทั้งจากครอบครัว เพื่อน และโรงเรียน เมื่อปัจจัยทั้ง 3 นี้ไม่เอื้ออำนวยในทิศทางที่เหมาะสม นักเรียนก็จะมีแนวโน้มในการระบายอารมณ์พุ่งมั่วไปในทางลบ หนึ่งในนั้น คือ พฤติกรรมกรกลั่นแกล้ง ทั้งนี้เมื่อพิจารณาที่ปัจจัยย่อย ๆ ได้แก่ ความแตกต่างทางเศรษฐกิจ ศาสนา เพศ ประเพณี และค่านิยมที่รุ่นพี่ลงโทษรุ่นน้อง ความรู้สึกอยากแค้นหรือความอิจฉา รวมถึงความปรารถนาที่จะครอบงำเหยื่อโดยใช้กำลังทางร่างกายหรือทางเพศ นอกจากนี้ ผู้กระทำผิดยังกลั่นแกล้งผู้อื่นเพื่อเพิ่มความนิยม

ในกลุ่มเพื่อน ซึ่งปัจจัยของการกลั่นแกล้งต่าง ๆ เหล่านี้ มีผลกระทบต่อเหยื่อของพฤติกรรมการกลั่นแกล้ง โดยรายละเอียดของปัจจัยของพฤติกรรมดังกล่าว อธิบายได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ ในปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์ ได้มีการศึกษาและมีความเข้าใจสาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าวทางด้านชีวภาพมากขึ้น เช่น พันธุกรรม ฮอร์โมน สมอและพัฒนาร่างกายทางสมอง เป็นต้น ซึ่งมีผลต่อความคิด อารมณ์ และการแสดงพฤติกรรมออกมา

2. ปัจจัยด้านจิตวิทยา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการกลั่นแกล้ง คือ ความไม่สมดุลของอำนาจ (Unbalance of power) ระหว่างผู้ที่กลั่นแกล้งกับผู้ที่ถูกเป็นเหยื่อ เป็นกลไกการป้องกันตนเองด้วยการตอบโต้ ทั้งนี้ คนที่ชอบกลั่นแกล้งผู้อื่นหลายคนเคยถูกรังแกมาก่อน ไม่ว่าจะจากเพื่อนหรือจากครอบครัว โดยเฉพาะการเผชิญกับประสบการณ์ร้าย ๆ ในวัยเด็ก ปัจจัยด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกลั่นแกล้ง เช่น บุคลิกภาพ (Personality) บุคลิกภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการกลั่นแกล้ง (Olweus, 1997) พบว่า ผู้ที่กลั่นแกล้งจะมีบุคลิกภาพแบบก้าวร้าว (Aggressive) ไม่มีสังคม (Nonsocial) อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactive) ในทางตรงข้ามอาจจะมีบุคลิกภาพแบบวิตกกังวล (Anxious) และไม่มั่นคง (Insecure) ที่ส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ (Temperament) ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Loneliness) การมีปมด้อย (Inferiority Complex) และความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ (Low self - esteem)

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่มีความแตกต่างและกว้างมาก ซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อการกลั่นแกล้ง เช่น ครอบครัวที่มีความรุนแรง การเลี้ยงดูที่ใช้ความรุนแรง การอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่มีความก้าวร้าวหรือชอบความรุนแรง สื่อต่าง ๆ ที่เป็นแบบอย่างของพฤติกรรมความรุนแรง หรือการกลั่นแกล้ง การเล่นเกมที่มีเนื้อหารุนแรง ส่งผลต่อความคิด อารมณ์ และการเลียนแบบพฤติกรรม

4. ปัจจัยด้านสังคม ประกอบด้วย สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมซึ่งจะมีความผกผันกับระดับพฤติกรรมรุนแรง ความยากจน ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ การอยู่ในสังคมที่มีความแตกต่าง เช่น เชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม และค่านิยมต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการข่มเหงรังแก

ในส่วนของพฤติกรรมการกลั่นแกล้งกันในโรงเรียน ส่วนใหญ่เกิดจากประสบการณ์ความรุนแรง เช่น การใช้ความรุนแรงของคนในครอบครัวทำให้เด็กซึมซับความรุนแรงและนำมาใช้กับบุคคลอื่น ตามประสบการณ์ของตนเอง การกลั่นแกล้งกันของกลุ่มเพื่อนที่ทําเป็นประจําก็อาจก่อให้เกิดการซึมซับได้ การเลียนแบบการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่นหรือจากสื่อต่าง ๆ แล้วจึงกระทำตาม และการคบหาสมาคมที่แตกต่าง เช่น บุคคลที่มีเพื่อนที่มีพฤติกรรมการกลั่นแกล้งผู้อื่นบุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมการกลั่นแกล้งผู้อื่นเช่นกัน

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการกลั่นแกล้งในโรงเรียน

Thornberg & Delby (2019) กล่าวว่า พฤติกรรมการกลั่นแกล้งมักเกี่ยวข้องกับตำแหน่งทางสังคม (Social positioning) การสร้างเหยื่อ (Victim constructing) การมองว่าการกลั่นแกล้งเป็นเรื่องปกติ (Bullying normalising) กฎการแทรกซึม (Rule diffusion) กฎการต่อต้าน (Rule resistance) และอุดมคติทางวัฒนธรรม (Cultural ideals) ซึ่งปัจจัยทำนายทำนายพฤติกรรมกลั่นแกล้ง ประกอบด้วย

