กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล
ประจำปี พ.ศ. 2563 – 2564

ที่ปรึกษาภายในสถาบันพระบรมราชชนก

1. อ. ดร. พรฤดี นิธิรัตน์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
2. อ. ดร. กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
3. อ. ดร. ทัศนีย์ เกริกกุลธร นักวิชาการอิสระ ข้าราชการเกษียณ กระทรวงสาธารณสุข
4. อ. ศุภิสรา สุวรรณชาติ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
5. อ. ดร. วิไลพร รังควัต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
6. อ. ดร. จุฬารัตน์ ห้าวหาญ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
7. อ.ดร. พัชรี ใจการุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

บรรณาธิการ

อ. ดร. ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อ.ดร.สุหทัย โตสังวาลย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

กองบรรณาธิการบุคคลภายใน

1. อ.ดร. อติพร สำราญบัว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก
2. อ.ดร. จีรนุช สมโชค ไวท์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก
3. อ.ดร. วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

กองบรรณาธิการบุคคลภายนอก

1. รศ. ดร. รัชนี ศุจิจันทรรัตน์	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
2. รศ. ดร. ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
3. รศ. ดร. จันทร์ทิรา เจียรณัย	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
4. ผศ. ดร. จิดาภา ผูกพันธ์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
5. ผศ. ดร. มะลิ โพธิพิมพ์	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
6. ผศ. ดร. สุรีย์ ธรรมิกบวร	มหาวิทยาลัยสยาม
7. ผศ. ดร. หทัยชนก บัวเจริญ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
8. อ. ดร. ปณิตา ครองยุทธ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร อุบลราชธานี
9. อ. ดร. รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
10. อ. ดร. วิไลวรรณ ปะธิเก	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (องครักษ์)
11. อ. ดร. ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โฟน โบร์แมนน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
12. อ. ดร. สรินทิพย์ ทวีเดช	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
13. พว. ดร.เกษราภรณ์ เคนบุปผา	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
14. พว. ดร. เพ็ญศรี รักษ์วงค์	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
15. พว. ดร. สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำกองบรรณาธิการ

1. ผศ. ธนวัฒน์ ธิติธนานันท์	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา (สถิติ)
2. Mr. Kent Hamilton	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (ภาษาอังกฤษ)

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้พิจารณาและกลั่นกรองผลงานวิชาการ

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล ปีที่ 27 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน) 2564 ได้ผ่านการพิจารณาและกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิเรื่องละ 2 – 3 ท่าน ดังนี้

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ภายนอกสถาบันพระบรมราชชนก

1. พว.ดร. เกษราภรณ์ เคนบุปผา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
2. อ.ดร. ขนิษฐา วิศิษฏ์เจริญ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. ผศ.ดร. จิดาภา ผูกพันธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
4. ผศ.ดร. ชูชาติ วงศ์อนุชิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
5. อ.ดร. ณรงค์กร ชัยวงศ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
6. อ.ดร. ณิชาภัทร มณีพันธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
7. ผศ. ธนวัฒน์ ธิติธนานันท์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
8. ผศ.ดร. นฤมล สิงห์ดง สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
9. อ.ดร. รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
10. ผศ. วนิสา หะยีเซะ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
11. ผศ.ดร. วรรณวดี ณภัค นักวิชาการอิสระ ข้าราชการเกษียณ กระทรวงสาธารณสุข
12. ผศ.ดร. ศรัญญา จุฬารี สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
13. รศ.ดร. ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
14. ผศ.ดร. ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โฟน โบร์แมนน์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
15. อ.ดร. สรินทิพย์ ทวีเดช คณะบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
16. ดร. สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
17. อ.ดร. สุดาพร สถิตยุทธการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
18. ผศ.ดร. สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
19. ผศ.ดร. สุวิมล โรจนาวี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
20. ผศ.ดร. หทัยชนก บัวเจริญ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
21. พว. อังสนา ศิริวัฒนเมธานนท์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ภายในสถาบันพระบรมราชชนก

1. อ.ดร. ชูศักดิ์ ยืนนาน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
2. อ.ดร. ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
3. อ.ดร. นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
4. อ.ดร. ปณิตา ครองยุทธ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
5. อ.ดร. พัชรี ใจการุณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
6. อ.ดร. ยุพาวรรณ ทองตะนุนาม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
7. อ.ดร. วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
8. อ.ดร. วิไลพร รังควัตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
9. อ.ดร. สาดี แฮมิลตัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
10. อ.ดร. อุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

สารบัญ

เรื่อง **หน้า**

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

-การทบทวนขอบเขตงานวิจัยด้านสุขภาพของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก 8-24
ปัทมา ผ่องศิริ, จรูญศรี มีหนองหว้า, อภิรดี เจริญนุกูล, กุลธิดา กุลประฑีปัญญา, นุสรา ประเสริฐศรี, แสงเดือน กิ่งแก้ว, อุดมวรรณ วันศรี, อนงค์ลักษณ์ วงศ์ตรี, ถนอมศักดิ์ บุญสู่, ศุทธินี วัฒนกูล, สุภาพร บุญศิริลักษณ์, จุรีรัตน์ กิจสมพร, และอรชร อินทองปาน

-การพัฒนาและหาความตรงของแบบวัดคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ของบัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น 25-42
นิระมล สมตัว, แสงดาว จันทร์ดา, และจุรี แสนสุข

-ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันและการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศกับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล 43-57
อมรรัตน์ ผาละศรี, รัตนเพ็ญพร ข่าขันมะลี, สุวรรณี มณีศรี, อณัญญา ลาลุน, และลนาไพร ขวาไทย

-การเห็นคุณค่าในตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 58-74
สุหทัย โตสังวาลย์

-ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบีบคั้นทางจิตใจของนักศึกษาพยาบาลในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 75-90
เชาวลิต ศรีเสริม, วิจิตรา จิตรักษ์, บุปผา ใจมั่น, และพิชญานิกา เชื้อกาญจน์

-ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก 91-105
สุภัสสร เลาะหะนะ, พัชนียา เชียงตา, พรนิภา ดีมงคล, ชิดชนก พันธ์ป้อม, ณัฏฐ์นรี คำอุไร, และนัยนา ภูลม

เรื่อง **หน้า**

-ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง 106-121
ทัศนีวรรณ กรุงแสนเมือง, และสมพร วัฒนนุกูลเกียรติ

-ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของบุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก 122-136
ฉันทนา โสวัตร, ขวัญชนก ยศคำลือ, พรทิพย์ สำริดเปี่ยม, และอติภัทร พรมสมบัติ

-ผลของโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนต่อความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิสของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น 137-150
ธนิดา ทีปะปาล, เกศราภรณ์ บุญรอด, เกศินี ศักดิ์ภักดีเจริญ, เกษสุดา ไกรวงษ์, ขวัญฤทัย แช่มไล่, จันทิมา สังข์กล่ำ, จินต์จุฑา เหล่าบัณฑิต, จิรนันท์ ตุมประธาน, และจุฑารัตน์ อ่อนทอง

-ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง 151-165
ปัฐยาวัชร ปรากฏผล, อุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ, และกนกพร แก้วโยธา

-ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม 166-181
ลลิดา ปักเขมายัง

บทความวิชาการ

-องค์กรแห่งความสุข : คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลจบใหม่ 182-192
ลักขณา ศิรถิรกุล, บุญพิชชา จิตต์ภักดี, และจารุวรรณ สนองญาติ

-สถานการณ์และแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ 193-205
วิมลพรรณ สังข์สกุล, ปัทมา ผ่องศิริ, จรูญศรี มีหนองหว้า, และวิภาวี พลแก้ว

-ชีวิตวิถีใหม่กับเทคนิคการดูแลตนเองเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 206-218
กฤตกร หมั่นสระเกษ, รำไพ หมั่นสระเกษ, และเกวลี หมั่นสระเกษ

-บทบาทพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกับการลดการสัมผัสควันบุหรี่ 219-230
เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง, นฤมล เปรมาสวัสดิ์, และกาญจนา ปัญญาธร

บทบรรณาธิการ

เรียน ท่านผู้อ่านและสมาชิกวารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล

วารสารฉบับนี้ เป็นปีที่ 27 ฉบับที่ 1 และเป็นปีที่ 2 ที่ประเทศของเราต้องเผชิญกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นด่านหน้าในการคัดกรองโรคในกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งดำเนินกิจกรรมการป้องกันและรักษาโรค ในวารสารฉบับนี้กองบรรณาธิการจึงได้เลือกเผยแพร่บทความวิชาการ เรื่อง ชีวิตวิถีใหม่กับเทคนิคการดูแลตนเองเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 และผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับนักศึกษาพยาบาล คือ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบีบคั้นทางจิตใจของนักศึกษาพยาบาลในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

นอกจากบทความดังกล่าวแล้ว กองบรรณาธิการได้เลือกเผยแพร่บทความที่สอดคล้องกับขอบเขตของวารสาร โดยบทความด้านสุขภาพมีครอบคลุมทุกสาขาหลัก กล่าวคือ ด้านการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ ได้แก่ เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง ด้านการพยาบาลเด็กเป็นบทความวิชาการ เรื่อง สถานการณ์และแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ ด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ได้แก่ เรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของบุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก ด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน ได้แก่ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง และสุดท้ายคือด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คือ เรื่อง การเห็นคุณค่าในตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิต และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บทความด้านการศึกษาพยาบาลที่เลือกมาเผยแพร่ในฉบับนี้เป็นรายงานการพัฒนาและหาความตรงของแบบวัดคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ของบัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น และที่พิเศษ คือ มีรายงานการทบทวนขอบเขตงานวิจัยด้านสุขภาพของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งเป็นสถาบันที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมาอยู่ในสังกัดด้วยเช่นกัน และเพื่อให้สอดคล้องการรณรงค์การเลิกบุหรี่ในประเทศไทย จึงได้นำเสนอบทความเรื่อง บทบาทพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกับการลดการสัมผัสควันบุหรี่ โดยกองบรรณาธิการหวังว่าบทความเหล่านี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตลอดจนผู้ที่สนใจทุกท่าน

อ.ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์
บรรณาธิการ

การทบทวนขอบเขตงานวิจัยด้านสุขภาพของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

ปัทมา ผ่องศิริ, ปร.ด.[1] จรูญศรี มีหนองหว้า, ปร.ด.[1] อภิรดี เจริญนุกูล, พย.ม.[1]
กุลธิดา กุลประฑีปัญญา, ปร.ด.[1] นุสรา ประเสริฐศรี, ปร.ด.[1] แสงเดือน กิ่งแก้ว, พย.ม.[2]
อุดมวรรณ วันศรี, พย.ม.[1] อนงค์ลักษณ์ วงศ์ตรี, สส.ม.[2] ถนอมศักดิ์ บุญสู่, ปร.ด.[3]
ศุทธินี วัฒนกูล, M.Sc.[4] สุภาพร บุญศิริลักษณ์, ปร.ด[5] จุรีรัตน์ กิจสมพร, ปร.ด. อรชร[6] อินทองปาน, พย.ม.[6]
(วันที่ส่งบทความ: 7 ตุลาคม 2563; วันที่แก้ไข: 27 มีนาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 17 พฤษภาคม 2564)

บทคัดย่อ

การรวบรวมจัดหมวดหมู่และสังเคราะห์งานวิจัยในสถาบันการศึกษาเป็นแนวทางส่งเสริมให้บุคลากรได้พัฒนาตนเองผ่านกระบวนการวิจัย งานวิจัยครั้งนี้เพื่อทบทวนขอบเขตงานวิจัยด้านสุขภาพของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (Praboromrajchanok Institute [PI]) ประชากรเป็นงานวิจัยด้านสุขภาพของบุคลากรของวิทยาลัยในสังกัด PI ที่เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2559 จำนวน 3,672 เรื่อง จากวิทยาลัยจำนวน 39 แห่ง เครื่องมือวิจัย คือ โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกงานวิจัย PI ที่นักวิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะของงานวิจัยที่ทำโดยบุคลากรในสังกัด PI วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ส่วนมากเป็นวิจัยทางการพยาบาล (ร้อยละ 72.47) เป็นวิจัยด้านการเรียนการสอน (ร้อยละ 34.97) พื้นที่วิจัยส่วนมากเป็นวิจัยในชุมชน (ร้อยละ 29.71) แต่ที่พบส่วนน้อย ได้แก่ วิจัยทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบ (ร้อยละ 1.39) วิจัยในคลินิก (ร้อยละ 14.95) วิจัยใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ (ร้อยละ 23.12) และทุนสนับสนุนจากแหล่งทุนต่างประเทศ (ร้อยละ 0.90) มีประเด็นการวิจัย 7 ด้าน คือ 1) วิจัยทางพยาบาลศาสตร์ 2) มีพื้นที่ศึกษาอยู่ในชุมชน 3) เป็นวิจัยการเรียนรู้แบบบูรณาการ 4) นักศึกษาเป็นกลุ่มตัวอย่าง 5) องค์ประกอบของการประกันคุณภาพการศึกษาในเรื่องคุณลักษณะนักศึกษา 6) มุ่งศึกษาผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ และ 7) เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ส่วนการสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัย พบว่าครอบคลุมตามประเด็นของวิชาชีพการพยาบาลและการสาธารณสุขตามแนวโน้มของนโยบายด้านสาธารณสุข ระดับประเทศในช่วงที่ทำวิจัย การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะคือสนับสนุนบุคลากรในการทำวิจัยมากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมการทำวิจัยในคลินิกของอาจารย์เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: วิจัยด้านสุขภาพ, สถาบันพระบรมราชชนก, การทบทวนขอบเขต

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก
[3] อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี สถาบันพระบรมราชชนก
[4] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ สถาบันพระบรมราชชนก
[5] เภสัชกรชำนาญการ, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก
[6] นักวิชาการชำนาญการพิเศษ, สถาบันพระบรมราชชนก
[1] Corresponding author: จรูญศรี มีหนองหว้า, E-mail: jaroonsree@bcnsp.ac.th

A Study of Scoping Reviews of Health Research of Colleges Under the Praboromarachachanok Institute

Pattama Phongsiri, Ph.D. [1] *Jaroonsree Meenongwah, Ph.D.* [1]
Apiradee Jareonukul, M.N.S. [1] *,Kunthida Kulpratepunya, Ph.D.* [1]
Nusara Prasertsri, Ph.D. [1] *Saengdeun Kinkhae, M.N.S.* [2] *, Udomwan Wansri, M.N.S.* [1]
Anonglak Wongtree, M.P.H. [2] *Tanomsak Boonsoo, Ph.D.* [3] *Suttini Wattanakul, M.Sc.* [4]
Supaporn Boonsiriluck, Ph.D. [5] *Jureerat Kijsomporn, Ph.D.* [6] *Orachorn Inthongpan, M.N.S.* [6]

(Received: October 7th, 2020; Revised: March 27th, 2021; Accepted: May 17th, 2021)

Abstract

Collecting, categorizing, and synthesizing of research by educational institutions is important in order to encourage health professionals' self-development through the research process. The purpose of this scoping literature review was to assess the published studies from colleges under the Praboromrajchanok Institute (PI) of Thailand. The full texts of three thousand six hundred and seventy-two published research articles were collected from 39 institutes from BE 2550 to 2559. The research tool was the Computer Program for Collecting Research from PI, developed by researchers to record the general data and characteristics of research conducted by PI personnel. Data were analyzed by using frequency, percentage, and content analysis. Results showed that most of the studies were nursing research (72.47%) related to learning and teaching methods (34.97%), and were conducted in community settings (29.71%). There were only a small number of studies found which were systematic reviews (1.39%), clinical studies (19.95%), or research for commercial purposes (23.12%), or that received international research funding (0.90%). Seven common primary focus areas were identified among the research: 1) nursing curriculum, 2) community health, 3) integrated instruction, 4) the study participants were nursing students, 5) focused on nursing students' educational accreditation or characteristics, 6) patients with non-communicable disease, and 7) health promotion and disease prevention. Synthesized research evidence revealed that the scope of research issues covered the nursing and public health profession in accord with the concurrent trends in public health policy. The results suggest that the PI should provide more support and encourage their staff to conduct clinical nursing studies.

Key words: health research, Praboromarajchanok Institute, scoping review

---

[1] Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Praboromrajchanok Institute
[2] Registered Nurse, Professional Level, Boromarajajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Praboromrajchanok Institute
[3] Instructor, Senior Professional Level, Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani, Praboromrajchanok Institute
[4] Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajajonani College of Nursing,Chiangmai, Praboromrajchanok Institute
[5] Pharmacist, Professional Level, Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi, Praboromrajchanok Institute
[6] Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Praboromrajchanok Institute
[1] Corresponding author: Jaroonsree Meenongwah. Email: jaroonsree@bcnsp.ac.th

บทนำ

สถาบันพระบรมราชชนก มีภารกิจหลักคือผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขสนองตอบความต้องการของระบบสุขภาพและกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งปัจจุบันอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีสถานะเป็นสถานศึกษาของรัฐ (พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก, 2562) โดยหนึ่งในภารกิจที่สำคัญคือดำเนินการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ แม้ว่าจะมีการก่อตั้งมานานกว่า 60 ปี มีการทำวิจัยจำนวนมาก แต่สถาบันยังไม่เคยมีการรวบรวมจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมดที่ทำโดยบุคลากรในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จึงทำให้ขาดข้อมูลที่จะสนับสนุนการทำวิจัยของบุคลากรได้อย่างชัดเจน

การสังเคราะห์งานวิจัย (Meta-analysis) เป็นการช่วยลดความซ้ำซ้อนของประเด็นในการทำวิจัย ช่วยให้ข้อค้นพบและข้อมูลที่กระจายอยู่ตามรายงานการวิจัย อยู่เป็นหมวดหมู่ จึงช่วยให้ได้องค์ความรู้ที่ชัดเจน (ประณีต ส่งวัฒนา, 2552) และยังจะทำให้ได้ชุดองค์ความรู้ใหม่ที่มีความกว้างขวางและลุ่มลึกกว่าการวิจัยเพียงเล่มเดียว (รัตนะ บัวสนธ์, เอื้อมพร หลินเจริญ, นันทิมา นาคาพงศ์, ประภัสสร วงษ์ดี, และยุพิน โกณฑา, 2553) สามารถนำไปใช้ประโยชน์ และสามารถนำมาต่อยอดในการแก้ปัญหา และเป็นแนวทางในการพัฒนาประเด็นที่สนใจต่อไป แต่เนื่องจากงานวิจัยที่ทำโดยบุคลากรของสถาบันพระบรมราชชนกยังไม่มีการศึกษาโดยการสังเคราะห์งานวิจัยมาก่อน การเริ่มต้นเพื่อให้ได้ข้อมูลหรือประเด็นมาสังเคราะห์งานวิจัยสามารถใช้การทบทวนขอบเขตงานวิจัยได้

การทบทวนขอบเขตงานวิจัย (Scoping review) เป็นการทบทวนและรวบรวมกรอบแนวคิดได้อย่างรวดเร็ว เพราะมีการสร้างขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมเข้ามา และเติมความเป็นระบบเข้าไปในช่วงการรีวิวเอกสารแบบดั้งเดิม โดยเริ่มจากการกำหนดจุดมุ่งหมายเพื่อการสำรวจงานวิจัยอย่างมีระบบ ระบุประเด็นศึกษาอย่างมีขอบเขต ทั้งกรอบแนวคิดสำคัญ (Key concepts) ทฤษฎีที่ใช้ และช่องว่างของงานวิจัยในขอบเขตที่สนใจ ทำให้เห็นว่างานวิจัยที่ผ่านมาในประเด็นที่ผู้สนใจศึกษา มีใครไปศึกษาเรื่องอะไร เรียนรู้อะไรมาแล้วบ้าง องค์ความรู้เท่าที่ได้รวบรวมไว้มีอะไรบ้าง และช่วยให้เห็นแนวโน้มของการวิจัย (Arksey & O'Malley, 2005; Levac, Colquhoun, & O'Brien, 2010; Rumrill, Fitzgerald, & Merchant, 2010; Ruiz-Perez & Petrova, 2019; Pham et al., 2014; Sucharew & Macaluso, 2019) นอกจากนี้ยังทำให้ได้ข้อเสนอเกี่ยวกับประเด็นงานวิจัยในอนาคต สามารถนำไปเป็นแนวทางในการวิจัยสำหรับอาจารย์และบุคลากร ตลอดจนเกิดแนวทางใหม่ที่จะนำไปส่งเสริมการวิจัยในประเด็นต่าง ๆ ให้มีคุณภาพ (อังศินันท์ อินทรกำแหง, นิพิฐพนธ์ แสงด้วง, และปิยะ บูชา, 2557) มีการศึกษาที่ใช้การทบทวนขอบเขตงานวิจัยโดย ดาราวรรณ รองเมือง, ยศพล เหลืองโสมนา, สุกัญญา ขันวิเศษ, จรัญญา ดีจะโปะ, และสุปราณี ฉายวิจิตร (2561) ศึกษาขอบเขตเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย จากบทความวิจัยของอาจารย์ของวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 71 บทความ พบว่าจุดอ่อนที่พบมาก คือ ไม่มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง มักเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง มีการรายงานค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาน้อย มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนน้อยและรายงานค่าขนาดของผล (Effect size) น้อย จากการศึกษาด้วยวิธีการทบทวนขอบเขตงานวิจัยนี้

เป็นตัวอย่างที่ชี้ให้เห็นจุดอ่อนด้านระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัยของอาจารย์ นำไปสู่การพัฒนาศักยภาพการทำวิจัยให้กับอาจารย์ของวิทยาลัยได้ตรงประเด็นปัญหามากขึ้น

สถาบันพระบรมราชชนกเป็นองค์กรขนาดใหญ่ที่ดูแลวิทยาลัยในสังกัดถึง 39 แห่ง กระจายอยู่ทุกภูมิภาค ซึ่งมีการผลิตผลงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง มีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งที่จะทบทวนขอบเขตงานวิจัยด้านสุขภาพของบุคลากรในสังกัด จะทำให้ทราบถึงสถานการณ์ ข้อจำกัดของงานวิจัย และช่องว่างของความรู้ที่ควรพัฒนาเพิ่มเติม นำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อผู้บริหารของสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อขับเคลื่อนการทำวิจัยในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสาธารณสุขที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสาธารณสุขของประเทศ และได้แนวทางใหม่ที่จะนำไปส่งเสริมการวิจัยในประเด็นต่าง ๆ ให้มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อทบทวนขอบเขตงานวิจัยด้านสุขภาพของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้การทบทวนขอบเขตงานวิจัย ตามกรอบแนวทางของ Arksey และ O'Malley (Arksey and O'Malley Framework) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน (Arksey & O'Malley, 2005) ได้แก่ 1) ระบุปัญหาของการวิจัยแบบกว้าง ๆ เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา 2) กำหนดงานศึกษาที่เกี่ยวข้องให้กว้างที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ 3) สร้างเกณฑ์ชิ้นงานที่จะศึกษา เพื่อเตรียมรวบรวมงาน 4) จัดกลุ่มข้อมูลงานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับประเด็นหลักและประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจ 5) สรุปข้อมูลและรายงานผลงานศึกษา และ 6) นำผลงานศึกษาปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ โดยงานวิจัยนี้ดำเนินการถึงขั้นตอนที่ 5 สรุปข้อมูลและรายงานผลงานศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ งานวิจัยด้านสุขภาพที่บุคลากรของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกจัดทำขึ้น เผยแพร่ใน ปี พ.ศ. 2550-2559 จากวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 39 แห่ง จัดเป็นเครือข่ายวิทยาลัย 5 เครือข่าย ได้แก่ ภาคเหนือ 7 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 8 แห่ง ภาคกลาง 1 ซึ่งประกอบด้วยวิทยาลัยที่อยู่ภาคกลางตอนล่างและภาคตะวันออก 7 แห่ง ภาคกลาง 2 ซึ่งประกอบวิทยาลัยที่อยู่ภาคกลางตอนบน 8 แห่ง ภาคใต้ 7 แห่ง และวิทยาลัยที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่าย 2 แห่ง คือ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก และวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร

การคัดเอกสาร คัดเลือกงานวิจัยที่เผยแพร่ในรูปแบบบทความวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งในประเทศและต่างประเทศ หรือนำเสนอในเวทีวิชาการทั้งระดับชาติหรือนานาชาติ หรือเป็นรายงานวิจัยที่เผยแพร่ในห้องสมุด โดยเป็นรูปแบบวิจัยในชั้นเรียน วิจัยจากงานประจำ (Routine to Research [R2R]) วิจัยระดับสถาบัน วิจัยนวัตกรรม หรือวิจัยในคลินิก รวมทั้งงานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ทั้งปริญญาโทและปริญญาเอกของอาจารย์ของวิทยาลัย โดยกำหนดเกณฑ์คัดออก คือ งานวิจัยที่นำเสนอเพียงบทคัดย่อหรือไม่สามารถเข้าถึงรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ได้ รวมทั้งเป็นงานวิจัยของอาจารย์ที่เขียนร่วมกับนักศึกษาในการเรียนการสอนรายวิชาวิจัยทางการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ แบบยกเว้น (Exemption review) เลขที่ 1/2560 ผู้วิจัยทำหนังสือเชิญประชุมเพื่ออบรมวิธีการลงข้อมูลและหนังสือขออนุญาตใช้งานวิจัยเพื่อการวิเคราะห์จากวิทยาลัย 39 แห่ง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงชี้แจงผลการวิจัยที่จะใช้ในการเผยแพร่ จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกงานวิจัยของสถาบันพระบรมราชชนก (Praboromarajchanok Institute [PI]) ซึ่งต่อไปจะเรียกว่าโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกงานวิจัย PI ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและการประชุมจากอาจารย์ผู้รับผิดชอบงานวิจัยจาก 39 วิทยาลัย โดยโปรแกรม มีรายการบันทึก 16 รายการ ดังนี้

1. งานวิจัยตามปีที่แล้วเสร็จ พ.ศ. 2550-2559

2. ลักษณะผลงานของบุคลากร ได้แก่ งานวิทยานิพนธ์ งานดุษฎีนิพนธ์ และงานวิจัยของอาจารย์หรือบุคลากร

3. งานวิจัยจำแนกตามหลักสูตร ได้แก่ หลักสูตรปริญญาตรี ประกอบด้วย พยาบาลศาสตรบัณฑิต การแพทย์แผนไทยบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ซึ่งมี 3 สาขาวิชา ได้แก่ สาธารณสุขชุมชน ทันตสาธารณสุข และเวชระเบียน หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง 4 สาขาวิชา ได้แก่ เทคนิคเภสัชกรรม ปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เวชระเบียน และโสตทัศนศึกษาทางการแพทย์

4. ประเภทของงานวิจัย ได้แก่ วิจัยเชิงคุณภาพ วิจัยเชิงบรรยาย วิจัยเชิงสำรวจ วิจัยเชิงทดลอง วิจัยกึ่งทดลอง วิจัยศึกษาความสัมพันธ์ วิจัยเชิงประเมิน และวิจัยปฏิบัติการ

5. ลักษณะของงานวิจัย ได้แก่ วิจัยการเรียนการสอน งานวิจัยสถาบันหรือองค์กร วิจัยนวัตกรรม วิจัยเกี่ยวกับการผลิตและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข วิจัยทางคลินิก วิจัยในชุมชน และ อื่น ๆ

6. วิจัยวิธีการจัดการเรียนการสอน 35 วิธี ได้แก่ การใช้สถานการณ์จำลอง การเรียนรู้เชิงสถานการณ์ กรณีศึกษา การบูรณาการ การใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน CAI การใช้ E-learning การเรียนรู้แบบร่วมมือ การเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง CIPPA แนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริง และอื่น ๆ

7. งานวิจัยองค์ประกอบของคุณภาพการศึกษา 9 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณลักษณะนักศึกษา คุณลักษณะอาจารย์คุณลักษณะผู้บริหาร ด้านกระบวนการ ความร่วมมือระหว่างฝ่ายการศึกษาและฝ่ายบริการ คุณลักษณะหลักสูตร ทรัพยากรสนับสนุน กระบวนการบริหารองค์กร การประกันคุณภาพการศึกษา

8. งานวิจัยตามแผนบริการสุขภาพเครือข่าย (Service plan) 18 สาขา เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทารกแรกเกิด การรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ สุขภาพจิตและจิตเวช ตา ไต สุขภาพช่องปาก เป็นต้น

9. งานวิจัยตามประเด็นการดูแลที่จำเป็นในระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District health system [DHS]) 10 ประเด็น ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค สุขภาพแม่และเด็ก ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เจ็บป่วยเล็กน้อยแบบเฉียบพลัน สุขภาพฟัน โรคเรื้อรัง โรคทางจิตเวชและสุขภาพจิต ผู้พิการ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย และกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น เด็ก/วัยรุ่น/ผู้สูงอายุ/ผู้ด้อยโอกาส

10. งานวิจัยจำแนกตามประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง 21 กลุ่ม เช่น อาจารย์ นักศึกษา บุคลากรด้านสาธารณสุข บุคลากรสายสนับสนุน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สมณเพศ/นักบวช สัตว์ พืช เชื้อโรค กลุ่มเปราะบาง เป็นต้น

11. รูปแบบการเผยแพร่งานวิจัย ได้แก่ ประชุมวิชาการระดับชาติที่มีเอกสารสืบเนื่อง ประชุมวิชาการระดับชาติที่ไม่มีเอกสารสืบเนื่อง ประชุมวิชาการระดับนานาชาติที่มีเอกสารสืบเนื่อง ประชุมวิชาการระดับนานาชาติที่ไม่มีเอกสารสืบเนื่อง วารสารภาษาไทย วารสารนานาชาติ และเผยแพร่ในห้องสมุด

12. การนำวิจัยไปใช้ประโยชน์ ได้แก่ เชิงสาธารณะ เชิงพาณิชย์ และเชิงนโยบาย

13. แหล่งทุนวิจัย ได้แก่ ภายในสถาบัน ภายนอกสถาบัน (ในประเทศ ทุนรัฐบาล หน่วยงานอื่น) ภายนอกสถาบัน (ต่างประเทศ) และทุนส่วนตัว

14. รายนามผู้วิจัย

15. การอัปโหลดบทคัดย่อ

16. การอัปโหลดรายงานฉบับเต็ม

การสร้างและพัฒนาโปรแกรม มีขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิดการทบทวนขอบเขตรายงานวิจัย เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นออกแบบบันทึกลงในกระดาษมีลักษณะเป็นแบบสอบถาม เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แล้วปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

2. นำแบบบันทึกที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้วมาพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกงานวิจัย PI เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยโปรแกรมนี้ถูกเขียนบนเว็บไซต์ bcnspresearch.org

ภาษาที่ใช้เขียนในการพัฒนาฐานข้อมูล คือ PHP ที่เชื่อมกับฐานข้อมูล MYSQL ที่สามารถดึงข้อมูลมาแสดงผลหน้าเว็บไซต์ โดย MYSQL นี้สามารถเก็บข้อมูลวิจัยได้ 4,000 record แสดงผลเป็นค่าความถี่ ร้อยละ และแสดงกราฟแท่งได้ และเป็นโปรแกรมที่แสดงผลแบบทันที (Real time) หรือ ข้อมูลที่ผู้ช่วยวิจัยลงในโปรแกรมจากวิทยาลัยและข้อมูลที่ผู้วิจัยหลักเห็นเป็นข้อมูลเดียวกันในเวลาเดียวกัน

3. กำหนดรหัสสำหรับเข้าใช้ลงข้อมูล 39 รหัส ให้ 1 รหัสต่อ 1 วิทยาลัย โดยสามารถดึงข้อมูลออกมาตรวจสอบความถูกต้องของการลงข้อมูลวิทยาลัยของตนได้เท่านั้นในรูปแบบ Excel และกำหนดรหัสสำหรับนักวิจัยหลักที่สามารถดึงข้อมูลของทุกวิทยาลัยมาตรวจสอบและวิเคราะห์ได้

4. นักวิจัยหลักทดลองบันทึกข้อมูลและตรวจสอบผลการลงข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกงานวิจัย PI และแก้ไขปรับปรุงจนสามารถใช้ลงข้อมูลและวิเคราะห์ผลได้ถูกต้อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบบันทึกแบบกระดาษเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความชัดเจนและเหมาะสมของภาษาความครอบคลุมของเนื้อหาที่ประเมิน และความถูกต้องของมิติที่ต้องการศึกษา แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสร้างเครื่องมือวิจัย ด้านการศึกษาพยาบาล และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ด้านละ 1 ท่าน หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ข้อมูลจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง จำนวน 5 เรื่อง ได้ CVI เท่ากับ 1.00 โดยพบว่ามีความชัดเจนของภาษาและความครอบคลุมในการเก็บข้อมูลด้านคุณลักษณะงานวิจัย

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นของโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกงานวิจัย PI โดยทดลอง 2 ขั้น คือ ขั้นหนึ่งต่อหนึ่ง นักวิจัย 1 คน ลงข้อมูลงานวิจัยในโปรแกรม 1 เรื่อง และขั้นกลุ่มเล็กหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) โดยผู้ประเมินที่ไม่ใช่นักวิจัยหลัก 2 คน ลงวิจัยเรื่องเดียวกัน คนละ 5 เรื่อง พิจารณาดัชนีความเห็นพ้องของผู้ประเมิน (Rater agreement index [RAI]) เท่ากับ .89 หลังจากนั้นคณะผู้วิจัยหลักทบทวนผลการลงข้อมูล โดยมีการอภิปรายและตรวจสอบซ้ำเมื่อมีผลงานต่างกันเพื่อให้ได้ผลสรุปที่ตรงกัน จึงนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บข้อมูลในขั้นภาคสนาม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ส่งหนังสือเรียนผู้อำนวยการทุกวิทยาลัยเพื่อประสานความร่วมมือจากทุกวิทยาลัย และขอเชิญผู้รับผิดชอบงานวิจัยของแต่ละวิทยาลัยมาประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้ความรู้เรื่องการทบทวนขอบเขตงานวิจัยและตั้งเป้าหมายร่วมกัน

2. ฝึกผู้ช่วยวิจัยให้สามารถลงข้อมูลได้ถูกต้อง โดยส่งหนังสือเชิญผู้ช่วยวิจัยของแต่ละวิทยาลัยซึ่งเป็นหัวหน้างานวิจัย หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายของแต่ละวิทยาลัยมาประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมโดยการให้ความรู้เรื่องการทบทวนขอบเขตงานวิจัยและการลงข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกงานวิจัย PI โดยให้ทดลองลงข้อมูลคนละ 5-10 เรื่อง จากนั้นนำเสนอผลการลงข้อมูลของแต่ละคน นักวิจัยหลักวิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะ โดยในระหว่างนี้หากมีข้อเสนอแนะ หรือ

ความเห็นต่อการลงข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกงานวิจัย PI ผู้เขียนโปรแกรมจะแก้ไขตามข้อสรุปของผู้วิจัยหลัก จากนั้นแบ่งความรับผิดชอบลงข้อมูลแต่ละวิทยาลัย

3. กำหนดวิธีประสานงานเพื่อให้การช่วยเหลือหากพบปัญหาการใช้งานของโปรแกรมสามารถติดต่อผู้วิจัยหลักและผู้เขียนโปรแกรมเพื่อให้การช่วยเหลือในการลงข้อมูลในโปรแกรมให้สมบูรณ์ และกำหนดเวลาในการลงข้อมูลวิจัยให้แล้วเสร็จโดยใช้เวลา 2 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลรายการที่ 1-13 ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนรายการที่ 16 เป็นข้อมูลบทความหรือรายงานวิจัย ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) 4 ขั้นตอน ของ Power & Hubbard (1999) ดังนี้

1. จัดเตรียมข้อมูล
2. ทบทวนคำถามการวิจัย
3. จัดการข้อมูลโดยเข้ารหัส จัดรูปแบบ และจัดรวมหมวดหมู่
4. วิเคราะห์ข้อมูลโดยกำหนดประเด็นหลักและประเด็นรอง

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

งานวิจัยของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 3,672 เรื่อง มีการเผยแพร่ก่อนปี พ.ศ. 2555 น้อย เป็นงานดุษฎีนิพนธ์น้อยที่สุด เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายและเชิงสำรวจมากที่สุด เป็นการวิจัยแบบการทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบ และกรณีศึกษาน้อย มีการตีพิมพ์ในวารสารระดับชาติค่อนข้างน้อย มีการใช้ประโยชน์จากงานวิจัยเชิงสาธารณะมาก ส่วนใหญ่ใช้ทุนวิจัยจากในสถาบัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 *จำนวนและร้อยละของงานวิจัยที่ผลิตโดยบุคลากรของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2559 จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 3,672)*

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ปีที่เผยแพร่		
ปี พ.ศ. 2550-2554	1,275	34.72
ปี พ.ศ. 2555-2559	2,397	65.28
ลักษณะของผลงานวิจัย		
งานวิจัย	3,333	90.77
งานวิทยานิพนธ์	210	5.72
งานดุษฎีนิพนธ์	129	3.51

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทงานวิจัย		
เชิงปริมาณ	3,157	85.97
เชิงคุณภาพ (Qualitative research)	515	14.03
บรรยาย (Descriptive study)	636	20.15
สำรวจ (Survey)	636	20.15
ทดลอง (Experimental study)	145	4.59
กึ่งทดลอง (Quasi-experimental study)	556	17.61
ความสัมพันธ์ (Correlational study)	331	10.48
ประเมิน (Evaluation research)	128	4.05
ปฏิบัติการ (Action research)	155	4.91
ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR: Participatory action research)	116	3.67
วิจัยและพัฒนา (Research and development)	213	6.75
เปรียบเทียบ (Comparative study)	78	2.47
ผสานวิธี (Mixed method research)	85	2.69
กรณีศึกษา (Case study)	34	1.08
การทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบ (Systematic review)	44	1.39
ลักษณะการเผยแพร่		
ตีพิมพ์ในวารสารระดับชาติ	1,143	31.13
ตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ	224	6.10
ตีพิมพ์ในเอกสารสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ	660	17.97
ตีพิมพ์ในเอกสารสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับนานาชาติ	243	6.62
รายงานวิจัยในห้องสมุด	1,402	38.18
การใช้ประโยชน์จากงานวิจัย		
เชิงสาธารณะ	2,811	76.55
เชิงนโยบาย	12	0.33
เชิงพาณิชย์	849	23.12

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งทุนสนับสนุน		
ภายนอกสถาบัน (ในประเทศ)	596	16.23
ภายนอกสถาบัน (ต่างประเทศ)	33	0.90
ภายในสถาบัน	2,850	77.61
ทุนส่วนตัว	193	5.26

ผลการวิเคราะห์ตามประเด็นของการวิจัย แบ่งได้เป็น 7 ประเด็น ดังนี้

1. หลักสูตร พบว่า หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีมากที่สุด (ร้อยละ 72.47) รองลงมา (ร้อยละ 0.92) คือหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ส่วนหลักสูตรที่ทำวิจัยน้อยที่สุด (ร้อยละ 0.19) คือ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน

2. พื้นที่ศึกษา พบว่า งานวิจัยของวิทยาลัยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 29.71) เป็นการทำวิจัยในชุมชน รองลงมา (ร้อยละ 26.82) คือ การเรียนการสอน และการวิจัยทางคลินิก (ร้อยละ 14.95) ตามลำดับ ส่วนวิจัยนวัตกรรมมีน้อยที่สุด (ร้อยละ 1.58)

3. วิธีการเรียนการสอน พบว่า งานวิจัยของวิทยาลัยเกี่ยวกับวิธีการจัดการเรียนการสอนมากที่สุด (ร้อยละ 34.97) ดังนี้ การจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการ (ร้อยละ 15.25) รองลงมา คือ การใช้สถานการณ์จำลอง (ร้อยละ 12.71) และการเรียนรู้ตามสภาพจริง (ร้อยละ 10.59) ตามลำดับ ส่วนวิจัยวิธีการจัดการเรียนการสอนที่พบน้อยที่สุด คือ การฝึกสมาธิแบบโยนิโสมนสิการ การฝึกจิตแบบประคับประคอง และการเรียนรู้โดยใช้สมองเป็นฐาน (Brain based learning [BBL]) พบร้อยละ 0.14

4. กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูล พบว่าเป็นนักศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 26.54) รองลงมา ได้แก่ บุคลากรด้านสาธารณสุข (ร้อยละ 11.16) และกลุ่มเด็กวัยรุ่นและวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) สุขภาพดี (ร้อยละ 9.17) ตามลำดับ และพบว่ามีการศึกษาในสัตว์น้อยที่สุด (ร้อยละ 0.10)

5. องค์ประกอบของการประกันคุณภาพการศึกษา พบว่า งานวิจัยของวิทยาลัย ที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของคุณภาพการศึกษา พบมากที่สุดคือ คุณลักษณะนักศึกษา (ร้อยละ 31.75) ด้านกระบวนการเรียนการสอน (ร้อยละ 30.83) และคุณลักษณะอาจารย์ (ร้อยละ 14.18) ตามลำดับ ส่วนด้านการประกันคุณภาพการศึกษาภาพรวม มีการศึกษาน้อยที่สุด (ร้อยละ 2.54)

6. สาขาตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (ร้อยละ 41.23) รองลงมา ได้แก่ 3 สาขาหลัก (สูติ-นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์) พบร้อยละ 25.17 และสุขภาพจิตและจิตเวช (ร้อยละ 20.27) ตามลำดับ สาขาที่ทำวิจัยน้อย คือ โรคไต (ร้อยละ 0.98)

7. การดูแลที่จำเป็นตามประเด็นในบริการสุขภาพระดับอำเภอ พบมากที่สุด คือ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (ร้อยละ 42.15) รองลงมาเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ เด็ก/วัยรุ่น/ผู้สูงอายุ/ผู้ด้อยโอกาส (ร้อยละ 18.55) และ โรคเรื้อรัง (ร้อยละ 15.36) ตามลำดับ

ผลการสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

พบว่ามีองค์ความรู้ แบ่งได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านเนื้อหางานวิจัย แบ่งได้เป็น 2 ด้าน คือ ด้านการเรียนการสอน และการบริการสุขภาพ ดังนี้

1.1 ด้านการเรียนการสอน มี 6 ประเด็น ได้แก่ 1) รูปแบบการจัดการเรียนการสอนและการพัฒนาวิธีการเรียนการสอน 2) การเสริมสร้างความรู้และสมรรถนะแก่นักศึกษา เป็นโครงการเสริมหลักสูตร เนื่องจากตามแผนการศึกษาของหลักสูตรมีน้อย 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอน 4) การติดตามผลการจัดการศึกษาหรือการศึกษาติดตามบัณฑิต เพื่อให้มีการปรับปรุงหลักสูตรทั้งในระหว่างการจัดการเรียนการสอนและเพื่อเตรียมข้อมูลเพื่อใช้ปรับปรุงหลักสูตรทุก 5 ปี 5) การบูรณาการการเรียนการสอนกับพันธกิจวิจัย บริการวิชาการแก่สังคม และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมเพื่อให้สอดรับกับการประกันคุณภาพการศึกษา และ 6) การวิจัยนวัตกรรมเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ให้กับนักศึกษา

1.2 ด้านการบริการสุขภาพ มี 7 ประเด็น ได้แก่ 1) การบริการสุขภาพตามแผนพัฒนาบริการสุขภาพระดับอำเภอ 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งเลือกประเด็นการวิจัยที่แก้ปัญหาสุขภาพของพื้นที่และแนวโน้มปัญหาสุขภาพของประเทศ 3) การศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการสุขภาพ 4) การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือการแพทย์ทางเลือกเพื่อการบำบัดรักษา 5) การวิจัยนวัตกรรมเพื่อสนับสนุนการบริการสุขภาพซึ่งมีอยู่น้อย แต่มีแผนในการพัฒนาให้มีการวิจัยนวัตกรรมเพิ่มขึ้น 6) การเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน และ7) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพทั้งด้านสิ่งแวดล้อม สังคมและเศรษฐกิจ

2. ด้านระเบียบวิธีวิทยาการวิจัย เมื่อสังเคราะห์งานวิจัยในแง่ระเบียบวิธีวิทยาการวิจัย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ ส่วนการวิจัยและพัฒนา และวิจัยแบบกรณีศึกษายังมีน้อย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาพยาบาล มีทั้งการศึกษาจากประชากรโดย ไม่คำนวณขนาดตัวอย่าง และการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างหลายวิธี ได้แก่ จากประชากร ตารางเลขสุ่ม ข้อมูลวิจัยก่อนหน้าหรือสถิติทดสอบมาตรฐาน วิธีเลือกตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นแบบเจาะจง มีการกำหนดเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก เครื่องมือวิจัยส่วนใหญ่เป็นแบบสัมภาษณ์ และมีการรายงานดัชนีความตรงตามเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่น ส่วนงานวิจัยในชั้นเรียนพบการรายงานดัชนีความตรงตามเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นน้อย ตัวแปรที่ศึกษาพบด้านพฤติกรรม และผลลัพธ์ทางคลินิกเป็นส่วนใหญ่

3. ด้านแนวโน้มการพัฒนาการวิจัย พบว่าแนวโน้มของการวิจัยของวิทยาลัย จำแนกตามสาขาวิชามักปรับตามนโยบายของกระทรวง หรือของประเทศ ซึ่งสอดคล้องทิศทางของแผนพัฒนาสาธารณสุขในแต่ละช่วง โดยสะท้อนใน 2 ประเด็นหลัก คือ การปรับปรุงรูปแบบการเรียนการสอน และการปรับปรุงด้านการบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นทิศทางเดียวกับปัญหาสุขภาพ ผลกระทบ และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของประเทศและของโลก

อภิปรายผลการวิจัย

ผลงานวิจัยของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกย้อนหลัง 10 ปี (พ.ศ. 2550-2559) พบว่าในระยะต้น ๆ คือ ปี พ.ศ. 2550-2554 วิทยาลัยยังมีผลงานวิจัยน้อย อาจเนื่องจากระบบการจัดเก็บงานวิจัยยังไม่ชัดเจน การสนับสนุนการทำวิจัยยังมีน้อยทั้งด้านทุนสนับสนุนและการให้เวลาสำหรับทำวิจัย รวมทั้งการตีพิมพ์เผยแพร่ยังมีน้อย โดยระยะต่อมางานวิจัยเป็นองค์ประกอบในประกันคุณภาพการศึกษาทั้งระดับหลักสูตร และระดับสถาบัน เป็นตัวบ่งชี้ 3 ข้อ คือ 1) ระบบและกลไกการบริหารและพัฒนางานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ 2) เงินสนับสนุนงานวิจัยและงานสร้างสรรค์ 3) ผลงานทางวิชาการของอาจารย์ประจำและนักวิจัย (สถาบันพระบรมราชชนก, 2564) จึงมีการเร่งผลิตผลงานวิจัยและสนับสนุนให้เกิดการเผยแพร่มากขึ้น มีระบบสนับสนุนการทำผลงานวิจัยของวิทยาลัยฯ อย่างเป็นระบบทั้งกระบวนการสร้างนักวิจัยหน้าใหม่ การสนับสนุนทุนวิจัยทั้งภายในและภายนอกสถาบัน สนับสนุนกับข้อเสนอผลการวิเคราะห์ทิศทางการวิจัยทางการพยาบาลของ ประณีต ส่งวัฒนา (2552) ว่าพยาบาลมีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่มุ่งความเป็นเลิศในการปฏิบัติและการพัฒนาเครือข่ายการวิจัยและสร้างองค์ความรู้เพื่อแก้ปัญหาระดับประเทศ อาจารย์ของวิทยาลัยพบว่าในปีที่ผลงานวิจัยของวิทยาลัยฯ มีจำนวนมากนั้นขึ้นอยู่กับเป็นปีที่เตรียมสำหรับถูกรับการตรวจเพื่อรับรองสถาบันการศึกษาพยาบาลและการผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาล การสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ มีข้อค้นพบที่นำมาอภิปรายดังนี้

คุณลักษณะของงานวิจัยด้านสุขภาพของวิทยาลัย ได้แก่

1. ประเด็นที่ศึกษา ประเด็นที่พบมากที่สุด เป็นการทำวิจัยในชุมชน การออกแบบการเรียนการสอนและการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการประกันคุณภาพการศึกษาทั้งหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต และหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ทั้งนี้เห็นได้ว่าลักษณะงานวิจัยของวิทยาลัยส่วนใหญ่เป็นวิจัยการเรียนการสอน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของสถาบันพระบรมราชชนกที่สนับสนุนให้ทำวิจัยในชั้นเรียน และวิจัยสถาบัน รวมทั้งสอดคล้องกับเกณฑ์ประกันคุณภาพของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา หรือ สกอ. (คณะกรรมการประกันคุณภาพภายในระดับอุดมศึกษา, 2558) ซึ่งเป็นหนึ่งในห้าองค์กรหลักของกระทรวงศึกษาธิการมีคณะกรรมการการอุดมศึกษา ทำหน้าที่ในการดูแลและรับผิดชอบการศึกษาระดับอุดมศึกษา โดยมีตัวชี้วัดที่สำคัญคือ คุณภาพของอาจารย์ที่ต้องมีงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ จึงมีการขับเคลื่อนด้วยกลยุทธ์ที่หลากหลายให้อาจารย์ทำวิจัยพัฒนาการเรียนการสอน โดยมีผู้เรียนเป็นสำคัญ

มีข้อพิจารณาเชิงจริยธรรม ที่พบว่าการวิจัยมีแนวโน้มที่จะเก็บข้อมูลกับนักศึกษามากกว่า 1 ใน 4 ของการวิจัยทั้งหมด แม้จะมีความสะดวก เนื่องจากเป็นกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงง่าย แต่นักศึกษาในสถาบันการศึกษานับเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบาง (Vulnerable groups) จึงต้องนำหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เป็นแนวทางในการทำวิจัย เช่นเดียวกับผลการศึกษาพบว่า วิจัยที่เป็นนวัตกรรมยังมีอยู่น้อย เนื่องจากการทำวิจัยนวัตกรรมต้องใช้เวลามากในการทดสอบนวัตกรรมโดยเฉพาะเรื่องความปลอดภัยของผู้ใช้

นวัตกรรมที่เป็นผู้ป่วย หรือนวัตกรรมการเรียนการสอนที่อาจทำให้ผู้เรียนได้รับกิจกรรมการทดลองที่แตกต่างกัน จึงมีความจำเป็นต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งใช้เวลาค่อนข้างนานจึงจะวิจัยได้สำเร็จ นอกจากนี้ ยังมีวิจัยทางคลินิกและวิจัยในชุมชน ซึ่งสภาการพยาบาลให้ความสำคัญกับการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลผ่านการวิจัยที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการสุขภาพโดยตรง (สภาการพยาบาล, 2561) ส่วนการศึกษาติดตามผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาหลักสูตรให้มีมาตรฐานมากขึ้น รวมทั้งศึกษาติดตามผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง และผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง ซึ่งวิทยาลัยเป็นผู้จัดการอบรมจึงมีความจำเป็นที่ต้องศึกษาจากผู้ใช้ผลผลิตของวิทยาลัย

2. คุณลักษณะของการวิจัย คุณลักษณะของการวิจัยที่พบมากที่สุด คืองานวิจัยเชิงปริมาณ ประเภทการวิจัยแบบบรรยาย รองลงมาเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง และการวิจัยเชิงคุณภาพ ตามลำดับ การที่การวิจัยแบบบรรยายมากที่สุดอาจเกิดจากระยะแรกของการผลิตผลงานวิจัยของนักวิจัยหน้าใหม่เริ่มจากระเบียบวิธีวิจัยที่ไม่ยากจนเกินไป อีกทั้งบางงานวิจัยเป็นวิจัยและพัฒนา หรือวิจัยปฏิบัติการ การเขียนตีพิมพ์เผยแพร่อาจมีการแยกประเด็นในการเผยแพร่ได้ ส่วนงานวิจัยที่พบน้อยที่สุดคือ วิจัยแบบกรณีศึกษา นั้นอาจเกิดจากโจทย์วิจัยไม่ได้ต้องการหาคำตอบด้วยการวิจัยแบบกรณีศึกษา

นอกจากนี้ การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบการจัดการเรียนการสอน พบว่ามีองค์ประกอบ คือ การกำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม สื่อ และการประเมินผล ซึ่งสัญญา เคณาภูมิ (2562) ได้เสนอหลักและแนวทางการสังเคราะห์งานวิชาการ เกี่ยวกับการอธิบายความ (Explanation) โดยจำแนกตามลักษณะทางวิชาการเชิงระบบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์และข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งช่วยให้เห็นภาพการสังเคราะห์งานวิจัยชัดเจนมากขึ้น

3. ด้านวิธีวิทยาการวิจัย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล พบว่า งานวิจัยของวิทยาลัย จำแนกตามเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ที่พบมากที่สุดคือ แบบสอบถาม โดยส่วนใหญ่เป็นการแสดงความคิดเห็น เนื่องจากบุคลากรที่สนใจในการทำวิจัยมีระยะเวลาการทำวิจัยน้อยและต้องทำให้แล้วเสร็จในแต่ละปีงบประมาณซึ่งการใช้แบบสอบถามความคิดเห็นจะใช้กับประชากรที่เป็นกลุ่มใหญ่ได้ดี ใช้เวลาไม่มาก การเก็บข้อมูลไม่ลำบาก

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูล งานวิจัยของวิทยาลัย จำแนกตามการวิเคราะห์ข้อมูล โดยส่วนใหญ่ใช้สถิติเชิงพรรณนา รองลงมาคือการใช้สถิติอ้างอิง ส่วนการวิเคราะห์เนื้อหามีจำนวนน้อย เนื่องจากเป็นวิธีวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการทำวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งมีจำนวนน้อย สำหรับการใช้สถิติเชิงพรรณนาพบว่าส่วนใหญ่ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งใช้ค่าเฉลี่ยเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานใช้ตีความหมายของข้อมูล และใช้คำนวณก่อนใช้สถิติอ้างอิงจากค่าเฉลี่ย (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2558)

4. ด้านแนวโน้มของการวิจัย แนวโน้มของการวิจัยของวิทยาลัย จำแนกตามสาขาวิชา มักปรับตามนโยบายของกระทรวง หรือของประเทศ ซึ่งสอดคล้องทิศทางของแผนพัฒนาสาธารณสุขในแต่ละช่วง โดยสะท้อนใน 2 ประเด็นหลักคือ การปรับปรุงรูปแบบการเรียนการสอน และการปรับปรุงด้านการบริการสุขภาพซึ่งเป็นทิศทางเดียวกับปัญหาสุขภาพ ผลกระทบ และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของประเทศและของโลก

องค์ความรู้ของงานวิจัยของวิทยาลัย

1. องค์ความรู้ด้านคุณลักษณะของงานวิจัย ผลการสังเคราะห์งานวิจัยด้านสุขภาพของวิทยาลัย พบว่า 1) รูปแบบการจัดการเรียนการสอนและการพัฒนาวิธีการเรียนการสอน 2) การเสริมสร้างความรู้และสมรรถนะแก่นักศึกษา เป็นโครงการเสริมหลักสูตร 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอน 4) การติดตามผลการจัดการศึกษาหรือการศึกษาติดตามบัณฑิต 5) การบูรณาการการเรียนการสอนกับพันธกิจวิจัย บริการวิชาการแก่สังคม และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม และ 6) การวิจัยนวัตกรรมเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ ส่วนองค์ความรู้ด้านการบริการสุขภาพ ได้แก่ 1) การบริการสุขภาพตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 2) การมีส่วนร่วมของชุมชน 3) การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพ 4) การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือการแพทย์ทางเลือกเพื่อการบำบัดรักษา 5) การวิจัยนวัตกรรมเพื่อสนับสนุนการบริการสุขภาพ 6) การเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน และ 7) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ

2. ด้านระเบียบวิธีวิทยาการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเชิงปริมาณ โดยเป็นแบบบรรยายมากที่สุด รองลงมาเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง การวิจัยเชิงคุณภาพ และงานวิจัยและพัฒนา โดยมีงานวิจัยแบบกรณีศึกษาน้อยมาก ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ทำให้เกิดความเข้าใจในสภาพความเป็นจริง เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงาน เกิดสังคมแห่งการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน (สัจธรรม พรทวีกุล และจิตราภรณ์ วงศ์คำจันทร์, 2561) หรือผู้ทำวิจัยมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาสภาพปัญหาในการปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ตนสังกัด หรือในชุมชน หรือพื้นที่ให้บริการสุขภาพ ผลการศึกษาด้านระเบียบวิธีวิทยาการวิจัยแตกต่างจากการศึกษาของ ดาราวรรณ รองเมือง และคณะ (2561) ที่พบว่ามีงานวิจัยแบบกึ่งทดลองมากที่สุด อธิบายได้ว่างานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิจัยเชิงปริมาณที่ต้องการทดสอบกิจกรรมด้านการเรียนการสอนและการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพด้วยวิธีต่าง ๆ

สำหรับกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย ซึ่งสอดคล้องกับประเภทงานวิจัยของสาขาวิชา ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยส่วนใหญ่ พบว่าใช้ตัวแปรอิสระ ซึ่งสอดคล้องกับประเภทของการวิจัย คือการวิจัยแบบบรรยาย รองลงมาคือ งานวิจัยกึ่งทดลองที่ใช้ตัวแปรอิสระ 1 ตัวแปร และตัวแปรตาม 1 ตัวแปร และมักใช้กลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง เนื่องจากการวิจัยในมนุษย์ต้องการความยืดหยุ่นสูงในการทดลอง การวิจัยกึ่งทดลองไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม โดยออกแบบการวิจัยให้เกิดความเที่ยงตรงภายในโดยมีวิธีการสร้าง การควบคุมประเภทต่าง ๆ เพื่อขจัดอิทธิพลของตัวแปรภายนอกต่าง ๆ (อรพินทร์ ชูชม, 2552)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยส่วนใหญ่ใช้แบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถามนี้เหมาะสมในการใช้กับการแสดงความคิดเห็น เนื่องจากบุคลากรของวิทยาลัยสนใจที่จะศึกษาความคิดเห็นหรือประเมินสภาพความคิดเห็น ซึ่งใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลสั้นกว่าการประเมินหรือติดตามสภาพจริง และการใช้แบบสอบถามความคิดเห็น จะใช้กับประชากรที่เป็นกลุ่มใหญ่ได้ดี ใช้เวลาไม่มากและเก็บข้อมูลง่าย ใช้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายมากที่สุด โดยมีการหาคุณภาพเครื่องมือด้านความตรง ความเที่ยง ความยากและอำนาจจำแนกตามลักษณะเครื่องมือที่ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าส่วนใหญ่ใช้สถิติพรรณนา รองลงมา คือ สถิติอ้างอิง ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะค่าเฉลี่ย ซึ่งสถิติกลุ่มนี้ใช้ตีความหมายข้อมูลและใช้คำนวณก่อนที่จะคำนวณหาค่าอื่น ๆ ในกลุ่มสถิติอ้างอิง กลุ่มสถิติพื้นฐานนี้มีประโยชน์และใช้กันมาก เนื่องจากอยู่ในรูปสูตรคณิตศาสตร์ที่สามารถนำไปหาค่าสถิติประเภทอื่น ๆ ที่ต้องอ้างอิง

3. ด้านแนวโน้มการพัฒนาการวิจัย พบว่าแนวโน้มของการวิจัยของวิทยาลัยฯ จำแนกตามสาขาวิชามักปรับตามนโยบายของกระทรวง หรือของประเทศ ซึ่งสอดคล้องทิศทางของแผนพัฒนาสาธารณสุขในแต่ละช่วง โดยสะท้อนใน 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ การปรับปรุงรูปแบบการเรียนการสอน และการปรับปรุงด้านการบริการสุขภาพซึ่งเป็นทิศทางเดียวกับปัญหาสุขภาพ ผลกระทบ และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของประเทศและของโลก

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่าส่วนมากเป็นวิจัยทางการพยาบาล พื้นที่วิจัยส่วนมากเป็นวิจัยในชุมชน เป็นวิจัยการเรียนรู้แบบบูรณาการ มีนักศึกษาเป็นกลุ่มตัวอย่าง มุ่งศึกษาผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ และเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เมื่อสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยพบว่าครอบคลุมตามประเด็นของวิชาชีพการพยาบาลและการสาธารณสุขตามแนวโน้มของนโยบายด้านสาธารณสุขระดับประเทศในช่วงที่ทำวิจัย โดยนิยมใช้การวิจัยเชิงบรรยาย อย่างไรก็ตามประเด็นที่ยังมีน้อย คือ การได้รับการสนับสนุนการทำวิจัยจากแหล่งทุนวิจัยภายนอก การทำวิจัยในคลินิก การทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบและการทำวิจัยเพื่อการใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการศึกษา

1. ควรส่งเสริมและเพิ่มแรงจูงใจในการทำวิจัยที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างชัดเจน เช่น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การวิจัยเชิงทดลอง การวิจัยและพัฒนา การวิจัยนวัตกรรม และการวิจัยทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบเพิ่มมากขึ้น

2. ควรส่งเสริมและเพิ่มแรงจูงใจในการทำวิจัยในคลินิกเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญของอาจารย์ (Faculty practice)

3. ควรส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของนักวิจัยในการดำเนินงานวิจัยที่สามารถนำไปต่อยอดในเชิงพาณิชย์เพื่อสร้างมูลค่าให้กับผลงานวิจัย

4. ควรสนับสนุนให้มีการแสวงหาแหล่งทุนภายนอกให้มากขึ้น และสนับสนุนบุคลากรที่ไม่ใช่อาจารย์ได้ทำวิจัยมากขึ้นเพื่อให้เกิดการพัฒนาบุคลากรทั้งองค์กรไปพร้อม ๆ กัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นำประเด็นการศึกษาที่สำคัญแต่ยังมีการทำวิจัยน้อย และต้องการหาคำตอบด้วยการวิจัยไปดำเนินการต่อในรูปแบบการสังเคราะห์วิจัย

2. ควรเลือกงานวิจัยที่มีคุณภาพสูงจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นจุดเริ่มต้นของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการประกันคุณภาพภายในระดับอุดมศึกษา. (2558). *คู่มือการประกันคุณภาพภายในระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.

ดาราวรรณ รองเมือง, ยศพล เหลืองโสมนา, สุกัญญา ขันวิเศษ, จรัญญา ดีจะโปะ, และสุปราณี ฉายวิจิตร. (2561). การทบทวนขอบเขตของผลงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 29*(2), 136-146.

ประณีต ส่งวัฒนา. (2552). สถานภาพและทิศทางการวิจัยทางการพยาบาล: มุมมองจากประสบการณ์. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 1*(1), 1-7.

รัตนะ บัวสนธ์, เอื้อมพร หลินเจริญ, นันทิมา นาคาพงศ์, ประภัสสร วงษ์ดี, และยุพิน โกณฑา. (2553). การสังเคราะห์งานวิจัยด้านการคิดวิเคราะห์ของนักเรียน: การวิเคราะห์อภิมาน. *วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร, 12*(3), 19-32.

พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พุทธศักราช 2562. (2562, 5 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอน 43 ก. หน้า 40-65.

สถาบันพระบรมราชชนก. (2564). *คู่มือประกันคุณภาพการศึกษาภายใน สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2564,* เอกสารอัดสำเนา.

สภาการพยาบาล. (2561). *รายงานประจำปี: สภาการพยาบาล.* สืบค้นจาก https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/anm-report-61.pdf

สัจธรรม พรทวีกุล, และจิตราภรณ์ วงศ์คำจันทร์. (2561). การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมแห่งการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม, 8*(3), 109-117.

สัญญา เคณาภูมิ. (2562). หลักการและแนวทางการสังเคราะห์งานวิชาการ. *วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น, 3*(2), 89-106.

อรพินทร์ ชูชม. (2552). การวิจัยกึ่งทดลอง. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 15*(1), 1-15.

อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2558). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.

อังศินันท์ อินทรกำแหง, นิพิฐพนธ์ แสงด้วง, และปิยะ บูชา. (2557). การสังเคราะห์งานวิจัยทางการศึกษาด้วยการวิเคราะห์สังเคราะห์งานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์: กรณีศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและอภิมาน. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 20*(1), 19-34.

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *Journal of Social Research Methodology, 8*(1), 19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616

Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science, 5*(1), 69. Retrieved from https://implementationscience.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1748-5908-5-69

Pham, M. T., Raji, Ć. A., Greig, J. D., Sargeant, J. M., Papadopoulos, A., & McEwena, S. A. (2014). A scoping review of scoping reviews: Advancing the approach and enhancing the consistency. *Research Synthesis Methods, 5*(4), 371-385. doi: 10.1002/jrsm.1123

Power, B., & Hubbard, R. (1999). Becoming teacher researchers one moment at a time. *Language Arts, 77*(1), 34-39.

Ruiz-Perez, I., & Petrova, D. (2019, August). Scoping reviews. Another way of literature review. *Medicina Clínica (English Edition), 153*(4), 165-168. doi: 10.1016/j.medcle.2019.02.026

Rumrill, P. H., Fitzgerald, S. M., & Merchant, W. R. (2010). Using scoping literature reviews as a means of understanding and interpreting existing literature. *Work, 35*(3), 399-404. doi: 10.3233/WOR-2010-0998

Sucharew, H., & Macaluso, M. (2019). Methods for research evidence synthesis: The scoping review approach. *Journal of Hospital Medicine, 14*(7), 416-418.

การพัฒนาและหาความตรงของแบบวัดคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ของบัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

นิระมล สมตัว, พย.ม.[1]
แสงดาว จันทร์ดา, ปร.ด.[2]
จุรี แสนสุข, สม.[1]

(วันที่รับบทความ: 12 มิถุนายน 2563; วันที่แก้ไข: 4 สิงหาคม 2563; วันที่ตอบรับ: 28 กุมภาพันธ์ 2564)

บทคัดย่อ

สถาบันการศึกษามีส่วนสำคัญในการสร้างให้ผู้เรียนเป็นพลเมืองสร้างสรรค์ จึงควรมีการตรวจสอบคุณลักษณะดังกล่าวโดยอาศัยเครื่องมือวัดที่ดี การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนาแบบวัดคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ของบัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น (The Creative Citizen Attribute Test for New Graduate Nurses of Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen [The CCAT-BCNKK]) ผู้เข้าร่วมการวิจัยคือบัณฑิตทุกคนที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยดังกล่าวในปีการศึกษา 2559–2561 จำนวน 323 คน ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามในแบบวัดจากข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มแล้ววิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา การประเมินคุณภาพของแบบวัดทำโดยการวิเคราะห์ 1) ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับประเด็นหลักของเนื้อหา (Item-objective congruence [IOC] 2) ค่าอำนาจจำแนกวิเคราะห์ด้วยสหสัมพันธ์อย่างง่ายแบบเพียร์สัน (r) 3) สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก (Cronbach's alpha coefficient [α]) 4) ค่าความเที่ยงเชิงโครงสร้าง และ 5) วิเคราะห์คะแนนทีปกติ ผลการวิจัยพบว่า 1).แบบวัดมีค่า IOC ตั้งแต่ .85 ถึง 1.00 2) ค่าอำนาจจำแนก (r) อยู่ระหว่าง .32-.72 3) ค่า α ของแบบวัดทั้งฉบับได้เท่ากับ .99 4) องค์ประกอบเชิงยืนยันโครงสร้างของแบบวัดมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($X^2 = 39.16$, $df = 66$, p-value = .056, $GFI = .987$, $AGFI = .971$, $CFI = 1.00$, $RMSEA = .038$) และ 5) ผลการสร้างเกณฑ์ปกติของแบบวัดมีคะแนนทีปกติระหว่าง T_{76} ถึง T_{100} สรุปว่าแบบวัด The CCAT-BCNKK มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง และมีการกระจายตัวดี แสดงว่าเป็นแบบวัดที่มีคุณภาพและเหมาะสมที่จะนำมาใช้เป็นแบบวัดคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ได้ จึงควรมีการศึกษาวิจัยในนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีเพื่อนำผลการวัดไปปรับปรุงกิจกรรมการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณลักษณะความเป็นพลเมืองสร้างสรรค์ให้ครบทุกด้าน

คำสำคัญ: การสร้างแบบวัด, ความเป็นพลเมืองสร้างสรรค์, บัณฑิตพยาบาล

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น สถาบันพระบรมราชชนก
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น สถาบันพระบรมราชชนก
[1] Corresponding author: นิระมล สมตัว, E-mail: niramol.st@gmail.com

The Development and Validation of a Creative Citizen Attribute Test for New Graduate Nurses at Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen

Niramol Somtua, M.N.S.[1]
Sangdao Junda, Ph.D.[2]
Juree Sansuk, M.P.H.[1]

(Received: June 12th, 2020; Revised: August 4th, 2020; Accepted: February 28th, 2021)

Abstract

Educational institutions play a vital role in helping learners become creative citizens and should assess related attributes with a reliable instrument. The purposes of this research were to develop and validate the Creative Citizen Attribute Test for New Graduate Nurses of Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen (the CCAT-BCNKK). Participants were all 323 nurses who graduated from the college in the academic years from 2016 to 2018. The researcher constructed the CCAT-BCNKK based on data collected via focus groups and analyzed using content analysis. The psychometric properties of the CCAT-BCNKK were assessed for content validity (using an item objective congruence index [IOC]), discrimination (using simple Pearson correlations [*r*]), reliability (using Cronbach's alpha coefficient [α]), construct validity (using confirmatory factor analysis), and normalized T-Scores based on the results of the test analysis. The analysis revealed that: 1) the IOCs were between .85 and 1.00, 2) the discrimination (*r*) was between .32 and .72, and 3) the α of the test was .99. Furthermore, the construct validity analysis indicated that the measurement model was valid and well fitted to the empirical data (X^2 = 39.16, *df* = 66, *p*-value = 0.056, *GFI* = 0.987, *AGFI* = 0.971, *CFI* = 1.00, *RMSEA* = .038), and that the normalized T-Scores of the test ranged from T 76-T 100. In conclusion, the CCAT-BCNKK has content validity, construct validity, and good distribution, which shows that it is a high quality instrument and suitable to be used to assess creative citizen attributes. Future research should be conducted with undergraduate nursing students in each year of study to employ the results to improve managing learning activities intended to develop the characteristics related to creative citizenship among nursing students.