1. อายุ อายุของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกลั่นแกล้งอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งจากงานวิจัยพบว่า พฤติกรรมการกลั่นแกล้งจะสูงในนักเรียนระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนต้น จะเกิดได้สูงสุด คือ อายุ 11 ปี และลดลงเมื่อเข้าสู่มัธยมปลายในวัย 18 ปี (Alex-Hartetal, 2015; Juvonen, Wang, & Espinoza, 2011) เช่น การศึกษาในประเทศไนจีเรีย พบว่า เด็กอายุ 12 - 15 ปี จะโดนกลั่นแกล้งสูงสุด และจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (Alex-Hartetal, 2015; Hymel & Swearer, 2015) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศออสเตรเลียและอเมริกาพบว่า เด็กอายุ 12 - 14 ปี โดนกลั่นแกล้งมากที่สุด โดยอายุ 12 ปี จะโดนกลั่นแกล้งมากกว่าเด็กอายุ 13 และ 14 ปี ตามลำดับ (Seals & Young, 2003)

2. เพศ เพศมีผลต่อพฤติกรรมการกลั่นแกล้ง โดยการกลั่นแกล้งโดยตรงพบว่า วัยรุ่นเพศชายตกเป็นเหยื่อมากกว่าวัยรุ่นหญิง โดยเฉพาะเพศชายที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำและรู้สึกโดดเดี่ยว (Betts, Spenser, &

Gardner, 2017) แต่ในบางการศึกษากลับพบว่า เพศหญิงในช่วงอายุ 13 - 14 ปี มีอัตราการถูกลั่นแก้มากที่สุด (Kallmén & Hallgren, 2021) ซึ่งเป็นลักษณะของการถูกลั่นแก้มทางอ้อม (Cecen & Keith, 2019)

3. บรรยากาศในโรงเรียน (School climate) บรรยากาศในโรงเรียนมีผลต่อพฤติกรรมการถูกลั่นแก้ม เช่น สัมพันธภาพระหว่างครูกับนักเรียน สัมพันธภาพระหว่างเด็กด้วยกัน ทั้งนี้การศึกษาพบว่า โรงเรียนที่เน้นผลสำเร็จทางการศึกษา แต่มีกฎระเบียบที่ไม่เข้ม มีการให้ทุนพี่ตู่และรุ่นน้องรวมถึงมีครูคอยสนับสนุนดูแล ทำให้นักเรียนมีความสุขกับการเรียน จะมีพฤติกรรมการถูกลั่นแก้มากน้อย (Cornell, Shukla, & Konold, 2015) ส่วนในโรงเรียนที่มีเชื้อชาติ เพศ เด็กนักเรียนมีผลการเรียนที่มีความแตกต่างกันมาก จะมีการถูกลั่นแก้มาก การศึกษาพบว่า เด็กนักเรียนที่มีผลการเรียนดีจะมีความสัมพันธ์กับการตกเป็นเหยื่อน้อย และครูมีการสนับสนุนดูแลเด็กอย่างทั่วถึง เด็กนักเรียนจะตกเป็นเหยื่อน้อย

ในส่วนความสัมพันธ์ของเพื่อนกับพฤติกรรมการถูกลั่นแก้มเป็นเรื่องที่ค่อนข้างซับซ้อน การศึกษาพบว่าการมีกลุ่มเพื่อนจะช่วยป้องกันการถูกลั่นแก้มได้ เปรียบเสมือนเป็นกันชนต่อการตกเป็นเหยื่อ โดยเฉพาะเด็กที่อยู่ในกลุ่มเพื่อนมีแนวโน้มการตกเป็นเหยื่อน้อยลง แต่ในงานวิจัยกลับพบว่า การมีกลุ่มใหญ่ก็อาจจะมีแนวโน้มการถูกลั่นแก้มากได้ (Jia & Mikami, 2014) ทั้งนี้ เกิดจากแนวโน้มของเด็กที่จะคบเพื่อนที่มีลักษณะเดียวกันมากกว่าการคบเพื่อนที่แตกต่างกัน จึงนำไปสู่การมีพฤติกรรมการถูกลั่นแก้มากได้ การถูกปฏิเสธจากเพื่อนมีความสัมพันธ์กับการพฤติกรรมการถูกลั่นแก้ม (Olthof & Goossens, 2008) ส่วนการยอมรับจากเพื่อนเป็นเกราะป้องกันการตกเป็นเหยื่อได้มากกว่าการอยู่คนเดียว ซึ่งส่วนใหญ่เด็กที่ตกเป็นเหยื่อมักจะมีเพื่อนน้อย และไม่ค่อยได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนกลุ่มใหญ่ (Mucherah, Finch, White, & Thomas, 2018)

ผลกระทบจากพฤติกรรมการถูกลั่นแก้ม

การถูกลั่นแก้มส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางจิตใจและสังคมของเด็กนักเรียนทั้งผู้ถูกลั่นแก้มและผู้ถูกลั่นแก้ม ดังการศึกษาของ Kallmén & Hallgren (2021) ที่พบว่า นักเรียนที่ถูกถูกลั่นแก้มมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพจิตมากกว่านักเรียนที่ไม่ถูกลั่นแก้ม 2 เท่า โดยเพศชายมีความเปราะบางจากผลกระทบของการถูกลั่นแก้มากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้ ผู้ที่ถูกถูกลั่นแก้มักจะแสดงออกปัญหาหลายด้าน เช่น มีพฤติกรรมเกร (Conduct behavior) การไม่เคารพกฎหมาย การมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ต่ำ และมีโอกาสที่ถูกออกจากโรงเรียนสูง ส่วนผู้ที่ตกเป็นเหยื่อมักมีแนวโน้มที่จะมีอาการทางกายที่เนื่องมาจากจิตใจ ที่สำคัญเด็กที่ถูกถูกลั่นแก้มเป็นเวลานานมีแนวโน้มที่จะเชื่อว่าตนเองไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ มีพฤติกรรมนอนหลับที่แปรปรวน ปวดศีรษะ ปวดท้อง และปัสสาวะรดที่นอน (Espelage, & Holt, 2013) ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม โรควิตกกังวล (Anxiety disorders) โรคทางกายที่เนื่องมาจากจิตใจ (Somatic disorders) สุขภาพลดลง (Low psychological well-being) ความสามารถในการปรับตัวทางสังคมต่ำ (Low social adjustment ability) และมีความทุกข์ทางจิตใจ (Psychological distress) (Rose, Espelage, Monda-Amaya, Shogren, & Aragon, 2013) นอกจากนี้ การถูกลั่นแก้มยังเป็นสาเหตุของการขาดแรงจูงใจ (Lack of motivation) ความภาคภูมิใจต่ำ ปัญหาทางสุขภาพจิต ผันรำ (Nightmares) ความรู้สึกหวาดกลัว และอาจจะมีการเสียชีวิตของเหยื่อ (Steinmayr, Crede, McElvany, & Wirthwein, 2015) ปัญหาทางจิตใจนี้ นำมาซึ่งการปรับตัวทางสังคมที่ไม่ดี ทำให้เกิดความชะงักงันของพัฒนาการทางจิตสังคม โดยเฉพาะความแข็งแกร่งทางด้านจิตใจ ส่งผลให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ ดิตสารเสพติด แยกตัว มีภาวะซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตาย (Lemstra, Nielsen, Rogers, Thompson, & Moraros, 2012) นอกจากนี้ พฤติกรรมการถูกลั่นแก้อาจส่งผลกระทบได้ในระยะยาว เช่น ความยุ่งยากในการเข้าสังคม และ หากเกิดขึ้นจนถึงวัยผู้ใหญ่ จะส่งผลกระทบในวงกว้าง คือผู้ที่ตกเป็นเหยื่อจะประสบกับปัญหาสัมพันธภาพในสังคม สมรรถนะการทำงานลดลง (Wachs, Bilz, Fischer, Schubarth, & Wright, 2018)

บทบาทของครูกับพฤติกรรมการกลั่นแกล้ง

การกลั่นแกล้ง พบในเด็กอายุ 12 -15 ปี มากที่สุด โดยบรรยากาศของโรงเรียนมีผลต่อพฤติกรรมการกลั่นแกล้งและการตกเป็นเหยื่อ (Bullying behavior and victimization) ดังนั้น ครูจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและช่วยเหลือ จากการศึกษา พบว่า การที่ครูเข้ามาหยุดพฤติกรรมการกลั่นแกล้ง เข้าไปแยกคู่กรณีจะทำให้การกลั่นแกล้งและการตกเป็นเหยื่อลดลง แต่มีงานวิจัย พบว่า ครูยังมีวิธีการตอบสนองต่อการกลั่นแกล้งน้อย ประมาณร้อยละ 15 - 18 ของการเกิดสถานการณ์ทั้งหมด (Mucherah, Finch, White, & Thomas, 2018) โดยครูมักจะใช้วิธีการที่ใช้อำนาจในการบำบัด (Authority-based interventions) ตามด้วยการจัดการโดยตรงกับผู้กระทำผิด แม้จะไม่มีผลในระยะยาว แต่ครูยังไม่ได้ดูแลอย่างเต็มที่และทั่วถึง หากครูเห็นความสำคัญของการกลั่นแกล้งน้อย จะมีการส่งต่อข้อมูลกันของนักเรียนแล้วส่งผลถึงให้มีการกลั่นแกล้งต่อ ๆ กันไป จากประสบการณ์ของผู้เขียนในการให้การปรึกษานักเรียน ผู้ถูกกลั่นแกล้งหลายรายให้ข้อมูลว่า หากครูจัดการแล้วล้มเหลว พวกเขาก็จะไม่ปลอดภัยในโรงเรียน ส่วนเจตคติของครูเกี่ยวกับการกลั่นแกล้งนั้นจะมีผลต่อการสนับสนุนดูแลหรือจัดการ เช่น ครูที่เชื่อว่าการกลั่นแกล้งกันเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นในวัยรุ่น ก็จะแนะนำให้เด็กที่ตกเป็นเหยื่อหลีกเลี่ยงการการกลั่นแกล้ง หรือจัดการได้อย่างอิสระ หรือใช้วิธีการที่ไม่มีประสิทธิผล

แนวทางในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมการกลั่นแกล้งสำหรับครู มีดังนี้

1. การหมั่นสังเกตพฤติกรรมของนักเรียนแต่ละคน ครูควรทำให้เด็กรู้สึกปลอดภัยจากการถูกกลั่นแกล้ง ฝึกทักษะให้เด็กกล้าที่จะสื่อสารเพื่อระบายความรู้สึกต่าง ๆ ครูมีการรับฟังและแสดงความเข้าใจเด็ก ควรเชิญพ่อแม่ มารับรู้ปัญหาร่วมกัน สำหรับเด็กที่กลั่นแกล้งเพื่อนนั้น ครูควรหาแนวทางปรับพฤติกรรมของเด็ก โดยการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่ต่อต้านหรือทำให้เด็กรู้สึกถูกตำหนิหรือถูกบังคับ แต่ควรจัดการที่สาเหตุหรือปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมการกลั่นแกล้ง
2. การสื่อสารกับผู้ปกครองและนักเรียนให้มีความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมการกลั่นแกล้ง การแสดงออกให้เห็นว่า สังคมต้องไม่ยอมรับพฤติกรรมการกลั่นแกล้งไม่ว่าในรูปแบบใด
3. การจัดการเรียนการสอนให้มีบรรยากาศที่ปลอดภัย การเคารพให้เกียรติซึ่งกันและกัน ครูควรปลูกฝังให้เด็กรู้จักเห็นใจคนอื่น คิดในมุมมองของคนรอบข้าง ผ่านการทำกิจกรรมต่าง ๆ การฝึกให้นักเรียนมีความนับถือตนเอง ส่งเสริมพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ความสามัคคีกับเพื่อน ที่สำคัญครูควรเน้นย้ำถึงการลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การหลีกเลียง การดูหมิ่นผู้อื่น การนินทาไม่กล้าขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น
4. ครูควรสอนทักษะและฝึกปฏิบัติในการเผชิญกับการถูกกลั่นแกล้งทางสื่อโซเชียลให้กับนักเรียนในลักษณะเชิงรับ (Passive strategies) เช่น การปิดบัญชี การตัดการเชื่อมต่อ การบันทึกการสนทนา การจำกัดการเข้าถึง การลบการสนทนา รวมไปถึงการบล็อกผู้กลั่นแกล้ง