Keywords: test construction, creative citizenship, nursing graduates

[1] Registered Nurse, Professional level, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Praboromarajchanok Institute
[2] Registered Nurse, Senior Professional level, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Praboromarajchanok Institute
[1] Corresponding author: Niramol Somtua, E-mail: niramol.st@gmail.com

บทนำ

มนุษย์เป็นทรัพยากรที่สำคัญของประเทศ การที่จะสร้างมนุษย์ที่มีคุณภาพได้นั้นต้องอาศัยการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญ ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการเร่งสร้างสังคมที่มีคุณภาพ โดยมุ่งเน้นให้คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา เน้นการพัฒนาคนให้มีความรู้และทักษะที่สำคัญในการอยู่ร่วมกันในสังคม รู้จักหน้าที่ของตนเองในฐานะพลเมืองของประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) นอกจากนี้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) ยังกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ เพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ มีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่ดีรอบด้าน และมีสุขภาวะที่ดี มีจิตสาธารณะ รับผิดชอบต่อสังคมและผู้อื่น มัธยัสถ์ อดออม โอบอ้อมอารี มีวินัย รักษาศีลธรรม มีหลักคิดที่ถูกต้อง และเป็นพลเมืองดีของชาติ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562) การศึกษาแห่งชาติได้ตระหนักถึงความสำคัญในการสร้างจิตสำนึกการเป็นเมืองที่สร้างสรรค์ของผู้เรียน โดยสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาได้จัดทำแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2574 เพื่อใช้เป็นแผนยุทธศาสตร์ระยะยาวสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาของประเทศและนำไปใช้เป็นกรอบแนวทางการพัฒนาการศึกษาสำหรับพลเมืองไทยทุกช่วงวัยตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดชีวิต โดยกำหนดเป้าหมายด้านผู้เรียนให้มีคุณลักษณะและทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพมนุษย์ (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2560)

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถาบันอุดมศึกษาของรัฐที่ผลิตบุคลากรเพื่อรองรับระบบบริการสุขภาพของประเทศซึ่งมีหน้าที่หลักในการกำกับดูแลเชิงนโยบายการจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษา ในการผลิตบุคลากรสาธารณสุขให้ได้คุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานตามที่สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษากำหนด และสร้างพลเมืองที่สร้างสรรค์ของประเทศได้ดำเนินการจัดทำมาตรฐานการศึกษาของชาติในรูปของผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการศึกษา นั่นคือพัฒนาบัณฑิตให้มีคุณลักษณะ 3 ด้าน ดังนี้ 1) ผู้เรียนรู้ เป็นผู้มีความเพียร ใฝ่เรียนรู้และมีทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิตและมีสมรรถนะที่เกิดจากความรู้ ความรอบรู้ด้านต่าง ๆ มีสุนทรียะ รักษ์และประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาไทย มีทักษะชีวิตเพื่อสร้างงานหรือสัมมาชีพ บนพื้นฐานความพอเพียง ความมั่นคงในชีวิตและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม 2) ผู้ร่วมสร้างสรรค์นวัตกรรม เป็นผู้มีทักษะทางปัญญา ทักษะศตวรรษที่ 21 ความฉลาดดิจิทัล (Digital intelligence) ทักษะการคิดสร้างสรรค์ ทักษะข้ามวัฒนธรรม สมรรถนะการบูรณาการข้ามศาสตร์ และมีคุณลักษณะของความเป็นผู้ประกอบการ เพื่อร่วมสร้างสรรค์และพัฒนานวัตกรรมทางเทคโนโลยีหรือสังคม เพิ่มโอกาสและมูลค่าให้กับตนเองและสังคม 3) พลเมืองที่เข้มแข็ง เป็นผู้มีความรักชาติ รักท้องถิ่น รู้ถูกผิด มีจิตสำนึกเป็นพลเมืองไทยและพลเมืองโลก มีจิตอาสา มีอุดมการณ์ และมีส่วนร่วมในการพัฒนาชาติ บนหลักการประชาธิปไตย (สถาบันพระบรมราชชนก, 2556)

ในการพัฒนาผู้เรียนให้มีคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ การจัดการศึกษาต้องยึดหลักว่าผู้เรียนทุกคนมีความสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้และถือว่าผู้เรียนมีความสำคัญที่สุด กระบวนการจัดการศึกษาต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาตามธรรมชาติและเต็มตามศักยภาพ (วิชัย วงษ์ใหญ่ และมารุต พัฒผล, 2557) ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีการแลกเปลี่ยนความคิดร่วมกับผู้อื่นอย่างสม่ำเสมอ หมั่นประเมินตนเองเพื่อตรวจสอบพัฒนาการการเรียนรู้ของตนเอง (สมจิตต์ เวียงเพิ่ม, บุญเรียง ขจรศิลป์, และสุนทรา โตบัว, 2562) ซึ่งจะสามารถกล่อมเกลาผู้เรียนให้เกิดความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ของมนุษย์ที่สมบูรณ์ที่มีความรู้คู่คุณธรรม เพื่อการทำหน้าที่เป็นพลเมืองสร้างสรรค์ได้ (ลิลลี่ ศิริพร, มกราพันธุ์ จูฑะรสก, ศุกร์ใจ เจริญสุข, เฟื่องฟ้า นรพัลลภ, และณิชดา สารถวัลย์แพศย์, 2557; สมควร หาญพัฒนชัยกูร, มกราพันธุ์ จูฑะรสก, และลิลลี่ ศิริพร, 2557)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เป็นสถาบันอุดมศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มุ่งเน้นการผลิตพยาบาลที่มีคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ โดยบัณฑิตต้องมีความรอบรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาล สามารถปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ บนพื้นฐานความเอื้ออาทรและความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์รวมถึงการสร้างสรรค์นวัตกรรมทางด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในวิชาชีพและตอบสนองความต้องการตามบริบทของผู้ใช้บริการ ยึดมั่นในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข ตลอดจนมีความเป็นพลเมืองดีของชาติและของโลก (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น, 2560) ได้มีพัฒนารูปแบบการจัดการศึกษาแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะความเป็นพลเมืองสร้างสรรค์และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการศึกษาแบบบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะความเป็นพลเมืองสร้างสรรค์อย่างต่อเนื่อง (วัชรี อมรโรจน์วรวุฒิ, วิไลวรรณ วัฒนานนท์, นิระมล สมตัว, จุรี แสนสุข, และเบญจพร ฐิติญาณวิโรจน์, 2562; Senge, 1993; Connor & McDermott, 1997)

ดังนั้นการจัดการศึกษาจำเป็นต้องมีการติดตามและประเมินบัณฑิตของวิทยาลัยฯ เพื่อให้ทราบว่าการจัดการเรียนการสอนสามารถพัฒนาผู้เรียนให้เป็นพลเมืองที่สังคมคาดหวังหรือไม่ จึงจำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือวัดที่มีคุณภาพ แต่วิทยาลัยฯ ยังขาดแบบวัดคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ที่จะประเมินคุณลักษณะความเป็นพลเมืองสร้างสรรค์ของบัณฑิตของวิทยาลัยฯ ตามเป้าหมายในการพัฒนา ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาการสร้างแบบวัดคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเพื่อให้แน่ใจว่าเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพเพื่อใช้เป็นแบบวัดคุณลักษณะความเป็นพลเมืองสร้างสรรค์และนำผลที่ได้ไปปรับปรุงรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้มีคุณลักษณะความเป็นพลเมืองสร้างสรรค์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

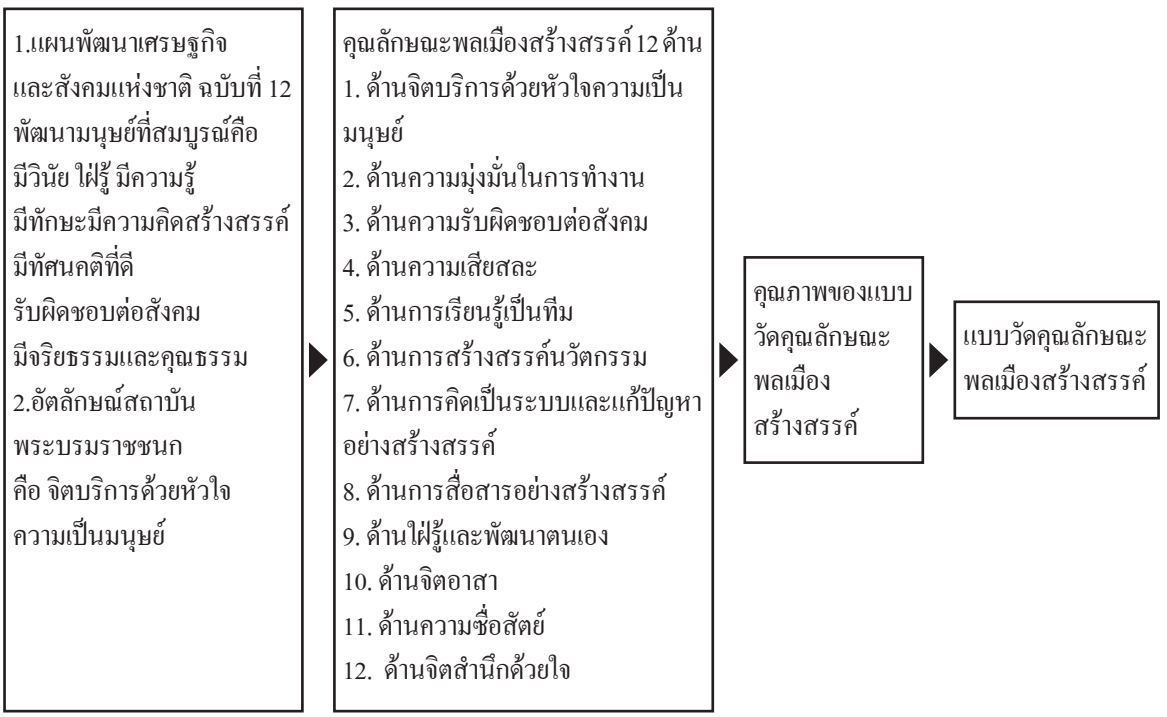
เพื่อสร้างและพัฒนาแบบวัดคุณลักษณะพลเมืองที่สร้างสรรค์ของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

สมมติฐานการวิจัย

องค์ประกอบเชิงยืนยันของคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ของบัณฑิตพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสร้างและพัฒนาแบบวัดคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาและวิเคราะห์ความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 โดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น มุ่งพัฒนาคนให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ มีวินัย ใฝ่รู้ มีความรู้ มีทักษะ มีความคิดสร้างสรรค์ มีทัศนคติที่ดี รับผิดชอบต่อสังคม มีจริยธรรมและคุณธรรม รวมทั้งอัตลักษณ์ของสถาบันพระบรมราชชนก คือ จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์แล้วนำมากำหนดตัวแปรของแบบวัดเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถามของแบบวัดคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์



ภาพที่ 1. *กรอบแนวคิดในการการสร้างแบบวัดคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์*

นิยามเชิงปฏิบัติการ

พลเมืองสร้างสรรค์ หมายถึง คุณลักษณะของบัณฑิตพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ประกอบด้วย 12 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 2) ด้านความมุ่งมั่นในการทำงาน 3) ด้านความรับผิดชอบต่อสังคม 4) ด้านความเสียสละ 5) ด้านการเรียนรู้เป็นทีม 6) ด้านการสร้างสรรค์นวัตกรรม 7) ด้านการคิดเป็นระบบและแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ 8) ด้านการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ 9) ด้านใฝ่รู้และพัฒนาตนเอง 10) ด้านจิตอาสา 11) ด้านความซื่อสัตย์ 12) ด้านจิตสำนึกด้วยใจ ซึ่งวัดผลได้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพด้วยการสะท้อนคิดด้วยคำถาม 3 คำถาม 1) รู้สึกอย่างไร 2) ได้เรียนรู้อะไร และ 3) จะนำไปประยุกต์ใช้อย่างไร (เทคนิคตะกร้า 3 ใบ)

แบบวัดคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ของบัณฑิตพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น (The Creative Citizen Attribute Test for New Graduate Nurses from Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen) ซึ่งต่อไปจะเรียกกว่า The CCAT-BCNKK เป็นแบบวัดมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อวัดคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ ทั้ง 12 ด้าน จำนวนรวม 100 ข้อ

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น (เลขที่ IRB-BCNKK-25-2019) ผู้วิจัยยึดหลักเกณฑ์ทางจริยธรรมสำหรับการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ที่ระหว่างดำเนินงานผู้วิจัยใช้หลักของการเคารพในความเป็นบุคคล โดยเน้นการตัดสินใจผู้ที่เข้าร่วมวิจัยโดยความสมัครใจพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับไม่ควรเปิดเผย ผู้วิจัยใช้นามแฝงในการเขียนข้อมูลไม่กล่าวอ้างข้อมูลที่ได้มาให้กับบุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยได้ทราบ และมีการตรวจสอบข้อมูลข้อความต่าง ๆ รวมถึงการได้รับอนุญาตก่อนทำการเผยแพร่งานวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จำนวน 323 คน กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้น (Try out) เป็นนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2560 ทุกคน มีจำนวน 87 คน และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ บัณฑิตพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ที่สำเร็จการศึกษาปีการศึกษา 2559–2561 ทุกคนจำนวน 323 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. คำถามกึ่งโครงสร้างในการทำสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารและจัดการศึกษาเพื่อพิจารณาความเหมาะสมของตัวแปรและข้อคำถามแบบวัดคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์

2. แบบวัด The CCAT-BCNKK ประกอบด้วย 12 ด้าน ข้อคำถาม รวมทั้งสิ้นจำนวน 100 ข้อ ได้แก่

1) ด้านจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านความมุ่งมั่นในการทำงาน จำนวน 7 ข้อ 3) ด้านความรับผิดชอบต่อสังคม จำนวน 10 ข้อ 4) ด้านความเสียสละ จำนวน 7 ข้อ 5) ด้านการเรียนรู้เป็นทีม จำนวน 7 ข้อ 6) ด้านการสร้างสรรค์นวัตกรรม จำนวน 10 ข้อ 7) ด้านการคิดเป็นระบบและแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ จำนวน 7 ข้อ 8) ด้านการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ จำนวน 7 ข้อ 9) ด้านใฝ่รู้และพัฒนาตนเอง จำนวน 10 ข้อ 10) ด้านจิตอาสา จำนวน 8 ข้อ 11) ด้านความซื่อสัตย์ จำนวน 10 ข้อ 12) ด้านจิตสำนึกด้วยใจ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบวัดมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่

สม่ำเสมอ หมายถึง แสดงพฤติกรรมนั้น ทุกครั้ง ของการให้การดูแลผู้รับบริการ (5 คะแนน)

บ่อยครั้ง หมายถึง แสดงพฤติกรรมนั้น 4 ใน 5 ครั้ง ของการให้การดูแลผู้รับบริการ (4 คะแนน)

บางครั้ง หมายถึง แสดงพฤติกรรมนั้น 3 ใน 5 ครั้ง ของการให้การดูแลผู้รับบริการ (3 คะแนน)

น้อย หมายถึง แสดงพฤติกรรมนั้น 2 ใน 5 ครั้ง ของการให้การดูแลผู้รับบริการ (2 คะแนน)

น้อยมากหรือไม่เคย หมายถึง แสดงพฤติกรรมนั้น 1 ใน 5 ครั้ง หรือไม่เคยแสดงพฤติกรรมนั้นเลย (1 คะแนน)

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1. กำหนดวัตถุประสงค์ของการสร้างแบบวัด The CCAT-BCNKK โดยศึกษาคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) คุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จากงานวิจัยเรื่องรูปแบบการจัดการศึกษาบูรณาการที่เน้นกระบวนการโค้ชและการเสริมสร้างกรอบแนวคิดแบบเติบโต (Growth mindset) เพื่อพัฒนาคุณลักษณะความเป็นพลเมืองสร้างสรรค์ของนักศึกษาพยาบาล (วัชรี อมรโรจน์วรวุฒิ, วิไลวรรณ วัฒนานนท์, นิระมล สมตัว, จุรี แสนสุข, และเบญจพร ฐิติญาณวิโรจน์, 2562)

2. ทบทวนการสร้างแบบวัด The CCAT-BCNKK จากเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการพัฒนาศักยภาพทรัพยากรด้านมนุษย์ ได้แก่ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 12 (2560-2564) ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) แผนการศึกษาแห่งชาติระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2560–2579 หลักสูตรสถาบันพระบรมราชชนก หลักสูตรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์

3. แลกเปลี่ยนเรียนรู้คุณลักษณะพลเมืองเชิงสร้างสรรค์ของบัณฑิตพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น โดยการทำสนทนากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารและจัดการศึกษา อาจารย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ผู้แทนสถานบริการระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติและผู้แทนศิษย์เก่า รวมทั้งสิ้นจำนวน 11 คน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของตัวแปรและข้อคำถามของแบบวัดคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์

4. สร้างแบบวัด The CCAT-BCNKK โดยนำคุณลักษณะพลเมืองเชิงสร้างสรรค์มานิยามเชิงทฤษฎี นิยามปฏิบัติการในรูปของพฤติกรรมที่สามารถสังเกตหรือวัดได้ ทุกคนสามารถสังเกต รับรู้และเข้าใจได้ตรงกันแล้วสร้างข้อคำถาม ให้ครอบคลุมเนื้อหาตามโครงสร้าง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. นำแบบวัด The CCAT-BCNKK ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการศึกษา จำนวน 1 ท่าน ด้านหลักสูตรและการสอน จำนวน 2 ท่าน ผู้บริหารสถานศึกษาวิทยาลัยพยาบาล จำนวน 1 ท่าน ผู้บริหารด้านการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) กำหนดสัดส่วนของความเห็นที่สอดคล้องกัน 3 ใน 5 แล้วหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับประเด็นหลักของเนื้อหา (Item-objective congruence [IOC]) ข้อที่ใช้ได้ต้องมีค่า IOC ตั้งแต่ .6 ขึ้นไปและปรับปรุงในข้อที่ได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ

2. ทดลองใช้แบบวัด The CCAT-BCNKK กับนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต ปีการศึกษา 2560 จำนวน 87 คน โดยอาจารย์ผู้สอนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จำนวน 8 คน อาจารย์ 1 คนสังเกตพฤติกรรมนักศึกษา 11 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาคุณภาพ ดังนี้

2.1 หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยใช้วิธีสหสัมพันธ์อย่างง่ายแบบเพียร์สัน โดยการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item total correlation) แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนก (r) ตั้งแต่ .20 ขึ้นไป

2.2 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ข้อคำถามมีค่า อำนาจจำแนก (r) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก (Cronbach's Alpha coefficient) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ควรจะมีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ .80 ขึ้นไป

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เพื่อขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือสำนักงานสาธารณสุขต้นสังกัดของบัณฑิตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือไปยังผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงานและบัณฑิตเพื่อนัดหมายวันเวลาในการทำแบบวัด The CCAT-BCNKK กับบัณฑิตพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ที่สำเร็จการศึกษาปีการศึกษา 2559-2561 จำนวน 323 คน แล้วเก็บรวบรวมแบบวัดเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการทำสนทนากลุ่มนำมาถอดรหัสคำพูดและใช้การจัดกลุ่มข้อมูลตามประเด็นคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อทำร่างเครื่องมือ

2.วิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ โดยหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยนำคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับประเด็นหลักของเนื้อหา หาค่าอำนาจจำแนกโดยใช้วิธีสหสัมพันธ์อย่างง่ายแบบเพียร์สัน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก ตรวจสอบความตรงเชิงสภาพและตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงโครงสร้าง แล้วนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันโครงสร้างของแบบวัดมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้การวิเคราะห์ตัวแบบโครงสร้างเชิงเส้นเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยโปรแกรม

LISREL และวิเคราะห์เกณฑ์ปกติในรูปแบบของคะแนนทีปกติ และจัดทำแบบวัด The CCAT-BCNKK ฉบับสมบูรณ์ต่อไป

ผลการวิจัย

จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้คุณลักษณะพลเมืองเชิงสร้างสรรค์ของบัณฑิตพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น โดยการสนทนากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารและจัดการศึกษาเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าต้นทุนเดิมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น มุ่งเน้นการผลิตพยาบาลที่มีคุณลักษณะครบถ้วนทั้งด้านความรู้ ทักษะ คุณธรรม จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ มีการศึกษาค้นคว้าอย่างต่อเนื่อง และสามารถทำงานร่วมกับชุมชนได้เป็นอย่างดี ส่งเสริมการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพและพัฒนาวิชาชีพ นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือน เพื่อพัฒนานักศึกษาให้เกิดอัตลักษณ์จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ใช้กระบวนการพัฒนานักศึกษาแบบองค์รวม มุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ เพื่อการสร้างคนที่สมบูรณ์และพร้อมที่จะให้และแบ่งปันภายใต้การใช้กระบวนการสุนทรียสนทนา เกิดคนที่มีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สร้างต้นทุนขององค์กรในการพัฒนาสังคมและประเทศชาติ จึงได้วิเคราะห์ตัวแปรเพิ่ม

ในการประเมินคุณลักษณะพลเมืองเชิงสร้างสรรค์ พบว่าคุณลักษณะพลเมืองเชิงสร้างสรรค์มี 12 ด้าน ดังแบบวัด The CCAT-BCNKK ซึ่งประกอบด้วย 12 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านความมุ่งมั่นในการทำงาน จำนวน 7 ข้อ 3) ด้านความรับผิดชอบต่อสังคม จำนวน 10 ข้อ 4) ด้านความเสียสละ จำนวน 7 ข้อ 5) ด้านการเรียนรู้เป็นทีม จำนวน 7 ข้อ 6) ด้านการสร้างสรรค์นวัตกรรม จำนวน 10 ข้อ 7) ด้านการคิดเป็นระบบและแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ จำนวน 7 ข้อ 8) ด้านการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ จำนวน 7 ข้อ 9) ด้านใฝ่รู้และพัฒนาตนเอง จำนวน 10 ข้อ 10) ด้านจิตอาสา จำนวน 8 ข้อ 11) ด้านความซื่อสัตย์ จำนวน 10 ข้อ 12) ด้านจิตสำนึกด้วยใจจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบวัดมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 100 ข้อ

ด้านคุณภาพของแบบวัดคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ทั้ง 12 ด้าน พบว่าผลการพิจารณาความเหมาะสมแบบวัดคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พบว่า แบบวัดทั้ง 12 ด้าน ข้อคำถามมีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ในการวัดคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ จากผลการหาความตรงเชิงเนื้อหาทั้ง 100 ข้อ มีค่า IOC ตั้งแต่ .85 ถึง 1.00 แสดงว่าคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ทุกข้อ

ผลการทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2560 จำนวน 87 คน โดยอาจารย์ผู้สอนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จำนวน 8 คน อาจารย์ 1 คน สังเกตพฤติกรรมนักศึกษา 11 คน พบว่า ข้อคำถามผ่านเกณฑ์ทุกข้อโดยมีค่าอำนาจจำแนก (r) อยู่ระหว่าง .32-0.72 ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบรากทั้งฉบับได้ .94 เมื่อนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขและวิเคราะห์หาคุณภาพเรียบร้อยแล้วไปดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยใช้กับบัณฑิตพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

ที่สำเร็จการศึกษาปีการศึกษา 2559-2561 จำนวน 323 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงโครงสร้าง แล้วนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันโครงสร้างของแบบวัดมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้การวิเคราะห์ตัวแบบโครงสร้างเชิงเส้นเพื่อทดสอบ ความสัมพันธ์ด้วยโปรแกรม LISREL ตามขั้นตอนของกริช แรงสูงเนิน (2554) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 *ค่าไอเกน (Eigen values) ร้อยละของความแปรปรวน (% of variance) และร้อยละสะสมของความแปรปรวน (Cummulative %) ของแต่ละองค์ประกอบของคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น*

องค์ประกอบที่	ค่าไอเกนตอนเริ่มต้นปัจจัยร่วม (Initial Eigenvalues)			ค่าไอเกนของปัจจัยขั้นสุดท้าย (Extraction Sums Squared Loading)		
	Total	ร้อยละความแปรปรวน (% of Variance)	ร้อยละสะสมของความแปรปรวน (Cumulative %)	Total	ร้อยละความแปรปรวน (% of Variance)	ร้อยละสะสมของความแปรปรวน (Cumulative %)
1.ด้านจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	10.112	20.342	20.342	10.112	20.342	20.342
2.ด้านความมุ่งมั่นในการทำงาน	2.651	13.411	23.563	2.651	13.411	23.563
3.ด้านความรับผิดชอบต่อสังคม	1.947	12.194	26.091	1.947	12.194	26.091
4.ด้านความเสียสละ	1.814	11.760	29.479	1.814	11.760	29.479
5. ด้านการเรียนรู้เป็นทีม	1.795	10.743	32.564			
6.ด้านการสร้างสรรค์นวัตกรรม	1.633	9.833	35.812			
7.ด้านการคิดเป็นระบบและแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์	1.571	9.026	38.561			
8.ด้านการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์	1.489	8.124	41.354			
9.ด้านใฝ่รู้และพัฒนาตนเอง	1.423	7.226	44.107			
10.ด้านจิตอาสา	1.377	6.826	58.692			
11.ด้านความซื่อสัตย์	1.242	5.390	63.448			
12.ด้านจิตสำนึกด้วยใจรัก	1.118	3.345	65.863			

แต่ละองค์ประกอบของคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่นมีค่าความแปรปรวนขององค์ประกอบอยู่ระหว่าง 1.118-10.112 และทั้งหมด สามารถอธิบายความแปรปรวนได้รวมกัน ร้อยละ 65.863 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 *เมทริกซ์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปรคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ วิทยาลัย*

พยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11	X12
X1	1											
X2	.830**	1										
X3	.834***	.908***	1									
X4	.767***	.831***	.869***	1								
X5	.814***	.800***	.857***	.826***	1.			.			.	
X6	.677***	.675***	.725***	.761***	.672***	1						
X7	.673***	.662***	.744***	.739***	.669***	.864***	1					
X8	.700***	.725***	.776***	.726***	.737***	.733***	.778***	1				
X9	.721***	.771***	.806***	.786***	.713***	.732***	.780***	.843***	1			
X10	.775***	.757***	.792***	.769***	.824***	.680***	.714***	.752***	.797***	1		
X11	.702***	.727***	.800***	.708***	.710***	.612***	.636***	.754***	.735***	.776***	1	
X12	.723***	.739***	.791***	.742***	.759***	.645***	.667***	.730***	.699***	.815***	.878***	1

** ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

Bartlett's Test of Sphericity Approx. Chi-Square = 2584.56, $df = 66$, $p = .0001$, $KMO = .943$, $X^2 = 39.25$

คุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น วัดได้จากตัวแปรสังเกต 12 องค์ประกอบ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (β) อยู่ระหว่าง .524 ถึง .660 (เป็นค่าน้ำหนักที่แสดงในภาพที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความกลมกลืน น้ำหนักและความสำคัญโมเดลองค์ประกอบ เชิงยืนยัน) และค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ของตัวแปรสังเกต มีค่าอยู่ระหว่าง .274 ถึง .556 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (β) สูงสุด คือ ด้านจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และด้านจิตสำนึกด้วยใจรักมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ .660 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (β) ต่ำสุด คือ ด้านการสร้างสรรค์นวัตกรรม มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ .524 มีรายละเอียดขององค์ประกอบรายองค์ประกอบในการอธิบายคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 บรรยายได้ด้วยตัวแปร 7 ตัว น้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .812- 1 เป็นตัวที่อธิบายองค์ประกอบที่1 เป็นตัวแปรที่อธิบายเป็นแหล่งรวมความแปรปรวนของทุกตัว ตัวบ่งชี้เท่ากับ 10.112 คิดเป็นร้อยละ 20.342

องค์ประกอบที่ 2 บรรยายได้ด้วยตัวแปร 7 ตัว น้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .791-.870 เป็นตัวที่อธิบายองค์ประกอบที่ 2 เป็นแหล่งรวมความแปรปรวนของทุกตัว ตัวบ่งชี้เท่ากับ 2.651 คิดเป็นร้อยละ 23.563

องค์ประกอบที่ 3 บรรยายได้ด้วยตัวแปร 10 ตัว น้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .812-.856 เป็นตัวที่อธิบายองค์ประกอบที่ 3 เป็นแหล่งรวมความแปรปรวนของทุกตัว ตัวบ่งชี้เท่ากับ 1.947 คิดเป็นร้อยละ 26.09

องค์ประกอบที่ 4 บรรยายได้ด้วยตัวแปร 7 ตัว น้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .689-.845 เป็นตัวที่อธิบายองค์ประกอบที่ 4 เป็นแหล่งรวมความแปรปรวนของทุกตัว ตัวบ่งชี้เท่ากับ 1.814 คิดเป็นร้อยละ 29.479

องค์ประกอบที่ 5 บรรยายได้ด้วยตัวแปร 7 ตัว น้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .754-.874 เป็นตัวที่อธิบายองค์ประกอบที่ 5 เป็นแหล่งรวมความแปรปรวนของทุกตัว ตัวบ่งชี้เท่ากับ 1.795 คิดเป็นร้อยละ 32.564

องค์ประกอบที่ 6 บรรยายได้ด้วยตัวแปร 10 ตัว น้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .659-.696 เป็นตัวที่อธิบายองค์ประกอบที่ 6 เป็นแหล่งรวมความแปรปรวนของทุกตัว ตัวบ่งชี้เท่ากับ 1.633 คิดเป็นร้อยละ 35.81

องค์ประกอบที่ 7 บรรยายได้ด้วยตัวแปร 7 ตัว น้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .623-.723 เป็นตัวที่อธิบายองค์ประกอบที่ 7 เป็นแหล่งรวมความแปรปรวนของทุกตัว ตัวบ่งชี้เท่ากับ 1.571 คิดเป็นร้อยละ 38.561

องค์ประกอบที่ 8 บรรยายได้ด้วยตัวแปร 7 ตัว น้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .791-.893 เป็นตัวที่อธิบายองค์ประกอบที่ 8 เป็นแหล่งรวมความแปรปรวนของทุกตัว ตัวบ่งชี้เท่ากับ 1.489 คิดเป็นร้อยละ 41.354

องค์ประกอบที่ 9 บรรยายได้ด้วยตัวแปร 10 ตัว น้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .632-.811 เป็นตัวที่อธิบายองค์ประกอบที่ 9 เป็นแหล่งรวมความแปรปรวนของทุกตัว ตัวบ่งชี้เท่ากับ 1.423 คิดเป็นร้อยละ 44.107

องค์ประกอบที่ 10 บรรยายได้ด้วยตัวแปร 8 ตัว น้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .736- .813 เป็นตัวที่อธิบายองค์ประกอบที่10 เป็นแหล่งรวมความแปรปรวนของทุกตัว ตัวบ่งชี้เท่ากับ 1.377 คิดเป็นร้อยละ 58.692

องค์ประกอบที่ 11 บรรยายได้ด้วยตัวแปร 10 ตัว น้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .625-.779 เป็นตัวที่อธิบายองค์ประกอบที่ 11 เป็นแหล่งรวมความแปรปรวนของทุกตัว ตัวบ่งชี้เท่ากับ 1.242 คิดเป็นร้อยละ 63.448

องค์ประกอบที่ 12 บรรยายได้ด้วยตัวแปร 10 ตัว น้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .679 -.768 เป็นตัวที่อธิบายองค์ประกอบที่ 12 เป็นแหล่งรวมความแปรปรวนของทุกตัว ตัวบ่งชี้เท่ากับ 1.118 คิดเป็นร้อยละ 65.863

ตารางที่ 3 *แสดงผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น*

องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดล	ตัวบ่งชี้ที่	β	SE	*t*-values	คะแนนองค์ประกอบ (*FS*)	ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2)	จำนวนตัวบ่งชี้
1.ด้านจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	X1	.660	.050	10.92***	4.369	.274	7
2.ด้านความมุ่งมั่นในการทำงาน	X2	.640	.059	12.57***	4.390	.294	7
3.ด้านความรับผิดชอบต่อสังคม	X3	.656	.051	13.92***	4.426	.339	10
4.ด้านความเสียสละ	X4	.632	.056	16.39***	4.351	.203	7
5. ด้านการเรียนรู้เป็นทีม	X5	.554	.056	15.44***	4.387	.490	7
6.ด้านการสร้างสรรค์นวัตกรรม	X6	.524	.057	16.01***	4.398	.429	10
7.ด้านการคิดเป็นระบบและแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์	X7	.648	.058	17.44***	4.376	.343	7
8.ด้านการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์	X8	.610	.056	16.84***	4.365	.476	7
9.ด้านใฝ่รู้และพัฒนาตนเอง	X9	.652	.057	13.48***	4.412	.289	10
10.ด้านจิตอาสา	X10	.544	.056	12.95***	4.402	.396	8
11.ด้านความซื่อสัตย์	X11	.537	.056	10.74***	4.392	.556	10
12.ด้านจิตสำนึกด้วยใจรัก	X12	.660	.056	11.42***	4.420	.470	10

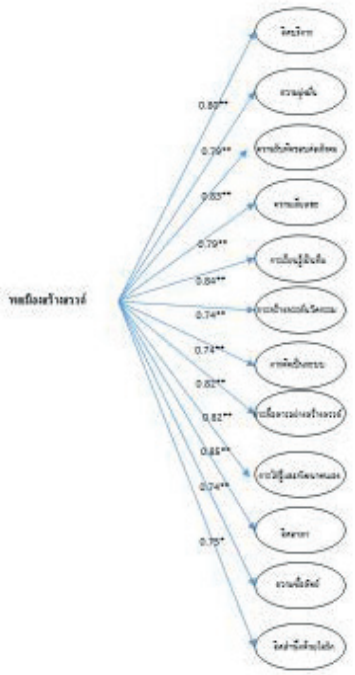
(X^2 = 39.16, df = 66, p-value = .056, GFI = .987, AGFI = .971, CFI = 1.00, RMSEA = .038)

ตารางที่ 4 *แสดงค่าดัชนี และค่าสถิติในการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดล*

ค่าดัชนี	ค่าสถิติ	เกณฑ์ในการพิจารณา*	ผลการพิจารณา
X^2	39.16. $p < .056$	$p > .05$	ผ่านเกณฑ์
$X^{2/df}$	1.053	น้อยกว่า 2.00	ผ่านเกณฑ์
GFI	.987	มากกว่า .90	ผ่านเกณฑ์
AGFI	.971	มากกว่า .90	ผ่านเกณฑ์
SRMR	.046	น้อยกว่า .05	ผ่านเกณฑ์
RMSEA	.038	น้อยกว่า .05	ผ่านเกณฑ์

*เกณฑ์ในการพิจารณาอ้างในนงลักษณ์ วิรัชชัย (2542) และ Tenko and Marcoulides (2006)

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าไคสแควร์ (Chi-Square) ที่องศาแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom [*df*]) เท่ากับ 66 มีค่าเท่ากับ 39.16, $p < .056$ ค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (Root Mean Square Error of Approximation [*RMSEA*]) มีค่าเท่ากับ .038 ค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ย ความคลาดเคลื่อน (Root Mean Square Residual [*SRMR*]) มีค่าเท่ากับ .046 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit Index [*GFI*]) มีค่าเท่ากับ .987 และค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับค่าแล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index [*AGFI*]) มีค่า เท่ากับ .971 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการตอบแบบวัดในแต่ละคุณลักษณะโดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนในแต่ละคุณลักษณะของแบบวัด The CCAT-BCNKK ฉบับสมบูรณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แต่ละคุณลักษณะตั้งแต่ .612–.908 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำสุดเท่ากับ .612 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะที่ 11 ด้านความซื่อสัตย์และคุณลักษณะที่ 6 ด้านการสร้างสรรค์นวัตกรรม ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุดเท่ากับ .908 เป็นความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะที่ 2 ด้านความมุ่งมั่นในการทำงานและคุณลักษณะที่ 3 ด้านความรับผิดชอบต่อสังคมและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แต่ละคุณลักษณะมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



Chi-Square *df* 66 = 39.16 , $p < .056$, *RMSEA* = .038

ภาพที่ 2 *ผลการวิเคราะห์ความกลมกลืน น้ำหนัก โมเดลแบบวัด The CCAT-BCNKK*

ผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบวัด The CCAT-BCNKK ฉบับสมบูรณ์ด้วยการหาความสอดคล้องภายในโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบากพบว่าแบบวัดมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .99 ผลการสร้างเกณฑ์ปกติ (Local norms) พบว่ามีคะแนนทีปกติระหว่าง T_{76} ถึง T_{100}

อภิปรายผลการวิจัย

การสร้างและพัฒนา The CCAT-BCNKK พบว่า แบบวัดที่พัฒนาขึ้นเป็นแบบวัดเชิงพฤติกรรม แบบวัดมาตรประมาณค่า 5 ระดับ มีทั้งหมด 100 ข้อ ประกอบด้วยคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จำนวน 12 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านความมุ่งมั่นในการทำงาน จำนวน 7 ข้อ 3) ด้านความรับผิดชอบต่อสังคม จำนวน 10 ข้อ 4) ด้านความเสียสละ จำนวน 7 ข้อ 5) ด้านการเรียนรู้เป็นทีม จำนวน 7 ข้อ 6) ด้านการสร้างสรรค์นวัตกรรม จำนวน 10 ข้อ 7) ด้านการคิดเป็นระบบและแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ จำนวน 7 ข้อ 8) ด้านการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ จำนวน 7 ข้อ 9) ด้านใฝ่รู้และพัฒนาตนเอง จำนวน 10 ข้อ 10) ด้านจิตอาสา จำนวน 8 ข้อ 11) ด้านความซื่อสัตย์ จำนวน 10 ข้อ 12) ด้านจิตสำนึกด้วยใจ จำนวน 10 ข้อ ซึ่งคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์เป็นคุณลักษณะด้านเจตพิสัย สอดคล้องกับณัฏฐภรณ์ หลาวทอง (2559) กล่าวว่าจากการศึกษาวิจัยคุณลักษณะด้านเจตพิสัยที่ผ่านมา การใช้มาตรวัดเป็นวิธีการที่ได้รับความนิยมมากที่สุด เนื่องจากมีความเป็นปรนัยสูง สามารถวัดได้กับคนจำนวนมากในเวลาอันสั้นและใช้งบประมาณน้อยกว่าวิธีอื่น ๆ

คุณภาพของแบบวัดคุณลักษณะความเป็นพลเมืองสร้างสรรค์ของบัณฑิตพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น พบว่า

1) ความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการศึกษาสถาบันพระบรมราชชนก ด้านหลักสูตรและการสอน ผู้บริหารสถานศึกษาวิทยาลัยพยาบาล ผู้บริหารด้านการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามศัพท์เฉพาะของแบบวัด The CCAT-BCNKK แล้วทุกข้อผ่านเกณฑ์การพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน ซึ่งล้วนเป็นผู้มีประสบการณ์ และมีความรอบรู้ในเรื่องการวัดประเมินผล มีค่า ตั้งแต่ .85 ถึง 1.00 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการวัดคุณลักษณะความเป็นพลเมืองสร้างสรรค์นั้นสามารถวัดได้ครอบคลุมเนื้อหาและวัดได้ครบถ้วนตามจุดประสงค์ของการวัดคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ (2543) รวมถึงการศึกษาของ บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์ (2547) ที่กล่าวว่าการพิจารณาค่า IOC จะต้องมีค่ามากกว่า .5 ขึ้นไป จึงถือว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องมีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและสามารถวัดได้ตรงตามนิยามศัพท์เฉพาะ

2) ความเที่ยงของแบบวัดจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก ทั้งฉบับได้ .99 ซึ่งแบบวัดที่ดีต้องมีความเที่ยงที่แสดงว่าผลจากการมีความคงเส้นคงวาหรือความคงที่ของผลที่ได้จากการ

วัดซ้ำ ค่าความเที่ยงมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1.00 สอดคล้องกับ วัลลภ รัฐฉัตรานนท์ (2554) แสดงว่าแบบวัด The CCAT-BCNKK ที่สร้างขึ้นวัดได้คงที่แน่นอน มีความเที่ยงและสามารถนำไปใช้สำหรับงานวิจัยได้

3) ค่าอำนาจจำแนก (*r*) อยู่ระหว่าง .32-.72 แสดงว่าแบบวัด The CCAT-BCNKK สามารถจำแนกได้ปานกลางถึงจำแนกได้ดีสอดคล้องกับ พิชิต ฤทธิ์จรูญ (2552) ที่ได้แปลความหมายค่าอำนาจจำแนก (*r*) อยู่ระหว่าง .60-1.00 หมายถึง อำนาจจำแนกดีมาก แสดงว่าทุกข้อสามารถจำแนกกลุ่มได้ตามคุณลักษณะที่ต้องการวัดได้ แสดงว่าแบบวัด The CCAT-BCNKK มีข้อคำถามที่มีคุณภาพและเหมาะที่จะนำมาใช้เป็นแบบวัดได้

4) องค์ประกอบเชิงยืนยันโครงสร้างของแบบวัดมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าไคสแควร์ที่ *df* เท่ากับ 66 มีค่าเท่ากับ 39.16, $p < .056$ ค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (*RMSEA*) มีค่าเท่ากับ .038 ค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ย ความคลาดเคลื่อน (*SRMR*) มีค่าเท่ากับ .046 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (*GFI*) มีค่าเท่ากับ .987 และค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับค่าแล้ว (*AGFI*) มีค่า เท่ากับ .971 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการตอบแบบวัดในแต่ละคุณลักษณะ โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนในแต่ละคุณลักษณะของแบบวัด The CCAT-BCNKK พบว่าแบบวัดฉบับสมบูรณ์มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แต่ละคุณลักษณะตั้งแต่ .612–.908 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำสุดเท่ากับ .612 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะที่ 11 ด้านความซื่อสัตย์และคุณลักษณะที่ 6 ด้านการสร้างสรรค์นวัตกรรม ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุดเท่ากับ .908 เป็นความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะที่ 2 ด้านความมุ่งมั่นในการทำงานและคุณลักษณะที่ 3 ด้านความรับผิดชอบต่อสังคม และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แต่ละคุณลักษณะมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ชี้ให้เห็นว่าแบบวัดคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น สอดคล้องกับ ไชยันต์ สกุลศรีประเสริฐ ที่กล่าวว่า “ดัชนีความสอดคล้อง *GFI*, *AGFI* และ *CFI* มีค่ามากกว่า .90 -.95 คือ โมเดลทฤษฎีการวัดที่สร้างมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ส่วน Standardized *RMR* ถ้ามีค่าต่ำกว่า .05 แสดงว่าโมเดลที่ได้มีความสอดคล้องกับข้อมูลดี ส่วน *RMSEA* ที่ถ้ามีค่าต่ำกว่า .05-.08 แสดงว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี” (ไชยันต์ สกุลศรีประเสริฐ, 2556, หน้า 12-13)

5) ผลการสร้างเกณฑ์ปกติ (Local norms) ของแบบวัด The CCAT-BCNKK มีคะแนนจากการทดสอบแบบวัดกระจายดี

สรุปและข้อเสนอแนะ

แบบวัด The CCAT-BCNKK มีจำนวน 100 ข้อ มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและสามารถวัดได้ตรงตามนิยามศัพท์เฉพาะ ทุกข้อสามารถจำแนกกลุ่มได้ตามคุณลักษณะที่ต้องการวัดได้ องค์ประกอบเชิงยืนยันโครงสร้างของแบบวัดมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และมีการกระจายตัวดี

แสดงว่าเป็นแบบวัดที่มีคุณภาพและเหมาะที่จะนำมาใช้เป็นแบบวัดคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

นำแบบวัดไปวัดคุณลักษณะพลเมืองสร้างสรรค์ของนักศึกษาและบัณฑิตวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อประโยชน์ต่อผู้บริหาร อาจารย์และผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณลักษณะความเป็นพลเมืองสร้างสรรค์ของนักศึกษาและบัณฑิตให้สูงขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยกับนักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปี เพื่อให้สามารถนำผลการวัดไปใช้กำหนดแนวทางหรือปรับปรุงกิจกรรมการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณลักษณะความเป็นพลเมืองสร้างสรรค์ของนักศึกษาพยาบาลได้ให้ครบทุกด้าน

เอกสารอ้างอิง

กริช แรงสูงเนิน. (2554). *การวิเคราะห์ปัจจัยด้วย SPSS และ Amos เพื่อการวิจัย.* กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น.

ไชยันต์ สกุลศรีประเสริฐ. (2556). การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน. *วารสารจิตวิทยาคลินิก, 44*(1), 1-16.

ณัฏฐภรณ์ หลาวทอง. (2559). *การสร้างเครื่องมือการวิจัยทางการศึกษา.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). *การวิเคราะห์อภิมาน.* กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์. (2547). *การวัดและประเมินผลการเรียนรู้.*กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

พิชิต ฤทธิ์จรูญ. (2552). *หลักการวัดและประเมินผลการศึกษา*(พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: เฮาส์ออฟเคอร์มิส จำกัด.

ล้วน สายยศ, และอังคณา สายยศ. (2543). *การวัดด้านจิตพิสัย.* กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

ลิลลี่ ศิริพร, มกราพันธุ์ จูฑะรสก, ศุกร์ใจ เจริญสุข, เฟื่องฟ้า นรพัลลภ, และณิชดา สารถวัลย์แพศย์. (2557). รูปแบบการศึกษาแบบบูรณาการการคิดอย่างเป็นระบบจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ภายใต้สังคมพหุวัฒนธรรม. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 7*(1), 39-54.

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น. (2560). *หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต(ฉบับปรับปรุง 2560).* ขอนแก่น: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น.

วัชรี อมรโรจน์วรวุฒิ, วิไลวรรณ วัฒนานนท์, นิระมล สมตัว, จุรี แสนสุข, และเบญจพร ฐิติญาณวิโรจน์. (2562). รูปแบบการจัดการศึกษาบูรณาการที่เน้นกระบวนการโค้ชและการเสริมสร้าง Growth Mindset เพื่อพัฒนาคุณลักษณะความเป็นพลเมืองสร้างสรรค์ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยและพัฒนาหลักสูตร, 9*(2), 262-283.

วัลลภ รัฐฉัตรานนท์. (2554). *เทคนิควิจัยทางสังคมศาสตร์.* กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

วิชัย วงษ์ใหญ่, และมารุต พัฒผล. (2557). *การโค้ชเพื่อการรู้คิด.* กรุงเทพฯ: จรัญสนิทวงศ์การพิมพ์.

สถาบันพระบรมราชชนก. (2556). *คู่มือการดำเนินการเพื่อให้เกิดอัตลักษณ์บัณฑิต สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2556.* นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.

สมควร หาญพัฒนชัยกูร, มกราพันธุ์ จูฑะรสก, และลิลลี่ ศิริพร. (2557). การพัฒนาชุมชนสุขภาวะโดยใช้นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือน (หนึ่งวิทยาลัย หนึ่งชุมชน). *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 24*(1), 67-79.

สมจิตต์ เวียงเพิ่ม, บุญเรียง ขจรศิลป์, และสุนทรา โตบัว. (2562). การพัฒนาระบบประเมินการเรียนการสอนภาคปฏิบัติที่ส่งเสริม พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 25*(2), 41-55.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 - 2564).* กรุงเทพฯ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). *ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี พ.ศ. 2561 - 2580* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษากระทรวงศึกษาธิการ. (2560). *แผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2574.* กรุงเทพฯ: พริกหวานกราฟฟิค จำกัด.

Connor, J., & McDermott, I. (2544). *หัวใจนักคิด*[Systems Thinking / Joseph o'connor & lan Mcdermott] (วีรวุธ มาฆะศิระนนท์, และณัฐพงศ์ เกอมาริ, แปล). กรุงเทพฯ: เอ็กซ์เปอร์เน็ท. (1997)

Senge, Peter. (1993). *The fifth discipline: The art & practice of the learning organization.* London: Century Business.

Tenko, R., & Marcoulides, G. A. (2006). *A first course in structural equation modeling* (2 nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันและการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศกับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

อมรรัตน์ ผาละศรี, พย.ม.[1]
รัตนเพ็ญพร ข่าขันมะลี, วท.ม.[1]
สุวรรณี มณีศรี, พย.ม.[1]
อณัญญา ลาลุน, วท.ม.[1]
ลนาไพร ขวาไทย, วท.ม.[1]

(วันที่ส่งบทความ: 28 เมษายน 2564; วันที่แก้ไข: 29 พฤษภาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 15 มิถุนายน 2564)

บทคัดย่อ

เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นเครื่องมือในการจัดการเรียนการสอนที่สำคัญในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา และจากการที่นักศึกษาในปัจจุบันสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย จึงอาจทำให้ไม่ได้พัฒนาทักษะการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูล ไม่ตระหนักถึงประโยชน์ของข้อมูลเท่าที่ควรหรืออาจขาดการรู้เท่าทันสื่อ การวิจัยครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาระดับของพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดังกล่าวกับการรู้เท่าทันและการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศของนักศึกษาพยาบาล ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 2-4 ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิตของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 158 คน ที่ได้รับการเลือกแบบเจาะจง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ 1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2.แบบสอบถามการรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศ (α = .76) 3.แบบสอบถามการยอมรับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (α = .84) และ 4.แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาล (α = .89) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาอยู่ในระดับมาก (M = 4.28, SD = 0.57) โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศในระดับปานกลาง ($r(156) = .599, p < .001$) และการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศในระดับสูง ($r(156) = .738, p < .001$) สรุปได้ว่านักศึกษาพยาบาลที่ยอมรับและรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศ จะมีพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลที่ดี ดังนั้นอาจารย์พยาบาลควรออกแบบการเรียนรู้ให้นักศึกษาได้รับรู้ประโยชน์และเห็นความสำคัญของพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลในอนาคต

คำสำคัญ: พฤติกรรมการใช้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ, การปฏิบัติการพยาบาล, นักศึกษาพยาบาล

[1] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ
[1] Corresponding author: อมรรัตน์ ผาละศรี, E-mail: amornrat.ph@cpru.ac.th

The Relationship Between Literacy and Acceptance of Information Technology and the Information Technology Use Behaviors in the Nursing Practices of Nursing Students

Amornrat Phalasri, M.N.S.[1]
Rattanapenporn Khakkunmalee, M.Sc.[1]
Suwannee Maneesi, M.N.S.[1]
Ananya Lalun, M.Sc.[1]
Lanaprai Kwathai, M.Sc.[1]

(Received: April 28th, 2021; Revised: May 29th, 2021; Accepted: June 15th, 2021)

Abstract

Information technology (IT) has been an important teaching and learning instrument during the coronavirus outbreak. Students nowadays are able to easily access to information from many sources, however they may not have developed sufficient skills for analyzing the validity of gained information, be unaware of its benefits, or lack media literacy. The aims of this study were to study the level of IT use and the correlations with media literacy, IT acceptance, and IT use behaviors in the nursing practices of nursing students. Participants were 158 second to fourth year Bachelor of Nursing students who were purposively selected from a university in Northeastern Thailand. The instrument used for data collection was divided into four parts: 1) the General Information Questionnaire, 2) the Information Technology (Media) Literacy Questionnaire (α = .76), 3) the Information Technology Acceptance Questionnaire (α = .84), and 4) the Information Technology Use Behavior in Nursing Practice Questionnaire (α = .89). Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficients. The results showed that IT use behaviors in the nursing practices of nursing students was at a high level (M = 4.28, SD = 0.57). It had a statistically significant relationship with IT literacy at a moderate level, $r(156) = .599$, $p < .001$, and with IT acceptance at a high level, $r(156) = .738$, $p < .001$. In conclusion, the nursing students who accept IT and had IT literacy would have better IT use behaviors in their nursing practices. Therefore, nursing instructors should design learning courses to improve the students' understanding and perception the usefulness and the importance of IT use behaviors to promote their use of IT in their nursing practices in the future.

Keywords: information use behaviors, nursing practice, nursing students

---

[1] Lecturer, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Ratjabhat University, Chaiyaphum, Thailand.
[1] Corresponding author: Amornrat Phalasri, E-mail: amornrat.ph@cpru.ac.th

บทนำ

เทคโนโลยีสารสนเทศ (Information technology [IT]) เป็นเครื่องมือสำคัญในการแสวงหาความรู้เพื่อนำมาปรับใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละราย เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ด้วยการใช้ข้อมูลทางวิชาการหรือการวิจัยที่น่าเชื่อถือ สารสนเทศและการสื่อสารช่วยให้เข้าถึงแหล่งความรู้ได้อย่างรวดเร็วและนำข้อมูลหรือความรู้ที่ได้รับมาใช้ในการตัดสินใจ เพื่อปรับใช้ในการพยาบาลให้มีความทันสมัยและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (สุปราณี พลธนะ และนันทกาญจน์ หาญพรม, 2560) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลสามารถพัฒนาการทำงานด้วยการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศค้นหาและนำผลงานวิจัยมาใช้ (Research utilization) หรือการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลและการบริการด้านสุขภาพ (กรรณิการ์ รัชอินทร์ และขนิษฐา วรธงชัย, 2562; ชมพู วิพุธานุพงษ์, นิตยา เพ็ญศิรินภา, และพาณี สีตกะลิน, 2559) วิชาชีพการพยาบาลมีการพัฒนาองค์ความรู้จากการวิจัยอย่างต่อเนื่องทั้งทางด้านบริการ บริหาร การศึกษา การพัฒนาคุณภาพ นวัตกรรม และเทคโนโลยีทางการพยาบาล องค์ความรู้ถูกถ่ายทอดผ่านทางวารสารการวิจัยโดยตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานอย่างกว้างขวาง แต่ยังไม่ถูกนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเท่าที่ควร (Wood, 2008) นักศึกษาพยาบาลถือว่าเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่จำเป็นต้องมีสมรรถนะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อให้สามารถเข้าถึงและใช้องค์ความรู้จากฐานข้อมูลที่สำคัญเหล่านี้ได้

นักศึกษาพยาบาลจะเป็นบุคลากรทางสุขภาพในอนาคตที่เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามามีบทบาทในชีวิตมากขึ้น จึงต้องยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศเหล่านี้ และควรมีทักษะการใช้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศและการรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลจากข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือ (จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และคณะ, 2560) มีความสามารถนำความรู้ที่ได้จากการสืบค้นข้อมูลที่น่าเชื่อถือไปพัฒนาตนเองต่อยอดองค์ความรู้ทั้งในด้านทฤษฎีและการปฏิบัติการ (พิชญาภา สาแดง, นงณภัทร รุ่งเนย, รัตนา สิงห์ครูบอน, และพรสุดา ปลอดโปร่ง, 2563) ทั้งนี้นักศึกษาพยาบาลควรมีความสามารถในการสืบค้นโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การอ่านข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ การวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของแหล่งอ้างอิงอย่างมีวิจารณญาณ จึงจะสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมได้ (พนิตนาฎ ชำนาญเสือ และคณะ, 2559) ในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วิชาชีพพยาบาล นักศึกษาพยาบาลควรถูกเตรียมให้มีทักษะที่จำเป็นสำหรับการเรียนรู้ด้วยตนเอง ด้วยการเปิดโอกาสให้ศึกษาเรียนรู้อย่างอิสระด้วยการปลูกฝังทักษะการใช้องค์ความรู้จากสารสนเทศ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดชีวิต (ปราณี อ่อนศรี, 2561)

สำนักงานการอุดมศึกษาแห่งชาติ (สกอ.) ได้กำหนดกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552 (คณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2564) มีมาตรฐานผลการเรียนรู้ (Learning outcomes) ที่คาดหวังตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 ทั้งหมด 6 ด้าน คือ ด้านคุณธรรม จริยธรรม (Ethics and moral) ด้านความรู้ (Knowledge) ด้านทักษะทางปัญญา (Cognitive skills) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (Interpersonal skills and responsibility)

ด้านทักษะในการวิเคราะห์เชิงตัวเลขการสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ (Numerical analysis, communication and information technology skills) และด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ (Professionals skills) ผลการเรียนรู้ที่คาดหวังในด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และเทคโนโลยีสารสนเทศมีความสำคัญต่อการพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลในเชิงวิชาการ และการพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Larsen, Heer,Lærum-Onsager, & Gjevjon, 2021) และมีผลต่อการพัฒนาองค์ความรู้ที่จะนำมาปรับใช้ให้เข้ากับการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ (ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์, สุรีย์ จินเรือง, และวิภาศิริ นราพงษ์, 2560)

พฤติกรรมการใช้สารสนเทศของนักศึกษาพยาบาลในยุคที่ข้อมูลสามารถเข้าถึงได้ง่ายจากเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (Internet) พบว่ามีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในด้านวิชาการน้อยกว่าด้านความบันเทิงจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมการรู้สารสนเทศด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล มีทักษะในการประเมินสารสนเทศด้านสุขภาพและการรู้สารสนเทศทางวิทยาศาสตร์และการนำไปใช้ในประเด็นที่ได้รับคำแนะนำจากอาจารย์หรือเมื่อเกิดความต้องการข้อมูลอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น (พนิตนาฏ ชำนาญเสือ และคณะ, 2559) เช่นเดียวกับ ผลการศึกษาของ ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ, สกุนตลา แซ่เตียว, วรินทร์ลดา จันทวีเมือง, ทิพย์สุคนธ์ กิจรุ่งโรจน์, และจินตวีร์พร แป้นแก้ว (2563) ที่พบว่าพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเครือข่ายสังคมออนไลน์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าการใช้ด้านการศึกษาและด้านการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง แต่การใช้ด้านบันเทิงอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ยังพบว่าการที่นักศึกษาพยาบาลสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ง่าย อาจทำให้ขาดการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูล ไม่รู้ประโยชน์ของข้อมูลที่ได้รับและละเลยแหล่งที่มาของข้อมูล เป็นต้น (เสาวนีย์ ชูจันทร์ และรณชัย คนบุญ, 2562)

พฤติกรรมการใช้สื่อและเทคโนโลยีของนักศึกษาพยาบาลมีความสำคัญในการแสวงหาความรู้ทั้งทางวิชาการและทางวิชาชีพ เพื่อประโยชน์ในการให้การพยาบาลที่มีมาตรฐาน พัฒนาให้นักศึกษามีสมรรถนะเชิงวิชาชีพและบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ตามเกณฑ์มาตรฐานตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่านักศึกษายังมีการใช้ประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศในเชิงวิชาการน้อย และขาดทักษะในการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูล การรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศ (Media literacy) และการยอมรับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของนักศึกษาพยาบาลและความสัมพันธ์ของพฤติกรรมดังกล่าวกับการใช้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

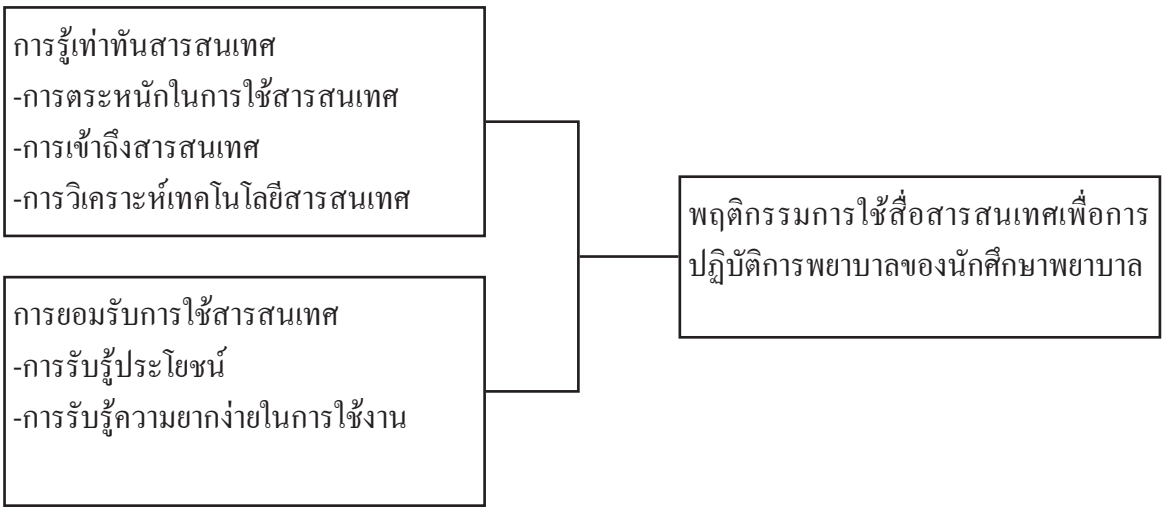
วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

2.เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศ การยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศ กับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการรู้เท่าทันสารสนเทศของสมาคมห้องสมุดอเมริกัน (American Library Association, 2010 อ้างใน ชมพู วิพุธานุพงษ์, นิตยา เพ็ญศิรินภา, และพาณี สีตกะลิน, 2559) และทฤษฎีการยอมรับนวัตกรรมและเทคโนโลยี (Theory of acceptance model [TAM]) ของ Davis (1989) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีชื่อเสียงและนิยมใช้เป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการใช้เทคโนโลยี เพื่อให้ทราบถึงความสัมพันธ์เกี่ยวกับ การรู้เท่าทันสารสนเทศ และการยอมรับสารสนเทศของนักศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการเรียนการสอน และการวิจัยต่อไป ดังรายละเอียดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1. กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล และศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมดังกล่าวกับการรู้เท่าทัน และการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ปีการศึกษา 2563 จำนวน 158 คน กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2-4 ที่ศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ของคณะพยาบาลศาสตร์ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) ในนักศึกษาแต่ละชั้นปีกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การเปิดตารางสำเร็จรูปของทาโรยามาเน่ (Yamane, 1973 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) กำหนดความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 99%

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ 003/2562 ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยและสอบถามความสมัครใจในการร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งได้ชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล การเข้าร่วมการวิจัยนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการเรียนการสอนและการวัดประเมินผล

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ เกรดเฉลี่ยสะสม รายได้ต่อเดือน ที่พัก และช่วงเวลาที่ใช้สื่อเทคโนโลยี จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศให้เหมาะสมกับงานวิจัย จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีค่าคะแนนจาก 1-5 ค่าคะแนนที่น้อยแสดงว่ามีความรู้ในข้อนั้นน้อย และค่าคะแนนที่มาก แสดงว่ามีความรู้ในข้อนั้นมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการยอมรับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งพัฒนามาจากอรทัย เลื่อนวัน (2555) จำนวน 11 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับโดยมีค่าคะแนนจาก 1-5 ค่าคะแนนที่น้อยแสดงว่ามีการยอมรับการใช้เทคโนโลยีในข้อนั้นน้อย และค่าคะแนนที่มากแสดงว่ามีการยอมรับการใช้เทคโนโลยีในข้อนั้นมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อการปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 16 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะเป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีค่าคะแนนจาก 1-5 ค่าคะแนนที่น้อยแสดงว่ามีพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลในข้อนั้นน้อย และค่าคะแนนที่มากแสดงว่ามีพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลในข้อนั้นมาก

แบบสอบถามส่วนที่ 2-4 มีการแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ ชเนตตี สยนานนท์ (2555) คือ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 อยู่ในระดับน้อยที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 อยู่ในระดับน้อย ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 อยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 อยู่ในระดับมาก และค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50 ขึ้นไปอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามด้วยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้สื่อและเทคโนโลยีสารสนเทศทางการพยาบาลและมีความชำนาญเกี่ยวกับการวิจัยจำนวน 3 ท่าน ตรวจความตรงของเนื้อหา (Content validity) พบว่าได้ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .86 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และตรวจสอบความเที่ยงด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก (Cronbach's alpha coefficient [α]) พบว่าแบบสอบถามเกี่ยวกับการรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศ แบบสอบถามเกี่ยวกับการยอมรับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลมีค่า α เท่ากับ .76, 84 และ 89 ตามลำดับ ซึ่งแสดงว่าความน่าเชื่อถือของเครื่องมืออยู่ในระดับที่ยอมรับได้ถึงระดับดี (ไพศาล วรคำ, 2559)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ของสถาบันที่เป็นพื้นที่วิจัยล่วงหน้า 1-2 สัปดาห์ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นประสานไปที่หัวหน้าห้องในแต่ละชั้นปี เพื่อขอความร่วมมือกับนักศึกษาในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2.ผู้วิจัยเข้าพบนักศึกษาชั้นปีที่ 2-4 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถาม การรักษาความลับ ข้อมูลส่วนบุคคล ตลอดจนการสมัครใจในการตอบแบบสอบถามโดยไม่มีผลต่อการเรียนแต่อย่างใด และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามทั้งหมด

3.ให้นักศึกษาทำแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที จากนั้นตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของแบบสอบถาม นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ เกรดเฉลี่ยสะสม รายได้ต่อเดือน ที่พัก และช่วงเวลาที่ใช้สื่อเทคโนโลยี โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละนำเสนอเป็นรูปตารางประกอบความเรียง

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศ การยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศ กับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.4) ส่วนใหญ่อยู่ชั้นปีที่ 3 (ร้อยละ 38.0) และชั้นปีที่ 4 (ร้อยละ 38.0) ส่วนใหญ่เกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ระหว่าง 2.51-3.00 (ร้อยละ 57.0) มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 58.2) พักหอพักภายนอกมหาวิทยาลัย (ร้อยละ72.8) และนักศึกษาส่วนใหญ่ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในช่วงเวลา 20.01-24.00 น. (ร้อยละ 79.7) รองลงมาคือ ช่วงเวลา 16.01-20.00 น. (ร้อยละ 67.7)

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าโดยพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อการปฏิบัติการพยาบาลในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (M = 4.28, SD = 0.57) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมทั้งสองด้าน คือ ด้านการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านจุดมุ่งหมายของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอยู่ในระดับมากเช่นกัน (M = 4.35, SD = 0.66; M = 4.28, SD = 0.69 ตามลำดับ)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันและการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศ กับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลพบว่า การรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยในภาพรวมมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r(156) = .599, p < .001$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การวิเคราะห์เทคโนโลยีสารสนเทศมีความสัมพันธ์ในระดับสูง ($r(156) = .620, p < .001$) การตระหนักใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r(156) = .405, p < .001$) และการเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r(156) = .480, p < .001$)

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า พฤติกรรมทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรกในด้านการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศคือ นักศึกษาใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อสืบค้นข้อมูลค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติม นอกจากการเรียนในชั้นเรียน (M = 4.43, SD = 0.61) และใช้เพื่อการดาวน์โหลดข้อมูลต่าง ๆ สำหรับการทำรายงานรายกรณี และงานที่ได้รับมอบหมาย (M = 4.41, SD = 0.64) ส่วนในด้านจุดมุ่งหมายของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การใช้เพื่อทบทวนองค์ความรู้สำหรับเตรียมตัวสอบเลื่อนชั้นปี/ การสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ (M = 4.35, SD = 0.70) และเพื่อการสืบค้นข้อมูลทางด้านการวิจัยทางการพยาบาลและด้านสุขภาพอื่น ๆ (M = 4.34, SD = 0.66) ดังแสดงรายละเอียดของค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรม ในตารางที่1

ตารางที่ 1 *ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาล*

ข้อความ	*M*	*SD*	ระดับ
ด้านการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศ			
1.ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อสืบค้นข้อมูล ค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมนอกจากการเรียนในชั้นเรียน	4.43	0.61	มาก
2.ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อดาวน์โหลดข้อมูลต่าง ๆ สำหรับทำรายงาน การศึกษาผู้ป่วยรายกรณี	4.41	0.64	มาก
3.ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อทบทวนทักษะทางการพยาบาลต่าง ๆ ที่จำเป็นก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ….	4.27	0.72	มาก
4.ใช้ข้อมูลจากการค้นคว้าทางอินเทอร์เน็ตแทนการค้นคว้าจากห้องสมุด	4.23	0.75	มาก
5.สืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติสาขาการพยาบาลจากทางอินเทอร์เน็ต	4.23	0.67	มาก
6.เพื่ออ่านตำราอิเล็กทรอนิกส์ บทความด้านสุขภาพบนวารสารที่มีคุณภาพและน่าเชื่อถือ	4.22	0.70	มาก
7.สืบค้นข้อมูลเพื่อใช้ในผลิตเนื้อหาข่าวสารและสื่อในแผนการสอนทางการพยาบาล	4.20	0.71	มาก
8. เพื่อติดตามการจัดการเรียนการสอน สอบถาม-ปรึกษากับอาจารย์ผู้สอน /อาจารย์นิเทศบนหอผู้ป่วย	4.32	0.73	มาก
9.ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อสอบถาม-ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาในเรื่องต่าง ๆ	4.15	0.72	มาก
10.นักศึกษาใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการลงทะเบียน สืบค้นข้อมูลผลการเรียนของนักศึกษา	4.30	0.74	มาก
ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวมรายด้าน	4.35	0.66	มาก
ด้านจุดมุ่งหมายของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ			
11.เพื่อการสืบค้นข้อมูลทางด้านการวิจัยทางการพยาบาลและด้านสุขภาพอื่น ๆ	4.34	0.66	มาก
12.เพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้วิทยาการใหม่ ๆ ทางด้านสุขภาพและการพยาบาล	4.23	0.68	มาก
13. เพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติทางการพยาบาล	4.24	0.66	มาก
14.เพื่อเตรียมตัวก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย	4.22	0.73	มาก
15.เพื่อติดตามข่าวสารต่าง ๆ ทางด้านการพยาบาลที่ทันสมัย	4.33	0.70	มาก
16.เพื่อทบทวนองค์ความรู้สำหรับเตรียมตัวสอบเลื่อนชั้นปี/การสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ	4.35	0.70	มาก
ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวมรายด้าน	4.28	0.69	มาก
ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวมของแบบสอบถาม	4.28	0.57	มาก

ส่วนการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยภาพรวมมีความสัมพันธ์ในระดับสูง ($r(156) = .768, p < .001$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าการรับรู้ความยากง่ายต่อการใช้งานมีความสัมพันธ์ในระดับสูง ($r(156) = .706, p < .001$) และการรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศมีความสัมพันธ์ในระดับสูง ($r(156) = .738, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 *ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศ การยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศกับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล*

ตัวแปร	พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล		
	ค่าสถิติ	*p*-value	ระดับความสัมพันธ์
การรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศ			
การตระหนักใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	0.405**	< 0.001	สัมพันธ์ปานกลาง
การเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศ	0.480**	< 0.001	สัมพันธ์ปานกลาง
การวิเคราะห์เทคโนโลยีสารสนเทศ	0.620**	< 0.001	สัมพันธ์สูง
รวม	0.599**	< 0.001	สัมพันธ์ปานกลาง
การยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศ			
การรับรู้ความยากง่ายต่อการใช้งาน	0.706**	< 0.001	สัมพันธ์สูง
การรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศ	0.738**	< 0.001	สัมพันธ์สูง
รวม	0.768**	< 0.001	สัมพันธ์สูง

* *p*-value < 0.05, ** *p*-value < 0.01 ($n = 158$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของนักศึกษาพยาบาลมีระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุปราณี พลธนะ และนันทกาญจน์ หาญพรม (2560) ที่พบว่าพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของนักเรียนพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งอาจเป็นเพราะการเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศสามารถทำได้ง่ายโดยการใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ตผ่านโทรศัพท์มือถือ เพื่อสืบค้นข้อมูลต่าง ๆ ทำให้นักศึกษาสร้างพื้นที่ส่วนตัวได้ตามความต้องการของแต่ละคน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา (ปราณี อ่อนศรี, 2561) ประกอบกับนักศึกษาสามารถเข้าถึงอุปกรณ์ต่าง ๆ ได้โดยสะดวก นอกจากในส่วนที่นักศึกษามีใช้เองแล้ว ยังมีในส่วนที่วิทยาลัยได้จัดสรรไว้ให้ เช่น อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ ระบบอินเทอร์เน็ต และฐานข้อมูลการศึกษาค้นคว้า (กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, ลัดดา เหลืองรัตนมาศ, สราญ นิรันรัตน์, จิราภรณ์ จันทร์อารักษ,บุญเตือน วัฒนกุล, และทุติยรัตน์ รื่นเริง, 2558) อีกทั้งนักศึกษาในยุคนี้มีทักษะด้านการใช้เทคโนโลยีเป็นทุนเดิม ส่งผลให้เมื่อมาอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้เรื่องเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร จึงทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในระดับมาก

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมด้านการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศของนักศึกษาพบว่า นักศึกษาใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศอยู่ในระดับมากทุกด้านโดยนักศึกษาใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อสืบค้นข้อมูลหาความรู้เพิ่มเติมนอกจากการเรียนในชั้นเรียนมากที่สุด เช่น ดาวน์โหลดข้อมูลต่าง ๆ สำหรับการทำงานที่ได้รับมอบหมาย เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ และคณะ (2563) พบว่า นักศึกษาพยาบาลเมื่อเข้าสู่ชั้นปีที่ 2 เนื้อหาที่เรียนเริ่มมีความยากและเข้มข้นมากยิ่งขึ้น เมื่อเข้าสู่วิชาทางการพยาบาล นักศึกษาพยาบาลจึงต้องค้นคว้าหาความรู้ผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์เพิ่มเติม เพื่อนำมาทำความเข้าใจหรือทำรายงานที่ได้รับมอบหมาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19 [COVID-19]) ส่งผลต่อการเรียนการสอนในปัจจุบันที่มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นเครื่องมือในการจัดการเรียนการสอนเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับรายงานขององค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 2020) ที่พบว่า นับจากปี พ.ศ. 2563 มหาวิทยาลัยทั่วโลกใน 40 ประเทศ ทั้งในภูมิภาคเอเชีย ตะวันออกกลาง ยุโรป และอเมริกาเหนือได้ปรับเปลี่ยนจัดการเรียนการสอนจากในห้องเรียนเป็นการเรียนผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ประกอบกับการให้ค้นคว้าข้อมูลจากสื่อสารสนเทศ จุดมุ่งหมายของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศพบว่า มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการทบทวนองค์ความรู้สำหรับเตรียมตัวสอบเลื่อนชั้นปี/ การสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ เนื่องจากสื่อเทคโนโลยีทำให้สามารถสืบค้นข้อมูลได้ง่าย และทำให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจ เกิดทักษะการสื่อสารเชิงวิชาชีพ เพิ่มช่องทางการสื่อสารกับบุคคล เกิดการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้อื่น เช่น เพื่อน อาจารย์นิเทศ เป็นต้น (จันทิมา เขียวแก้ว, ศิริธร ยิ่งเรงเริง, และทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2557)

ผลการวิจัยพบว่าความสัมพันธ์ของการรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศกับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ประกอบด้วยการตระหนักใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการวิจัยของ พนิตนาฎ ชำนาญเสือ และคณะ (2559) ที่ได้ศึกษาการรู้สารสนเทศด้านสุขภาพ การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและสภาวะสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกพบว่า นักศึกษามีทักษะในการประเมินสารสนเทศด้านสุขภาพและการรู้สารสนเทศทางวิทยาศาสตร์ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Larsen et al. (2021) ที่ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ทางเทคโนโลยีในการศึกษาพยาบาลจำนวน 28 เรื่อง พบว่าสมรรถนะที่จำเป็นในการจัดการเรียนการสอนทางพยาบาล คือ การสอนให้นักศึกษามีการรู้เท่าทันสารสนเทศ แต่การศึกษาการรู้ทันสื่อ การรู้ทันตนเองกับพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารในสื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยของ กฤษณพร ประสิทธิ์วิเศษ (2561) พบว่าการรู้เท่าทันสื่อของนักศึกษาอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น

การวิเคราะห์เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในระดับสูง สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพของ กฤษณพร ประสิทธิ์วิเศษ (2561) ที่พบว่านักศึกษาสามารถให้ความหมายของการรู้เท่าทันสื่อได้โดยมุ่งเน้นขั้นตอนการกลั่นกรองข้อมูลข่าวสารจากการตรวจสอบจากหลายแหล่งข้อมูลแล้วนำมาอธิบายโต้เถียง หรือเป็นข้อมูลที่ช่วยในการตัดสินใจ รวมถึงการพยายามทำความเข้าใจเจตนาของผู้ส่งสารว่านำเสนอข้อมูลข่าวสารไปเพื่อผลประโยชน์ใด เพื่อไม่ให้ตนเองหลงเชื่อในข้อมูลเหล่านั้นทันที

ความสัมพันธ์ของการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศกับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง สอดคล้องกับการวิจัยของ พนิตนาฎ ชำนาญเสือ และคณะ (2559) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาล มีค่าเฉลี่ยการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดในเรื่องการรู้วิธีการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อค้นหาคำตอบเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพ รองลงมา คือรู้วิธีการใช้สารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพจากอินเทอร์เน็ตและนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการรู้คุณค่า และสามารถนำเอาเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ให้เกิดประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นการสอดแทรกการเรียนรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ จึงมีความสำคัญและการออกแบบการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลต้องมีการส่งเสริมให้นักศึกษาใช้องค์ความรู้จากเทคโนโลยีสารสนเทศ ทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ (ปราณี อ่อนศรี, 2561) ซึ่งรายวิชาที่สามารถส่งเสริมให้เกิดทักษะดังกล่าวได้โดยตรง เช่น รายวิชาเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพ วิจัยทางการพยาบาล เป็นต้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลของอยู่ในระดับมาก โดยพบว่านักศึกษาพยาบาลที่ยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศมากจะมีพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลมาก โดยระดับของการแสดงพฤติกรรมของนักศึกษาพยาบาลขึ้นอยู่กับการรับรู้ความยากง่ายต่อการใช้งานและการรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศ กล่าวคือพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลจะมีระดับมาก เมื่อนักศึกษาพยาบาลรู้ถึงประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศมาก และง่ายต่อการใช้งาน ซึ่งหมายความว่านักศึกษาพยาบาลมีการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศในด้านการรับรู้ความยากง่ายต่อการใช้งานและในด้านการรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยีสารสนเทศ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาล จากสรุปผลการวิจัยดังกล่าวมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในด้านการเรียนการสอนและการวิจัยดังนี้

1. อาจารย์ควรออกแบบการเรียนการสอนหรือกิจกรรมที่สร้างโอกาสในการใช้กระบวนการแสวงหาความรู้ด้วยการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการนำองค์ความรู้ที่ได้ไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล หรือ นวัตกรรมในการดูแลสุขภาพ

2. ด้านการวิจัยควรศึกษาในประเด็นการพัฒนานักศึกษาในด้านการรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศ การตระหนักในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และศึกษาประสิทธิภาพของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศรูปแบบต่าง ๆ เพื่อการเรียน การปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีด้วยความอนุเคราะห์จากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ที่อนุเคราะห์สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณความร่วมมือจากนักศึกษาพยาบาลทุกคนทุกชั้นปีในการให้ข้อมูลและมีส่วนร่วมในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, ลัดดา เหลืองรัตนมาศ, สราญ นิรันรัตน์, จิราภรณ์ จันทร์อารักษ, บุญเตือน วัฒนกุล, และทุติยรัตน์ รื่นเริง. (2558). ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 25*(2), 178-193.

กรรณิการ์ รัชอินทร์, และขนิษฐา วรธงชัย. (2562). สมรรถนะของพยาบาลสารสนเทศที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37*(4), 100-108.

กฤษณพร ประสิทธิ์วิเศษ. (2561). การรู้ทันสื่อ การรู้ทันตนเองกับพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารในสื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษามหาวิทยาลัย. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 37*(1), 200-213.

คณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2564). *ประกาศคณะกรรมการการอุดมศึกษาเรื่อง แนวทางการปฏิบัติตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2562.* สืบค้นจาก http://www.mua.go.th/users/tqf-hed/news/FilesNews/FilesNews3/News328072552.pdf

จันทิมา เขียวแก้ว, ศิริธร ยิ่งเรงเริง, และทัศนีย์ เกริกกุลธร. (2557). การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการศึกษาทางการพยาบาล. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย, 34*(4), 219-234.

จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, จันทิมา แก้วเขียว, พนิตนาฏ ชำนาญเสือ, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, พรเลิศ ชุมชัย, . . . ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์. (2560). ปัจจัยทำนายการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย, 11*(1), 235-248.

ชเนตตี สยนานนท์. (2555). *พฤติกรรมการและปัญหาการใช้อินเทอร์เน็ตของนักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา*(วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

ชมพู วิพุธานุพงษ์, นิตยา เพ็ญศิรินภา, และพาณี สีตกะลิน. (2559). พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลภูมิพล

อดุลยเดช. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ, 9*(31), 37-44.

ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ, สกุนตลา แซ่เตียว, วรินทร์ลดา จันทวีเมือง, ทิพย์สุคนธ์ กิจรุ่งโรจน์, และจินตวีร์พร แป้นแก้ว. (2563). พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 21*(41), 67-77.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์.* กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย จำกัด.

ปราณี อ่อนศรี. (2561). แนวทางการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยในวิชาชีพพยาบาลยุคประเทศไทย 4.0. *วารสารพยาบาลทหารบก, 19*(1), 24-29.

ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์, สุรีย์ จินเรือง, และวิภาศิริ นราพงษ์. (2560). การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการจัดการศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 28*(2), 183-191.

พนิตนาฎ ชำนาญเสือ, จันทิมา เขียวแก้ว, พรเลิศ ชุมชัย, ธัญญารัศม์ ดวงคำ, ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์, กฤษณา หงส์ทอง, . . . เยาวลักษณ์ มีบุญมาก. (2559). การรู้สารสนเทศด้านสุขภาพ การรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและสภาวะสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันบรมราชชนกในกลุ่มเครือข่ายภาคกลาง 2 และเครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารวิจัยสมาคมห้องสมุด, 9*(1), 93-117.

พิชญาภา สาแดง , นงณภัทร รุ่งเนย, รัตนา สิงห์ครูบอน, และพรสุดา ปลอดโปร่ง. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 3*(3), 177-190.

ไพศาล วรคำ. (2559). *การวิจัยทางการศึกษา Education research* (พิมพ์ครั้งที่8). มหาสารคาม: ตักศิลาการพิมพ์.

สุปราณี พลธนะ, และนันทกาญจน์ หาญพรม. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของนักเรียนพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ. *วารสารแพทย์นาวี, 44*(3), 19-34.

เสาวนีย์ ชูจันทร์, และรณชัย คนบุญ. (2562). *การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง: มุมมองการศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.* สืบค้นจาก http://blog.bru.ac.th/wp content/uploads/2020/09/TRANSFORMATIVE.pdf

อรทัย เลื่อนวัน. (2555). *ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศ : กรณีศึกษา กรมการพัฒนาชุมชน ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ* (วิทยานิพนธ์ธุรกิจมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, ปทุมธานี.

Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology, MIS Quarterly. https://doi.org/10.2307/249008

Larsen, M. H., Heer, H. C., Lærum-Onsager, E., & Gjevjon, E. R. (2021). Technological literacy in nursing education: A scoping review. *Journal of Professional Nursing, 36*(2), 320-334. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.01.008

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2020). The impact of covid 19 on education insights education at a glance 2020. Retrieved from https://www.oecd.org/education/the-impact-of-covid-19-on-education-insights-education-at-a-glance-2020.pdf

Wood, M. J. (2008). The state of evidence-based practice. *Clinical Nursing Research, 17*(2), 71-73.

การเห็นคุณค่าในตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สุหทัย โตสังวาลย์, Ph.D.[1]

(วันที่ส่งบทความ: 5 พฤศจิกายน 2563; วันที่แก้ไข: 10 พฤษภาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 26 พฤษภาคม 2564)

บทคัดย่อ

นักศึกษาพยาบาลมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ แต่การศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลยังมีจำนวนจำกัด การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรีในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 275 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก เท่ากับ .87, .86 และ .91 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว สถิติการทดสอบแบบครัสคัล วอลลิส และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาล ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.27) ไม่มีภาวะซึมเศร้าและเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับมากและมากที่สุด (ร้อยละ 62.50) อย่างไรก็ตามยังมีนักศึกษาบางส่วน (ร้อยละ 4.73) ที่กำลังประสบกับภาวะซึมเศร้าและเป็นกลุ่มที่มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับน้อยและปานกลาง นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองและคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s(275) = -.707$, $p < .001$; $r_s(275) = -.509$, $p < .001$) ตามลำดับ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อย ดังนั้นควรออกแบบการเรียนการสอนที่เสริมสร้างทักษะการเห็นคุณค่าในตนเองและการพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับนักศึกษาพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ: การเห็นคุณค่าในตนเอง, ความแข็งแกร่งในชีวิต, นักศึกษาพยาบาล, ภาวะซึมเศร้า

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก
[1] Corresponding author: สุหทัย โตสังวาลย์, E-mail: suhathai@knc.ac.th

Self-esteem, Resilience, and Depressive Symptoms Among Nursing Students in a Nursing College in Northeast Thailand

Suhathai Tosangwarn, Ph.D. [1]

(Received: November 5th, 2020; Revised: May 10th, 2021; Accepted: May 26th, 2021)

Abstract

Nursing students are a population who tend to suffer from mental health problems, especially depression. However, studies regarding depression in nursing students in the north-east region of Thailand are limited. This correlation study aimed to explore what factors are associated with depressive symptoms among nursing students in the region. Participants consisted of 275 nursing students who were studying for a bachelor's degree at a nursing college in the northeastern region of Thailand. Stratified random sampling was used to select the participants. The research instruments included a personal information questionnaire, the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D), the Coopersmith Self-esteem Inventory (SEI), and the Resilience Inventory, which reported Cronbach's alpha coefficient .87, .86, and .91 respectively. The data were collected between October 2019 and March 2020. Statistics used for the data analysis included: frequencies, percentages, means, standard deviations, One-way ANOVAs, Kruskal-Wallis tests, and Spearman's rank correlation coefficients. The results of the study illustrated that most of the nursing students (95.27 %) had no depressive symptoms and over half of the nursing students (62.50 %) had a high or very high level of self-esteem. However, 4.73 percent of the nursing students were found to be suffering from depressive, and the group showed a low and moderate of self-esteem. Furthermore, the results of the study illustrated that the scores for self-esteem and resilience were significantly negatively correlated with the scores for depressive symptoms ($r_s(275) = -.707$, $p < .001$; $r_s(275) = -.509$, $p < .001$), respectively. The result of study indicates that nursing students with high self-esteem and resilience are less likely to develop depression. Threrefore, teching should be designed to enhance self-esteem skills and developing resilience among nursing students to prevent depression.