แนวทางการให้การปรึกษาสำหรับการป้องกันพฤติกรรมการกลั่นแกล้ง

การป้องกันพฤติกรรมการกลั่นแกล้งต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายเข้ามาเกี่ยวข้อง คือ ฝ่ายบริหาร ครู บุคลากรทางสุขภาพ ผู้ปกครอง โดยบุคลากรทางสุขภาพทำหน้าที่เป็นผู้ให้การปรึกษา (Counselor) บทบาทของสิ่งแวดล้อมในชุมชน และบทบาทของเด็กเอง การบำบัดดูแลส่วนใหญ่เน้นไปที่การให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขและครู เกี่ยวกับมาตรการการป้องกัน และวิธีการเยียวยาเพื่อการดูแลบาดแผลทางจิตใจ มีหลายการศึกษารายงานถึงความพยายามในการลดพฤติกรรมกลั่นแกล้งโดยผ่านการบำบัดแบบการเข้าใจอย่างลึกซึ้งและการใช้สติบำบัด (Empathy and mindfulness therapy) ตัวอย่างของกระบวนการให้การปรึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมการกลั่นแกล้ง ผู้เขียนเสนอแนะเป็นแนวทางในการดำเนินการดังนี้

1. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรู้คิดทางสังคมเป็นพื้นฐาน (Social cognitive theory: SCT) Bandura (1986) เชื่อว่า การเรียนรู้ไม่จำเป็นต้องพิจารณาในแง่ของการแสดงออกเท่านั้น แต่การได้มาซึ่งการเรียนรู้ใหม่เกิดขึ้นในกระบวนการคิดคือการเรียนรู้เกิดขึ้นแล้ว แม้ว่าจะไม่แสดงออกก็ตาม โดยกระบวนการทางความคิดเป็นตัวเชื่อมโยงให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และการแสดงพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากปฏิสัมพันธ์อย่าง

ต่อเนื่องซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (Behavior condition) และเงื่อนไขเชิงสภาวะแวดล้อม (Environmental condition) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เหมาะสมในการนำมาใช้ในการลดพฤติกรรมการกลั่นแกล้งได้ ผู้ให้การปรึกษาสามารถใช้วิธีการอบรมนักเรียน ครู และผู้ปกครอง ประกอบด้วย

1.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการกลั่นแกล้งในทุกรูปแบบผ่านการสื่อที่เสมือนจริง เพื่อให้ นักเรียนเข้าใจได้ง่าย เช่น คลิปวิดีโอหนังสือสั้น การแสดงบทบาทสมมติ เป็นต้น

1.2 การพัฒนาสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ในการควบคุมพฤติกรรมการกลั่นแกล้ง เช่น การเดินหนี การเพิกเฉย การบอกความต้องการของตนเอง การตอบโต้ด้วยความมั่นใจในตนเอง การบันทึกหลักฐานการถูกกลั่นแกล้ง เป็นต้น

1.3 การสนับสนุนทางสังคม (Social support) แก่นักเรียน โดยครูและเพื่อนคือระบบการสนับสนุนหลัก การจัดระบบครูที่ปรึกษารายบุคคลแก่เด็กเป็นวิธีการที่มีประโยชน์สำหรับเด็ก การเอาใจใส่ดูแลเด็กของครู จะช่วยเด็กที่มีพฤติกรรมการกลั่นแกล้งผู้อื่น มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมลดลง และเด็กที่ถูกกลั่นแกล้งก็จะได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที นอกจากนี้ผู้ให้การปรึกษาสามารถช่วยเหลือเด็กในการค้นหาเพื่อนที่สามารถช่วยเหลือเขาได้ทั้งในสถานการณ์ที่กำลังโดนกลั่นแกล้งและการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ

1.4 การเรียนรู้บรรทัดฐานทางสังคม (Norms) ที่มีการช่วยเหลือ ดูแล เอาใจใส่ รวมไปถึงความเอาใจใส่ทางดิจิทัล โดยการคำนึงถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้อ่านในโลกออนไลน์ เรียนรู้ถึงธรรมเนียมปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้สื่อดิจิทัลในการติดต่อสื่อกับผู้อื่น การเคารพพื้นที่บนสื่อทั้งของตนเองและผู้อื่น

1.5 การตั้งเป้าหมาย ความคาดหวัง (Expectations) ของตนเอง โดยการให้นักเรียนประเมินเป้าหมายของตนเองที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิต ให้เห็นทุกแง่มุมของตนเอง ทั้งข้อดี ข้อจำกัด เพื่อให้ทราบจุดแข็งของตนเองที่นำไปสู่การส่งเสริมให้เป้าหมายประสบความสำเร็จ และผู้ให้การปรึกษาร่วมกับนักเรียนวางแผนถึงแนวทางการบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

1.6 การสร้างการรับรู้ (Building perceptions) ผู้ให้การปรึกษาประเมินการรับรู้ของนักเรียนถึงพฤติกรรมการกลั่นแกล้งนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร นักเรียนส่วนใหญ่จะเชื่อว่าเหตุผลทั่วไปของเหยื่อผู้ถูกรกระทำที่ตกเป็นเป้าหมายเนื่องจากความแตกต่างทั้งจากความคิด สรีระ สังคม เป็นต้น ผู้ให้การปรึกษาควรชี้แนะถึงข้อมูลที่ได้จากการประเมินแล้วไม่สมเหตุผลเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่สมเหตุผล

2. โปรแกรมการป้องกันการกลั่นแกล้ง (Bullying Prevention Program: BPP) โดยกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ผ่านการใช้คลิปภาพยนตร์ การอภิปรายกลุ่ม และการทำแบบฝึกหัด การใช้เนื้อหาเกมออนไลน์ ที่สามารถเล่นได้ทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน การติดโปสเตอร์บนอาคารเรียน และการใส่เสื้อธรรงค์ การป้องกันพฤติกรรมการกลั่นแกล้ง แม้จะกิจกรรมเหล่านี้จะไม่มีผลถึงการลดพฤติกรรมการกลั่นแกล้งได้โดยตรง แต่ช่วยพัฒนาทักษะทางสังคมของนักเรียนได้

3. การให้การปรึกษาที่ใช้โรงเรียนเป็นฐาน (School-Based Intervention) เป็นการบำบัดที่เน้นการจัดการกับปัจจัยภายในที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมการกลั่นแกล้ง ได้แก่ การร่วมมือ/การสื่อสาร (Cooperation/Communication) การเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathy) เป้าหมาย/แรงบันดาลใจ (Goals/Aspirations) การแก้ปัญหา (Problem-solving) การตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) และสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) และการจัดการกับปัจจัยภายนอก ผ่านการสนับสนุนจากโรงเรียน (School support) และสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนแบบเอื้ออาทร (Caring peer relationships) โดยการให้ความรู้และการอบรมนักเรียนและครูในโรงเรียน แม้ว่าจะไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการกลั่นแกล้ง แต่ช่วยในการพัฒนาสุขภาพจิตของเด็กที่โรงเรียน ได้แก่

3.1 การส่งเสริมให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ กิจกรรมกีฬา และกิจกรรมศิลปะ เพื่อให้นักเรียนได้มีการสร้างสัมพันธ์ภาพ การสร้างความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง นำไปสู่ความเชื่อมั่นในตนเอง

3.2 โปรแกรมเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer group program) กลุ่มเพื่อนควรเป็นกลุ่มเล็ก ๆ 6 - 8 คน โดยการส่งเสริมให้มีการทำกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมและการกลั่นแกล้งของกลุ่มเพื่อนด้วยกัน ทั้งในเรื่องความรุนแรงในโรงเรียนและการกลั่นแกล้งผ่านโซเชียล เพื่อการสร้างบรรยากาศเชิงบวกในโรงเรียน และการสร้างวัฒนธรรมของความอดทน (Culture of tolerance) การอภิปรายถึงพฤติกรรมและการกลั่นแกล้ง ทักษะทางสังคมและทางอารมณ์ (Social and emotional skills) รวมไปถึงการบริหารจัดการในโรงเรียน ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการร่วมมือจากหลายองค์ประกอบในโรงเรียน กิจกรรมเหล่านี้สามารถลดพฤติกรรม การกลั่นแกล้ง การตกเป็นเหยื่อของเพื่อน ลดการต่อสู้ และการกลั่นแกล้งทางโซเชียลได้

3.3 โปรแกรมการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer support) เป็นวิธีการหนึ่งในสถานศึกษาที่นักเรียนจะได้ช่วยสนับสนุนและให้กำลังใจนักเรียนคนอื่น ๆ มีการจัดตั้งกลุ่มในการพูดคุยและแบ่งปันประสบการณ์เกี่ยวกับการกลั่นแกล้ง ซึ่งการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนในโรงเรียนทำให้นักเรียนรับรู้ถึงการมีบรรยากาศเชิงบวกในโรงเรียน การนำวัฒนธรรมของการยอมรับมาใช้ในโรงเรียน สร้างสรรค์โอกาสสำหรับเด็กในการช่วยเหลือสังคมที่มีการกลั่นแกล้ง โดยเฉพาะความท้าทายในการจัดการเมื่อพวกเขาพบเห็นพฤติกรรมและการกลั่นแกล้งในโรงเรียน การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนเป็นวิธีการที่มีคุณค่ามากเมื่อใช้ในการบำบัดพฤติกรรมและการกลั่นแกล้ง

3.4 โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (Resilience program) ความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ หลังจากพบสถานการณ์วิกฤติหรือเหตุการณ์ที่ลำบากในชีวิต เป็นคุณสมบัติหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลคล้อยผ่านไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข โปรแกรมนี้จึงเหมาะสำหรับนักเรียนที่ตกเป็นเหยื่อของการกลั่นแกล้ง โดยกิจกรรมตามโปรแกรมประกอบด้วย ทักษะการเผชิญกับความเครียด (Stress-coping skills) การเสริมสร้างสุขภาวะ (Well-being) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Promoting self-empowerment) การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho-education) การสร้างความเป็นอิสระ (Autonomy) การเพิ่มทักษะการดูแลตนเองและความเมตตากรุณา (Self-care and Compassion) ทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการกำหนดเป้าหมายในชีวิต กิจกรรมเหล่านี้นอกจากจะช่วยเพิ่มความเข้มแข็งทางใจแล้วยังช่วยให้นักเรียนที่ตกเป็นเหยื่อของการกลั่นแกล้งมีสภาพจิตใจกลับคืนสู่สภาพเดิม จะช่วยให้เกิดความหวัง การมองโลกในแง่ดี ช่วยให้ผ่านพ้นจากความทุกข์ใจที่เกิดขึ้น ป้องกันความผิดปกติทางสุขภาพจิต ส่งผลให้มีการฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ ทำหน้าที่ในการเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) ผู้รับผิดชอบควรให้การปรึกษาพ่อแม่ ผู้ปกครองในการสนับสนุน ช่วยเหลือเด็ก ซึ่งเด็กบางคนไม่กล้าบอกพ่อแม่ ผู้ปกครอง เรื่องที่ถูกกลั่นแกล้ง เพราะกลัวจะถูกว่าอ่อนแอ หรือหากผู้พ่อแม่ ผู้ปกครองทราบก็จะติดต่อกับทางโรงเรียนและกลายเป็นเรื่องใหญ่ ควรสื่อสารด้วยคำถามที่สะท้อนให้ลูกรับรู้อารมณ์ ความรู้สึก เปิดโอกาสให้ลูกได้ระบาย พ่อแม่รับฟังอย่างมีสติ ให้ลูกรู้สึกอบอุ่น และสื่อสารให้ลูกรับรู้ว่ามีพ่อแม่พร้อมให้การช่วยเหลือ เพราะพื้นที่บ้านควรเป็นพื้นที่ปลอดภัยและรับฟังเด็กให้มากที่สุด โดยสัญญาณเตือนว่าลูกถูกกลั่นแกล้ง เช่น มีร่องรอยบาดเจ็บฟกช้ำตามตัว มีเพื่อนน้อยลง ไม่ค่อยพูดถึงเพื่อนหรือกิจกรรมที่โรงเรียน มีอาการเครียด ปวดศีรษะ กังวล ซึมเศร้า ผื่นร้าย เหนื่อยล้าตอนเช้า เก็บตัว หลีกเลียงการเข้าสังคม เช่น หนีออกจากบ้าน ไปโรงเรียนสาย ไม่อยากไปโรงเรียน ขาดเรียนบ่อย ผลการเรียนตกต่ำ