Keyword: self-esteem, resilience, nursing student, depressive symptoms

[1] Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Praboromarajchanok Institute
[1] Corresponding author: Suhathai Tosangwarn, E-mail: suhathai@knc.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันพบว่าจำนวนผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกมีมากกว่า 284 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (World Health Organization [WHO], 2020) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเกือบ 800,000 คนในทุก ๆ ปี ซึ่งพฤติกรรมการฆ่าตัวตายมักเกิดขึ้นในกลุ่มประชากรที่มีอายุระหว่าง 15-29 ปี (WHO, 2020) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าสูงถึง 1.2 ล้านคน (ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต, 2563) ซึ่งเขตสุขภาพที่ 9 (จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์) พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 149,380 คน โดยผู้ป่วยดังกล่าวมีอัตราการเข้าถึงบริการร้อยละ 80.44 (ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต, 2563) สำหรับจังหวัดนครราชสีมาพบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 58,790 คน มีผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตร้อยละ 81.26 (ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต, 2563) การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่จำกัด อาจเนื่องมาจากการรับรู้ถึงตราบาป (Internalized stigma) ของการเจ็บป่วยทางจิตเวชโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่กำลังประสบกับภาวะซึมเศร้า (Tosangwarn, Clissett, & Blake, 2017)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง สภาวะที่จิตใจมีการแสดงออกของอารมณ์ที่ผิดปกติ โดยทั่วไปผู้ป่วยมักเกิดความรู้สึกเศร้า หดหู่ สิ้นหวัง เซื่องซึม ไม่มีสมาธิ เบื่ออาหาร (ภัคจิรา ภูสมศรี, 2563) การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้านั้นมักใช้เกณฑ์ในการวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM5) ของ American Psychiatric Association ซึ่งได้กล่าวถึงเกณฑ์รายละเอียดต่าง ๆ ของอาการโรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจ โดยอาการทางด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง อาการทางด้านจิตใจและความคิด เช่น เครียด ซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง หดหู่ กลัว อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย และอาการทางพฤติกรรม เช่น ซึม เฉยเมย กระสับกระส่ายไม่อยู่นิ่ง ก้าวร้าว ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม (มาโนช หล่อตระกูล, 2558) อาการดังกล่าวส่งผลกระทบทางลบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยบางรายอาจรับประทานอาหารได้น้อยลง เบื่ออาหาร หรือนอนไม่หลับ (WHO, 2020) ผลกระทบที่รุนแรงมากที่สุดคือ การฆ่าตัวตาย จากรายงานอัตราการฆ่าตัวตายแยกตามช่วงอายุของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ.2562 พบว่า อายุ 10-19 ปี และ อายุ 20-29 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายถึง ร้อยละ 2.51 และร้อยละ 15.10 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2563)

ผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่านักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่ค่อนข้างสูง (นฤมล สมรรคเสวี และโสภิณ แสงอ่อน, 2558) ผลการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทย อยู่ระหว่าง ร้อยละ 8.30 - 50.10 (กชกร แก้วพรหม และชนกฤทัย ชื่นอารมณ์, 2556; นฤมล สมรรคเสวี และโสภิณ แสงอ่อน, 2558; Ross et al., 2005) และจากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือปี 2563 พบว่านักศึกษามีอาการของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยหรือปานกลาง ร้อยละ 22.58 (พรภิมล เพ็ชรกุล และพัชรบูรณ์ ศรีวิชัย, 2563)

สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลเกิดมาจากหลายปัจจัย เช่น การเผชิญกับความกดดัน ความคับข้องใจ ความวิตกกังวล และความเครียด เนื่องจากต้องมีการปรับตัวทั้งในด้านพัฒนาการตามวัยและด้านการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เช่น การเรียนทั้งภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม และรูปแบบการเรียนการสอนที่เปลี่ยนไปโดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการเรียนการสอนมากขึ้น ประกอบกับภาระงานและความกดดันที่มากระหว่างการเรียน หากนักศึกษาไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา รวมถึงการปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตประจำวันภายในหอพัก สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งที่อาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลได้ (นุชนาถ แก้วมาตร, 2556; นฤมล สมรรคเสวี และโสภิณ แสงอ่อน, 2558)

นอกจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนและการปรับตัวในการใช้ชีวิตแล้ว ผลการวิจัยยังพบว่า ความเพียงพอของรายได้ บรรยากาศในครอบครัว ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ เช่น นักศึกษาพยาบาลที่มีรายได้ไม่เพียงพอไม่สามารถจัดสรรเงินที่มีกับค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการใช้ชีวิตประจำวันได้ อาจเกิดความรู้สึกเป็นปมด้อย เก็บกดหรือถูกเปรียบเทียบจนขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่กล้าเข้าสังคมร่วมกับเพื่อน ๆ นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (นฤมล สมรรคเสวี และโสภิณ แสงอ่อน, 2558) บรรยากาศในครอบครัวก็อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสำหรับครอบครัวที่มีความรักใคร่กลมเกลียวกัน เมื่อมีปัญหานักศึกษาก็สามารถสื่อสารขอคำปรึกษาได้ จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ (นฤมล สมรรคเสวี และโสภิณ แสงอ่อน, 2558) ในขณะที่การเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย เป็นการทำกิจกรรมออกแรงที่ทำให้ร่างกายเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที ทำให้จิตใจแจ่มใส รู้สึกมีความสุข ช่วยรักษาภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงระดับปานกลางได้ (นฤมล สมรรคเสวี และโสภิณ แสงอ่อน, 2558)

นอกจากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น ผลการศึกษายังพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (นุชนาถ แก้วมาตร, ชนัดดา แนบเกสร, และจันทนา เกิดบางแขม, 2554) การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของจิตใจ ทำให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า และยังเป็นสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากบุคคลที่มีการรับรู้การเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ โดยจะเป็นบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง มองตนเองในทางบวก ยอมรับความแตกต่างของตนเองและผู้อื่น ปรับตัวได้ดี และสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ แต่ถ้าหากมีการรับรู้การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ก็จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ผลการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลพบว่าการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งแสดงให้เห็นว่านักศึกษาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง มีโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อย (นุชนาถ แก้วมาตร, 2556) นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Ross et al. (2014) สนับสนุนว่าการเห็นคุณค่าในตนเองสามารถที่จะทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในไทยได้

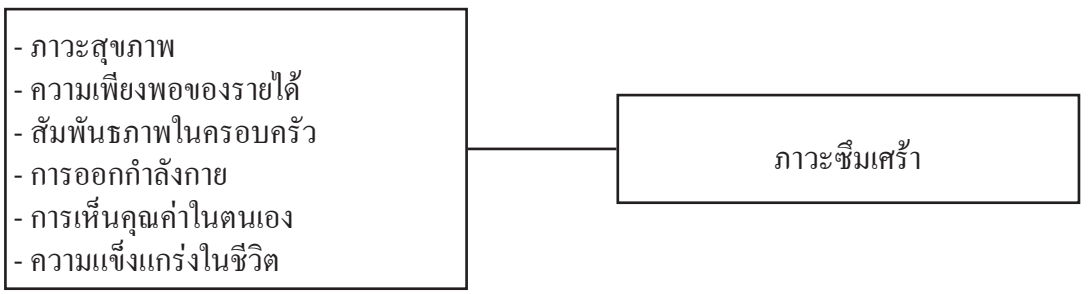
ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญที่มีส่วนช่วยในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากเป็นศักยภาพหรือความสามารถของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Grotberg, 2003) เป็นการมองตนเอง 3 องค์ประกอบหลัก ประกอบด้วย *I Have, I am and I can* หมายถึง *ฉันมี ฉันเป็น และฉันสามารถ* ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะมีส่วนช่วยในการลดภาวะซึมเศร้าได้ (พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิณ แสงอ่อน, และทัศนา ทวีคูณ, 2555) ผลการศึกษาที่ผ่านมาในนักศึกษาพยาบาลพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าค่อนข้างต่ำ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มของนักศึกษาพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนั้นการวิจัยนี้ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล จะเป็นแนวทางการศึกษาที่สำคัญในการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างองค์ความรู้และพัฒนาแนวทางในการลดหรือป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรกลุ่มนี้ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ได้รับแนวคิดมาจากทฤษฎีชีวจิตสังคม (Biopsychosocial model) ซึ่งกล่าวถึง 3 ปัจจัยหลักที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Santos, Bashaw, Mattcham, Cutcliffe, & Vedana, 2018) ประกอบด้วย ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factor) ปัจจัยทางจิตวิทยา (Psychological factor) และปัจจัยทางสังคม (Social factor) ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยด้านสังคม และจิตวิทยา ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง และความแข็งแกร่งในชีวิต ในขณะที่ภาวะสุขภาพและการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาลพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอีกด้วย (นุชนาถ แก้วมาตร, 2556; นฤมล สมรรคเสวี และโสภิณ แสงอ่อน, 2558) รายละเอียดของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแสดงให้เห็นในแผนภาพที่ 1



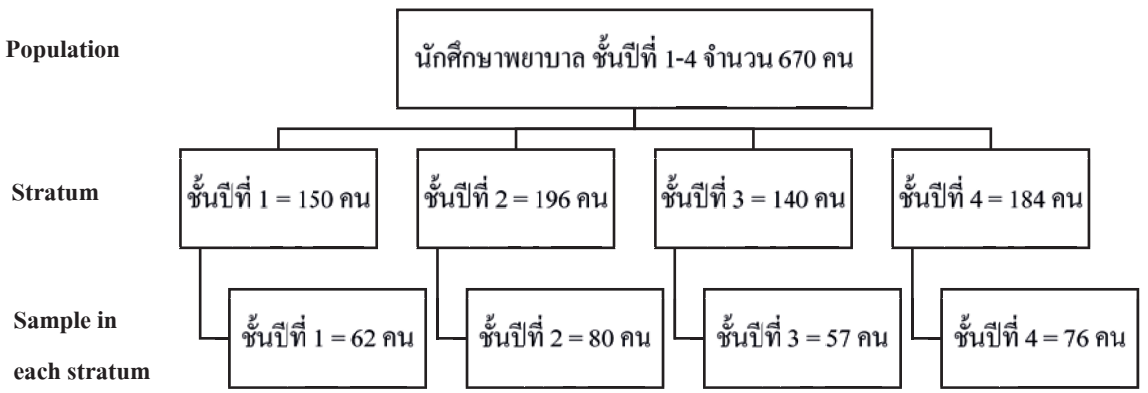
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation study) ณ วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาอยู่ ณ วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2562 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตาราง เครซี่ และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้อาสาสมัครจำนวน 248 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่อาสาสมัครตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ โดยพิจารณาตามลักษณะธรรมชาติของประชากรซึ่งมีความแตกต่างกันน้อยในส่วนของเพศและช่วงวัย จำนวนตัวแปรที่ทำการศึกษา และงานวิจัยก่อนหน้าที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล (นฤมล สมรรคเสวี และโสภิณ แสงอ่อน, 2558) จึงพิจารณาเพิ่มอาสาสมัครอีกประมาณร้อยละ 10 ได้จำนวนอาสาสมัครทั้งสิ้น จำนวน 275 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็นใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามระดับชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล โดยสุ่มอาสาสมัครตามสัดส่วนของนักศึกษาในแต่ละชั้นปี และสุ่มเลขที่ของนักศึกษาโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ได้อาสาสมัครในแต่ละชั้นปี ดังนี้ ชั้นปีที่ 1 จำนวน 62 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 80 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 57 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 76 คน



ภาพที่ 2 *การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling)*

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา (เอกสารรับรองเลขที่ 007/ 2563 วันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2562) ผู้วิจัยตระหนักถึงอิทธิพลในบทบาทของผู้สอนที่อาจมีต่อผู้เรียน จึงติดต่ออาสาสมัครผ่านผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 6 คน ซึ่งทั้งหมดไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของอาสาสมัคร อาสาสมัครทุกคนได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การรักษาความลับของข้อมูลโดยผลในการวิจัยครั้งนี้ถูกนำเสนอในภาพรวมและไม่ระบุเชื่อมโยงถึงอาสาสมัครเป็นรายบุคคล นอกจากนี้อาสาสมัครยังได้รับการชี้แจงว่ามีสิทธิ์ในการถอนตัวออกจากงานวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการยกเลิกเข้าร่วมการวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่ออาสาสมัครต่อไปในอนาคต

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ ระดับชั้นปี รายได้ สถานภาพสมรสของบิดาและมารดา ปัญหาสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว และการออกกำลังกาย

ชุดที่ 2 แบบวัดภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale [CES-D]) มีจำนวน 20 ข้อ พัฒนาโดย Radloff (1977) แปลเป็นภาษาไทยโดย อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, และปิยลัมพร หะวานนท์ (2540) ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้ประเมินค่า เป็น 4 ระดับ คือ ไม่เลย (0 คะแนน) ถึงตลอดเวลา (3 คะแนน) มีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0-60 คะแนน การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ของ เปรมฤดี ศรีวิชัย และพิมพิมล วงศ์ไชยา (2555) ซึ่งแบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 5 ระดับ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (< 21 คะแนน) ซึมเศร้าขั้นอ่อน (21-25 คะแนน) ซึมเศร้าขั้นปานกลาง (26-34 คะแนน) ซึมเศร้าขั้นรุนแรง (35-40 คะแนน) และซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก (มากกว่า 40 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง (Coopersmith Self-esteem Inventory [SEI]) ของนาตยา วงศ์หลีกภัย (2532) มีจำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้ประเมินค่า เป็น 6 ระดับ คือ น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (6 คะแนน) การคิดคะแนนโดยการรวมคะแนนทั้ง 25 ข้อ (บังอร สุปรีดา, 2546) คะแนนเฉลี่ย 4.6-5.0 หมายถึง ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.6-4.5 หมายถึง การเห็นคุณค่าในตนเองระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.6-3.5 หมายถึง การเห็นคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.6-2.5 หมายถึง การเห็นคุณค่าในตนเองระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.0-1.5 หมายถึง การเห็นคุณค่าในตนเองระดับน้อยที่สุด

ชุดที่ 4 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience Inventory) พัฒนาโดยพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2555) มีจำนวน 28 ข้อ มีองค์ประกอบหลัก คือ 1) I Have (ฉัน มี...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ทำให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต 2) I am (ฉันเป็นคนที่...) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละ

บุคคล และ 3) I can (ฉันสามารถที่จะ...) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินที่ให้รายงานตนเอง มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ท (Likert scale) มี 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ค่าคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิต มีค่าตั้งแต่ 28-140 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีความแข็งแกร่งในชีวิตมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เนื่องจากแบบวัดภาวะซึมเศร้า (CES-D) แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง (SEI) และแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience Inventory) ได้รับการพัฒนาจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสาขา เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ และนักจิตวิทยา มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง ดังนี้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .86 (อุมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ, 2540) .89 (นาตยา วงศ์หลีกภัย, 2532) และ .86 (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2555) ตามลำดับ และแบบประเมินทั้งสามชุดถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้ทดลองใช้เครื่องมือดังกล่าวกับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด CES-D, SEI และ Resilience Inventory ภายหลังจากการเก็บข้อมูลกับอาสาสมัครนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 275 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก เท่ากับ .87, .86 และ .91 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการเก็บรวมรวมข้อมูลมีดังต่อไปนี้

1. เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย จากคณะกรรมการวิจัยพิทักษ์สิทธิ์ในมนุษย์แล้ว ผู้ช่วยผู้วิจัยเข้าพบนักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปีตามวันและเวลาที่นักศึกษาพยาบาลสะดวก

2. ผู้ช่วยผู้วิจัยทั้งหมดได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการวิจัยจากผู้วิจัย และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ของการวิจัย การออกแบบและการดำเนินการวิจัย รวมถึงการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

3. ผู้ช่วยผู้วิจัยอธิบายให้นักศึกษาพยาบาลได้ทราบเกี่ยวกับโครงการวิจัย เช่น ความเป็นมา วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัคร และการรักษาความลับ และเปิดโอกาสให้ผู้ที่สนใจในการเข้าร่วมวิจัยได้ซักถามข้อสงสัย

4. นักศึกษาพยาบาลที่สนใจในการเข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 25-30 นาที ซึ่งนักศึกษาที่เข้าร่วมวิจัยสามารถนำแบบสอบถามกลับไปทำที่บ้านและส่งคืนในภายหลังที่ผู้ช่วยผู้วิจัย การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2562 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลระดับภาวะซึมเศร้า ระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง และระดับความแข็งแกร่งในชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในแต่ละชั้นปี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการทดสอบแบบครัสคัล วอลลิส (Kruskal-Wallis test) และการเปรียบเทียบความแตกต่างของการเห็นคุณค่าในตนเองและความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในแต่ละชั้นปี วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA)

3. การหาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะสุขภาพ ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว การออกกำลังกาย การเห็นคุณค่าในตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิต และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์วิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า อาสาสมัครมีจำนวนทั้งหมด 275 คน ส่วนมาก (ร้อยละ 92) เป็นเพศหญิง แบ่งเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 22.55 ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 29.09 ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 20.72 และชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 27.64 นักศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.50) ไม่มีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว ส่วนอีกร้อยละ 13.50 มีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว นักศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.60) ออกกำลังกาย (ประมาณ 30 นาทีขึ้นไป) จำนวนระหว่าง 1-6 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยเฉลี่ย 1.89 ครั้งต่อสัปดาห์ (SD = 1.43) ในขณะที่นักศึกษาร้อยละ 20.40 ไม่ออกกำลังกาย นักศึกษาได้รับเงินค่าใช้จ่ายอยู่ระหว่าง 1,500 - 20,000 บาทต่อเดือน โดยเฉลี่ย 4,542.60 บาทต่อเดือน (SD = 1,822.72) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.60) รับรู้ถึงความเพียงพอของรายได้ที่ตนเองได้รับในแต่ละเดือน อย่างไรก็ตามยังมีนักศึกษาบางส่วน (ร้อยละ 20.40) รับรู้ถึงความไม่เพียงพอของรายได้ บิดาและมารดาของนักศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.50) อยู่ด้วยกัน รองลงมาคือหย่าร้างกัน (ร้อยละ 11.60) และบิดาหรือมารดาเสียชีวิต ร้อยละ 7.60 ตามลำดับ นักศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.90) รับรู้ว่าสัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี ส่วนอีกร้อยละ 9.10 รับรู้ว่าในครอบครัวมีเรื่องทะเลาะเบาะแว้งกันบ้าง

ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า นักศึกษาพยาบาลกำลังประสบกับภาวะซึมเศร้าร้อยละ 4.73 (n = 13) โดยแยกออกเป็นภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 3.27 (n = 9) และภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 1.46 (n = 4) ตามลำดับ ในขณะที่ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 95.27 (n = 262) นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า นักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปีมีคะแนนภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงให้เห็นในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 *เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลตามระดับชั้นปี โดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis test*

คะแนนภาวะซึมเศร้า	*n*	*(%)*	*Mean*	*SD*	*Median*	*Mean rank*	*Chi-square*	*p-value*
ชั้นปีที่ 1	62	22.55	9.37	5.44	8	147.66	18.01	.001
ชั้นปีที่ 2	80	29.09	10.59	6.26	9	162.40		
ชั้นปีที่ 3	57	20.72	7.09	6.20	6	108.25		
ชั้นปีที่ 4	76	27.64	7.88	5.20	7	126.75		

การเห็นคุณค่าในตนเองและความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 62.50 อย่างไรก็ตามยังมีนักศึกษาพยาบาลสูงถึงร้อยละ 37.50 ที่เห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลางและระดับน้อย คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองและความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมและรายด้านของนักศึกษาพยาบาลตามระดับชั้นปี แสดงให้เห็นดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 *คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองและความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมและรายด้านของนักศึกษาพยาบาลตามระดับชั้นปี*

ตัวแปรที่ศึกษา	ทุกชั้นปี		ชั้นปีที่ 1		ชั้นปีที่ 2		ชั้นปีที่ 3		ชั้นปีที่ 4	
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
การเห็นคุณค่าในตนเอง	111.19	13.24	108.89	11.49	108.52	13.43	114.60	14.06	113.30	13.04
ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม	125.60	9.09	125.06	7.61	123.66	9.39	126.89	9.74	127.11	9.11
- ด้าน I have	41.40	2.87	41.65	2.61	40.58	2.91	41.88	2.80	41.72	2.95
- ด้าน I am	45.03	3.45	45.13	2.83	44.45	3.59	45.05	3.82	45.55	3.43
- ด้าน I can	39.15	3.69	38.29	3.20	38.65	3.82	39.88	3.93	39.83	3.57

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามระดับชั้นปี $F(3, 271) = 3.72$, $p = .012$ ดังแสดงให้เห็นในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 *เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเองของนักศึกษาพยาบาลตามระดับชั้นปี โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA)*

การเห็นคุณค่าในตนเอง	*df*	*SS*	*MS*	*F*	*p-value*
ระดับชั้นปี					
ระหว่างกลุ่ม	3	1897.623	632.541	3.718	.012
ภายในกลุ่ม	271	46107.918	170.140		
รวม	274	48005.542			

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม และรายด้าน คือ ด้าน I am พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามระดับชั้นปี แต่เมื่อพิจารณารายด้าน คือ ด้าน I have และด้าน I can พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามระดับชั้นปี ($F(3, 271) = 3.29$, $p = .021$; $F(3, 271) = 3.29$, $p = .021$) รายละเอียดแสดงให้เห็นในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 *เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมและรายด้านของนักศึกษาพยาบาลตามระดับชั้นปี โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA)*

ความแข็งแกร่งในชีวิต	*df*	*SS*	*MS*	*F*	*p-value*
โดยรวม					
ระหว่างกลุ่ม	3	585.844	195.281	2.402	.068
ภายในกลุ่ม	271	22034.156	81.307		
รวม	274	22620.000			
ด้าน I have					
ระหว่างกลุ่ม	3	79.115	26.372	3.289	.021
ภายในกลุ่ม	271	2173.081	8.019		
รวม	274	2252.196			
ด้าน I am					
ระหว่างกลุ่ม	3	48.306	16.102	1.362	.255
ภายในกลุ่ม	271	3204.399	11.824		
รวม	274	3252.705			
ด้าน I can					
ระหว่างกลุ่ม	3	130.996	43.665	3.291	.021
ภายในกลุ่ม	271	3595.891	13.269		
รวม	274	3726.887			

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s(275) = -.214$, $p < .001$; $r_s(275) = -.274$, $p < .001$; $r_s(275) = -.707$, $p < .001$) นอกจากนี้พบว่า คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม และองค์ประกอบย่อยของความแข็งแกร่งในชีวิต ได้แก่ ฉันมี... (I have), ฉันเป็น... (I am) และฉันสามารถ... (I can) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s(275) = -.509$, $p < .001$; $r_s(275) = -.486$, $p < .001$; $r_s(275) = -.436$, $p < .001$; $r_s(275) = -.484$, $p < .001$ ตามลำดับ) รายละเอียดแสดงให้เห็นในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) (N=275)*

ตัวแปรที่ศึกษา	ภาวะซึมเศร้า	
	r_s	p
ภาวะสุขภาพ	.046	.443
ความเพียงพอของรายได้	-.214	.001
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.274	.001
การออกกำลังกาย	-.104	.084
การเห็นคุณค่าในตนเอง	-.707	.001
ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม	-.509	.001
ฉันมี... I have	-.486	.001
ฉันเป็น... I am	-.436	.001
ฉันสามารถ... I can	-.484	.001

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล อาสาสมัครเป็นนักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรีในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 95.27) อย่างไรก็ตามพบว่า มีนักศึกษาพยาบาลบางส่วนประสบกับภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 4.73 โดยจำแนกเป็นมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 3.27 และมีซึมเศร้าปานกลางร้อยละ 1.46 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมา

ที่พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทยอยู่ระหว่าง ร้อยละ 8.30 - 50.10 (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, สิริพิมพ์ ชูปาน, และภาคิณี เดชชัยยศ, 2562; นฤมล สมรรคเสวี และโสภิณ แสงอ่อน, 2558; Ross et al., 2005)

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปีมีคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน โดยพบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มีคะแนนของภาวะซึมเศร้ามากที่สุด รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 1 ชั้นปีที่ 4 และชั้นปีที่ 3 ตามลำดับ การศึกษาของดวงใจ วัฒนสินธุ์ และคณะ (2562) และการศึกษาของกชกร แก้วพรหม และชนกฤทัย ชื่นอารมณ์ (2556) สนับสนุนผลการศึกษาดังกล่าว โดยพบว่านักศึกษาที่เรียนอยู่ชั้นปีต่างกันมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่างกัน อาจเนื่องจากนักศึกษาต้องเผชิญกับการปรับตัวและรูปแบบการเรียนการสอนที่แตกต่างกัน ต้องจัดสรรเวลาเรียนทั้งในห้องเรียนและนอกเวลาเรียน เพื่อฝึกปฏิบัติการพยาบาลในการเตรียมตัวที่จะขึ้นฝึกปฏิบัติ จะเห็นได้ว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มีคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่าชั้นปีอื่น อาจเนื่องมาจากจะต้องขึ้นฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยเป็นครั้งแรก เริ่มฝึกประสบการณ์วิชาชีพบนหอผู้ป่วยและสถานการณ์จริงมากขึ้นทำให้ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดันมากขึ้น จึงส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าได้ (ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และคณะ, 2562)

ในขณะที่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีคะแนนภาวะซึมเศร้ารองลงมา อาจเกี่ยวเนื่องจากการที่นักศึกษาเริ่มเข้ามาศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเป็นปีแรกซึ่งถือเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญระหว่างนักเรียนชั้นมัธยมตอนปลายเข้าสู่การศึกษาในระดับอุดมศึกษาที่มีรูปแบบการเรียนการสอนที่แตกต่างกันค่อนข้างมากโดยต้องมีความเป็นผู้ใหญ่และต้องรับผิดชอบตนเองมากขึ้น นอกจากนี้นักศึกษายังต้องปรับตัวเข้ากับเพื่อน อาจารย์ และสิ่งแวดล้อมใหม่ ต้องย้ายเข้ามาอยู่ในหอพักของวิทยาลัยซึ่งบางคนค่อนข้างห่างไกลจากครอบครัวมาก ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนทำให้นักศึกษาจำเป็นต้องปรับตัว การปรับตัวดังกล่าวล้วนเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียด ความสุขในการเรียนรู้ลดลงและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตและทำให้มีภาวะซึมเศร้าได้ (ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และคณะ, 2562)

สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ซึ่งเป็นปีการศึกษาสุดท้ายของการศึกษา นักศึกษาสามารถปรับตัวในการเรียนได้ดีเนื่องจากมีประสบการณ์ในการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ นอกจากนี้นักศึกษาอาจมีกำลังใจในการศึกษามากขึ้นเนื่องจากนักศึกษารับรู้ถึงความสำเร็จของการศึกษาที่กำลังจะมาถึง (ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และคณะ, 2562; นฤมล สมรรคเสวี และโสภิณ แสงอ่อน, 2558) จึงส่งผลให้พบคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักศึกษาชั้นปีที่ 4 น้อยกว่าชั้นปีที่ 1 และ 2 และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยอาจเนื่องมาจากการปรับตัวด้านการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีนี้ต้องศึกษาทั้งรายวิชาภาคทฤษฎีควบคู่ไปกับการเริ่มฝึกประสบการณ์วิชาชีพบนหอผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งการฝึกประสบการณ์วิชาชีพนักศึกษาพยาบาลต้องฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่หลากหลายมากขึ้น ต้องใช้ความอดทนและระมัดระวังเป็นอย่างมาก การปรับตัวดังกล่าวล้วนเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดและอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และคณะ, 2562)

ผลการศึกษาพบว่าระดับคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 61.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณภัทรารัตน์ ขาวสะอาด, มณี อาภานันทิกุล, และพรรณวดี พุทธวุฒนะ (2556) ที่พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี ที่กำลังศึกษาในสถาบันการศึกษาพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับคะแนนสูง โดยพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีประโยชน์ต่อครอบครัวและผู้อื่น รู้สึกว่าตนเองเป็นที่นับถือ โดยในอาสาสมัครของการศึกษานี้มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับมากและมากที่สุด อาจเนื่องมาจาก นักศึกษาส่วนใหญ่ที่เข้ามาเรียนพยาบาลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ มีความภูมิใจในตนเองที่ได้เข้ามาเรียน และวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่สังคมยกย่องให้เกียรติ (นงพิมล นิมิตอานันท์ และทินกร จังหาร, 2555) เพราะเป็นวิชาชีพที่ต้องใช้ความเสียสละอดทน ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเห็นว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของสังคม และในการเรียนการสอนได้จัดให้นักศึกษาได้แสดงความคิดเห็นของตนเอง โดยการยึดนักศึกษาเป็นศูนย์กลาง ทำให้นักศึกษาได้แสดงความสามารถตามศักยภาพของตนเอง และเมื่อทำสำเร็จได้มีการชื่นชม ให้กำลังใจแก่นักศึกษา ส่งผลให้นักศึกษาเห็นคุณค่าในตนเองและเกิดความสุขในการดำเนินชีวิต (กาญจนา วันนา, นุจรี ไชยมงคล, และพิชามญชุ์ ปุณโณทก, 2560; แสงเทียน ธรรมลิขิต และสิริรัก สินอุดมผล, 2562)

ผลการศึกษาพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม และองค์ประกอบย่อยของความแข็งแกร่งในชีวิต ได้แก่ ฉันมี... (I have), ฉันเป็น... (I am) และฉันสามารถ... (I can) ของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อธิบายได้ว่านักศึกษาพยาบาลที่มีคะแนนของความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะมีระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าที่ต่ำ ข้อมูลดังกล่าวสนับสนุนผลการศึกษาที่ผ่านมา (พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิณ แสงอ่อน, และจริยา วิทยะศุภร, 2556; นฤมล สมรรคเสวี และโสภิณ แสงอ่อน, 2558) นอกจากนี้ยังพบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ดังนั้นนักศึกษาพยาบาลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าที่ต่ำ ซึ่งผลการศึกษาของพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2555) พบว่า อาจเนื่องมาจากความสามารถในการจัดการต่อเหตุการณ์ที่ยุ่งยากหรือความตึงเครียดทางอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนภายนอก (I have) การรับรู้ถึงความเข้มแข็งภายในตนเอง (I am) และการจัดการกับปัญหาและการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (I can)

ผลการศึกษาพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อธิบายได้ว่านักศึกษาพยาบาลที่มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูง จะมีระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าที่ต่ำ ข้อมูลดังกล่าวสนับสนุนผลการศึกษาที่ผ่านมา (นุชนาถ แก้วมาตร, 2556) โดยการรับรู้การมีคุณค่าในตนเองจะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถมองตนในด้านบวก ยอมรับความแตกต่างของตนเองและผู้อื่น ทำให้ปรับตัวได้ดี และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่า ตลอดจนสามารถเผชิญปัญหาและจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลรู้สึกว่าตนไม่มีความสามารถ ไม่มีอำนาจ โดยเฉพาะในวัยรุ่น หากมองตนเองในทางลบว่าบกพร่อง ไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีคุณค่า ก็มีแนวโน้มที่จะโทษตนเองเมื่อเกิดความผิดพลาดต่าง ๆ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยิ่งลดต่ำลง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (นุชนาถ แก้วมาตร, 2556)

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามยังคงมีนักศึกษาพยาบาลบางส่วนที่กำลังเผชิญกับภาวะซึมเศร้า ขณะที่ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่าคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองและคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

ควรออกแบบการเรียนการสอนที่ควรสอดแทรกกิจกรรมการเสริมสร้างทักษะการเห็นคุณค่าในตนเอง และการพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับนักศึกษาพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรออกแบบงานวิจัยเป็นการวิจัยแบบระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของการเห็นคุณค่าในตนเอง ความแข็งแกร่งในชีวิต และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลเมื่อเวลาผ่านไปในระยะยาว โดยอาจทำการศึกษา เช่น 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ให้เพิ่มมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า โปรแกรมการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง และความแข็งแกร่งในชีวิตในนักศึกษาพยาบาลให้เพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กชกร แก้วพรหม, และชนกฤทัย ชื่นอารมณ์. (2556). การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 31*(4), 128-135.

กาญจนา วันนา, นุจรี ไชยมงคล, และพิชามญชุ์ ปุณโณทก. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยเอกชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 18*(34), 97-108.

กรมสุขภาพจิต. (2563). *กราฟแสดงอัตราการฆ่าตัวตายแยกตามช่วงอายุ ประจำปี 2562.* สืบค้น 24 กันยายน 2563, จาก https://dmh.go.th/report/suicide/viewg1.asp?id=28

ณภัทรารัตน์ ขาวสะอาด, มณี อาภานันทิกุล, และพรรณวดี พุทธวุฒนะ. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาล, 28*(1), 19-33.

ดวงใจ วัฒนสินธุ์, สิริพิมพ์ ชูปาน, และภาคิณี เดชชัยยศ. (2562). การแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29*(1), 87-99.

นงพิมล นิมิตอานันท์, และทินกร จังหาร. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพและพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน. *วารสารพยาบาลทหารบก, 13*(2), 60-71.

นุชนาถ แก้วมาตร. (2556). นักศึกษาพยาบาลกับภาวะซึมเศร้า. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 21*(3), 14-23.

นุชนาถ แก้วมาตร, ชนัดดา แนบเกสร, และจันทนา เกิดบางแขม. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 19*(6), 83-95.

นาตยา วงศ์หลีกภัย. (2532). *ผลของกลุ่มจิตสัมพันธ์ที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น* (รายงานผลงานวิจัย). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นฤมล สมรรคเสวี, และโสภิณ แสงอ่อน. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 29*(3), 11-27.

บังอร สุปรีดา. (2546). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของผู้เสพติดยาบ้า* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

เปรมฤดี ศรีวิชัย, และพิมพิมล วงศ์ไชยา. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. *วารสารสภาการพยาบาล, 27*(4), 57-68.

พรภิมล เพ็ชรกุล, และพัชรบูรณ์ ศรีวิชัย. (2563). ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และวิธีจัดการความเครียดของนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดพะเยา. *วารสารจิตวิทยาคลินิก, 51*(1), 1-14.

พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิณ แสงอ่อน, และทัศนา ทวีคูณ. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตในนักศึกษาพยาบาลศาสมหาบัณฑิต. *วารสารพยาบาล, 61*(2), 18-27.

พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิณ แสงอ่อน, และจริยา วิทยะศุภร. (2556). ปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 32*(1), 150-167.

ภัคจิรา ภูสมศรี. (2563). โรคซึมเศร้าปัญหาสุขภาพใกล้ตัว. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย, 14*(2), 51-58.

มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี.* กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต. (2563). *รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าปีงบประมาณ 2563.* สืบค้น 24 กันยายน 2563, จาก https://www.thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/ahb-08-20_mix_HDC.pdf

แสงเทียน ธรรมลิขิต, และสิริรัก สินอุดมผล. (2562). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. *วารสารเกื้อการุณย์, 26*(1), 55-75.

อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, และปิยลัมภร หะวานนท์. (2540). การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 42*(1), 2-13.

Grotberg, E. (2003). *Resilience for today: Gaining strength from adversity.* Westport, CT: Praeger.

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*, 607-610.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385-401.

Ross, R., Wolf, L., Chiang-Hamisko, L., Tanaka, T., Takeo, K., Boonyanurak, P., . . . Saenyakul, P. (2014). Depression and its predictors among nursing students in four countries: USA, Thailand, Taiwan and Japan. *Journal of the Royal Thai Army Nurses, 15*(3), 195-201.

Ross, R., Zeller, R., Srisaeng, P., Yimmee, S., Somchid, S., & Sawatphanit, W. (2005). Depression, stress, emotional support, and self-esteem among baccalaureate nursing students in Thailand. *International Journal Nursing Education Scholarship, 2,* Article25. doi:10.2202/1548-923x.1165

Santos, J. C., Bashaw, M., Mattcham, W., Cutcliffe, J. R., & Vedana, K. G. G. (2018). The Biopsychosocial Approach: Towards Holistic, Person-Centred Psychiatric/Mental Health Nursing Practice. In J. C. Santos, & J. R. Cutcliffe (Eds.), *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century: A Person-Centred Evidence-Based Approach* (pp. 89-101). Cham: Springer International Publishing.

Tosangwarn, S., Clissett, P., & Blake, H. (2017). Psychometric properties of the Thai Internalised Stigma Scale (TIS-LCH) for care home residents. *Clinical Gerontologist, 40*(5), 362-368.

World Health Organization. (2020). *Depression.* Retrieved October 24, 2020, from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบีบคั้นทางจิตใจของนักศึกษาพยาบาล ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เชาวลิต ศรีเสริม, พย.ม.[1]
วิจิตรา จิตรักษ์, พย.ม.[2]
บุปผา ใจมั่น, พย.ม.[2]
พิชญานิกา เชื้อกาญจน์, พย.บ.[3]

(วันที่ส่งบทความ: 2 เมษายน 2564; วันที่แก้ไข: 17 พฤษภาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 22 พฤษภาคม 2564)

บทคัดย่อ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 และภาวะบีบคั้นทางจิตใจของนักศึกษาพยาบาลในช่วงที่มีการระบาดของโรคในระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2563 ผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 - 3 จากสถาบันการศึกษา 4 แห่ง จำนวน 315 คน คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบากเท่ากับ .76, .81, .86 และ.72 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาส่วนมากมีความวิตกกังวลต่อโรคในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.31) และมีภาวะบีบคั้นทางจิตใจระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย (ร้อยละ 86.98) และพบว่าภาวะบีบคั้นทางจิตใจของนักศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้เกี่ยวกับโรค (r_s = -.291, p = .013) และการสนับสนุนจากเพื่อน (r_s = -.193, p = .003) แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลต่อโรค (r_s = .572, p = .002) แสดงว่านักศึกษาที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมากและได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนจะมีภาวะบีบคั้นทางจิตใจน้อย ส่วนนักศึกษาที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีภาวะบีบคั้นทางจิตใจสูงเช่นเดียวกัน ดังนั้นสถาบันการศึกษาควรให้ความรู้นักศึกษาเกี่ยวกับโรคและส่งเสริมการสนับสนุนช่วยเหลือกันระหว่างนักศึกษา ตลอดจนดูแลนักศึกษาที่มีความวิตกกังวลสูงเพื่อช่วยป้องกันภาวะบีบคั้นทางจิตใจ

คำสำคัญ: ภาวะบีบคั้นทางจิตใจ, นักศึกษาพยาบาล, โควิด-19

---

[1] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก
[3] พยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก
[1] Corresponding author: เชาวลิต ศรีเสริม, E-mail: chaopsycho@hotmail.com

Factors Related to Psychological Distress Among Nursing Students During the Coronavirus 2019 Disease Outbreak

Chaowalit Srisoem, M.N.S.[1]
Wichittra Chitrak, M.N.S.[2]
Buppha Jaimun, M.N.S.[2]
Pitchayanika Chuakan, B.N.S.[3]

(Received: April 2nd, 2021; Revised: May 17th, 2021; Accepted: May 22th, 2021)

Abstract

The Coronavirus Disease (COVID-19) pandemic has affected the mental health of nursing students. The aim of the study was to examine the relationships between knowledge about COVID-19, social support, anxiety about COVID-19, and psychological distress among nursing students amid the COVID-19 outbreak between May and July 2020. Participants were 315 nursing students in their 1st to 3rd year from four different nursing education institutes who recruited using a multi-stage sampling method. Five questionnaires were used in the study: The Demographics record, the General Health Questionnaires (Thai version), the Anxiety about COVID-19 Questionnaire, the Social Support Questionnaires, and the COVID-19 Knowledge Test. The questionnaire's Cronbach's alpha coefficients were .76, .81, .86, and .72 respectively (reliability for the demographics record were not calculated). Descriptive statistics and Spearman's rank-order correlations were used to analyze the data. The results of the study illustrated that most of the participating nursing students had a moderate level of anxiety about COVID-19 (60.31%) and had minimally higher levels of psychological distress than at baseline (86.98%). It was also revealed that the psychological distress of the students was negatively related to their knowledge about COVID-19 (r_s= -.291, p = .013) and amount of peer support (r_s = -.193, p = .003), but was positively related to anxiety about COVID-19 (r_s = .572, p = .002). Therefore, students with greater knowledge about the disease and higher levels of social support from friends would have lower levels of psychological distress, and those with higher levels of anxiety would also have higher levels of psychological distress. Therefore, nursing education institutes should provide their students with thorough knowledge about the disease and promote social support networks among their students, as well as take measures to ensure that those students with higher levels of anxiety receive proper care to prevent excess psychological distress.

Keywords: psychological distress, nursing students, COVID-19

[1] Registered Nurse, Practitioner Level, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Praboromarajchanok Institute
[2] Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Praboromarajchanok Institute
[3] Registered Nurse, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Praboromarajchanok Institute
[1] Corresponding author: Chaowalit Srisoem, E-mail: chaopsycho@hotmail.com

บทนำ

ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือที่รู้จักกันในชื่อโรคโควิด-19 (Coronavirus 2019 [COVID-19]) นับเป็นการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมโลกอย่างกะทันหันครั้งหนึ่ง การแพร่ระบาดของเชื้อโรคนี้เป็นไปอย่างรวดเร็วและรุนแรง ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกมากกว่า 118,000,000 คน และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 2,600,000 คน ทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2021) ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19 ซึ่งมีผู้ติดเชื้อแล้ว 26,679 คน และมีผู้เสียชีวิต จำนวน 85 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ถึงแม้ว่าการควบคุมอัตราการแพร่ระบาดจะอยู่ในแนวโน้มที่ดี แต่ก็ยังมีการพบผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นในทุกวัน ซึ่งโรคโควิด-19 ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายเท่านั้น แต่โรคนี้ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชนด้วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ภาวะบีบคั้นทางจิตใจ (Psychological distress) เป็นปรากฏการณ์ความไม่สมดุลทางอารมณ์ ความรู้สึกที่พบได้เมื่อเผชิญเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดภาวะบีบคั้นทางจิตใจที่มักพบได้บ่อย คือ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความกลัว ความเสียขวัญและความรู้สึกไม่แน่นอน (Huda, 2019)ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นมาส่งผลให้ประชาชนจำนวนมากมีภาวะบีบคั้นทางจิตใจ ในประเทศจีนมีความชุกของภาวะนี้ร้อยละ 29.29 (Qiu et al., 2020)โดยในคนวัยทำงานพบประมาณ ร้อยละ 53.83 ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็นภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.96 อาการวิตกกังวลสูงร้อยละ 28.81 และร้อยละ 8.13 มีความเครียดในระดับรุนแรง (Wang et al., 2020) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ติดเชื้อโควิด-19 โดยพบว่ามีระดับความเครียดวิตกกังวลและซึมเศร้าที่สูงมากถึง ร้อยละ 75 - 90 ซึ่งนับว่าเป็นระดับที่สูงกว่าประชาชนทั่วไป (Dai, Hu, Xiong, Qiu, & Yuan, 2020; Xiang, Yu, Ungvari,Correll, & Chiu, 2020; Tan et al., 2020) ดังนั้นการดูแลภาวะบีบคั้นทางจิตใจในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จึงนับว่าเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพและการป้องกันทางด้านร่างกาย

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะบีบคั้นทางจิตใจที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ประการคือ ประการที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ โดยพบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะบีบคั้นทางจิตใจมากกว่าเพศชาย อายุ พบว่าช่วงวัยที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตใจสูงในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 คือวัยผู้ใหญ่ตอนต้นไปจนถึงวัยทำงาน รายได้ พบว่ารายได้ที่น้อยมีความสัมพันธ์กับภาวะบีบคั้นทางจิตใจที่มากขึ้น การมีโรคประจำตัว พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย หรือมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะบีบคั้นทางจิตใจ (Qiu et al., 2020; ศมนนันท์ ทัศนีย์สุวรรณ และกิตติกร นิลมานัต, 2562; สุธิสา เต็มทับ และกิตติกร นิลมานัต, 2560) ประการที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้พบว่าระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์ต่อระดับความวิตกกังวลที่ลดลง (Wang, Kala, & Jafar, 2020) อย่างไรก็ตามพบว่าการรับข้อมูลข่าวสารที่มากเกินไปมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกวิตกกังวลที่เพิ่มมากขึ้น (Qiu et al., 2020) และประการที่ 3 ปัจจัยด้านสังคมโดยพบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยลดภาวะบีบคั้นทางจิตใจได้ (Yasin & Dezulkifli, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะบีบคั้นทางจิตใจของประชาชนมีความแตกต่างออกไปตามบริบทและสถานการณ์ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ เป็นอีกกลุ่มคนที่ต้องทำหน้าที่อย่างเสียสละในการดูแลผู้ป่วย และเผชิญกับความบีบคั้นทางจิตใจดังกล่าวจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 กลุ่มบุคลากรเหล่านี้มีอัตราการเกิดปัญหาสุขภาพจิตสูง ซึ่งปัจจัยสำคัญคือการต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ (Dai et al., 2020; Tan et al., 2020) หนึ่งในนั้น คือ นักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและฝึกปฏิบัติในสถานพยาบาล การเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหัน สถานศึกษาได้มีการปรับรูปแบบการจัดการเรียนการสอน และกำหนดนโยบายต่าง ๆ เพื่อลดความเสี่ยง นักศึกษาจึงต้องปรับตัวอย่างมาก อาจนำมาซึ่งความเครียดและภาวะบีบคั้นทางจิตใจได้ อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มนักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดสภาวะบีบคั้นทางจิตใจได้สูงกว่าคนทั่วไป เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ต้องมีการเรียนทั้งในห้องเรียนและการฝึกปฏิบัติงานที่หนักและมีความเสี่ยงต่ออุบัติการณ์ต่าง ๆ (Mitchell, 2018; Watson et al., 2009) อย่างไรก็ตามการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะบีบคั้นทางจิตใจในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ยังไม่ชัดเจนโดยมีการศึกษาในบริบทภาพรวมนักศึกษาปริญญาตรี และยังไม่มีการศึกษาในนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลจิตเวชจึงได้ทำการศึกษาประเด็นดังกล่าว เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการช่วยเหลือและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

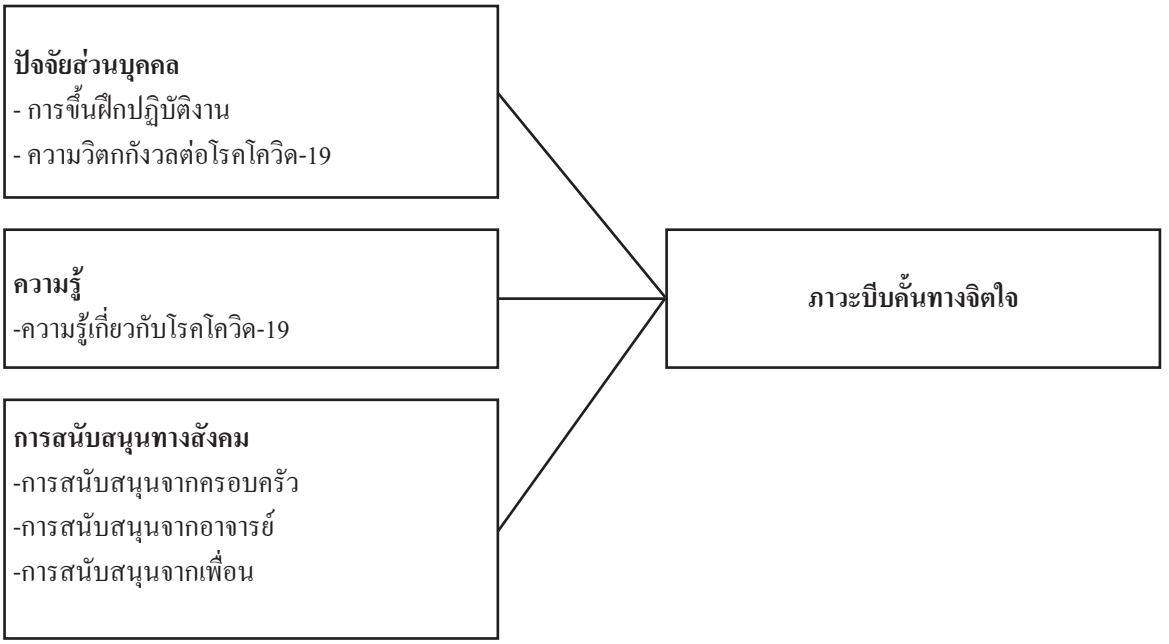
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 กับภาวะบีบคั้นทางจิตใจของนักศึกษาพยาบาลในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับภาวะบีบคั้นทางจิตใจของนักศึกษาพยาบาลในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะบีบคั้นทางจิตใจ ดังต่อไปนี้คือความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และแนวทางการปฏิบัติตัวที่สูงน่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะบีบคั้นทางจิตใจที่ต่ำลง ซึ่งเป็นผลจากการที่บุคคลมีความรู้ที่ถูกต้อง จึงปฏิบัติตัวดูแลตัวเองอย่างเหมาะสมได้ (Ho, Chee, & Ho, 2020; Wang, Pan et al., 2020) การสนับสนุนทางสังคมเป็นความรู้สึกที่นักศึกษาได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ น่าจะเป็นปัจจัยที่ช่วยปกป้องนักศึกษาจากภาวะบีบคั้นทางจิตใจได้ (Vungkhanching, Tonsing, & Tonsing, 2016) ดังนั้นหากนักศึกษามีการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนที่ดีจึงมีความสัมพันธ์กับภาวะบีบคั้นทางจิตใจที่ต่ำลง (Vungkhanching et al., 2016; Yasin & Dezulkifli, 2010) และความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 ซึ่งเมื่อมีความวิตกกังวลสูงน่าจะสัมพันธ์กับภาวะบีบคั้นทางจิตใจที่สูง (Qiu et al., 2020; Wang, Kala, & Jafar, 2020) ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1: กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research Design) เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional collecting) เก็บข้อมูลในสถานศึกษาทางการพยาบาล จำนวน 4 แห่ง ระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2563

นิยามเชิงปฏิบัติการ

ภาวะบีบคั้นทางจิตใจ หมายถึง ภาวะไม่สุขสบายทางอารมณ์และความรู้สึกของบุคคลที่เกิดจากการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ประกอบด้วยอาการวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และปัญหาสัมพันธภาพทางสังคม

นักศึกษาพยาบาล หมายถึง นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1-3 ที่ศึกษาในภาคฤดูร้อน ปีการศึกษา 2562 ในวิทยาลัยพยาบาลและมหาวิทยาลัยในจังหวัดแห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แนวทางการรักษา และแนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่นักศึกษารับรู้ว่าได้รับการช่วยเหลือจากบุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และอาจารย์เพื่อส่งเสริมให้สามารถปรับตัวและเผชิญความเครียดได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลศาตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-3 ที่กำลังศึกษาภาคการศึกษาที่ 1 ในวิทยาลัยพยาบาล 1 แห่ง และมหาวิทยาลัย 3 แห่ง ในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จำนวน 315 ราย โดยเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และได้รับความยินยอมการเข้าร่วมวิจัยจากนักศึกษาโดยการลงนาม

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ (Power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยใช้โปรแกรม G* Power (Buchner, 2010) จากการทบทวนวรรณกรรมภาวะบีบคั้นทางจิตใจและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบีบคั้นทางจิตใจของนักศึกษาพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน มีค่าอยู่ระหว่าง .15-.32 (Arima et al., 2020; Cao et al., 2020; Wang, Kala, & Jafar, 2020) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงได้กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .15 ค่าอำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 ค่านัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05 ซึ่งจากการคำนวณโปรแกรม G* Power สำหรับสถิติสหสัมพันธ์ (Correlation) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 273 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เป็นจำนวน 27 คน ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 300 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) โดยจังหวัดที่ศึกษามีสถาบันการศึกษาทางการพยาบาล จำนวน 4 แห่ง มีนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ศึกษาในชั้นปีที่ 1-3 ทั้ง 4 สถาบัน รวมทั้งหมด 1,343 คน จากนั้นผู้วิจัยทำการแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามอัตราส่วนจำนวนนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของแต่ละสถาบันและดำเนินการสุ่มเก็บตามจำนวนของแต่ละชั้นปีในทุกสถาบัน ได้ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 315 ราย ซึ่งเพียงพอต่อกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 26/2563 วันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 และได้รับอนุญาตในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการวิทยาลัย คณบดี และอาจารย์ประจำชั้นของนักศึกษาทุกกลุ่ม มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย ซึ่งเป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับใด ๆ ทั้งสิ้น และสามารถออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาที่ต้องการ ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้เก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบให้เลือกตอบ และเติมคำหรือตัวเลข ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี สถานศึกษา เกรดเฉลี่ย ภูมิลำเนา โรคประจำตัว การอยู่ในช่วงฝึกปฏิบัติงาน และประวัติการเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยงโรคโควิด-19 เป็นต้น

2.แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ฉบับ 30 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่พัฒนามาจากแบบสอบถามสภาวะสุขภาพจิต (General Health Questionnaires[GHQ]) โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และชัชวาลย์ ศิลปกิจ (2545) ลักษณะข้อคำถามประกอบด้วย 4 กลุ่มอาการ ได้แก่ อาการทางกาย (Somatic symptoms) อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) ความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) และอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ตัวเลือก ได้แก่ ก. ไม่เลย ข. ไม่มากกว่าปกติ ค. ค่อนข้างมากกว่าปกติ และ ง. มากกว่าปกติมาก ให้คะแนน เท่ากับ 0-0-1-2 ตามลำดับ คิดคะแนนเป็นคะแนนรวม โดยคะแนนรวมที่สูง หมายถึง มีภาวะบีบคั้นทางจิตใจสูง

3.แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต (2563) มีทั้งหมด 5 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ และใช่ โดยการให้คะแนน ไม่ใช่ = 1 คะแนน ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน และใช่ = 3 คะแนน การคิดคะแนนเป็นคะแนนรวมตั้งแต่ 5-15 คะแนน คะแนนที่สูง หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 สูง

4.แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เป็นแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคโควิด-19 และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง พัฒนาขึ้นโดยกระทรวงสาธารณสุข (2563) มีทั้งหมด 20 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบมี 4 ตัวเลือก คำตอบที่ถูกต้องมี 1 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดไม่ได้คะแนน คิดคะแนนเป็นคะแนนรวมตั้งแต่ 1-20 คะแนน คะแนนที่สูง หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 สูง

5.แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support [MSPSS]) ของ Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley (1988) ใช้วัดความเข้าใจ และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด ซึ่ง Boonyamalik (2005) แปลเป็นภาษาไทย มีจำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็นการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน การสนับสนุนจากอาจารย์ การสนับสนุนจากครอบครัว อย่างละ 4 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert scale) 7 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างมากที่สุด เห็นด้วยอย่างมาก เห็นด้วย เฉยๆ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างมาก และไม่เห็นด้วยอย่างมากที่สุด คิดคะแนนเป็นคะแนนรวมตั้งแต่ 1-84 คะแนน คะแนนที่สูง หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและลงความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิต จำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยได้มีการปรับเนื้อหาในส่วนแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยในส่วนการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดปรับเป็นการได้รับการสนับสนุนจากอาจารย์เพื่อให้มีความสอดคล้องกับบริบทของนักศึกษาพยาบาล ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้จริง

2.การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลสถาบันหนึ่งซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์

หาค่าความเชื่อมั่นของแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .76, .81 และ .86 ตามลำดับ สำหรับแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ใช้สูตรสัมประสิทธิคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.หลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล นำส่งผู้อำนวยการ และคณบดีของแต่ละมหาวิทยาลัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขออนุญาตการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานศึกษานั้น ๆ

2.เข้าพบหัวหน้าชั้นเพื่อชี้แจงรายละเอียดในการวิจัย ผ่านช่องทางการประชุมทางไกลด้วยการสื่อสารระบบออนไลน์ จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มเลขที่ตามจำนวนอัตราส่วนแต่ละสถาบัน และให้หัวหน้าชั้นแจ้งตามเลขที่นักศึกษาที่เป็นตัวแทนในการเข้าทำแบบสอบถามผ่านทางระบบออนไลน์

3.ผู้วิจัยจัดทำแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ และจัดเป็นลิงก์ส่งตามวันเวลาที่กำหนด โดยชี้แจงการตอบแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามแสดงเจตนารมณ์ยินยอมเข้าร่วมวิจัยในใบปะหน้าแบบสอบถามและตอบแบบสอบถามใช้เวลา 15-20 นาที

4.ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากแบบสอบถามและนำข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบแล้วไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ข้อมูลดังกล่าวไม่มีการกระจายแบบปกติ ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงปรับมาใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ลำดับที่ของสเปียร์แมน (Spearman' s rank-order correlation) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และภาวะบีบคั้นทางจิตใจของนักศึกษาพยาบาลแทน

ผลการวิจัย

นักศึกษากลุ่มที่เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 315 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.90) อายุระหว่าง 18-30 ปี อายุเฉลี่ย 19.77 ปี (SD = 1.75) เกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ระหว่าง 2.05-3.87 (M = 3.02, SD = 0.37) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 96.19) อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี (ร้อยละ 74.92) ทั้งนี้ร้อยละ 4.13 มีประวัติการเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยง และร้อยละ 14.28 อยู่ในช่วงการฝึกปฏิบัติงาน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 *จำนวน และร้อยละ ของผู้เข้าร่วมวิจัยจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป*

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน(n = 315)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	4.13
หญิง	302	95.87
อายุ		
18 ปี	19	6.03
19 ปี	141	44.76
20 ปี	101	32.06
มากกว่า 20 ปี	54	17.15
ระดับการศึกษา		
ชั้นปี 1	106	33.65
ชั้นปี 2	105	33.34
ชั้นปี 3	104	33.01
เกรดเฉลี่ยสะสม		
2.00-2.99	142	45.08
3.00-3.99	173	54.92
โรคประจำตัว		
ไม่มี	303	96.19
มี	12	3.81
ภูมิลำเนา		
อุบลราชธานี	236	74.92
ศรีสะเกษ	22	6.98
สุรินทร์	15	4.76
อื่น ๆ	42	13.31
การเดินทางในพื้นที่เสี่ยง		
ไม่ได้เดินทางในพื้นที่เสี่ยง	302	95.87
เดินทางไปในพื้นที่เสี่ยง	13	4.13
การฝึกปฏิบัติงาน		
ไม่ได้อยู่ในช่วงฝึกปฏิบัติงาน	270	85.72
อยู่ในช่วงฝึกปฏิบัติงาน	45	14.30

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 การสนับสนุนทางสังคม และภาวะบีบคั้นทางจิตใจของนักศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง มีความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เท่ากับ 12.69 (*SD* = 2.35) คะแนนความเฉลี่ยความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 เท่ากับ 9.09 (*SD* = 1.72) และคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 68.77 (*SD* = 7.19) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 *จำนวน ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมวิจัย จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 และการสนับสนุนทางสังคม*

ตัวแปรที่ศึกษา	สูง		ปานกลาง		ต่ำ		*M*	*SD*	ระดับ
	n	%	*n*	%	*n*	%			
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19	126	40.00	180	57.14	9	2.85	12.69	2.35	ปานกลาง
ภาวะวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19	10	3.17	190	60.31	115	36.51	9.09	1.72	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	249	79.04	64	20.31	2	0.63	68.77	7.19	สูง

สำหรับภาวะบีบคั้นทางจิตใจพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะบีบคั้นทางจิตใจในระดับที่สูงกว่าปกติเล็กน้อย (ร้อยละ 86.98) และร้อยละ 8 มีภาวะบีบคั้นทางจิตใจสูงกว่าปกติมาก โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความบีบคั้นทางจิตใจเท่ากับ 4.14 (*SD* = 3.11) อยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อยดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 *จำนวน ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ยภาวะบีบคั้นทางจิตใจของผู้เข้าร่วมวิจัย*

ตัวแปรที่ศึกษา	สูงกว่าปกติมาก		สูงกว่าปกติเล็กน้อย		เท่าๆกับปกติ		*M*	*SD*	ระดับ
	n	%	*n*	%	*n*	%			
ภาวะบีบคั้นทางจิตใจ	27	8.57	274	86.98	14	4.44	4.14	3.11	สูงกว่าปกติเล็กน้อย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 และภาวะบีบคั้นทางจิตใจของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กัน โดยพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 กับภาวะบีบคั้นทางจิตใจมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเป็นความสัมพันธ์เชิงลบซึ่งเป็นขนาดความสัมพันธ์ในระดับต่ำ (r_s = -.291, p = .013) การสนับสนุนทางสังคม

กับภาวะบีบคั้นทางจิตใจไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = -.041, p = .107) แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าการสนับสนุนจากเพื่อนมีความสัมพันธ์กับภาวะบีบคั้นทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเป็นความสัมพันธ์เชิงลบซึ่งเป็นขนาดความสัมพันธ์ในระดับน้อย (r_s = -.193, p = .003) ความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 กับภาวะบีบคั้นทางจิตใจมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเป็นความสัมพันธ์ในเชิงบวกขนาดความสัมพันธ์ระดับปานกลาง (r_s = .572, p = .002) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 *ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) สเปียร์แมนระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านต่าง ๆ กับภาวะบีบคั้นทางจิตใจของผู้เข้าร่วมวิจัยในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19*

ตัวแปร	r_s	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19	-.291	.013
การสนับสนุนทางสังคม	-.041	.107
การสนับสนุนจากครอบครัว	-.103	.068
การสนับสนุนจากอาจารย์	.023	.648
การสนับสนุนจากเพื่อน	- .193	.003
ความวิตกกังวลต่อโควิด -19	.572	.002

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลางและมีภาวะบีบคั้นทางจิตใจในระดับที่สูงกว่าปกติ โดยมีภาวะบีบคั้นทางจิตใจในระดับที่สูงกว่าปกติมากถึงร้อยละ 8.57 นั่นแสดงว่าในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ประชาชนส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและมีภาวะบีบคั้นทางจิตใจอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Qiu et al., 2020; Wang et al., 2020) แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Tan et al. (2020) ที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่รับมือโดยตรงต่อสถานการณ์โรค ส่วนมากมีความเครียด และภาวะบีบคั้นทางจิตใจสูง บางรายซึมเศร้า และเกิดความคิดฆ่าตัวตาย ทั้งนี้อาจมาจากการที่บริบทของพื้นที่ศึกษา ความรุนแรงของสถานการณ์โรคแต่ละพื้นที่ และนักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างบางส่วนในบางสถาบันอยู่ระหว่างการปรับการเรียนการสอนทางช่องทางออนไลน์ อาจมองว่าตนเองไม่ได้อยู่ในจุดเสี่ยงจึงอาจประเมินความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกันไปได้

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ระบุว่าทั้งนักศึกษาพยาบาล นักศึกษาแพทย์ และนักศึกษาวิชาชีพทางสุขภาพอื่น ๆ เป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบทางสุขภาพจิตจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างมาก ซึ่งนำไปสู่ความเครียด วิตกกังวล การเรียน

และผลกระทบด้านการดำเนินชีวิต (Arima et al., 2020; Begam & Devi, 2020; Savitsky, Findling, Ereli, & Hendel, 2020) โดยสามารถอธิบายได้จากการที่โรคโควิด-19 นับว่าเป็นโรคที่อุบัติใหม่ และมีความรุนแรง มีการติดต่อกันได้โดยง่ายและยังมีแนวทางการดูแลรักษาที่ไม่แน่นอน จึงส่งผลให้เกิดสภาวะความไม่แน่นอนทางจิตใจ นำไปสู่ความรู้สึกบีบคั้นทางจิตใจได้ (Begam & Devi, 2020; Savitsky et al., 2020) อีกทั้งบริบทของการเป็นนักศึกษาทางการพยาบาลที่มีการเรียนการสอนทั้งในห้องเรียนและฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นจุดที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสต่อผู้ติดเชื้อโรคต่าง ๆ (Mitchell, 2018; Watson et al., 2009) ดังนั้นนักศึกษาพยาบาลจึงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดสภาวะบีบคั้นทางจิตใจได้สูงกว่าประชาชนทั่วไปและนักศึกษากลุ่มอื่น ๆ ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าสถาบันการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีการปรับเปลี่ยนช่วงเวลาการจัดการเรียนการสอน การฝึกปฏิบัติงาน การกำหนดนโยบายป้องกันแพร่กระจายเชื้อที่เข้มข้น ทำให้นักศึกษาต้องมีการปรับตัวหลาย ๆ ด้านพร้อมกัน อาจกังวลเกี่ยวกับความต่อเนื่องของการศึกษา ระยะเวลาในการสำเร็จการศึกษาที่ยาวนานออกไปปัจจัยเหล่านี้อาจมีส่วนก่อให้เกิดความเครียดและภาวะบีบคั้นทางจิตใจมากยิ่งขึ้นได้ (Arima et al., 2020; Subba, Subba, Singh, & Metah, 2021; Savitsky et al., 2020)

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 กับภาวะบีบคั้นทางจิตใจมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเป็นความสัมพันธ์เชิงลบขนาดความสัมพันธ์ในระดับน้อย นั่นหมายถึงนักศึกษาพยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 น้อย จะมีความวิตกกังวลและภาวะบีบคั้นทางจิตใจได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่อธิบายว่าการขาดความรู้ความเข้าใจในโรคและวิธีการจัดการตนเองส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและภาวะบีบคั้นทางจิตใจได้มากขึ้น (Ho, Chee, & Ho, 2020; Wang, Kala, & Jafar, 2020) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีความรู้และทักษะในการจัดการต่อความเครียดและวิตกกังวลที่ดีจะมีภาวะบีบคั้นทางจิตใจได้น้อยลง (Savitsky et al., 2020) จากข้อมูลดังกล่าวจึงอาจเป็นไปได้ว่าการที่นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลโรคโควิด-19 และแนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลรู้เท่าทันและปรับตัวต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค เข้าใจและมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัว ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลและภาวะบีบคั้นทางจิตใจของนักศึกษาให้น้อยลงได้

การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะบีบคั้นทางจิตใจไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นหมายถึง การสนับสนุนทางสังคมมากหรือน้อยไม่มีผลต่อภาวะบีบคั้นทางจิตใจ ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Yasin and Dzulkifli (2010) ที่พบว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีส่วนช่วยลดภาวะบีบคั้นทางจิตใจให้ต่ำลง เช่นเดียวกับ Mboya et al. (2020) ที่พบว่าการรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมสามารถลดความรู้สึกภาวะบีบคั้นทางจิตใจได้ นอกจากนี้การศึกษาของ Vungkhanching et al. (2016) ที่ชี้ว่าหากได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี และมีทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้เกี่ยวกับภาวะบีบคั้นทางจิตใจของนักศึกษาที่ดีขึ้น ทั้งนี้เพราะการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นความรู้สึกของบุคคลที่รับรู้ว่าตนเองจะได้รับความช่วยเหลือ กำลังใจ และทักษะต่าง ๆ จากบุคคลสำคัญ เช่น เพื่อน อาจารย์ และครอบครัว เมื่อนักศึกษาเผชิญกับปัญหา แรงสนับสนุนจากบุคคลเหล่านี้จะช่วยให้การจัดการปัญหาที่ดีขึ้น ภาวะบีบคั้นทางจิตใจลดลง

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาสนับสนุนทางสังคมรายด้านพบว่าการสนับสนุนจากเพื่อนมีความสัมพันธ์กับภาวะบีบคั้นทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเป็นความสัมพันธ์เชิงลบขนาดความสัมพันธ์ในระดับน้อย นั่นแสดงว่านักศึกษาที่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนที่ดีจะมีภาวะบีบคั้นทางจิตใจต่ำลง ขณะที่การสนับสนุนจากครอบครัว และจากอาจารย์ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะบีบคั้นทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากข้อมูลนี้อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยร่วมกับเพื่อนบางสถาบันจัดให้อยู่ร่วมกันในหอพักประจำ ส่งผลให้เกิดความผูกพันและช่วยเหลือดูแลกัน ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 นักศึกษาจึงรู้สึกได้รับการสนับสนุนที่ดีและใกล้ชิดกับเพื่อนมากกว่าครอบครัวและอาจารย์ ซึ่งการรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูลที่ดี จะช่วยลดความเครียด วิตกกังวล ตลอดจนภาวะบีบคั้นทางจิตใจได้ (Mboya et al., 2020; Yasin & Dezulkifli, 2010)

ความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 กับภาวะบีบคั้นทางจิตใจมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเป็นความสัมพันธ์ในเชิงบวกขนาดความสัมพันธ์ระดับปานกลาง นั่นหมายถึง หากนักศึกษามีความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 ที่สูง ก็จะส่งผลให้นักศึกษามีภาวะบีบคั้นทางจิตใจได้มากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา Wang, Kala, and Jafar (2020) ที่พบว่าความวิตกกังวลต่อตัวโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับภาวะบีบคั้นทางจิตใจของประชาชน โดยระดับความวิตกกังวลและภาวะบีบคั้นทางจิตใจเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (Qiu et al., 2020; Wang et al., 2020) ทั้งนี้เป็นไปตามแนวคิดที่อธิบายว่าภาวะบีบคั้นทางจิตใจเกิดขึ้นเมื่อบุคคลอยู่ในเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและประเมินแหล่งความเครียดนั้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม และอันตรายที่อาจทำให้ตนเองสูญเสียการควบคุมได้ ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้นำมาซึ่งความกลัว ความวิตกกังวล เสียขวัญและความรู้สึกไม่แน่นอน (Huda, 2019) ดังนั้นเมื่อนักศึกษาเผชิญกับสถานการณ์โรคซึ่งยังเป็นโรคใหม่ สามารถติดต่อได้อย่างรวดเร็ว ข้อมูลความรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปอยู่ตลอดเวลา แนวทางการดูแลรักษาที่ยังไม่แน่นอนชัดเจน นักศึกษาจึงเกิดความเครียดและอาจประเมินสถานการณ์ว่าเป็นสิ่งที่ยากต่อการควบคุมได้ นำมาซึ่งความรู้สึกวิตกกังวล กลัว ซึมเศร้า และนำไปสู่ภาวะบีบคั้นทางจิตใจได้ ซึ่งจากความสัมพันธ์นี้หากมีการช่วยเหลือให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทักษะการจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวลด้วยวิธีการที่เหมาะสม น่าจะช่วยลดภาวะบีบคั้นทางจิตใจของนักศึกษาได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้พบว่าในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลต่อโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง และมากกว่าร้อยละ 80 ของนักศึกษาเหล่านี้มีภาวะบีบคั้นทางจิตใจในระดับที่สูงกว่าปกติ ซึ่งส่วนหนึ่งระบุว่ามีระดับภาวะบีบคั้นทางจิตใจสูงกว่าปกติมาก แสดงให้เห็นว่านักศึกษามีภาวะบีบคั้นทางจิตใจมากขึ้นเมื่ออยู่ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรค และยังพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคและการสนับสนุนจากเพื่อนมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับภาวะบีบคั้นทางจิตใจของนักศึกษาพยาบาลขณะที่ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อโรคเป็นแบบแปรผันตรงกับภาวะบีบคั้นทางจิตใจ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยไปใช้ประโยชน์

ควรมีการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคที่ชัดเจนและถูกต้อง ตลอดจนส่งเสริมการช่วยเหลือเกื้อกูลกันของนักศึกษา และกลวิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวล ซึ่งอาจจะช่วยลดภาวะบีบคั้นทางจิตใจของนักศึกษาให้น้อยลงได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการเผชิญกับความรู้สึกบีบคั้นทางจิตใจของนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

2.ควรมีการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และแนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องชัดเจนในบริบทที่เหมาะสำหรับนักศึกษาพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนักศึกษาพยาบาลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้บริหารของวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยทุกแห่งที่เอื้ออำนวยความสะดวกให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย.* สืบค้นจาก https://www.skho.moph.go.th/eoc/?wpdmpro/

กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *โรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่าสายพันธุ์ใหม่: รายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อ-กรมควบคุมโรค.* สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/intro.php

กรมสุขภาพจิต. (2563). *คู่มือการปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจทุกระดับผู้ประสบภาวะวิกฤตในกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19): แบบประเมินอาการวิตกกังวล.* สืบค้นจาก https://www.dmh.go.th/covid19/qa/

ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และชัชวาลย์ ศิลปกิจ. (2545). ความเชื่อถือได้และความแม่นตรงของ general health questionnaire (GHQ) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41*(1), 2-17.

ศมนนันท์ ทัศนีย์สุวรรณ, และกิตติกร นิลมานัต. (2562). ภาวะบีบคั้นด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและการพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 39*(4), 110-119.

สุธิสา เต็มทับ, และกิตติกร นิลมานัต. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะบีบคั้นทางจิตใจกับการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลามหรือระยะท้าย: การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 35*(4), 313-324.

Arima, M., Takamiya, Y., Furuta, A., Siriratsivawong. K., Tsuchiya. S., & Izumi, M. (2020). Factors associated with the mental health status of medical students during the COVID-19 pandemic: Across-sectional study in Japan. *BMJ Open, 10*(12), e043728. doi: 10.1136/bmjopen-2020-043728.

Begam, B., & Devi, K. (2020). A study to assess the perceived stress among nursing students during COVID-19 lockdown. *International Journal of Science and Healthcare Research, 5*(4), 388-393.

Buchner, A. (2010). *G*Power: Users guide – analysis by design.* Retrieved from http://www.psycho.uniduesseldorf.de/abteilungen/aap/gpower3

Boonyamalik, P. (2005). *Epidemiology of adolescent suicidal ideation: Roles of perceived life stress, depressive symptoms and substance use.* [dissertation]. Johns Hopkins University.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). New York: Lawrence Erlbaum Associates.

Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research, 287*(5). Retrieved from https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178120305400?via%3Dihub

Dai, Y., Hu, G., Xiong, H., Qiu, H., & Yuan, X. (2020). Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. *medRxiv preprint* (6 March 2020). Retrieved from https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.03.20030874v1

Ho, C. S., Chee, C. Y., & Ho, R. C. (2020). Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. *Ann Academic Medical Singapore, 49*(3), 155-160.

Huda, N. (2019). Psychological distress among patients with advanced cancer: A concept analysis. *Annals of Oncology, 30*(5), v822-v824. doi:10.1093/annonc/mdz273

Mboya, I. B., John, B., Kibopile, E. S., Mhando, L., George, J., & Ngocho, J. S. (2020). Factors associated with mental distress among undergraduate students in northern Tanzania. *BMC Psychiatry, 20*(28), Retrieved from https://doi.org/10.1186/s12888-020-2448-1

Mitchell, A. E. P. (2018). Psychological distress in student nurses undertaking an educational programme with professional registration as a nurse: Their perceived barriers and facilitators in seeking psychological support. *Psychiatric and Mental Health Nursing, 25*(4), 258-269.

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *General Psychiatry, 33*(e100213), Retrieved from https://gpsych.bmj.com/content/gpsych/33/2/e100213.full.pdf

Savitsky, B., Findling, Y., Ereli, A., & Hendel, T. (2020). Anxiety and coping strategies among nursing students during the covid-19 pandemic. *Nurse Education in Practice, 46*, 102809. Retrieved from https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102809

Subba, R., Subba, S. K., Singh, J. P., & Metah, K. R. (2021). Psychological impact and coping strategies of nursing students during the outbreak of coronavirus disease in Nepal. *Asian Journal of Multidisciplinary Studies, 8*(9), 23-31.

Tan, B. Y., Chew, W. N., Jing, M., Yeo, L. L., Zhang, K., Ahmad, A., & Sharma, V. K. (2020). Psychological Impact of the COVID-19 pandemic on health care workers in Singapore. *American College of Physicians.* Retrieved from https://annals.org by guest doi:10.7326/M20-1083

Vungkhanching, M., Tonsing, J. C., & Tonsing, K. N. (2016). Psychological distress, coping and perceived social support in social work students. *British Journal of Social Work, 47*(3), 1999–2013.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C.S., . . . Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the Initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(1), 17-29. doi:10.3390/ijerph17051729

Wang, Y., Kala, M. P., & Jafar, T. H. (2020). Factors associated with psychological distress during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the predominantly general population: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE, 15*(12), e0244630. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7769562/pdf/pone.0244630.pdf

Watson, R., Gardiner, E., Hogston, R., Gibson, H., Stimpson, A., Wrate, R., & Deary, I. (2009). A longitudinal study of stress and psychological distress in nurses and nursing students. *Journal of Clinical Nursing, 18*(2), 270-278.

World Health Organization. (2021). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic: Situation report.* Retrieved from https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019

Xiang, Y. T., Yu X., Ungvari, G. S., Correll, C. U., & Chiu, H. F. (2020). Outcomes of SARS survivors in China: Not only physical and psychiatric co-morbidities. *East Asian Arch Psychiatry, 24*(1), 37–38.

Yasin, M. S., & Dzulkifli, M. A. (2010). The relationship between social support and psychological problems among students. *International Journal of Business and Social Science, 3*(1), 110-116.

Zimet, G., Dahlem, W. N., Zimet, G. S., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30-41.

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ในมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก

สุภัสสร เลาะหะนะ, พย.ม.[1]
พัชนียา เชียงตา, พย.ม.[1]
พรนิภา ดีมงคล, พย.ม.[2]
ชิดชนก พันธ์ป้อม, พย.ม.[2]
ณัฏฐ์นรี คำอุไร, พย.ม.[1]
นัยนา ภูลม, ปร.ด.[3]

(วันที่ส่งบทความ: 14 มกราคม 2564; วันที่แก้ไข: 4 พฤษภาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 17 พฤษภาคม 2564)

บทคัดย่อ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นวิธีการให้อาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่คือการสนับสนุนจากครอบครัว การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นมารดาอายุระหว่าง 10-19 ปี และสมาชิกครอบครัวที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง จำนวน 60 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดและสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง (จำนวน 30 คน) ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มเปรียบเทียบ (จำนวน 30 คน) ได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือประกอบด้วยโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกการให้อาหารของทารก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่าร้อยละของมารดาที่เข้าร่วมโปรแกรม (ร้อยละ36.7) สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวจนครบ 6 เดือน มีจำนวนมากกว่ามารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติ (ร้อยละ 23.3) แต่ไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติ ที่ $p > .05$ อย่างไรก็ตามมารดาที่เข้าร่วมโปรแกรมมีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน มากเป็น 1.92 เท่าของมารดาที่ได้รับการพยาบาลปกติ (OR = 1.92; p = .263, 95% CI = [.147–1.396]) สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถช่วยเพิ่มโอกาสการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกได้ แต่การนำไปประยุกต์ใช้ควรปรับเพิ่มระยะเวลาหรือจำนวนครั้งของโปรแกรมให้มากขึ้น

คำสำคัญ: การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว, การสนับสนุนจากครอบครัว, มารดาวัยรุ่น

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี สถาบันพระบรมราชชนก
[2] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี สถาบันพระบรมราชชนก
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี สถาบันพระบรมราชชนก
[1] Corresponding author: สุภัสสร เลาะหะนะ, Email: supassorn@bcns.ac.th

Effects of a Family Participation Program on Exclusive Breastfeeding over Six Months Among First-Time Adolescent Mothers

Supasson Lorhhana, M.N.S.[1]
Patchaneeya Cheangta, M.N.S.[1]
Pornnipa Deemongkol, M.N.S.[2]
Chidchanok Phunpom, M.N.S.[2]
Natnari Khamaurai, M.N.S.[1]
Naiyana Pulom, Ph.D.[3]

(Received: January 14th, 2021; Revised: May 4th, 2021; Accepted: May 17th, 2021)

Abstract

Breastfeeding is considered to be the best feeding method for babies. One factor influencing the success of exclusive breastfeeding is family support. The aim of this quasi-experimental research was to study the effect of a Family Participation Program (the FPP) on exclusive breastfeeding over a period of 6 months among first-time adolescent mothers. The participants were sixty 10-19-year-old mothers and their family members who visited a hospital in the central part of Thailand for antenatal care services and childbirth and who met the inclusion criteria. They were randomly assigned to either the experimental group (n = 30 mothers), who participated in the FPP, or the comparison group (n = 30 mothers), who received regular care. The research intervention was the FPP and the data collection instruments were the Demographic Characteristics Questionnaire and the Infant Feeding Record Form. Data analysis was done using descriptive statistics and Chi squares. The results revealed that, although there were no statistically significant differences in the Chi square scores of the two groups at $p > .05$, the percentage of mothers participating in the FPP who exclusively breastfeed their children over the six months (36.7%) was significantly higher than the mothers who had only received regular services (23.3%) This means that mothers participating in the FPP were 1.92 times more likely to exclusively breastfeed their children over the six month period of the study (OR = 1.92; p = .263, 95% CI = [.147–1.396]) than the mothers who only received regular services. The results revealed that family participation will increase a chance for exclusive breastfeeding among first-time adolescent mothers. However, it is recommended that the duration, or number of sessions, of the program needs to be increased to accommodate including additional activities.