สรุป

การกลั่นแกล้งในโรงเรียนเป็นพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อทำร้ายหรือข่มขู่ผู้อื่น มักมีความไม่สมดุลของอำนาจ เช่น การกลั่นแกล้งทางร่างกาย คำพูด สังคม หรือทางออนไลน์ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ถูกกระทำอาจรุนแรง เช่น ความเครียด วิตกกังวล และความนับถือตนเองต่ำ การแก้ปัญหาจำเป็นต้องใช้การมีส่วนร่วมจากหลายฝ่าย ทั้งจากครูที่เอาใจใส่ดูแลเด็กทั้งในเวลาเรียน การจัดกิจกรรมนอกเวลาเรียน การฝึกทักษะทางอารมณ์ ทักษะชีวิต การจัดบรรยากาศในโรงเรียนที่ส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่ดี ทั้งในส่วนของการกายภาพ และกลุ่มเพื่อนที่ดูแลช่วยเหลือกัน มีการสื่อสารกับผู้ปกครองสนับสนุนให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลนักเรียน

ข้อเสนอแนะ

การจัดการเพื่อต่อต้านพฤติกรรมการกลั่นแกล้งในโรงเรียนนั้นไม่ใช่หน้าที่ของใครคนใดคนหนึ่ง แต่ต้องอาศัยความร่วมมือของหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับนักเรียนในโรงเรียน ทั้งบุคลากรในโรงเรียน การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสำคัญในการลดพฤติกรรมการกลั่นแกล้ง เนื่องจากนักเรียนใช้เวลาในการอยู่บ้านนานกว่าการอยู่ที่โรงเรียน และผู้ให้การศึกษา ซึ่งอาจจะเป็นบุคลากรทางสุขภาพหรือนักจิตวิทยาการศึกษา ที่ต้องให้ความสำคัญกับภูมิหลังของนักเรียน เพื่อให้สามารถจัดการกับการกลั่นแกล้งได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ โปรแกรมการป้องกัน โปรแกรมกิจกรรม โปรแกรมกลุ่มเพื่อน และโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งรูปแบบการปรึกษา สามารถใช้แบบพบหน้า แบบออนไลน์ และแบบผสมผสาน ทั้งนี้หากผู้ให้การศึกษาใช้วิธีการที่ไม่เหมาะสมกับนักเรียน อาจนำมาซึ่งบาดแผลทางจิตใจในนักเรียนเพิ่มขึ้นได้

Reference

- Alex-Hart, B. A., Okagua, J., & Opara, P. I. (2015). Prevalence of bullying in secondary schools in Port Harcourt. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 27(4), 391–396. [www.http://dx.doi.org/10.1515/ijamh-2014-0038](http://dx.doi.org/10.1515/ijamh-2014-0038).
- Arslan, G., Allen, K. A., & Tanhan, A. (2021). School bullying, mental health, and wellbeing in adolescents: Mediating impact of positive psychological orientations. *Child Indicators Research*, 14, 1007-1026.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Betts, L. R., Spenser, K. A., & Gardner, S. E. (2017). Adolescents' involvement in cyber bullying and perceptions of school: The importance of perceived peer acceptance for female adolescents. *Sex roles*, 77, 471-481.
- Bronfenbrenner, U. (1994). *Ecological models of human development*. In T. Husen & T. N. Postlethwaite (Eds.), *International Encyclopedia of Education*. (2nd ed.). Oxford: Elsevier Science.
- Cecen-Celik, H., & Keith, S. (2019). Analyzing predictors of bullying victimization with routine activity and social bond perspectives. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(18), 3807-3832.
- Cornell, D., & Limber, S. P. (2015). Law and policy on the concept of bullying at school. *American Psychologist*, 70(4), 333–343.
- Department of Mental Health (2020). Thailand ranks 2nd for “Children bullying in schools” with 600,000 victims per year. Retrieved September 3, 2024 from [www.https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27485](https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27485) (in Thai)
- Espelage, D. L., & Holt, M. K. (2013). Suicidal ideation and school bullying experiences after controlling for depression and delinquency. *Journal of Adolescent Health*, 53(1), S27-S31.
- Hewitt, J. P., & Shulman, D. (2011). *Self and society: A symbolic interactionist social psychology*. (11th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Hymel, S., & Swearer, S. M. (2015). Four decades of research on school bullying: an introduction. *American Psychologist*, 293–299. [www.http://dx.doi.org/10.1037/a0038928](http://dx.doi.org/10.1037/a0038928).

- Jia, M., & Mikami, A. Y. (2014). Peer preference and friendship quantity in children with externalizing behavior: Distinct in influences on bully status and victim status. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(5), 957–969. [www.http://dx.doi.org/10.1007/s10802-014-9956-8](http://dx.doi.org/10.1007/s10802-014-9956-8).
- Juvonen, J., Wang, Y., & Espinoza, G. (2011). Bullying experiences and compromised academic performance across middle school grades. *The Journal of Early Adolescence*, 31(1), 152–173. [www.http://dx.doi.org/10.1177/0272431610379415](http://dx.doi.org/10.1177/0272431610379415).
- Källmén, H., & Hallgren, M. (2021). Bullying at school and mental health problems among adolescents: a repeated cross-sectional study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 15, 1-7.
- Lemstra, M. E., Nielsen, G., Rogers, M. R., Thompson, A. T., & Moraros, J. S. (2012). Risk indicators and outcomes associated with bullying in youth aged 9–15 years. *Canadian Journal of Public Health*, 103, 9-13.
- Menesini, E., & Salmivalli, C. (2017). Bullying in schools: The state of knowledge and effective interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 22(sup1), 240-253. [www.https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1279740](https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1279740).
- Mucherah, W., Finch, H., White, T., & Thomas, K. (2018). The relationship of school climate, teacher defending and friends on students' perceptions of bullying in high school. *Journal of adolescence*, 62, 128-139.
- Olthof, T., & Goossens, F. A. (2008). Bullying and the need to belong: Early adolescents' bullying-related behavior and the acceptance they desire and receive from particular classmates. *Social Development*, 17(1), 24–46. [www.http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00413.x](http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00413.x).
- Olweus, D. (1997). Bully/victim problems in school: Facts and intervention. *European journal of psychology of education*, 12, 495-510.
- Olweus, D. (2013). School bullying: development and some important challenges. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 751–780.
- Olweus, D., & Limber, S. P. (2018). Bullying in school: Evaluation and dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program. *American Journal of Orthopsychiatry*, 88(4), 423–432. <https://doi.org/10.1037/ort0000301>
- Rose, C. A., Espelage, D. L., Monda-Amaya, L. E., Shogren, K. A., & Aragon, S. R. (2015). Bullying and middle school students with and without specific learning disabilities: An examination of social-ecological predictors. *Journal of learning disabilities*, 48(3), 239–254.
- Seals, D., & Young, J. (2003). Bullying and victimization: prevalence and relationship to gender, grade level, ethnicity, self-esteem, and depression. *Adolescence*, 38(152).
- Steinmayr, R., Crede, J., McElvany, N., & Wirthwein, L. (2016). Subjective well-being, test anxiety, academic achievement: Testing for reciprocal effects. *Frontiers in Psychology*, 6, 1994.
- Swearer, S., & Espelage, D. (2011). A social-ecological framework of bullying among youth in North American schools. New York: Routledge.

- Thornberg, R., & Delby, H. (2019). How do secondary school students explain bullying. *Educational Research*, 61(2), 142-160.
- United Nations Children's Fund. (2018). UNICEF Annual Report 2017. Retrieved August 1, 2024 from <https://www.unicef.org/reports/unicef-annual-report-2017>.
- United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. (2019). Behind the numbers: Ending school violence and bullying. Retrieved September 3, 2024 from www.unesco.org/ark:/48223/pf0000366483.
- Wachs, S., Bilz, L., Fischer, S. M., Schubarth, W., & Wright, M. F. (2018). Students' willingness to intervene in bullying: Direct and indirect associations with classroom cohesion and self-efficacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11), 2577.
- World Health Organization. (2002). World Report on Violence and Health. Geneva. Retrieved September 3, 2024 from www.who.int/publications/i/item/9241545615.
- Zych, I., Ttofi, M. M., & Farrington, D. P. (2019). Protective factors against bullying and cyberbullying: A systematic review of meta-analyses. *Aggression and Violent Behavior*, 45, 4-19. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.06.008>.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ

กองบรรณาธิการ วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ขอเชิญสมาชิก และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยในด้านการพยาบาล การสาธารณสุข ด้านศิลปะการสอน การศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น และเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร ฯ

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การสาธารณสุข ด้านศิลปะการสอน การศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การสาธารณสุข ด้านศิลปะการสอน การศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์

การส่งบทความ

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่ วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ผ่านเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JHSP/index> โดยระบุชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทร ของผู้พิมพ์ เพื่อวารสาร ฯ ติดต่อกลับ วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา มีกำหนดออก 3 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม)

การตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อนจึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา และวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาเป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 - 3 ท่านต่อบทความ ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer-review) จะไม่ทราบชื่อผู้แต่ง และผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double Blind) และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาที่เป็นวรรณกรรมของบรรณาธิการ หรือบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช หรือวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์
3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาด้วยระบบออนไลน์
5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสมและความคิดเห็นของผู้เขียน

การเตรียมบทความต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. รายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ เนื้อหาและรายการอ้างอิงรวมกันไม่ควรเกิน 15 หน้า

2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรก**ตรงกลาง** ขนาดอักษร 17

3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่องให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้พิมพ์**ตรงกลาง** ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่ม e-mail ในส่วนล่างสุด

4. มีบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้าต่อบทคัดย่อ

5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)

6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)

7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)

8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning

9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

1.

1.1

1.1.1

1.1.1.1

1)

1.1)

-

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตารางและระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ เว้นบรรทัดเหนือชื่อตาราง และเหนือรูปภาพ 1 บรรทัด และเว้นใต้ตาราง และใต้ชื่อภาพ 1 บรรทัด และจัดเรียงตามลำดับหรือหมายเลขที่อ้างถึงในบทความ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาใต้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)

- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)

- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- นิยามศัพท์ (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- ข้อจำกัดในการวิจัย (ถ้ามี)
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- References

บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- อภิปรายผล (Discussion)
- การนำผลการวิจัยไปใช้ (Implication of the Results)
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)
- References

12. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)
- บทนำ (Introduction)
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ
- สรุป (Conclusion)
- ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
- References

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://www.wooster.edu/psychology/apa-crib.html>.