Keywords: exclusive breastfeeding, family participation, adolescent mother

[1] Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Praboromarajchanok Institute
[2] Registered Nurse, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Praboromarajchanok Institute
[3] Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Praboromarajchanok Institute
[1] Corresponding author: Supasson Lorhhana, E-mail: supassorn@bcns.ac.th

บทนำ

นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก เนื่องจากอุดมไปด้วยสารอาหารที่มีคุณค่ามากกว่า 200 ชนิด ครบตามที่ร่างกายทารกต้องการ ช่วยในการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ มีภูมิคุ้มกันโรคต่าง ๆ เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคภูมิแพ้ นมแม่จึงมีส่วนช่วยลดโอกาสการเจ็บป่วย ตลอดจนพัฒนาการด้านเชาว์ปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์เป็นไปในทางที่ดี (Kramer & Kakuma, 2012) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังช่วยสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตร ทำให้บุตรรู้สึกอบอุ่น เกิดความไว้วางใจผู้อื่น ซึ่งเป็นรากฐานของการสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง นอกจากนี้ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังมีประโยชน์ต่อสุขภาพของมารดา ทั้งช่วยป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ลดอัตราการเกิดมะเร็งรังไข่และมะเร็งเต้านม ตลอดจนมีประโยชน์ต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประโยชน์ต่อมารดาและทารกอย่างแท้จริง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) และองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (The United Nations Children's Fund [UNICEF]) ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงได้กำหนดให้มารดาหลังคลอดทั่วโลกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และให้นมแม่ร่วมกับอาหารตามวัยจนกระทั่งอายุทารก 2 ขวบหรือมากกว่านั้น ตามสัญลักษณ์ 1-6-2 (ให้นมแม่ 1 ชั่วโมงแรกหลังเกิด นมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และนมแม่ต่อเนื่องหลัง 6 เดือนร่วมกับอาหารตามวัยจนถึง 2 ปี; WHO, 2013) แม้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน จะมีความสำคัญและมีประโยชน์ต่อทั้งมารดาและทารก แต่จากรายงานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ในปี พ.ศ. 2559 เท่ากับร้อยละ 23.1 (UNICEF Thailand, 2016) ยังพบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวไม่บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 50 และมีการศึกษาพบว่า มารดาวัยรุ่นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมีอัตราลดลงตามระยะเวลาที่นานขึ้น ในระยะ 1-2 สัปดาห์แรก มารดาวัยรุ่นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 78.5-88.5 หลังจากนั้นอัตรานี้ลดลงอย่างรวดเร็วในระยะ 1-2 เดือน เหลือร้อยละ 43.1-57.6 และในระยะ 6 เดือนหลังคลอดเพียงร้อยละ 27 (Puapompong, Raungrongmorakot, Manolerdtewan, Ketsuwan, & Wongsin, 2014)

มารดาวัยรุ่นถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนสูงขึ้น แต่กลับเป็นกลุ่มที่เลือกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่ามารดาผู้ใหญ่ และมีโอกาสเกิดปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ (Sriwichai & Suriyachai, 2015) เนื่องจากขาดความพร้อมในการเป็นมารดาจากวุฒิภาวะที่เปลี่ยนสถานะจากวัยรุ่นมาเป็นมารดาที่มีความรับผิดชอบมากขึ้น วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อาจไม่เข้าใจถึงความต้องการของผู้อื่น จึงอาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้อย่างเหมาะสม ประกอบกับมารดาวัยรุ่นยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ บางส่วนยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Giles, Connor, McClenahan, & Mallet, 2010; Leclair, Robert, Sprague, & Fleming, 2015) และประสบปัญหาที่เกิดจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น น้ำนมไม่เพียงพอ เจ็บหัวนมและคัดตึงเต้านม อาจทำให้มารดายุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Jintrawet, Tongsawas, & Somboon,

2014; Sriwichai & Suriyachai, 2015; Supannee & McGrath, 2015) การที่มารดาวัยรุ่นจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จได้นั้น ต้องมีการส่งเสริมอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข และการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เมื่อมารดาจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว อาจได้รับอิทธิพลจากความเชื่อของบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะมารดาของตนเอง มารดาของสามี และสามี ซึ่งเป็นกลุ่มสนับสนุนที่มีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำของมารดาวัยรุ่นมาก

สมาชิกในครอบครัว เป็นกลุ่มบุคคลที่อยู่ใกล้กับมารดามากที่สุด และเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับการวิจัยของชญาภา ชัยสุวรรณ, ทัศนี ประสบกิตติคุณ, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และสุดาภรณ์ พยัคฆเรือง (2555) พบว่า การได้รับการช่วยเหลือและส่งเสริมจากบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ปู่ย่า ตายาย ช่วยให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ประสบความสำเร็จ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก เพื่อให้สมาชิกในครอบครัว เช่น สามี มารดา หรือสมาชิกอื่นที่มารดาไว้ใจเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1991) มาใช้เป็นกรอบในการสร้างโปรแกรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

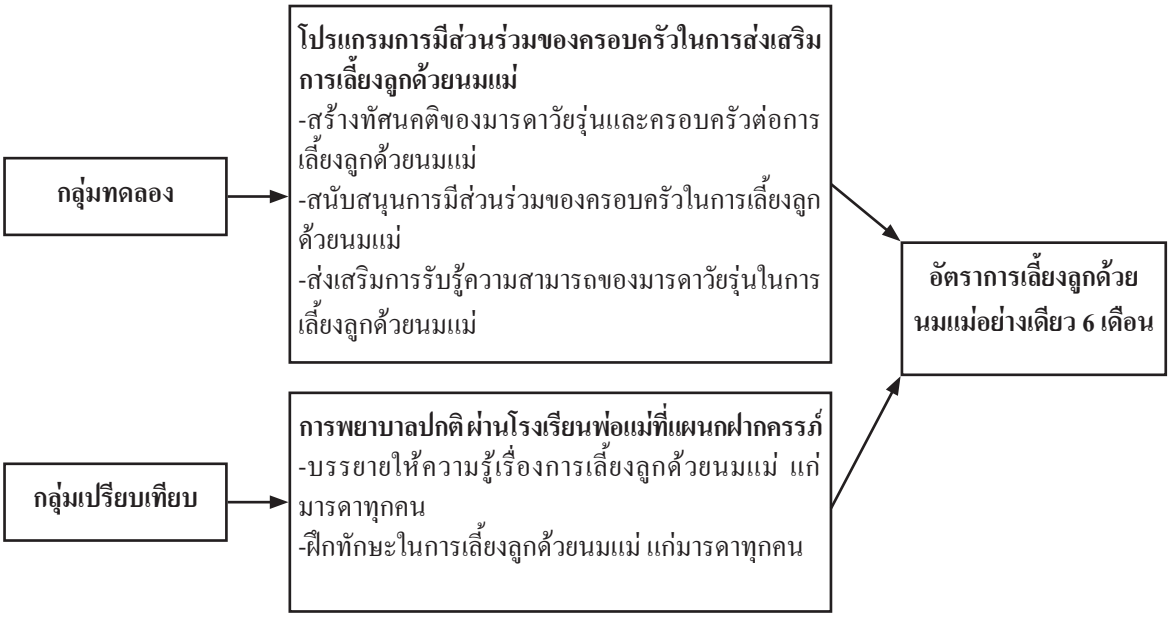
เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ระหว่างมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน กลุ่มมารดาวัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) มาใช้เป็นกรอบในการสร้างโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วย การสร้างทัศนคติของมารดาวัยรุ่นและครอบครัวต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดาวัยรุ่นและสมาชิกในครอบครัว เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการช่วยเหลือมารดาวัยรุ่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้มารดาวัยรุ่นรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และให้มารดาวัยรุ่นพร้อมกับสมาชิกในครอบครัวฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มารดาวัยรุ่นมีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น (กรรณิการ์ กันธะรักษา และปรียกมล เลิศตระการนนท์, 2558) มีผลต่อระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงขึ้น ผู้วิจัยมุ่งสร้างโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลให้มารดาวัยรุ่นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ให้สำเร็จต่อไปตามกรอบแนวคิดดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลองครั้งเดียว (Posttest only control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ มารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกและสมาชิกครอบครัว ที่มารับบริการ ณ แผนกฝากครรภ์และหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลสระบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก อายุระหว่าง 10-19 ปี และสมาชิกในครอบครัว ที่มารับบริการ ณ แผนกฝากครรภ์ และหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลสระบุรี

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ตั้งครรภ์เดี่ยวและคลอดบุตรคนแรก 2) อายุครรภ์ตั้งแต่ 32 สัปดาห์ขึ้นไป 3) ไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งมารดาและทารก เช่น มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ ภาวะติดเชื้อ HIV ทารกมีปากแหว่งเพดานโหว่ มีเส้นยึดใต้ลิ้นระดับปานกลางถึงรุนแรง เป็นต้น 4) สมาชิกภายในครอบครัว โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ สมาชิกภายในครอบครัวที่มารดาวัยรุ่นต้องการให้เข้ามามีส่วนร่วมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีเวลาในการดูแล ช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 5) สามารถอ่าน พูด และฟังภาษาไทยได้เข้าใจ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ เพื่อป้องกันความแตกต่างของตัวแปรแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มเปรียบเทียบ จึงใช้การจับคู่ (Control by matching) ด้วยการจำแนกกลุ่มวัยรุ่นตามอายุ ได้แก่ วัยรุ่นตอนต้น อายุระหว่าง 10-13 ปี วัยรุ่นตอนกลาง อายุระหว่าง 14-16 ปี และวัยรุ่นตอนปลาย อายุระหว่าง 17-19 ปี

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิเคราะห์ค่าอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ในการวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดระดับความเชื่อมั่น เท่ากับร้อยละ 95 (α = .05) ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80

และขนาดอิทธิพลของการทดลองขนาดปานกลาง (Medium size) เท่ากับ .50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 ราย เนื่องจากมีการติดตามกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์และต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเท่ากับร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จะได้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 26 ราย แต่ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็นกลุ่มละ 30 ราย รวมทั้งหมด 60 ราย

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี หนังสือรับรองโครงการวิจัย เลขที่ 078/2019 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2562 ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ให้สิทธิ์ในการตัดสินใจในการตอบแบบสอบถามและการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีและได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรมหรือสามีของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมพร้อมผู้แทนโดยชอบธรรม โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 7-12 ปี ให้ลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอมสำหรับเด็ก (Assent form) และกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 12 ปี ให้ลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอม (Consent form) ก่อนดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) ประกอบด้วย การบรรยายและสร้างทัศนคติแก่มารดาวัยรุ่นและครอบครัวให้รับรู้ประโยชน์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสร้างและการหลั่งน้ำนม หลักการดูด 3 ดูด และการจัดท่ามารดาในการให้นมบุตร ปัญหาอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และแนวทางการแก้ไขช่วยเหลือโดยใช้ในการนำเสนอผ่านวิดีโอที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การสาธิตและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการอุ้มทารกดูดนมแม่ การประคองเต้านมและบีบน้ำนมเพื่อให้มารดาวัยรุ่นและครอบครัวได้ฝึกปฏิบัติโดยผู้วิจัยเป็นผู้สาธิต

2.ชุดหุ่นทารก มีศีรษะทำด้วยพลาสติกแข็ง ลำตัวนุ่มบุด้วยใยสังเคราะห์ น้ำหนักใกล้เคียงกับทารกแรกเกิด และเต้านมปลอมบุด้วยใยสังเคราะห์ ได้รับจากมูลนิธินมแม่แห่งประเทศไทย เพื่อใช้ในการสาธิตให้มารดาวัยรุ่นและครอบครัวได้ร่วมกันฝึกปฏิบัติจริง

3.แผนการให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และบทบาทของครอบครัว โดยกิจกรรมประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านวิดีโอ เรื่อง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ในครอบครัว ลักษณะครอบครัว และข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ

2. แบบบันทึกการให้อาหารทารก สร้างโดย อุษา วงษ์พินิจ, นิตยา สินสุกใส, และฉวีวรรณ อยู่สำราญ (2559) ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง โดยการสัมภาษณ์มารดาเกี่ยวกับชนิดอาหารที่ให้แก่ทารก เมื่อทารกอายุ 1, 3 และ 6 เดือน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกการให้อาหารทารก ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องนมแม่ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 ท่าน โดยคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้เท่ากับ .88 - .93 และคุณภาพของหุ่นทารกและเต้านมปลอมที่ใช้ในการวิจัย เป็นชุดหุ่นทารกและเต้านมจากมูลนิธินมแม่แห่งประเทศไทยที่ใช้ในการเรียนการสอนเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุขและใช้ในสถานบริการ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโดยมีรายละเอียดในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มเปรียบเทียบ

1.ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมในคลินิกวัยรุ่นที่แผนกฝากครรภ์ ทุกวันพุธ เวลา 13.00-14.00 น. โดยดูแลให้มารดาวัยรุ่นได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากพยาบาลแผนกฝากครรภ์และพยาบาลแผนกสูติกรรมหลังคลอด ในวันที่ 1 หลังคลอด

2.เมื่อกลุ่มตัวอย่างและทารกกลับบ้านไปแล้ว ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามสัมภาษณ์เกี่ยวกับชนิดอาหารที่ให้แก่ทารกที่ผ่านมา และปัญหาที่พบขณะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 10 นาที ครั้งที่ 1 เมื่อทารกอายุ 1 เดือน ครั้งที่ 2 เมื่อทารกอายุ 3 เดือน และครั้งที่ 3 เมื่อทารกอายุ 6 เดือน

กลุ่มทดลอง แบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะตั้งครรภ์

ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ 32-35 สัปดาห์

1.ให้มารดาวัยรุ่นและสมาชิกในครอบครัวชมวิดีโอเกี่ยวกับประโยชน์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสร้างและการหลั่งน้ำนม หลักการดูด 4 ดูด และการจัดท่ามารดาในการให้นมบุตร ปัญหาอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และแนวทางการแก้ไขช่วยเหลือ ใช้เวลา 10 นาที

2. ผู้วิจัยสรุปประเด็นจากการชมวิดีโอและให้มารดาวัยรุ่นและสมาชิกในครอบครัวตอบคำถามเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแต่ละหัวข้อ จำนวน 10 ข้อ และเปิดโอกาสให้มารดาวัยรุ่นและสมาชิกในครอบครัวแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ใช้เวลา 20 นาที

ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป

1.ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ใช้เวลา 10 นาที

2.ผู้วิจัยสาธิตการประคองเต้านม การบีบน้ำนม และการอุ้มทารกดูดนมแม่ หลังจากนั้นให้มารดา

วัยรุ่นและสมาชิกครอบครัวสาธิตย้อนกลับ ใช้เวลา 20 นาที

3.ผู้วิจัยร่วมคิดวางแผนในการเตรียมความพร้อมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับมารดาวัยรุ่นและสมาชิกในครอบครัว ใช้เวลา 15 นาที

ระยะที่ 2 ระยะหลังคลอด

วันที่ 1 หลังคลอด

1.ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสร้างและการหลั่งน้ำนม หลักการดูด 3 ดูด และการจัดท่ามารดาในการให้นมบุตร ปัญหาอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และแนวทางการแก้ไขช่วยเหลือ ใช้เวลา 10 นาที

2.ฝึกปฏิบัติจริงโดยให้มารดาวัยรุ่นและสมาชิกครอบครัว ฝึกการอุ้มทารกให้ดูดนม การนวดเต้านม และการบีบน้ำนม ใช้เวลา 20 นาที

3.สรุปเนื้อหาและบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ใช้เวลา 10 นาที

ระยะติดตามผล เมื่อกลุ่มตัวอย่างและทารกกลับบ้านไปแล้ว ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามสัมภาษณ์เกี่ยวกับชนิดอาหารที่ให้แก่ทารกที่ผ่านมา และปัญหาที่พบขณะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 10 นาที ครั้งที่ 1 เมื่อทารกอายุ 1 เดือน ครั้งที่ 2 เมื่อทารกอายุ 3 เดือน และครั้งที่ 3 เมื่อทารกอายุ 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Fisher's exact test

2. เปรียบเทียบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกด้วยสถิติ Chi-square test

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่นทั้งสองกลุ่ม มีอายุระหว่าง 14-19 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 91.7 ส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 53.3 และ 46.7 ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 46.7) และอยู่ระหว่างเรียนหนังสือหรือพักการเรียน (ร้อยละ 43.3) กลุ่มทดลองอยู่ระหว่างเรียนหนังสือหรือพักการเรียน (ร้อยละ 43.3) รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 36.8) มีรายได้ครอบครัวระหว่าง 2,000-60,000 บาทต่อเดือน และเกือบทั้งหมดอยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 93.3 และ 100 ตามลำดับ มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่ตั้งใจที่จะมีบุตร ร้อยละ 63.3 และ 60 ตามลำดับ และสมาชิกในครอบครัวที่เข้าร่วมให้การช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของทั้งสองกลุ่ม ส่วนมากเป็นมารดาและย่าหรือยายของตนเอง เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะทั่วไปของมารดาวัยรุ่นและสมาชิกในครอบครัวระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 *การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง*

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	กลุ่มทดลอง (n = 30)	χ^2 (p-value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ (ปี)			1.93
≤ 16 ปี	12 (40.0)	07 (23.3)	(.17)[1]
17-19 ปี	18 (60.0)	23 (76.7)	
ค่าเฉลี่ย (*M*)	17.0	17.5	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*)	01.3	01.4	
ระดับการศึกษา			(.77)[2]
ประถมศึกษา	05 (16.7)	04 (13.3)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	16 (53.3)	14 (46.7)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.	09 (30.0)	12 (40.0)	
อาชีพ			(.31)[2]
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14 (46.7)	11 (36.8)	
นักเรียน/นักศึกษา	13 (43.3)	13 (43.3)	
พนักงานบริษัท/รับจ้างรายวัน	01 (03.3)	05 (16.6)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	02 (06.7)	01 (03.3)	
รายได้ครอบครัว (บาทต่อเดือน)			(.25)[2]
≤ 10,000 บาท	19 (63.3)	23 (76.7)	
10,001-20,000 บาท	11 (36.7)	7 7 (23.3)	
ค่าเฉลี่ย	10,550.0	09,700.0	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*)	04,351.7	10,276.0	
การได้รับความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่			(1.00)[2]
เคย	27 (90.0)	26 (86.7)	
ไม่เคย	03 (10.0)	04 (13.3)	
ความตั้งใจในการตั้งครรภ์			.07
ตั้งใจ	11 (36.7)	12 (40.0)	(.79)[1]
ไม่ตั้งใจ	19 (63.3)	18 (60.0)	

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	กลุ่มทดลอง (n = 30)	x^2 (p-value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ลักษณะครอบครัว			(.49)[2]
ครอบครัวเดี่ยว	2 (6.7)	0 (0.0)	
ครอบครัวขยาย	28 (93.3)	030 (100.0)	
สมาชิกในครอบครัวที่เลือกให้การช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่			(.48)[2]
มารดาตนเอง	9 (30.0)	11 (36.7)	
ย่า/ยาย	10 (33.3)	9 (30.0)	
สามี	6 (20.0)	5 (16.7)	
มารดาสามี	5 (16.7)	5 (16.7)	
อายุของสมาชิกในครอบครัว			(.53)[2]
≤ 20 ปี	1 (3.3)	2 (6.7)	
21-40 ปี	12 (40.0)	8 (26.7)	
≥ 41 ปี	17 (56.7)	20 (66.6)	
การศึกษาของสมาชิกในครอบครัว			(.03)[2]
ประถมศึกษา	4 (13.3)	11 (36.7)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	23 (76.7)	19 (63.3)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.	3 (10.0)	0 (0.0)	
อาชีพของสมาชิกในครอบครัว			(.42)[2]
พนักงาน/รับจ้างรายวัน	14 (46.7)	11 (36.7)	
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9 (30.0)	10 (33.3)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	7 (23.3)	9 (30.0)	

[1] chi-square test, [2] F = fisher's exact test

ผลการเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการให้อาหารทารก พบว่า ผลการเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการให้อาหารทารก เมื่อทารกอายุ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ พบว่า มารดาวัยรุ่นในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว เมื่อทารกอายุ 1, 3 และ 6 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (x^2 = 1.71, x^2 = 1.09, x^2 = 1.27, p > .05) ตามลำดับ ซึ่งมารดาวัยรุ่นในกลุ่มทดลองเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 66.7, 50 และ 36.7 เมื่อทารกอายุ 1, 3 และ 6 เดือน ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 *การเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการให้อาหารทารก เมื่อทารกอายุ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ*

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	กลุ่มทดลอง (n = 30)	x^2 (p-value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ทารกอายุ 1 เดือน			1.71
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว	15 (50.0)	20 (66.7)	(.19)
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่+นมผสม	15 (50.0)	10 (33.3)	
ทารกอายุ 3 เดือน			1.09
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว	11 (36.7)	15 (50.0)	(.30)
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่+นมผสม	19 (63.3)	15 (50.0)	
ทารกอายุ 6 เดือน			1.27
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว	07 (23.3)	11 (36.7)	(.26)
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่+นมผสม	23 (76.7)	19 (63.3)	

$p < .05$

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน พบว่า มารดาวัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมารดาที่ไม่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วม มีโอกาสในการเลี้ยงลูกด้วยนมอย่างเดียวไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อย่างไรก็ตาม มารดาวัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีโอกาสในการเลี้ยงลูกด้วยนมอย่างเดียวมากเป็น 1.92 เท่า (OR = 1.92; $p = .263$, 95% CI = [.617–5.863]) ของมารดาที่ไม่ได้รับโปรแกรม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 *การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน*

	B	*SE*	Wald	*df*	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
กลุ่มทดลอง-กลุ่มเปรียบเทียบ	.643	.574	1.254	1	.263	1.92	.617	5.863
ค่าคงที่	-1.190	.432	7.594	1	.006	.304		

$p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า มารดาวัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ไม่แตกต่างจากมารดาวัยรุ่นที่ได้รับการพยาบาลปกติ ($p > .05$) อธิบายได้ว่ามารดาวัยรุ่นและสมาชิกในครอบครัวทั้งสองกลุ่มอยู่ในพื้นที่ที่มีวัฒนธรรมและบริบทที่ไม่แตกต่างกัน ทำให้มีแนวคิด ความเชื่อหรือวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่คล้ายกัน ประกอบกับการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องทั้งจากรายการโทรทัศน์ สื่อสังคมออนไลน์ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทุกรายถูกดึงเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่เพื่อเตรียมตัวในการเป็นมารดา รวมถึงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากพยาบาลตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และปัจจุบันได้เชิญสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ด้วย ทำให้มารดาวัยรุ่นและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้และทัศนคติที่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาบ้างแล้ว ซึ่งรูปแบบโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนั้นมีส่วนคล้ายคลึงกับหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ที่มารดาวัยรุ่นได้รับ ทำให้ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

ภายหลังคลอดมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ประสบปัญหาน้ำนมไหลน้อย มีอาการเจ็บหัวนม และบางคนต้องกลับไปทำงาน หรือเรียนหนังสือ ทำให้มารดาวัยรุ่นใช้นมผสมในการเลี้ยงบุตรแทน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ แสงอินทร์, ณิชากร ชื่นอารมณ์, และรุจิรา เฉิดฉิ้ม (2563) พบว่า การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากคนในครอบครัวอาจไม่เพียงพอที่จะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ เช่น น้ำนมไม่ไหล/ไม่พอ และต้องกลับไปเรียนหรือทำงาน มารดาจึงแก้ปัญหาโดยการให้นมผสมเสริม เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุภัสสร เลาะหะนะ, นิตยา สินสุกใส, และวรรณา พาหุวัฒนกร (2561) ที่พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก เนื่องจากมารดาวัยรุ่นรู้สึกว่าน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ จึงให้นมผสมแก่บุตรเพิ่ม

ถึงแม้ว่าผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่นทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน พบว่า มารดาวัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวสูงกว่ามารดาวัยรุ่นที่ได้รับการพยาบาลปกติ คิดเป็นร้อยละ 36.7 และ 23.3 ตามลำดับ และมีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน มากกว่า 1.92 เท่า (OR = 1.92; $p = .263$, 95% CI = [.617–5.863]) อธิบายได้ว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ถึงระยะหลังคลอด ช่วยให้มารดาวัยรุ่นเกิดความมั่นใจและรับรู้ว่าตนเองสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ ส่งผลให้มารดาวัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมมีระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานกว่ามารดาวัยรุ่นที่ได้รับการพยาบาลปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ นภา ศรีทองใบ, วรรณี เดียวอิศเรศ, และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี (2560) พบว่า มารดาหลังคลอดที่ได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ สามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจและสามารถควบคุมพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของตนเองว่าสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ นอกจากนี้ การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากแหล่งที่มีอิทธิพลที่สำคัญ คือ

ครอบครัว ทำให้มารดาเกิดความมุ่งมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ได้มากกว่ามารดาที่มีการสนับสนุนน้อยหรือไม่มีแหล่งสนับสนุน (ศิริวรรณ แสงอินทร์, ณิชากร ชื่นอารมณ์, และรุจิรา เฉิดฉิ้ม, 2563)

งานวิจัยนี้ได้ใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) มาใช้ในโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วย การสร้างทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หากวิเคราะห์ตามกิจกรรมในโปรแกรม มารดาวัยรุ่นและสมาชิกในครอบครัวได้รับความรู้และเห็นตัวแบบวิธีปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้องผ่านตัวแบบผู้วิจัยที่เป็นพยาบาลและประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว เป็นการสร้างทัศนคติที่ดีและความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และให้สมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิดกับมารดาวัยรุ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีการฝึกทักษะในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด การอุ้มทารกดูดนมแม่ การบีบน้ำนม และการป้อนนมด้วยถ้วย เป็นการให้มารดาวัยรุ่นได้รับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนและช่วยเหลือมารดาวัยรุ่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นวิธีการที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี ทำให้พัฒนาความคิดที่เป็นของตนเกิดขึ้น

เมื่อมารดาวัยรุ่นและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ที่ถูกต้องและคาดหวังในประโยชน์ที่เกิดจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยให้เกิดแรงจูงใจและมุ่งมั่นที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีผลต่อระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานขึ้น ซึ่งการที่มารดาวัยรุ่นและสมาชิกครอบครัวได้รับความรู้เพื่อสร้างทัศนคติที่ดี สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติและรับรู้บทบาทของตนเองในการช่วยเหลือมารดาวัยรุ่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้น ทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดความมั่นใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จ (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2561) นอกจากนี้การพูดคุยแลกเปลี่ยนกับมารดาวัยรุ่นและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ทำให้มารดามีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้องมากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$; อัญญา ปลดเปลื้อง, อัญชลี ศรีจันทร์, และสัญญา แก่วประพาฬ, 2559) ส่งผลต่อระยะเวลาและความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะเห็นได้ว่า สมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเสริมแรงมารดาวัยรุ่นให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานถึง 6 เดือน

สรุปและข้อเสนอแนะ

ถึงแม้ว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของมารดาวัยรุ่นทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่มารดาที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนมีจำนวนมากกว่ามารดาวัยรุ่นที่ได้รับการพยาบาลปกติ และมีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน มากเป็น 1.92 เท่า แสดงให้เห็นว่าสมาชิกครอบครัวจึงมีความสำคัญในการเสริมแรงพฤติกรรมของมารดาวัยรุ่นให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว มาใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นให้มีระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานขึ้น โดยจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมและส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ และความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดาวัยรุ่นและครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีความคล้ายคลึงกับหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ที่จัดให้กับสตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ที่ได้นำสมาชิกครอบครัวเข้ามาร่วมกิจกรรมด้วย อาจทำให้มารดาทั้งสองกลุ่มได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่คล้ายกัน จึงส่งผลให้ผลการศึกษาไม่มีความแตกต่างกัน ดังนั้น จึงควรปรับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นี้ให้มีความแตกต่างจากหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ของกรมอนามัย และเพิ่มจำนวนครั้งในการทำกิจกรรมให้มากขึ้น

2.ควรนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปศึกษากับมารดาหลังคลอดกลุ่มอื่น ๆ เช่น มารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอด มารดาหลังคลอดบุตรก่อนกำหนด เพื่อศึกษาว่าโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถนำไปใช้กับมารดาหลังคลอดได้ทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

กรรณิการ์ กันธะรักษา, และปรียกมล เลิศตระการนนท์. (2558). ทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผนกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. *พยาบาลสาร, 42*(2), 169-176.

ชญาภา ชัยสุวรรณ, ทัศนี ประสบกิตติคุณ, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และสุดาภรณ์ พยัคฆเรือง. (2555). อำนาจการทำนายของการสนับสนุนจากสามี ย่ายาย และพยาบาลต่อระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 30*(1), 70-80.

นภา ศรีทองใบ, วรรณี เดียวอิศเรศ, และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. (2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์แรก. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี, 42*(1), 27-34.

มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2561). การสนับสนุนของครอบครัวต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. *Journal of Community Development Research (Humanities and Social Sciences), 11*(4), 1-9.

ศิริวรรณ แสงอินทร์, ณิชากร ชื่นอารมณ์, และรุจิรา เฉิดฉิ้ม. (2563). ปัจจัยทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ในเขตภาคตะวันออกของประเทศไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 38*(3), 22-34.

สุภัสสร เลาะหะนะ, นิตยา สินสุกใส, และวรรณา พาหุวัฒนกร. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ในมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชนนี กรุงเทพ, 34*(2). 36-47.

อัญญา ปลดเปลื้อง, อัญชลี ศีจันทร์, และสัญญา แก่วประพาฬ. (2559). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการสนับสนุนของครอบครัว ต่อความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 11*(2), 41-52.

อุษา วงศ์พินิจ, นิตยา สินสุกใส, และฉวีวรรณ อยู่สำราญ. (2559). ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและประสิทธิภาพการดูดนมของทารกก่อนจำหน่าย ในการทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 1 เดือน ในมารดาที่มีบุตรคนแรก. *วารสารพยาบาลทหารบก, 17*(1), 88-95.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organization Behavior and Human Decision Process, 50*, 179-211.

Giles, M., Connor, S., McClenahan, C., & Mallet, J. (2010). Attitude to breastfeeding among adolescents. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 23*, 285-293.

Jintrawet, U., Tongsawas, T., & Somboon, L. (2014). Factors associated with the duration of exclusive breastfeeding among postpartum mothers. *Nursing Journal, 41*(1), 133-144.

Kramer, M. S., & Kakuma, R. (2012). Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Systematic Review, 15*(8).

Leclair, E., Robert, N., Sprague, A. E., & Fleming, N. (2015). Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent pregnancies: A cohort study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 28*, 516-521.

Puapompong, P., Raungrongmorakot, K., Manolerdtewan, W., Ketsuwan, S., & Wongsin, S. (2014). Teenage pregnancy and exclusive breastfeeding rates. *Journal of Medical Association of Thailand, 97*(9), 893-898.

Supannee, K., & McGrath, J. M. (2015). An integrative review of factors influencing breastfeeding in adolescent mothers. *Journal of Perinatal Education, 24*(2), 119-127.

Sriwichai, P., & Suriyachai, P. (2015). The success of the exclusive breastfeeding among teenage mothers in the first 6 months after birth at Phayao Hospital. *Journal of Phrapokklao Nursing College, 26*(1), 17-24.

UNICEF Thailand. (2016). *Multiple indicator cluster survey of children and women in Thailand 2015-2016.* Bangkok: UNICEF Office for Thailand.

World Health Organization. (2013). *Breastfeeding-exclusive breastfeeding.* Retrieved from http://www.who.int/features/facfiles/breastfeeding/en/

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง

ทัศนีวรรณ กรุงแสนเมือง, พย.ม.[1]
สมพร วัฒนนุกูลเกียรติ, วท.ม.[2]

(วันที่ส่งบทความ: 7 พฤษภาคม 2564; วันที่แก้ไข: 20 พฤษภาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 28 พฤษภาคม 2564)

บทคัดย่อ

การศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่จำเพาะต่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus [GDM]) ในประเทศไทยยังมีจำนวนจำกัด การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior Promotion Program [the HBPP]) ต่อพฤติกรรมสุขภาพและการเกิด GDM ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะดังกล่าว ผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 108 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยการสุ่มแบบเป็นชั้นและแบ่งเป็นกลุ่มย่อยในแต่ละชั้นตามปัจจัยเสี่ยงที่กำหนด กลุ่มเปรียบเทียบ (53 ราย) ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ส่วนกลุ่มทดลอง (55 ราย) ได้รับการดูแลตามมาตรฐานร่วมกับ the HBPP เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อ GDM (α = .83) และแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติไคสแควร์ และสถิติทดสอบที ผลการศึกษาพบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสตรีตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(54) = 12.213$, $p < .001$, $d = 0.88$) โดยคะแนนดังกล่าวสูงกว่าคะแนนของกลุ่มเปรียบเทียบ ($t(106) = 4.861$, $p < .01$, $d = 0.86$) นอกจากนี้ยังพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีสัดส่วนการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขณะตั้งครรภ์ตามเกณฑ์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($X^2(1, N = 108) = 3.077$, $p = .039$) แต่มีสัดส่วนการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์น้อยกว่า ($X^2(1, N = 108) = 4.102$, $p = .021$) จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมนี้ส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อ GDM มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ และช่วยลดโอกาสเกิด GDM ได้ จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ, เบาหวานขณะตั้งครรภ์, สตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง

[1] นักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[2] รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[1] Corresponding author: ทัศนีวรรณ กรุงแสนเมือง, Email: tassa_aor@hotmail.com

The Effects of a Health Behavior Promotion Program on Gestational Diabetes Mellitus Among Pregnant Women with Potential Risks

Tassaneewan Krungsaenmuang, M.N.S.[1]
Somporn Wattananukulkiat, M.Sc. [2]

(Received: May 7th, 2021; Revised: May 20th, 2021; Accepted: May 28th, 2021)

Abstract

There are a limited number of studies related to the promotion of health behaviors among pregnant women with potential risks for gestational diabetes mellitus (GDM) in Thailand. This randomized controlled trial aimed to investigate the effects of a Health Behavior Promotion Program (the HBPP) on health behavior and the incidence of GDM among pregnant women at potential risk for GDM. Participants were 108 pregnant women meeting the selection criteria, who were assigned to either the comparison or experimental group using stratified randomization with random permuted blocks within strata. The comparison group (n = 53) were provided with standard care, while the experimental group (n = 55) were provided with standard care and participated in the HBPP. Data were collected by using their demographic records, the Health Behavior of Pregnant Women with Potential Risks of GDM questionnaire (α = .83), and their clinical information records. The data were analyzed by using descriptive statistics, chi-squares, and t-tests. The results revealed that, after participating in the program, the mean score for the overall health behaviors of the pregnant women had increased statistically and significantly, $t(54) = 12.213$, $p < .001$, $d = 0.88$. The participant group's mean score was also higher than that of the comparison group's mean score, $t(106) = 4.861$, $p < .01$, $d = 0.86$. Moreover, we found that the women who had participated in the program had a statistically significant higher ratio of having adequate weight gain during pregnancy than the comparison group, $X^2(1, N = 108) = 3.077$, $p = .039$ and a lower ratio of incidence for GDM, $X^2(1, N = 108) = 4.102$, $p = .021$. In conclusion, the HPBB enhances appropriate health behavior among pregnant women with potential risks for GDM and adequate weight gain, while reducing the incidence of GDM. Therefore, employing the program for this group of pregnant women is recommended.

Keywords: health behavior promotion program, gestational diabetes mellitus, pregnant women with potential risks

[1] Master of Nursing Science in Midwifery, Faculty of Nursing, Khon Khan University.

[2] Associate Professor in Midwifery, Faculty of Nursing, Khon Khan University.

[1] Corresponding author: Tassaneewan Krungsaenmuang, Email: tassa_aor@hotmail.com

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2558 พบสตรีทั่วโลกเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวนประมาณ 20.9 ล้านคนหรือร้อยละ 16.2 ของการเกิดมีชีพ (International Diabetes Federation [IDF], 2017) ปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยพบอุบัติการณ์เบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 16.2 (ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์, 2560) เบาหวานขณะตั้งครรภ์ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา ได้แก่ มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูง มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 12.7 เพิ่มโอกาสติดเชื้อและแท้ง (Kanthiya, Luangdansakul, Wacharasint, Prommas, & Smanchat, 2013) เพิ่มโอกาสการเป็นโรคเบาหวานหลังคลอดร้อยละ 8.4 ซึ่งสูงกว่าสตรีที่ไม่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์แรกที่พบเพียงร้อยละ 3.3 (Cho et al., 2016) ภาวะแทรกซ้อนต่อทารก ได้แก่ เพิ่มโอกาสที่ทารกจะตัวโต และเพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Wendland et al., 2012) เสี่ยงต่อความผิดปกติหรือมีความพิการแต่กำเนิด ทารกมีโอกาสตายในครรภ์ มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำภายหลังคลอด (Kanthiya et al., 2013) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลด้านอนามัยแม่และเด็ก การเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกแรกเกิด ที่เป็นตัวชี้วัดของประเทศ รวมถึงกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านการให้บริการเพิ่มมากขึ้น (Kolu, Raitanen, Rissanen, & Luoto, 2012)

สตรีตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ตลอดระยะของการตั้งครรภ์ เนื่องจากรกมีการสร้างฮอร์โมนฮิวแมนพลาเซ็นตัลแลคโทเจน (Human placental lactogen [hPL]) ซึ่งมีผลต้านการทำงานของอินซูลิน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น hPL จะเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ (ธรรมพจน์ จีรากรภาสวัฒน์, 2559) และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ 1) อายุ พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Carolan, Davey, Biro, & Kealy, 2012) 2) ค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index [BMI]) ก่อนตั้งครรภ์ พบว่าค่า BMI ที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Erem, Kuzu, Deger, & Can, 2015) 3) ประวัติเคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จะมีโอกาสเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่เคยมีประวัติ (Lee et al., 2017) 4) ประวัติมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน พบว่าจะเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Farrar et al., 2017) 5) ประวัติเคยคลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม พบว่าจะเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Farrar et al., 2017) สตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงและรับประทานอาหารเกินเกณฑ์มาตรฐาน มีโอกาสเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงแต่รับประทานอาหารตามเกณฑ์มาตรฐาน 3.3 เท่า ซึ่งหากมีการปรับพฤติกรรมสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงจะสามารถป้องกันการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ (ปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง, ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, อภิธาน พวงศรีเจริญ, และอรวรรณ พินิจเลิศสกุล, 2559)

จากการศึกษาพบว่ามีการตรวจพบการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ร้อยละ 31.76 – 60.00 และตรวจพบเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 24 สัปดาห์ ร้อยละ 40.00 – 68.24 ของคนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Plasencia, Gercia, Pereira, Akolekar, & Nicolaides, 2011; O'Dwyer et al., 2012; Grewal et al., 2012) แสดงให้เห็นว่าสตรีตั้งครรภ์

โดยเฉพาะสตรีที่มีปัจจัยเสี่ยง มีโอกาสตรวจพบว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ และถึงแม้ว่าผลการตรวจในครั้งแรกที่มาฝากครรภ์จะปกติ แต่สตรีตั้งครรภ์ยังคงมีโอกาสที่จะเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้มากเมื่อมีอายุครรภ์เพิ่มมากขึ้น แต่จากการทบทวนแนวทางการดูแลสตรีที่มีปัจจัยเสี่ยงกลุ่มนี้กลับพบว่าได้รับการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์เหมือนสตรีตั้งครรภ์ปกติ ไม่มีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์แต่อย่างใด และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทยมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แต่ยังมีข้อจำกัดในการดำเนินการวิจัย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้สร้างโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับแต่ละบุคคล มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของทั้งสองกลุ่มให้มีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ให้ความรู้ฝึกปฏิบัติไปพร้อมกัน เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความพร้อม และขจัดอุปสรรคของสตรีตั้งครรภ์ในการปฏิบัติพฤติกรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังให้โปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
4. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

1. สตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. สตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. สตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีสัดส่วนการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขณะตั้งครรภ์ตามเกณฑ์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
4. สตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีสัดส่วนการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงในการวิจัยนี้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และคณะ (Becker et al., 1977) ที่อธิบายว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ก็ต่อเมื่อมีความเชื่อ ซึ่งมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็น

ไปได้ของการกระทำพฤติกรรมในการป้องกัน ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และปัจจัยร่วมต่าง ๆ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงจากการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และคาดว่าจะสามารถช่วยลดอัตราการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Randomized controlled trial) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (2555) และเกณฑ์ที่ใช้ในโรงพยาบาลอุดรธานีอย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่ อายุ ≥ 35 ปี ค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ ≥ 27 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน เคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เคยคลอดทารกหนัก ≥ 4,000 กรัม เคยคลอดทารกตายในครรภ์หรือมีความพิการ หรือตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ ≥ +1 และได้รับการตรวจคัดกรองหรือวินิจฉัยว่าไม่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยวิธี 50 g. GCT หรือ 100 g. OGTT คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างสองกลุ่ม มีทิศทางการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว โดยกำหนดระดับนัยสำคัญของการทดสอบเท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้ผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มละ 49 คน เพิ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยเพื่อป้องกันสูญหายร้อยละ 20 ดังนั้นจะได้ผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มละ 59 คน รวมผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมดเป็น 118 คน การสุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย การวิจัยนี้มีเกณฑ์ในการคัดเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) คือ 1) ผลการตรวจครั้งแรกที่มาฝากครรภ์พบว่าไม่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 2) อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม 4) สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น 5) มีโทรศัพท์มือถือหรือโทรศัพท์บ้าน 6) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ 7) ไม่เคยเข้าร่วมวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์มาก่อน ส่วนเกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) คือ มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระหว่างการศึกษา หรืออยู่ในกระบวนการวิจัยไม่ครบขั้นตอน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะเหมือนและสมดุลกัน ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์มากที่สุด 2 ปัจจัยเพื่อมาจัดแบ่งชั้น (Stratified randomization) ได้แก่ 1) อายุของสตรีตั้งครรภ์ แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ≥ 35 ปี และ< 35 ปี และ 2) BMI ก่อนตั้งครรภ์ แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ≥ 27 kg/m2 และ < 27 kg/m2 นำมากำหนดชั้น จะได้ 4 ชั้น ได้แก่ อายุ ≥ 35 ปีและ BMI ≥ 27 kg/

m2, อายุ ≥ 35 ปีและ BMI < 27 kg/m2, อายุ < 35 ปีและ BMI ≥ 27 kg/m2 และอายุ < 35 ปีและ BMI < 27 kg/m2 และแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 4 คนในแต่ละชั้น (Random permuted blocks within strata) ดังนั้นในกลุ่มย่อยแต่ละกลุ่มจะมีสตรีตั้งครรภ์เข้ากลุ่ม A (กลุ่มทดลอง) 2 คน และเข้ากลุ่ม B (กลุ่มเปรียบเทียบ) 2 คน

การพิทักสิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่ HE 612366) และโรงพยาบาลอุดรธานี (เลขที่35/2563) ในระหว่างการวิจัยหากผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สะดวกที่จะร่วมวิจัยต่อไม่ว่ากรณีใด ๆ สามารถขอออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการของโรงพยาบาล สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นแล้วจะได้รับความรู้และคู่มือเกี่ยวกับภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองทุกประการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 แผนการสอนสำหรับผู้วิจัย ใช้เป็นแนวทางการสอน ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การสอน กิจกรรมและระยะเวลาในแต่ละหัวข้อการสอน ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงและโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยง (การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การผ่อนคลายความเครียด และน้ำหนักที่ควรเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์) อุปสรรคและการขจัดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม มีวิธีการสอนโดยให้ความรู้เป็นรายกลุ่มย่อย สาธิตและให้ฝึกปฏิบัติ มีสื่อการสอน ได้แก่ คู่มือความรู้

1.2 คู่มือความรู้สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง ซึ่งมีเนื้อหาความรู้ตามหัวข้อในแผนการสอน และมีตารางสำหรับการลงบันทึกรายการอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการผ่อนคลายความเครียด เป็นเล่มคู่มือที่ออกแบบโดยผู้วิจัย มีข้อความ และภาพสี จำนวน 28 หน้า ขนาดA5 นำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 20 คน พบว่าสามารถพกพาสะดวก สามารถเข้าใจเนื้อหาและปฏิบัติตามได้ง่าย

1.3 แนวการสนทนาทางโทรศัพท์ เพื่อทบทวนความรู้ 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการผ่อนคลายความเครียด และมีข้อคำถาม เช่น สามารถปฏิบัติได้หรือไม่ เกิดปัญหาอย่างไร

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

2.1 ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเอง โดยให้สตรีตั้งครรภ์เป็นผู้เขียนตอบเอง ซึ่งแบบสอบถามเป็นลักษณะให้เติมคำในช่องว่างและแบบเลือกตอบ

2.2 ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม งานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนตามความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

ในระยะตั้งครรภ์ (ราตรี พลเยี่ยม และสมพร วัฒนนุกูลเกียรติ, 2558) โดยมีการปรับคำถามให้กระชับ ลดความซ้ำซ้อนของข้อคำถาม มีจำนวนทั้งหมด 15 ข้อ ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 7 ข้อ เชิงบวก 5 ข้อ เชิงลบ 2 ข้อ 2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ เชิงบวก 2 ข้อ เชิงลบ 1 ข้อ 3) พฤติกรรมการพักผ่อน จำนวน 3 ข้อ เชิงบวก 2 ข้อ เชิงลบ 1 ข้อ และ 4) พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 2 ข้อ เชิงบวก 1 ข้อ เชิงลบ 1 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประเมินค่า มีคำตอบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยคำถามเชิงบวก โดยตอบ 4 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ, 3 หมายถึง ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่, 2 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง และ 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย ส่วนคำถามเชิงลบ โดยตอบ 4 หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย, 3 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง, 2 หมายถึง ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ และ 1 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ ซึ่งมีคะแนนเต็ม 60 คะแนน และจะนำมาหาค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.3 ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเอง ประกอบด้วย จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และปัจจุบัน ค่า BMI ค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง น้ำหนักหลังการทดลอง ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ลงบันทึก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์ 3 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการให้การพยาบาลผดุงครรภ์ 2 ท่าน ดังนี้ แผนการสอนสำหรับผู้วิจัย คู่มือความรู้และแนวทางการสนทนาทางโทรศัพท์ ได้รับการตรวจสอบและปรับแก้ไขให้มีความถูกต้องเหมาะสมตามข้อเสนอแนะ ส่วนแบบสอบถามสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity index [CVI]) เท่ากับ .93

2. การหาความเที่ยง (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่จะศึกษาจำนวน 20 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก (Cronbach's alpha coefficient) เฉพาะแบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้เท่ากับ .83

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานให้เจ้าหน้าที่ของแผนกฝากครรภ์ช่วยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด หากประสงค์เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับคำแนะนำให้มาพบกับผู้วิจัย

2. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านเอกสารคำชี้แจงแก่อาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. จัดเข้าผู้เข้าร่วมการวิจัยตามลำดับในตารางสุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัย กลุ่มทดลองจะได้รับการนัดมาฝากครรภ์เป็นวันจันทร์ พุธ หรือวันศุกร์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการนัดมาฝากครรภ์ในวันอังคาร หรือวันพฤหัสบดี เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสองกลุ่มได้พบกัน

4. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละคนลงในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ ทั้งสองกลุ่มจะเริ่มการเก็บข้อมูลเมื่อทราบผลการตรวจว่าไม่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในช่วงอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ และสิ้นสุดเมื่อมาตรวจคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด อายุครรภ์อยู่ในช่วง 24 - 28 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

กลุ่มทดลอง 59 คน	**กลุ่มเปรียบเทียบ 59 คน**
ครั้งที่ 1 หลังจากเซ็นใบยินยอม ให้ตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที	ครั้งที่ 1 หลังจากเซ็นยินยอม ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง แจ้งวันที่จะประเมินหลังสิ้นสุดการทดลอง ใช้เวลาประมาณ 15 นาที
ครั้งที่ 2 สตรีตั้งครรภ์มาตามนัดของแผนกฝากครรภ์ ผู้วิจัยให้ความรู้รายกลุ่มย่อย กลุ่มละ 2 - 6 คน พร้อมกับได้รับแจกคู่มือความรู้ สาธิตและฝึกปฏิบัติการจัดรายการอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการลงบันทึกในคู่มือในห้องแยกที่ปิดมิดชิด และนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามทบทวนความรู้และกระตุ้นเตือน ใช้เวลาประมาณ 45-50 นาที	ครั้งที่ 2 สตรีตั้งครรภ์มาตามนัดของแผนกฝากครรภ์ ให้ความรู้รายกลุ่มย่อย กลุ่มละ 2-6 คน เรื่องภาวะไม่สุขสบายระหว่างตั้งครรภ์ เพื่อไม่ให้เกิดความแตกต่างจากกลุ่มทดลอง โดยไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ใช้เวลาประมาณ 45 - 50 นาที
ครั้งที่ 3 หลังจากได้รับกิจกรรมในครั้งที่ 2 ไปแล้ว 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามหญิงตั้งครรภ์เป็นรายบุคคลเพื่อทบทวนความรู้และกระตุ้นให้ลงบันทึกในคู่มือ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมนัดหมายให้นำคู่มือมาด้วยในวันที่มาตรวจตามนัด ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที	ครั้งที่ 3 ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการนัดเพื่อมาตรวจคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลค่าระดับน้ำตาลในเลือด และน้ำหนักตัวของสตรีตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสอนวิธีใช้คู่มือความรู้เกี่ยวกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์ใช้เวลาประมาณ 15 นาที
ครั้งที่ 4 ผู้เข้าร่วมการวิจัยมาตามนัดของแผนกฝากครรภ์ หลังจากได้รับกิจกรรมในครั้งที่ 2 ไปแล้ว 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะทบทวนความรู้ สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมและให้คำแนะนำเพิ่มเติม ประเมินการลงบันทึกข้อมูลในคู่มือเป็นรายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที	
ครั้งที่ 5 เมื่อได้รับการนัดเพื่อมาตรวจคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือด ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง และผู้วิจัยเก็บข้อมูลค่าระดับน้ำตาลในเลือด และน้ำหนักตัวของสตรีตั้งครรภ์ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที	

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มด้วยสถิติทดสอบทีแบบผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นอิสระต่อกัน (t-test for independent) ภายในกลุ่มด้วยสถิติทดสอบทีแบบผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่เป็นอิสระต่อกัน (t-test for dependent) เปรียบเทียบสัดส่วนน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์และสัดส่วนการเกิดเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test [X^2 - test])

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลปกติตามมาตรฐานจากแผนกฝากครรภ์ร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพฯ จำนวน 59 ราย แต่ผู้เข้าร่วมการวิจัยถูกคัดออกจากการวิจัยตามเกณฑ์คัดออก จำนวน 4 ราย เนื่องจาก แท้งเอง 1 ราย มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 2 ราย และไม่มาตามนัดฝากครรภ์ 1 ราย กลุ่มทดลองจึงมีจำนวน 55 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลปกติตามมาตรฐานจากแผนกฝากครรภ์ จำนวน 59 ราย แต่ผู้เข้าร่วมการวิจัยถูกคัดออกจากการวิจัยตามเกณฑ์คัดออก จำนวน 6 ราย เนื่องจาก ยุติการตั้งครรภ์ 1 ราย มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 2 ราย โทรศัพท์ติดต่อไม่ได้ 1 ราย และไม่มาตามนัดฝากครรภ์ 2 ราย กลุ่มเปรียบเทียบจึงมีจำนวน 53 ราย รวมจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้ง 2 กลุ่มเป็น 108 ราย แบ่งการนำเสนอผลการวิจัยเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปแล้วพบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.82) ตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43.40) ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ส่วนข้อมูลด้านอายุ BMI อาชีพ และปัจจัยเสี่ยง ดังแสดงในตารางที่ 2 ซึ่งข้อมูลที่เสนอในตารางนั้นเป็นข้อมูลที่พบเป็นส่วนใหญ่ในทั้งสองกลุ่ม

ตารางที่2 *ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ*

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
	M (SD)	*M (SD)*
อายุเฉลี่ย (ปี)	30.62 (7.41)	31.00 (6.84)
BMI ก่อนตั้งครรภ์ (kg/m^2)	24.98 (5.83)	25.79 (5.91)
	ร้อยละ	ร้อยละ
อาชีพแม่บ้านหรือไม่ได้ประกอบอาชีพ	41.82	32.08
มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 1 ปัจจัย	45.46	52.83
มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 2 ปัจจัย	38.18	33.96
BMI 27 kg/m^2 ขึ้นไป	31.91	31.40
ญาติสายตรงเป็นเบาหวาน	30.85	31.40
อายุ 35 ปีขึ้นไป	29.79	30.23

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์

1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม (M = 46.80, SD = 4.22) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (M = 42.42, SD = 5.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t(106) = 4.861$, $p < .01$, $d = 0.86$) และเปรียบเทียบรายด้านต่าง ๆ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่3 *เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ*

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 55)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 53)		t	df	95% CI	p-value
	M	SD	M	SD				
โดยรวม	46.80	4.22	42.42	5.12	4.861**	106	2.60 –6.17	.000
ด้านการรับประทานอาหาร	21.24	2.17	18.91	2.84	4.800**	106	1.37 –3.29	.000
ด้านการออกกำลังกาย	9.35	1.49	8.38	1.60	3.256**	106	0.38 –1.56	.001
ด้านการพักผ่อน	9.65	1.38	9.34	1.43	1.167	106	0.22 –0.85	.123
ด้านการผ่อนคลายความเครียด	6.56	0.94	5.79	0.88	4.391**	106	0.42 –1.12	.000

** $p < .01$

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังให้โปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมหลังได้รับโปรแกรม (M = 46.80, SD = 4.22) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (M = 42.00, SD = 5.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t(54) = 12.213$, $p < .001$, $d = 0.88$) และการเปรียบเทียบรายด้านต่าง ๆ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 4 *เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังให้โปรแกรม*

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	หลังให้โปรแกรม		ก่อนให้โปรแกรม		t	df	95% CI	p-value
	M	SD	M	SD				
โดยรวม	46.80	4.22	42.00	5.47	12.213**	54	4.01 – 5.59	.000
ด้านการรับประทานอาหาร	21.24	2.17	18.47	3.20	10.202**	54	2.22 – 3.01	.000
ด้านการออกกำลังกาย	9.35	1.50	8.55	1.55	6.373**	54	0.55 – 1.05	.000
ด้านการพักผ่อน	9.65	1.38	9.20	1.57	4.404**	54	0.25 – 0.66	.000
ด้านการผ่อนคลายความเครียด	6.56	0.94	5.78	1.29	8.457**	54	0.60 – 0.97	.000

** $p < .01$

3. การเปรียบเทียบสัดส่วนการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ ร้อยละ 72.73 สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ ร้อยละ 56.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($x^2(1, N = 108) = 3.077, p = .039$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 5 *เปรียบเทียบสัดส่วนผลการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ*

การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์	กลุ่มทดลอง ($n = 55$)		กลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 53$)		x^2	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์	40	72.73	30	56.60	3.077*	.039
เพิ่มขึ้นไม่เป็นไปตามเกณฑ์	15	27.27	23	43.40		

* $p < .05$

4. การเปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 7.27 น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 20.75 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($x^2(1, N = 108) = 4.102, p = .021$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 6 *เปรียบเทียบสัดส่วนของการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ*

การเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์	กลุ่มทดลอง ($n = 55$)		กลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 53$)		x^2	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เป็นเบาหวาน	4	7.27	11	20.75	4.102*	0.021
ไม่เป็นเบาหวาน	51	92.73	42	79.25		

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง ตามกรอบแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และคณะ อภิปรายผลได้ดังนี้

สตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการผ่อนคลายความเครียดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 และสตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลได้รับกระบวนการให้ความรู้ ซึ่งประกอบด้วย การสอนรายกลุ่มย่อย 2 - 6 คน เรื่องเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้รับรู้ถึงความเสี่ยงต่อโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันและการขจัดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ทำให้บุคคลนอกจากจะได้รับความรู้แล้ว ยังมีความพยายามที่จะบรรลุเป้าหมายมากขึ้น มีประสานความสัมพันธ์ระหว่างกันในกลุ่ม เกิดการเรียนรู้ภายในกลุ่มย่อย มีความรู้สึกที่เกี่ยวกับตนเองและมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น (ทิศนา แขมมณี, 2554)

นอกจากนั้นโปรแกรมยังจัดให้บุคคลได้รับการสอนสาธิต เกี่ยวกับการจัดรายการอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งส่งผลให้บุคคลรับรู้ได้จากประสาทสัมผัสทั้ง 5 มองเห็นขั้นตอนต่าง ๆ ได้ชัดเจน ได้เรียนรู้ปฏิบัติจริง ไม่เกิดความเบื่อหน่าย หากเกิดความสงสัยสามารถซักถามได้ในทันที มีการร่วมคิดและให้กำลังใจกันภายในกลุ่ม การฝึกปฏิบัติยังทำให้เกิดทักษะนำไปสู่ความสำเร็จของการเรียนรู้ได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น (นัจภัค มีอุสาห์, 2557) การลงบันทึกในคู่มือที่แจกให้ของแต่ละคน ทำให้บุคคลรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการถูกโทรศัพท์สอบถามความรู้และการปฏิบัติตัวยังเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งกระบวนการการให้ความรู้ดังกล่าว จะนำไปสู่ความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลในทิศทางบวก ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการวิจัยของ Khiyali, Manoochri, Jeihooni, Heydarabadi, & Mobasheri (2017) และราตรี พลเยี่ยม และสมพร วัฒนนุกูลเกียรติ (2558) ที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตามพฤติกรรมสุขภาพด้านการพักผ่อน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกิดจากสตรีตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มมีพื้นฐานการปฏิบัติพฤติกรรมการนอนหลับที่เหมาะสมอยู่แล้ว ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยมีการนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง

สตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีสัดส่วนน้ำหนักตัวเพิ่มขณะตั้งครรภ์ตามเกณฑ์มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 3 อธิบายได้ว่า การได้รับโปรแกรมให้

ความรู้เรื่องเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ทำให้บุคคลมีความรู้และทักษะเพียงพอ นำไปสู่ความเชื่อเรื่องเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่เหมาะสม ทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค ทั้งการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล ตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และคณะ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang, Ma, & Yang (2015) และการศึกษาของ Koivusalo et al. (2016) ที่ศึกษาการป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง โดยการให้ความรู้เรื่องอาหาร ออกกำลังกาย และการเพิ่มของน้ำหนักระหว่างการตั้งครรภ์ ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีสัดส่วนการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 4 อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลได้รับโปรแกรมความรู้เรื่องเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ส่งผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์ตามที่ผู้วิจัยสอน ส่งผลให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ลดการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ ตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ และคณะ สอดคล้องกับการศึกษา Wang, Ma, & Yang (2015) และการศึกษาของ Koivusalo et al. (2016) ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีอุบัติการณ์เบาหวานขณะตั้งครรภ์น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและข้อเสนอแนะ

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง สามารถทำให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่เหมาะสม มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เป็นไปตามเกณฑ์และช่วยลดการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดที่ยังไม่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ประวัติครอบครัว ประวัติการตั้งครรภ์ และการคลอดให้มีความสมดุลกันได้ทุกปัจจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. แผนกฝากครรภ์สามารถนำคู่มือไปใช้ในการช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรค ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นรายบุคคล

2. สถานบริการสุขภาพสามารถใช้โปรแกรมเป็นแนวทางอบรมบุคลากรด้านการผดุงครรภ์ ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงของการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์

3. สถานศึกษานำโปรแกรมไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาลในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกการผดุงครรภ์ เพื่อสามารถให้การพยาบาลแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของกลุ่มทดลองและควบคุมให้มีความสมดุลกันทั้งอายุ ค่าดัชนีมวลกาย ประวัติครอบครัว ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด

เอกสารอ้างอิง

ทิศนา แขมมณี. (2554). ทฤษฎีการเรียนรู้แบบร่วมมือ: *ศาสตร์การสอนองค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ.* กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

ธรรมพจน์ จีรากรภาสวัฒน์. (2559). *โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus).* สืบค้นจาก http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn//index.php?option=com_ content&view= article&id=1197gestationaldiabetes-mellitus&catid=45topicreview&Itemid=561

นัจภัค มีอุสาห์. (2557). *การจัดการเรียนรู้แบบสาธิต.* สืบค้นจาก http:// www.mct.rmutt.ac.th/km/?p=1427

ปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง, ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, อภิธาน พวงศรีเจริญ, และอรวรรณ พินิจเลิศสกุล. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่ Glucose Challenge Test ผิดปกติ. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 34*(2), 58-69.

ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์. (2560). *บทบาทพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์.* กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2555). การตรวจคัดกรองเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์. *แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.* 169-184. สืบค้นจาก http://www.rtcog.or.th/home/cpg/1380/

ราตรี พลเยี่ยม, และสมพร วัฒนนุกูลเกียรติ. (2558). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนตามความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 22*(1), 77-92.

Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Haefner, D. P., & Drachmman, R. H. (1977). The health belief model and prediction of dietary compliance: A field experiment. *Journal of Health and Social Behavior, 18*(4), 348 – 366.

Carolan, M., Davey, M. A., Biro, M. A., & Kealy, M. (2012). Maternal age, ethnicity and gestational diabetes mellitus. *Midwifery, 28*(6), 778–783.

Cho, G. J., Park, J. H., Lee, H., Yoo, S., Shin, S. A., & Oh, M. J. (2016). Pre pregnancy factors as determinants of the development of diabetes mellitus after first pregnancy. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 101*(7), 2923–2930.

Erem, C., Kuzu, U. B., Deger, O., & Can, G. (2015). Prevalence of gestational diabetes mellitus and associated risk factors in Turkish women: The Trabzon GDM Study. *Archives of Medical Science, 11* (4), 724-735.

Farrar, D., Simmonds, M., Bryant, M., Lawlor, D. A., Dunne, F., Tuffnell, D., . . . Sheldon, T. A. (2017). Risk factor screening to identify women requiring oral glucose tolerance testing to diagnose gestational diabetes: A systematic review and meta-analysis and analysis of two pregnancy cohorts. *PLoS ONE, 12*(4), e0175288.

Grewal, E., Kansara, S., Kachhawa, G., Ammini, A. C., Kriplani, A., Aggarwal, N., . . . Rajesh, K. (2012). Prediction of gestational diabetes mellitus at 24 to 28 weeks of gestation by using first-trimester insulin sensitivity indices in Asian Indian subjects. *Metabolism Clinical and Experimental, 61*(5), 715-720.

International Diabetes Federation. (2017). *World diabetes day 2017.* Retrieved from https://www.idf.org/youngleaders/leaders/profile/218?language =zh-hans

Kanthiya, K., Luangdansakul, W., Wacharasint, P., Prommas, S., & Smanchat, B. (2013). Prevalence of gestational diabetes mellitus and pregnancy outcomes in women with risk factors diagnosed by IADPSG Criteria at Bhumibol Adulyadej Hospital. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology, 21*(4), 141-149.

Khiyali, Z., Manoochri, M., Jeihooni, A. K., Heydarabadi, A. B., & Mobasheri, F. (2017). Educational intervention on preventive behaviors on gestational diabetes in pregnant women: Application of health belief model. *International Journal of Pediatrics, 5*(5), 4821-4831.

Koivusalo, S., Rono, K., Klemetti, M. M., Roine, R. P., Linndstrom, J., Erkkola, M., . . . Beata, S. L. (2016). Gestational diabetes mellitus can be prevented by lifestyle intervention: The Finnish gestational diabetes prevention study (RADIEL). *Diabetes Care, 2016*(39), 24-30.

Kolu, P., Raitanen, J., Rissanen, P., & Luoto, R. (2012). *Health care costs associated with gestational diabetes mellitus among high-risk women – results from a randomized trial.* Retrieved from http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/71

Lee, J., Ouh, Y., Ahn, K. H., Hong, S. C., Oh, M. J., Kim, H. J., . . . Cho, G. J. (2017). Preeclampsia: A risk factor for gestational diabetes mellitus in subsequent pregnancy. *PLoS ONE, 12*(5), e0178150.

O'Dwyer, V., Farah, N., Hogan, J., O'Connor, N., Kennelly, M. M., & Turner M. J. (2012). Timing of screening for gestational diabetes mellitus in women with moderate and severe obesity. *Acta Obstetriciaet Gynecologica Scandinavica, 91*(4), 447-451.

Plasencia, W., Garcia, R., Pereira, S., Akolekar R., & Nicolaides, K. H. (2011). Criteria for screening and diagnosis of gestational diabetes mellitus in the first trimester of pregnancy. *Fetal Diagnosis and Therapy, 30*(2), 108-115.

Wang, S., Ma, J. M., & Yang, H. X. (2015). Lifestyle intervention for gestational diabetes mellitus prevention: A cluster-randomize controlled study. *Science Direct, 2015*(1), 169-174.

Wendland, E. M., Torloni, M. R., Falavigna, M., Trujillo, J., Dode, M. A., Campos, M. A., . . . Maria, I. S. (2012). Gestational diabetes and pregnancy outcomes – a systematic review of the World Health Organization (WHO) and the International Association of Diabetes in Pregnancy Study Groups (IADPSG) diagnostic criteria. *BMC Pregnancy and Childbirth, 12*(23), 1 -13.

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของบุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก

ฉันทนา โสวัตร, Ph.D.[1]
ขวัญชนก ยศคำลือ, พย.ม.[2]
พรทิพย์ สำริดเปี่ยม, พย.ม.[3]
อติภัทร พรมสมบัติ, พย.ม.[3]

(วันที่ส่งบทความ: 21 พฤษภาคม 2563; วันที่แก้ไข: 22 กรกฎาคม 2563; วันที่ตอบรับ: 24 กุมภาพันธ์ 2564)

บทคัดย่อ

การลดความวิตกกังวลในผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงซึ่งมารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก สามารถช่วยให้บุคคลเหล่านั้นปรับตัวต่อภาวะวิกฤติจากสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงซึ่งมารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอกครั้งแรก ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ประกอบด้วยแผนการให้ข้อมูล คู่มือการปฏิบัติตัว และวีดิทัศน์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และมาตรวัดความวิตกกังวลแบบประเมินค่าด้วยสายตา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบทีคู่และการทดสอบทีอิสระ ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง (M = 38.70, SD = 9.14) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (M = 46.73, SD = 5.10), $t(58) = 6.018$, $p < .001$, $d = 1.55$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนที่มีการติดตามเป็นระยะสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงซึ่งต้องเข้ารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอกได้ ดังนั้นพยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการเตรียมความพร้อมให้บุคคลที่เป็นความดันโลหิตสูงเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนเข้ารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก

คำสำคัญ: การให้ข้อมูล, ความวิตกกังวล, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, บริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก

---

[1] วิทยาจารย์ชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท สถาบันพระบรมราชชนก
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท สถาบันพระบรมราชชนก
[3] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท สถาบันพระบรมราชชนก
[2] Corresponding author: ขวัญชนก ยศคำลือ, E-mail: pikky_kid@hotmail.com

Effect of a Planned Information Provision Program on the Anxiety Levels of Persons with Hypertension Receiving Ambulatory Anesthesia

Chantana Sowat, Ph.D.[1]
Kwanchanok Yotkhamlue, M.N.S.[2]
Pornthip Sumridpeam, M.N.S.[3]
Atiphat Promsombut, M.N.S.[3]

(Received: May 21th, 2020; Revised: July 22th, 2020; Accepted: February 24th, 2021)

Abstract

Reducing the anxiety of persons with hypertension who are receiving ambulatory anesthesia can help them adapt to a crisis situation effectively. This quasi-experimental research was aimed at examining the effect of a planned information provision program (the PIPP) on the anxiety levels of persons with hypertension who were receiving ambulatory anesthesia. Participants (n = 60) were persons with hypertension receiving ambulatory anesthesia for the first time at a hospital in the central region of Thailand. They were recruited through purposive sampling with set criteria, and then they were assigned to either the comparison (n = 30) or experimental group (n = 30). The comparison group received regular nursing care, while the experimental group received the PIPP, which included a teaching plan, booklet, and video. The instruments for data collection included the demographic questionnaire and the visual analog scale for anxiety. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, paired t-tests, and independent t-tests. The results showed that the anxiety levels of the participants in the experimental group (M = 38.70, SD = 9.14) were statistically significantly lower than those in the comparison group (M = 46.73, SD = 5.10), $t(58) = 6.018$, $p < .001$, $d = 1.55$). The findings indicate that implementing the PIPP, along with periodical follow ups, can significantly reduce the anxiety level of persons with hypertension receiving ambulatory anesthesia. Thus, nurses should use the PIPP to help prepare their patients for ambulatory anesthesia in order to reduce their anxiety.

Keywords: providing information, anxiety, hypertensive patients, ambulatory anesthesia

[1] Instructor, Professional level, Boromarajonani College of Nursing, Phra Phutthabat, Praboromarajchanok Institute
[2] Registered nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Phra Phutthabat, Praboromarajchanok Institute
[3] Registered nurse, Practitioner Level, Boromarajonani College of Nursing, Phra Phutthabat, Praboromarajchanok Institute
[2] Corresponding author: Kwanchanok Yotkhamlue, E-mail: pikky_kid@hotmail.com

บทนำ

การให้บริการทางด้านวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก (Ambulatory anesthesia) เป็นการให้บริการที่ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นจากยาระงับความรู้สึกได้เร็ว และสามารถกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้เร็วขึ้น (Lee, 2017) ผู้ป่วยที่มารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอกที่ได้รับการรักษาโดยการทำหัตถการหรือผ่าตัดสามารถกลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่รับไว้ในการทำหัตถการหรือผ่าตัด โดยอยู่ในโรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง (International Association for Ambulatory Surgery, 2013) จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การให้บริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยร้อยละ 65-70 เป็นการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก (Lee, 2017) และในประเทศอังกฤษพบว่า ร้อยละ 65 ของผู้ป่วยนอกเป็นผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) สำหรับประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ คิดเป็นร้อยละ 36.34 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดครอบคลุมพื้นที่ 13 เขตสุขภาพ (สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) และมีแนวโน้มของจำนวนผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การบริการทางด้านวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก เป็นหนึ่งในกระบวนการของระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น การติดเชื้อ หรือผลกระทบด้านอารมณ์จากการผ่าตัดได้ (สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ไม่ต้องรอคิวนาน ลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล ลดอัตราการยกเลิกการผ่าตัด แต่ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยอาจต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติจากสถานการณ์ทำให้เกิดความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวลซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อย โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดมีจำนวนมากถึงร้อยละ 60-80 (Nigussie, Belachew, & Wolancho, 2014) นอกจากนี้การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่มีการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดน้อย อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดไม่เพียงพอ ระยะเวลารอผ่าตัดนานหรือความต้องการของผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนอง ตลอดจนเกิดความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด ผลของการผ่าตัด และความเสี่ยงในระหว่างการผ่าตัด จนสร้างความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดให้ผู้ป่วยได้เช่นเดียวกัน (Jiwanmall et al., 2020)

ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับบริการด้านวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก ส่งผลต่อการตอบสนองทางด้านอารมณ์และจิตใจ อาจทำให้เกิดความกระวนกระวาย ไม่สบายใจ ด้านความคิดเกิดความไม่มั่นใจต่อสถานการณ์ในอนาคต กลัวว่าจะเป็นอันตรายหรือเกิดความเสียหายจากการคาดว่าจะมีสิ่งคุกคามความมั่นคงของตนเอง หากมีความวิตกกังวลมากหรือเป็นระยะเวลานาน อาจเสี่ยงต่อการเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ จนไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัดตามที่นัดหมายได้ เช่น มีอาการทางคลินิกทรุดลง ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนาน และยังทำให้ผู้ป่วยรายอื่นเสียโอกาสในการรักษา (สมพร คำพรรณ์, อรสา โชคชัยนันท์, และอุบล จังพานิช, 2558; อวยพร จงสกุล, นารีรัตน์ อยู่สมบูรณ์, และศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์, 2563) นอกจากนี้ ยังมีผลต่อการตอบสนองด้านสรีรวิทยาโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง มีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติค และการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมีที่ส่งผล

ต่อการหลั่งแคททีโคลามีน (Catecholamine) ประกอบด้วย เอพิเนฟรีน (Epinephrine) และนอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) และระดับคอร์ติซอล (Cortisol) ในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดอัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Wetsch et al., 2009; Chunhui et al., 2013; Bedaso & Ayalew, 2019) ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทุกระยะของการผ่าตัด เช่น คลื่นไส้อาเจียน เลือดออก นอนไม่หลับ การอักเสบ และการติดเชื้อของแผลจากการยับยั้งการสร้างแอนตีบอดี้ในร่างกาย (ไมตรี ยอดแก้ว, วินีกาญจน์ คงสุวรรณ, และศรีสุดา วนาลีสิน, 2553) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจะทำให้มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลนาน และมีความวิตกกังวลจากภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น (Goldfarb, Bansal, & Brophy, 2017) จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 28 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความผิดปกติก่อนได้รับการผ่าตัด (Srisawasdi et al., 2007) เพราะความวิตกกังวลทำให้มีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยที่มีระดับความวิตกกังวลสูงจะทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตยากและมีโอกาสของการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (Chunhui et al., 2013)

การลดความวิตกกังวล สามารถปฏิบัติได้หลายวิธี เช่น การใช้ยา การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย และการให้ข้อมูลที่เพียงพอ (Musa et al., 2020) โดยเฉพาะการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนด้วยการให้ความรู้และส่งเสริมความเข้าใจในการดูแลและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังการให้ยาระงับความรู้สึก หากผู้ป่วยทราบวิธีการปฏิบัติตัวในแต่ละระยะของการผ่าตัด จะช่วยลดความวิตกกังวลและเกิดผลลัพธ์ที่ดีสำหรับผู้ป่วยได้ เช่น การศึกษาของ ตฤณ เสาทองหลาง และรุ้งระวี นาวีเจริญ (2560) พบว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษาของ เบญจวรรณ พวงเพชร,อุษาวดี อัศดรวิเศษ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, และกนกรัตน์ พรพาณิชย์ (2559) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกมีความวิตกกังวลก่อนเข้าห้องผ่าตัดและก่อนจำหน่ายกลับบ้านน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และ Nilsson, Dahlberg, & Jaensson (2019) พบว่า เมื่อผู้ป่วยและญาติเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามแนวทางการให้บริการอย่างเหมาะสม การผ่าตัดจะมีโอกาสประสบความสำเร็จได้สูง และผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็วขึ้น

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี มีจำนวนมาก จากการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2561 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอกมีจำนวน 217 คน คิดเป็นร้อยละ 34.23 ของจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทางวิสัญญีทั้งหมด ในขณะเดียวกันมีรายงานผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการผ่าตัด มีระดับความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure [SBP]) ≥ 180 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure [DBP]) ≥ 110 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 14.28 ทำให้ศัลยแพทย์ต้องตัดสินใจเลื่อนหรืองดการให้บริการในห้องผ่าตัด (หน่วยเวชระเบียน โรงพยาบาลพระพุทธบาท, 2562) จากการศึกษาพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับของความดันโลหิตสูงขึ้นคือความวิตกกังวล ซึ่งสามารถลดลงได้ด้วยการให้ข้อมูล

อย่างมีแบบแผน และการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลการศึกษาส่วนใหญ่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนสามารถช่วยลดความวิตกกังวลและควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยในการลดความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งยังส่งเสริมการฟื้นตัวสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอกให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก ที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการปรับตัวของรอย (Roy, 2009) โดยมีองค์ประกอบของ สิ่งเร้า (Stimuli) ซึ่งประกอบด้วย สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) และสิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) ผ่านกระบวนการควบคุม (Control process) จำแนกเป็น 2 ระบบย่อย คือ ระบบควบคุม (Regulator subsystem) และระบบการรู้คิด (Cognator subsystem) แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัว (Adaptive mode) จำแนกออกเป็น 4 ด้าน คือ การปรับตัวด้านสรีระ (Physiological mode) การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept mode) การปรับตัวด้านบทบาท (Role function mode) และการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัย (Independence mode) โดยมีผลลัพธ์ของการปรับตัว (Output) คือ พฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล ซึ่งอาจตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ (Adaptive response) หรือ ไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective response) และมีกระบวนการย้อนกลับ (Feedback) เพื่อให้สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

ในการศึกษาครั้งนี้โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก เปรียบเสมือนการจัดการสิ่งเร้าที่เป็นสิ่งนำเข้า (Input) คือ การเผชิญสถานการณ์ของผู้ป่วยที่รับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก และมีกระบวนการปรับตัวผ่านกระบวนการควบคุมและป้อนกลับ (Control and feedback) และมีผลลัพธ์เป็นสิ่งนำออก (Output) ด้านอัตมโนทัศน์ในองค์ประกอบของความมั่นคงในตนเอง คือ ความวิตกกังวล ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอกมีความรู้ความเข้าใจ ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมในทุกระยะของการรับบริการ จะทำให้สามารถปรับตัว และลดความวิตกกังวลในการมารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอกได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระพุทธบาท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอกครั้งแรก ณ โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power Version 3.1.9.3 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ .95 กำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับนัยสำคัญ .05 ใช้ขนาดอิทธิพลจากผลการวิจัยของ ดวงดาว อรัญวาสน์, สิริรัตน์ ตรีพุทธรัตน์, เทพกร สาธิตการมณี, และกชกร พลาชีวะ (2555) ได้ขนาดอิทธิพล ขนาดเท่ากับ 1.06 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 ราย

ดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงและรับประทานยารักษาความดันโลหิตตามปกติอย่างต่อเนื่อง 2) มีความรู้และความเข้าใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ จากแบบทดสอบความรู้และความเข้าใจ (The General Practitioner assessment of Cognition [GP-COG]) โดยมีคะแนนการทดสอบ 9 คะแนน (Griffiths, Puttinoi, & Pongsuksri, 2014) 3) ผู้ป่วยหรือญาติสามารถใช้สมาร์ทโฟนที่มีไลน์แอพพลิเคชั่น (Line application) ในการติดต่อสื่อสารได้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น ภาวะวิกฤติจากความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น 2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง 3) ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิก มากกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท (หนังสือรับรองเลขที่ EC004/62 วันที่ 30 มกราคม พ.ศ.2562)

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ซึ่งพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม การประชุมปรึกษาในหน่วยงาน และสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) แผนการให้ข้อมูลสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งมีเนื้อหาสำหรับการให้ความรู้ผู้ป่วยในวันที่พบผู้ป่วยครั้งแรกที่แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกโดยใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที จำนวน 1 ครั้ง 2) คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก และ 3) วีดิทัศน์การให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนมารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก โดยมีความยาวประมาณ 15 นาที โดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง หลังจากผู้ป่วยได้รับข้อมูลทั้ง 3 รูปแบบ ผู้ป่วยสามารถซักถามข้อสงสัยจากผู้วิจัยผ่าน

ช่องทางไลน์แอปพลิเคชันหรือทางโทรศัพท์ก่อนวันที่เข้ารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก และให้คำปรึกษาในการดูแลตนเองจนถึงหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว

2.2 มาตรวัดความวิตกกังวลแบบประเมินค่าด้วยสายตา (Visual analog scale for anxiety [VAS-A]) ใช้สำหรับการประเมินความวิตกกังวล ลักษณะเป็นเส้นตรงแนวนอน (Vertical line) มีความยาว 100 มิลลิเมตร โดยกำหนด 0 มิลลิเมตร หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวลเลย 100 มิลลิเมตร หมายถึง มีความวิตกกังวลมากที่สุด การแปลผล 1 มิลลิเมตร หมายถึง 1 คะแนน โดยคะแนนที่มาก หมายถึง มีความวิตกกังวลมาก และมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 100 คะแนน (Kindler, Harms, Amsler, Ihde-Scholl, & Scheidegger, 2000)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งประกอบด้วย แผนการให้ข้อมูลสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก และวีดิทัศน์การให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนมารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก ได้รับการตรวจสอบความตรง ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล วิสัญญีพยาบาล และศัลยแพทย์ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index [CVI]) เท่ากับ .95 และแก้ไขตามข้อแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีการปรับแก้ไขคู่มือการปฏิบัติก่อนการรับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอกในประเด็นการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและการสังเกตอาการผิดปกติหลังการรับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก และปรับภาษาและคำอธิบายภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยให้เข้าใจง่าย ส่วนวีดิทัศน์ผู้ทรงคุณวุฒิได้แนะนำให้ทำเนื้อหาให้กระชับ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่ใช้คำศัพท์ทางการแพทย์หรือภาษาอังกฤษในวีดิทัศน์ และการปรับขนาดตัวอักษรให้มีความชัดเจน นำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน จำนวน 10 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการใช้ภาษาของวีดิทัศน์ โดยการทดสอบความเข้าใจย้อนกลับ ทวนย้ำด้วยคำถามบางประโยคที่มีความสำคัญ ในการปฏิบัติตัว

2. มาตรวัด VAS-A เป็นแบบประเมินที่นำมาใช้กันในคลินิกอย่างแพร่หลาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการใช้ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยห้องพักฟื้นหลังผ่าตัด โดยมาตรวัด VAS-A ที่มีคะแนนจุดตัดมากกว่า 34 คะแนน มีค่าพื้นที่โค้ง (Area under curve) เท่ากับ 0.861 ค่าความไว (Sensitivity) เท่ากับ 81.58 และมีค่าความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับ 79.95 ต่อความวิตกกังวล (Labaste et al., 2019) ดังนั้น VAS-A จึงเป็นเครื่องมือที่มีความแม่นยำในการประมินความวิตกกังวลและสามารถใช้งานได้ง่าย ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำมาหาค่าความเที่ยงซ้ำอีกครั้ง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาแล้ว ผู้วิจัยไปที่ห้องตรวจศัลยกรรมแผนกผู้ป่วยนอก และขอความร่วมมือพยาบาลประจำแผนกในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ หลังจากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงของการเข้าร่วมวิจัยและสิทธิ์ในการตัดสินใจ ก่อนสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมโครงการเป็นรายบุคคล หลังจากผู้ป่วยยินยอม ให้ทำแบบทดสอบความรู้และความเข้าใจสำหรับคัดกรองก่อนเข้าร่วมการวิจัย และให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มเปรียบเทียบจนครบ 30 คน และดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองตามแผนการดำเนินงาน ดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ VAS-A ในวันที่พบผู้ป่วยครั้งแรกที่แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลตามแผนการให้ข้อมูล มอบคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก และอัปโหลดวิดีทัศน์ผ่านช่องทางไลน์แอปพลิเคชัน โดยมีความยาวประมาณ 15 นาที ผู้ป่วยสามารถฟังและดูซ้ำหลังจากฟังคำแนะนำเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก พร้อมทั้งสามารถขอคำปรึกษาและซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมผ่านช่องทางไลน์แอปพลิเคชันและทางโทรศัพท์

2. ก่อนวันนัดหมายรับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก 3 วัน ผู้วิจัยโทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการเยี่ยมทางโทรศัพท์

3. ในวันที่รับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยทบทวนการปฏิบัติตัวตามแบบฟอร์มตรวจสอบรายการให้คำแนะนำ (Checklist) และเปิดโอกาสให้ซักถามหลังจากนั้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ VAS-A ก่อนส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด

4. ติดตามผลหลังการผ่าตัดตามมาตรฐานของโรงพยาบาล พร้อมประเมินการปฏิบัติตัวตามแบบฟอร์มตรวจสอบรายการให้คำแนะนำ ผู้วิจัยให้คำแนะนำในการดูแลตนเองเพิ่มเติม และตอบคำถามเกี่ยวกับข้อสงสัยในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน และสิ้นสุดการวิจัย

5. สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วย การให้ข้อมูลจากพยาบาลประจำแผนก เช่น การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด การรับประทานอาหาร ยา การออกกำลังกาย อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง แต่ไม่ได้ให้กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมตามแผนการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) การทดสอบไคสแควร์ (Chi square test) การทดสอบทีคู่ (Paired t -test) และการทดสอบทีอิสระ (Independent t-test)

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 54.93 ปี (*SD* = 7.34) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50) ได้รับการผ่าตัดโดยตัดชิ้นเนื้อทั้งหมดเพื่อวินิจฉัย (Excisional biopsy) มากที่สุด (ร้อยละ 46.70) รองลงมา (ร้อยละ 30) คือ การส่องกล้อง (Endoscope) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.30) มีโรคประจำตัว 1 – 2 โรค ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 56.23 ปี (*SD*= 8.10) โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.70) และได้รับการผ่าตัดโดยตัดชิ้นเนื้อทั้งหมดเพื่อวินิจฉัย หรือการส่องกล้องจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 40) และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 1 – 2 โรคเท่ากับกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 63.30) เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้การทดสอบทีอิสระและการทดสอบไคสแควร์ พบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา จำนวนโรคประจำตัว และชนิดการผ่าตัดไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 *เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ*

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (*n* = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (*n* = 30)		*t*	χ^2	*p*
	M (SD)	*n (%)*	*M (SD)*	*n (%)*			
อายุ	54.93 (7.34)		56.23 (8.10)		.651		.517
เพศ							
หญิง		21 (70)		21 (70)		0.00	1.00
ชาย		9 (30)		9 (30)			
ระดับการศึกษา						.327	.995
ประถมศึกษา		15 (50.00)		14 (46.70)			
มัธยมศึกษา		5 (16.70)		6 (20.00)			
ปวช/ปวส		5 (16.70)		4 (13.30)			
ปริญญาตรี		5 (16.70)		6 (20.00)			
จำนวนโรคประจำตัว						.071	.791
1 – 2 โรค		18 (60.00)		19 (63.30)			
≥ 3 โรค		12 (40.00)		11 (36.70)			
ชนิดการผ่าตัด						.659	.719
Excisional biopsy		14 (46.70)		12 (40.00)			
Incisional biopsy		7 (23.30)		6 (20.00)			
Endoscope		9 (30.00)		12 (40.00)			

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอกก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติการทดสอบทีคู่ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการทดลองแตกต่างจากคะแนนหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(29) = 20.06$, $p < .001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการทดลองแตกต่างจากคะแนนหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(29) = 9.76$, $p < .001$) เช่นกัน ดังรายละเอียดค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 *เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลอง*

	คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล					
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	M	*SD*	*M*	*SD*	*t*	*p*-value
กลุ่มทดลอง ($n = 30$)	56.60	6.83	38.70	5.24	20.06	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 30$)	54.87	6.65	46.73	5.10	9.76	<.001

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก วิเคราะห์ด้วยสถิติการทดสอบทีอิสระในระยะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ($t(58) = -.966$, $p < .323$) และภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(58) = 6.018$, $p < .001$; $d = 1.55$) ดังรายละเอียดค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 *เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ*

	คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล					
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	M	*SD*	*M*	*SD*	*t*	*p*-value
ก่อนทดลอง	56.60	6.83	54.87	6.65	-.966	.323
หลังทดลอง	38.70	5.24	46.73	5.10	6.018	<.001

อภิปรายผลการวิจัย

ภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน เป็นการดำเนินการให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล มีรูปแบบและเนื้อหาที่แน่นอนและครอบคลุม มีการวางแผนการดูแลต่อเนื่องเริ่มตั้งแต่วันที่แพทย์นัดหมายจนถึงวันที่รับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก มีการให้ข้อมูลและคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคและการรักษา ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องเข้ารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก เพื่อเตรียมตัวก่อนมารับบริการ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจ และเห็นภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับขั้นตอน กระบวนการต่าง ๆ ที่ต้องเผชิญได้ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถคิดวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง มีความมั่นใจและสามารถควบคุมสถานการณ์ที่คุกคามชีวิต ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับเหตุการณ์หรือสิ่งที่ต้องเผชิญและสามารถพิจารณาตัดสินใจเลือกวิธีเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Mugelta, Ayana, Sintayehu, Dessie, & Zewdu, 2018) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลก่อนการผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อการเกิดความวิตกกังวลระดับสูง 2.03 เท่า (AOR = 2.03, 95% CI[1.22 – 3.39], $p < .05$)

นอกจากนี้โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีการประเมินเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามและระบายสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องการ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นส่วนตัวเพื่อให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้ข้อมูลที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของตนเองอย่างแท้จริง รวมทั้งมีการวางจุดมุ่งหมายร่วมกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแล ให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยเมื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน และคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอกเพื่อช่วยเตือนความจำ มีการติดตามผู้ป่วยก่อนวันนัดหมายผ่าตัดและให้คำปรึกษาโดยการโทรศัพท์เยี่ยมและผ่านช่องทางไลน์แอปพลิเคชั่น เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนกรณีมีข้อข้องใจสงสัยผู้ป่วยสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ เกิดความมั่นใจในการได้รับการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงดาว อรัญวาสน์ และคณะ (2555) ที่ศึกษาผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิพนธ์ วาตาดา และนรลักขณ์ เอื้อกิจ (2562) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอกที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีการได้รับข้อมูลอย่างชัดเจนและเพียงพอ ทำให้สามารถเตรียมตัวและเตรียมสภาพจิตใจในการเผชิญต่อสิ่งที่วิตกกังวล ผู้ป่วยเกิดการสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ ซึ่งจะช่วยให้สามารถปรับตัวในการเตรียมพร้อมเพื่อรับการบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอกได้ สอดคล้องกับแนวคิดการปรับตัวของรอย (Roy, 2009) ที่เชื่อว่า บุคคลเป็นระบบการปรับตัวระบบหนึ่งที่มีปฏิสัมพันธ์ทั้งภายในและภายนอกอยู่ตลอดเวลา การปรับตัวของบุคคลเป็นกระบวนการประกอบด้วยสิ่งเร้า เป็นปัจจัยนำเข้า ผ่านกระบวนการปรับตัวและผลลัพธ์ของการปรับตัว ซึ่งอธิบายได้ว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอกเป็นสิ่งเร้าตรงที่มากระตุ้นเข้ากระบวนการปรับตัวผ่านระบบการควบคุม และระบบการรู้คิด โดยมีผลลัพธ์ของการปรับตัวหรือสิ่งนำออกในด้านมโนทัศน์ในองค์ประกอบของความมั่นคงในตนเอง จึงทำให้ปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเผชิญกับความวิตกกังวลและลดความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังอธิบายการปรับตัวด้านสรีรวิทยา ในด้านของการทำหน้าที่ของระบบประสาท และการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อส่งผลต่อการหลั่งแคททีโคลามีน ประกอบด้วย เอพินิฟริน และ นอร์เอพินิฟรินลดลง และระดับของคอร์ติซอลลดลง ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม (Bedosa & Ayalew, 2019; Chunhui et al., 2013)

ดังนั้นโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เพียงพอชัดเจน ที่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ช่วยให้ผู้ป่วยผ่านกระบวนการปรับตัว มีการรับรู้ เรียนรู้ และตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญต่อสถานการ์ที่วิกฤติได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวล นำไปสู่ความมั่นคงทางร่างกายและจิตสังคม ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปและสามารถเข้ารับบริการได้ตามกำหนด อย่างไรก็ตามในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัด คือกลุ่มผู้ป่วยอาจมีความแตกต่างในการทำหัตถการ/การผ่าตัด ซึ่งมีความยากง่ายแตกต่างกันถ้าสามารถเจาะจงเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะการทำหัตถการ/การผ่าตัดได้ จะทำให้ข้อมูลที่ได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การออกแบบการวิจัยไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรทั่วไป (Generalization) เนื่องจากทำการศึกษาแหล่งเดียว และไม่ได้มีการสุ่มอย่างเป็นแบบแผนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

สรุปและข้อเสนอแนะ

การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีรูปแบบแน่นอน ครอบคลุม และเป็นระบบ รวมทั้งมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อต้องเข้ารับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอกได้อย่างถูกต้อง สามารถวางแผนและมีความพร้อมที่จะเผชิญสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนไปประยุกต์ใช้ในการบริการผู้ป่วย สำหรับเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด

และก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวล และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดอบรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่บุคลากรเพื่อพัฒนาความรู้ของผู้ปฏิบัติให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

2. ด้านการวิจัย ควรมีการออกแบบการวิจัยที่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ นอกจากนี้ควรมีระเบียบวิธีการวิจัยแบบทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) โดยคำนึงถึงตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ และผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดเห็นและคำแนะนำในการทำวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

ดวงดาว อรัญวาสน์, สิริรัตน์ ตรีพุทธรัตน์, เทพกร สาธิตการมณี, และกชกร พลาชีวะ. (2555). ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว. *วิสัญญีสาร, 8*(2), 102 – 108.

ตฤณ เสาทองหลาง, และรุ้งระวี นาวีเจริญ. (2560). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนบน. *วารสารแพทย์นาวี, 44*(1), 69 – 89.

นิพนธ์ วาตาดา, และนรลักขณ์ เอื้อกิจ. (2562). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลหลังสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 25*(1), 6 – 24.

เบญจวรรณ พวงเพชร, อุษาวดี อัศดรวิเศษ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, และกนกรัตน์ พรพาณิชย์. (2559). ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวลและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 34*(1), 53 – 62.

ไมตรี ยอดแก้ว, วินีกาญจน์ คงสุวรรณ, และศรีสุดา วนาลีสิน. (2553). การทบทวนวรรณกรรม: แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลขณะผ่าตัด และระงับความรู้สึกทาง ช่องน้ำไขสันหลัง. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 2*(3), 50 – 70.

สมพร คำพรรณ์, อรสา โชคชัยนันท์, และอุบล จังพานิช. (2558). โปรแกรมการเยี่ยมทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทางวิสัญญีพยาบาล. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย, 2*(1), 45 – 54.

สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ปี 2562.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

หน่วยเวชระเบียน โรงพยาบาลพระพุทธบาท. (2562). *สถิติผู้รับบริการทางวิสัญญีแบบผู้ป่วยนอก ปี 2561.* สระบุรี: โรงพยาบาลพระพุทธบาท.

อวยพร จงสกุล, นารีรัตน์ อยู่สมบูรณ์, และศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจรของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. *วารสารแพทย์เขต 4 – 5, 39*(1), 109 – 125.

Bedaso, A., & Ayalew, M. (2019). Preoperative anxiety among adult patients undergoing elective surgery: A prospective survey at a general hospital in Ethiopia. *Patient Safety in Surgery, 13*(18), 1-8.

Chunhui, L., Ju-xiang, L., Hai, S., Weitong, H., Qiang, P., & Xioshu, C. (2013). Preoperative anxiety is associated with higher blood pressure in patients waiting for surgery. *Heart (British Cardiac Society), 99*(Supplement 1), A66-A66.

Goldfarb, C. A., Bansal, A., & Brophy, R. H. (2017). Ambulatory surgical centers: A review of complications and adverse events. *Journal of the Amerecan Acdademy of Orthopedic Surgeons, 25*(1), 12-22.

Griffiths, J., Puttinoi, S., & Pongsuksri, M. (2014). *The General Practitioner Assessment of Cognition; GP-COG (Thai version): Validity and reliability.* Poster session presented at 9th Pan-Pacific Conference on Rehabilitation cum, 21st Annual Congress of Gerontology, Hong Kong.

International Association for Ambulatory Surgery. (2013). Ambulatory Surgery handbook. [cite 2020 May 4th]. Retrieved from http://www.iaas-med.com/files/Journal/19.2/ AMBSURG_19_2_IAAS 10thCongress.pdf

Jiwanmall, M., Jiwanmall, S. A., Williams, A., Kamakshi, S., Sugirtharaj, L., Poornima, K., & Jacob, K. S. (2020). Preopertive anxiety in adult patient undergoing day care surgery: Prevalence and associated factors. *Indian Journal of Psychological Medicine, 42*(1), 87-92.

Kindler, C. H., Harms, C., Amsler, F., Ihde-school, T., & Scheidegger, D. (2000). The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesthesia & Analgesia, 90*(3), 706-712.

Labaste, F., Ferre, F., Combelles, H., Rey, V., Foissac, J.C., Senechal, A., . . . Minville, V. (2019). Validation of a visual analogue scale for the evaluation of the postoperative anxiety: A prospective observational study. *Nursing Open, 6*, 1323-1330.

Lee, J. H. (2017). Anesthesia for ambulatory surgery. *Korean Journal of Anesthesiology, 70*(4), 398-406.

Mulugeta, H., Ayana, M., Sintayehu, M., Dessie, G., & Zewdu T. (2018). Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in Debre Markos and Felege Hiwot referral hospitals, Northwest Ethiopia. *BMC Anesthesiology, 18*(1), 1-9

Musa, A., Movahedi, R., Wang, J. C., Safani, D., Cooke, C., Hussain, S. F., & Gucev, G. (2020). Assessing and reducing preoperative anxiety in adult patients: A cross-sectional study of 3661 members of the American Society of Anesthesiologists. *Journal of Clinical Anesthesia, 65*, 1-2.

Nigussie, S., Belachew, T., & Wolancho, W. (2014). Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BioMed Central Surgery, 14*(67), 1-10.

Nilsson, U., Dalhberg, K., & Jaensson, M. (2019). Low preoperative mental and physical health is associated with poorer postoperative recovery in patients undergoing day surgery: A secondary analysis from randomized controlled study. *Journal of Advanced Nursing, 50*(12), 1630-1638.

Roy, S. C. (2009). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Srisawasdi, S., Werawataganon, T., Punjasawadwong, Y., Pengpol, W., Kongrit, P., Rodanant, O., & Tanudsintum, S. (2007). The Thai anesthesia incidents study (THAI study) of ambulatory anesthesia: Part I: Method, geographic distribution and population. *Journal of the Medical Association of Thailand, 90*(8), 1558-1564.

Wetsch, W. A., Pircher, I., Lederer, W., Kinzl, J. F., Traweger, C., Heinz-Erian, P., & Benzer, A. (2009). Preoperative stress and anxiety in day-care patients and in patients undergoing fast-track surgery. *British Journal of Anesthesia, 103*(2), 199-205.

ผลของโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนต่อความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

ธนิดา ทีปะปาล, พย.ม.[1] เกศราภรณ์ บุญรอด, นส.พย.บ.[2] เกศินี ศักดิ์ภักดีเจริญ, นส.พย.บ.[2]
เกษสุดา ไกรวงษ์,นส.พย.บ.[2] ขวัญฤทัย แช่มไล่, นส.พย.บ.[2] จันทิมา สังข์กล่ำ, นส.พย.บ.[2]
จินต์จุฑา เหล่าบัณฑิต, นส.พย.บ.[2] จิรนันท์ ตุมประธาน, นส.พย.บ.[2] จุฑารัตน์ อ่อนทอง, นส.พย.บ.[2]
(วันที่ส่งบทความ: 15 พฤษภาคม 2563; วันที่แก้ไข: 24 กรกฎาคม 2563; วันที่ตอบรับ: 5 พฤษภาคม 2564)

บทคัดย่อ

โรคซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่อันตรายที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของวัยรุ่น ซึ่งสาเหตุหลักอาจเกิดจากการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมและขาดความเข้าใจเรื่องเพศศึกษา การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนต่อความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิสของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ผู้มีส่วนร่วมการวิจัยเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 43 คน ซึ่งได้รับการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส ประกอบด้วย 5 ฐานกิจกรรม คือ ฐานที่ 1 ความรู้เบื้องต้นและกิจกรรมสันทนาการ ฐานที่ 2 ปิงปองซ่าท้าซิฟิลิส ฐานที่ 3 วิ่งเปี้ยวเกี่ยวอาการ ฐานที่ 4 Have fun ป้องกันซิฟิลิส และฐานที่ 5 สรุปความรู้ รวบรวมข้อมูลด้วยแบบทดสอบความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิสก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์เป็น .67 และ 1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ไคสแควร์ และสถิติทดสอบทีที่ประชากรสองกลุ่มไม่อิสระจากกัน ผลการศึกษา พบว่า คะแนนความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิสหลังเข้าร่วมโปรแกรม (M = 16.33, SD = 1.643) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M = 12.84, SD = 2.104) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ($t(42) = -8.911$, $p = .000$, $d = 0.28$) ดังนั้นควรนำวิธีดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่วัยรุ่นที่เรียนในระดับชั้นต่าง ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส, โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น, วัยรุ่น

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี สถาบันพระบรมราชชนก
[2] นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี สถาบันพระบรมราชชนก
[1] Corresponding author: ธนิดา ทีปะปาล, E-mail: bk_or301@hotmail.com

Effects of a School-based Health Program on Knowledge About Syphilis Prevention in Junior High School Students

Thanida Teepapal, M.N.S[1] Kadsaraporn Boonrod, B.N.S (candidate)[2]
Kesinee Sakphakdeejaroen, B.N.S (candidate)[2] Katesuda Kraiwong, B.N.S (candidate)[2]
Kwanruthai Chaemlai, B.N.S (candidate)[2] Jantima Sungklum, B.N.S (candidate)[2]
Jinjuta Laobandit, B.N.S (candidate)[2] Jiranan Tumprathan, B.N.S (candidate)[2]
Jutarat Onton, B.N.S (candidate)[2]

(Received: May 15th, 2020; Revised: July 24th, 2020; Accepted: May 5th, 2021)

Abstract

Syphilis is a sexually transmitted disease that affects the health of teenagers. The main causes of transmission tend to be inappropriate sexual behaviors and a lack of understanding about sex education. The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effects of a school-based health program to promote knowledge about syphilis prevention among junior high school students. The participants were of 43 junior high school students studying in a school in Surat Thani province, Thailand. They were selected through a purposive sampling method. The research intervention was the Program for Enhancing Knowledge about Syphilis Prevention, which consists of five learning based activities: 1) basic knowledge and recreational activities, 2) Ping - Pong, Sa Tha syphilis (cause and transmission of syphilis), 3) Wing Peaw Keaw Ar Kan (symptom of syphilis), 4) Have Fun Pong Kun syphilis (prevention of syphilis), and 5) a summary. Data were collected using a questionnaire using a pretest – posttest approach to assess knowledge about syphilis prevention before and after program participation. The questionnaire passed a content validity check by three experts and its indexes of item-objective congruence (IOC) were .67 and 1. The data were analyzed using descriptive statistics, chi-squares, and paired t-tests. The results revealed that the scores for knowledge about syphilis prevention (M = 16.33, SD = 1.643) were significantly higher after participating in the program than before (M = 12.84, SD = 2.104, $t(42)$ = -8.911, p = .000, d = 0.28). Therefore, it is recommended that this program should be employed to educate teenagers studying in different school levels about the prevention of sexually transmitted diseases.

Keywords: knowledge of syphilis prevention, school-based health program, junior high school students, teenagers

[1] Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Praboromarajchanok Institute
[2] Nursing student, Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Praboromarajchanok Institute
[1] Corresponding author: Thanida Teepapal, E-mail: bk_or301@hotmail.com

บทนำ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศมากกว่า 1 ล้านคนในแต่ละวัน (World Health Organization [WHO], 2019) และจากสถิติปี พ.ศ. 2559 ซึ่งเป็นข้อมูลล่าสุดที่มีการสำรวจเกี่ยวกับผู้ที่มีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า ชายและหญิงที่มีอายุ 15 – 49 ปี มีผู้ติดเชื้อหนองในเทียมรายใหม่ 127 ล้านคน ติดเชื้อหนองใน 87 ล้านคน ซิฟิลิส 6.3 ล้านคน และทริโคโมแนส 156 ล้านคน (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2561) ส่วนในประเทศไทย พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2556 – 2560 อัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นจาก 18.8 ต่อประชากรแสนคน เป็น 28.8 ต่อประชากรแสนคน ทั้งนี้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ได้แก่ โรคซิฟิลิส โรคหนองใน โรคหนองในเทียม โรคแผลริมอ่อน และโรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือช่วงอายุ 15 – 24 ปี และในปี พ.ศ. 2559 พบอัตราป่วย 83.9 ต่อประชากรแสนคน จากนั้นเพิ่มขึ้นเป็น 99.6 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2560 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบนักเรียนมีอัตราป่วยถึง 22.7 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ที่พบได้มากที่สุดคือ ซิฟิลิส โดยผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยรุ่น อายุ 15 – 24 ปี (ร้อยละ 40.42) รองลงมาคือ กลุ่มผู้ใหญ่อายุระหว่าง 25 - 34 ปี (ร้อยละ 24.48)

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กและผู้ใหญ่ หากไม่ได้รับการรักษา อาจลุกลามเป็นโรคเรื้อรัง รวมถึงโรคระบบประสาทและหัวใจ เกิดภาวะมีบุตรยาก ตั้งครรภ์นอกมดลูก ทารกตายคลอด และเพิ่มความเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวี (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2562) โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคซิฟิลิสซึ่งเป็นโรคที่อันตรายและมีอาการเรื้อรัง สามารถติดต่อยาวนานกว่า 2 ปี ลักษณะการติดเชื้อเริ่มแรกเป็นก้อนแข็งที่บริเวณอวัยวะเพศแต่ไม่เจ็บ หากไม่รักษาจะกลายเป็นระยะที่สองที่เรียกว่า เข้าข้อหรือออกดอก ซึ่งมีลักษณะมีผื่นแดงขึ้นตามตัว ที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้าหรือแขน และอาจมีผมร่วง เชื้ออาจจะแฝงตัวอยู่นานถึง 5 - 10 ปี แล้วก็เข้าสู่ระยะที่เกิดการแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ หรือเรียกว่า ระยะทำลาย ถ้าทิ้งไว้นานจะทำให้เกิดโรคแก่ระบบต่าง ๆ ของร่างกายหลายระบบ เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท เป็นต้น (กุลภัสสรณ์ ศิริมนัสสกุล, 2560)

สาเหตุหลักที่ทำให้กลุ่มวัยรุ่นในยุคปัจจุบัน ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากขึ้นอาจเกิดจากการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ ประกอบกับอายุของวัยรุ่นที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกน้อยลงกว่าเดิม และวัยรุ่นเหล่านี้ยังขาดความเข้าใจเรื่องเพศศึกษา จึงมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2562) ในปัจจุบันกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายที่จะยุติการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 - 2564 โดยการให้คำแนะนำสำหรับกลุ่มวัยรุ่นในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้แก่ 1) หลีกเลี่ยงไม่อยู่สองต่อสองหรือไม่อยู่ในสถานการณ์ที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย 2) กล้าปฏิเสธเมื่อไม่พร้อมมีเพศสัมพันธ์ หรือเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย 3) พกถุงยางอนามัย

ติดตัวเสมอและใช้อย่างถูกวิธี และ 4) ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ (กรมควบคุมโรค, 2562) รวมไปถึงการบรรจุเนื้อหาเรื่องเพศศึกษาไว้ในหลักสูตรการเรียนแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน ปี พ.ศ. 2551 และมีการพัฒนาการสอนเพศศึกษามาอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านคุณภาพ เนื้อหา รูปแบบและวิธีการจัดการเรียนรู้ เพื่อเป็นการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศให้แก่นักเรียน (กระทรวงศึกษาธิการ, 2559)

การสอนเพศศึกษาในโรงเรียนตามปกติอาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการการเรียนรู้ของผู้เรียนได้อย่างเพียงพอ เนื่องจากเพศศึกษาเป็นเพียงหัวข้อหนึ่งของวิชาสุขศึกษา ที่มีการสอนปีการศึกษาละประมาณ 3 - 4 ชั่วโมงเพราะต้องแบ่งเวลาที่เหลือให้กับหัวข้ออื่น ๆ ดังนั้นผู้สอนส่วนใหญ่จึงสอนด้วยวิธีการบรรยาย เนื่องจากเวลาไม่เพียงพอสำหรับจัดการเรียนรู้เชิงกิจกรรม หรือผู้สอนไม่สะดวกใจเนื่องจากมีทัศนคติทางลบต่อการสอนเพศศึกษา เช่น เห็นว่าการมีแฟนในวัยเรียนเป็นเรื่องผิดปกติ หรือการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนเป็นเรื่องที่ควรประณาม และผู้สอนอาจไม่ได้รับการฝึกอบรมทางด้านความรู้อนามัยเจริญพันธุ์อย่างเพียงพอ หรือขาดทักษะการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่กระตุ้นให้ผู้เรียนมีการคิดวิเคราะห์ ทำให้การสอนเพศศึกษาไม่ดึงดูดใจ และไม่ตรงกับความสนใจผู้เรียน (เบ็ญจมาศ โอฬารรัตน์มณี และวีรยา จึงสมเจตไพศาล, 2560) ส่งผลให้ผู้เรียนมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย (พอเพ็ญ ไกรนรา, 2556) ขาดความเข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพตามวัย การมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การปฏิบัติตัวกับเพื่อนต่างเพศที่เหมาะสม การรู้จักปฏิเสธ และการใช้วิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ หรือไม่ได้รับการเรียนรู้ที่ตรงกับความอยากรู้ของตนเอง จนต้องไปศึกษาตามสื่อต่าง ๆ หรือพูดคุยกับเพื่อน ซึ่งอาจได้รับข้อมูลที่ผิดไปจนทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเกิดขึ้น (วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์ และเบ็ญจมาศ โอฬารรัตน์มณี, 2561)

การจัดโปรแกรมสุขภาพที่มีความแตกต่างจากการสอนสุขศึกษาในโรงเรียนแบบเดิม เช่น การใช้กิจกรรมเสริมนอกเหนือจากการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวหรือการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม อาจกระตุ้นให้ผู้เรียนมีความสนใจที่จะเรียนรู้มากขึ้น ผู้วิจัยจึงเลือกการให้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยเตรียมความพร้อมให้นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคซิฟิลิส และลดอัตราการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยเป็นการถ่ายทอดความรู้ ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เกิดประสบการณ์และมีเจตคติที่ดี ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในแนวทางที่จะนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

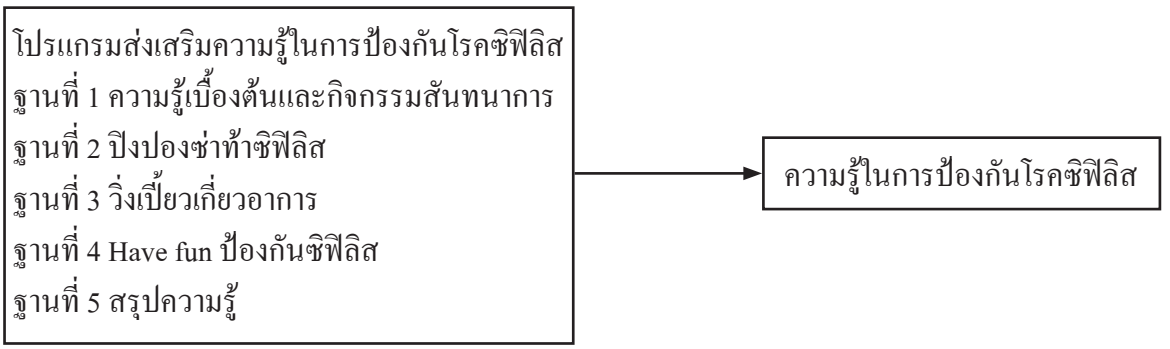
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนต่อความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิสของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิสเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงแนวคิดการจัดโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน (จินตนา สรายุทธพิทักษ์, 2553; นิตยา เพ็ญศิรินภา, 2557) เพื่อใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส ซึ่งแนวคิดดังกล่าวนั้นเป็นการพัฒนากระบวนการในการจัดการเรียนรู้ที่ต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งในด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนของผู้เรียนไปในทิศทางที่เหมาะสม ซึ่งการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิสในการวิจัยนี้เป็นการสอนสุขศึกษาผ่านกิจกรรม โดยกิจกรรมต่าง ๆ ประกอบด้วย จำนวน 5 ฐาน ได้แก่ ฐานที่ 1 ความรู้เบื้องต้นและกิจกรรมสันทนาการ ฐานที่ 2 ปิงปองซ่าท้าซิฟิลิส ฐานที่ 3 วิ่งเปี้ยวเกี่ยวอาการ ฐานที่ 4 Have fun ป้องกันซิฟิลิส ฐานที่ 5 สรุปความรู้ โปรแกรมดังกล่าวเป็นโปรแกรมที่ช่วยให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้งด้านความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคซิฟิลิส ดังนั้นจึงคาดว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส จะสามารถส่งเสริมให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิสได้อย่างถูกต้อง



ภาพที่ 1 *แสดงกรอบแนวคิดของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส*

คำจำกัดความ

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส หมายถึง การสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิสผ่านการจัดกิจกรรม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่พึงประสงค์ ทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ โดยประกอบด้วยกิจกรรม 5 ฐาน ได้แก่ ฐานที่ 1 ความรู้เบื้องต้นและกิจกรรมสันทนาการ ฐานที่ 2 ปิงปองซ่าท้าซิฟิลิส ฐานที่ 3 วิ่งเปี้ยวเกี่ยวอาการ ฐานที่ 4 Have fun ป้องกันซิฟิลิส ฐานที่ 5 สรุปความรู้

นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น หมายถึง นักเรียนที่มีอายุระหว่าง 13 –15 ปี และกำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) โดยมีกลุ่มที่ศึกษาจำนวน 1 กลุ่ม และดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest – posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ปีการศึกษา 2562 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสุราษฎร์ธานี เขต 1 โดยวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 43 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ของจ.สุราษฎร์ธานี 2) มีอายุระหว่าง 13 – 15 ปี 3) ผ่านการเข้าร่วมโครงการวัยรุ่น วัยใส ห่างไกลโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 4) มีผลการตอบคำถามเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 ของคำถามทั้งหมด และ 5) มีความยินยอมในการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส และมีเกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิสตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมทั้งสิ้น 3 ชั่วโมง

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบ ของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี (BCN Surat 2019/09) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัย รวมถึงขอความยินยอมจากบิดามารดาหรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมเป็นลายลักษณ์อักษร เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปี ให้ข้อมูลประกอบด้วยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นอย่างชัดเจน พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธได้ทุกขั้นตอนของการวิจัยโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการเรียน รวมทั้งคำตอบหรือข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับและผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น การศึกษาครั้งนี้ไม่มีโทษทั้งทางด้านการแพทย์ กฎหมาย และสังคม แต่กลุ่มตัวอย่างอาจจะเกิดอาการเหนื่อยล้า เบื่อหน่ายหรือเครียด จากการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่มีความต่อเนื่องกันเป็นเวลา 3 ชั่วโมง หากเกิดอาการดังกล่าวขึ้น กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส เพื่อหยุดพักหรือเลื่อนเวลาในการทำกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิสก่อน – หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบประเมินความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิสก่อน – หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคซิฟิลิส มีคำถาม 20 ข้อ เป็นการเลือกตอบแบบถูก - ผิด โดยจะได้คะแนน 1 คะแนนในข้อที่ตอบคำถามถูกต้อง ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน กำหนดการแปลผลคะแนนรวมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส ในเกณฑ์การแปลผลคะแนนด้วยวิธีการนำค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดหารจำนวนระดับของความรู้ (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2541) ซึ่งเท่ากับ (20 – 0)/4 = 5 จัดระดับคะแนนเป็น 4 ระดับ คือ ควรปรับปรุง พอใช้ ดี และดีมาก เท่ากับ 0 – 5, 6 – 10, 11 – 15 และ 16 – 20 ตามลำดับ

2. โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส โดยใช้แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงแนวคิดการจัดโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา (จินตนา สรายุทธพิทักษ์, 2553; นิตยา เพ็ญศิรินภา, 2557) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ฐานที่ 1 ความรู้เบื้องต้นและกิจกรรมสันทนาการ ระยะเวลา 1 ชั่วโมง โดยกิจกรรมในฐานเป็นการรับฟังการสอนสุขศึกษาเรื่องเพศ การเจริญพันธุ์ โรคติดต่อทางเพศและโรคซิฟิลิส รวมทั้งกิจกรรมสันทนาการ

ฐานที่ 2 ปิงปองซ่าท้าซิฟิลิส ระยะเวลา 20 นาที ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ กติกา ระยะเวลาที่เข้าฐานและแบ่งสมาชิกออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละเท่าๆ กัน จากนั้นผู้วิจัยถามคำถามเกี่ยวกับสาเหตุและการติดต่อของโรคซิฟิลิส จำนวน 5 คำถาม คือ คำถามที่ 1 โรคซิฟิลิสเกิดจากการติดเชื้อชนิดใด คำถามที่ 2 โรคซิฟิลิสเป็นโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ เพราะเหตุใด คำถามที่ 3 โรคซิฟิลิสสามารถติดต่อได้โดยวิธีใด คำถามที่ 4 หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับเชื้อซิฟิลิสสามารถส่งผ่านไปยังทารกในครรภ์ได้หรือไม่ เพราะเหตุใด คำถามที่ 5 ชายรักชายมีเพศสัมพันธ์กับคู่รักที่เป็นโรคซิฟิลิส สามารถติดเชื้อได้หรือไม่ เพราะเหตุใด พร้อมให้ตัวเลือกจำนวน 4 ตัวเลือกในแต่ละข้อ จากนั้นให้สมาชิกตอบคำถามโดยการส่งต่อลูกปิงปองจากสมาชิกคนแรกไปจนถึงสมาชิกคนสุดท้าย แล้วส่งต่อลูกปิงปองลงในแก้วคำตอบที่ถูกต้อง และจะเฉลยคำตอบเมื่อเสร็จสิ้นการตอบคำถามในแต่ละข้อ หลังจากนั้นผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันสรุปความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและการติดต่อของโรคซิฟิลิส

ฐานที่ 3 วิ่งเปี้ยวเกี่ยวอาการ ระยะเวลา 20 นาที ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ กติกา ระยะเวลาที่เข้าร่วมฐานและแบ่งสมาชิกออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละเท่า ๆ กัน จากนั้นสมาชิก 1 คนในทีมแต่งตัวและวิ่งไปหยิบกระดาษคำตอบอาการของโรคซิฟิลิส ซึ่งอยู่ในกล่อง โดยจะมีทั้งคำตอบที่ผิดและถูก จากนั้นวิ่งกลับมาถอดอุปกรณ์แต่งตัวให้สมาชิกในทีมคนต่อไป โดยกระดาษคำตอบที่ได้ให้นำไปหย่อนในกล่องคำตอบของทีมตนเอง ผู้วิจัยตรวจคำตอบของแต่ละทีมพร้อมเฉลยคำตอบที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการของโรคซิฟิลิส หลังจากนั้นผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันสรุปความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคซิฟิลิส

ฐานที่ 4 Have fun ป้องกันซิฟิลิส ระยะเวลา 20 นาที ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ กติกา ระยะเวลาที่เข้าร่วมฐาน และสอนสุขศึกษาเรื่องการป้องกันโรคซิฟิลิส จากนั้นสาธิตวิธีการใส่ถุงยางอนามัยและ

ให้สมาชิกสาธิตย้อนกลับ หลังจากนั้นทีมผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันสรุปความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันตนเองจากโรคซิฟิลิส

ฐานที่ 5 สรุปความรู้ ระยะเวลา 1 ชั่วโมง เป็นกิจกรรมที่ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับและส่งตัวแทนมานำเสนอความรู้ที่ได้รับตลอดการเข้ารับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิสและโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความชัดเจนของการใช้ภาษา โดยการทดสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence) ได้ค่าเท่ากับ .67 และ 1 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส รวมถึงแบบประเมินความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส ไปทดลองใช้กับกลุ่มนักเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน เพื่อปรับปรุงการใช้ภาษาและการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับวัยของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .91

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. ภายหลังโครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานีแล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เพื่อขออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูล และส่งไปยังผู้อำนวยการโรงเรียน

2. หลังจากที่ผู้อำนวยการโรงเรียนอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบคุณครูประจำชั้นระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3 เพื่อชี้แจงข้อมูลการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยกำหนด คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อายุระหว่าง 13 –15 ปี เป็นผู้ที่ผ่านการเข้าร่วมโครงการวัยรุ่น วัยใสห่างไกลโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นโครงการที่จัดขึ้นโดย นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวชุมชน 1 และมีผลการตอบคำถามเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 ของคำถามทั้งหมด จำนวน 43 คน

3. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยและชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส และขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงขอความยินยอมจากบิดามารดาหรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามใบพิทักษ์สิทธิ์การเข้าร่วมวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

ขั้นดำเนินการ

1. ทีมผู้วิจัยดำเนินการตามแผนการวิจัย โดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างก่อนการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส โดยใช้แบบประเมินความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส

2. กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส จำนวน 5 ฐาน โดยการสลับหมุนในฐานที่ 2 – 4 ดังนี้

ฐานที่ 1 ความรู้เบื้องต้นและกิจกรรมสันทนาการ ระยะเวลา 1 ชั่วโมง สมาชิกทุกคนเข้าร่วมกลุ่ม ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย จากนั้นรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และทำแบบประเมินความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส (Pre-test) จำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยสอนสุขศึกษาตามแผน และจัดกิจกรรมสันทนาการ คือ เกมส์รวมเหรียญ เพื่อแบ่งกลุ่มสมาชิกให้ได้กลุ่มละ 14 -15 คน ในการเข้าฐานที่ 2 – 5 และส่งเสริมปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกทุกคน โดยให้จับกลุ่มเป็นวงกลมใหญ่ จากนั้นจะกำหนดค่าเงินของผู้เล่น คือ ผู้หญิง 1 บาท ผู้ชาย 50 สตางค์ เมื่อเริ่มเล่นเกมส์ ทีมผู้วิจัยจะบอกจำนวนเงินมาจำนวนหนึ่ง ให้สมาชิกจับกลุ่มกันตามมูลค่านั้น ใครหาได้ครบให้นั่งลง จากนั้นให้สมาชิกแต่ละกลุ่มจำนวนทั้งหมด 3 กลุ่ม สลับหมุนในการเข้าฐานที่ 2 – 4 ฐานละ 20 นาที

ฐานที่ 2 ระยะเวลา 20 นาที กิจกรรมในฐานเป็นการถามคำถามเกี่ยวกับสาเหตุและการติดต่อของโรคซิฟิลิส พร้อมให้ตัวเลือกจำนวน 3 ตัวเลือกโดยกำหนดให้สมาชิกตอบคำถามโดยการส่งต่อลูกปิงปองด้วยช้อนโต๊ะลงในแก้วคำตอบที่ถูกต้อง

ฐานที่ 3 วิ่งเปี้ยวเกี่ยวอาการ ระยะเวลา 20 นาที กิจกรรมในฐานเป็นการให้สมาชิก 1 คนแต่งตัว และวิ่งไปหยิบกระดาษคำตอบอาการของโรคซิฟิลิส แล้ววิ่งกลับมาถอดอุปกรณ์แต่งตัวให้สมาชิกในทีมคนต่อไป โดยกระดาษคำตอบที่ได้ให้นำไปหย่อนในกล่องคำตอบของทีมตนเอง

ฐานที่ 4 Have fun ป้องกันซิฟิลิส ระยะเวลา 20 นาที ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ กติกา ระยะเวลาที่เข้าร่วมฐาน และสอนสุขศึกษาเรื่องการป้องกันโรคซิฟิลิส จากนั้นสาธิตวิธีการใส่ถุงยางอนามัยและให้สมาชิกสาธิตย้อนกลับ หลังจากนั้นทีมผู้วิจัยและสมาชิกร่วมกันสรุปความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันตนเองจากโรคซิฟิลิส

ฐานที่ 5 สรุปความรู้ ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และระยะเวลาที่เข้าร่วมกิจกรรม สมาชิกในแต่ละกลุ่มร่วมกันสรุปความรู้ จากนั้นสมาชิกทุกคนทำแบบประเมินความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส (Post-test) จำนวน 20 ข้อ เมื่อเสร็จกิจกรรม ผู้วิจัยกล่าวสรุปและกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมกิจกรรม ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดทำกิจกรรมให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

3. ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้ที่ได้มาบันทึกผล เพื่อเปรียบเทียบผลก่อน - หลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส นอกจากนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ที่สนใจเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิสได้เข้าร่วมภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองเสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ที่มีต่อการป้องกันโรคซิฟิลิส ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าสถิติทีแบบประชากรสองกลุ่มไม่อิสระจากกัน (paired t - test)

ผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนต่อความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิสของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ปีการศึกษา 2562 จำนวน 43 คน ทำการศึกษาในเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.47) เป็นเพศหญิง และมีอายุ 14 ปี (ร้อยละ 88.37)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิสก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส พบว่า คะแนนความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิสหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(42) = -8.91$, $p < 0.05$, $d = 0.28$) ดังแสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 *การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิสก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส*

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			*df*	*t*	*p*-value
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ			
ความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส	12.84	2.10	ดี	16.33	1.64	ดีมาก	42	-8.91	.00

หมายเหตุ คะแนน 11 – 15 คะแนน อยู่ในระดับดี และ 16 – 20 คะแนน อยู่ในระดับดีมาก

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนต่อความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิสของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น สามารถอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

นักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิสมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส ซึ่งเป็นการได้รับความรู้ผ่านการสอนสุขศึกษา โดยการสอนสุขศึกษาเป็นการจัดประสบการณ์เรียนรู้ที่มีการออกแบบอย่างเหมาะสม เพื่อสนับสนุนให้ผู้เรียนมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา เพ็ญศิรินภา (2557) และสมจิตต์ สุพรรณทัสน์ (2559) โดยกล่าวถึงการสอนสุขศึกษา เป็นการจัดการเรียนรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง เมื่อผู้เรียนได้เรียนรู้ คิด วิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินสิ่งที่ได้เรียนรู้ จะส่งผลให้เกิดการตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างเต็มใจว่าสิ่งนั้นคือสิ่งที่ดีและมีเป็นประโยชน์ มีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม รวมถึงการนำแนวคิดการจัดโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนมาประยุกต์ใช้โดยมีพื้นฐานจากความคิดที่ว่า โรงเรียนเป็นสถานที่รวมของนักเรียนที่อยู่ในวัยกำลังเจริญเติบโต โรงเรียนจึงต้องให้การดูแลนักเรียนให้ปลอดภัยจากการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ พร้อมทั้งช่วยสร้างเสริมให้นักเรียนมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมที่มีคุณภาพ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้นักเรียนมีความเจริญงอกงามในทุก ๆ ด้าน ได้อย่างสมบูรณ์ ตามความมุ่งหมายของการจัดการศึกษา

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิสทั้ง 5 ฐานกิจกรรม เริ่มต้นด้วยการให้ความรู้เรื่องเพศ การเจริญพันธุ์ โรคติดต่อทางเพศและโรคซิฟิลิส ต่อด้วยกิจกรรมในฐานที่เป็นการถาม-ตอบเกี่ยวกับสาเหตุและการติดต่อของโรคซิฟิลิส อาการของโรคซิฟิลิส และการป้องกันซิฟิลิสโดยมีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับวิธีการสวมและถอดถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง และฐานที่สุดท้ายคือการร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับและส่งตัวแทนมานำเสนอความรู้ ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นนี้สอดคล้องกับประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้เรียน รวมถึงมีการออกแบบกิจกรรมอย่างเหมาะสม เพื่อสนับสนุนให้ผู้เรียนมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง สามารถเทียบเคียงได้กับการศึกษาของ พัชราวรรณ จันทร์เพชร และฉัตรลดา ดีพร้อม (2562) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในนักศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 1 ในจังหวัดร้อยเอ็ด และพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทัศนคติในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยนี้ยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ชลดา อานี, กรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์, และประเสริฐศักดิ์ กายนาคา (2559) ซึ่งได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยการจัดการเรียนรู้แบบใช้คำถามเพื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดนนทบุรี พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพ

ของนักเรียนเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในการศึกษานี้ประกอบไปด้วยการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อของพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมความรู้ที่เหมาะสมสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นจะต้องใช้หลากหลายวิธีการผสมผสาน มีกระบวนการกระตุ้นการเรียนรู้ที่ตอบสนองความสนใจ เน้นกิจกรรมท้าทาย สร้างแรงบันดาลใจ มีรางวัลดึงดูดใจ ซึ่งจำเป็นต้องมีการออกแบบให้ตอบสนองต่อความสนใจ และเน้นให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นได้มีประสบการณ์ตรงจากสิ่งท้าทายเหล่านี้ตามหลักการพัฒนาสมองเพื่อให้สอดคล้องกับวัยของผู้เรียน (สำนักงานบริหารและพัฒนาองค์ความรู้, 2559) การให้ความรู้หรือการสอนสุขศึกษาผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเกิดความรู้ ความเข้าใจ เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง เช่น มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น (พอเพ็ญ ไกรนรา, 2556)

นอกจากนี้การสร้างเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่สำคัญเช่นกัน เพราะเมื่อนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีความรู้ ความเข้าใจ และเจตคติที่ดีจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องตามมา (กรรัก ศรีเมือง, อนันต์ มาลารัตน์, และพรสุข หุ่นนิรันดร์, 2559; ศริญญา เจริญศิริ, ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, และยุวดี ลีลัคนาวีระ, 2562) การส่งเสริมให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเกิดองค์ความรู้หรือตระหนักในการสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ จำเป็นจะต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้และกระบวนการในการจัดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อการสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นการพัฒนาความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ เพื่อส่งเสริมให้การรักษาสุขภาพโดยมีคุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่มีความจำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อให้ตอบรับกับกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกที่ก้าวหน้าไปพร้อมที่จะรับมือ และสามารถปรับตัวให้มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป (ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2560)

สรุปและข้อเสนอแนะ

นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิสภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิส โดยโปรแกรมดังกล่าวเป็นการให้ความรู้หรือการสอนสุขศึกษาผ่านการจัดกิจกรรม ส่งผลให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีความรู้เพิ่มขึ้น รวมถึงมีพฤติกรรมที่เหมาะสมอีกด้วย จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหรือในโรงพยาบาลควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยใช้โปรแกรมดังกล่าวเป็นเครื่องมือในการจัดกิจกรรม รวมถึงให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม

2. พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหรือในโรงพยาบาลถ่ายทอดความรู้ รวมถึงขั้นตอนการจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคซิฟิลิสแก่ครูผู้สอน เพื่อที่จะได้เป็นแนวทางในการนำกิจกรรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนให้แก่นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และประยุกต์ใช้วิธีการจัดการเรียนการสอนด้านอื่น ๆ เช่น การป้องกันยาเสพติด การป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน เป็นต้น

ด้านการศึกษา

1. ควรจัดให้มีการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาลได้ฝึกจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

2. ควรจัดให้มีการอบรมแก่บุคลากรในทีมสุขภาพ ให้มีทักษะในการสอนสุขศึกษาผ่านการจัดกิจกรรม เพื่อที่จะสามารถนำวิธีการดังกล่าวไปใช้ในการจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคแก่บุคคลในระดับต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

กรรัก ศรีเมือง, อนันต์ มาลารัตน์, และพรสุข หุ่นนิรันดร์. (2559). สภาพ ปัญหาและแนวทางการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อปลูกฝังพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศแบบพุทธวิธี สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. *ธรรมศาสตร์เวชสาร, 16*(2), 253 – 262.

กรมควบคุมโรค. (2562). *โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.* สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=30

กระทรวงศึกษาธิการ. (2559). *รายงานการวิจัยเพื่อทบทวนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนไทย.* กรุงเทพฯ: องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย.

กุลภัสสรณ์ ศิริมนัสสกุล. (2560). *รายงานการศึกษาสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้านระบาดวิทยาและวิเคราะห์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมให้การดำเนินงาน บรรลุความสำเร็จต่อการลดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.* สืบค้นจาก http://plan.ddc.moph.go.th/km2016/Documents/STI.pdf

จินตนา สรายุทธพิทักษ์. (2553). *องค์ประกอบของโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน.* กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิชย์.

ชลดา อานี, กรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์, และประเสริฐศักดิ์ กายนาคา. (2559). ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพโดยการจัดการเรียนรู้แบบใช้คำถามเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดนนทบุรี. *วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์, 32*(2), 137-143.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2541). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: เทพเนรมิต.

นิตยา เพ็ญศิรินภา. (2557). *สุขศึกษาและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข.* นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช.

เบ็ญจมาศ โอฬารรัตน์มณี, และวีรยา จึงสมเจตไพศาล. (2560). ผลของการสอนเพศศึกษารอบด้านต่อความรู้และทักษะการสวมถุงยางอนามัยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ชั้นปีที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 35*(1), 48 – 60.

ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2560). วัยรุ่นไทยกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 28*(2), 173 – 182.

พัชราวรรณ จันทร์เพชร, และฉัตรลดา ดีพร้อม. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 42*(4), 92 – 101.

พอเพ็ญ ไกรนรา. (2556). ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองสระบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทย์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 30*(4), 274 – 286.

วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, และเบ็ญจมาศ โอฬารรัตน์มณี. (2561). เพศศึกษาสำหรับวัยรุ่นในโรงเรียน. *วารสารสภาการพยาบาล, 33*(3), 82-98.

ศริญญา เจริญศิริ, ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, และยุวดี ลีลัคนาวีระ. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในนักศึกษาชายของการศึกษานอกระบบโรงเรียน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 30*(2), 14 – 25.

สำนักงานบริหารและพัฒนาองค์ความรู้. (2559). *ครูแบบไหนวัยรุ่นชอบ.* สืบค้นจาก http://www.okmd.or.th/bbl/multimedia/292/

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2562). *ยอดผู้ป่วยติดเชื้อซิฟิลิส.* สืบค้นจาก https://news.thaipbs.or.th/content/280699

สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2561). *อัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศ.* สืบค้นจาก http://aidssti.ddc.moph.go.th/contents/view/7

สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2562). *สาเหตุการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น.* สืบค้นจาก http://aidssti.ddc.moph.go.th/contents/view/1633

สมจิตต์ สุพรรณทัสน์. (2559). กระบวนการสุขศึกษา กลยุทธ์แก้ไขปัญหา. *วารสารสุขศึกษา, 39*(1),1 – 6.

World Health Organization. (2019). *Sexual and reproductive health.* Retrieved from http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/en/

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง

ปัฐยาวัชร ปรากฏผล, พย.ด.[1]
อุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ, ปร.ด.[1]
กนกพร แก้วโยธา, พย.บ.[2]

(วันที่ส่งบทความ: 27 เมษายน 2563; วันที่แก้ไข: 5 สิงหาคม 2563; วันที่ตอบรับ: 24 กุมภาพันธ์ 2564)

บทคัดย่อ

ความสามารถในการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้มีส่วนร่วมการวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือไตเสื่อมระยะที่ 3 ขึ้นไป ในเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสระบุรี ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 118 คน เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลและพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการตนเอง และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ เก็บข้อมูลเดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมี 1) คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 69.01, SD = 9.94) 2) รอบเอว การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ($r(116) = -0.18, p < .05$, $r(116) = -0.21, p < .05$), และ $r(116) = 0.39, p < .05$) 3) ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนมาก (ร้อยละ 55.08) มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี 4) เพศ การศึกษา รายได้ และการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (r (116) = -.18, p < .05, r (116) = .19, p < .05, r (116) = .22, p < .05 และ r (116) =.22, p < .05) ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการจัดการตนเองที่เหมาะสมอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการควบคุมรอบเอว การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เพราะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท สถาบันพระบรมราชชนก
[2] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท สถาบันพระบรมราชชนก
[1] Corresponding author: ปัฐยาวัชร ปรากฏผล, E-mail: sapadthayawad@yahoo.com

Factors Related to Self-management and Quality of Life Among Chronic Illness Patients Living in a Municipal area

Padthayawad Pragodpol, Ph.D.[1]
Uthaitip Chanpen, Ph.D.[1]
Kanokporn Kaewyota, B.N.S.[2]

(Received: April 27th, 2020; Revised: August 5th, 2020; Accepted: February 24th, 2021)

Abstract

Self-management and quality of life are important goals when caring for chronic illness patients. This descriptive correlation research aimed to study the factors related self-management and quality of life of chronic illness patients, and their level of influence. Simple random sampling technique was used to recruit 118 people with diabetes, hypertension, or chronic kidney disease (stage 3 to 5) living in a municipal area in Saraburi province, Thailand. The research questionnaires were comprised of four parts, general personal information, health information and health behaviors, self-management behaviors of chronic disease patients, and the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF-THAI. Data were collected from September to November 2017. Descriptive statistics and Pearson's product moment correlations were used for analyzing data. The results revealed that: 1) the average scores of the overall self-management of chronic illness patients were at a moderate level ($M = 69.01$, $SD = 9.94$); 2) waist circumferences, eating behavior, and exercise behavior were significantly related to the self-management scores of chronic illness patients ($r(116) = -0.18$, $p < .05$, $r(116) = -0.21$, $p < .05$), and $r(116) = 0.39$, $p < .05$); 3) the majority (55.08%) of participants had an overall quality of life score considered to be at a good level; and 4) gender, education, income, and self-management were significantly related to the quality of life scores ($r(116) = -.18$, $p < .05$, $r(116) = .19$, $p < .05$, $r(116) = .22$, $p < .05$, and $r(116) = .22$, $p < .05$). According to the study's findings, practitioners should take concrete actions to promote self-management behaviors related to waist circumferences control, healthy eating, and proper exercise due to their positive correlation with quality of life in chronic illness patients.

Keyword: self – management, quality of life, chronic illness patients

[1] Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonnani College of Nursing, Phra Putthabat, Praboromarajchanok Institute
[2] Registered Nurse, Practitioner Level, Boromarajonnani College of Nursing, Phra Putthabat, Praboromarajchanok Institute
[1] Corresponding author: Padthayawad Pragodpol, E-mail: sapadthayawad@yahoo.com

บทนำ

โรคเรื้อรังตามความหมายขององค์การอนามัยโลก ระบุว่าเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิต มีการดำเนินของโรคยาวนาน และค่อย ๆ เพิ่มความรุนแรงมากขึ้น มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดความพิการและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ในแต่ละปีมีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 36 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 63 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด และ 14 ล้านคนเสียชีวิตก่อนวัยอันควรคือก่อนอายุ 70 ปี และมีแนวโน้มที่อัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกช่วงวัยจะเพิ่มเป็น 52 ล้านคน ในปี 2030 (World Health Organization, 2013) ทั้งนี้ในปัจจุบันพบว่านอกจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแล้วยังพบโรคไตวายเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของโลกและของประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

จากสถิติการประเมินภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกายของประชาชนอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป พบว่าอัตราการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 และอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2552 และเป็นร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ. 2557 (วิชัย เอกพลากร, 2559) นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนไทยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 17.6 หรือประมาณ 8 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 2 แสนคน เมื่อพิจารณาย้อนหลัง 5 ปี (ปี พ.ศ. 2556 - พ.ศ. 2560) พบว่ามีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2556 เพิ่มขึ้นจาก 667.3 เป็น 1,198.8 ต่อล้านประชากรในปี พ.ศ. 2560 ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมไปถึงภาครัฐที่ต้องลงทุนกว่าปีละหมื่นล้านบาท เพื่อใช้ในการรักษาพยาบาล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

นอกจากนี้ยังพบว่าโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรังมีความเกี่ยวข้องกัน โดยพบว่าจากจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ใช้สิทธิบัตรทอง มีประวัติโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ 49 และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 81 (มรุต จิรเศรษฐสิริ, 2561) โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคไตวายเรื้อรังมากกว่าคนทั่วไป 20 เท่า เนื่องจากโรคนี้ทำให้หลอดเลือดที่มาเลี้ยงไตตีบแข็งมีผลทำให้ไตเสื่อมอย่างถาวร โดยเฉลี่ยผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมานานกว่า 10 ปี จะเริ่มพบอาการไตเสื่อมได้ประมาณร้อยละ 30 - 35 และหากมีการดูแลตนเองไม่ถูกต้องภายใน 4 - 7 ปี ก็จะกลายเป็นไตวายระยะสุดท้าย (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) และความดันโลหิตที่สูงผิดปกติจะทำลายหลอดเลือดภายในไต ทำให้การทำงานของหน่วยไต (Glomerulus) เสื่อมลง เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ส่งผลให้ไตเสื่อมสภาพถึงขั้นไตวายเรื้อรังได้

จากข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเขตสุขภาพที่ 4 จากศูนย์ข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center; 2561) พบว่ามีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดี คิดเป็นร้อยละ 27.18 และร้อยละ 40.46 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้อย่างมาก ทั้งนี้สาเหตุของการเกิดโรคเรื้อรังและการไม่สามารถควบคุมโรคได้นั้น ส่วนใหญ่

เกิดมาจากปัจจัยหลัก 4 ประการ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการออกกำลังกาย จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรังจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อควบคุมโรคและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอื่น ๆ ตามมา

การเจริญเติบโตของพื้นที่เขตเมืองในปัจจุบันทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างมาก ในช่วงระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2554 - 2558) พบว่าพื้นที่เขตเมืองมีอัตราป่วยที่รวมไปถึงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และการบาดเจ็บจากการจราจร สูงกว่าภาพรวมประเทศถึง 2.63 เท่า (สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย, 2561) อีกทั้งยังมีแนวโน้มสูงขึ้นมากและสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้โรคไม่ติดต่อเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ซึ่งมีการดำเนินโรคเป็นไปอย่างช้า ๆ ค่อย ๆ สะสมอาการอย่างต่อเนื่อง และเรื้อรัง โดยมีสาเหตุหลักที่สำคัญ คือพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหารรสจัด เช่น หวานจัด เค็มจัด อาหารที่มีไขมันสูง อาหารปิ้งย่าง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย การนอนดึก การมีความเครียดสูง และการรับประทานยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ซึ่งคนที่มีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตดังกล่าวมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้มากกว่าคนทั่วไป

เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรังขึ้นแล้ว ย่อมส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ควบคู่ไปกับการใช้ยา สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตไปจากเดิม ต้องฝืนตนเองในการจำกัดอาหารหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่เคยชอบรับประทานเป็นประจำ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิต ไม่ทราบว่าโรคจะกำเริบขึ้นเมื่อใด ต้องมีการตัดสินใจแก้ปัญหาทุกวันในการดำเนินชีวิต ต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต ต้องควบคุมน้ำหนัก อาการบวมและการขับถ่ายปัสสาวะของตนเอง ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจต่อผู้ป่วยต้องยอมรับกับสภาวะของตนเองที่ถูกจำกัดลง ขาดความอิสระ รู้สึกไม่มั่นคงและไม่ปลอดภัยในชีวิต ความเป็นอยู่ทางสังคมต้องเปลี่ยนไป และยังมีผลกระทบต่อครอบครัว

ในด้านเศรษฐกิจที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา มีผลกระทบต่อสังคม ไม่สามารถเข้าร่วมสังสรรค์ต่าง ๆ ได้ ตลอดจนไม่มีอิสระในการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ระดับความพึงพอใจในการใช้ชีวิตลดลง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ปัฐยาวัชร ปรากฎผล และคณะ, 2558) นอกจากนี้แล้วยังส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขและภาวะเศรษฐกิจของประเทศไทย เพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูง และต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องภายใต้การดูแลของบุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรอื่น ๆ หลายสาขา จึงมีผลทำให้ประเทศไทยมีภาระค่าใช้จ่ายในการให้บริการสุขภาพกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในแต่ละปีมีเป็นจำนวนมาก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ถูกนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก เพราะเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องมีความสามารถในการจัดการตนเองที่ซับซ้อนทั้งด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การมาตรวจตามแพทย์นัด หรือแม้แต่การเฝ้าสังเกตความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ อีกทั้งยังเป็นกุญแจสำคัญที่ใช้ในการรักษาโรคเรื้อรังที่ประสบผลสำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ทางสุขภาพ ได้แก่ การจัดการตนเองเพิ่มขึ้น มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ลดอัตราการเจ็บป่วย อัตราการตาย อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมของประเทศอีกด้วย (Grady & Gough, 2014) การจัดการตนเองเป็นกุญแจสำคัญที่ใช้รักษาโรคเรื้อรังที่ประสบผลสำเร็จ เพราะการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น และสามารถควบคุมอาการของโรคได้ ทำให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพอใจในคุณภาพชีวิตของตนเอง

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรังสามารถจัดการตนเองที่ดีได้นั้น มีความจำเป็นต้องมีการศึกษาในสถานการณ์จริงว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการตนเองอยู่ในระดับใด มีคุณภาพชีวิตที่ดีมากน้อยเพียงใด มีอะไรเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นพื้นฐานในการให้การดูแลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เขตเทศบาลเมืองพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ได้อย่างหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Goelick-Buy (1991) และคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก มาเป็นกรอบในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก คือ 1) ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และผู้ดูแลหลัก 2) ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในครอบครัว โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และ 3) พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การใช้ยา อาหารเสริม สมุนไพร หรือวิธีการอื่น ๆ ในการดูแลรักษาสุขภาพ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ทั้งนี้การจัดการตนเองเป็นกระบวนการในการกำกับติดตาม การประเมินตนเอง และการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมความเครียด การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด เพื่อควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงบนพื้นฐานของกระบวนการเรียนรู้และทักษะทางปัญญาจากประสบการณ์ที่ได้รับ และตัดสินใจนำมาใช้กับตนเอง ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนี้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย โดยองค์การอนามัยโลกให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสถานะชีวิตในขณะนั้นภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ถือเป็นความผาสุกของร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่ส่งผลให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจวัตรเพื่อการดำเนินชีวิตได้ มิติของคุณภาพชีวิตคลอบคลุมสุขภาพของบุคคลด้านร่างกาย (Physical health) จิตใจ (Psychological health) สัมพันธภาพสังคม (Social relationship) และสิ่งแวดล้อม (Environmental health) เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยคำนึงถึงความเป็นปัญเจกบุคคลของผู้ป่วยต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาระดับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี โดยมีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือมีความเสื่อมของไตตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไปโดยพิจารณาจากผลตรวจการทำหน้าที่ของไตและการวินิจฉัยโรคครั้งล่าสุด ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างได้มาด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูงและ/หรือมีความเสื่อมของไตตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ทั้งเพศหญิงและชาย มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ยินยอมให้ข้อมูลและสามารถสื่อสารกับคณะผู้วิจัยได้ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power สำหรับวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบที่ระดับ .08 ค่าความคลาดเคลื่อน (α = .05) และขนาดอิทธิพลขนาดกลาง คือ .30 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 100 คน กำหนดให้มีการประมาณการความคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูลอีกร้อยละ 15 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลได้จำนวนทั้งสิ้น 118 คน

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท (เลขที่ EC015/2560 ลงวันที่ 20 ธ.ค. 2559) ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และข้อมูลอื่น ๆ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารการให้ข้อมูล (Information sheet) พร้อมกับชี้แจงกลุ่มตัวอย่างว่าสามารถตอบรับหรือ

ปฏิเสธการให้ข้อมูลในการวิจัยได้โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรืออธิบายใด ๆ โดยไม่มีผลต่อการรับบริการทางสุขภาพที่ได้รับ ข้อมูลวิจัยที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะกระทำในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Consent form)

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลสำหรับการศึกษานี้คือ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามส่วนที่ 1 - 3 พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และผู้ดูแลหลัก จำนวน 8 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความเป็นจริง ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ที่สอบถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในครอบครัว โรคประจำตัว การใช้ยา/อาหารเสริม/สมุนไพร/หรือวิธีการอื่น ๆ ในการดูแลรักษาสุขภาพ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ส่วนที่ 3 การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 3 ชุด ได้แก่ 1) การจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน 2) การจัดการตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และ 3) การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเฉพาะชุดที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตนเองเท่านั้น เพราะถึงแม้แบบสอบถามวัดการจัดการตนเองของผู้ป่วยเหมือนกัน แต่ทั้ง 3 โรคนี้มีลักษณะที่แตกต่างกันออกไปในบางประเด็น เช่น การรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เป็นต้น ถ้ารวมแบบสอบถามของผู้ป่วยทุกโรคในชุดเดียวกันแล้วผู้ป่วยต้องตอบแบบสอบถามในโรคที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตนเองจะไม่สามารถตอบแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นแบบเฉพาะเจาะจงได้ (Disease Specific Instrument) ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับและมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ กรณีข้อคำถามด้านบวก ตอบว่าทำเป็นประจำ = 5 คะแนน, ทำบ่อยครั้ง = 4 คะแนน, ทำพอ ๆ กับไม่ทำ = 3 คะแนน, ทำนาน ๆ ครั้ง = 2 คะแนน และไม่เคยทำเลย = 1 คะแนน กรณีข้อคำถามด้านลบให้คะแนนสลับกัน ในแต่ละชุดมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แต่ละข้อให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คะแนนรวมของแบบสอบถามแต่ละชุดอยู่ระหว่าง 20 – 100 คะแนน

การแปลความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีเกณฑ์ ดังนี้ คะแนนอยู่ระหว่าง 1 – 20 คะแนน มีความสามารถในการจัดการตนเองระดับไม่ดีมาก, คะแนน 21 – 40 มีความสามารถในการจัดการตนเองระดับไม่ดี, คะแนน 41 – 60 มีความสามารถในการจัดการตนเองระดับปานกลาง, คะแนน 61 – 80 มีความสามารถในการจัดการตนเองระดับดี และคะแนน 81 – 100 มีความสามารถในการจัดการตนเองระดับดีมาก

ส่วนที่ 4 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือชี้วัดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตที่เป็นมาตรฐานสากล มีจำนวน 26 ข้อ มีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม แต่ละข้อ

เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 26 – 130 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ กรณีที่ตอบไม่เลย = 1 คะแนน, เล็กน้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน และมากที่สุด = 5 คะแนน การแปลความคุณภาพชีวิต โดยรวมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีเกณฑ์ดังนี้ คือ คะแนนระหว่าง 26 – 60 คะแนน มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี, คะแนน 61 – 95 มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง, และคะแนน 96 – 130 มีคุณภาพชีวิตที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และการชะลอไตเสื่อมทั้ง 3 ชุด นี้ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประกอบด้วยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรัง และอายุรแพทย์ ได้ค่า CVI เท่ากับ .87, .87, และ .85 ตามลำดับ และมีการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราก (Cronbach' alpha coefficient) ได้เท่ากับ .96, .91, และ .96 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาทแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน – พฤศจิกายน 2560 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาทถึงนายกเทศมนตรีเมืองพระพุทธบาท เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขเทศบาลเมืองพระพุทธบาท เพื่อขอข้อมูลเกี่ยวกับที่อยู่ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านผู้ป่วย

3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้นำชุมชนของหมู่บ้าน เพื่อแนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดของวิธีการรวบรวมข้อมูล

4. ผู้นำชุมชนมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขนำผู้วิจัยและคณะพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านของผู้ป่วยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และดำเนินการตามที่ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลและยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สถิติที่ใช้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation) กรณีที่ข้อมูลเป็นมาตรการวัดแบบทวิภาค (Nominal scale) มาตราอันดับ (Ordinal scale) มาตราช่วง (Interval scale) ตามลำดับ โดยมีการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ และกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 118 คน ส่วนมาก (ร้อยละ 75.40) เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 67.95 ปี (*SD* = 9.14) อายุน้อยที่สุด 43 ปี อายุมากที่สุด 88 ปี มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,547.62 บาท (*SD* = 8509.27) รายได้สูงสุดต่อเดือน 45,000 บาท ต่ำสุดคือไม่มีรายได้ ส่วนมาก (ร้อยละ 97.5) นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 64.40) ผู้ที่มีสถานภาพสมรสหม้าย (ร้อยละ 42.20) มีจำนวนใกล้เคียงกับสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 41.40) ทั้งนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.30) มีบุตร/หลาน เป็นผู้ดูแลหลัก รองลงมา (ร้อยละ 33.10) เป็นภรรยา/สามี มีเพียงร้อยละ 1.70 ที่ไม่มีผู้ดูแล และกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) ไม่ได้ประกอบอาชีพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.80) มีประวัติครอบครัวและญาติสายตรงเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรังเพียงโรคเดียว 2 โรค และ 3 โรค คิดเป็นร้อยละ 58.47, 33.90 และ 7.63 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.61) ของกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว รองลงมา (ร้อยละ 32.20) คือเป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และพบว่ามีโรคไตเสื่อมอย่างเดียวร้อยละ 0.85 นอกจากนี้ยังพบโรคร่วมของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด (ร้อยละ 22.03) คือโรคไขมันในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 62.89 กิโลกรัม (*SD* = 12.78) น้ำหนักมากที่สุดคือ 110 กิโลกรัม น้อยที่สุดคือ 30 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ยเท่ากับ 156.17 เซนติเมตร (*SD* = 7.79) ส่วนสูงที่สูงที่สุดเท่ากับ 177 เซนติเมตร สูงน้อยที่สุดเท่ากับ 132 เซนติเมตร มีค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index [BMI]) มากที่สุดอยู่ที่โรคอ้วนระดับ 1 (BMI อยู่ระหว่าง 25 – 25.90 กก/ม^2) ร้อยละ 36.44 และรอบเอวเฉลี่ยเท่ากับ 87.75 เซนติเมตร (*SD* = 10.84) รอบเอวมากที่สุดเท่ากับ 123 เซนติเมตร น้อยที่สุดเท่ากับ 64 เซนติเมตร

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมาก (ร้อยละ 78.80) ไม่ได้ใช้ยาอื่น/อาหารเสริม/สมุนไพร/หรือวิธีการอื่น ๆ ในการดูแลรักษาสุขภาพ และไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 79.66) ไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 87.29) รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ (ร้อยละ 65.30) รับประทานผักเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97.50) ไม่รับประทานจุบจิบ (ร้อยละ 76.30) ไม่รับประทานอาหารรสจัด (ร้อยละ 72.90) ดื่มชา/กาแฟ/น้ำอัดลม/เครื่องดื่มที่มีรสหวาน น้อยกว่า 2 แก้ว/วัน (ร้อยละ 62.70) ไม่รับประทานอาหารจานด่วน (ร้อยละ 94.90) ไม่ชอบรับประทานอาหาร ทอด ปิ้ง ย่าง (ร้อยละ 71.20) และ มีการออกกำลังกาย (ร้อยละ 57.60)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วยโดยรวมและการจัดการตนเองจำแนกตามกลุ่มโรคอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงที่สุด (*M* = 69.01, *SD* = 9.94) ทั้งนี้คะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีค่าใกล้เคียงกัน ส่วนคะแนนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยไตเสื่อมมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (*M* = 62.42, *SD* = 11.87) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 *คะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยรวมและจำแนกตามกลุ่มโรค*

การจัดการตนเอง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	คะแนนการจัดการตนเอง				ระดับการจัดการตนเอง
		คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	*M*	*SD*	
การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม	12	48.00	90.00	62.42	11.87	ระดับปานกลาง
การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	62	45.00	93.00	68.57	11.24	ระดับปานกลาง
การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	102	35.00	89.00	68.52	10.55	ระดับปานกลาง
การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	118	45.00	93.00	69.01	9.94	ระดับปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 97.84 (*SD* = 15.29) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.08) มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี มีเพียงร้อยละ 1.70 ที่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดี มีเพียงด้านสุขภาพกายเพียงด้านเดียวที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดีในแต่ละด้านมีจำนวนน้อยกว่าร้อยละ 5 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 *จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแยกตามระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านและค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน*

ระดับคะแนนคุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน (คะแนนเต็ม 130 คะแนน)									
	ด้านสุขภาพกาย		ด้านจิตใจ		ด้านสังคม		ด้านสิ่งแวดล้อม		คุณภาพชีวิตโดยรวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตไม่ดี 26 – 60 คะแนน	4	3.39	3	2.54	4	3.39	3	2.54	2	1.70
คุณภาพชีวิตปานกลาง 61 – 95 คะแนน	64	54.24	42	35.59	51	43.22	44	37.29	51	43.22
คุณภาพชีวิตดี 96 – 130 คะแนน	50	42.37	73	61.87	63	53.39	71	60.17	65	55.08
คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	*M* = 25.48	*SD* = 4.26	*M* = 23.28	*SD* = 4.01	*M* = 11.62	*SD* = 2.25	*M* = 30.41	*SD* = 5.37	*M* = 97.84	*SD* = 15.29

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่ารอบเอวและการรับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีรอบเอวมากขึ้นมีการรับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อมากเท่าไหร่ มีความสามารถในการจัดการตนเองได้น้อยลงและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือผู้ป่วยยิ่งมีการออกกำลังกายมากมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองมากยิ่งขึ้น รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	*r*	*p*
รอบเอว	- 0.18*	0.04
การรับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ	- 0.21*	0.02
การออกกำลังกาย	0.39**	0.00

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

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิต พบว่าเพศ การศึกษา รายได้และการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเพศชายมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศหญิงและผู้ป่วยโรคเรื้อรังยิ่งมีระดับการศึกษาสูง รายได้ที่สูงและการจัดการตนเองที่ดีมากมีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตมาก รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์	คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	
	r	*p*
เพศ	- .18*	.04
การศึกษา	.19*	.03
รายได้	.22*	.01
การจัดการตนเอง	.22*	.01

* p value < 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 69.01 (*SD* = 9.94) จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ คัทลียา วสุธาดา, ลลิตา เดชาวุฒิ, นันทวัน ใจกล้า, และสายใจ จารุจิตร (2561) ที่พบว่าพฤติรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยร้อยละ 43.22 มีอายุอยู่ในช่วง 60–70 ปี และร้อยละ 27.12 มีอายุอยู่ในช่วง 71–80 ปี มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.40 ซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุทำให้มีข้อจำกัดคือมีความสามารถในการจัดการตนเองได้น้อยลง เนื่องจากความเสื่อมถอยของร่างกายตามวัย ประกอบกับการที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาต่ำส่งผลทำให้ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล การวินิจฉัย และการรักษาได้ยากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลตนเองและจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเองได้น้อย (Spasic, Radovanovic, Dordevic, Stefanovic, & Cvetkovic, 2014)

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ทั้งคุณภาพชีวิตโดยรวม (ร้อยละ 55.08) และคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสัมพันธภาพทางสังคม (ร้อยละ 61.87, 60.17, และ 53.39 ตามลำดับ) ยกเว้นด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.24) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พักอาศัยอยู่ที่บ้านในเขตเทศบาลเมืองพระพุทธบาท เป็นผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และอาการของโรคไตวายเรื้อรังได้ ไม่มีอาการผิดปกติ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและดำรงชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังของตนเองได้อย่างปกติสุข (Donald, 2014) ทั้งนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีการควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ดี จะมีระดับของคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ (O'Connor et al., 2012) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Lee et al. (2014) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี นอกจากนี้ยังพบว่าถ้าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ ต้องเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์ของความผิดปกติของระดับน้ำตาล และระดับความดันโลหิต ต้องทนทรมานกับภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เกิดขึ้น จึงส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ (Chin, Lee, & Lee, 2014) สำหรับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง นั้นเป็นผลสืบเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมถอยทางร่างกาย มีผลกระทบทำให้ร่างกายอ่อนแอ ทำงานไม่ได้ตามปกติ เหนื่อยง่าย จึงมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ รอบเอว การรับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ (p value < 0.05) และการออกกำลังกาย (p value < 0.01) ทั้งนี้กรณีที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีรอบเอวมาก มีการรับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อมากเท่าไหร่ แสดงให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองน้อย ส่วนผู้ป่วยที่มีการออกกำลังกายมาก มีความสัมพันธ์ว่าผู้ป่วย

มีการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเรื้อรังดีมากเท่านั้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการสังเคราะห์งานวิจัยขนาดใหญ่ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นส่วนใหญ่เกิดขึ้นร่วมกัน ไม่ได้เกิดเป็นปัจจัยเดี่ยว ๆ และปัจจัยเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดระยะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจากผลการศึกษานี้พบว่าทั้ง 3 ปัจจัยถือเป็นลักษณะส่วนบุคคลและวิถีการดำเนินชีวิตที่ถูกจัดเป็น 1 ในปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Green-Schulman, Jaser, Park, & Whittemore, 2016)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการศึกษานี้ ได้แก่ เพศ การศึกษา รายได้ และการจัดการตนเอง (p value < 0.05) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นเพศชายมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bourdel-Marchasson et al. (2013) ที่ระบุว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง นอกจากนี้ยังพบว่ายิ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีระดับการศึกษา รายได้ และการจัดการตนเองยิ่งสูงมากเท่าไหร่จะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการตนเองมากขึ้นเท่านั้น สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการศึกษาในระดับสูงทำให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ และนำองค์ความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการจัดการตนเองและจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเองได้ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (Spasic et al., 2014) รายได้มีผลต่อการเข้าถึงการวินิจฉัยรักษาโรคเรื้อรังทำให้สามารถดูแลตนเองและมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี (Prazeres & Figueiredo, 2014) และการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ มีผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นด้วย ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ของข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการควบคุมอาหารโดยเฉพาะการรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ/วัน มีการออกกำลังกาย และการควบคุมรอบเอวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีที่ส่งผลต่อการควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังได้ เพราะทั้งการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการควบคุมรอบเอวเป็นการจัดการตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และการจัดการตนเอง ที่มีทั้งปัจจัยที่จัดกระทำไม่ได้ (Non modifiable risk factor) และปัจจัยที่จัดกระทำได้ (Modifiable risk factor) ดังนั้นการวางแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ควรคำนึงถึงความแตกต่างของเพศชายและหญิง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการศึกษาเรียนรู้และมีรายได้ที่ดีเพื่อนำมาซึ่งการเข้าถึงองค์ความรู้และนำมาใช้ในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ส่งผลต่อการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิต เพราะการจัดการตนเองที่ดีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วย

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี มีคะแนนการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี โดยมีเส้นรอบเอว การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง และเพศ การศึกษา รายได้ การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากผลการศึกษาวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะคือบุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรหาช่องทางในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการควบคุมรอบเอว การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย เพราะมีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งถือเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยสามารถจัดทำเป็นรูปแบบการวิจัยเพื่อพัฒนา หรือวิจัยกึ่งทดลองได้ อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือ ทำการศึกษาวิจัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองพระพุทธบาทเพียงแห่งเดียว ดังนั้นอาจขยายไปในพื้นที่ไปชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

คัทลียา วสุธาดา, ลลิตา เดชาวุฒิ, นันทวัน ใจกล้า, และสายใจ จารุจิตร. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า, 29*(2), 47 – 59.

ปัฐยาวัชร ปรากฏผล, เยาวดี สุวรรณนาคะ, อรุณี ไชยฤทธิ์, บุญสืบ โสโสม, สราวุฒิ สีถาน, มยุรี สร้อยศรีสวีสดิ์, และสำราญ จันทร์พงษ์. (2558). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.* สืบค้นจาก https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4371?locale-attribute=th

มรุต จิรเศรษฐสิริ. (2561). *สตรีไทย ไต strong.* สำนักงานสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/07/108117/

วิชัย เอกพลากร. (2559). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557.* กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคดีไซน์.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด.

สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย. (2561). *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่องระบบและกลไกการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่เขตเมืองโดยสถาบันป้องกันและควบคุมโรคเขตเมือง.* กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 21 – 22 มิถุนายน 2561. กรุงเทพมหานคร: โรงแรมเซ็นทราฯ ศูนย์ราชการฯ แจ้งวัฒนะ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2560 การบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เล่มที่ 3.* กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์.

ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center). (2561). กลุ่มรายงานมาตรฐานข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD). สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b

Bourdel-Marchasson, I., Druet, C., Helmer, C., Eschwege, E., Lecomte,P., Le-Goff, M., . . . Fagot-Campagna, A. (2013). Correlates of health-related quality of life in French people with type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice, 101*(2), 226-235.

Chin, Y. R., Lee, I. S., & Lee, H. Y. (2014). Effects of hypertension, Diabetes, and/or cardiovascular disease on health-related quality of life in elderly korean individuals: A population-based cross-sectional survey. *Asian Nursing Research, 8*(4), 267-273.

Donald, A. (2014). *What is quality of life? Hayward Medical Communication.* Retrieved from http://www.evidence-based-medicine.co.uk

Grady, P. A., & Gough, L. L. (2014). Self-management: A comprehensive approach to management of chronic conditions. *American Journal of Public Health, 104*(8), e25–e31.

Green-Schulman, D., Jaser, S. S., Park, C., & Whittemore, R. (2016). A meta-synthesis of factors affecting self-management of chronic illness. *Journal of Advance Nursing, 72*(7), 1469–1489.

Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer, & A. Goldstein (Eds.). *Helping People change: A textbook of methods* (pp.305 – 360). New York: Pergamon Press.

Lee, S.-K., Son, Y.-J., Kim, J., Kim, H.-G., Lee, J.-I., Kang, B.-Y., … Lee, S. (2014). Prediction model for health-related quality of life of elderly with chronic diseases using machine learning techniques. *Healthcare Informatics Research, 20*(2), 125-134.

O'Connor, P. J., Narayan, K. M. V., Anderson, R., Feeney, P., Fine, L., Ali, M. K., . . . Sullivan, M. D. (2012). Effect of intensive versus standard blood pressure control on depression and health-related quality of life in type 2 diabetes. *Diabetes Care, 35*(7), 1479-1481.

Prazeres, F., & Figueiredo, D. (2014). Measuring quality of life of old type 2 diabetic patients in primary care in Portugal: A cross-sectional study. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders, 13*(68), 2-6.

Spasic, A., Radovanovic, R. V., Dordevic, A. C., Stefanovic, N., & Cvetkovic, T. (2014). Quality of life in type 2 diabetic patients. *Scientific Journal of the Faculty of Medicine, 31*(3), 193-200.

World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseas 2013 – 2020.* Geneva: World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ลลิดา ปักเขมายัง, พย.ม.[1]

(วันที่รับบทความ: 31 ตุลาคม 2562; วันที่แก้ไข: 22 มิถุนายน 2563; วันที่ตอบรับ: 29 มกราคม 2564)

บทคัดย่อ

ความกลัวการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำกัดกิจกรรมตนเอง ส่งผลให้ข้อติดแข็ง และเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา การวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความกลัวการหกล้มและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในเขตบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 146 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธล การทดสอบการก้าวเดินและการทรงตัว แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย และแบบประเมินความกลัวการหกล้มฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล ผลการศึกษาพบว่า ความกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($r(144) = .226$, $p = .013$) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับโรคประจำตัว ความสามารถในการทรงตัวและประสบการณ์การหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = -.310$, $p = .001$; $r(144) = -.307$, $p = .001$, $r_{pb} = -.215$, $p = .018$ ตามลำดับ) แสดงว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีจะไม่กลัวการหกล้ม ส่วนผู้ที่มีโรคประจำตัว ความสามารถในการทรงตัวไม่ดี และมีประสบการณ์การหกล้มมาก่อนจะมีความกลัวการหกล้ม ดังนั้นพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปเป็นแนวทางการป้องกัน และลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

คำสำคัญ: ความกลัวการหกล้ม, ผู้สูงอายุ, โรคข้อเข่าเสื่อม

[1] อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยราชธานี

[1] Corresponding author: ลลิดา ปักเขมายัง, E-mail: lalidapa@hotmail.com

Factors Related to Fear of Falling Among Older Adults with Osteoarthritis of the Knee

Lalida Pukemayung, M.N.S.[1]

(Received: October 31th, 2019; Revised: June 22th, 2020; Accepted: January 29th, 2021)

Abstract

Fear of falling is an essential antecedent of older adults who have osteoarthritis of the knee to restrict their activities, leading to stiffness or deformity of the knee and subsequent complications. This descriptive correlation research aimed to study the fear of falling and its related factors among older adults with osteoarthritis of the knee. The participants were 149 older adults with osteoarthritis of the knee living in the health service area of a health promotion hospital in Ubonratchathani Province, Thailand. The research instruments included a personal data interview guide, Barthel Activities of Daily Living (ADL) index, Timed up & go test, Thai Geriatric Depression Scale, and the Thai Modified Falls Efficacy Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's production-moment correlations, and Point biserial correlation coefficients. The results showed that fear of falling was positively correlated to the Barthel ADL index ($r(144) = .226$, $p = .013$) but had a negative relationship with underlying disease, gait-balance, and fall experience ($r_{pb} = -.310$, $p = .001$; $r(144) = -.307$, $p = .001$, $r_{pb} = -.215$, $p = .018$, respectively) with statistical significance. Thus, it can be concluded that older adults with osteoarthritis of the knee who were better able to conduct their activities of daily living would not have a fear of falling, while those with underlying diseases, lower ability to gait-balance, and fall experiences would feel the opposite. Therefore, nurses can use this research result to find an approach to prevent and reduce risk factors of falls that affect the fear of falls among older adults with osteoarthritis.

Key word: fear of falling, older adults, knee osteoarthritis

[1] Lecturer, Department of Adult and Ageing, Ratchathani University

[1] Corresponding author: Lalida Pukemayung, E-mail: lalidapa@hotmail.com

บทนำ

โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม ร้อยละ 8.0-16.4 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Wong, Davis, Badley, Grewal, & Mohammed, 2010) ทั้งนี้อุบัติการณ์ของโรคข้อเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ข้อมูลในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 35,281 ราย เป็นผู้สูงอายุมากถึง 27,719 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.57 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลวรรณ ทองเจริญ (2558) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมมากกว่าร้อยละ 70 เป็นผู้ที่มีอายุ 55-78 ปี ส่วนผลการศึกษาผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร จำนวน 392 ราย พบอุบัติการณ์ของโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 34.5-45.6 (สมบูรณ์ อินทลาภาพร, 2560) โรคข้อเข่าเสื่อมส่งผลให้เกิดการหกล้มได้ แต่ในบางชุมชนของจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่วิจัยในครั้งนี้ มีผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากถึง 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุทั้งหมด กลับพบว่ายังไม่เคยมีการศึกษาความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้

โรคข้อเข่าเสื่อมพบได้มากที่สุดในบรรดาโรคข้อเสื่อมทั้งหมด โดยเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ทำให้เกิดการสึกกร่อนของกระดูกอ่อนบริเวณผิวข้อ พบมากบริเวณข้อต่อที่รองรับน้ำหนักของร่างกาย ได้แก่ ข้อเข่า ข้อสะโพก กระดูกสันหลัง ข้อไหล่ และข้อเท้า (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558) การเสื่อมของข้อ ทำให้ข้อต่อมีความยืดหยุ่นลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโครงร่างลดลง เอ็นหย่อน ประสาทส่วนปลายเป็นอัมพาต ทำให้ไม่สามารถควบคุมการเดินหรือการทรงตัวให้อยู่ในภาวะปกติได้ (Ng & Tan, 2013) จึงทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเสื่อมมีการจำกัดการเคลื่อนไหวข้อมากขึ้น เมื่อเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ข้อติดแข็ง หรือข้อผิดรูป และก่อให้เกิดความพิการตามมาได้ (สมบูรณ์ อินทลาภาพร, 2560)

การหกล้มนำไปสู่การได้รับบาดเจ็บ และเสียชีวิตได้บ่อยในผู้สูงอายุ การหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม เกิดจากมีอาการปวด การมีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน การมีโรคเรื้อรัง การเดินและการทรงตัวผิดปกติ ความหนาแน่นของมวลกระดูกลดลง และมีภาวะซึมเศร้า (Ng & Tan, 2013) รวมถึงการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น มีแสงสว่างไม่เพียงพอ มีสิ่งกีดขวางทางเดิน พื้นต่างระดับและพื้นเปียกลื่น (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558) จึงทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเสื่อมระยะเวลา 1 ปี มีการหกล้ม 2 ครั้งขึ้นไป มากถึงร้อยละ 30-40 และมีความเสี่ยงต่อการเกิดหกล้มซ้ำถึงร้อยละ 50 (Ng & Tan, 2013) จำนวนข้อที่เสื่อมมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการหกล้มเพิ่มขึ้น โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีข้อเสื่อม 1, 2, 3-4 ข้อ มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 53 ,74 และ 85 ตามลำดับ (Dore et al., 2015) การหกล้มทำให้ร่างกายได้รับการบาดเจ็บเล็กน้อย จนถึงรุนแรงที่ต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล เช่น กระดูกสะโพกหักและมีเลือดออกในสมอง การหกล้ม นอกจากทำให้ร่างกายได้รับการบาดเจ็บแล้ว ยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจทำให้มีภาวะซึมเศร้า และกลัวการหกล้ม (Ng & Tan, 2013)

ความกลัวการหกล้ม เป็นการรับรู้ระดับความมั่นใจในการทรงตัวของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ ซึ่ง Bandura (1997) กล่าวว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของบุคคล ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ หรือไม่เชื่อในความสามารถของตนเอง ก็มีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมนั้นสูง แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอ ก็จะสามารถทำกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ ดังนั้น ความกลัวการหกล้มจึงเปรียบเสมือนเป็นตัวลดระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ มีการศึกษาความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า การมีโรคประจำตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 2 โรค มีอาการปวด มีประสบการณ์การหกล้ม มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ำ และมีความสามารถในการทรงตัวที่ไม่ดี ทำให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมกลัวการหกล้มถึงร้อยละ 82.4 ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มกลัวการหกล้ม ร้อยละ 90.7 และผู้สูงอายุที่ไม่เคยหกล้มแต่กลัวการหกล้มร้อยละ 68 (Tsonga et al., 2016) จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมกลัวการหกล้ม ซึ่งเกิดได้จากหลายปัจจัยทำให้ทั้งผู้ที่เคยหกล้มและไม่เคยหกล้ม มีความกลัวการหกล้มได้เช่นเดียวกัน

ผลจากความกลัวการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียระดับความมั่นใจในการทรงตัวและการเคลื่อนไหวร่างกาย จึงมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรม หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เคยทำ หรือมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Tsonga et al., 2016) ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะท้องผูก กระดูกพรุนเปราะหักง่าย หลอดเลือดอุดตัน หายใจหอบเหนื่อย และระบบประสาทไม่สามารถควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายได้ (Staff Development for Home Health Aide, 2013) ความกลัวการหกล้ม นอกจากทำให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกายแล้ว ยังนำไปสู่ปัญหาทางด้านจิตใจ ทำให้รู้สึกโกรธ เกิดความสับสน มีความวิตกกังวล การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง แยกตัวจากสังคม ทำให้มีภาวะซึมเศร้า จึงไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลง และมีความกลัวการหกล้มมากขึ้น (Ng & Tan, 2013)

บางชุมชนของจังหวัดอุบลราชธานีมีผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวนมาก แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุเหล่านี้ จากข้อมูลของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2562) ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานีทั้งหมด จำนวน 276,628 ราย เมื่อผู้วิจัยสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของชุมชน พบว่ายังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับสถิติความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เช่น ในเขตตำบลที่เป็นพื้นที่เป้าหมายของการศึกษาครั้งนี้ มีผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 5,905 ราย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) โดยมีผู้อาศัยอยู่ในเขตบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1,210 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 368 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.41 (ข้อมูลและสถิติโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามใหญ่, 2562) หรือเป็น 1 ใน 3 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลนี้

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาความกลัวการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อมดังกล่าว จึงสนใจศึกษาความกลัวการหกล้มและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งในปัจจุบันยังไม่ปรากฏข้อมูลที่ชัดเจน เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามา

พัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการป้องกัน และลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นการสร้างเสริมความมั่นใจให้กับผู้สูงอายุ ให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และลดภาวะพึ่งพาบุคคลอื่น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง โรคประจำตัว ประสบการณ์การหกล้ม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทรงตัว และภาวะซึมเศร้ากับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการศึกษาทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคล ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ หรือไม่เชื่อในความสามารถของตนเองก็มีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมนั้นสูง แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอก็จะสามารถทำกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีความกลัวการหกล้ม อาจเกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ลดลง หรือไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง รวมถึงการมีโรคประจำตัว เคยมีประสบการณ์การหกล้ม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ความสามารถในการทรงตัวไม่ดี และภาวะซึมเศร้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (Correlation descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม อาศัยอยู่ในเขตบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 368 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม อาศัยอยู่ในเขตบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ แห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ สามารถได้ยินและสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ สามารถลุกเดินและช่วยเหลือตนเองได้ และมีการรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา สถานที่ปกติ โดยใช้แบบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test) มีคะแนนตั้งแต่ 15 คะแนน ขึ้นไป (Jitapunkul, Lailert, Worakul, Srikiatkhachorn, & Ebrahim, 1996) เกณฑ์การคัดออก คือ สื่อสารไม่เข้าใจ ไม่สามารถลุกเดินและช่วยเหลือตนเองได้ การรับรู้ผิดปกติ โดยใช้แบบประเมินสภาพจิตจุฬา มีคะแนนน้อยกว่า 15 คะแนน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยการใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

G* Power 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) กำหนดใช้สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว (Bivariate normal model) ในการทดสอบแบบสองทาง (Two tails) กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .23 ตามการศึกษาของ ลลิดา ปักเขมายัง, นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, และพรชัย จูลเมตต์ (2561) ที่พบว่า ค่าความสัมพันธ์ (*r*) ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ มีค่าเท่ากับ .23 โดยกำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ .05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 146 ราย

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

เนื่องจากผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเป็นกลุ่มเปราะบาง ที่ต้องมีการทดสอบความสามารถในการทรงตัว ขณะทำการทดสอบจะมีผู้ช่วยนักวิจัยเดินประกบ แต่ไม่รบกวนการเดิน เพื่อเฝ้าระวังการหกล้มจากการทรงตัวผิดปกติ ถ้ามีอาการผิดปกติ จะให้การพยาบาลเพื่อจัดการกับอาการนั้นจนกว่าอาการในภาพรวมดีขึ้น และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ลงวันที่ 13 กันยายน 2562 (เลขที่ SSJ.UB 2562-031)

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินสภาพจิตจุฬา พัฒนาโดย Jitapunkul et al. (1996) เป็นชุดข้อคำถามเกี่ยวกับการนึกคิด การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล และการตัดสินใจ จำนวน 13 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-19 คะแนน โดย 0-4 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติด้านการนึกคิดอย่างรุนแรง, 5-9 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติด้านการนึกคิดปานกลาง, 10-14 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติด้านการนึกคิดเล็กน้อย และ 15-19 คะแนน หมายถึง ไม่มีความผิดปกติด้านการนึกคิด พบว่ามีความไว (Sensitivity) ร้อยละ 100 มีความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 90 มีค่า Test–retest kappa coefficient เท่ากับ .65 และมีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) เท่ากับ .81

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ และแบบทดสอบการก้าวเดินและการทรงตัวประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นคำถามปลายเปิดและคำถามปลายปิดแบบหลายทางเลือก ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ประวัติการหกล้ม โรคประจำตัว สภาพที่อยู่อาศัย และผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel activity daily living index [BAI]) ที่พัฒนาโดย Jitapunkul et al. (1994) มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดย 0-4 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาทั้งหมด, 5-8 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาส่วนใหญ่, 9-11 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาบางส่วน และ 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79

ส่วนที่ 3 การทดสอบการก้าวเดินและการทรงตัว (Timed up & go test [TUG]) ที่ Piphatvanitcha (2006) ได้แปล และดัดแปลงมาจากแบบทดสอบการก้าวเดินของ Podsiadlo and Richardson (1991) โดยพื้นที่ที่ใช้ในการทดสอบเป็นพื้นราบ มีเส้นแสดงแนวการเดินให้ผู้สูงอายุมองเห็นชัดเจน นาฬิกาที่ใช้ในการจับเวลามีการทดสอบความเที่ยงตรงก่อนใช้ทุกครั้ง ผู้ประเมินเป็นคนเดิมทุกครั้ง และก่อนการทดสอบจริงให้ผู้สูงอายุได้ทดลองปฏิบัติก่อน เมื่อผู้สูงอายุพร้อมทำการทดสอบ ให้ผู้สูงอายุนั่งเก้าอี้ที่มีความสูง 46 เซนติเมตร และวางมือทั้งสองข้างไว้ที่วางแขน เมื่อออกคำสั่ง “เดิน” ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้นั่ง แล้วเดินตรงไปข้างหน้าในระยะทาง 3 เมตร แล้วเดินวนกลับมานั่งเก้าอี้ตัวเดิม ประเมินโดยการจับเวลาเป็นวินาทีเต็ม โดย 7-10 วินาที หมายถึง ความสามารถในการทรงตัวดี, 11- 19 วินาที หมายถึง ความสามารถในการทรงตัวปานกลาง และ 20 วินาทีขึ้นไป หมายถึง ความสามารถในการทรงตัวไม่ดี พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นภายในเท่ากับ .99 และค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ทดสอบเท่ากับ 1 (Piphatvanitcha, 2006)

ส่วนที่ 4 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale [TGDS]) พัฒนาขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ลักษณะการตอบมี 2 ลักษณะคือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน โดย 0-12 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุปกติไม่มีภาวะซึมเศร้า, 13-18 หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย, 19-24 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และ 25-30 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าสูง พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสันเท่ากับ .93

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความกลัวการหกล้มฉบับภาษาไทย (The Thai Modified Falls Efficacy Scale [TMFES]; ธนภรณ์ พิพัฒน์วณิชชา, นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, และพรชัย จูลเมตต์, 2561) แบบสัมภาษณ์ความกลัวการหกล้มครอบคลุมการทำกิจกรรมภายใน และภายนอกบ้านของผู้สูงอายุ มีข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ แต่ละข้อคำตอบมี 10 ระดับ โดยเริ่มจาก 0 คือ ไม่มั่นใจ, 5 คือ มั่นใจปานกลาง และ 10 คือ มั่นใจมากที่สุด มีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน โดย 0.00-08.00 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีความมั่นใจน้อยหรือกลัวการหกล้ม และ 08.01-10.00 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีความมั่นใจมากหรือไม่กลัวการหกล้ม พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Content validity) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบทดสอบการก้าวเดินและการทรงตัว แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย และแบบประเมินความกลัวการหกล้มฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหามาแล้ว โดยไม่ได้มีการดัดแปลง ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบทดสอบการก้าวเดินและการทรงตัว แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย และแบบประเมินความกลัวการหกล้มฉบับภาษาไทย ทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ในเขตบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี

ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเที่ยงเท่ากับ .81, .91, .89 และ .89 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนวันเก็บข้อมูล 1 วัน ผู้วิจัยทำการรวบรวมรายชื่อผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในเช้าวันเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่บ้าน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย และสิทธิ์ในการปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการวิจัย และทำการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ในแต่ละวันต้องคัดกรองให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มากกว่า 10 ราย แล้วสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เพื่อใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวันละ 10 ราย จนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 146 ราย โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม และทดสอบการก้าวเดินและการทรงตัวประมาณ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ประวัติการหกล้ม โรคประจำตัว สภาพที่อยู่อาศัย ผู้ดูแลหลัก และความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัว และประสบการณ์การหกล้มกับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการทรงตัวกับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์การหกล้ม โรคประจำตัว สภาพที่อยู่อาศัย ผู้ดูแลหลัก ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทรงตัว และภาวะซึมเศร้า ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 *จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง*

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (*n* = 146)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
60 - 69 ปี	73	50.0
70 - 79 ปี	56	38.3
80 ปี ขึ้นไป	17	11.7
อายุเฉลี่ย = 67 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.44		

(มีต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (*n* = 146)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	103	70.6
ชาย	43	29.4
สถานภาพสมรส		
โสด	7	4.8
สมรส	118	80.8
หม้าย	21	14.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	4	2.7
ประถมศึกษา	135	92.5
สูงกว่าประถมศึกษา	7	4.8
รายได้ต่อเดือน		
3,000 – 5,000	124	84.9
5,001 – 8,000	15	10.3
8,001 – 10,000	6	4.1
10,000 ขึ้นไป	1	0.7
ประสบการณ์การหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคย	65	44.5
เคย	81	55.5
จำนวนครั้งของการหกล้ม		
1 ครั้ง	39	48.2
2 ครั้ง	16	19.8
3 ครั้ง ขึ้นไป	26	32.1
โรคประจำตัว		
ไม่มี	57	39.0
มี	89	61.0
สภาพที่อยู่อาศัย		
บ้านชั้นเดียว	86	58.9
บ้านสองชั้น	60	41.1
ผู้ดูแลหลัก		
สามี	25	17.1
ภรรยา	25	17.1
บุตรสาว	60	41.1
บุตรชาย	36	24.7

(มีต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (*n* = 146)	ร้อยละ
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน		
มีภาวะพึ่งพาส่วนใหญ่	1	0.6
มีภาวะพึ่งพาบางส่วน	3	2.1
มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย	142	97.3
ความสามารถในการทรงตัว		
ความสามารถในการทรงตัวระดับดี	2	1.4
ความสามารถในการทรงตัวระดับปานกลาง	127	86.9
ความสามารถในการทรงตัวระดับต่ำ	17	11.7
ภาวะซึมเศร้า		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	121	82.9
ซึมเศร้าเล็กน้อย	15	10.3
ซึมเศร้าปานกลาง	10	6.8

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.6) เคยมีประสบการณ์การหกล้ม (ร้อยละ 55.5) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 61) มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับพึ่งพาเล็กน้อย (ร้อยละ 97.3) มีความสามารถในการทรงตัวอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 86.9) และไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 82.9)

ส่วนที่ 2 ความกลัวการหกล้ม และความกลัวการหกล้มของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกิจกรรม ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 *จำนวน และร้อยละของความกลัวการหกล้มของกลุ่มตัวอย่าง*

ความกลัวการหกล้ม	จำนวน	ร้อยละ
มีความกลัวการหกล้ม	136	93.1
ไม่มีความกลัวการหกล้ม	10	6.9

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความกลัวการหกล้ม ร้อยละ 93.1 และไม่มีความกลัวการหกล้ม ร้อยละ 6.9

ตารางที่ 3 *ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความกลัวการหกล้มของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกิจกรรม (คะแนนเฉลี่ยเต็ม = 10)*

กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. การถอดและสวมใส่เสื้อผ้า	5.93	2.50
2. การเตรียมอาหารง่าย ๆ	5.67	2.43
3. การอาบน้ำ	5.15	2.49
4. การนั่งและลุกจากเก้าอี้	5.07	1.93
5. การขึ้นและลงจากเตียงนอน	4.91	1.85
6. การลุกขึ้นไปเปิดประตูหรือลุกขึ้นไปรับโทรศัพท์	4.74	1.69
7. การเดินภายในบ้านโดยรอบ	5.36	2.20
8. การเอื้อมหยิบของจากตู้	4.39	2.19
9. การทำความสะอาดบ้านเล็กน้อย	5.50	2.30
10. การซื้อของเล็ก ๆ น้อย ๆ	5.12	2.53
11. การใช้บริการขนส่งสาธารณะ	1.42	2.14
12. การข้ามถนน	3.74	2.47
13. การทำสวนเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือการตากผ้า	4.38	2.41
14. การใช้บันไดหน้าบ้านหรือหลังบ้าน	1.61	2.43
รวม	**4.49**	**2.25**

จากตารางที่3 พบว่ากิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างกลัวการหกล้มมากที่สุดคือการใช้บริการขนส่งสาธารณะ (M = 1.42, SD = 2.144) รองลงมา คือ การใช้บันไดหน้าบ้านหรือหลังบ้าน (M = 1.61, SD = 2.430) และการข้ามถนน (M = 3.74, SD = 2.475) ส่วนกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างกลัวการหกล้มน้อยที่สุด คือ การถอดและสวมใส่เสื้อผ้า (M = 5.93, SD = 2.506)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัว ประสบการณ์การหกล้ม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทรงตัว และภาวะซึมเศร้ากับความกลัวการหกล้ม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 *ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัว ประสบการณ์การหกล้ม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทรงตัว และภาวะซึมเศร้ากับความกลัวการหกล้มของกลุ่มตัวอย่าง*

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	*p*-value
โรคประจำตัว	r_{pb} = -.310**	.001
ความสามารถในการทรงตัว	r = -.307**	.001
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	r = .226*	.013
ประสบการณ์การหกล้ม	r_{pb} = -.215*	.018
ภาวะซึมเศร้า	r = -.043	.644

จากตารางที่ 4 พบว่า โรคประจำตัวและความสามารถในการทรงตัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ประสบการณ์การหกล้มมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

อภิปรายผลการวิจัย

ความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กลัวการหกล้ม เนื่องจากโครงสร้างของกระดูกและกล้ามเนื้อเสื่อมลงในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะข้อเข่าที่ทำหน้าที่รองรับน้ำหนักของร่างกาย ประกอบกับการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมทำให้มีอาการปวดมากขึ้น ส่งผลเสียต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อประสานงานรอบข้อในขณะที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย (สมบูรณ์ อินทลาภาพร, 2560) ทำให้กำลังของกล้ามเนื้อช่วยพยุงข้อลดลง เกิดความไม่คล่องตัวในการก้าวเดิน ประกอบกับกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 61 มีโรคประจำตัว และร้อยละ 55.5 เคยมีประสบการณ์การหกล้ม เมื่อจำเป็นต้องทำกิจกรรมที่ต้องอาศัยความแข็งของข้อเข่าในการรับน้ำหนักเพื่อให้เกิดความปลอดภัยขณะเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การใช้บริการขนส่งสาธารณะ การขึ้นลงบันไดหน้าบ้านหรือหลังบ้าน รวมไปถึงการข้ามถนน จึงเป็นไปด้วยความยากลำบาก ความมั่นใจลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีความกลัวการหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาของ Tsonga et al. (2016) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 82.4 มีความกลัวการหกล้ม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ โรคประจำตัว ความสามารถในการทรงตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และประสบการณ์การหกล้ม ซึ่งสามารถอภิปรายได้ ดังต่อไปนี้

โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ไม่มีโรคประจำตัว จะมีคะแนนความมั่นใจในการทำกิจกรรมมาก กลัวการหกล้มน้อยหรือไม่กลัวการหกล้ม ส่วนผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีโรคประจำตัว จะมีคะแนนความมั่นใจในการทำกิจกรรมน้อย หรือกลัวการหกล้มมาก เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมทำให้อาการปวดเพิ่มมากขึ้น ขณะที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย (สมบูรณ์ อินทลาภาพร, 2560) ประกอบกับผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว คือโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง หากดูแลตนเองไม่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้มีอาการปวดศีรษะ หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า ระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) อาจทำให้สูญเสียการทรงตัว ความมั่นใจจึงลดลง การเดินและยืนขาดความมั่นคงเสี่ยงต่อการหกล้ม และทำให้มีความกลัวการหกล้มตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Tsonga et al. (2016) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม

ความสามารถในการทรงตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีความสามารถในการทรงตัวไม่ดี จะมีคะแนนความมั่นใจในการทำกิจกรรมน้อย หรือกลัวการหกล้มมาก ส่วนผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีความสามารถในการทรงตัวดี จะมีคะแนนความมั่นใจในการทำกิจกรรมมาก กลัวการหกล้มน้อย หรือไม่กลัวการหกล้ม เนื่องจากข้อเข่าที่เสื่อมลง ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายเป็นไปด้วยความยากลำบาก ขณะเคลื่อนไหวร่างกายอาการปวดจะมีความรุนแรงมากขึ้น (สมบูรณ์ อินทลาภาพร, 2560) การลงน้ำหนักจึงทำได้ไม่เต็มที่ ทำให้การรับรู้ความสามารถในการทรงตัวลดลง ไม่มั่นใจในการยืนและการก้าวเดิน เนื่องจากสูญเสียการทรงตัว จึงทำให้มีความกลัวการหกล้มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Tsonga et al. (2016) ที่พบว่า ความสามารถในการทรงตัวมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะพึ่งพามาก จะมีคะแนนความมั่นใจในการทำกิจกรรมน้อย หรือกลัวการหกล้มมาก ส่วนผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะพึ่งพาน้อย จะมีคะแนนความมั่นใจในการทำกิจกรรมมาก กลัวการหกล้มน้อย หรือไม่กลัวการหกล้ม เนื่องจาก การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต้องอาศัยการทำงานประสานกันของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เพื่อช่วยในการทรงตัวจึงจะทำให้สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ข้อเข่าเสื่อมที่เสื่อมลง ทำให้การเคลื่อนไหวข้อลำบาก การเดินและการทรงตัวไม่ดี ทำให้มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Rosangela et al., 2011) การจำกัดกิจกรรมจึงเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุนำมาปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ถ้าหากมีการจำกัดกิจกรรมตนเองมากขึ้น กล้ามเนื้อช่วยประสานจะเกิดการอ่อนแรงมากขึ้น ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และมีความกลัวการหกล้มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Tsonga et al. (2016) ที่พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ประสบการณ์การหกล้มมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่เคยมีประสบการณ์การหกล้ม จะมีคะแนนความมั่นใจในการทำกิจกรรมน้อย หรือกลัวการหกล้มมาก ส่วนผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ไม่เคยมีประสบการณ์การหกล้ม จะมีคะแนนความมั่นใจในการทำกิจกรรมมาก กลัวการหกล้มน้อย หรือไม่กลัวการหกล้ม เนื่องจากข้อเข่าที่เสื่อมลงและมีความปวด ทำให้มีความลำบากในการเคลื่อนไหวร่างกาย ถ้าหากผู้สูงอายุมีข้อเสื่อมหลายข้อ ยิ่งทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มได้ง่าย (Dore et al., 2015) ผลจากการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลง หรือไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เหมือนที่เคยปฏิบัติมา การหกล้มที่เคยเกิดขึ้นจึงเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดี ส่งผลให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง เมื่อต้องทำกิจกรรมต่าง ๆ ความไม่มั่นใจที่เคยมีก็จะลดลง เนื่องจากกลัวการหกล้มซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tsonga et al. (2016) ที่พบว่า ประสบการณ์การหกล้มมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวิถีชีวิตของคนอีสานที่อาศัยอยู่มีสามี ภรรยา บุตรหลาน ญาติพี่น้องคอยดูแล และมีเพื่อนบ้านแวะเวียนกันมาเยี่ยม จึงทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด รวมถึงกำลังใจจากญาติพี่น้องที่ร่วมกันดูแล และสอบถามถึงอาการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุจึงมีกำลังใจ มีความสุขใจ อบอุ่นใจในภาวะเจ็บป่วย (สุรีย์ ธรรมิกบวร, สุรสม กฤษณะจูฑะ, และปิ่นวดี ศรีสุพรรณ, 2561) จึงเป็นแรงผลักดันที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จได้ด้วยตนเอง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจมีการพึ่งพาบุคคลอื่นบ้างเล็กน้อย จึงไม่มีความกลัวการหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาของ ลลิดา ปักเขมายัง และคณะ (2561) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีความกลัวการหกล้ม ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี จะไม่กลัวการหกล้ม ส่วนผู้ที่มีโรคประจำตัว ความสามารถในการทรงตัวไม่ดี และมีประสบการณ์การหกล้มมาก่อน จะมีความกลัวการหกล้ม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นแนวทางการป้องกัน และลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัว ความสามารถในการทรงตัวไม่ดี ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และมีประสบการณ์การหกล้ม ควรได้รับการประเมินและดูแลอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับจังหวัด ระดับภาค หรือระดับประเทศ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์มากขึ้น

2. นำผลการวิจัยไปต่อยอดในการศึกษาปัจจัยทำนายความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อให้ทราบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความกลัวการหกล้ม และนำไปจัดทำโปรแกรมที่เฉพาะเจาะจง เพื่อลดความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). *สถิติผู้สูงอายุ.* สืบค้นจาก http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/275

กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. *สารศิริราช, 46*(1), 1-9.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2560.* สืบค้นจาก http://www.bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/stratistics60.pdf

ข้อมูลและสถิติโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามใหญ่. (2562). *ข้อมูลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมปี พ.ศ.2562.* อุบลราชธานี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามใหญ่.

ธนภรณ์ พิพัฒน์วณิชชา, นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, และพรชัย จูลเมตต์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการก้าวเดินและการทรงตัว ภาวะปลายประสาทเสื่อม และประสบการณ์การหกล้มกับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติ (Proceedings) พะเยาวิจัยครั้งที่ 7* (หน้า 194-206). พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา.

ลลิดา ปักเขมายัง, นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, และพรชัย จูลเมตต์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. ใน *งานประชุมวิชาการ "แพทย์บูรพา" ครั้งที่ 5 (Proceeding) การแพทย์ก้าวไกลใน EEC.* ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2558). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ.* กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมบูรณ์ อินทลาภาพร. (2560). โรคข้อในผู้สูงอายุที่พบบ่อยในระดับปฐมภูมิ. ใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (บรรณาธิการ). *พฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขั้นต้น* (หน้า 286-292). นนทบุรี: ภาพพิมพ์.

สุรีย์ ธรรมิกบวร, สุรสม กฤษณะจูฑะ, และปิ่นวดี ศรีสุพรรณ. (2561). *วัฒนธรรมอีสานกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ.* อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). *สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ.* สืบค้นจาก http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/05.aspx

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy thee exercise of control* (4th ed.). New York: W. H. Freeman.

Dore, A. L., Golightly, Y. M., Mercer, V. S., Shi, X. A., Renner, J. B., Jordan, J. M., & Nelson, A. E. (2015). Lower limb osteoarthritis and the risk of falls in a community-based longitudinal study of adults with and without osteoarthritis. *Arthritis Care Research, 67*(5), 633-639.

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.

Jitapunkul, S., Lailert, C., Worakul, P., Srikiatkhachorn, A., & Ebrahim, S. (1996). Chula mental test: A screening test for elderly people in less developed countries. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 11*(8), 715-720.

Jitapunkul, S., Kamolratanakul, S., Chandraprasert, S., & Bunnag, S. (1994). Disability among Thai elderly living in Klong Toey slum. *Journal of the Medical Association of Thailand, 77*(5), 231-238.

Ng, C. T., & Tan, M. P. (2013). Osteoarthritis and fall in the older person. *Age and Ageing, 42,* 561-566.

Piphatvanitcha, N. (2006). *The effect of a fall prevention program on gait and balance of community -dwelling elders.* Doctoral dissertation, Philosophy Program in Nursing Science, Faculty of Nursing. Bangkok: Chulalongkorn University.

Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed up and go: A test of basic functional mobility for frail elderly persons [Abstract]. *Journal of the American Geriatrics Society, 39*(2), 142-148.

Rosangela, C. D., Maria, T. F. F., Erika, G. S. S., Retana, A. V., Joao, M. D. D., & Monica, R. P. (2011). Characteristics associated with activity restriction induced by fear of fall in community-dwelling elderly. *Brazilian Journal Physical Therapy, 15*(5), 406-413.

Staff Development for Home Health Aide. (2013). Complication of immobility: Risk factor and effects. *Effects of Immobility, 14*(8), 1-5.

Tsonga, T., Michalopoulou, M., Kapetanakis, S., Giovannopoulou, E., Malliou, P., Godolias, G., & Soucacos, P. (2016). Risk factors for fear of falling in elderly patients with severe knee osteoarthritis before and one year after total knee arthroplasty. *Journal Orthopedic Surgery, 24*(3), 302-306.

Wong, R., Davis, A. M., Badley, E., Grewal, R., & Mohammed, M. (2010). *Prevalence of arthritis and rheumatic diseases around the world a growing burden and implications for health care needs.* Retrieved from http:// www.modelsofcare.ca/pdf/10-02.pdf

องค์กรแห่งความสุข : คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลจบใหม่

ลักขณา ศิรถิรกุล, พย.ม. [1]
บุญพิชชา จิตต์ภักดี, ปร.ด. [2]
จารุวรรณ สนองญาติ, ศษ.ด. [3]

(วันที่ส่งบทความ: 23 เมษายน 2564; วันที่แก้ไข: 20 พฤษภาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 2 มิถุนายน 2564)

บทคัดย่อ

องค์กรแห่งความสุขเป็นแนวคิดที่มุ่งดำเนินงานกับบุคคลซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักที่มีความสำคัญกับองค์กร โดยมีความเชื่อว่าเมื่อสมาชิกขององค์กรมีความสุข ย่อมส่งผลดีต่อผลผลิตขององค์กร และทำให้บุคคลเกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรมาก จึงมีการนำแนวคิดนี้มาเป็นแนวทางส่งเสริม และพัฒนานโยบายสร้างเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของคนทำงาน โดยเฉพาะกับสมาชิกใหม่ขององค์กรที่อยู่ในช่วงการปรับตัวเข้าสู่สิ่งแวดล้อมของการทำงาน เช่นเดียวกับพยาบาลจบใหม่ที่กำลังเปลี่ยนบทบาทจากนักศึกษาพยาบาลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้น จึงอาจทำให้เกิดความกลัวและวิตกกังวล มีความรู้สึกสับสนในบทบาทและไม่เข้าใจในระบบงาน บางคนต้องทำงานท่ามกลางความขัดแย้งหรือได้รับค่าตอบแทนต่ำ ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายท้อแท้ ไม่มีแรงจูงใจในการทำงาน อยากลาออก และคุณภาพของการบริการพยาบาลลดลง บทความฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายสถานการณ์และคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลจบใหม่ และนำเสนอแนวทางการสร้างองค์กรแห่งความสุขสำหรับพยาบาลจบใหม่ โดยอาศัยแนวคิดองค์กรแห่งความสุขในการพัฒนาองค์กร เพื่อให้พยาบาลจบใหม่มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีและมีความสุข และมีความผูกพันต่อองค์กร อันจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์กรให้เติบโตอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: องค์กรแห่งความสุข, คุณภาพชีวิตการทำงาน, พยาบาลจบใหม่

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก
[1] Corresponding author: ลักขณา ศิรถิรกุล, E-mail: kai_lakana@hotmail.com

Happy Workplace: The Quality of the Working Life of New Graduate Nurses

Lakana Siratirakul, M.N.S. [1]
Bunpitcha Chitpakdee, Ph.D. [2]
Jaruwan sanongyard, Ed.D. [3]

(Received: April 23th, 2021; Revised: May 20th, 2021; Accepted: June 2nd, 2021)

Abstract

"Happy workplace" is a concept focused on working with the personnel who are the important main target group of an organization. The underpinning ideas are that, the happier the members of an organization are, the better products they will produce, and the more commitment they will have to the organization. These ideas are applied to guidelines to promote and develop policies for enhancing the quality of the employees' working life, especially those new hires who are adapting to a new work environment. Newly graduated nurses are also in a transition from being nursing students to becoming professional nurses with more responsibilities. Thus, they might feel fearful, anxious, or confused about their roles and their new working systems. Some of them may encounter situations with work conflicts or low compensation. Consequently, they may feel their jobs are tedious or boring, lose their feelings of compassion, quit the job, or provide low quality nursing care. The purposes of this article are to describe the situations and working life quality of new nurse graduates and offer guidelines for creating a happy workplace for them. The concept of a happy workplace is integrated to the recommendations for the organizational development guidelines in order to ensure creating a better quality of working life that will provide happiness and satisfaction to their employees. This should result in building a stronger commitment and deeper dedication to the organization among their employees, which will, in turn, benefit the organization and lead to sustainable growth.

Keyword: happy workplace, quality of working life, new graduate nurses

[1] Registered nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Praboromarajchanok Institute
[2] Assistant Professor, Chiang Mai University, Chiang Mai
[3] Registered nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Praboromarajchanok Institute
[1] Corresponding author: Lakana Siratirakul, E-mail: kai_lakana@hotmail.com

บทนำ

พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีความสำคัญในองค์กรที่จะช่วยผลักดันให้องค์กรด้านสุขภาพมีความเจริญก้าวหน้า ทันต่อการเปลี่ยนแปลง และนำพาองค์กรให้บรรลุเป้าหมาย ศักยภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลขึ้นอยู่กับวิธีการที่องค์กรผลักดันให้พยาบาลปฏิบัติงาน และทุ่มเทให้กับงานอย่างเต็มความสามารถ ดังนั้นผู้บริหารต้องให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลเพื่อช่วยสร้างความสุขและความพึงพอใจในการทำงาน ทำงานด้วยความเสียสละทุ่มเท ส่งผลดีต่อองค์กร (วิรัช สงวนวงศ์วาน และณัฐณิชา ปิยปัญญา, 2560) โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นกลุ่มวิชาชีพที่มีปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังอย่างมาก ดังเห็นได้จากสถิติการลาออกของพยาบาลจบใหม่มากกว่าร้อยละ 50 ในปีแรกของการปฏิบัติงาน ด้วยสาเหตุจากภาระงานสูง การบริหารจัดการไม่ดี และความเครียด (กฤษดา แสวงดี, 2560) และมีความสุขในการทำงานต่ำ (นิสา ทมาภิรัต และอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2560)

ดังนั้นเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลจบใหม่และการพัฒนาองค์กรให้เกิดความยั่งยืนต้องอาศัยแนวคิดองค์กรแห่งความสุข (Happy workplace) เพื่อให้คนทำงานมีความสุข มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี มีความเครียดลดลง ลดอัตราการเจ็บป่วย ลดอัตราการขาดงาน และบุคลากรเกิดแรงจูงใจความพึงพอใจในงานและมีความผูกพันต่อองค์กร อันจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กรในการเพิ่มขีดความสามารถในการทำงานและเป็นองค์กรแห่งความเป็นเลิศต่อไป (ชาญวิทย์ วสันต์ธนารัตน์ และธีร์ธรรม วุฑฒิวัตรชัยแก้ว, 2559) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายถึงปรากฏการณ์สถานการณ์และปัญหาพยาบาลจบใหม่ คุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาล แนวทางการสร้างองค์กรแห่งความสุขของพยาบาลจบใหม่ ภายใต้การพัฒนาองค์กรโดยอาศัยแนวคิดแห่งความสุข เพื่อให้พยาบาลจบใหม่มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีและทำงานอย่างมีความสุข

สถานการณ์และปัญหาพยาบาลจบใหม่

จากการศึกษาสถานการณ์กำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการลาออกหรือโอนย้ายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในช่วงอายุ 25-29 ปี ซึ่งจัดอยู่ในเจนเนอเรชั่นวาย พบว่าในช่วงอายุการทำงาน 1-5 ปีแรกของการทำงานมีอัตราการลาออกเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 13.2 (บุญช่วย ศิลาหม่อม, วรรณี เดียวอิศเรศ, และอารีรัตน์ ขำอยู่, 2561) และจากอุบัติการณ์การลาออกของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่า ปีงบประมาณ 2557 มีอัตราการลาออกคิดเป็นร้อยละ 2 และในปีงบประมาณ 2558 มีอัตราการลาออกคิดเป็นร้อยละ 12.5 ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุการทำงานไม่เกิน 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.54 ของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤติที่ลาออกทั้งหมดด้วยเนื่องจากการปรับตัวเข้ากับงานไม่ได้ (กฤดิญาดา เกื้อวงศ์ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2560)

พยาบาลจบใหม่ (Novice nurses) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่ปฏิบัติงานไม่เกิน 1 ปี มีประสบการณ์น้อย ต้องการความช่วยเหลือและได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรในทีมในการปฏิบัติงานทางคลินิก พยาบาลจบใหม่ต้องเผชิญกับความเครียดและความวิตกกังวลจากการปรับตัวและการปรับเปลี่ยน

บทบาทจากนักศึกษามาเป็นพยาบาลวิชาชีพ อีกทั้งยังขาดประสบการณ์และขาดความชำนาญในการทำงาน ทำให้รู้สึกไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน การตัดสินใจยังไม่ดี และพบความผิดพลาดจากการปฏิบัติงานเป็นประจำ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิสา ทมาภิรัต และอารีย์วรรณ อ่วมตานี (2560) ที่พบว่าพยาบาลจบใหม่มีความเครียดและความวิตกกังวลเมื่อต้องมาปฏิบัติงาน รู้สึกท้อใจ รู้สึกกดดันเมื่อทำงานผิดพลาดและรู้สึกเป็นตัวถ่วงของทีมเมื่อเวลายุ่ง นอกจากนี้ยังขาดประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน ส่งผลทำให้ไม่มีความสุขในการทำงานและตัดสินใจลาออกจากงานในที่สุด ดังนั้นการสร้างความสุขในที่ทำงานจะทำให้คนทำงานโดยเฉพาะพยาบาลจบใหม่ทำงานอย่างมีความสุขและดำรงชีวิตอย่างเหมาะสม มีความสัมพันธ์ที่ดีในกลุ่มเพื่อนร่วมงาน และมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดี ทำให้เกิดบรรยากาศในการทำงานดี และเกิดบรรยากาศขององค์กรแห่งความสุข จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายขององค์กร (กอปรลาภ อภัยภักดิ์, 2563)

คุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาล

คุณภาพชีวิตการทำงาน หมายถึง คุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับสิ่งแวดล้อมโดยรวมในการทำงานของบุคคล และเน้นมิติเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ รวมทั้งยังครอบคลุมทุกเรื่องเกี่ยวกับจริยธรรมในการทำงานและสภาพในการทำงาน ตลอดจนควรให้ความสำคัญที่บทบาทการทำงาน ได้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง และสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน (ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, และจรัมพร โห้ลำยอง, 2556) คุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีเป็นการสร้างประสิทธิภาพและคุณภาพการทำงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความสุขในการทำงาน โดยเฉพาะในกลุ่มพยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้บริการสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุด เมื่อพยาบาลมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีจะส่งผลต่อคุณภาพการบริการแก่ผู้ป่วย

คุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อการโอนย้ายหรือการลาออกจากงานของพยาบาล อันเป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังและข้อจำกัดในการสรรหาบุคลากรใหม่ ดังนั้นการบริหารจัดการให้คนในองค์กรมีความสุขในการทำงาน ย่อมเป็นปัจจัยที่สำคัญในการแก้ปัญหาและธำรงรักษาบุคลากรไว้ในระบบ ผู้บริหารจึงต้องสร้างแนวทางในการบริหารจัดการบุคลากรให้เกิดความผาสุกและคงอยู่ในระบบสุขภาพต่อไป เพื่อให้พยาบาลมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน (ศริยา ยังศิริ และสุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2562) ดังนี้

1. สภาพแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงาน หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้มีความปลอดภัยขององค์กร มีเครื่องอำนวยความสะดวกในการทำงาน และมีบรรยากาศในการทำงานที่ดี รวมถึงการสร้างวัฒนธรรมในการทำงานร่วมกันของบุคลากรในองค์กร และสร้างสุขภาวะที่ดีในองค์กร (Healthy workplace) ซึ่งพยาบาลรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตการทำงานในด้านสภาพแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงานได้จากการจัดสภาพแวดล้อมการทำงานให้มีความปลอดภัย

2. โอกาสในการพัฒนาความสามารถของบุคคล หมายถึง การรับรู้ถึงการใช้ความรู้ความสามารถในงานที่ทำได้อย่างเต็มศักยภาพ ได้ทำงานที่ท้าทาย เกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง รวมถึงโอกาสในการฝึกอบรม เพิ่มพูนทักษะในงาน ซึ่งพยาบาลรับรู้คุณภาพชีวิตการทำงานในด้านโอกาสในการพัฒนาความสามารถของบุคคลจากการสนับสนุนของผู้บริหารในการพัฒนาบุคลากร ทั้งเวลา งบประมาณ และโอกาสอย่างเหมาะสมแก่บุคลากรพยาบาล

3. โอกาสในการก้าวหน้าในหน้าที่การงาน หมายถึง การรับรู้ถึงการประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน การเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่ง การได้รับการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่าในการทำงาน การได้รับความไว้วางใจให้ทำงานที่ยากและสำคัญจากผู้บริหาร ซึ่งพยาบาลรับรู้คุณภาพชีวิตการทำงานในด้านโอกาสในการก้าวหน้าในหน้าที่การงานจากการได้รับการเตรียมความรู้และทักษะในการทำงานในตำแหน่งที่สูงขึ้น รวมถึงการได้เลื่อนตำแหน่งทางวิชาชีพ

4. ความยุติธรรม หมายถึง การรับรู้ถึงค่าตอบแทนที่เป็นธรรม และความยุติธรรมของผู้บริหารในเรื่องการมอบหมายงาน การพิจารณาความดีความชอบ กระบวนการตัดสินและยุติข้อขัดแย้งในองค์กร ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานและความพึงพอใจในงานทั้งสิ้น ซึ่งพยาบาลรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตการทำงานในด้านความยุติธรรมจากความพอใจในสวัสดิการ อัตราเงินเดือนที่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่มีความยุติธรรมเมื่อเทียบกับเพื่อนร่วมอาชีพอื่น และได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับปริมาณงานที่รับผิดชอบ

5. ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบในงานด้านการดูแลรักษาพยาบาล การที่องค์กรได้แสดงถึงความรับผิดชอบต่อสังคม และให้ความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ ในการกระทำกิจกรรมต่างๆที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติ ซึ่งพยาบาลรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตการทำงานในด้านความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ทางสังคมได้จากการที่พยาบาลเกิดความรู้สึกได้เห็นคุณค่าและมีความภาคภูมิใจในวิชาชีพและอาชีพของตน

6. การรักษาสิทธิส่วนบุคคล หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการที่ผู้ร่วมงานให้เกียรติและเคารพในสิทธิส่วนบุคคลซึ่งกันและกันและผู้บังคับบัญชาให้โอกาสอย่างเท่าเทียมแก่ผู้ใต้บังคับบัญชาทุกคน ซึ่งพยาบาลจะรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตการทำงานในด้านการรักษาสิทธิส่วนบุคคลจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีลักษณะงานที่ตั้งอยู่บนฐานของความยุติธรรม วิถีชีวิตและวัฒนธรรมในองค์กร จะส่งเสริมให้เกิดความเคารพสิทธิส่วนบุคคล

7. การบูรณาการทางสังคม หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในหน่วยงาน มีการทำงานร่วมกัน ความรู้สึกมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งในหน่วยงาน และการได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงาน การมีบรรยากาศทำงานที่เป็นมิตร มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เกิดความพึงพอใจในการทำงานร่วมกับผู้อื่น ได้รับความเสมอภาคในการทำงาน ซึ่งพยาบาลรับรู้คุณภาพชีวิตการทำงานในด้านการบูรณาการทางสังคมจากการที่หน่วยงานจัดกิจกรรมส่งเสริมให้พยาบาลได้มีโอกาสทำกิจกรรมร่วมกัน มีการสื่อสารแบบเปิดเผยตรงไปตรงมา มีความจริงใจต่อกัน

8. ความสมดุลในการดำเนินชีวิต หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการใช้เวลาในการทำงานกับปริมาณงานที่ได้รับมอบหมาย ภาระงานที่เพิ่มขึ้นทั้งงานด้านบริหารและด้านวิชาการ ความสามารถในการจัดแบ่งเวลาสำหรับการทำงาน ครอบครัวและส่วนตัวได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการรับรู้ถึงการมีเวลาพักผ่อนและออกกำลังกายอย่างเหมาะสมในแต่ละวัน ซึ่งพยาบาลรับรู้คุณภาพชีวิตการทำงานในด้านความสมดุลในการดำเนินชีวิตจากบทบาทของพยาบาลจะเกี่ยวข้องกับการวางแผนชีวิตในการทำงาน การดำเนินงาน การแบ่งเวลา การจัดสัดส่วนที่เหมาะสมในการใช้เวลาในการทำงาน และเวลาสำหรับการพักผ่อนของพยาบาล

คุณภาพชีวิตการทำงานและพยาบาลจบใหม่

พยาบาลที่จบการศึกษาใหม่เป็นช่วงของการเปลี่ยนผ่านจากบทบาทของนักศึกษามาเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นก้าวแรกที่มีความสำคัญของชีวิตการทำงาน ทำให้มีภาระและความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น รวมถึงการที่พยาบาลจบใหม่ยังขาดทักษะ ขาดประสบการณ์ในด้านวิชาการ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านบริการ (สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, ศรัญญา ต.เทียนประเสริฐ, และบุศรา กาญจนบัตร, 2563) ทำให้พยาบาลจบใหม่ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน ระบบงาน สถานที่ สัมพันธภาพและความซับซ้อนของการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้พยาบาลจบใหม่เกิดความเครียด วิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงาน รู้สึกคุณค่าของตนเองลดลง ส่งผลให้พยาบาลจบใหม่ต้องปรับตัวอย่างมาก และจากการศึกษาของ กฤดิญาดา เกื้อวงศ์ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี (2060) พบว่า การลาออกจากวิชาชีพในระยะ 1 ปีแรกของการทำงานของพยาบาลจบใหม่มีสาเหตุมาจากความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดความเบื่อหน่ายไม่พึงพอใจในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริพิมพ์ ชูปาน (2561) พบว่า พยาบาลจบใหม่ซึ่งเป็นพยาบาลยุคเจนเนอเรชั่นวาย (Generation Y) มีความตั้งใจที่ลาออกสูงกว่ากลุ่มเจนเนอเรชั่นเอ็กซ์ (Generation X) และกลุ่มเบบี้บูม (Baby boomer) โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการตั้งใจที่จะลาออก คือ บรรยากาศในงาน (Work climate) ประกอบด้วย งาน บทบาทผู้นำและองค์กร อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพกลุ่มวัยเจนเนอเรชั่นวายจะมีภาวะเครียดและความเหนื่อยหน่ายในงานซึ่งเป็นแรงกดดันทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

คุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลจบใหม่ จึงเป็นประเด็นที่ผู้บริหารควรให้ความสำคัญ เพื่อให้พยาบาลจบใหม่มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีและคงอยู่ในระบบการทำงานอย่างต่อเนื่องนั้น ผู้บริหารควรหาแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลจบใหม่ โดยการสร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัย และเอื้อต่อการทำงาน โอกาสในการพัฒนาความสามารถของบุคคล โอกาสในความก้าวหน้าในงานและความยุติธรรม นอกจากนี้ผู้บริหารต้องคำนึงถึงธรรมาภิบาล ในเรื่องการพิจารณาความดีความชอบ ค่าตอบแทน การตัดสินปัญหาและการยุติความขัดแย้ง เป็นต้น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลจบใหม่ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการบริการ และความผูกพันต่อองค์กร (ปัทมรังสี วารินทร์, ปรียานุช อภิบุณโยภาส, และสิริจินต์ วงศ์จารุพรรณ, 2561)

องค์กรแห่งความสุข

องค์กรแห่งความสุข เป็นกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กร เพื่อให้คนทำงานมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงและนำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน (แผนงานสุขภาวะองค์กรเอกชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2552) ดังนั้นองค์กรแห่งความสุขเสริมสร้างความสุขทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจให้ทุกคนในองค์กร และสามารถสร้างความรู้สึกเป็นหนึ่งขององค์กร พร้อมปฏิบัติภารกิจขององค์กรให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ลักษณะขององค์กรแห่งความสุข

องค์กรแห่งความสุขมีลักษณะที่สำคัญ คือ คนทำงานมีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่และชุมชนสมานฉันท์ ดังนี้ (แผนงานสุขภาวะองค์กรเอกชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2552)

1. คนทำงานมีความสุข (Happy people) คือ การที่องค์กรตระหนักว่าบุคลากรเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อองค์กร ดังนั้นต้องส่งเสริมให้บุคลากรมีความเป็นมืออาชีพ มีความเป็นอยู่ และครอบครัวที่อบอุ่น มีศีลธรรมอันดีงามและเอื้ออาทรต่อตนเองและสังคม คนทำงานมีความสุข เพราะมีสุขภาพและจิตใจที่ดี มีความมั่นคงในชีวิตด้านการงาน เศรษฐกิจ และสังคม

2. ที่ทำงานน่าอยู่ (Happy home) คือ การที่องค์กรทำให้สถานที่ที่ทำงานเป็นเหมือนบ้านหลังที่ 2 ของบุคลากร ช่วยแก้ปัญหาความขัดแย้งเรื่องงาน สร้างความรักและความสามัคคีให้คนในองค์กร

3. ชุมชนสมานฉันท์ (Happy team work) คือ การที่องค์กรมีความสามัคคีในการทำงานเป็นทีม ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และเอื้ออาทรต่อสังคมรอบข้าง

แนวคิดองค์กรแห่งความสุข ได้รับการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นแนวคิดที่มุ่งเสริมสร้างความสุขให้คนในองค์กร แนวคิดนี้เชื่อว่า คนทำงานเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดขององค์กร หากส่งเสริมให้ทุกคนในองค์กรมีความสุขในการทำงาน งานก็จะมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้องค์กรเติบโตอย่างยั่งยืน แนวคิดนี้อาศัยความสุขพื้นฐาน 8 ประการ ได้แก่ สุขภาพดี (Happy body) รู้จักผ่อนคลาย (Happy relax) น้ำใจงาม (Happy heart) มีศีลธรรมดี (Happy soul) การพัฒนาตนเอง (Happy brain) ปลอดหนี้ (Happy money) ครอบครัวอบอุ่น (Happy family) และสังคมดี (Happy society; ทิพวัลย์ รามรง, 2557; Wasantanarat, 2011) ดังนี้

1. สุขภาพดี คือ บุคลากรมีสุขภาพร่างกายและจิตใจแข็งแรง มีการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ออกกำลังกายสม่ำเสมอ แนวทางการเสริมสร้างสุขภาพดีได้โดยการจัดสถานที่ทำงานให้มีอากาศบริสุทธิ์ ทำให้ร่างกายสดชื่น จัดเตรียมสถานที่เพื่อให้บุคลากรสามารถบริโภคอาหารได้ครบถ้วน และควรส่งเสริมให้บุคลากรมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง เกิดความสบาย สดชื่นแจ่มใส โดยการจัดสถานที่ออกกำลังกายในที่ทำงาน

2. น้ำใจงาม คือ บุคลากรมีน้ำใจเอื้ออาทรต่อกันและกัน มีความห่วงใยเพื่อนร่วมงานให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีม สื่อสารกับเพื่อนร่วมงาน มีจิตสาธารณะทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

แนวทางที่องค์กรเสริมสร้างบรรยากาศให้คนทำงานมีน้ำใจงามภายในองค์กรได้โดยการสร้างโอกาสให้บุคลากรได้เรียนรู้นิสัยใจคอผู้อื่น และแสดงน้ำใจแก่เพื่อนร่วมงานในวาระและโอกาสต่าง ๆ ตามความเหมาะสม การส่งบัตรอวยพร การไปร่วมแสดงความยินดีในวาระวันเกิด การอวยพรปีใหม่ การจัดงานเลี้ยงสังสรรค์ในที่ทำงานประจำปี เป็นต้น

3. รู้จักผ่อนคลาย คือ บุคลากรรู้จักบริหารเวลาในแต่ละวันได้อย่างมีคุณภาพมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ รู้จักผ่อนคลายต่อสิ่งต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตและมีความสามารถในการจัดการปัญหาของตนเอง แนวทางที่องค์กรช่วยเสริมสร้างด้านนี้ได้โดยการจัดกิจกรรมสันทนาการต่าง ๆ การประกวดร้องเพลง การจัดกิจกรรมการท่องเที่ยวประจำปี งานวันปีใหม่ งานวันกีฬาสี เป็นต้น

4. การพัฒนาตนเอง คือ บุคลากรมีการศึกษาหาความรู้พัฒนาตนเองตลอดเวลา จากแหล่งต่าง ๆ นำไปสู่การเป็นมืออาชีพและความมั่นคงก้าวหน้าในการทำงาน แนวทางที่องค์กรช่วยเสริมสร้างด้านนี้ได้โดยการส่งเสริมให้บุคลากรหาความรู้จากห้องสมุดของหน่วยงาน รวมถึงการสร้างระบบสารสนเทศที่สามารถเข้าถึงและสืบค้นข้อมูล/ความรู้ต่าง ๆ ได้ง่าย รวมถึงการเปิดโอกาสให้บุคลากรไปฝึกอบรมพัฒนาความรู้ความสามารถเป็นประจำเพื่อพัฒนาตนเอง เป็นต้น

5. มีศีลธรรมดี คือ การที่บุคลากรมีความตระหนักถึงคุณธรรมและศีลธรรมมีความศรัทธาในศาสนา รู้แพ้ รู้ชนะ รู้จักให้และกตัญญู แนวทางที่องค์กรช่วยเสริมสร้างด้านนี้ได้โดยการสร้างกิจกรรมที่ยกย่องเชิดชูผู้กระทำดี มีศีลธรรม พร้อมทั้งสร้างกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้บุคลากรได้รับรู้ถึงแนวทางในการดำเนินชีวิต การทำงานที่สอดคล้องกับหลักศีลธรรมและไม่เบียดเบียนผู้อื่น

6. ปลอดหนี้ คือ การที่บุคลากรมีวินัยในการใช้จ่ายเงิน มีความพึงพอใจในรายได้มีการบริหารจัดการรายรับ-รายจ่ายอย่างเป็นระบบ รู้จักเก็บรู้จักใช้ ไม่เป็นหนี้ แนวทางที่องค์กรช่วยเสริมสร้างด้านนี้โดยองค์กรสามารถดำเนินการเพื่อให้บุคลากรปลอดหนี้ ทั้งในส่วนของการออมและการสร้างหนี้ (เฉพาะหนี้ที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต เช่น การจัดโครงการออมเงินหรือโครงการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพให้กับบุคลากร การจัดโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารเงินออม การจัดเงินกู้ดอกเบี้ยพิเศษให้กับบุคลากรเพื่อที่จะนำไปใช้ในการจัดหาสิ่งที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตอันเกี่ยวข้องกับปัจจัย 4 เป็นต้น)

7. ครอบครัวอบอุ่น คือ การที่บุคลากรมีครอบครัวที่อบอุ่นและมั่นคง มีการจัดสรรเวลาทำกิจกรรมกับครอบครัวอย่างเหมาะสม ครอบครัวมีความสุข แนวทางที่องค์กรช่วยเสริมสร้างด้านนี้ได้โดยการสร้างกิจกรรมที่เน้นถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวบุคลากร เช่น การจัดกิจกรรมสำหรับบุตรหลานของบุคลากรระหว่างปิดภาคการศึกษา การจัดกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวของบุคลากร

8. สังคมดี คือ บุคลากรมีความสัมพันธ์อันดีต่อเพื่อนร่วมงานและชุมชนที่อยู่อาศัย มีความรักสามัคคี เอื้อเฟื้อต่อชุมชนที่ตนทำงาน และที่พักอาศัย มีสังคมและสภาพแวดล้อมที่ดีมีความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ใช้ชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข แนวทางที่องค์กรช่วยเสริมสร้างด้านนี้ได้โดยการจัดโครงการรักษาสิ่งแวดล้อม ประหยัดทรัพยากร รวมถึงการสร้างภาพลักษณ์องค์กรสร้างความภาคภูมิใจให้กับบุคลากร

ดังนั้น การที่จะส่งเสริมให้พยาบาลจบใหม่เกิดคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดี ทำงานและใช้ชีวิตอย่างมีความสุข ผู้บริหารควรสร้างองค์กรแห่งความสุข โดยอาศัยการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์จากการกำหนดนโยบาย สร้างบรรยากาศการทำงานที่ดีต่อพยาบาลจบใหม่ มีกระบวนการสร้างความสุขโดยการกำหนดนโยบายและผู้รับผิดชอบ มีการกำหนดแผนงาน โครงการและกิจกรรมต่าง ๆ ที่สร้างความสุขอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการประเมินระดับความสุขหรือคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลจบใหม่ และนำผลการประเมินไปปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้พยาบาลจบใหม่เกิดความสุขและคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข ได้แก่ ภาวะผู้นำ กระบวนการในการพัฒนาองค์กรแห่งความสุขและคนทำงาน (ทวีศักดิ์ วัดอุดม และบุษบงก์ วิเศษพลชัย, 2563) ดังนั้นการพัฒนาองค์กรแห่งความสุขของพยาบาลจบใหม่ต้องอาศัยปัจจัยดังต่อไปนี้

1. ภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กร โดยอาศัยทีมผู้นำหรือผู้บริหารองค์กรที่เป็นผู้นำในการขับเคลื่อนเพื่อสร้างความสุขในองค์กร จึงจะทำให้การดำเนินงานสร้างความสุขในองค์กรยั่งยืน สร้างนโยบายและการออกแบบกิจกรรมต่าง ๆ ในการพัฒนาองค์กรแห่งความสุขสำหรับพยาบาลจบใหม่

2. กระบวนการในการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข โดยกระบวนการนี้จะนำไปสู่ความผูกพันกับองค์กรที่จะส่งผลโดยตรงต่อการบริการที่ดีขึ้นอันจะเกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการโดยรวม รวมถึงกระบวนการในการประเมินผลความสุขในองค์กรอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

3. พยาบาลจบใหม่ โดยต้องอาศัยความร่วมมือของพยาบาลจบใหม่ทุกคนในการสร้างองค์กรแห่งความสุขร่วมกัน

แนวทางการสร้างองค์กรแห่งความสุขของพยาบาลจบใหม่ ดังนี้

1. การบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ เพื่อการเป็นองค์กรแห่งความสุข ด้วยการกำหนดนโยบายองค์กรแห่งความสุข โดยการสร้างบรรยากาศการทำงานที่ดีของพยาบาลจบใหม่ ในเรื่องการมีผลตอบแทนที่เหมาะสม การให้รางวัลยกย่อง การประเมินผลงานเป็นที่ยอมรับ ความก้าวหน้าในงาน และการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เป็นต้น

2. กระบวนการสร้างความสุขในองค์กร เริ่มต้นจากการกำหนดนโยบายสร้างความสุขในองค์กร มีการกำหนดผู้รับผิดชอบจัดทำแผนงาน โครงการและกิจกรรมสร้างความสุขในองค์กรอย่างสม่ำเสมอ โดยให้พยาบาลจบใหม่มีส่วนร่วม มีการกำหนดตัวชี้วัดความพึงพอใจเพื่อประเมินความสำเร็จของโครงการและนำผลการประเมินไปปรับปรุงเพื่อการจัดกิจกรรมให้มีความเหมาะสม

3. ผลลัพธ์ขององค์กร การเป็นองค์กรแห่งความสุขอาจแสดงออกมาในรูปแบบของคุณภาพในการปฏิบัติงานบริการ การลดจำนวนการขาดงาน ข้อร้องเรียนของผู้รับบริการลดลง ภาพลักษณ์ขององค์กรดี พยาบาลจบใหม่มีความรักและมีผูกพันต่อองค์กร

บทสรุป

การสร้างองค์กรแห่งความสุขเพื่อให้พยาบาลจบใหม่มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี เป็นบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารทางการพยาบาล ซึ่งจำเป็นต้องใช้กระบวนการบริหารและแนวทางการสร้างองค์กรแห่งความสุข ดังนี้ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของพยาบาลจบใหม่ 2) ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลและแนวคิดเกี่ยวกับองค์กรแห่งความสุข 3) การบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์โดยการวางแผนและกำหนดนโยบายในการสร้างองค์กรแห่งความสุข 4) กระบวนการสร้างความสุขในองค์กรโดยการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม 5) ประเมินผลลัพธ์ขององค์กร จากการประเมินผลการปฏิบัติและนำผลการประเมินที่ได้ไปปรับปรุง เพื่อให้องค์กรบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายของการเป็นองค์กรแห่งความสุขต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กฤษดา แสวงดี. (2560). วิกฤติขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: ข้อเสนอเชิงนโยบาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 26*(2), 456-468.

กฤติญาดา เกื้อวงศ์, และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2060). ความเครียดของพยาบาลจบใหม่ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารพยาบาลทหารบก, 18*(ฉบับพิเศษ), 158-165.

กอปรลาภ อภัยภักดิ์. (2563). บรรยากาศองค์กรแห่งความสุข: คนเบิกบาน งานสำเร็จ. *วารสารมจรมนุษยศาสตร์ปริทรรศน์, 6*(1), 315-331.

ชาญวิทย์ วสันต์ธนารัตน์, และธีร์ธรรม วุฑฒิวัตรชัยแก้ว. (2559). *องค์กรแห่งความสุข.* กรุงเทพฯ: บริษัทแอทโฟร์พรินท์ จำกัด.

ทวีศักดิ์ วัดอุดม, และบุษบงก์ วิเศษพลชัย. (2563). การพัฒนารูปแบบองค์กรสร้างสุขของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิชการสาธารณสุข, 29*(1), 122-130.

ทิพวัลย์ รามรง. (2557). *สรรสาระองค์กรแห่งความสุขเล่ม 2: เรื่องดี ๆ ของความสุขในองค์กร.* กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่ง.

นิสา ทมาภิรัต, และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2560). การเป็นพยาบาลจบใหม่ที่ปฏิบัติงานภายใต้การดูแลของพยาบาลพี่เลี้ยง. *วารสารพยาบาลทหารบก, 18*(พิเศษ), 32-40.

บุญช่วย ศิลาหม่อม, วรรณี เดียวอิศเรศ, และ อารีรัตน์ ขำอยู่. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ Generation Y โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. *Journal of Nursing and Health Care, 36*(1), 62-71.

แผนงานสุขภาวะองค์กรเอกชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2552). *มาสร้างองค์กรแห่งความสุขกันเถอะ.* กรุงเทพฯ: บริษัท สองขาครีเอชั่น จำกัด.

ปัทมรังสี วารินทร์, ปรียานุช อภิบุณโยภาส, และสิริจินต์ วงศ์จารุพรรณ. (2561). คุณภาพชีวิตการทำงานที่ส่งผลต่อความผูกพันต่องค์กรและคุณภาพการบริการของพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระหว่างโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ. และโรงพยาบาลในเครือกอลทัพอากาศ. *วารสารพยาบาลทหารบก, 19*(ฉบับพิเศษ), 89-97.

วิรัช สงวนวงศ์วาน, และณัฐณิชา ปิยปัญญา. (2560). คุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการเซาร์อีสท์บางกอก, 3*(2), 77-99.

ศริยา ยังศิริ, และสุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2562). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม. *วารสารแพทย์นาวี, 46*(2), 396-415.

ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, และจรัมพร โห้ลำยอง. (2556). *คุณภาพชีวิตการทำงาน และความสุข.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธรรมดาเพรส จำกัด.

สิริพิมพ์ ชูปาน. (2561). พยาบาลวิชาชีพ Generation Y: ความท้าทายสำหรับผู้บริหารการพยาบาล. *วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 28*(1), 1-12.

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, ศรัญญา ต.เทียนประเสริฐ, และบุศรา กาญจนบัตร. (2563). สมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยของพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาใหม่. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38*(1), 69-77.

Wasantanarat, C. (2011). *Work effectively people happy (healthy organization healthy productivity).* Bangkok: Office of Health Promotion Fund.

สถานการณ์และแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มุ่งเน้นผลลัพธ์

วิมลพรรณ สังข์สกุล, พย.ม. [1]
ปัทมา ผ่องศิริ, ปร.ด. [2]
จรูญศรี มีหนองหว้า, ปร.ด. [1]
วิภาวี พลแก้ว, พย.ม. [3]

(วันที่ส่งบทความ: 8 พฤษภาคม 2564; วันที่แก้ไข: 26 พฤษภาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 2 มิถุนายน 2564)

บทคัดย่อ

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กในปฐมวัยอย่างเต็มศักยภาพ จะทำให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ ถึงแม้ว่าครอบครัวจะมีบทบาทหลักในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก แต่ต้องได้รับความร่วมมือจากชุมชน ร่วมกับการสนับสนุนจากภาครัฐด้วยเช่นกัน ทั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุข ด้านการศึกษา และด้านเศรษฐกิจและสังคม ที่ต้องทำงานอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องและเกื้อหนุนกัน ในปัจจุบันสถานการณ์การดำเนินงานดังกล่าวมีความชัดเจนมากกว่าในอดีต แต่ภาวะสุขภาพ และพัฒนาการของเด็กปฐมวัยยังเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนสถานการณ์และนำเสนอแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ โดยเน้นคุณภาพการจัดบริการสำหรับครอบครัว และได้นำเสนอแบบบันทึกข้อมูลพัฒนาการประจำตัวของเด็กเฉพาะรายที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องบันทึกข้อมูลร่วมกัน เพื่อใช้เป็นหลักฐานที่แสดงประสิทธิภาพและผลสำเร็จของการส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสำคัญ คือ เด็กไทยทุกคนมีพัฒนาการสมวัย เติบโตเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพของประเทศชาติ

คำสำคัญ: แนวทางที่เน้นผลลัพธ์, พัฒนาการเด็ก, เด็กปฐมวัย

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก
[2] ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก
[1] Corresponding author: วิมลพรรณ สังข์สกุล, Email: wimonpan_s@yahoo.com

Situation and Outcome-Based Recommendations to Promote Early Childhood Development

Wimonpan Sungsakul, M.S.N. [1]
Pattama Phongsiri, Ph.D. [2]
Jaroonsree Meenongwah, Ph.D.[1]
Wipawee Ponkaew, M.S.N. [3]

(Received: May 8th, 2021; Revised: May 26th, 2021; Accepted: June 2nd, 2021)

Abstract

Promoting development of the full potential of children in their early childhood will help them become better quality adults. Although the family plays the primary roles in nurturing and promoting the development of their children, cooperation with their communities and support from the state are also valuable. Many government sectors, such as agencies related to public health, education, and socio-economics, are involved in, and play a principal role, child development. All parties involved have to integrate their work accordingly to enable it to be provided in a supportive, concrete way. Currently, the operations among them are clearer than it has been in the past, but the health conditions and development of Thai children still needs to be continuously improved. This article aims to review the current situation and propose outcome-based guidelines for promoting early childhood development. The guidelines are focused on the quality of services for families and providing all agencies involved with an individualized child developmental portfolio, which will be shared among them. The portfolio will be used as evidence of the efficacy and success of development promotion programs for each individual child to help achieve the ultimate goal of all Thai children having proper developmental support to achieve the best outcome possible and become a quality human resource for the nation.

Keyword: outcome-based recommendation, child development, early childhood

[1] Registered nurse, Senior professional level, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Praboromarajchanok Institute
[2] Director, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Praboromarajchanok Institute
[3] Registered nurse, Professional level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Praboromarajchanok Institute
[1] Corresponding author: Wimonpan Sungsakul, Email: wimonpan_s@yahoo.com

บทนำ

ช่วงปฐมวัยมีความสำคัญของชีวิตมนุษย์ เพราะการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เกิดขึ้นในช่วงนี้เป็นพื้นฐานสำคัญที่มีผลต่อการเรียนรู้พฤติกรรมและภาวะสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะการเจริญเติบโตและพัฒนาของสมอง ซึ่งเป็นรากฐานสำหรับการพัฒนาโครงสร้างและการทำงานของสมองตลอดชีวิต พัฒนาการเด็กปฐมวัยนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างมีลำดับขั้นตอนต่อเนื่อง ตั้งแต่ปฏิสนธิ จนถึงอายุ 6 ปี โดยจะเกิดขึ้นควบคู่กันไปตามเกณฑ์อายุและวัยของเด็ก และต้องอาศัยปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและการเรียนรู้ การอบรมสั่งสอน การเลี้ยงดู จนส่งผลให้เด็กมีความสามารถและพฤติกรรมที่แตกต่างกันและเป็นไปตามศักยภาพของตน (ฐิติมา ชูใหม่, 2559) หากการเลี้ยงดูและตอบสนองทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาที่ไม่เหมาะสม จะทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ไม่สมวัย ขาดทักษะในการเรียนรู้และการปรับตัวในสังคม การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจึงเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อให้เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติให้เจริญก้าวหน้าและมั่นคง (ฐิติมา ชูใหม่, 2559)

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในปัจจุบันยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าเด็กทั่วโลกมีพัฒนาการผิดปกติประมาณร้อยละ 15-20 สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2557 พบเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการไม่สมวัย และมีแนวโน้มไม่คงที่ มากถึงร้อยละ 27.70 (World Health Organization [WHO], 2017) และจากการสำรวจสถานการณ์พัฒนาการของเด็กปฐมวัย ปี พ.ศ. 2561 พบว่า เด็กไทยที่พัฒนาการสมวัยทุกด้านมีเพียงร้อยละ 67.50 นอกจากนี้ยังพบว่า พัฒนาการของเด็กปฐมวัยของไทยเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยโดยมีแนวโน้มลดลง และมีอัตราต่ำกว่าสถิติของ WHO ที่สำรวจเด็กปฐมวัยทั่วโลกแล้วพบว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 80-85 (จินตนา พัฒนพงศ์ธร และวันนิสาห์ แก้วแข็งขัน, 2561) การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจึงเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ตามยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ ด้านการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพของมนุษย์ โดยการส่งเสริมเด็กปฐมวัยได้พัฒนาทักษะทางสมองและสังคมอย่างเหมาะสม (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2562)

การส่งเสริมพัฒนาการในช่วงปฐมวัยจะเป็นพื้นฐานที่ดีสำหรับพัฒนาการในช่วงวัยเรียนและวัยรุ่นตอนต้น เพราะจะเป็นการพัฒนาความคิดวิเคราะห์ การฝึกระเบียบวินัย การควบคุมสิ่งรบกวนและการจัดการเพื่อบรรลุเป้าหมายที่เป็นสิ่งสำคัญในวัยผู้ใหญ่ ทักษะความสามารถที่พัฒนาจากสมรรถนะขั้นพื้นฐานในวัยเด็กนี้จะคงอยู่ไปตลอดช่วงชีวิต บทความวิชาการฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนสถานการณ์และเสนอแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการตรวจสอบ ติดตาม และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้

ความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

พัฒนาการของเด็กเป็นการเปลี่ยนแปลงพัฒนาของร่างกาย สังคม อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และทักษะการสื่อสารที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตในวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง และด้านภาษา พัฒนาการนี้

เป็นความสามารถของเด็กที่เพิ่มขึ้นเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง และเป็นกระบวนการสะสม (McLeod, 2017) เริ่มจากการพัฒนาโครงสร้าง และหน้าที่ของสมองตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา โดยโครงสร้างวงจรในสมองจะเกิดขึ้นเมื่อสมองมีการตอบสนองกับสิ่งแวดล้อมที่มากระทบ แล้วสร้างจุดเชื่อมต่อซึ่งเป็นการสร้างสัญญาณวงจรใหม่ ทำให้โครงสร้างของสมองเปลี่ยนแปลงไป เมื่อมีสัญญาณประสาทเกิดขึ้นจะเกิดการกระตุ้นการเชื่อมโยงของเซลล์ประสาทตลอดเวลา (Bruchhage, Ngo, Schneider, D'sa, & Deoni, 2020) สมองจะมีการพัฒนาสูงสุดในช่วง 5 ปีแรก การเลี้ยงดูเด็กในแต่ละช่วงวัยจึงต้องสอดคล้องกับการพัฒนาของสมองในช่วงเวลานั้น และมีความแตกต่างกันตามการพัฒนาของสมองที่เปลี่ยนแปลงตามวัย

จากการที่พัฒนาการเกิดขึ้นตามลำดับอย่างมีแบบแผนและต่อเนื่อง และเป็นกระบวนการสะสม ทำให้พัฒนาการทุกด้านมีความสัมพันธ์กัน และมีผลกระทบต่อกันและกัน ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาด้านใดด้านหนึ่ง อาจจะส่งผลกระทบในกระบวนการอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องได้ นอกจากนี้พัฒนาการยังขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะซึ่งเป็นความพร้อมของร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ ที่ทำให้มีความสามารถในการกระทำอย่างหนึ่งได้ และการเรียนรู้ซึ่งเป็นการฝึกฝนจนเกิดการสะสมความชำนาญ การที่จะเรียนรู้ได้ดีต้องอาศัยการมีวุฒิภาวะก่อน ดังนั้นการเร่งสอนทักษะใดทักษะหนึ่งในขณะที่เด็กยังไม่มีความพร้อม นอกจากจะทำให้เด็กไม่เกิดการเรียนรู้ที่จะทำ และไม่เกิดเป็นกระบวนการสะสมจนมีทักษะเพียงพอแล้ว เด็กจะไม่มีความพร้อมในการพัฒนาไปสู่พัฒนาการขั้นต่อไปอีกด้วย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการในขั้นต่อไปได้ หรือเด็กอาจเกิดความวิตกกังวลจนส่งผลต่อพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคมได้เช่นกัน (Mangrule, 2019)

บริเวณต่าง ๆ ของสมองมีความไวต่อข้อมูลที่ป้อนทางประสาทสัมผัส มีการจัดระเบียบและทำงานได้สมบูรณ์ในช่วงวัยที่ต่างกัน (Hozt, 2006) การขาดข้อมูลที่ป้อนทางประสาทสัมผัสในช่วงวัยที่เหมาะสมอาจทำให้สมองพัฒนาได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ แม้ว่ามีข้อมูลที่ป้อนเข้ามาในช่วงเวลาอื่น การเจริญเติบโตของสมองอาจไม่สมบูรณ์หรือรวดเร็วเท่ากับช่วงเวลาที่สมองไวต่อข้อมูล การเข้าใจการพัฒนาโครงสร้างของสมอง และการเลี้ยงดูเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ โดยการจัดประสบการณ์เรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสในช่วงวัยที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งที่จะทำให้เด็กมีสติปัญญาที่เฉลียวฉลาด และมีความพร้อมที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่

สถานการณ์ด้านพัฒนาการและการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

เด็กไทยที่มีพัฒนาการสมวัยทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง และด้านภาษานั้น มีแนวโน้มลดลง จากผลการสำรวจพัฒนาการเด็กของกรมอนามัย พบว่าในปี พ.ศ. 2542, 2547 และ 2550 เด็กปฐมวัย (อายุ 1-5 ปี) ที่มีพัฒนาการสมวัยทั้ง 4 ด้านมีแนวโน้มลดลง และปรับเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2553 ในขณะที่เด็กที่สงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้ามีมากถึงร้อยละ 29.7, 29.0, 32.3 และ 29.7 ตามลำดับ (ฐิติมา ชูใหม่, 2559) รัฐบาลจึงให้ความสำคัญในการพัฒนาเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะเด็กปฐมวัย โดยได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านเด็กปฐมวัย (แรกเกิด – 6 ปี) ขึ้น เพื่อจะได้พัฒนาเด็กปฐมวัยทุกคนในประเทศไทยให้ได้รับการพัฒนารอบด้านตามวัย อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง

โดยมีเป้าหมายให้เด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริมพัฒนาการและมีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 รวมทั้งการส่งเสริมความฉลาดทางสติปัญญา (Intelligence Quotient [IQ]) และความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient [EQ]) เพื่อให้มีความฉลาดทั้งทางสติปัญญาเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 100 และมีความฉลาดทางอารมณ์ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2562)

การส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เริ่มพัฒนาโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้จัดตั้งและกำกับดูแลศูนย์เด็กปฐมวัย ในปี พ.ศ. 2555 รัฐบาลประกาศแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านเด็กปฐมวัย (ปีพ.ศ. 2555-2559) ซึ่งได้กำหนดให้เด็กอายุมากกว่า 3 ปี จนถึงวัยก่อนเข้ารับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ต้องได้รับบริการในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเมื่อมีความต้องการ ต่อมา ในปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาโครงการและคู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual [DSPM]) โดยมีนโยบายให้ใช้ในโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ และในปีเดียวกันรัฐบาลได้เริ่มโครงการเงินอุดหนุนทารกแรกเกิดในครัวเรือนยากจน โดยให้เงินช่วยเหลือครอบครัวละ 400 บาทต่อเดือน ซึ่งต่อมาได้เพิ่มเป็น 600 บาทต่อเดือนจนเด็กอายุครบ 3 ปี (สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

ปัญหาด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในแทบทุกประเทศ แม้จะมีโครงการส่งเสริมพัฒนาการที่หลากหลายแต่ผลลัพธ์ที่ได้กลับยังไม่น่าพอใจ ปัญหาและอุปสรรคที่พบทั่วโลก คือ ปัญหาด้านการสื่อสารหรือขาดระบบการส่งต่อข้อมูลที่เหมาะสม ซึ่งเกิดจากการทำงานแบบแยกส่วน ทำให้โครงการและระบบต่าง ๆ ที่จัดให้ยังไม่มีการส่งต่อหรือแบ่งปันข้อมูลกัน นอกจากนี้ยังมีปัญหาการไม่สามารถเข้าถึงโครงสร้างพื้นฐานและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนและการบริการที่จัดให้ไม่ตรงต่อความต้องการของครอบครัว เป็นต้น ส่วนในประเทศไทยพบอุปสรรค คือ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยพร่องความรู้ความเข้าใจ และทักษะความชำนาญในการประเมินพัฒนาการ อุปกรณ์ในการส่งเสริมพัฒนาการไม่เพียงพอ การประสานความร่วมมือและการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่ชัดเจน และกระบวนการถ่ายทอดนโยบาย การกำกับ ติดตาม และการสนับสนุนระดับอำเภอและระดับจังหวัดยังไม่เป็นระบบ (วิจิตร จันดาบุตร, วิทยา อยู่สุข, และวิโรจน์ เซมรัมย์, 2561; เศกสันต์ ชานมณีรัตน์, 2560) จากสถานการณ์ด้านภาวะสุขภาพและพัฒนาการเด็กปฐมวัย รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการดังกล่าว จึงควรมีแนวทางการแก้ไข เพื่อให้การดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการเด็กบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

นโยบายและหน่วยงานที่ดูแลด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีความเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน ตั้งแต่ครอบครัว หน่วยงานด้านสาธารณสุข การศึกษา ด้านเศรษฐกิจ สังคม โดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจะต้องทำงานร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กดำเนินการไปอย่างสอดคล้องและเกื้อหนุนกัน

ปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบายและกำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบในการพัฒนาเด็กปฐมวัยไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560–2564) ที่จัดทำตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) ซึ่งใช้เป็นแผนหลักของการพัฒนาประเทศและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable development goals [SDGs]) โดยในยุทธศาสตร์ที่ 1 เป็นการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ การเตรียมพร้อมด้านกำลังคน และการเสริมสร้างศักยภาพของประชากรในทุกช่วงวัย มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพทุนมนุษย์ของประเทศ โดยพัฒนาคนให้เหมาะสมตามช่วงวัย เพื่อให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ

แผนและยุทธศาสตร์ดังกล่าวได้กำหนดพระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พุทธศักราช 2562 (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2562) ที่มุ่งเน้นการบูรณาการงานด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัยระหว่าง 4 กระทรวงหลัก คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงศึกษาธิการ โดยกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก และกำหนดแผนผังการดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลเฝ้าระวัง คัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ, 2560) มีโครงการที่ดำเนินการโดยกรมอนามัย ได้แก่ โครงการตั้งครรภ์คุณภาพเพื่อลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย และโครงการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยในชุมชน เช่น สูงดีสมส่วน พัฒนาการสมวัย และฟันไม่ผุ เป็นต้น (กรมอนามัย, 2563) นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาคุณภาพระบบบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด – 5 ปี ที่มีปัญหาพัฒนาการอีกด้วย (สถาบันราชานุกูล, 2555)

ในด้านการจัดการศึกษาปฐมวัย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในสังกัดของกระทรวงมหาดไทย ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลเด็กให้ทำหน้าที่ดูแลเด็กปฐมวัย ในด้านการส่งเสริมพัฒนาการ เฝ้าระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ปกติและผิดปกติ (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2561) ส่วนกระทรวงศึกษาธิการซึ่งมีหน้าที่ในการจัดการศึกษาและส่งเสริมการศึกษาให้กับประชาชนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันนั้น ได้มีประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง นโยบายและแนวปฏิบัติในการจัดการศึกษาและการเรียนรู้สำหรับเด็กปฐมวัย (กระทรวงศึกษาธิการ, 2563) เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการจัดบริการสำหรับเด็กปฐมวัยของโรงเรียนในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ นอกจากความรับผิดชอบของกระทรวงต่าง ๆ ดังกล่าวแล้ว ยังมีการกำหนดมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติเพื่อใช้เป็นมาตรฐานกลางสำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในทุกสังกัดกระทรวง และมีจัดบริการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของหลายหน่วยงาน ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัดของ กระทรวงมหาดไทย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น

แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มุ่งเน้นผลลัพธ์

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ เป็นการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยให้มีสภาวะความเป็นอยู่ที่ส่งเสริมให้มีพัฒนาการสมวัย ในบทความนี้ผู้เขียนได้นำเสนอแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการดังกล่าวในรูปแบบของแบบบันทึกการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ (Outcome-based Child Development Portfolio) ซึ่งได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการกำหนดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์สำหรับ

เด็กและครอบครัว (Desired results for children and family, California Department of Education, 2021) และกรอบแนวคิดสุขภาวะเด็ก (Gromada, Rees, & Chzhen, 2020) โดยได้พิจารณาให้สอดคล้องกับข้อเสนอในการดำเนินการติดตาม และประเมินผลของการดูแลด้านพัฒนาการเด็กของ WHO และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (The United Nations Children's Fund [UNICEF], WHO/UNICEF, 2018) ตลอดจนนโยบายและกิจกรรมการดำเนินการส่งเสริมภาวะสุขภาพและพัฒนาการของเด็กของประเทศไทยและประเทศอื่น ๆ (กรมอนามัย, 2563; Lancet, 2016) รวมทั้งประเทศสิงคโปร์ ซึ่งเน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของครอบครัว การบูรณาการการทำงาน การประสานและส่งต่อ (Ho, 2007) หลังจากนั้นได้ออกแบบข้อรายการสำหรับการบันทึกโดยมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ (1) ผลลัพธ์ที่เกิดกับเด็กปฐมวัย ได้แก่ การเจริญเติบโต พัฒนาการ และภาวะสุขภาพ (2) นโยบายรัฐด้านสุขภาพ/ครอบครัว/การศึกษา (3) เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม อาชีพ รายได้ ที่อยู่อาศัยของครอบครัว (4) เครือข่ายแหล่งสนับสนุนในชุมชน การมีส่วนร่วมของพ่อแม่กับโรงเรียน (5) การเลี้ยงดูจากครอบครัว/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาล (6) สถานที่สำหรับการเล่นนอกบ้าน และของเล่นสำหรับเด็ก เพื่อให้มั่นใจว่าเด็กปฐมวัยทุกรายได้รับการดูแลทั้งด้านการเลี้ยงดูจากครอบครัว สุขภาพ และการศึกษาอย่างครบถ้วน

จุดมุ่งหมายหลักของแบบบันทึกการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ คือเพื่อประกอบการประเมินและติดตามการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัว และการได้รับบริการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กจากหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งใช้เป็นหลักฐานที่แสดงผลสัมฤทธิ์ของการส่งเสริมพัฒนาการประจำตัวเด็กปฐมวัยเฉพาะราย โดยแบ่งการบันทึกข้อมูลเป็น 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ผลการประเมินพัฒนาการ และข้อรายการการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ จำนวน 28 ข้อ ซึ่งแบ่งย่อยเป็น 5 ด้าน คือ การดูแลขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด (4 ข้อ) การดูแลเด็กเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (8 ข้อ) การปฏิบัติเมื่อเจ้าหน้าที่คัดกรองพัฒนาการของเด็กแล้วสงสัยว่าล่าช้า (4 ข้อ) การดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาล (6 ข้อ) และการให้คำปรึกษา/ช่วยเหลือแก่ครอบครัว (6 ข้อ) แต่ละข้อได้กำหนดผู้ที่ทำหน้าที่บันทึกข้อมูลโดยใช้หมายเลขกำกับ คือ พ่อ-แม่ ผู้ปกครอง (1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (2) คุณครู/พี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็ก (3) และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ กระทรวงมหาดไทย/ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (4) แบบบันทึกนี้จึงสามารถใช้เป็นแนวทางในการกำกับติดตามการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของทุกฝ่าย โดยครอบครัวใช้บันทึกและตรวจสอบบทบาทของตนในการเลี้ยงดูบุตรและติดตามการได้รับบริการจากหน่วยงานรัฐ ส่วนหน่วยงานรัฐใช้บันทึกและตรวจสอบความครอบคลุมต่อเนื่องของการให้บริการ และใช้เป็นแนวทางค้นหาอุปสรรคของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยรายบุคคลเด็กปฐมวัยและครอบครัว

แบบบันทึกการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มุ่งเน้นผลลัพธ์

(Outcome-Based Child Development Portfolio)

ชื่อ…….....…….....…….....……อายุ …...…....……ปี.....เดือน
วันเดือนปีเกิด……..…….....……..น้ำหนักแรกคลอด …….....……..……กรัม
ปัญหาสุขภาพแรกคลอด…….....…….……..…..

ผลการประเมินพัฒนาการ

2 เดือน	☐ ปกติ ☐ สงสัยล่าช้า ด้าน…….....… ☐ ล่าช้า ด้าน…….……...…..	12 เดือน	☐ ปกติ ☐ สงสัยล่าช้า ด้าน…….……....…....… ☐ ล่าช้า ด้าน……..……...…….
4 เดือน	☐ ปกติ ☐ สงสัยล่าช้า ด้าน…….....… ☐ ล่าช้า ด้าน…….……....	18 เดือน	☐ ปกติ ☐ สงสัยล่าช้า ด้าน…….…....……....… ☐ ล่าช้า ด้าน……..……...…….
6 เดือน	☐ ปกติ ☐ สงสัยล่าช้า ด้าน…….....… ☐ ล่าช้า ด้าน…….……...…..	30 เดือน	☐ ปกติ ☐ สงสัยล่าช้า ด้าน…….…....……....… ☐ ล่าช้า ด้าน……..……...…….
9 เดือน	☐ ปกติ ☐ สงสัยล่าช้า ด้าน…….....… ☐ ล่าช้า ด้าน…….……...…..	42 เดือน	☐ ปกติ ☐ สงสัยล่าช้า ด้าน…….…....…....… ☐ ล่าช้า ด้าน……..……...…….

ว.ด.ป.	ผลการดูแล	การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มุ่งเน้นผลลัพธ์
		การดูแลขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด
		1. มารดาได้ยาบำรุงโลหิตทุก 3 เดือน ขณะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะซีด (1), (2)
		2. มารดาฝากครรภ์คุณภาพอย่างน้อย 5 ครั้ง (1), (2)
		3. น้ำหนักตัวแรกคลอดไม่ต่ำกว่า 2500 กรัม (1), (2)
		4. มารดาได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า (1), (2)
		การดูแลเด็กเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
		5. บิดามารดาหรือผู้ดูแลเลี้ยงดูเด็กที่บ้านโดยส่งเสริมพัฒนาการให้เด็กตามคู่มือ DSPM (1), (2)
		6. บิดามารดาได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน (1),(2)
		7. น้ำหนัก ส่วนสูงของเด็กเป็นไปตามเกณฑ์ (1), (2)
		8. ได้รับคำแนะนำการใช้คู่มือ DSPM เล่มสีขาว เพื่อเฝ้าระวังพัฒนาการลูกเมื่ออายุ ☐9 เดือน / ☐18 เดือน (2 ปี) / ☐30 เดือน (2 ปี 6 เดือน) และ ☐42 เดือน (3 ปี 6 เดือน) (1), (2)
		9. มีการประเมินพัฒนาการลูกทุกครั้งที่มาฉีดวัคซีน (1), (2) (เมื่ออายุ ☐2 เดือน / ☐4 เดือน / ☐6 เดือน / ☐9 เดือน / ☐12 เดือน / ☐18 เดือน (1 ปี 6 เดือน) / ☐30 เดือน (2 ปี 6 เดือน))
		10. ได้รับทราบผลการประเมินพัฒนาการในแต่ละครั้ง (1), (2)
		11. ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเพื่อส่งเสริมพัฒนาการลูกหลังจากรับการประเมินพัฒนาการแต่ละครั้ง (1), (2)

ว.ด.ป.	ผลการดูแล	การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มุ่งเน้นผลลัพธ์
		12. ได้รับทราบความก้าวหน้าหรือปัญหาเกี่ยวกับพัฒนาการของลูกในภาพรวมอย่างต่อเนื่อง (1), (2)
		ในกรณีเมื่อเจ้าหน้าที่คัดกรองพัฒนาการของลูก ตอนอายุ ☐9 เดือน/ ☐18 เดือน / ☐30 เดือน (2 ปี 6 เดือน) และ ☐42 เดือน (3 ปี 6 เดือน) แล้วสงสัยว่าล่าช้า
		13. ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการตามวัยที่บ้านภายใน 30 วัน (1), (2)
		14. ได้รับคำแนะนำให้พาลูกไปรับการคัดกรองพัฒนาการซ้ำภายใน 30 วัน หลังจากส่งเสริมพัฒนาการที่บ้าน (1), (2)
		15. มีการกระตุ้นพัฒนาการเป็นระยะเวลา 3 เดือนและรักษาสาเหตุ หลังจากคัดกรองซ้ำแล้ว ลูกยังมีปัญหาพัฒนาการ (1), (2)
		16. ได้รับการประเมินซ้ำและตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมโดยแพทย์หลังกระตุ้นพัฒนาการ 3 เดือน แล้วลูกยังสงสัยมีปัญหาพัฒนาการ (1), (2)
		การดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาล
		17. ผู้ปกครองแจ้งให้คุณครูปฐมวัยทราบเกี่ยวกับพัฒนาการและ/หรือปัญหาพัฒนาการของลูก ก่อนเข้าโรงเรียน (1), (3)
		18. มีรายงานข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาพัฒนาการของลูกจากหน่วยบริการสาธารณสุขแก่โรงเรียน หรือคุณครูปฐมวัย (1), (2), (3)
		19. ผู้ปกครองมีการพูดคุยกับคุณครูปฐมวัยเกี่ยวกับพัฒนาการและ/หรือปัญหาพัฒนาการของ เด็กเมื่ออยู่ในชั้นเรียน (1), (3)
		20. มีการพูดคุยกับระหว่างผู้ปกครองคุณครูปฐมวัยเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลเด็กขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อส่งเสริมพัฒนาการ (1), (3)
		21. ผู้ปกครองมีส่วนร่วมกับกิจกรรมการเรียนการสอนในโรงเรียนเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ (1), (3)
		22. มีการร่วมพูดคุยปรึกษาเกี่ยวกับการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กระหว่างผู้ปกครอง กับเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข และคุณครูปฐมวัย (1), (2), (3)
		การให้คำปรึกษาช่วยเหลือแก่ครอบครัว
		23. มีการเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำในการเลี้ยงดู (1), (2), (3), (4)
		24. มีเวลาในการเลี้ยงดูบุตร/หากไม่ได้เลี้ยงดูบุตรเอง มีผู้เลี้ยงหรือสถานที่ฝากเลี้ยงที่มีคุณภาพ ปลอดภัย (1), (4)
		25. ได้รับคำแนะนำและสามารถจัดสรรเวลาเล่นคุณภาพ เล่านิทาน การจัดหาของเล่นจาก เครื่องใช้ในบ้าน (1), (2), (4)
		26. ได้รับคำแนะนำและช่วยเหลือในการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาดปลอดภัย (1), (2), (4)
		27. มีที่อยู่อาศัยมั่นคง มีอาชีพ และรายได้เพียงพอกับการดำรงชีวิต (1), (4)
		28. มีสนามเด็กเล่นชุมชนที่ปลอดภัยอยู่ใกล้บ้าน (1), (4)
หมายเหตุ : ผู้บันทึกข้อมูล (1) พ่อแม่ ผู้ปกครอง (2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (3) คุณครู/พี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็ก (4) เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/กระทรวงมหาดไทย/กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์		

บทบาทครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มุ่งเน้นผลลัพธ์

ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญของเด็กเพราะพัฒนาการเด็กได้รับอิทธิพลโดยตรงจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมของบ้าน (นัยนา ภูลม, จินตนา วัชรสินธ์, และนุจรี ไชยมงคล, 2561) การมีพัฒนาการสมวัยของเด็กเป็นผลมาจากรูปแบบการเลี้ยงดูของครอบครัว โดยเฉพาะการเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผลและยอมรับในตัวเด็ก (จิตอารี ชาติมนตรี, ชมพูนุท แสงวิจิตร, จักรวาล เรณูรส, และวิชนันท์ จุลบุตร, 2563) จากรายการบันทึกในแบบบันทึกทั้ง 28 ข้อนั้น จะเห็นว่าครอบครัวมีบทบาทในการดูแลเด็กทุกข้อ ครอบครัวจึงควรได้รับการส่งเสริมให้แสดงบทบาทของตน และควรได้รับความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรในทุกช่วงวัย เพื่อให้สามารถประเมินและกลั่นกรองข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการ และให้การเลี้ยงดูเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของบุตรได้ถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของตน โดยเฉพาะในช่วงปฐมวัยที่สมองทารกมีการพัฒนาอย่างมาก แนวทางการส่งเสริมบทบาทครอบครัวเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงวัยก่อนเรียนมีดังนี้

1. ระยะตั้งครรภ์ เนื่องจากปัจจัยทางด้านมารดามีผลต่อน้ำหนักของทารกแรกเกิด จึงควรส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดา (ประคอง ตั้งสกุล, 2561) โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ การงดสารเสพติด การใช้ยาอย่างระมัดระวัง และการป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อที่อาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติของทารกได้ (ชยวัฒน์ ผาติหัตกรณ์, 2563)

2. ระยะแรกคลอด ส่งเสริมให้ครอบครัวได้โอบกอดสัมผัส พูดคุย ปลอบโยน เห่กล่อมทารกเพื่อกระตุ้นประสาทสัมผัสและการทำงานของสมอง (Moore, Bregman, Anderson, & Medley, 2016) และควรเน้นให้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ทารกเรียนรู้ เกิดความรู้สึกปลอดภัย สามารถควบคุมตนเองได้ดีขึ้น และได้พัฒนาทักษะการตอบสนองอย่างเหมาะสม (นัยนา ณีศะนันท์, จริยา ทะรักษา, วีระศักดิ์ ชลไชยะ, สุธาทิพย์ เอมเปรมศิลป์, และวินัดดา ปิยะศิลป์, 2560)

3. วัยหัดเดิน อธิบายให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของการเปิดโอกาสให้เด็กได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ฝึกหัดการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ และกล้ามเนื้อมัดเล็ก เช่น ฝึกหัดหยิบจับสิ่งของ ขีดเขียน และระบายสี (สุทธิชา มาลีเลศ, จุฬาลักษณ์ สุตระ, สุพรรณิการ์ ศรีสุวรรณ, และปัทมา ก้งเส้ง, 2559) และควรพูดคุยโต้ตอบกับเด็ก หรือทำกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องราวจากหนังสือภาพสำหรับเด็กเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาและสังคม

4. วัยก่อนเรียน การเล่นเป็นกิจกรรมการเรียนรู้ที่สำคัญในการกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ของเด็กวัยนี้ จึงควรให้ความรู้แก่ครอบครัวในการเล่นกับเด็ก เช่น การเล่นตัวต่อบล็อก หรือการอ่านหนังสือและการเล่านิทาน เด็กวัยนี้จะชอบตั้งคำถาม ครอบครัวควรตอบคำถามเหล่านั้น เพื่อกระตุ้นการคิดของเด็ก ทำให้เด็กมีกำลังใจในการเรียนรู้ (ยุวดี พงษ์สาระนันทกุล และสุดาภรณ์ พยัคฆเรือง, 2559)

ครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญในการเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการของบุตร จึงควรเริ่มดูแลบุตรตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด จนถึงวัยหัดเดินและวัยก่อนเรียน ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการพัฒนาอย่างมาก การเอาใจใส่ด้านพัฒนาการของบุตรในระยะนี้ จะทำให้ครอบครัวสามารถประเมินบุตรได้อย่างรวดเร็ว และให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาหากสงสัยว่าบุตรมีพัฒนาการล่าช้า

สรุป

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เป็นประเด็นที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ ด้วยความมุ่งหวังจะสร้างทรัพยากรบุคคลเพื่อพัฒนาประเทศชาติและสังคมให้มีความมั่นคง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงได้หาแนวทางพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัย แบบประเมินการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ผู้แต่งนำเสนอในบทความนี้ มีจุดประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางประเมินกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการที่เด็กปฐมวัยแต่ละคนควรได้รับ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีการบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเห็นปัญหา อุปสรรคในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเฉพาะบุคคล เพื่อเกิดประสิทธิผลที่ต้องการคือ เด็กไทยทุกคนได้รับการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพ มีพัฒนาการสมวัยพร้อมที่จะเติบโตเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพของประเทศชาติต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2563). *รายงานประจำปีกรมอนามัย 2563.* สืบค้นจาก http://planning.anamai.moph.go.th/main.php?filename=Left_M2_3

กระทรวงศึกษาธิการ. (2563). *ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง นโยบายและแนวปฏิบัติในการจัดการศึกษาและการเรียนรู้สำหรับเด็กปฐมวัย.* สืบค้นจาก https://moe360.blog/2020/09/23/early- childhood/

จิตอารี ชาติมนตรี, ชมพูนุท แสงวิจิตร, จักรวาล เรณูรส, และวิชนันท์ จุลบุตร. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครองกับพัฒนาการของเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 2-4 ปี ในเขตเทศบาลนครลำปาง จังหวัดลำปาง. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ, 7*(1), 102-116.

จินตนา พัฒนพงศ์ธร, และวันนิสาห์ แก้วแข็งขัน. (2560). *รายงานการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560.* สืบค้นจาก https://www.cgtoolbook.com/books003/4/

ชยวัฒน์ ผาติหัตกรณ์. (2563). *ความสัมพันธ์และรูปแบบการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันของทารกในครรภ์ที่ตรวจพบความผิดปกติของระบบประสาทและไขสันหลังกับการติดเชื้อไวรัสซิการ์ (ปีที่2).* สืบค้นจาก https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5267?show=full

ฐิติมา ชูใหม่. (2559). การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย. *วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล, 1*(2), 18-33.

นัยนา ณีศะนันท์, จริยา ทะรักษา, วีระศักดิ์ ชลไชยะ, สุธาทิพย์ เอมเปรมศิลป์, และวินัดดา ปิยะศิลป์ (บรรณาธิการ). (2560). *คู่มือสำหรับพ่อแม่เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาเด็ก วัยเด็กเล็ก 0-3 ปี.* กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.

นัยนา ภูลม, จินตนา วัชสินธุ์, และนุจรี ไชยมงคล. (2561). นิเวศวิทยาครอบครัว: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กวัยเตาะแตะ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 22*(1), 18-36.

ประคอง ตั้งสกุล. (2561). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักตัวของทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา, 6*(2), 113-122.

ยุวดี พงษ์สาระนันทกุล, และสุดาภรณ์ พยัคฆเรือง. (2559). รูปแบบการสร้างเสริมพัฒนาการด้านภาษาแก่เด็กอายุ 2-4 ปี โดยบิดามารดาหรือผู้ดูแล: กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. *Journal of Nursing Science, 34*(2), 34-44.

วิจิตร จันดาบุตร, วิทยา อยู่สุข, และวิโรจน์ เซมรัมย์. (2561). การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลตำบลสีวิเชียร อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 13*(1), 208-219.

เศกสันต์ ชานมณีรัตน์. (2560). การประเมินผลการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารแพทย์ เขต 4-5, 37*(1), 66-77.

สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM).* สืบค้นจาก http://hp.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/hp/article_attach/คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM).pdf

สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. (2555). *แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัย แรกเกิด-5 ปี ที่มีปัญหาพัฒนาการ.* สืบค้นจาก https://th.rajanukul.go.th/สื่อเทคโนโลยีสถาบัน/2551-2555/\

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2562). *พระราชบัญญัติ การพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. ๒๕๖๒.* สืบค้นจาก http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/056/T_0005.PDF

สุทธิชา มาลีเลศ, จุฬาลักษณ์ สุตระ, สุพรรณิการ์ ศรีสุวรรณ, และปัทมา ก้งเส้ง. (2559). *การศึกษาการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กของนักเรียนชั้นอนุบาล 1/3 โรงเรียนตันติวัตร โดยใช้กิจกรรมร้อยสร้างรูป.* การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต ครั้งที่ 8: 2559 “การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมอย่างยั่งยืนสู่โลกาภิวัตน์”. สืบค้นจาก https://race.nstru.ac.th/home_ex/e-portfolio//pic/academy/25077303.pdf?1618599946

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (2561). *คู่มือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.* สืบค้นจาก http://www.dla.go.th/work/e_book/eb6/eb6_3/3km5.pdf

Bruchhage, M., Ngo, G. C., Schneider, N., D’Sa, V., & Deoni, S. (2020). Functional connectivity correlates of infant and early childhood cognitive development. *Brain structure & function, 225*(2), 669–681. https://doi.org/10.1007/s00429-020-02027-4

California Department of Education. (2021). *The desired results development profile-school-age* (2015). Retrieved from https://www.cde.ca.gov/sp/cd/ci/desiredresults.asp

Gromada, A., Rees, G., & Chzhen, Y. (2020). *Innocenti report card 16 worlds of influence understanding what shapes child well-being in rich countries.* Retrieved from https://www.unicef- irc.org/publications/pdf/Report-Card-16-Worlds-of-Influence-child-wellbeing.pdf

Ho, L.Y. (2007). *Child development programme in Singapore 1988 to 2007.* Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18071596/

Hozt, R. L. (2006). *Brain development rate linked to IQ.* Retrieved from https://www.latimes.com/archives/la-xpm-2006-mar-30-sci-brain30-story.html

Mangrule, P. R. (2019). The hurry child syndrome. *International Journal of Research In Paediatric Nursing, 1*(2), 11-12.

McLeod, S. A. (2017). *Developmental Psychology.* Retrieved from https://www.simplypsychology.org/developmental-psychology.html

Moore, E. R., Anderson, N. G. C., & Medley, N. (2016). *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants.* Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27885658/

Lancet. (2016). *Advancing early childhood development: from science to scale an executive summary for The Lancet's Series.* Retrieved from https://marlin-prod.literatumonline.com/pb-assets/Lancet/stories/series/ecd/Lancet_ECD_Executive_Summary.pdf

World Health Organization [WHO] /The United Nations Children's Fund [UNICEF]. (2018). *Care for child development.* Retrieved from unicef.org

ชีวิตวิถีใหม่กับเทคนิคการดูแลตนเองเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19

กฤตกร หมั่นสระเกษ, พย.ม.[1]
รำไพ หมั่นสระเกษ, พย.ม.[2]
เกวลี หมั่นสระเกษ, พย.บ.[3]

(วันที่ส่งบทความ: 12 พฤษภาคม 2564; วันที่แก้ไข: 31 พฤษภาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 4 มิถุนายน 2564)

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังประสบปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกใหม่ จุดเริ่มต้นมาจากกลุ่มสถานบันเทิง ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์อังกฤษ (B 1.1.7) ที่มีการกลายพันธุ์ จึงติดต่อง่ายรวดเร็วและมีความรุนแรงกว่าทุกครั้งที่ผ่านมา ทำให้มีอัตราการป่วยและเสียชีวิตสูงและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีการควบคุมการระบาดอย่างเคร่งครัด แต่ยังไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ให้สงบลงได้ ส่งผลกระทบโดยตรงกับสุขภาพและวิถีชีวิตของประชาชน รวมทั้งภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ปัจจุบันยังไม่มียาจำเพาะที่ได้ผลดีในการรักษา และประชาชนส่วนใหญ่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อได้ทุกเมื่อ ประชาชนจึงต้องปรับตัวตามสถานการณ์ด้วยการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีและมีภูมิคุ้มกันโรค และใช้ชีวิตวิถีใหม่ควบคู่ไปกับการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมการระบาดอย่างเคร่งครัด เทคนิคในการดูแลตนเองให้สุขภาพดีและมีภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 ประกอบไปด้วย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ การจัดการความเครียด การงดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เทคนิคเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19 และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ: ชีวิตวิถีใหม่, การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน, โรคโควิด-19

[1] พยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก
[3] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา
[2] Corresponding author: รำไพ หมั่นสระเกษ, E-mail: rumpai@knc.ac.th

New Normal Life and Self-care Techniques to Strengthen Immunity During the COVID-19 Pandemic

Krittakorn Munsraket, M.N.S.[1]
Rumpai Munsraket, M.N.S.[2]
Kewalee Munsraket, B.S.N.[3]

(Received: May 12th, 2021; Revised: May 31th, 2021; Accepted: June 4th, 2021)

Abstract

Thailand is facing a new wave of the COVID-19 pandemic, which originated in entertainment venues. Most of them have been caused by the British corona virus (B 1.1.7) variant, which has mutated from the original virus. It is more contagious than the original virus, spreading more easily and more virulent than the original virus. Consequently, the resulting morbidity and mortality rates are higher and constantly increasing. Although strict control measures have been implemented to control the outbreak, the situation has not yet contained. The outbreak has had direct impacts on the personal health and ways of life of the Thai people, as well as on the country's economic conditions. There is currently no specific drug able to cure the disease, and most of Thais are not yet vaccinated against COVID-19. Therefore, they are at risk of infection at any time. People need to adapt to the situation and be able to maintain their health and immunity. They also need to learn to live new lifestyles, which allow them to function normally while maintaining strict compliance with control measures. Techniques for maintaining good health and being immunized to COVID-19 include consuming a healthy diet, exercising regularly, getting enough sleep, managing stress, and avoiding smoking and drinking alcoholic beverages. Practicing these measures will help people to remain safe from becoming infected with COVID-19 and to be able to live happy life.

Keywords: new normal, strengthen immunity, COVID-19

[1] Registered nurse, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Praboromarajchanok Institute

[2] Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Praboromarajchanok Institute

[3] Registered Nurse, Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital

[2] Corresponding author: Rumpai Munsraket, E-mail: rumpai@knc.ac.th

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus disease 2019 [COVID-19]) มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก (Pandemic) ประเทศไทยมีการระบาดอย่างต่อเนื่องมาจากระลอก 2 ซึ่งมีจุดเริ่มต้นในตลาดกลางกุ้งและโรงงานที่มีแรงงานต่างชาติ ในจังหวัดสมุทรสาคร ล่าสุดเป็นการแพร่ระบาดระลอกที่ 3 เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2564 จุดเริ่มต้นที่กลุ่มสถานบันเทิง การติดเชื้อขยายวงกว้างไปสู่ครอบครัวและสถานที่ทำงาน ตลาด ร้านอาหาร บ่อนการพนัน หอพัก คอนโดมิเนียม โรงงาน สถานีขนส่ง เรือนจำ ชุมชนแออัด และแพร่ระบาดไปทุกจังหวัดทั่วประเทศ ข้อมูล ณ วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยจำนวนมากถึง 67,044 ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 1,891 ราย ซึ่งมีอัตราการป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีอาการรุนแรง 829 ราย และเสียชีวิตมากถึง 203 ราย การติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นไวรัสโควิด-19 สายพันธุ์อังกฤษ (B.1.1.7) ซึ่งติดต่อง่าย แพร่กระจายได้รวดเร็ว มีอาการรุนแรง และมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าเดิม 1.7 เท่า ผู้ป่วยหลายรายต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ ทุกพื้นที่มีผู้ป่วยโรคโควิด-19 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนจำนวนมากและต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

มาตรการการรับมือกับโรคระบาดจากภาครัฐ มีผลให้เกิดแนวปฏิบัติทั้งหน่วยงานราชการ หน่วยงานเอกชน และประชาชนทั่วไป โดยภาครัฐและเอกชนได้ร่วมมือกันจัดเตรียมโรงพยาบาลสนาม และโรงพยาบาลโรงแรม (Hospitel) ไว้รับผู้ติดเชื้อที่อาการไม่รุนแรง เพื่อให้การดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม และควบคุมการระบาดอย่างเคร่งครัด นายกรัฐมนตรีประกาศใช้มาตรการด้านสาธารณสุขขั้นสูงสุด ควบคู่กับการบังคับใช้กฎหมายควบคุมการระบาดของโรค มีคำสั่งราชการให้ทำงานที่บ้าน มีการติดตามสถานการณ์ระบาดและค้นหาเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง มีการประกาศเตือนประชาชนกลุ่มเสี่ยงหรือสงสัยติดเชื้อให้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล มีการให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับการดูแลตนเองผ่านสื่อสาธารณะหลายรูปแบบ โดยขอความร่วมมือให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการควบคุมการระบาดอย่างเคร่งครัด และเร่งรัดให้ประชาชนไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ให้มากที่สุด (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) เพื่อควบคุมการระบาดให้สิ้นสุดลงโดยเร็ว

อย่างไรก็ตามการรณรงค์เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าว อาจจะยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ จากรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมของประชาชน จำนวน 9,441 คน โดย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2564) ในช่วง 17 เมษายน-7 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 พบว่าส่วนใหญ่สวมหน้ากากอนามัยเมื่อไปสถานที่สาธารณะ ตลอดเวลาร้อยละ 97.80 สวมเป็นบางครั้ง ร้อยละ 1.60 และไม่สวมเลย ร้อยละ 0.60 และจากรายงานผลการประเมินตนเองของสถานประกอบการขนส่งสาธารณะ ของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2564ก) พบว่า มีการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรค ไม่ผ่านเกณฑ์มากถึง ร้อยละ 17.10 โดยเรื่องที่ไม่ได้ดำเนินการมากที่สุดตามลำดับ คือ การคัดกรองก่อนขึ้นยานพาหนะ (ร้อยละ 4.90) การลงทะเบียนก่อนเข้า-ออก และการทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัส (ร้อยละ 4.10) และการควบคุมจำนวนผู้โดยสารไม่ให้แออัด (ร้อยละ 3.30) แสดงให้เห็นว่าประชาชนบางส่วนไม่ได้ปฏิบัติ

ตามมาตรการควบคุมการระบาดอย่างเคร่งครัด แม้ว่ามีจำนวนไม่มากแต่เชื้อติดต่อง่ายและแพร่กระจายรวดเร็ว จึงมีโอกาสแพร่ระบาดได้มาก ซึ่งอาจเกิดจากการขาดความรู้ ไม่เห็นประโยชน์ หรือไม่เห็นความสำคัญของมาตรการควบคุมโรค

การระบาดของโรคโควิด-19 ยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศที่ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของประชาชน แม้จะมีความร่วมมือจากทุกภาคส่วนแต่ยังไม่สามารถควบคุมโรคให้สงบลงได้ นอกจากนี้การที่ประชาชนต้องปฏิบัติตามมาตรการควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค เช่น การกักตัวอยู่ที่บ้าน หรือการเว้นระยะห่างทางสังคมเป็นระยะเวลานาน ยังส่งผลให้เกิดความเครียด เหนื่อยล้าจากการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หรือรับประทานมากเกินไป ขาดการออกกำลังกาย ทำให้สุขภาพไม่แข็งแรง และภูมิคุ้มกันโรคลดลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคเรื้อรัง (Aschwanden, 2021; Ellis, 2021) ซึ่งขณะนี้จำนวนประชาชนที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ครบ 2 เข็ม มีเพียง ร้อยละ 2.4 เท่านั้น (กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม [อว.], 2564) ซึ่งไม่เพียงพอที่จะสร้างภูมิคุ้มกันแบบกลุ่ม (Herd immunity)

ดังนั้นประชาชนจึงควรเรียนรู้การรับมือกับสถานการณ์การระบาดด้วยเทคนิคการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี และสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้แข็งแรง ควบคู่ไปกับการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมการระบาดอย่างเคร่งครัด (พิสนธิ์ จงตระกูล, 2563; วีระพันธ์ สุวรรณามัย, 2564) ซึ่งเป็นการใช้ชีวิตวิถีใหม่ให้เป็นปกติในชีวิตประจำวัน อันจะทำให้ทุกคนปลอดภัย จากการติดโรคโควิด-19 หรือหากเกิดการเจ็บป่วยอาการจะไม่รุนแรง บทความนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด -19 การติดต่อและแพร่ระบาด ชีวิตวิถีใหม่ เทคนิคการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อให้สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน ให้มีสุขภาพดี มีภูมิคุ้มกันโรคที่แข็งแรง สามารถเผชิญปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ และดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

โรคโควิด -19

โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อที่มีการอุบัติใหม่ เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ชื่อไวรัสซาร์ส-โควี-2 (SARS-CoV-2) เกิดการระบาดครั้งแรกเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ต่อมาได้ระบาดใหญ่ไปทั่วโลก (Pandemic) เพราะไวรัสมีการกลายพันธุ์ (Mutation) ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย แพร่กระจายรวดเร็วมากกว่าเดิม 1.7 เท่า (More transmissible; ทวิติยา สุจริตรักษ์, 2563) ประเทศไทยเกิดการระบาดรอบแรกวันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2563 รอบที่ 2 วันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ. 2563 และล่าสุดระบาดรอบที่ 3 เริ่มระบาดวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2564 การติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นโควิด-19 สายพันธุ์อังกฤษ (B.1.1.7) จุดเริ่มต้นมาจากกลุ่มสถานบันเทิงรวมทั้งมีโควิด-19 ที่ระบาดต่อเนื่องมาจากระลอก 2 โดยมีจุดเริ่มต้นในตลาดกลางกุ้งและโรงงานที่มีแรงงานต่างชาติ ในจังหวัดสมุทรสาคร ทำให้เกิดการระบาดรวดเร็ว รุนแรง กระจายไปทั่วประเทศ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ในปัจจุบันยังไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ให้โรคสงบลงได้

การติดต่อและการแพร่ระบาด

เมื่อได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย มีระยะฟักตัวนานประมาณ 2-14 วัน (เฉลี่ย 5.2 วัน) การติดเชื้อพบได้ทุกเพศทุกวัย การติดต่อจากคนสู่คน โดยสูด ดม ฝอยละออง (Droplet) ที่มีเชื้อนี้ จากน้ำมูก น้ำลาย สารคัดหลั่งจากจมูกและปาก ซึ่งออกมาเมื่อผู้ป่วยไอ จาม หรือพูด เข้าทางระบบทางเดินหายใจเป็นช่องทางหลัก ซึ่งละอองเหล่านี้ค่อนข้างหนัก ฟุ้งไปได้ไกลถึง 2 เมตร และสามารถติดต่อได้จากการสัมผัสสารคัดหลั่งหรือฝอยละอองที่มีเชื้อเปื้อนอยู่ตามพื้นผิวต่าง ๆ การขยี้ตา สัมผัสปากและบริเวณใบหน้า ทำให้เชื้อแพร่เข้าทางเยื่อบุ นอกจากนี้เชื้อจะถูกขับออกทางอุจจาระ การสัมผัสอุจจาระจะทำให้มีโอกาสติดเชื้อและแพร่เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจได้ ผู้ที่ติดเชื้อแล้ว แต่ไม่มีอาการป่วยสามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ (ทวิติยา สุจริตรักษ์, 2563; กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ผู้ที่หายป่วยแล้วยังมีโอกาสติดเชื้อซ้ำได้ เนื่องจากระดับภูมิคุ้มกันจะลดลงอย่างรวดเร็วภายหลังหายจากการติดเชื้อ (Seow et al., 2020) เชื้อมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นผิวโลหะ แก้ว ไม้ และพลาสติก ได้หลายวัน และสามารถมีชีวิตได้นาน 4-5 วัน ที่อุณหภูมิห้อง ถ้าสิ่งแวดล้อมมีความชื้นสูง เชื้อจะมีชีวิตอยู่นานขึ้น แนวทางการป้องกันการติดเชื้อจึงเน้นตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อของฝอยละอองขนาดใหญ่ (Droplet precaution) และการป้องกันการติดเชื้อโดยการสัมผัสทางตรง (Indirect contact precaution; กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

ชีวิตวิถีใหม่กับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ชีวิตวิถีใหม่ (New normal) หมายถึง รูปแบบการดำเนินชีวิตแบบใหม่แตกต่างจากในอดีต เนื่องจากมีสถานการณ์บางอย่างส่งผลทำให้รูปแบบการใช้ชีวิตที่คนในสังคมเคยปฏิบัติกันมาอย่างปกติเดิม ต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่การใช้ชีวิตรูปแบบใหม่ที่แตกต่างจากเดิม เพื่อให้มีความพร้อมรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว และอยู่รอดได้ (โสมรัชช์ วิไลยุค, 2563; สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน, 2564) ประเทศไทยเผชิญปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มาตั้งแต่ พ.ศ. 2562 ถึงปัจจุบัน ทำให้ประชาชนเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจำนวนมาก และยังไม่สามารถควบคุมโรคให้สงบลงได้ นับวันยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น การที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้ ประชาชนจึงต้องปรับตัวและใช้ชีวิตในรูปแบบใหม่ เช่น การทำงานหรือทำกิจกรรมที่บ้าน การทำกิจกรรมด้านธุรกิจและการใช้บริการต่าง ๆ เช่น การจับจ่ายซื้อของ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย กิจกรรมด้านบันเทิง การท่องเที่ยว การประชุม การเรียนการสอน การใช้บริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์หรือออนไลน์มากขึ้น ควบคู่ไปกับการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมการระบาดของโรค (สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน, 2564) และควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่องให้เป็นปกติในชีวิตประจำวัน

หากประชาชนจำเป็นต้องเดินทางออกไปทำงานหรือไปทำธุระนอกบ้าน ให้ปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T-A ของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2564ข) อย่างเคร่งครัดดังนี้

1. D : Distancing คือ การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล และหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้อื่น ควรอยู่ห่างจากบุคคลอื่น อย่างน้อย 1.5- 2 เมตร เพื่อให้พ้นระยะละอองฝอย หากจำเป็นต้องใกล้ชิดให้สวมหน้ากากอนามัย (Face mask) และใส่เกราะบังหน้า (Face shield) ที่เหมาะสม ควรอยู่บ้านหรือทำงานที่บ้าน ใช้การติดต่อสื่อสารผ่านทางออนไลน์แทนการไปพบปะกันโดยตรง หลีกเลี่ยงการไปสถานที่แออัดหรือพื้นที่เสี่ยง หลีกเลี่ยงการสัมผัสจุดเสี่ยงที่สัมผัสร่วมกันบ่อย ๆ หากสัมผัสให้ล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์โดยเร็ว หลีกเลี่ยงการใช้ของใช้ร่วมกับผู้อื่น เช่น จาน ชาม ช้อน แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว ฯลฯ

2. M : Mask wearing คือ การสวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา การสวมหน้ากากต้องสวมให้ถูกวิธี โดยสวมให้ปิดปาก จมูก และคาง ไม่จำเป็นต้องสวมทับสองชั้น หน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วควรแยกทิ้งจากขยะชนิดอื่น และล้างมือ ประชาชนทั่วไปสวมหน้ากากผ้าได้โดยควรเย็บสองชั้นขึ้นไป ผู้ป่วย หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั่วไปให้สวมหน้ากากอนามัย ส่วนบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องดูแลผู้เสี่ยงหรือผู้ป่วยโรคโควิด-19 ให้สวมหน้ากาก N-95 เมื่อมีการทำหัตถการใกล้ชิด ให้ใส่เกราะบังหน้าและอุปกรณ์ป้องกันตนเอง (Personal protective equipment [PPE]) ครบชุด และควรเปลี่ยนหน้ากากทุก ๆ 6-8 ชั่วโมง กรณีต้องเดินทางโดยขนส่งสาธารณะที่ไม่สามารถเว้นระยะห่างได้ หรือการระบายอากาศไม่ดี ควรสวมหน้ากากตลอดเวลา ลดการพูดคุย งดกินอาหารและเครื่องดื่มขณะเดินทาง ร่วมกับล้างมือหรือใช้เจลแอลกอฮอล์ และเปลี่ยนหน้ากากทันทีเมื่อออกจากสถานที่นั้น ๆ

3. H : Hand washing คือ การล้างมือให้สะอาด โดยล้างด้วยน้ำสะอาดและสบู่ นานอย่างน้อย 20 วินาที ถ้าไม่มีสบู่ให้ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์เข้มข้น อย่างน้อยร้อยละ 70 ขึ้นไป ควรล้างบ่อย ๆ โดยเฉพาะก่อนและหลังรับประทานอาหาร ก่อนเข้าบ้าน ก่อนและหลังสัมผัสบริเวณใบหน้า ก่อนและหลังใช้ห้องน้ำ และหลังสัมผัสจุดเสี่ยงต่าง ๆ

4. T : Temperature คือ การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย ก่อนเข้าไปใช้บริการสถานที่ต่าง ๆ ทุกครั้ง หรือตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย ร่วมกับการสังเกตอาการตัวเองและผู้ใกล้ชิด หากมีไข้สูงมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ร่วมกับมีอาการผิดปกติในระบบหายใจ ตาแดง ผื่นแดง ถ่ายเหลว ให้รีบปรึกษาแพทย์หรือไปพบแพทย์ทันที

5. T : Testing คือ การให้ความร่วมมือในการตรวจหาเชื้อโควิด-19 หากมีความเสี่ยง เช่น สัมผัสผู้ป่วยโควิด-19 ไปสถานที่เสี่ยง หรือมีอาการผิดปกติเข้าได้กับอาการบ่งชี้สำคัญของโรคโควิด-19

6. A : Application คือ การติดตั้งและใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ และ หมอชนะ ในอุปกรณ์มือถือต่าง ๆ เพื่อให้ข้อมูลการเดินทางไปสถานที่ต่าง ๆ ก่อนเข้า-ออกสถานที่ทุกครั้ง รวมทั้งใช้ประเมินตนเองผ่านแอปพลิเคชัน ไทยเซฟไทย ว่า มีความเสี่ยงที่จะแพร่เชื้อหรือไม่

ชีวิตวิถีใหม่กับเทคนิคการดูแลตนเองเพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19

เทคนิคการดูแลสุขภาพตนเองและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้แข็งแรง ควบคู่ไปกับการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมการระบาดอย่างเคร่งครัด ตามชีวิตวิถีใหม่ในยุคที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีดังนี้

การรับประทานอาหาร

อาหารที่มีประโยชน์ มีโปรตีนและวิตามินสูง จะช่วยให้สุขภาพดี สร้างเสริมภูมิคุ้มกันของร่างกาย และสามารถช่วยป้องกันโรคโควิด-19 ได้ (Alagawany et al., 2021)โดยแนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 1.50-2 ลิตร เพื่อให้เลือดไหลเวียนดี และเซลล์ร่างกายชุ่มชื้น ควรเน้นบริโภคผักและผลไม้สดเพราะเป็นอาหารที่อุดมไปด้วยวิตามิน เกลือแร่ ใยอาหาร และสารต้านอนุมูลอิสระ อีกทั้งผักหลายชนิดเป็นสมุนไพรช่วยทำให้ภูมิคุ้มกันแข็งแรง โดยควรบริโภคผักที่สด สะอาด ไม่มีสารเคมีเจือปน ให้ครบ 5 สี อย่างน้อยวันละ 400 กรัม หรือ 2 ทัพพี และควรให้มีความหลากหลาย ทั้งชนิด และสี สลับสับเปลี่ยนหมุนเวียนไปในแต่ละวัน ทั้งนี้ควรหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีแป้ง น้ำตาล และไขมัน สูง (พิสนธิ์ จงตระกูล, 2563 ; วีระพันธ์ สุวรรณามัย, 2564)

1. เทคนิคการเลือกรับประทานอาหาร

1.1 โปรตีน การเลือกรับประทานอาหารที่มีโปรตีนและกรดอะมิโนจำเป็นครบถ้วน (วีระพันธ์ สุวรรณามัย, 2564; Alagawany et al., 2021) แหล่งอาหารโปรตีนมีอยู่ในเนื้อสัตว์ ไข่ นม เนยแข็ง และพบในพืช เช่น ถั่วเหลือง ถั่วต่าง ๆ เต้าหู้ ผลิตภัณฑ์จากพืช แม้จะมีโปรตีนสูง แต่ไม่มีกรดอะมิโนจำเป็น (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ดังนั้นจึงควรบริโภคโปรตีนจากเนื้อสัตว์ควบคู่กับโปรตีนจากพืช

1.2 วิตามินและแร่ธาตุ ที่ช่วยสร้างเสริมภูมิคุ้มกันให้แข็งแรงและทำงานมีประสิทธิภาพ สามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้ ที่สำคัญได้แก่ วิตามินซี วิตามินดี วิตามินอี และแร่ธาตุสังกะสี การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมจะได้รับวิตามินและแร่ธาตุที่จำเป็นเพียงพอจากแหล่งอาหารในธรรมชาติ (Alagawany et al., 2021) ดังนั้น ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องรับประทานในรูปแบบวิตามินเสริม ยกเว้นรับประทานได้ไม่เพียงพอ ทั้งนี้ควรปรึกษาแพทย์ก่อนเลือกใช้วิตามินเสริม

1.3 วิตามินซี ในแต่ละวันควรเลือกบริโภคผักและผลไม้ที่มีวิตามินซีสูงให้เพียงพอ (พิสนธิ์ จงตระกูล, 2563; วีระพันธ์ สุวรรณามัย, 2564) แหล่งวิตามินซีพบมากในผักและผลไม้สด เช่น ส้ม มะนาว มะละกอ ฝรั่ง มะเขือเทศ พริกหยวก ผักโขม ดอกกะหล่ำ ดอกขี้เหล็ก ยอดมะยม ใบเหลียง ยอดสะเดา มะระขี้นก ฟักข้าว คะน้า มะรุม มะขามป้อม เป็นต้น (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ข้อเสียของวิตามินซีจากอาหารคือจะสูญเสียไปได้ง่าย เมื่อโดนความร้อนและสัมผัสน้ำโดยตรง จึงควรรับประทานแบบสด ส่วนการนึ่งหรือผัดควรใช้ระยะเวลาสั้น ๆ เพื่อสงวนวิตามินซีไว้ได้ดียิ่งขึ้น

1.4 วิตามินเอ อาหารที่มีวิตามินเอสูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ ไข่แดง นม ผลิตภัณฑ์จากนม ผักใบเขียวเข้ม ผักและผลไม้สีเหลืองและส้ม เช่น ตำลึง ผักบุ้ง แครอท ฟักทอง มันเทศสีเหลือง มะละกอสุก (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

1.5 วิตามินดี อาหารที่มีวิตามินดีสูง ได้แก่ ปลาแซลมอน ปลาแมคคอแรล ปลาทูน่ากระป๋อง เป็นต้น(สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) นอกจากนี้ร่างกายสามารถรับวิตามินดีจากแสงแดดขณะทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายกลางแจ้ง โดยให้ผิวหนังสัมผัสกับแสงแดด อย่างน้อย 15-20 นาทีทุกวัน ระหว่างเวลา 8.00–10.00 น. และ 16.00–17.00 น. วิตามินดีจะสังเคราะห์ในผิวหนังชั้นนอกสุด หรือหนังกำพร้า ขณะรับแดดควรใส่เสื้อแขนสั้น กางเกงขาสั้น (สนธิ์ จงตระกูล, 2563; วีระพันธ์, 2564; Scher, 2021) ดังนั้น ควรบริโภคอาหารมีวิตามินดีสูงร่วมกับรับแสงแดดทุกวัน

1.6 วิตามินอี อาหารที่มีวิตามินอีสูง ได้แก่ ไข่ ผักและผลไม้ต่าง ๆ เช่น ถั่วต่าง ๆ น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันมะกอก น้ำมันดอกทานตะวัน ขนุน มะขามเทศ ตะขบ มะม่วง ทุเรียน ทับทิมสด กล้วยไข่ มะละกอ มะเขือเทศ หน่อไม้ฝรั่ง เป็นต้น (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

1.7 แร่ธาตุสังกะสี อาหารที่มีสังกะสีสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ เครื่องใน ตับ หอยนางรม สัตว์ปีก ปลา ไข่แดง นม เม็ดมะม่วงหิมพานต์ ถั่วลิสง ถั่วแดง งาดำ เมล็ดฟักทอง เมล็ดทานตะวัน เมล็ดแตงโม ข้าวกล้อง เต้าหู้ เห็ด ผักโขม ช็อกโกแลตดำหรือโกโก้ (พิสนธิ์ จงตระกูล, 2563; Bedosky, 2020; Scher, 2021)

1.8 การบริโภคอาหารที่มีจุลินทรีย์สุขภาพ หรือโพรไบโอติกส์ (Probiotics) อาหารที่มีโพรไบโอติกส์สูง ได้แก่ ข้าวหมาก กิมจิ นัตโตะ มิโสะ เนยแข็ง แตงกวาดอง โยเกิร์ต และนมเปรี้ยวชนิดที่มีน้ำตาลต่ำ ที่ระบุไว้ว่ามีการเติมโพรไบโอติกส์ และควรรับประทานร่วมกับอาหารที่มีใยอาหารสูง เช่น ธัญพืช ถั่วเมล็ดแห้ง กล้วย หัวหอมใหญ่ กระเทียม เป็นต้น เพื่อเป็นอาหารสำหรับจุลินทรีย์สุขภาพ (พิสนธิ์ จงตระกูล, 2563; ลำดวน วงศ์สวัสดิ์, 2563; Alagawany et al., 2021)

2. การซื้ออาหารที่มีบริการจัดส่ง (Delivery)

ชีวิตวิถีใหม่ควรประกอบอาหารเองที่บ้าน หรือซื้ออาหารที่มีบริการจัดส่ง ถ้าจำเป็นต้องออกนอกบ้านเพื่อไปซื้ออาหารหรือวัตถุดิบมาประกอบอาหาร ให้ปฏิบัติตามหลัก D-M-H-T-T-A ดังที่ได้กล่าวมาแล้วอย่างเคร่งครัด แต่หากซื้ออาหารที่มีบริการจัดส่งควรปฏิบัติให้มีความปลอดภัย หากปฏิบัติไม่ถูกต้องอาจติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่อาจแฝงตัวมากับพัสดุหรืออาหารที่ส่งมาได้ เพราะเชื้อนี้มีชีวิตอยู่บนลังกระดาษได้นานถึง 24 ชั่วโมง และมีชีวิตบนพื้นผิวที่เป็นพลาสติก และโลหะที่ไม่เป็นสนิม (Stainless steel) ได้นานถึง 3 วัน ดังนั้นในระบบการจัดส่งอาหารผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

2.1 ผู้สั่งอาหาร ควรหลีกเลี่ยงการสั่งซื้ออาหารกลุ่มเสี่ยง เช่น อาหารประเภทเนื้อสัตว์หรือเครื่องในสัตว์ที่ปรุงไม่สุก อาหารที่เน่าเสียง่าย ควรเตรียมภาชนะรองรับอาหาร เช่น กล่อง หรือโต๊ะแบบพับได้ ให้สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย ในระหว่างการรับอาหารจากผู้ส่งอาหาร และให้ยืนห่างจากผู้ส่งอาหารอย่างน้อย 1 เมตร หลังจากรับอาหารให้ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ ตรวจสอบคุณภาพอาหาร อาหารที่ปรุงด้วยนม กะทิ หรือสัมผัสด้วยมือมาก ควรนำไปอุ่นให้ร้อนก่อนรับประทาน และควรจ่ายค่าบริการผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564ค)

2.2 ร้านอาหารหรือผู้ผลิต ควรมีมาตรการป้องกันโควิด-19 อาหารต้องปรุงให้สุก สะอาด บรรจุในภาชนะที่เหมาะสม แข็งแรง ปกปิดมิดชิด ไม่ใช้กล่องโฟมบรรจุอาหาร หากเป็นอาหารปรุงสำเร็จต้องมีฉลากระบุรายละเอียดอย่างชัดเจน เช่น ชื่อร้านอาหาร วัน/เดือน/ปี เวลาที่ผลิต ระยะเวลา และอุณหภูมิ

ที่ใช้ในการเก็บรักษาอาหาร เป็นต้น กรณีจัดส่งอาหารเสี่ยง เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวหมูแดง ข้าวหมูกรอบ หรืออาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิ นม ควรมีคำแนะนำให้ผู้บริโภคนำไปอุ่นร้อนก่อนรับประทาน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564ค)

2.3 ผู้ส่งอาหาร ต้องลงทะเบียนกับผู้ประกอบการที่ให้บริการจัดส่งอาหาร และมีกล่องบรรจุอาหารท้ายยานพาหนะที่ขนส่งอาหารอย่างแข็งแรง ปกปิดมิดชิด บุฉนวนเพื่อรักษาอุณหภูมิให้เหมาะสม ทำความสะอาดด้วยน้ำและน้ำยาทำความสะอาดทุกวัน สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยระหว่างให้บริการ ดูแลอาหารให้อยู่ในสภาพดี จัดส่งถึงมือผู้บริโภคโดยเร็วที่สุด ก่อนเปิดกล่องใส่อาหารต้องทำความสะอาดมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ จัดส่งอาหารตามจุดที่กำหนด และยืนห่างจากลูกค้า อย่างน้อย 1 เมตร ห้ามวางอาหารบนพื้น บริเวณที่ส่งต้องสะอาด ภายหลังส่งอาหารและหลังการจับเงินให้ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564ค)

การออกกำลังกาย (Exercise)

ช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทุกคนต้องอยู่บ้านติดต่อกันเป็นเวลานาน ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการนั่งทำงาน นั่งประชุมออนไลน์ นั่งเรียนออนไลน์ ดูโทรทัศน์ และเล่นโทรศัพท์มือถือ มีการออกกำลังกายลดลง และมีพฤติกรรมเนือยนิ่งมากขึ้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2564) ผลเสียของการไม่ออกกำลังกาย ทำให้อ้วน น้ำตาลในหลอดเลือดสูง สุขภาพไม่ดี ระบบภูมิคุ้มกันทำงานไม่มีประสิทธิภาพ เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้ง่าย การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอจะช่วยให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง กระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ (Alagawany et al., 2021) อีกทั้งช่วยผ่อนคลายความเครียด และนอนหลับได้ดีขึ้น

การออกกำลังกายในชีวิตวิถีใหม่ คือควรออกกำลังในบ้านหรือบริเวณบ้าน แบบกระตุ้นให้ร่างกายใช้ออกซิเจน (Aerobic exercise) โดยทำเป็นประจำสม่ำเสมอ เลือกชนิดการออกกำลังกายที่ชอบและมีความสุข มีความหนักระดับปานกลาง (Bedosky, 2020; Scher, 2021) และเหมาะสมกับสุขภาพร่างกาย (หัวใจเต้นเร็วร้อยละ 60-80 ของ 220-อายุ/ปี) นานอย่างน้อยวันละ 30-60 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วิธีการออกกำลังกายในบ้าน เช่น เดิน เดินขึ้นลงบันได วิ่งรอบบ้าน วิ่งบนลู่วิ่ง หรือปั่นจักรยานอยู่กับที่ รำไม้พอง โยคะ กระโดดเชือก ล้างรถ ทำงานบ้าน ทำสวน เป็นต้น (พิสนธิ์ จงตระกูล, 2563; วีระพันธ์ สุวรรณามัย, 2564; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2564) ทั้งนี้ไม่ควรออกกำลังกายหักโหมเกินไป เพราะจะไปยับยั้งการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันได้ โดยเฉพาะผู้ที่อายุเกิน 65 ปี (Bedosky, 2020) เว้นระยะห่างกับบุคคลอื่น อย่างน้อย 2 เมตร ควรจัดตารางออกกำลังกายประจำวัน และจัดบ้านให้มีมุมออกกำลังกาย พยายามประยุกต์ใช้อุปกรณ์ที่มีในบ้านมาใช้ หรืออาจซื้ออุปกรณ์ไว้ออกกำลังกายที่บ้านได้แทนการไปใช้บริการที่ศูนย์ออกกำลังกาย ค้นหาวิดีโอฝึกออกกำลังกายที่ไม่มีค่าใช้จ่ายทางออนไลน์ ระหว่างการนั่งทำงาน ควรเคลื่อนไหว และยืดเหยียดกล้ามเนื้อทุก 1 ชั่วโมง (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564ข; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2564)

นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ

การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และการปิดประเทศหรือพื้นที่ (Lock down) เป็นเวลานาน อาจส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพการนอนหลับ วิถีชีวิต และภาวะสุขภาพของประชาชน (Ellis, 2021) จากรายงานผลสำรวจประจำปีเกี่ยวกับการนอนหลับของประชากรในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก (Philips healthcare, 2021) พบว่า ประชากรมากกว่าร้อยละ 50 รู้สึกว่าการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้คุณภาพการนอนแย่ลง โดยมีอาการง่วงนอนในช่วงกลางวัน (ร้อยละ 44) ตื่นนอนในช่วงกลางดึก/นอนหลับไม่สนิทตลอดคืน (ร้อยละ 42) นอนไม่หลับ (ร้อยละ 26) และมีเพียงร้อยละ 38 เท่านั้นรู้สึกว่านอนหลับได้อย่างมีคุณภาพ โดยการนอนไม่หลับมีสาเหตุมาจากความเครียดและวิตกกังวล (ร้อยละ 21) การใช้สมาร์ทโฟนและแท็บเล็ต (ร้อยละ 17) และสภาพแวดล้อมของการนอน (ร้อยละ 16)

การนอนหลับพักผ่อนที่ดีต้องได้ทั้งปริมาณและคุณภาพ การพักผ่อนไม่เพียงพอจะทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตไม่ดี และภูมิคุ้มกันโรคลดต่ำลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ผลการวิจัย พบว่าผู้ที่นอนหลับน้อยกว่า 7 ชั่วโมงมีโอกาสติดเชื้อไวรัส มากกว่าคนที่นอนหลับ 8 ชั่วโมงขึ้นไปมากถึง 3 เท่า (พิสนธิ์ จงตระกูล, 2563; วีระพันธ์ สุวรรณามัย, 2563; Bedosky, 2020) แต่ละวัยต้องการเวลาในการนอนเพียงพอแตกต่างกัน เช่น วัยเรียน (6-13 ปี) ควรนอน 9-11 ชั่วโมง วัยรุ่น (14- 17 ปี) ควรนอน 8-10 ชั่วโมง วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (18-64 ปี) ควรนอน 7-9 ชั่วโมง และวัยสูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ควรนอน 7-8 ชั่วโมงต่อวัน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) เทคนิคการดูแลตนเองเพื่อช่วยให้การนอนหลับดี และควรปฏิบัติเป็นประจำเพื่อส่งเสริมการให้นอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) มีดังนี้

1. ออกกำลังกายที่ชอบในช่วงเย็น อย่างน้อย 30 นาที หรือ 4-6 ชั่วโมงก่อนนอน

2. เตรียมร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลายก่อนนอน ด้วยการอาบน้ำอุ่น ๆ เดินไปมาเบา ๆ อ่านหนังสือหรือฟังเพลงที่ชอบ ทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายร่วมกับครอบครัว หรือนั่งสมาธิ และจัดบรรยากาศห้องนอนให้เงียบสงบ เช่น ปิดไฟและโทรทัศน์ และควรหยุดเล่นโทรศัพท์ 30-60 นาที ก่อนนอน

3. จัดระเบียบการนอน โดยเข้านอนให้เป็นเวลา และตื่นนอนให้เป็นเวลาทุกวัน ควรเข้านอนเมื่อร่างกายพร้อมที่จะนอน เช่น รู้สึกง่วง ผ่อนคลาย ไม่เครียด อย่าพยายามฝืนนอน หากไม่ง่วง โดยช่วงเวลาในการเข้านอนที่เหมาะสม คือ 22.00 น. ถึง 02.00 น. และไม่ควรนอนกลางวันมากเกินไป

4. หลีกเลี่ยงสิ่งที่ขัดขวางการนอนหลับก่อนเข้านอน ได้แก่ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมากเกินไป รสจัด หรือดื่มน้ำมากเกินไป หลีกเลี่ยงชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่กระตุ้นประสาททุกชนิด 4-6 ชั่วโมงก่อนเข้านอน และไม่สูบบุหรี่ก่อนนอน เพราะมีสารนิโคตินทำให้หลับยาก ตื่นบ่อย และฝันร้าย

5. หากอาการไม่ดีขึ้นควรปรึกษาแพทย์ผ่านระบบออนไลน์

การจัดการความเครียด

สถานการณ์โควิด-19 ที่แพร่ระบาดใหม่และยังไม่รู้ระยะเวลาที่จะสิ้นสุดลง ทำให้ประชาชนเกิดความเครียดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Ellis, 2021) ความเครียดเหล่านี้อาจมีสาเหตุมาจาก การกลัวการติดเชื้อ

การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์รายวันที่มีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น และกังวลถึงผลกระทบต่อการทำงาน การจัดการภายในครอบครัว และเศรษฐกิจ (Philips healthcare, 2021) ซึ่งความเครียดเหล่านี้เป็นกลไกธรรมชาติที่ช่วยให้มนุษย์ได้เตรียมตัววางแผน และรับมือกับสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาการของความเครียด เช่น หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ มีพฤติกรรมการกินผิดปกติ เฉื่อยชา ไม่มีสมาธิ ปวดท้อง ปวดศีรษะ รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง และไม่อยากมีชีวิตอยู่ เป็นต้น ความเครียดที่สะสมเป็นเวลานานอาจนำไปสู่การตัดสินใจที่ผิดพลาด ทำร้ายตัวเอง และฆ่าตัวตายได้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม ภูมิคุ้มกันโรคลดลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย (วีระพันธ์ สุวรรณามัย, 2564; Bedosky, 2020; Scher, 2021) เทคนิคการจัดการความเครียดด้วยตนเอง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2564) มีดังนี้

1. ติดตามข่าวสารเท่าที่จำเป็น เลือกรับข่าวสารจากแหล่งข่าวที่เชื่อถือได้ เช่น ประกาศของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข

2. ดำเนินชีวิตประจำวันให้เป็นปกติ เช่น ตื่นนอน อาบน้ำ แต่งตัว ทานอาหาร ทำงาน ออกกำลังกาย เป็นต้น เพียงแต่ปรับรูปแบบกิจกรรมแหล่านั้น เช่น ออกกำลังกายที่บ้านแทนการไปศูนย์สุขภาพ สื่อสารด้วยการโทรคุยผ่านระบบออนไลน์แทนการพูดคุยโดยตรง ทั้งนี้ควรพูดและให้กำลังใจกัน หลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และควรใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ด้วยการทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ชอบภายใต้สถานการณ์และอุปกรณ์ที่มีจำกัด เป็นต้น

3. ตั้งสติและฝึกปรับทัศนคติไม่ให้กลัวหรือกังวล เมื่อมีความรู้สึกไม่ดีเกิดขึ้น ควรให้เวลาตนเองอย่างน้อย 5 นาที เพื่อสำรวจ ทบทวนความคิด ความรู้สึก หรือการตอบสนองทางร่างกาย เมื่อรับรู้ถึงความรู้สึกลบ ให้รับรู้ตามความจริงว่าเป็นความรู้สึกแบบนั้น ยอมรับว่าความผิดพลาด มีโอกาสเกิดขึ้นได้ ควรให้กำลังใจกัน ไม่ต้องหงุดหงิดซ้ำ ไม่ต้องพยายามปรับทัศนคติให้เป็นบวก และไม่ต้องพยายามหาคนผิด

4. ตรวจสอบอาการทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของตัวเองสม่ำเสมอ หากมีอาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับความเครียด และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต การทำงาน หรือความสัมพันธ์ ควรปรึกษาแพทย์โดยเร็ว

งดสูบบุหรี่ และงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

การสูบบุหรี่และการดื่มสุราปริมาณมาก ติดต่อกันเป็นเวลานาน มีผลทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง สุขภาพร่างกายอ่อนแอ และมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนตามมาหลายประการ และเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคโควิด-19 โดยเฉพาะในปอด รวมทั้งทำให้ผู้ติดเชื้อมีอาการอักเสบรุนแรงมากขึ้นด้วย (Bedosky, 2020) จึงควรงดการสูบบุหรี่และการดื่มสุราเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันโรค

สรุป

ประเทศไทยประสบปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกใหม่ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์อังกฤษ (B 1.1.7) ที่มีความรุนแรงกว่าทุกครั้งที่ผ่านมาทำให้ประชาชนต้องปฏิบัติตามมาตรการควบคุมการระบาดอย่างเคร่งครัด และปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตเพื่อรับมือกับสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เกิดเป็นวิถีชีวิตรูปแบบใหม่ที่ต้องให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของตนเองด้วยเทคนิคในการดูแลตนเอง ประกอบไปด้วยการรับประทานอาหารที่ดี มีประโยชน์ การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ การจัดการความเครียด และงดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งจะทำให้ทุกคนปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19 และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19).* สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *รายงานสถานการณ์โควิด-19.* สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564ก). *รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (17 พฤษภาคม.2564).* สืบค้นจาก https://sites.google.com/view/hia-surveillance/report

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564ข). *คำแนะนำการปฏิบัติงานนอกสถานที่ตั้งหรือที่บ้าน สำหรับประชาชน (Work Form Home).* สืบค้นจาก https://covid19.anamai.moph.go.th/web-upload/.pdf

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564ค). *แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับ บริการรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.* สืบค้นจาก https://covid19.anamai.moph.go.th/web-upload/.pdf

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *จัดการกับความเครียด รับมือโควิดอีกครั้ง.* สืบค้นจาก https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30561

กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.). (2564). *เผยข้อมูลสถิติการฉีดวัคซีนโควิด-19 ครบ.* สืบค้นจาก https://www.mhesi.go.th/index.php/all-media/infographic/3701-285641.html

ทวิติยา สุจริตรักษ์. (2563). ประเด็นน่ารู้เกี่ยวกับไวรัส SARS-CoV-2: *ไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคโควิด-19.* สืบค้นจาก https://www.pidst.or.th/A966.html

พิสนธิ์ จงตระกูล. (2563). *5 วิธีเสริมภูมิต้านทานช่วยต้านโควิด-19.* สืบค้นจาก https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/line/5-%E0%B8%A7%/DETAIL

ลำดวน วงศ์สวัสดิ์. (2563). *การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันป้องกันโควิดระบาดรอบ 2.* (วิดีโอ) สืบค้นจาก https://wellnessbangkok.com/%E0%B8%A7%

วีระพันธ์ สุวรรณามัย. (2564). *วิธีกระตุ้นภูมิคุ้มกันตัวเอง สู้ภัยโควิด.* สืบค้นจาก https://www.youtube.com/watch?v=-ONqCbWp40s

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). *เทคนิค"นอนหลับ"ให้เพียงพอ.* สืบค้นจาก https://www.thaihealth.or.th/Content/35842-B8%AD.html

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). *จับตาทิศทางสุขภาพคนไทยปี 2564.* สืบค้นจาก https://www.thaihealth.or.th/Content/35842-B8%AD.html

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับสำหรับคนไทย พ.ศ. 2563.* กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ.วี. โปรเกรสซีฟ.

โสมรัชช์ วิไลยุ. (2563). New Normal. *นิตยสารวาไรตี้เพื่อสุขภาพ@Rama.* ฉบับที่ 37(ออนไลน์). สืบค้นจาก https://www.rama.mahidol.ac.th/atrama/issue037/easy-living

สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน. (2564). *ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal).* สืบค้นจาก https://www.tosh.or.th/covid-19/index.php/new-normal

Alagawany, M., Attia,Y. A., Farag, M. R., Elnesr, S. S., Nagadi,S. A., Shafi, M. E., . . . Abd El-Hack, M. E. (2021). *The strategy of boosting the immune system under the COVID-19 Pandemic.* Retrieved from https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fvets.2020.570748/full

Aschwanden, C. (2021). *To boost immunity, forget 'magic pills.' Focus on sleep, exercise, diet and cutting stress.* Retrieved from https://www.washingtonpost.com/health/boosting-your-immune-system/2021/01/29/256fd52c-3fc4-11eb-8db8-395dedaaa036_story.html

Bedosky, L. (2020). *7 Ways to Keep Your Immune System Healthy.* Retrieved from https://www.everydayhealth.com/columns/white-seeber-grogan-the-remedy-chicks/ten-simple-natural-ways-to-boost-immune-system/

Ellis, M. (2021). *How have COVID-19 pandemic lockdowns affected our immune systems?.* Retrieved from https://www.medicalnewstoday.com/articles/how-have-pandemic-lockdowns-affected-the-immune-system

Philips healthcare. (2021). *Seeking solutions: How COVID-19 changed sleep around the world.* Retrieved from https://www.usa.philips.com/c-dam/b2c/master/experience/smartsleep/world-sleep-day/2021/philips-world-sleep-day-2021-report.pdf}

Seow, J., Graham, C., Merrick, B., Acors, S., Steel, K. J. A., Hemmings, O., & Doores, K. J. (2020). *Longitudinal evaluation and decline of antibody responses in SARS-CoV-2 infection.* medRxiv. Retrieved from https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.09.20148429v1)

Scher, B. (2021). *Boosting your immune system to fight the coronavirus: What you need to know.* Retrieved from https://www.dietdoctor.com/coronavirus

บทบาทพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กับการลดการสัมผัสควันบุหรี่

เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง, พย.ม.[1]
นฤมล เปรมาสวัสดิ์, พย.ม.[2]
กาญจนา ปัญญาธร, พย.ม.[3]

(วันที่ส่งบทความ: 24 ธันวาคม 2563; วันที่แก้ไข: 8 มีนาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 1 พฤษภาคม 2564)

บทคัดย่อ

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการละเลยการดูแลสุขภาพตั้งแต่อยู่ในวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) ปัญหาสุขภาพที่สะสมเป็นระยะเวลานานจะปรากฏชัดเจนเมื่ออายุมากขึ้น ปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 60 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเกิดภาวะแทรกซ้อนเร็วขึ้นเนื่องจากสาเหตุสำคัญคือการสัมผัสควันบุหรี่ สารนิโคตินและสารพิษอื่น ๆ ในควันบุหรี่อาจจะทำให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ทั้งนี้ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนขึ้นอยู่กับปริมาณสารพิษในควันบุหรี่ที่ผู้สูงอายุได้รับจากการสูบบุหรี่หรือจากการสูดดมควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบเข้าสู่ร่างกาย ทั้งจากที่บ้าน ที่ทำงานหรือที่สาธารณะอยู่เป็นประจำ ดังนั้นพยาบาลชุมชนควรมีบทบาทในการลดการสัมผัสควันบุหรี่ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงด้วยการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ การส่งเสริมให้ครอบครัวหรือคนในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการช่วยเลิกบุหรี่ และการสร้างเครือข่ายในชุมชนเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการลดการสัมผัสควันบุหรี่

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง, บทบาทพยาบาลชุมชน, การสัมผัสควันบุหรี่

[1] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระราชชนก
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี
[1] Corresponding author: เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง, Email: saowaluk@rtu.ac.th

Community Nursing Roles in Caring for Elderly with Hypertension and Reducing Tobacco Smoke Exposure

Saowaluk Thajang, M.N.S.[1]
Narumol Premmasawat, M.N.S.[2]
Kanchana Panyathorn, M.N.S.[3]

(Received: December 24th, 2020; Revised: March 8th, 2021; Accepted: May 1st, 2021)

Abstract

Chronic diseases in older adults are the consequences of insufficient self-healthcare during their working age (15-59 years old). Health problems that gradually accumulate over a long time will become apparent when individuals are get older. Currently, sixty percent of older adults suffer from hypertension and are rapidly developing its related complications and exposure to tobacco smoke is one of the most important causes of this phenomenon. Nicotine and other toxins in tobacco smoke may cause uncontrolled hypertension. However, the severity of hypertension and its complications depend on level and frequency of tobacco smoke exposure in both first and second-hand smokers at home, the office, and in public places. Therefore, community nurses should play a role in reducing the exposure older adults with hypertension to smoke by motivating them to quit smoking, as well as encouraging their families and communities the help them quit smoking, and building networks in the community to create an environment conducive to reducing direct and second-hand exposure to tobacco smoke.

Keywords: hypertension, community nursing roles, smoke exposure

[1] Registered Nurse, Practitioner Level, Faculty of Nursing, Ratchathani university, Udonthani campus.
[2] Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Praboromarajchanok Institute.
[3] Registered Nurse, Senior Professional Level, Faculty of Nursing, Ratchathani university, Udonthani campus.
[1] Corresponding author: Saowaluk Thajang. Email: saowaluk@rtu.ac.th

บทนำ

ผู้สูงอายุในปัจจุบันมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนทำให้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ จากข้อมูล ปี พ.ศ. 2562 พบว่า ประชากรทั้งหมดของประเทศในเขตอาเซียนมีผู้สูงอายุ จำนวน 70 ล้านคน (ร้อยละ 11) โดยประเทศในกลุ่มที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมี 4 ประเทศ ประกอบด้วย สิงค์โปร์ ไทย เวียดนาม และมาเลเซีย ทั้งนี้องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าประเทศในเขตอาเซียนจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอีก 20 ปีข้างหน้า (United Nations, 2019) สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 และข้อมูลในปี พ.ศ. 2562 พบว่าจากจำนวนประชากรไทยประมาณ 64.4 ล้านคน เป็นวัยผู้สูงอายุมากถึง 11.6 ล้านคน (ร้อยละ 17.5) โดยได้รับการคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยจะเป็น สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ และมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นจนเป็น สังคมสูงอายุระดับสุดยอด ในปี พ.ศ. 2576 (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2562) ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีการเสื่อมถอยด้านร่างกายและการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ตลอดจนการเกิดโรคต่าง ๆ ตามมา โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็น 1 ใน 8 ของโรคที่พบบ่อยในประชากรกลุ่มนี้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2563) สอดคล้องผลการวิจัยที่พบว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนมาก (ร้อยละ 60.9) เป็นวัยผู้สูงอายุ (เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง และสมจิต แดนสีแก้ว, 2558)

โรคความดันโลหิตสูงเปรียบเสมือน *เพชฌฆาตเงียบ* เพราะเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่มีผลต่อการป่วย การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการตายหากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยจากการรวบรวมข้อมูลอัตราการตายของประเทศไทย 3 ปีย้อนหลังระหว่างปี พ.ศ. 2560 – 2562 พบว่า มีอัตราการตายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องคือ 13.0, 13.1 และ 14.2 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ, 2563) โดยปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ได้แก่ การไม่มาตรวจตามนัด การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ความเครียด ขาดการออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ดื่มชากาแฟที่มีคาเฟอีน และการสูบบุหรี่หรือการสัมผัสควันบุหรี่ (พัชรี รัศมีแจ่ม, ปริศนา อัครธนพล, และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, 2556) ซึ่งการสูบบุหรี่หรือการสัมผัสควันบุหรี่นั้นหากเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนเร็วขึ้นอีก 2-3 เท่า เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ หัวใจวาย หัวใจโต หัวใจล้มเหลว เป็นต้น (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2555)

ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่หรือการสัมผัสควันบุหรี่เป็นปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ยากเนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถทำได้สำเร็จโดยลำพัง แต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้อื่นในการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ โดยเฉพาะควันบุหรี่มือสองที่เป็นการสัมผัสควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบ (Exhaled smoke) เพราะผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับอันตรายจากสารพิษในควันบุหรี่ได้เช่นกัน แม้ว่าจะไม่ได้เป็นผู้สูบบุหรี่เองก็ตาม ปัญหานี้จึงควรได้รับความร่วมมือจากคนในครอบครัวและชุมชนในการแก้ไข เพื่อให้ผู้สูงอายุซึ่งเป็นบุคคลที่มีคุณค่าให้กับประเทศ ครอบครัว และชุมชน ได้มีสุขภาพที่ดีหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และนับเป็นบทบาทที่ท้าทายการทำงานของพยาบาลชุมชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ให้ปลอดภัยจากควันบุหรี่ทั้งในบ้านและในที่สาธารณะ โดยการดำเนินการในหลายมิติ

เช่น การแสวงหาความร่วมมือของสมาชิกในชุมชน การใช้ประโยชน์จากกฎหมายคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ และการสร้างนโยบายสาธารณะในชุมชน เป็นต้น ในการเพิ่มประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง คือโรคหรือภาวะที่กระแสเลือดในหลอดเลือดแดงมีแรงดันสูงกว่าค่ามาตรฐาน คือ ค่าความดันโลหิตซิสโตลิค (Systolic) สูงกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิค (Diastolic) สูงกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท สำหรับในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีการประชุมตกลงการแบ่งระดับค่าความดันโลหิตตามรายงานฉบับที่ 7 ของคณะกรรมการนานาชาติเรื่องการป้องกัน การคัดกรอง การรักษาและการประเมินผลโรคความดันโลหิตสูง (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure [JCN 7]) ได้จำแนกระยะตามค่าระดับความดันโลหิต โดยเกณฑ์ที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะอยู่ที่ค่าระดับความดันโลหิตตัวบน/ ตัวล่าง มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งเหมือนกับเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ส่วนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานหรือโรคไตที่ทำงานผิดปกติจะลดเกณฑ์ค่าระดับความดันโลหิตอยู่ที่ เท่ากับหรือมากกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al., 2003) โดยเกณฑ์การจำแนกระดับความดันโลหิตตามคำนิยามของ JCN-7 มีดังนี้ 1) ค่าปกติ คือ ค่าความดันซิสโตลิคน้อยกว่าหรือเท่ากับ 120 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิคน้อยกว่าหรือเท่ากับ 80 มิลลิเมตรปรอท 2) Pre- Hypertension คือ ค่าความดันซิสโตลิค 120 - 139 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิค 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท 3) Stage 1 Hypertension คือ ค่าความดันซิสโตลิค 140 -159 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิค 90 - 99 มิลลิเมตรปรอท และ 4) Stage 2 Hypertension คือ ค่าความดันซิสโตลิคมากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท ความดันไดแอสโตลิคมากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอท

การวัดค่าระดับความดันโลหิตอาจได้ค่าที่แตกต่างกันได้ ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย หลายองค์ประกอบ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น การกลัวสถานพยาบาล ภาวะเหนื่อย ภาวะเครียด การดื่มชากาแฟ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตแขนทั้ง 2 ข้าง ของผู้ป่วยไม่เท่ากัน เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านเครื่องมือที่ใช้วัด เช่น เครื่องมือวัดชนิดปรอท เครื่องมือวัดแบบดิจิตอล ขนาดของผ้าพันแขน (Arm cuff) ที่ใช้วัดแขนผู้ป่วย 3) ปัจจัยด้านวิธีการวัดและผู้วัด เช่น ความรู้ในเรื่องวิธีการวัด การพันผ้าพันแขนที่หลวมเกินไป การลดระดับปรอทเร็วเกินไป (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2555) การไม่ใช้หูฟังตรงตำแหน่งเส้นเลือดประกอบการวัดโดยใช้มือจับบริเวณเส้นเลือดแทน เป็นต้น แม้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุไม่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป แต่มีข้อควรระวัง เช่น ต้องให้ผู้สูงอายุนั่งพักก่อนวัดอย่างน้อย 5 นาที โดยไม่ปวดปัสสาวะหรืออุจจาระ ไม่ได้สูบบุหรี่ และไม่ดื่มกาแฟหรือแอลกอฮอล์ หรือออกกำลังกายมาภายใน 30 นาทีก่อนวัด เครื่องวัดความดันโลหิตต้องได้มาตรฐาน ตำแหน่งการวาง

ท่อนแขนขณะวัดในท่านั่งและท่ายืนต้องอยู่ในระดับเดียวกับหัวใจ เมื่อทำการวินิจฉัยครั้งแรกต้องวัดแขนทั้งสองข้างเสมอต่างกันได้ 10 มิลลิเมตรปรอท และในผู้สูงอายุที่มีชีพจรไม่สม่ำเสมอควรวัดหลาย ๆ ครั้ง เพื่อหาค่าที่ตรงกันมากที่สุด (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554)

ลักษณะการสัมผัสควันบุหรี่ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การสัมผัสควันบุหรี่จำแนกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ การสัมผัสควันบุหรี่มือหนึ่ง การสัมผัสควันบุหรี่มือสอง และการสัมผัสควันบุหรี่มือสาม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การสัมผัสควันบุหรี่มือหนึ่ง (First-hand smoke) หมายถึง การที่ผู้สูบบุหรี่ได้สัมผัส สูดดมเอาควันบุหรี่ที่เต็มไปด้วยสารพิษกว่า 7,000 ชนิดเข้าสู่ร่างกาย โดยตัวผู้สูบบุหรี่จะได้รับควันบุหรี่ทั้ง 2 ชนิด คือ ชนิดที่ 1 ควันบุหรี่หลัก (Mainstream smoke) ซึ่งเป็นควันบุหรี่ที่มาจากการพ่นออกจากปากและจากการหายใจเอาควันบุหรี่ออกทางจมูก และชนิดที่ 2 ควันบุหรี่ข้างเคียง (Side stream smoke) ซึ่งเป็นควันบุหรี่ที่ออกมาจากปลายมวนบุหรี่ที่ถูกจุด (Öberg, Jaakkola, Prüss-Üstün, Schweizer, & Woodward, 2010) ทั้งนี้ปริมาณสารพิษจากควันบุหรี่ที่ได้รับขึ้นอยู่กับชนิดบุหรี่ ความถี่ในการสูบบุหรี่ จำนวนมวนต่อวันในการสูบ วิธีการสูบหรือสูดดมและอมควันบุหรี่ (Georg, 2012) เช่น หากในแต่ละวันสูบบุหรี่จำนวนมวนมากจะทำให้ร่างกายได้รับสารนิโคตินมากตามไปด้วย เพราะในบุหรี่ 1 มวน มีสารนิโคตินที่เป็นสารเสพติดอย่างแรง 0.1- 2.8 มิลลิกรัม คิดเป็นร้อยละ 85-95 ของสารแอลคาลอยด์ทั้งหมดที่อยู่ในใบยาสูบ โดยการสูบบุหรี่ 1-2 มวน เท่ากับการสูดเอาควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกายประมาณ 10 ครั้ง และหากสูบบุหรี่มากกว่า 20-30 มวน นั่นคือการสูดเอาควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกายมากถึง 300 ครั้ง (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2552)

2. การสัมผัสควันบุหรี่มือสอง (Second-hand smoke) หมายถึง การที่เป็นผู้รับควันบุหรี่โดยไม่ได้เป็นผู้สูบบุหรี่ ซึ่งควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกายจากการสูดดม โดยเป็นควันบุหรี่หลักร้อยละ 15 และควันบุหรี่ข้างเคียงร้อยละ 85 ซึ่งควันบุหรี่ข้างเคียงนั้นจะมีความเข้มข้นของอนุภาคของควันและสารพิษมากกว่าควันบุหรี่หลัก ด้วยอนุภาคของควันที่มีขนาดเล็กจึงสามารถเข้าไปอยู่ในส่วนลึกของปอดได้ และสามารถกระจายไปได้ตามบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมใกล้เคียงส่งผลกระทบต่อบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดหรืออยู่ในสถานที่เดียวกัน การสัมผัสควันบุหรี่มากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่อยู่ ณ สถานที่ที่มีผู้สูบบุหรี่ เช่น นาที ชั่วโมง จำนวนผู้สูบบุหรี่ ความสม่ำเสมอที่ได้สัมผัสควันบุหรี่ เป็นต้น (Georg, 2012) โดยผลกระทบระยะสั้นทำให้เกิดความไม่พอใจ กลิ่นติดเสื้อผ้า หายใจไม่สะดวก ทำให้ไอ เคืองตา ปวดศีรษะ เป็นต้น สำหรับผลกระทบระยะยาวหากได้รับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้เสี่ยงเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคมะเร็ง (ร้อยละ 30) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (ร้อยละ 30) และโรคเส้นเลือดสมองตีบ (ร้อยละ 27) เป็นต้น (สมพร สันติประสิทธิ์กุล, นุสรา นามเดช, และปริยศ กิตติธีระศักดิ์, 2555)

3. การสัมผัสควันบุหรี่มือสาม (Third-hand smoke) หมายถึง การที่บุคคลได้รับสารนิโคตินและสารพิษชนิดอื่นเข้าสู่ร่างกายจากการสัมผัสพื้นผิว สิ่งของต่าง ๆ จากควันบุหรี่ที่ตกค้างตามพื้นผิวต่าง ๆ หลังจากที่ควันบุหรี่หายไป เช่น ในบรรยากาศห้องที่มีการสูบบุหรี่ พรมในห้อง เบาะ ผนัง ผ้าม่าน เสื้อผ้า

ห้องพักในโรงแรม และพื้นผิวอื่น ๆ ซึ่งสารพิษที่ตกค้างนี้สามารถส่งผลให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุได้ หากมีการทำความสะอาดด้วยน้ำยาทำความสะอาดหรือผ้าชุบน้ำอุ่นเช็ดตามพื้นผิวต่าง ๆ อย่างน้อยเดือนละครั้งก็สามารถช่วยลดผลกระทบต่อสุขภาพที่มีสาเหตุมาจากควันบุหรี่มือสามได้ (Berjer, 2012)

ผลกระทบของการสัมผัสควันบุหรี่ที่มีต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วโลกและมีจำนวนผู้ป่วยด้วยมากถึง 1.13 พันล้านคน (World Health Organization, 2019) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของประเทศไทยจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2563 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยและอัตราการตายต่อประชากรแสนคนของโรคความดันโลหิตสูง ย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2560 – พ.ศ. 2563 คือ 525 : 13.0, 590 : 13.1 และ 313 : 14.2 ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ, 2563) จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนั้นการทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตค่าบน/ ค่าล่างได้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท เป็นเรื่องที่สำคัญ อีกทั้งเป้าหมายประเทศตามเกณฑ์ที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ผู้ป่วยต้องสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 เพราะการที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะช่วยลดการเกิดโรคแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2555)

ผลกระทบต่อสุขภาพของการสัมผัสควันบุหรี่ไม่เพียงเกิดกับผู้สูบบุหรี่หรือผู้สัมผัสควันบุหรี่มือหนึ่งยังส่งผลต่อผู้ไม่ได้สูบบุหรี่หรือผู้ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองอีกด้วย (Öberg et al., 2010) เพราะในควันบุหรี่มีสารนิโคตินและก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนเลือด เมื่อร่างกายได้รับสารนิโคตินและสารพิษอื่น ๆ เข้าสู่กระแสเลือดจะส่งผลให้ระดับไขมันไม่ดีชนิดแอลดีแอล (Low-density lipoproteins [LDL]) ในเลือดสูงขึ้น และส่งผลให้ระดับไขมันที่ดีชนิดเอชดีแอล (High-density lipoprotein [HDL]) ในเลือดต่ำลง (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ [ศจย.], 2555) เมื่อระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น ทำให้มีคราบไขมันลอยไปเกาะตามเยื่อบุผนังหลอดเลือดและเกิดการสะสมรวมตัวเป็นก้อนไขมัน ทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง เกิดการหดเกร็งและตีบตัวลง หัวใจต้องทำงานหนักในการใช้แรงบีบตัวในการสูบฉีดเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย จึงทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (ทัศนา บุญทอง, ผ่องศรี ศรีมรกต, และสุรินธร กลัมพากร, 2551) ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดโรคแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ เช่น โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ หัวใจวาย หัวใจโต หัวใจล้มเหลว เป็นต้น โรคหลอดเลือดสมองและโรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น

บทบาทพยาบาลชุมชนกับการลดการสัมผัสควันบุหรี่ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

บทบาทพยาบาลชุมชน การลดการสัมผัสควันบุหรี่ มี 3 ลักษณะ ได้แก่ การสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ การส่งเสริมให้ครอบครัวหรือชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเลิกบุหรี่ และการสร้างเครือข่ายในชุมชนเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่

การสร้างแรงจูงใจให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เขากระทำมาอย่างยาวนานนั้นเป็นเรื่องที่ยากและท้าทายมากที่สุด โดยเฉพาะการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ตระหนักถึงอันตรายของการสัมผัสควันบุหรี่ที่ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยสิ่งสำคัญ 3 ประการ ประกอบด้วย ความเต็มใจของผู้ป่วยที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Willingness) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ (Ability) และการตระหนักถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Readiness) เพื่อให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ (Kate, Tania, & Dan, 2012) ในช่วง 20 ปี ที่ผ่านมาเทคนิคการสร้างแรงจูงใจที่นิยมใช้ คือ เทคนิค 5As ประกอบด้วย Ask, Advise, Assess, Assist และ Arrange เป็นการให้คำแนะนำแบบสั้น ๆ ในการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ดังนี้ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2552; Health Service Executive is Tobacco Control Framework [HSE], 2014)

1.1 Ask (ถาม) คือ การถามเกี่ยวกับข้อมูลการสูบบุหรี่ทั้งหมดของผู้สูบบุหรี่ในทุกครั้งที่ให้คำปรึกษา และทำการจดบันทึกข้อมูลไว้ เช่น “คุณสูบบุหรี่หรือไม่” “สูบเวลาไหน” ลักษณะการสูบบุหรี่ “สูบกี่มวนต่อวัน”“สัปดาห์หนึ่งสูบกี่ครั้ง”“มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่หรือไม่”และ “คนในบ้านสูบบุหรี่หรือไม่” เป็นต้น

1.2 Advise (แนะนำ) คือ การแนะนำต้องมีความสอดคล้องกับปัญหาของแต่ละบุคคลและคอยกระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่มีความคิดในการเลิกสูบบุหรี่ เช่น “คุณเคยคิดอยากเลิกสูบบุหรี่ไหมคะ” “คุณอยากเลิกสูบบุหรี่หรือไม่” “เลิกสูบบุหรี่เถอะเพื่อสุขภาพของคุณนะคะ” และ “การสูบบุหรี่ส่งผลให้โรคความดันโลหิตสูงที่คุณเป็นอยู่เกิดภาวะหลอดเลือดสมองแตกได้นะคะ” เป็นต้น

1.3 Assess (ประเมิน) คือ ประเมินจากประวัติการพยายามเลิกบุหรี่ ประเมินความตั้งใจและความเชื่อมั่นของผู้สูบบุหรี่ในการมุ่งมั่นปฏิบัติในการเลิกสูบบุหรี่ ประเมินวิธีการต่าง ๆ ที่เคยใช้ในการเลิกบุหรี่ เช่น การหักดิบ การใช้ยาเลิกบุหรี่ การใช้สมุนไพรช่วยเลิกบุหรี่ หรือการค่อย ๆ ลดจำนวนการสูบต่อวัน เป็นต้น

สำหรับในการประเมินจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นต้องใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ 5Rs ประกอบด้วย Relevance, Risks, Rewards, Road-blocks และ Repetition เพิ่มเข้ามาช่วยประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2552; HSE, 2014) ดังนี้

1.3.1 Relevance (ความสัมพันธ์) คือ การอธิบายให้ผู้ป่วยเห็นถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริงของตนเองและผู้อื่น เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงข้อดี ข้อเสียที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่

1.3.2 Risks (ความเสี่ยง) คือ การบอกให้ผู้สูบบุหรี่ทราบถึงโทษและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนต่อภาวะสุขภาพจากการสูบบุหรี่

1.3.3 Rewards (รางวัล) คือ บอกให้ผู้สูบบุหรี่ทราบถึงผลประโยชน์หรือรางวัลที่รับจากการเลิกสูบบุหรี่ เช่น รางวัลที่ได้จากการเลิกสูบบุหรี่คือ การมีสุขภาพที่ดี บุคคลรอบข้างมีสุขภาพดี ช่วยประหยัดเงินจากการนำไปซื้อบุหรี่ เป็นต้น

1.3.4 Road-blocks (อุปสรรค) คือ การบอกให้ผู้สูบบุหรี่ทราบถึงโทษหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นในขณะทำการเลิกบุหรี่ เช่น บอกให้ทราบอาการถอนนิโคติน และแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคติน เป็นต้น เพื่อให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ได้มีการเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการเลิกบุหรี่และคิดหาทางแก้ไขปัญหาไว้ล่วงหน้า

1.3.5 Repetition (การเน้นย้ำ) คือ ทุกครั้งที่ได้พูดคุยหรือสนทนากับผู้สูบบุหรี่ ผู้ให้คำปรึกษาควรเน้นย้ำซ้ำ ๆ กับผู้สูบบุหรี่ถึงความสำคัญต่อการเลิกสูบบุหรี่ การพูดเน้นย้ำความสำคัญจะช่วยจูงใจให้ผู้สูบบุหรี่ตระหนักและมุ่งสู่เป้าหมายเพื่อการเลิกสูบบุหรี่จนสำเร็จ

1.4 Assist (ช่วยให้เลิกสูบ) คือ การช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ต้องขึ้นอยู่กับความพร้อม ความพยายามและความรุนแรงของการติดสารนิโคตินในบุหรี่ของผู้อยากเลิกสูบบุหรี่ด้วย ทั้งนี้ควรใช้เทคนิคการจัดการความอยากสูบบุหรี่ 5Ds ประกอบด้วย Delay, Deep breath, Drink water, Do something else และ Destination/ Discuss with family and friend (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2552; ฉันทนา แรงสิงห์, 2556) มีรายละเอียด ดังนี้

1.4.1 Delay คือ การยืดเวลาในการสูบบุหรี่ โดยเมื่อผู้สูบบุหรี่เกิดอาการอยากสูบบุหรี่ให้ยืดระยะห่างการสูบออกไปประมาณ 3-5 นาที พยายามหักห้ามใจตัวเองไม่ให้จุดบุหรี่สูบในทันทีที่อยากสูบ เพราะความรู้สึกอยากสูบบุหรี่จะเกิดขึ้นและค่อย ๆ หายไปภายในเวลา 1 นาที แต่ในช่วงที่เลิกบุหรี่แรก ๆ อาการนี้จะเกิดขึ้นถี่ จึงต้องหาวิธีอื่น ๆ มาช่วยยืดระยะเวลาการสูบตามวิธีในข้อต่อไป

1.4.2 Deep breath คือ การพยายามหายใจเข้าออกลึก ๆ ขณะที่เกิดอาการอยากสูบบุหรี่ ปฏิบัติอย่างน้อย 10 ครั้ง เพื่อยืดระยะเวลาและห้ามใจตนเองไม่ให้อยากจุดบุหรี่มาสูบ

1.4.3 Drink water คือ การดื่มน้ำมาก ๆ หรือบ้วนปาก การใช้สมุนไพรที่มีฤทธิ์ช่วยลดการอยากสูบบุหรี่ เช่น การดื่มชาหญ้าดอกขาว การเคี้ยวเปลือกมะนาว การอมมะขามป้อม ผลไม้รสเปรี้ยว เป็นต้น เพื่อลดอาการอยากสูบบุหรี่ ฤทธิ์ของสมุนไพรจะทำให้รสชาติบุหรี่เปลี่ยน ทำให้ไม่อยากสูบ และน้ำที่ดื่มเข้าไปจะช่วยให้ขับสารนิโคตินออกจากร่างกายออกไปกับน้ำปัสสาวะ ทำให้ความต้องการอยากสูบบุหรี่ลดลงไปเรื่อย ๆ เช่นกัน

1.4.4 Do something else คือ การหางานหรือกิจกรรมให้ตัวเองไม่ว่าง เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจไม่ให้นึกถึงบุหรี่และลืมความอยากสูบบุหรี่เพราะมัวเพลิดเพลินไปกับงานหรือกิจกรรมที่ทำอยู่ เช่น ออกกำลังกาย การทำงานบ้าน การทำงานสวน การปลูกต้นไม้ การมุ่งมั่นตั้งใจทำงานที่ทำอยู่ให้สำเร็จ เป็นต้น

1.4.5 Destination/ Discuss with family and friend คือ การให้กำลังใจตนเองในการเลิกบุหรี่ การบอกกล่าวกับครอบครัวหรือเพื่อนว่าตนเองเลิกบุหรี่ได้ เช่น “ฉันเลิกบุหรี่ได้แล้ว” เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ตนเองที่ทำให้คิดเลิกบุหรี่จนสำเร็จ

1.5 Arrange (วางแผนติดตาม) คือ การวางแผนติดตามอย่างต่อเนื่อง เป็นการช่วยกระตุ้นเตือนให้ผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ทำการเลิกสูบบุหรี่ให้สำเร็จมากขึ้น เช่น ติดตามใน 1 สัปดาห์แรก สัปดาห์ที่ 4 หรือ 1 เดือน และติดตามต่อในเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน หลังเลิกสูบบุหรี่ และครั้งสุดท้ายคือเมื่อครบ 1 ปี เพราะถ้าสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ครบ 1 ปี จะถือว่าเป็นผู้ที่เลิกบุหรี่ได้แล้ว แต่ทั้งนี้การติดตามผลต้องขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ด้วยว่ายินยอมให้ติดตามผลเป็นระยะหรือไม่ และในปัจจุบันสามารถติดตามผลผ่านจดหมาย โทรศัพท์ แอปพลิเคชันไลน์ ได้ตามความเหมาะสม

การส่งเสริมให้ครอบครัวหรือชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเลิกบุหรี่

การมีส่วนร่วมของครอบครัวและคนในชุมชน ได้แก่ คู่ชีวิต ลูก หลาน เพื่อนสนิท อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พยาบาลชุมชน ผู้นำชุมชน บุคคลต้นแบบที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ เป็นต้น สามารถช่วยสร้างความตระหนักให้กับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เพราะความรัก ความห่วงใยจากคนรอบข้างเหนือสิ่งอื่นใดกำลังใจจากคนในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสมัครใจอยากเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน

หัวใจสำคัญในการเลิกบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพต้องเกิดจากความต้องการอยากเลิกสูบจากใจจริงของผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ มิใช่เกิดจากแรงกดดันจากพยาบาล จากครอบครัวหรือจากบุคคลรอบข้าง เพราะพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ที่เกิดขึ้นนั้นอาจเป็นเพียงชั่วคราว เมื่อแรงกดดันนั้นลดลงแนวโน้มที่จะกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำเกิดได้ทุกเมื่อ เนื่องจากความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วยยังไม่ได้ต้องการเลิกบุหรี่และยังคงติดสุขในการสูบบุหรี่ แม้ว่าผู้ป่วยเคยได้รับความรู้เรื่องโทษของบุหรี่และเห็นรูปคนป่วยข้างซองบุหรี่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ยังไม่สามารถลดความอยากบุหรี่ที่อยู่ในใจและเมื่อใดที่ผู้ป่วยได้รับสิ่งกระตุ้นที่เป็นปัจจัยเชิงสังคมหรือสิ่งแวดล้อมที่เย้ายวน เช่น เพื่อนสนิทยังสูบบุหรี่อยู่ (นงนุช บุญอยู่, 2541) เพื่อนที่สูบบุหรี่วนเวียนมาชักชวนให้สูบ การดื่มสุราและมีคนสูบบุหรี่ในวงสุรา การได้กลิ่นควันบุหรี่โดยเฉพาะหนึ่งเดือนแรกหลังจากเลิกสูบบุหรี่ การเดินผ่านร้านค้าที่มีบุหรี่จำหน่าย เป็นต้น ก็เป็นสิ่งกระตุ้นสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ

การสร้างเครือข่ายในชุมชนเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง

ความร่วมมือของคนทุกฝ่ายในชุมชนและตัวผู้ป่วยเองที่รู้จักวิธีป้องกันตัวเองเพื่อหลีกเลี่ยงจากควันบุหรี่มือสอง เช่น การเดินหนี การทำท่าปิดปาก ปิดจมูก การบอกให้ผู้สูบบุหรี่ไปสูบไกล ๆ การขอร้องเลิกสูบบุหรี่ และการหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีผู้กำลังสูบบุหรี่อยู่ (เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง และสมจิต แดนสีแก้ว, 2559) เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างเครือข่ายในชุมชนและสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง โดยบทบาทพยาบาลชุมชนควรมีแนวทางดำเนินการ ดังนี้

1. จัดประชุมระดมสมองสะท้อนคิด โดยการเชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาประชุมร่วมกัน ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลหรือคนในครอบครัวผู้ป่วย อสม. ผู้นำชุมชน เป็นต้น

เพื่อมาแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการลดการสัมผัสควันบุหรี่มือสองและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

2. กำหนดพันธะสัญญาและสร้างข้อตกลงร่วมกัน โดยการให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมช่วยกันกำหนดกติกาชุมชน และนำมาเผยแพร่โดยการประชาสัมพันธ์ของผู้นำชุมชน การสร้างกลุ่มแกนนำพิทักษ์สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ การติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ตามสถานที่ราชการ สถานที่สาธารณะทั่วไป เช่น ตลาดนัด ตลาดสด ป้ายรอรถประจำทาง เป็นต้น

3. การให้ความรู้เรื่องพิษภัยของควันบุหรี่ต่อผู้ป่วยและบุคคลทั่วไป โดยการจัดอบรมความรู้คนในชุมชน การทำคู่มือความรู้แจกคนในชุมชน การติดป้ายความรู้ตามสถานที่ต่าง ๆ ที่มีคนพลุกพล่าน เช่น ตลาดนัด ตลาดสด ป้ายรอรถประจำทาง ศาลากลางบ้าน เป็นต้น

4. การให้ความรู้ด้านกฎหมายเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ไม่สูบบุหรี่ เพราะคนส่วนใหญ่ยังคิดว่าการสูบบุหรี่เป็นสิทธิส่วนบุคคล แต่แท้จริงแล้วผู้สูบบุหรี่หรือหลายคนกลับมองข้ามและไม่พิทักษ์สิทธิ์ของผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 มีข้อกำหนด คือ ควรมีการจัดเขตปลอดบุหรี่ตามสถานที่สาธารณะให้มีสภาพตามมาตรฐานกำหนด ห้ามฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ การจัดให้มีเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ หรือเขตสูบบุหรี่ ตามหลักเกณฑ์ (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2555) เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่ได้คำนึงถึงสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ตามกฎหมายจะช่วยลดการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และทำให้ประชาชนลดโอกาสการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในที่สาธารณะลงด้วย

สรุป

ผู้สูงอายุมีลักษณะทางคลินิกที่ต่างไปจากบุคคลในวัยอื่น ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา การมีอาการและอาการแสดงของโรคที่ไม่จำเพาะ การมีโรคร่วมหลาย ๆ โรคในเวลาเดียวกัน หรือการได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน ตลอดจนการมีปัจจัยทางด้านสังคมอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งการสัมผัสควันบุหรี่อย่างสม่ำเสมอจะยิ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ การลดการสัมผัสควันบุหรี่ในผู้สูงอายุเป็นการลดโอกาสการเกิดโรคแทรกซ้อน ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและอายุยืนยาวยิ่งขึ้น ดังนั้นพยาบาลชุมชนควรมีบทบาทในการสร้างความตระหนักร่วมกันกับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและคนในชุมชนเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีและสามารถลดการสัมผัสควันบุหรี่ได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กองโรคไม่ติดต่อ. (2563). *จำนวนอัตราป่วย ตาย ปี 2559-2562.* สืบค้นจาก http://www.thaincd.com /2016/mission/documents-detail.php?id=13893&tid=32 &gid=1-020

กรองจิต วาทีสาธกกิจ. (2552). *ถนน ปชต การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.

ฉันทนา แรงสิงห์. (2556). การดูแลวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ : บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก, 14*(2), 17-24.

นงนุช บุญอยู่. (2541). *ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกหรือกลับมาสูบของผู้รับบริการอดบุหรี่* (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ทัศนา บุญทอง, ผ่องศรี ศรีมรกต, และสุรินธร กลัมพากร. (2551). *บุหรี่กับสุขภาพ: บทบาทของพยาบาลต่อการสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่.* เชียงราย: กรรมการเครือข่ายพยาบาลเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2554). *ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.

พัชรี รัศมีแจ่ม, ปริศนา อัครธนพล, และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. (2556). ปัจจัยทำนายก่อนภาวะความดันโลหิตสูงและความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุตำบลนาเกลือ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารการพยาบาลสาธารณสุข, 27*(1), 102-114.

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2555). *ความดันโลหิตสูงต้องเลิกบุหรี่.* สืบค้นจาก http://www.ashthailand.or.th/old/th/information

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2563). *8 โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ.* สืบค้นจาก https://thaitgri.org/?p=39092

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ [ศจย.]. (2555). *สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2555.* กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.

สมพร สันติประสิทธิ์กุล, นุสรา นามเดช, และปริยศ กิตติธีระศักดิ์. (2555). *บุหรี่กับสุขภาพ: พยาบาลกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ หน่วยที่ 2 พิษภัยยาสูบต่อสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เครือข่ายพยาบาลเพื่อควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย.

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2555). *คู่มือการให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง.* กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง, และสมจิต แดนสีแก้ว. (2559). การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อลดการสัมผัสควันบุหรี่. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 34* (4), 73-79.

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562.* กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลและมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

Berjer, D. (2012). *The dangers of third-hand smoke in hotels.* Lodging Hospitality, Retrieved from http://search.proquest.com/docview/916367890?accountid=27797

Centers for Disease Control and Prevention. (2010). *A report of the Surgeon General: How tobacco smoke causes disease.* Retrieved from http://www.cdc.gov/tobacco

Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L., . . . Roccella, E. J. (2003). The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and tre atment of high blood pressure: *The JNC 7 Report. JAMA, 289*(19), 2560–2572. https://doi.org/10.1001/jama.289.19.2560

Georg, E. M. (2012). *Overview: Defining third-hand smoke.* Retrieved from http://otru.org/wp-content/uploads/2012/11/OTRU_THS_part2.pdf

Health Service Executive is Tobacco Control Framework. (2014). *Brief intervention for smoking cessation national training programmer* (2nd Edition). Retrieved from http://www.hse.ie/eng/about/Who/TobaccoControl/news/Briefreport.pdf

Kate, H., Tania, G., & Dan I., L. (2012). Motivational interviewing techniques: Facilitating behaviour change in the general practice setting. *Australian Family Physician, 41*(9). Retrieved from http://www.racgp.org.au/download/documents/ AFP/2012/September/201209hall.pdf

Öberg, M., Jaakkola, M. S., Prüss-Üstün, A., Schweizer, C., & Woodward, A. (2010). Second-hand smoke: Assessing the burden of disease at national and local levels, environmental burden of disease series, No. 18 (pp.1-59). Retrieved from https://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/ebd18/en/

United Nations. (2019). *2019 UNIDOP Celebrates "The Journey to Age Equality".* Retrieved from https://www.un.org/development/desa/ageing/international-day-of-older-persons-homepage/2019unidop.html

World Health Organization. (2019). *Hypertension.* Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาลขอเชิญชวนส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร โดยผลงานวิชาการที่ลงตีพิมพ์ทุกเรื่องจะได้รับการพิจารณาและกลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ อย่างน้อยเรื่องละ 2 คน โดยผู้พิจารณาและผู้นิพนธ์ไม่ทราบชื่อกันและกัน (Double-blinded review)

ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์

วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล รับตีพิมพ์ผลงานวิชาการ 2 ประเภท ดังนี้

1. รายงานผลการวิจัยทางสุขภาพและการศึกษาพยาบาล
2. บทความวิชาการที่เกี่ยวกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ แบ่งเป็น 3 ประเภทดังนี้
   2.1 บทความจากการทบทวนวรรณกรรม (Literature review)
   2.2 บทความเกี่ยวกับทฤษฎี (A theory-oriented paper)
   2.3 บทความเกี่ยวกับวิธีวิทยาการวิจัย (A methodological paper)

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงาน

กองบรรณาธิการจะรับพิจารณาเฉพาะต้นฉบับที่จัดทำตามเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

เงื่อนไขก่อนกระบวนการกลั่นกรองผลงาน

1. ผู้นิพนธ์ต้องชำระค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์ เมื่อบทความเข้าสู่กระบวนการกลั่นกรองแล้ว จะไม่คืนเงินไม่ว่ากรณีใด ๆ

2. ผลงานวิจัยจะต้องได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากหน่วยงานที่เก็บข้อมูล มหาวิทยาลัย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยส่งสำเนาหนังสือรับรองมาพร้อมกับบทความต้นฉบับ

เงื่อนไขด้านจริยธรรมของผู้นิพนธ์

1. ผลงานวิชาการที่ส่งเพื่อรับการพิจารณาจะต้องเป็นผลงานใหม่ ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน หรือไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น และต้องไม่มีการคัดลอกผลงาน (Plagiarism) ทั้งของตนเองและผู้อื่น หากผู้นิพนธ์ประสงค์จะยกเลิกการพิจารณาโปรดอีเมลแจ้งมาที่กองบรรณาธิการ

2. ในรายงานผลการวิจัย ผู้นิพนธ์ต้องรายงานข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น ไม่ให้ข้อมูลที่เป็นเท็จ บิดเบือน หรือทำให้เข้าใจผิด และผู้นิพนธ์ที่มีชื่อในบทความทุกคนต้องมีส่วนในการดำเนินการวิจัยจริง

3. หากมีการนำผลงานวิชาการของผู้อื่นมาใช้ในผลงานตัวเอง ผู้นิพนธ์ต้องอ้างอิงอย่างครบถ้วนทั้งในเนื้อหา (In-text citation) และเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ (Reference list) โดยใช้รูปแบบการอ้างอิงของสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา (American Psychological Association [APA]) ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6

เงื่อนไขด้านความถูกต้องของรูปแบบเอกสารและอื่น ๆ

1. เขียนบทความโดยใช้เทคนิคการเขียนเชิงวิทยาศาสตร์ (Scientific writing) เพื่อสื่อสารข้อมูลไปยังนักวิทยาศาสตร์ในสาขาอื่น ตรวจสอบความถูกต้องของไวยากรณ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ภาษาที่ผู้อ่านเข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงศัพท์เฉพาะวิชาชีพ หากแปลหรือเขียนทับศัพท์ภาษาต่างประเทศให้ใช้ตามคำแนะนำของราชบัณฑิตยสภา

2. จัดรูปแบบเอกสารตามคำแนะนำในการส่งต้นฉบับอย่างเคร่งครัด เขียนบทคัดย่อให้สอดคล้องกันทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยให้มีผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษตรวจสอบก่อนการส่งบทความ

3. แก้ไขต้นฉบับตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการอย่างครบถ้วน แม้ว่าจะตรวจพบข้อแก้ไขหลังการออกหนังสือตอบรับแล้วก็ตาม หรือมีคำอธิบายที่เหมาะสมกรณีไม่ประสงค์จะแก้ไข แล้วจัดส่งบทความที่แก้ไขแล้วมายังกองบรรณาธิการในระยะเวลาที่กำหนด

เป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์ในการปฏิบัติตามเงื่อนไขดังกล่าวอย่างเคร่งครัดและครบถ้วนทั้งก่อน ระหว่างและหลังกระบวนการกลั่นกรอง หากมีการตรวจพบข้อเท็จจริงในภายหลังว่าต้นฉบับไม่ถูกต้องตามเงื่อนไข กองบรรณาธิการฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการยกเลิกการพิจารณา ยกเลิกใบตอบรับหรือถอนบทความออกจากวารสาร

ในกรณีที่ผู้นิพนธ์มีเจตนาละเมิดจรรยาบรรณ เช่น เขียนข้อมูลเท็จ ทำให้เข้าใจผิดว่าผลงานผู้อื่นเป็นผลงานของตนเอง ส่งผลงานเข้ารับการพิจารณาซ้อนกับวารสารอื่น หรือละทิ้งผลงานโดยไม่แจ้งล่วงหน้า กองบรรณาธิการฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการส่งหนังสือแจ้งไปยังผู้บังคับบัญชาหรืออาจารย์ที่ปรึกษาหากผลงานนั้นเกี่ยวข้องกับการศึกษาในทุกระดับ และไม่รับพิจารณาผลงานอีกต่อไป

ทั้งนี้วารสารจะไม่รับผิดชอบใด ๆ ในกรณีที่ตรวจพบภายหลังว่าบทความนั้นเป็นการคัดลอกผลงานวิชาการ (Plagiarism)

คำแนะนำในการส่งต้นฉบับ

คำแนะนำทั่วไป

1. ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษมีเนื้อความตรงกัน
2. พิมพ์ชื่อผู้นิพนธ์และผู้ร่วมนิพนธ์พร้อมวุฒิการศึกษาสูงสุด (ย่อ) ไว้ใต้ชื่อเรื่อง ส่วนตำแหน่งวิชาชีพและสถานที่ทำงานเขียนไว้ที่เชิงอรรถ
3. มีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่ควรเกิน 300 คำ จัดเป็นย่อหน้าเดียว ไม่จัดเยื้อง
4. เขียนอ้างอิงถูกต้องตรงกันทั้งในเนื้อหาและรายการท้ายเรื่อง จำนวนไม่ควรเกิน 30 ชื่อเรื่อง
5. ความยาวต้นฉบับ
   5.1 บทความวิจัย 15 หน้า รวมเอกสารอ้างอิงและบทคัดย่อ
   5.2 บทความวิชาการ 12 หน้า รวมเอกสารอ้างอิงและบทคัดย่อ

คำแนะนำในการเขียนบทคัดย่อเฉพาะประเภท

1. บทคัดย่อรายงานการวิจัย ประกอบด้วยปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะสำคัญของระเบียบวิธีวิจัยที่เลือกใช้ ผลการวิจัย โดยให้รายงานสถิติที่สำคัญ รวมทั้งขนาดของผล (Effect size) ช่วงความเชื่อมั่น (Confidence interval) และระดับนัยสำคัญ

2. บทคัดย่อรายงานการทบทวนวรรณกรรมหรือการวิเคราะห์อภิมาน ประกอบด้วยปัญหาการวิจัย เกณฑ์ในการประเมินและเลือกรายงานการวิจัย ประเภทของผู้เข้าร่วมการวิจัยในรายงานวิจัยที่เลือกมา รายงานผลการวิจัยที่สำคัญ รวมถึงขนาดของผลที่สำคัญที่สุด และตัวแปรกำกับ (Moderator) ที่สำคัญต่อขนาดของผลเหล่านั้น สรุป ข้อจำกัด และคำแนะนำการนำไปใช้ในด้านทฤษฎี นโยบาย และ/หรือ การปฏิบัติ

3. บทคัดย่อบทความเกี่ยวกับทฤษฎี นำเสนอแนวคิดพื้นฐานและลักษณะสำคัญของทฤษฎี ปรากฏการณ์ที่เหมาะสมในการนำทฤษฎีไปอธิบาย และเชื่อมโยงไปสู่ผลลัพธ์ที่ได้จากการนำทฤษฎีไปใช้

4. บทคัดย่อบทความเกี่ยวกับวิธีวิทยาการวิจัย อธิบายการแบ่งประเภทและลักษณะสำคัญของวิธีวิจัยที่นำเสนอ ลักษณะปัญหาการวิจัยที่เหมาะสมในการนำไปใช้กระบวนการ ลักษณะสำคัญ หรือประเด็นการวิเคราะห์ทางสถิติที่เกี่ยวเนื่องกับระเบียบวิธีที่นำเสนอ

คำแนะนำสำหรับบทความแต่ละประเภท

บทความวิชาการ มีส่วนประกอบเหมือนในคำแนะนำทั่วไป และแบ่งเนื้อหาเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. บทนำ ให้อธิบายการได้มาซึ่งความรู้และความสำคัญของเรื่องที่เขียน และจุดประสงค์การเขียน
2. เนื้อเรื่อง แบ่งเป็นหัวข้อใหญ่ หัวข้อรอง และหัวข้อย่อยตามความเหมาะสม
3. บทสรุป สรุปสาระสำคัญและเน้นให้เห็นความสำคัญของหัวข้อที่เขียนต่อวิชาชีพพยาบาล

บทความวิจัย แบ่งเนื้อหาดังนี้

1. บทนำ (หัวข้อใหญ่) ให้อธิบายความสำคัญของประเด็นที่ศึกษาความสัมพันธ์กับงานวิจัยที่ผ่านมา สมมติฐาน จุดประสงค์ และการเชื่อมโยงกับทฤษฎีที่ใช้ แบ่งเป็นหัวข้อรองดังนี้

- วัตถุประสงค์ และ/หรือ คำถามการวิจัย (ถ้ามี)
- สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

2. วิธีดำเนินการวิจัย (หัวข้อใหญ่) เขียนย่อหน้านำ 1 ย่อหน้า เกี่ยวกับการออกแบบการวิจัย ระยะเวลาและสถานที่เก็บข้อมูล และขอบเขตการวิจัย แล้วแบ่งหัวข้อรอง ตามลำดับดังนี้

- **นิยามเชิงปฏิบัติการ (ถ้ามี)** อธิบายความหมายของตัวแปรและวิธีการวัดในการวิจัยนี้
- **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** อธิบายลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กระบวนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น
- **การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล** อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ระบุหมายเลขการรับรอง วันที่และช่วงเวลาที่รับรองโดยคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หากเป็นการวิจัยในกลุ่มเปราะบางหรือลักษณะพิเศษ เช่น เด็ก สตรีตั้งครรภ์ หรือพระภิกษุ ให้อธิบายพอสังเขปว่านักวิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ให้เหมาะสมกับกลุ่มเปราะบางเหล่านั้นอย่างไร
- **เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย** อธิบายลักษณะเครื่องมือโดยสังเขป ระบุว่าเป็นการสร้างหรือพัฒนาจากเครื่องมืออื่น รวมทั้งจำนวนข้อ การตอบ ระดับ วิธีการวัด และการให้คะแนน
- **การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** อธิบายการหาความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ หากพัฒนาจากเครื่องมือเดิมให้อ้างอิงและระบุขั้นตอนการขอดัดแปลงหรือแปลเครื่องมือ
- **วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล** อธิบายขั้นตอนการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง การบริหารเครื่องมือวิจัย อาจเขียนเป็นแผนภูมิประกอบหากการวิจัยนั้นมีหลายขั้นตอน หรือมีกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม
- **การวิเคราะห์ข้อมูล** ระบุสถิติที่ใช้วิเคราะห์ให้เหมาะสมตามประเภทของข้อมูล ตัวแปรหรือระดับการวัด รวมทั้งผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (ถ้ามี) ของสถิติที่เลือกใช้

3. ผลการวิจัย (หัวข้อใหญ่) เขียนสรุปการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลการวิจัย นำเสนอ 1 ย่อหน้า แล้วอธิบายผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด รวมทั้งส่วนที่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ไม่คาดคิด หรือมีขนาดของผลน้อย (Small effect size)

4. อภิปรายผลการวิจัย (หัวข้อใหญ่) เขียนให้ชัดเจนว่าผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานหรือไม่ แล้วอภิปรายความคิดเห็นของนักวิจัยประกอบกับวรรณกรรมอื่นที่เห็นตรงหรือแย้งกัน ควรเขียนตามลำดับสมมติฐานหรือวัตถุประสงค์ และจัดหัวข้อตามรูปแบบการพิมพ์ในตารางที่ 1

5. สรุปและข้อเสนอแนะ (หัวข้อใหญ่) เขียนย่อหน้าสรุปข้อคิดเห็นของนักวิจัยต่อผลการวิจัยที่สำคัญโดยมีเหตุผลสนับสนุนอย่างหนักแน่นเพียงพอ เขียนความสำคัญของผลการวิจัยต่อการพัฒนาทฤษฎี การปฏิบัติการพยาบาล หรือการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง ตลอดจนปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข หรือประเด็นปัญหาที่เกิดใหม่จากข้อค้นพบในการวิจัยนี้

6. กิตติกรรมประกาศ (หัวข้อใหญ่) ขอบคุณบุคคลหรือองค์กรที่มีส่วนช่วยเหลือในการวิจัยนี้ (ถ้ามี)

7. เอกสารอ้างอิง (หัวข้อใหญ่) เขียนถูกต้องตามรูปแบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 และมีรายการครบถ้วนตามที่ได้อ้างในเนื้อหา

การจัดรูปแบบทั่วไป

พิมพ์ต้นฉบับบทความด้วยโปรแกรม Microsoft word กำหนดขนาดกระดาษเป็น A4 จัดระยะขอบกระดาษ 1 นิ้วโดยรอบ ใช้อักษร Angsana new ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 บรรทัด และจัดรูปแบบในหัวข้อต่าง ๆ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 *รูปแบบการพิมพ์เพื่อเตรียมต้นฉบับบทความ*

รายการ	ลักษณะตัวอักษร	รูปแบบการพิมพ์	ขนาดตัวอักษร
ชื่อบทความ	หนา	กลางหน้ากระดาษ	18
ชื่อผู้เขียนบทความ	เอน	ชิดขวา	16
บทคัดย่อ	ปกติ	กลางหน้ากระดาษ	18
Abstract	ปกติ	กลางหน้ากระดาษ	18
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานของผู้แต่ง (เชิงอรรถ)	ปกติ	ชิดซ้าย	14
หัวข้อใหญ่	หนา	ชิดซ้าย	18
หัวข้อรอง	หนา	ชิดซ้าย	16
หัวข้อย่อย	ปกติ	ใช้หมายเลขกำกับ (ไม่เกิน 4 ลำดับ)	16
ข้อความในเนื้อหา	ปกติ		16
ข้อความในตาราง	ปกติ		14

การส่งบทความ

ส่งต้นฉบับที่สมบูรณ์ผ่านช่องทางของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai – Journal Citation Index Centre [TCI]) ที่ https://www.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/issue/view/14215 หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมโปรดโทรติดต่อที่หมายเลขโทรศัพท์ 044-243-020 ต่อ 103 หรือ โทร 090–259-8784 (ผู้จัดการวารสาร) หรือ E-mail: ascharintorn@knc.ac.th โทร 086-891-8522 (บรรณาธิการวารสาร) หรือทาง E-mail: journal@knc.ac.th

การเขียนอ้างอิงแบบ APA Style

คำแนะนำนี้สรุปเฉพาะการเขียนอ้างอิงตามคู่มือ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 ประเด็นอื่นที่ไม่ได้กล่าวไว้ เช่น การใช้อักษรย่อ การนำเสนอสถิติ และการออกแบบตาราง เป็นต้น ให้ผู้แต่งยึดตามคู่มือดังกล่าวเป็นหลัก

การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation)

ใช้วิธีการอ้างอิงแบบนาม-ปี ผู้แต่งชาวไทยให้ระบุชื่อและนามสกุล ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และปีที่พิมพ์ ส่วนผู้แต่งชาวต่างประเทศให้ระบุเฉพาะนามสกุล ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และปีที่พิมพ์ ถ้ามีผู้แต่ง 3-5 คน ให้ระบุชื่อผู้แต่งทั้งหมดในการอ้างอิงครั้งแรก แต่ครั้งต่อไปให้อ้างคนแรกและตามด้วย *และคณะ* หรือ *et al.* ถ้าผู้แต่งมี 6 คนขึ้นไป ให้ใช้การอ้างอิงคนแรกและตามด้วย *และคณะ* หรือ *et al.* ในการอ้างอิงทุกครั้ง (ดูตัวอย่างในตารางที่ 2) ทั้งนี้การใช้คำว่า *และ and* หรือเครื่องหมาย *&* (An ampersand) กรณีผู้แต่งชาวต่างประเทศ หากชื่อผู้แต่งอยู่นอกวงเล็บให้ใช้คำว่า *and* หากอยู่ในวงเล็บให้ใช้ สัญลักษณ์ *&* แทน ส่วนภาษาไทยใช้คำว่า *และ* ทั้งสองตำแหน่ง

การอ้างอิงในเนื้อหาแบบมี 2 รายการขึ้นไป ถ้าผู้แต่งคนละคนให้เรียงรายการตามลำดับอักษร เช่นเดียวกับที่เขียนในเอกสารอ้างอิงท้ายบท คั่นแต่ละรายการด้วยอัฒภาค (;) เช่น *...คันธบำบัดช่วยให้หญิงรอคลอดรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น (Huntley, 2012; Smith, Collins, & Crowther, 2011)* ถ้าผู้แต่งเป็นคนเดียวกัน แต่มีเอกสารอ้างอิงหลายรายการ ให้เขียนชื่อผู้แต่งเพียงครั้งเดียว แล้วเรียงลำดับรายการอื่นตามปีที่พิมพ์ เช่น *จากการศึกษาเกี่ยวกับคันธบำบัด (Huntley, 2012; Smith, Collins, & Crowther, 2011, 2012, 2013, in press)* ผู้วิจัยพบว่าผลลัพธ์มีความแตกต่างกัน

ตัวอย่างการวางตำแหน่ง นาม-ปี ที่อ้าง

ให้ผู้แต่งพิจารณาว่าจะอ้างอิงอยู่ในนขลิขิต (วงเล็บ) หรือนอกวงเล็บตามความเหมาะสม เช่น

ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาตามการรับรู้ของตนเองและของอาจารย์อยู่ในระดับที่ต่ำ (กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, ธัญญวลัย บุญประสิทธิ์, และสุนทรี ภิญโญมิตร, 2553)

กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, ธัญญวลัย บุญประสิทธิ์, และสุนทรี ภิญโญมิตร (2553) ศึกษาค่าเฉลี่ยสมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาตามการรับรู้ของตนเองและของอาจารย์พบว่าอยู่ในระดับต่ำ

ตัวอย่างการยกข้อความมาอ้างโดยตรง (Direct quotation)

การอ้างอิงข้อความหรือคำพูดที่คัดคำมาโดยตรงจากวรรณกรรมหรือบทสัมภาษณ์โดยตรง หากมีน้อยกว่า 40 คำ ให้เขียนรวมไว้ในย่อหน้า โดยใส่เครื่องหมายอัญประกาศแล้วอ้างอิงชื่อผู้แต่ง ปี และลำดับหน้าไว้ในวงเล็บท้ายข้อความ เช่น *She stated, "Students often had difficulty using APA style" (Jones, 1998, p. 199), but she did not offer an explanation.* ถ้ามี 40 คำขึ้นไป ให้ตัดเป็นย่อหน้าแยกออกจากย่อหน้าอื่นโดยจัดเยื้อง 0.5 นิ้ว (Block quotation) ไม่ต้องใส่เครื่องหมายอัญประกาศ เช่น ...ทีมกลยุทธ์การบริหารจัดการ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยผู้วิจัยได้ระบุว่า

> จากข้อมูลที่ผ่านมายังไม่มีการรวบรวมวิธีการที่เหมาะสมกับการบริหารจัดการเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลในประเทศไทย ... ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานในการค้นคว้าอ้างอิงต่อไป (อุดม ภู่วโรดม และคณะ, 2562, น. 98)

หมายเหตุ จุดไข่ปลา (Ellipsis) หมายถึง มีการละข้อความบางส่วน

ตารางที่ 2 *ตัวอย่างการอ้างอิงในเนื้อหา*

ประเภทการอ้างอิง	ครั้งแรก		ครั้งต่อมา	
	ชื่ออยู่นอกวงเล็บ	ชื่ออยู่ในวงเล็บ	ชื่ออยู่นอกวงเล็บ	ชื่ออยู่ในวงเล็บ
ผู้แต่ง 1 คน	พชรพรรณ สุรพลชัย (2561)	(พชรพรรณ สุรพลชัย, 2561)	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก
ไม่มีการอ้างคำพูด	Rodgers (2015)	(Rodgers, 2015)	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก
มีการอ้างคำพูด	Rodgers (2015, pp. 38-45)	(Rodgers, 2015, pp. 38-45)	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก
ผู้แต่ง 2 คน	Ng & Tan (2013)	(Ng & Tan, 2013)	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก
	ศศิกานต์ กาละ และรังสินันท์ ขาวนาค (2559)	(ศศิกานต์ กาละ และรังสินันท์ ขาวนาค, 2559)	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก
ผู้แต่ง 3 คน	ปรางทิพย์ เอลเทอร์, วรรณวดี ณภัค, และพัชรี ใจการุณ (2563)	(ปรางทิพย์ เอลเทอร์, วรรณวดี ณภัค, และพัชรี ใจการุณ, 2563)	ปรางทิพย์ เอลเทอร์ และคณะ (2563)	(ปรางทิพย์ เอลเทอร์ และคณะ, 2563)
	Smith, Collins, and Crowther (2011)	(Smith, Collins, & Crowther, 2011)	Smith et al. (2011)	(Smith et al., 2011)
ผู้แต่ง 4 คน	วิภาวี พลแก้ว, ปรางทิพย์ เอลเทอร์, วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ, และณัฏฐวรรณ คำแสน (2563)	(วิภาวี พลแก้ว, ปรางทิพย์ เอลเทอร์, วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ, และณัฏฐวรรณ คำแสน, 2563)	วิภาวี พลแก้ว และคณะ (2563)	(วิภาวี พลแก้ว และคณะ, 2563)
	Ozgoli, Aryamanesh, Mojab, and Majd (2013)	(Ozgoli, Aryamanesh, Mojab, & Majd, 2013)	Ozgoli et al. (2013)	(Ozgoli et al., 2013)
ผู้แต่ง 5 คน	นัยนา ณีศะนันท์, จริยา ทะรักษา, วีระศักดิ์ ชลไชยะ, สุธาทิพย์ เอมเปรมศิลป์, และวินัดดา ปิยะศิลป์ (2560)	(นัยนา ณีศะนันท์, จริยา ทะรักษา, วีระศักดิ์ ชลไชยะ, สุธาทิพย์ เอมเปรมศิลป์, และวินัดดา ปิยะศิลป์, 2560)	นัยนา ณีศะนันท์ และคณะ (2560)	(นัยนา ณีศะนันท์ และคณะ, 2560)
	Widstrom, Brimdyr, Svensson, Cadwell, and Nissen (2019)	(Widstrom, Brimdyr, Svensson, Cadwell, & Nissen, 2019)	Widstrom et al. (2019)	(Widstrom et al., 2019)
ผู้แต่ง 6 คนขึ้นไป	จรูญศรี มีหนองหว้า และคณะ (2564)	(จรูญศรี มีหนองหว้า และคณะ, 2564)	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก
	Nicklas et al. (2013)	(Nicklas et al., 2013)	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก

การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง (References list)

ให้เรียงรายการตามลำดับอักษร จัดให้รายการที่เป็นภาษาไทยขึ้นก่อน รายการที่ปรากฏในท้ายเรื่องจะต้องมีการอ้างในเนื้อหาทุกรายการ และรายการที่ปรากฏในเนื้อหาทุกรายการต้องอยู่ในรายการอ้างอิงท้ายเรื่องเช่นเดียวกัน จัดรูปแบบแต่ละรายการโดยการจัดเยื้อง (Hanging indentation) บรรทัดที่สองเยื้องจากบรรทัดแรก **5 อักษร** ไม่กด Enter ในรายการเดียวกัน และไม่กด Tab หรือ Control+Shift หลักการทั่วไปคือ เครื่องหมายวรรคตอน เช่น มหัพภาค (จุด) ทวิภาค (โคลอน) หรือจุลภาค (คอมมา) ต้องอยู่ชิดกับอักษรตัวหน้าของเครื่องหมาย และเคาะวรรค 1 ครั้งก่อนอักษรต่อไป

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงท้ายเรื่อง

อ้างอิงจากหนังสือ

ผู้เขียน 1 คน

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2554). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.

Eliopoulos, C. (2014). *Gerontological nursing* (9th ed.). Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott Williums & Wilkins.

ผู้เขียน 2 คน

พิเชษ อุดมรัตน์, และสรยุทธ วาสิกนานนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท.* สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

Glovinsky, P., & Speilman, A. (2005). *The insomnia answer.* New York: Penguin Group.

ผู้เขียน 3-7 คน

พชร สันทัด, สุรชาติ ณ หนองคาย, สมาน งามสนิท, ฐนันดร์ศักดิ์ บวรนันทกุล, เชษฐรัชดา พรรณาธิกุล, กฤษฎิ์ สถิตวัฒนานนท์, และประยงค์ เต็มชวาลา. (2557). *ศาสตร์และศิลป์การบริหารการพัฒนามนุษย์.* กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมคุณธรรม.

James, E. A., Slater, T., & Bucknam, A. (2012). *Action research for business, nonprofit, & public administration: A tool for complex times.* Los Angeles, CA: SAGE.

ผู้เขียน 8 คน หรือมากกว่า 8 คน

ให้ระบุชื่อหกคนแรก คั่นด้วยจุลภาค วรรค 1 ระยะ ตามด้วยจุดไข่ปลา(. . .)โดยหน้าและหลังแต่ละจุดเว้น 1 ระยะ ตามด้วยชื่อคนสุดท้าย

ไพฑูรย์ สินลารัตน์, งามพันธุ์ สัยศรี, วิชญา ผิวคำ, ธัญนุช สิงหพันธุ์, นุสรา นามเดช, พัชราวลัย อินทร์สุข, . . . เกรียง ฐิติจำเริญพร. (2557). *สัตตลักษณ์ของครูผู้นำ.* กรุงเทพฯ: วิทยาลัยครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์.

Berman, A., Snyder, S. J., Levett-Jones, T., Dwyer, T., Hales, M., Harvey, N., . . . Stanley, D. (2012). *Kozier and Erb's fundamentals of nursing* (2nd Aust. ed.). Frenchs Forest, Australia: Pearson Australia.

อ้างอิงบทในหนังสือที่มีบรรณาธิการ

วิมลพรรณ สังข์สกุล. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจ. ใน พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนา (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลเด็ก 2* (ฉบับปรับปรุง; น. 63-150). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.

Stewart, B. (2007). Wag of the tail: Reflecting on pet ownership. In J. Jaimeson, T. Bannerman, & S. Wong (Eds.), *Enriching our lives with animals* (pp. 97-105). Toronto, Canada: Petlove Press.

อ้างอิงหนังสือแปลจากภาษาต่างประเทศ

ชื่อผู้แต่งต้นฉบับ. / (ปีที่พิมพ์). / *ชื่อเรื่องที่แปล* / [ชื่อต้นฉบับ] / (ชื่อผู้แปล, แปล). / สถานที่พิมพ์: / สำนักพิมพ์. / (ต้นฉบับพิมพ์ปี ค.ศ. หรือ พ.ศ.).

แบรี่ สมาร์. (2555). *มิเชล ฟูโกต์* [Michel Foucault] (จามะรี เชียงทอง และสุนทร สราญจิต, แปล). กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน). (ต้นฉบับพิมพ์ปี ค.ศ.1994).

อ้างอิงหนังสืออิเล็กทรอนิกส์

Ochs, S. (2004). A history of nerve functions: From animal spirits to molecular mechanisms [ebrary Reader version]. Retrieved from http://www.ebrary.com/corp/

อ้างอิงหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีบรรณาธิการแต่ไม่มี DOI

Scott, D. (2005). Colonial governmentality. In J. X. Inda (Ed.), Anthropologies of modernity (pp. 21-49). Retrieved from http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/bookhome/117909832

อ้างอิงหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีบรรณาธิการและมี DOI

Iacono, W. G. (2008). Polygraph testing. In E. Borgida & S. T. Fiske (Eds.), *Beyond common sense: Psychological science in the courtroom* (pp. 219-235). doi:10.1002/9780470696422

อ้างอิงบทความจากวารสาร

อุดม ภู่วโรดม, ภูพิงค์ เอกะวิภาต, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล, ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, และสมชาย โตวณะบุตร. (2562). การจัดการกับการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง: ต้นแบบการเรียนรู้. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28*(1), 95-107.

Poulard, F., Dimet, J., Martin-Lefevre, L., Bontemps, F., Fiancette, M., Clementi, E., . . . Reignier, J. (2010). Impact of not measuring residual gastric volume in mechanically ventilated patients receiving early enteral feeding: A prospective before–after study. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 34(2),* 125-130.

อ้างอิงบทความจากวารสารออนไลน์

Ballard, S. D., March, G., & Sand, J. K. (2015). Creation of a research community in a K-12 school research and evidence based practice. *Evidence Based Library and Information Practice, 4*(2), 8-36. Retrieved from http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/EBLIP/index

อ้างอิงบทความจากวารสารที่มี DOI สามารถทำได้ 2 แบบ ดังนี้

Herbst, D. M., Griffith, N. R., & Slama, K. M. (2014). Rodeo cowboys: Conforming to masculine norms and help-seeking behaviors for depression. *Journal of Rural Mental Health, 38, 20–35.* doi:10.1037/rmh0000008

Herbst, D. M., Griffith, N. R., & Slama, K. M. (2014). Rodeo cowboys: Conforming to masculine norms and help-seeking behaviors for depression. *Journal of Rural Mental Health, 38,* 20–35. http://dx.doi.org/10.1037/rmh0000008

อ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ธัญญรัตน์ สลักคำ. (2557). *ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในงานของบุคลากรในฝ่ายการพยาบาลศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

อ้างอิงจาก Website

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2559). *ใช้ยาสมเหตุผล ปลอดภัย คุ้มค่า ด้วย 6 กุญแจสำคัญ.* สืบค้นจาก http://www.isranews.org/isranews/item/49489%E0%B9%87hsir240859.html

Rojjanasrirat, W. (2012). Employers' support for breastfeeding questionnaire. Retrieved from https://www.questionpro.com/a/q/employers-support-for-breastfeeding-questionnaire-2891700.

การนำเสนอค่าสถิติ

ตารางที่ 3 *ตัวอย่างการนำเสนอค่าสถิติที่สำคัญตามคำแนะนำของ APA*

สถิติ	ตัวอย่างการนำเสนอ
Percentage	Nearly half (49%) of the sample was married.
Descriptive statistic	The sample as a whole was relatively young (M = 19.22, SD = 3.45).
Mann-Whitney	A Mann-Whitney test indicated that self-rated attractiveness was greater for women who were not using oral contraceptives (Mdn = 5) than for women who were using oral contraceptives (Mdn = 4), U = 67.5, p = .034, r = .38.
Wilcoxon signed-ranks	A Wilcoxon Signed-ranks test indicated that femininity was preferred more in female faces (Mdn = 0.85) than in male faces (Mdn = 0.65), Z = 4.21, p < .001, r = .76
Sign test	A sign test indicated that femininity was preferred more in female faces than in male faces, Z = 3.47, p = .001.
t-test	An independent-samples t-test indicated that scores were significantly higher for women (M = 27.0, SD = 7.21) than for men (M = 24.2, SD = 7.69), t(734) = 4.30, p < .001, d = 0.35.
ANOVA	A 3x2 ANOVA with self-rated attractiveness (low, average, high) and oral contraceptive use (true, false) as between-subjects factors revealed a main effects of SRA, F(2, 1276) = 6.11, p = .002, ηp^2 = .009, and oral contraceptive use, F(1, 1276) = 4.38, p = .037, ηp^2 = 0.003. These main effects were not qualified by an interaction between SRA and oral contraceptive use, F(2, 1276) = 0.43, p = .65, ηp^2 = .001.
Pearson's correlation	Preferences for femininity in male and female faces were positively correlated, Pearson's r(1282) = .13, p < .001.
Chi-Square	The percentage of participants that were married did not differ by gender, χ^2(1, N = 90) = 0.89, p = .35.
Regression results	Social support significantly predicted depression scores, b = –.34, t(225) = 6.53, p < .001. Social support also explained a significant proportion of variance in depression scores, R^2 = .12, F(1, 225) = 42.64, p < .001.

หลักการนำเสนอตัวเลขและค่าสถิติ

1. การนำเสนอตัวเลขแสดงจำนวนที่มีเพียงจำนวนเต็มเท่านั้น (เช่น จำนวนคน) ไม่ต้องมีทศนิยม
2. นำเสนอค่า p-values ตามที่เป็นจริงจากการคำนวณ ยกเว้นกรณีโปรแกรม คำนวณได้ .000 ให้รายงานเป็น p < .001 อักษรย่อ M , SD, U, F, Z, p, t, d, r ใช้เป็นอักษรเอียง
3. ค่าที่จำนวนเต็มไม่เกิน 1 (เช่น สหสัมพันธ์) ให้ ละเลข 0 หน้าทศนิยม เช่น r(1282) = .13