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม-ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ และผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Nawsuwan, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, & Singsri, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, Singsri, Singhasem, Suwannaraj, Janpes, et al., 2015)

การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม-ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”

“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิด และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan (2017)

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.” สำหรับบทความหนังสือหรือเอกสารที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of nursing students in Boromarajonani College of Nursing*, Songkhla. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N., & Hyun, H. H. (2012). *How to design and evaluate research in education*. (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

2. ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development. (2013). *Collection of academic performance in humanized service mind*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

3. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). "Information and documentation. In Potter, A. P., Perry, G. A., Stockert, A. P. & Hall, A. " *Basic nursing challenge*. (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

4. การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Heubecke, E. (2008). *The new face of nursing: expanding patient advocacy with leadership, creativity, and vision*. Johns Hopkins Nursing Magazine. Retrieved November 3, 2013 from <https://magazine.nursing.jhu.edu/>

5. การอ้างอิงจากวารสาร

Sheiham, A. (2006). Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *British Dental Journal*, 201(10), 625-626.

6. วิทยานิพนธ์

Nawsuwan, K. (2015). *Indicators development of nursing students's identities in nursing colleges, Ministry of Public Health*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirement for the doctor of education degree in educational administration faculty of education and liberal arts, Hatyai University. (in Thai)

7. รายงานการวิจัย

Chitnomrath, T. (2011). *A Study of factors regarding firm characteristics that affect financing decisions of public companies listed on the stock exchange of Thailand* (Research report). Bangkok: Dhurakij Pundit University. (in Thai)

8. การนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ

Jankingthong, K. (2019, July 12-13). Confirmatory factor analysis of organizational citizenship behavior of personnel in Southern Border Provinces Administrative Center (SBPAC). In *The 10th Hatyai national and international conference*. Hatyai University, Songkhla. (in Thai)

Template บทความวิจัย

3.17 ซม.

2.54 ซม.

2.54 ซม.

บทความใช้รูปแบบ front TH SarabunPSKทั้งบทความ

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนภาษาไทย (ไม่ต้องใส่คำนำหน้า) ขนาดตัวอักษร 14^{1*} (หนา) (ผู้แต่งคนเดียวไม่ต้องใส่เลข และ *)

ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

¹สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 12 (หนา) (ผู้แต่งสังกัดสถานที่เดียวกันไม่ต้องใส่เลข และ *)¹สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ^{1*} ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received : เดือน วันที่, ค.ศ., Revised : เดือน วันที่, ค.ศ., Accepted : เดือน วันที่, ค.ศ.)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนาบทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า

(ย่อหน้าที่ 1) ประกอบไปด้วย งานวิจัยแบบไหน วัตถุประสงค์การวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ระเบียบวิธีวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....

(ย่อหน้าที่ 2) เป็นการนำเสนอ ผลการวิจัย เสนอตามวัตถุประสงค์ที่เป็นส่วนสำคัญ

(ย่อหน้าที่ 3) เป็นข้อเสนอแนะ ให้ระบุข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย และองค์ความรู้ ที่เป็นประโยชน์ จากงานวิจัย.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:.....) (ขนาด 12 ไม่หนา) (ผู้แต่งคนเดียวไม่ต้องใส่ *)

2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาเหมือนบทคัดย่อภาษาไทย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ค

(enter ขนาด 15)

วัตถุประสงค์วิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ค

(enter ขนาด 15)

สมมติฐาน (ถ้ามี)(ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษา การกำหนดเลขหัวข้อหน้า ค

(enter ขนาด 15)

นิยามศัพท์ (ถ้ามี)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษา การกำหนดเลขหัวข้อหน้า ค

(enter ขนาด 15)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ค

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



ภาพ 1 (หน้า)(ชื่อภาพไม่หน้า)..... ขนาด 15

(enter ขนาด 15)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า).....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หน้า)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หน้า)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หน้า)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หน้า)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

การวิเคราะห์ข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หน้า)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

(enter ขนาด 15)

จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หน้า.....

(enter ขนาด 15)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค

1. ข้อมูลทั่วไป

(enter ขนาด 15)

ตาราง 1ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 15 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หน้า) ภายใน
ตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หน้า)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (ระบุทศนิยม 2 ตำแหน่ง)
เพศ		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	25	20.00
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	75	75.00

ที่มา: (ถ้ามี)

(อธิบายใต้ตาราง)ให้ผู้เขียนนำเสนอผลจากตารางที่น่าสนใจ เช่น

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย เป็น 3 เท่าของเพศหญิง (ร้อยละ 75.00)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

(enter ขนาด 15)

ตาราง 2ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 15 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หน้า) ภายใน
ตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หน้า)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
สมรรถนะการพยาบาล		
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

อธิบายตาราง (เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการ
กำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค

จากตาราง 2 พบว่า.....

(enter ขนาด 15)

อภิปรายผล(ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า โดยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค

(enter ขนาด 15)

การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

ข้อจำกัดในการวิจัย (ถ้ามี)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษา การกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ และการอ้างอิงต้องมีใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

การอ้างอิงสามารถศึกษาได้จากหน้า จ-ซ

References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ มีใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

(การอ้างอิงสามารถศึกษาได้จากหน้า จ-ซ)

สอบถามข้อมูล

สามารถสอบถามข้อมูลได้ที่

อาจารย์วรัญญา จิตรบรรทัด (บรรณาธิการ)

สำนักงานวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 80000

Tel. 089-6163137 E-mail: waranya@bcnnakhon.ac.th



นครศรีธรรมราช

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

JOURNAL OF HEALTH SCIENCES AND PEDAGOGY

ปีที่ 4 ฉบับที่ 3
Volume No.

กันยายน - ธันวาคม 2567
September - December 2024

ISSN : 2985-1602 (Online)



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat