



วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

The Journal of Faculty of Nursing Burapha University

ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2564

ISSN 0858-4338

หน้า

บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ
The Effects of a Health Literacy Promotion Program on Coronary Artery Disease Preventive Behaviors and Serum Lipid Levels Among People with Dyslipidemia
วริษา กันบัวลา, ณชนก เอียดสุข, อารณีย์ ด้มาน 1-14
- การจัดบริการอาชีวอนามัยและความคาดหวังสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพประจำสถานประกอบการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสถานประกอบการ เขตพื้นที่พัฒนาพิเศษภาคตะวันออก
Occupational Health Services and Stakeholders' Expectations of Competencies Among Nurses in Enterprise in the Eastern Economic Corridor Area
นิสกร ชีวะเกตุ, สุรารัตน์ ชำนาญช่าง, ดติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, อริสรา ฤกษ์งาม 15-27
- การบ่มเพาะความยืดหยุ่นในชีวิตและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด: มุมมองของเยาวชนที่ใช้สารเสพติด
Cultivating Resilience in Life and Drug Abstinence Intention: Perspectives of Substance-Abusing Youths
จิณห์จุฑา ชัยสนา, ดาสดา, พรชัย จุลมตต์, ภาคนิ เดชชัยยศ, มนต์ธี ขุนอินทร์ทอง, ศรวิษฐ์ บุญประชม, ทองสวย สีทามนัส 28-40
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ต่อความรู้ พฤติกรรมและปริมาณการบริโภคผักผลไม้และการบริโภคของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนสังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน กรุงเทพมหานคร
The Effects of a Program Promoting Vegetable and Fruit Consumption on Knowledge, Behavior and Amount of Vegetable and Fruit Consumption and Nutritional Status of Late Primary School Students in Bangkok
ดวงใจ ลิ้มโสภณ, สุทธดา ตั้งอยู่ดี 41-53
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังมารดาที่มีบุตรคนแรก
Factors Influencing Successful Exclusive Breastfeeding Among First-Time Mothers
สินี กระจาญ, อัมพร เนียมกุลรักษ์, สาวิกา ใจบริสุทธิ์กุล, ธวัชกร พยัคฆะโส 54-63
- การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดโรงพยาบาลตัญญูมีแห่งหนึ่ง
Cost Analysis of Nursing Activities for Newborns with Hypothermia in the Postpartum Unit at a Tertiary Level Hospital
สุราก็ย์ จันทาม, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, พิชรากรณ์ อารี 64-75
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ในจังหวัดตาก
Factors Influencing Preventive Behaviors Against Coronary Heart Disease Among Karen at Risk in Tak Province
วิชรินทร์ คำสา, วรณรัตน์ ลาวัณ, สมสมัย รัตนกริธากุล 76-89
- ผลของโปรแกรมการกระตุ้นเตือนการจัดการภาวะท้องผูกร่วมกับการถอดสายสวนปัสสาวะต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท
Effects of Constipation Management Alert Combined with Catheter Removal on Urinary Tract Infection Among Critical Neurosurgical Patients
สุพรรณิ เจริญวิเศษ, ปิณฑา ใจเย็น, อรณิชา พันสิน, สุรารัตน์ รัชราชกุล, สุนพนา เสียงหวาน, ธนัฐ วาณิชะพงศ์ 90-101
- Psychological Impact and Its Affecting Factors Among Nurses Working in COVID-19 Designated Hospitals in Bhutan
ผลกระทบด้านจิตใจและปัจจัยที่ส่งผลของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ในประเทศภูฏาน
Kinley Gyaltsen, Pornpat Hengudomsu, Chintana Wacharasin 102-114

บทความวิชาการ

- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
Relationship of Health Literacy to Health Promoting and Disease Prevention Behaviors in Thailand: A Systematic Review
ปาจร่า โพธิ์วัง 115-130

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

THE JOURNAL OF FACULTY OF NURSING BURAPHA UNIVERSITY

ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2564 Vol. 29 No. 3 July - September 2021

ISSN 0858-4338

ที่ปรึกษาวารสารฯ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
บรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
กองบรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิดา สุขุมทิพย์ รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ รองศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงี่ยมทรัพย์ รองศาสตราจารย์ ดร.ทักษิณี ประสพภิตติคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช บุญยัง ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต Professor Dr. Ed Rosenberg	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย Appalachian State University
ฝ่ายจัดการ	อาจารย์ ดร.สาวิตรี หลักทอง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ฝ่ายจัดการและเลขานุการ	นางดรุณี ชมศรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ สาขาการพยาบาล และสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่น ๆ 2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยสาขาต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพการพยาบาล 3. เพื่อประชาสัมพันธ์วิชาชีพการพยาบาล	
กำหนดเวลา	ปีละ 4 ฉบับ (ม.ค.-มี.ค., เม.ย.-มิ.ย., ก.ค.-ก.ย., ต.ค.-ธ.ค.)	
เจ้าของ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 169 ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131 ฝ่ายวารสารฯ: โทรศัพท์ 038-102822 โทรสาร 038-393476	

การส่งบทความต้นฉบับ / ติดต่อสมัครสมาชิก

E-mail : jnurse@nurse.buu.ac.th

Website: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/about/submissions#authorGuidelines>

พิมพ์ที่

ชลบุรีการพิมพ์

194/28 ซอยนิพัทธ์พล ถ.เจตนจำนงค์ ต.บางปลาสร้อย อ.เมือง จ.ชลบุรี

โทรศัพท์ 038-274991 โทรสาร 038-272732

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

THE JOURNAL OF FACULTY OF NURSING BURAPHA UNIVERSITY

ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2564 Vol. 29 No. 3 July - September 2021

สารบัญ

		หน้า
• ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ	วริษา กันบัวลา ณชนก เอียดสุข อาภรณ์ ดินาน	1-14
• การจัดบริการอาชีวอนามัยและความคาดหวังสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพประจำสถานประกอบการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสถานประกอบการเขตพื้นที่พัฒนาพิเศษภาคตะวันออก	นิสากร ชีวะเกตุ สุธาร์ตน์ ชำนาญช่าง ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี อริสรา ฤทธิ์งาม	15-27
• การบ่มเพาะความยืดหยุ่นในชีวิตและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด: มุมมองของเยาวชนที่ใช้สารเสพติด	จันทิญา ชัยเสนา ดาลาส และคณะ	28-40
• ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ต่อความรู้ พฤติกรรม และปริมาณการบริโภคผักผลไม้ และภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนสังกัดสำนักงานการศึกษาพื้นฐาน กรุงเทพมหานคร	ดวงใจ ลิมตโสภณ สุทธดา ตั้งอยู่ดี	41-53
• ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาที่มีบุตรคนแรก	สินี กระล่าย อัมพร เนียมกุลรักษ์ สาวิกา ใจบริสุทธิ์กุล รัชนิกร พัยคณะโส	54-63
• การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดโรงพยาบาลตติยภูมิ แห่งหนึ่ง	สุธาทิพย์ จันทาม เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย พัชรารณ อารี	64-75
• ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ในจังหวัดตาก	วัชรินทร์ คำสา วรรณรัตน์ ลาวั สมสมัย รัตนกริชากุล	76-89
• ผลของโปรแกรมการกระตุ้นเตือนการจัดการภาวะท้องผู้ร่วมกับการถอดสายสวนปัสสาวะต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท	สุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์ และคณะ	90-101
• Psychological Impact and Its Affecting Factors Among Nurses Working in COVID-19 Designated Hospitals in Bhutan	Kinley Gyaltshen ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ จินตนา วัชรสินธุ์	102-114
• ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	ปาจรา โพธิ์หัง	115-130

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมัน ในเลือดผิดปกติ

วริษา กันบัวลา, พย.ม.^{1*} ณชนก เอียดสุข, พย.ม.² อารณ ดีนาน, Ph.D.³

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ ที่มารับการบริการตรวจสุขภาพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออก จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 31 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพและระดับไขมันในเลือด และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ สถิติทดสอบค่าที และสถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวมและแอลดีแอลน้อยกว่าก่อนทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดเอชดีแอลและไตรกลีเซอไรด์หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ นี้สามารถช่วยให้ผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเหมาะสมมากขึ้น และช่วยลดระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวม และแอลดีแอล ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในอนาคต พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพควรประยุกต์ใช้โปรแกรมฯ นี้กับผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไขมันในเลือดผิดปกติ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ระดับไขมันในเลือด

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

* ผู้เขียนหลัก e-mail: warisa@buu.ac.th

The Effects of a Health Literacy Promotion Program on Coronary Artery Disease Preventive Behaviors and Serum Lipid Levels Among People with Dyslipidemia

Warisa Kanbuala, M.N.S.^{1*}, Nachanok Aiadsuy, M.N.S.², Aporn Deenan, Ph.D.³

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a health literacy promotion program on coronary artery disease preventive behaviors and serum lipid levels among people with dyslipidemia. The sample was 62 people with dyslipidemia who came for an annual check-up at the out-patient department in one eastern regional hospital. The participants were randomly assigned into experimental (n = 31) and control (n = 31) groups. The experimental group received the health literacy promotion program, while the control group received usual care. The instruments included a record of demographic and health data and lipid profile, and coronary artery disease preventive behavior questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, repeated measures ANOVA, independent T-tests, and Mann-Whitney U.

The results revealed that in the experimental group, mean scores of preventive behaviors at the 8th week and 12th week were higher than at baseline and in the control group ($p < .05$). Mean scores of total cholesterol and LDL-C in the experimental group at the 12th week were significantly lower than at baseline and in the control group ($p < .05$). Mean scores of HDL-C and Triglycerides at the 12th week were not significant different between the experimental and control groups.

This study indicated that the health literacy promotion program resulted in improving coronary artery disease preventive behaviors among people with dyslipidemia. In addition, the program helped lower total serum cholesterol and LDL-C, which could prevent coronary artery disease in the future. Therefore, nurses and health care providers could use this program for people with dyslipidemia.

Key words: health literacy, dyslipidemia, coronary artery disease preventive behaviors, serum lipid level

¹ Instructor, Faculty of Nursing, Burapha University

² Assistant professor, Faculty of Nursing, Burapha University

³ Associate professor, School of Nursing, Rangsit University

* Corresponding author e-mail: warisa@bua.ac.th

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ กล่าวคือเมื่อระดับไขมันในเลือดเพิ่มมากขึ้น ไขมันจะไปจับที่ผนังชั้นในของหลอดเลือดแดงโคโรนารี และเกิดเป็นคราบไขมันพอกตัวหนาขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น ตีบแข็ง และก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในที่สุด (Shaffer, 2020) ซึ่งโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลก และประเทศไทย จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2021) รายงานว่า ปี พ.ศ. 2562 มีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจประมาณ 17.9 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 32 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด สำหรับประเทศไทยพบว่า ปี พ.ศ. 2558 มีสถิติการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเท่ากับ 29.9 ต่อประชากรแสนคน และเพิ่มขึ้นเป็น 31.4 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2562 (Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, 2020) ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมาจากหลากหลายปัจจัย เช่น อายุ เพศ น้ำหนักเกิน และอ้วน ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ การขาดกิจกรรมทางกาย เป็นต้น (Shaffer, 2020) โดยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญปัจจัยหนึ่ง และสามารถทำนายหรือพยากรณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (Makboon, Phupolpian, & Suklim, 2019)

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีความสำคัญทางคลินิกเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจสูง และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนหรือควบคุมได้ (Lin, Chang, Chien, Lin, & Yeh, 2018; Shaffer, 2020) คนทั่วไปควรควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมดังนี้ ค่าคอเลสเตอรอลรวมน้อยกว่า 200 mg/dl ค่าแอลดีแอลน้อยกว่า 100 mg/dl ค่าเอชดีแอลมากกว่า 40 mg/dl และค่าไตรกลีเซอไรด์น้อยกว่า 150 mg/dl (Makboon et al., 2019; The Royal College of Physicians of Thailand, 2017) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหรือมีโรคร่วม เช่น เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ควรควบคุมระดับแอลดีแอลให้น้อยกว่า 70 mg/dl (The Royal College of Physicians of Thailand, 2017)

เนื่องจากการที่มีระดับแอลดีแอลที่สูง จะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นควรควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และสามารถทำได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Lin et al., 2018)

การปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตามแนวปฏิบัติของ American Heart Association และ American College of Cardiology Association ปี ค.ศ. 2019 ได้แก่ การควบคุมการรับประทานอาหาร ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ควบคุมความเครียด ดื่มน้ำสะอาด งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประเมินภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Arnett et al., 2019; Eckel et al., 2014) ซึ่งการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ (Premasuk, Thato, & Polsook, 2019)

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ Nutbeam (2000, 2008) ได้นำเสนอแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นว่าการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้แก่บุคคล จะทำให้อุบัติการณ์เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Chahardah-Cherik, Gheibizadeh, Jahani, & Cheraghian, 2018) งานวิจัยที่นำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมาใช้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและมีระดับความดันโลหิตลดลง (Thepin, Moolsart, & Jantacumma, 2019) และยังช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (Pannark, Moolsart, & Kaewprom, 2017) จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสามารถส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น และยังส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิก

ด้านสุขภาพที่ดีตามไปด้วย

อย่างไรก็ตามการศึกษาค้นคว้าของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยเป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Arahung, Hoontrakul, & Roojanavech, 2018; Pannark et al., 2017; Thepin et al., 2019) ซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกด้านสุขภาพที่แตกต่างจากผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ เนื่องจากไขมันในเลือดผิดปกติเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในคนทั่วไปและเป็นปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นการวิจัยนี้จึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ เพื่อการพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพ เกิดการปฏิบัติและการจัดการตนเองด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งจะส่งผลให้ระดับไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนทดลอง และระยะหลังทดลองสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000, 2008) ร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยแนวคิดนี้อธิบายว่า เมื่อบุคคลสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้มากขึ้น จะส่งผลให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้เกิดการสร้างทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ การปฏิบัติพฤติกรรมและจัดการตนเองด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของบุคคลนั้นร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพไปในทิศทางที่เหมาะสม ระดับของความรู้ด้านสุขภาพแบ่งได้ 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถหรือสมรรถนะพื้นฐานของบุคคลในการอ่าน เขียนที่มีอย่างเพียงพอในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ 2) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ คือ ความสามารถหรือสมรรถนะของบุคคลที่สูงขึ้น ในด้านทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมในการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ รวมไปถึงการรู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ เป็นความสามารถในการนำความรู้ด้านสุขภาพที่มีไปกระทำทางสังคม โดยอาจมีส่วนร่วมผลักดันทางสังคมเกี่ยวกับด้านสุขภาพของประชาชน

การศึกษานี้ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติโดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพในระดับ 1-2 ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน และความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามรายบุคคล ทำให้สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้อย่างเหมาะสม และป้องกันการเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแผนภูมิที่ 1

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ

1. การพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน

1.1 การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และโรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมที่ส่งผลต่อระดับไขมันในเลือด และความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.2 การพัฒนาทักษะด้านความเข้าใจข้อมูลที่เป็นตัวอักษร

2. การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์

2.1 การสะท้อนปัญหาทางสุขภาพ การกำหนดเป้าหมาย ผลลัพธ์ทางสุขภาพ วางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยคำนึงถึงความเหมาะสมและศักยภาพรายบุคคล

2.2 การพัฒนาทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

2.3 การสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์

พฤติกรรมป้องกันโรค
หลอดเลือดหัวใจ

ระดับไขมันในเลือด

แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม แบบวัดซ้ำ 3 ครั้ง โดยเปรียบเทียบระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12

ประชากร คือ ผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติชนิด แอลดีแอลสูงมากกว่า 100 mg/dl ที่มาตรวจสุขภาพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ ชนิด แอลดีแอลสูงมากกว่า 100 mg/dl (ผลการตรวจนี้มีระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน ณ วันที่เข้าร่วมการวิจัย) ที่มาตรวจสุขภาพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออก โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) มีอายุระหว่าง 30-60 ปี 2) ไม่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจากพันธุกรรม 3) ไม่เคยได้รับยารักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมาก่อน 4) ไม่เคยมีประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 5) มีการรับรู้สติสัมปชัญญะดี สามารถฟัง พูด และอ่านภาษาไทยได้ 6) มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก คือ มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และเกณฑ์การถอนตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องตามที่กำหนดมากกว่า 2 ครั้งติดต่อกัน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ = .05 ค่าอำนาจการทดสอบ = .80 และค่า Effect Size = 0.18 โดยประมาณการจากงานวิจัยของ Arahun et al. (2018) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 26 รายต่อกลุ่ม แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เป็น 32 รายต่อกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง การศึกษาครั้งนี้เหลือกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 31 ราย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 1 ราย ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องตามที่กำหนด สาเหตุเนื่องจากย้ายไปทำงานที่จังหวัดอื่น และมีการเจ็บป่วยที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อตัวแปรตาม โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน (group matching) ตามอายุและเพศ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000, 2008) และจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เน้นการจัดกิจกรรมเพื่อการพัฒนา

ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและขั้นปฏิสัมพันธ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1.1 การพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และโรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมที่ส่งผลต่อระดับไขมันในเลือด และความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นการให้ความรู้ ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) ศึกษาวิดิทัศน์ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับไขมันในเลือดแต่ละชนิด ความหมายของไขมันในเลือดผิดปกติ สาเหตุของการเกิดผลแทรกซ้อน การรักษา การควบคุมไขมันในเลือด 2) การบรรยายความสัมพันธ์ของไขมันในเลือดผิดปกติกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และพฤติกรรมที่ส่งผลต่อระดับไขมันในเลือด 3) อภิปรายกลวิธีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับไขมันในเลือดและพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1 การพัฒนาทักษะด้านความเข้าใจข้อมูลที่เป็นตัวอักษร เป็นกิจกรรมกลุ่ม ๆ ละ 5 คน ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) ฝึกทักษะกิจกรรมอ่านและจับคู่คำศัพท์ 2) ฝึกทักษะการสืบค้นข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต โดยอธิบายบอกแหล่งที่มาของข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ และ 3) ฝึกทักษะการแปลความในเอกสารด้านสุขภาพที่พบบ่อย

1.1.2 การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ ดังนี้

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 2 การสะท้อนปัญหาทางสุขภาพ การกำหนดเป้าหมาย ผลลัพธ์ทางสุขภาพ วางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยคำนึงถึงความเหมาะสมและศักยภาพรายบุคคล เป็นกิจกรรมกลุ่ม ๆ ละ 5 คน ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) นำผลระดับไขมันในเลือดของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ร่วมกัน 2) ร่วมกันประเมินความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า 3) กำหนดเป้าหมายระดับไขมันในเลือดชนิดต่าง ๆ ที่คาดหวังหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 12 สัปดาห์ 4) กำหนดกลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล

ตามศักยภาพและความต้องการของแต่ละบุคคล 5) ฝึกการบันทึกแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนจัดกิจกรรมครั้งที่ 4 มีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาการสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยส่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ห่างกัน 3 วัน

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 การพัฒนาทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เป็นกิจกรรมกลุ่มในแอปพลิเคชันไลน์ (Group Line Application) กลุ่มละ 5 คน ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 2) สะท้อนข้อดีของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3) การฝึกตั้งคำถามด้านสุขภาพเพื่อถามเพื่อนในกลุ่ม 4) บอกเล่าการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 2 สัปดาห์ข้างหน้า ก่อนจัดกิจกรรมครั้งที่ 5 มีการส่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ห่างกัน 3 วัน

ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 6 การติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทางโทรศัพท์รายบุคคล เพื่อการประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมทั้งค้นหาปัญหา/อุปสรรค และวิธีการแก้ไขปัญหอย่างเหมาะสมรายบุคคล ระยะเวลา 15-30 นาที

1.2 สมุดคู่มือความรู้ด้านสุขภาพและบันทึกพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย 1) ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ 2) ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และความสัมพันธ์ของไขมันในเลือดกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 3) เป้าหมายการควบคุมระดับไขมันในเลือดชนิดต่าง ๆ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 4) แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ

2.2 แบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพและระดับไขมันในเลือด ได้แก่ โรคประจำตัว เส้นรอบเอว น้ำหนัก

ส่วนสูง และค่าระดับไขมันในเลือดได้จากผลการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งประกอบด้วยค่าคอเลสเตอรอลรวม แอลดีแอล เอชดีแอล และไตรกลีเซอไรด์

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (Sutthipatthanangkoon & Thato, 2017) ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน และ 20 ข้อคำถาม ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 6 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านการสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวน 2 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 5 ข้อ ด้านการตรวจสุขภาพประจำปีจำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (ปฏิบัติเป็นประจำ = 5, ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 4, ปฏิบัติบางครั้ง = 3, ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง = 2 และ ไม่เคยปฏิบัติ = 1) คะแนนรวมมาก หมายถึง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเหมาะสมมาก ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .88

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ และคู่มือความรู้ด้านสุขภาพและสมุดบันทึกพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้รับการประเมินความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านอายุรศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านแนวคิด ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพและด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้านละ 1 ท่าน จากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุง นำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีความสนใจเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจด้านเนื้อหา ภาษา และความเหมาะสมของกิจกรรม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพา (รหัสวิจัย HS072/2563) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชลบุรี (รหัสวิจัย 117/63/N/q) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัย ก่อนร่วมการวิจัย ให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หากต้องการถอนตัวออกจากการวิจัย สามารถยกเลิก

ได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล ข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานไปแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 โดยกำหนดให้ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ให้โปรแกรมและผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป จบการศึกษาระดับปริญญาโท จำนวน 1 คน จัดอบรมผู้ช่วยวิจัย ให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจเกี่ยวกับโครงการวิจัย รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยสาธิตการเก็บรวบรวมข้อมูล จนผู้ช่วยวิจัยสามารถทำได้เชี่ยวชาญและชำนาญเหมือนกับผู้วิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือและการอำนวยความสะดวกในการทำวิจัย หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยนอก ดังนี้

1. ผู้วิจัยติดประกาศรับสมัครอาสาสมัครบริเวณเคาน์เตอร์พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก หลังจากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยการสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในการใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติ หลังจากตรวจสอบคุณสมบัติแล้ว แจ้งผลให้ทราบ ทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ในซองทึบ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2. ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอม

เข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจใช้เวลาประมาณ 15 นาที ส่วนข้อมูลด้านสุขภาพและระดับไขมันในเลือด ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน กำหนดวันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการติดตามเพื่อนัดหมายในการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

3. กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มทดลองให้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติจำนวน 5 ครั้ง ใน 6 สัปดาห์ และคู่มือความรู้ด้านสุขภาพและสมุดบันทึกพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

4. ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ผ่านการติดตามทางโทรศัพท์

5. ในระยะหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อติดตามระดับไขมันในเลือด โดยการตรวจระดับไขมันในเลือดมี 2 กรณี ดังนี้ กรณีที่ 1 แพทย์นัดตรวจระดับไขมันในเลือดตรงกับหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12 ตามระบบการตรวจรักษาตามปกติ กรณีที่ 2 แพทย์นัดตรวจระดับไขมันในเลือดไม่ตรงกับหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยเข้าพบแพทย์เพื่อขออนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้ในการส่งตรวจระดับไขมันในเลือด ตามระบบของโรงพยาบาล โดยใช้สิทธิการรักษาชำระเงินเองในครั้งนั้น ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้กลุ่มตัวอย่างเอง ระหว่างรอพบแพทย์ ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนข้อมูลด้านสุขภาพและระดับไขมันในเลือดเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test และสถิติ Chi-square

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนทดลองและหลังทดลองสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วิเคราะห์ด้วย Repeated Measured ANOVA และทดสอบ

ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni (ข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ)

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวม แอลดีแอล และเอชดีแอล ก่อนทดลอง หลังทดลอง ในสัปดาห์ที่ 12 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test ส่วนไตรกลีเซอไรด์มีการกระจายตัวของข้อมูลแบบไม่ปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ เป็นผู้มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จำนวน 62 ราย มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 31 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.45 ($SD = 9.28$) โดยมีกลุ่มอายุระหว่าง 41-50 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 45.16) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51.6) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 51.6) ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 25.97 ($SD = 5.74$) มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงอ้วนปานกลาง (25-29.9 กก./ม.²) มากที่สุด (ร้อยละ 32.26) เส้นรอบเอวเฉลี่ยเท่ากับ 88.26 ($SD = 10.87$) คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 68.71 ($SD = 11.43$)

ส่วนกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.26 ($SD = 7.70$) โดยมีกลุ่มอายุระหว่าง 41-50 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 38.71) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.6) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 58.1) ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 25.97 ($SD = 4.12$) มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงอ้วนปานกลาง (25-29.9 กก./ม.²) มากที่สุด (ร้อยละ 38.71) เส้นรอบเอวเฉลี่ยเท่ากับ 89.00 ($SD = 8.05$) คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 63.23 ($SD = 10.97$)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวม แอลดีแอล เอชดีแอล และไตรกลีเซอไรด์ ระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ของแต่ละตัวแปรด้วยสถิติทีและสถิติ Chi-square พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไป คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม
ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวม แอลดีแอล เอชดีแอล และ
ไตรกลีเซอไรด์ ระยะก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 62)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 31)	กลุ่มทดลอง (n = 31)	Test	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	value	
อายุ (ปี)	$\bar{X} = 43.45$ ($SD = 9.28$)	$\bar{X} = 45.26$ ($SD = 7.70$)	.83 ^a	.408
30-40	10 (32.26)	10 (32.26)		
41-50	14 (45.16)	12 (38.71)		
51-60	7 (22.58)	9 (29.03)		
เพศ			.07 ^b	.799
ชาย	15 (48.4)	16 (51.6)		
หญิง	16 (51.6)	15 (48.4)		
โรคประจำตัว			.26 ^b	.610
ไม่มีโรคประจำตัว	16 (51.6)	18 (58.1)		
มีโรคประจำตัว	15 (48.4)	13 (41.9)		
ดัชนีมวลกาย	$\bar{X} = 25.97$ ($SD = 5.74$)	$\bar{X} = 25.97$ ($SD = 4.12$)	.00 ^a	.997
ปกติ (18.5-22.9 กก./ม. ²)	7 (22.58)	8 (25.81)		
อ้วนเล็กน้อย (23-24.9 กก./ม. ²)	6 (19.35)	4 (12.90)		
อ้วนปานกลาง (25-29.9 กก./ม. ²)	10 (32.26)	12 (38.71)		
อ้วนมาก (>30 กก./ม. ²)	8 (25.81)	7 (22.58)		
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)	$\bar{X} = 88.26$ ($SD = 10.87$)	$\bar{X} = 89.00$ ($SD = 8.05$)	.31 ^a	.761
คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	$\bar{X} = 68.71$ ($SD = 11.43$)	$\bar{X} = 63.23$ ($SD = 10.97$)	1.93 ^a	.059
ระดับไขมันในเลือด				
ชนิดคอเลสเตอรอลรวม	$\bar{X} = 211.65$ ($SD = 17.73$)	$\bar{X} = 215.13$ ($SD = 21.07$)	.71 ^a	.484
ชนิดแอลดีแอล	$\bar{X} = 131.19$ ($SD = 16.07$)	$\bar{X} = 134.26$ ($SD = 19.33$)	.68 ^a	.500
ชนิดเอชดีแอล	$\bar{X} = 55.03$ ($SD = 10.70$)	$\bar{X} = 54.87$ ($SD = 12.41$)	.06 ^a	.956
ชนิดไตรกลีเซอไรด์	$\bar{X} = 127.10$ ($SD = 67.63$)	$\bar{X} = 133.45$ ($SD = 57.61$)	.40 ^a	.692

^a Independent t-test, ^b Chi-square

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง ในระยะก่อนทดลอง และระยะหลังทดลอง สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐานของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
ในระยะหลังทดลองสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 ของ
กลุ่มทดลองเป็น 74.29 ($SD = 10.65$), 75.23 ($SD = 10.59$)
ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมเป็น 63.03 ($SD = 12.94$),
63.87 ($SD = 13.79$) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความ

แปรปรวนพบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุม
และกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1, 60} = 4.34$,
 $p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบระยะก่อนทดลอง และระยะ
หลังทดลองสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 พบว่า คะแนน
เฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจมีความแตกต่าง
กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1.43, 85.89} = 6.37$, $p < .05$)
วิธีการส่งเสริมการดูแลด้วยโปรแกรมฯ และระยะเวลา
มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันต่อการเพิ่มพฤติกรรมป้องกันโรค
หลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1.43, 85.89} =$
43.04, $p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างวิธีการทดลอง
กับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	1	1515.92	1515.92	4.34	.042
ความคลาดเคลื่อน	60	20963.10	349.39		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	1.43	431.17	301.20	6.37	.007
กลุ่มกับระยะเวลา	1.43	2913.19	2035.01	43.04	.000
ความคลาดเคลื่อน	85.89	4060.97	47.28		

ผลการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในระยะหลังทดลองสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ช่วงระหว่างระยะหลังทดลองสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง หลังทดลองสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 โดยใช้สถิติ Bonferroni

ระยะเวลา	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	M _{diff}	SE	M _{diff}	SE
ก่อนทดลอง - หลังทดลองสัปดาห์ที่ 8	5.68*	1.59	-11.07*	1.85
ก่อนทดลอง - หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	4.84*	1.64	-12.00*	1.69
หลังทดลองสัปดาห์ที่ 8 - หลังทดลองสัปดาห์ที่ 12	-.84	.78	-.94	1.01

* $p < .05$

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวม แอลดีแอล เอชดีแอล และไตรกลีเซอไรด์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.60, p < .05$)

ค่าเฉลี่ยระดับแอลดีแอลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.02, p < .05$) ค่าเฉลี่ยระดับเอชดีแอลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไตรกลีเซอไรด์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12 พบว่า ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวม แอลดีแอล เอชดีแอล และไตรกลีเซอไรด์
ในระยะหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ไขมันในเลือด	กลุ่มควบคุม (n = 31)		กลุ่มทดลอง (n = 31)		t/z	p - value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
คอเลสเตอรอลรวม	213.48	17.98	198.03	15.72	3.60 ^a	.001
แอลดีแอล	131.42	17.26	122.26	18.51	2.02 ^a	.048
เอชดีแอล	55.68	12.75	55.84	13.22	-.05 ^a	.961
ไตรกลีเซอไรด์	131.32	74.86	127.35	64.04	-.06 ^b	.955

^a Independent t-test, ^b Mann-Whitney U test

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ พบว่า ผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติในกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะหลังทดลองสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นโดยมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน และขั้นปฏิสัมพันธ์ ตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000, 2008) ที่เชื่อว่าเมื่อบุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เหมาะสม จะเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา โดยโปรแกรมฯ นี้มีกิจกรรมการอบรมบรรยายให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พฤติกรรมที่ส่งผลต่อระดับไขมันในเลือดและความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ มีกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างจดจำคำศัพท์ มีการฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูล และฝึกทักษะในการประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพมาใช้ในการดูแลตนเอง รวมทั้งมีกิจกรรมกลุ่มให้บอกเล่าแลกเปลี่ยนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ฝึกการตั้งคำถามด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการกำหนดเป้าหมายและผลลัพธ์ทางสุขภาพ คือ ระดับไขมันในเลือดที่คาดหวังหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยให้บันทึกพฤติกรรมสุขภาพในสมุดคู่มือความรู้ด้านสุขภาพและบันทึกพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อประเมินและติดตามพฤติกรรม

สุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ในสมุดคู่มือยังมีสื่อความรู้ที่สำคัญเพื่อใช้ทบทวนด้วยตนเอง ซึ่งอาจช่วยให้กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพมากขึ้น นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและขั้นปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มควบคุม (Arahung et al., 2018)

กลุ่มทดลองมีระดับคอเลสเตอรอลรวม และระดับแอลดีแอลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12 สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่มีกิจกรรมสะท้อนปัญหาทางสุขภาพของตนเอง มีการกำหนดเป้าหมาย ผลลัพธ์ทางสุขภาพ มีการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และมีการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพหลายด้าน ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการตรวจสุขภาพ ซึ่งรูปแบบของกิจกรรมเหล่านี้ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การดูแลตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

จะนำมาซึ่งผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีตามมาด้วย (Arahung et al., 2018; Pannark et al., 2017; Thepin et al., 2019) โดยผลลัพธ์ทางคลินิกที่คาดหวังในผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ คือ การเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือด (Rakdoun, 2019) โปรแกรมฯ มีการใช้แอปพลิเคชันไลน์เพื่อส่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ กระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งมีการจัดกิจกรรมกลุ่มในแอปพลิเคชันไลน์ โดยเน้นให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ให้กลุ่มตัวอย่างบอกเล่าข้อดีของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ฝึกการตั้งคำถามด้านสุขภาพ ถามเพื่อนในกลุ่ม และให้กลุ่มตัวอย่างบอกเล่าการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000, 2008) ที่ว่าหากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นในขั้นปฏิสัมพันธ์ โดยมีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมในการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ รวมไปถึงการรู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกด้านสุขภาพที่ดี ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Rakdoun (2019) ที่พบว่า การใช้แอปพลิเคชันไลน์กลุ่มเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีความรู้ และได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีและส่งผลให้ระดับแอลดีแอลลดลง ซึ่งระดับแอลดีแอลลดลงเป็นผลลัพธ์ทางคลินิกที่คาดหวังในผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ จะเห็นได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางคลินิก นอกจากนี้ยังได้ผลทำนองเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทางคลินิก คือ ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Pannark et al., 2017)

แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับเอชดีแอล และระดับไตรกลีเซอไรด์ไม่แตกต่างกันในระยะหลังทดลองสัปดาห์ที่ 12 ทั้งนี้เนื่องจากระดับเอชดีแอล และระดับไตรกลีเซอไรด์ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานอยู่แล้ว

ทั้งในระยะก่อนและหลังการทดลอง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของระดับเอชดีแอลนั้น จะเปลี่ยนแปลงก็ต่อเมื่อมีความสม่ำเสมอและต่อเนื่องของการปฏิบัติพฤติกรรมหลายด้านร่วมกัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร กิจกรรมทางกาย การเลิกสูบบุหรี่ การเลิกดื่มแอลกอฮอล์ (Shaffer, 2020) ซึ่งจะมีการติดตามผลอยู่ที่ 3 เดือน และ 6 เดือน (Rakdoun, 2019) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่เปรียบเทียบระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกาย พบว่า ในระยะหลังทดลองที่ 3 เดือน และ 24 เดือน ระดับเอชดีแอลไม่แตกต่างกัน (Wang et al., 2019)

สรุปว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวม ระดับแอลดีแอลลดลง ซึ่งจะช่วยให้เกิดการชะลอความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง สามารถนำโปรแกรมฯ ไปใช้เพื่อส่งเสริมให้ผู้มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสม ลดระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวมและแอลดีแอล เพื่อช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. ควรศึกษาระยะยาว 6 เดือน และระยะ 1 ปี เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ต่อความคงอยู่ของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการลดระดับไขมันในเลือดชนิดคอเลสเตอรอลรวมและแอลดีแอล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาที่สนับสนุนทุนวิจัย ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์
ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ ที่ให้คำปรึกษาในการทำวิจัย

References

- Arahung, R., Hoontrakul, S., & Roojanavech, S. (2018). The effects of health literacy enhancement program on hypertensive prevention behavior of pre-hypertension risk group at a community in Nakhon Pathom province. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 45(3), 509-526. [In Thai]
- Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., ... Ziaeeian, B. (2019). ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on clinical practice guidelines. *Circulation*, 140, e596-e646.
- Chahardah-Cherik, S., Gheibizadeh, M., Jahani, S., & Cheraghian, B., (2018). The relationship between health literacy and health promoting behaviors in patients with type 2 diabetes. *International journal of community based nursing and midwifery*, 6(1), 65-75.
- Eckel, R. H., Jakicic, J. M., Ard, J. D., de Jesus, J. M., Houston, M. N., Hubbard, V. S., ... Yanovski, S. Z. (2014). 2013 AHA/ ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, 129(suppl 2), S76-S99.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175- 191.
- Lin, C.-F., Chang, Y.-H., Chien, S.-C., Lin, Y.-H., & Yeh, H.-Y. (2018). Epidemiology of dyslipidemia in the asia pacific region. *International Journal of Gerontology*, 12(1), 2-6.
- Makboon, K., Phupolpian, T., & Suklim, N. (2019). Lipid profile test and factors associated with TC/HDL-C ratio among dyslipidemia population in Muang district, Trang province. *Journal of Nursing Public Health*, 6(3), 69-81. [In Thai]
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15, 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Pannark, P., Moolsart, S., & Kaewprom, C. (2017). The effectiveness of a program for health literacy development of the patients with uncontrolled type 2 diabetes at Bangwua district, Chachoengsao province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 27(3), 92-106. [In Thai]
- Premasuk, W., Thato, R., & Polsook, R. (2019). Factors predicting preventive behaviors for coronary artery disease among middle-Aged men in Bangkok metropolitan. *Kuakarun Journal of Nursing*, 26(1), 24-39. [In Thai]

- Rakdoun S. (2019). Effects of perceived health promotion program towards health care behavior and serum lipid level among individuals with dyslipidemia. *Journal of Health Science, Thaksin University*, 1(1), 7-14. [In Thai]
- Shaffer, R. (2020). Coronary artery disease and acute coronary syndrome. In M. M. Harding, J. Kwong, D. Roberts, D. Hagler, & C. Reinisch (Eds.). *Lewis's medical-surgical nursing* (11th ed.) (pp. 698-733). Canada: Elsevier.
- Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary. (2020). *Public health statistics A.D. 2019*. Retrieved 15 December 2020 from https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf [In Thai]
- Sutthipatthanangkoon, C. & Thato, R. (2017). Factors predicting preventive behaviors for coronary artery disease among autonomous university staff in Bangkok. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 28(2), 111-125. [In Thai]
- Thepin, K., Moolsart, S., & Jantacumma, N. (2019). Effectiveness of a health literacy developmental program in patients with uncontrolled hypertension. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 11(1), 197-212. [In Thai]
- The Royal College of Physicians of Thailand. (2017). *2016 RCPT clinical practice guideline on pharmacologic therapy of dyslipidemia for atherosclerotic cardiovascular disease prevention*. Pathumthani: A Plus Print. [In Thai]
- Wang, L., Fang, H., Xia, Q., Liu, X., Chen, Y., Zhou, P., ..., Xu, W. (2019). Health literacy and exercise-focused interventions on clinical measurements in Chinese diabetes patients: A cluster randomized controlled trial. *EClinicalMedicine*, 17, 100211.
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Cardiovascular disease (CVDs)*. Retrieved 11 July 2021 from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardio-vascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardio-vascular-diseases-(cvds))

การจัดบริการอาชีวอนามัยและความคาดหวังสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ประจำสถานประกอบการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสถานประกอบการ เขตพื้นที่พัฒนาพิเศษภาคตะวันออก

นิสากร ชีวะเกตุ, ส.ด.^{1*} สุธาร์ตน์ ชำนาญช่าง, พย.ม.² ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, ส.ด.¹ อริสรา ฤทธิงาม, ส.ม.¹

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดบริการอาชีวอนามัย ความคาดหวังสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ และเปรียบเทียบความคาดหวังสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสถานประกอบการ จำแนกตามประเภทอุตสาหกรรม สัณฐานของเจ้าของสถานประกอบการ การจัดเวลาปฏิบัติงาน การฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหาร ผู้จัดการฝ่ายบริหารบุคคล และเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยระดับวิชาชีพของสถานประกอบการเขตพื้นที่พัฒนาพิเศษภาคตะวันออก จำนวน 405 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการจัดบริการอาชีวอนามัยของสถานประกอบการ และความคาดหวังสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพประจำสถานประกอบการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและค่าทีชนิดเป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า สถานประกอบการจำนวนมากกว่าร้อยละ 90 มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านความปลอดภัยในการทำงาน ด้านสุขภาพและด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานตามที่กฎหมายกำหนด ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคาดหวังสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการรักษาพยาบาลในระดับมากที่สุด ($M = 3.6, SD = 0.6$) และมีความคาดหวังด้านการป้องกันโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การสร้างเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ และการบริหารงานอาชีวอนามัยในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสถานประกอบการแตกต่างกันตามลักษณะของเจ้าของสถานประกอบการและการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยสถานประกอบการที่มีเจ้าของเป็นคนต่างชาติมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังสมรรถนะมากกว่าเจ้าของที่เป็นคนไทย และผู้ที่เคยผ่านการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังสมรรถนะมากกว่าผู้ที่ไม่เคยฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพควรพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาล เพื่อเพิ่มคุณภาพการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ

คำสำคัญ: พยาบาลอาชีวอนามัย สมรรถนะ สถานประกอบการ เขตพัฒนาพื้นที่พิเศษภาคตะวันออก

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: nisakorn@buu.ac.th

Occupational Health Services and Stakeholders' Expectations of Competencies Among Nurses in Enterprise in the Eastern Economic Corridor Area

Nisakorn Jivacate, Dr.P.H.^{1*}, Sutharat Chamnanchang, M.N.S.², Tatirut Taechasuksri, Dr.P.H.¹,
Arisara Ritngam, M.P.H.¹

Abstract

The aims of this descriptive research were to study occupational health services and stakeholders' expectations of competencies among nurses in enterprise, and to compare expectations based on type of enterprise, owner nationality, working time, and occupational training. The sample consisted of 405 stakeholders engaged in occupational health services of 185 enterprises in the Eastern Economic Corridor, as well as directors, personnel managers, and safety officers. The research instruments were the occupational health services model questionnaire and the stakeholders' expectations of nurse competencies questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, one-way ANOVA, and independent t-tests.

The results revealed that 90% of enterprises provided standard occupational health services that included 3 elements; work safety, health, and working environment. The stakeholders' expectations for performance of basic medical care were at the highest level ($M = 3.6$, $SD = 0.6$), and at a high level for occupational diseases and injuries prevention, health promotion, rehabilitation, and occupational health services management. Mean scores for stakeholders' expectations were significantly different depending on owner nationality and occupational health and safety training ($t = 3.025$, $p < .05$; $t = 1.645$, $p < .05$ respectively). Foreign owners had significantly higher mean scores for expectation of competencies than did Thai owners. Stakeholders receiving occupational health and safety training had significantly higher mean scores for expectation of competencies than those without such training. The results suggest that occupational health nurses can and should enhance their skills across all dimensions of performance, especially basic medical care, in order to strengthen the quality of occupational health services.

Key words: Occupational health nurse, competency, enterprise, eastern economic corridor

¹ Assistant professor, Faculty of Nursing, Burapha University

² Lecturer, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: nisakorn@bua.ac.th

ความสำคัญของปัญหา

พยาบาลอาชีวอนามัยจำเป็นต้องใช้ทักษะทางการพยาบาลหลากหลายเพื่อการดูแลสุขภาพพนักงาน ซึ่งต้องมีสมรรถนะทางคลินิกและสมรรถนะด้านอื่น ๆ ปัจจุบันบทบาทของพยาบาลอาชีวอนามัยในการให้บริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เนื่องจากความต้องการและความคาดหวังของสถานประกอบการและพนักงาน (Harber, Alongi, & Su, 2014) สำหรับประเทศไทย พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการปัจจุบันเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ส่วนใหญ่จะมีงานประจำอยู่ที่โรงพยาบาลต่าง ๆ มารับงานพิเศษ ซึ่งเน้นงานเป็นผู้ให้บริการทางคลินิก (Kaewchantra, Chanprasit, & Kaewthummanukul, 2018) ที่ประยุกต์กระบวนการพยาบาลในการป้องกัน การดูแลภาวะเจ็บป่วยและบาดเจ็บทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ภายใต้ขอบเขตของกฎหมายวิชาชีพแตกต่างกับการศึกษาในต่างประเทศที่พยาบาลอาชีวอนามัยปฏิบัติบทบาทเป็นผู้จัดการ ผู้ให้คำปรึกษา และผู้ให้ความรู้ (Marziale, Hong, Morris, & Rocha, 2010)

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในสถานประกอบการส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติบทบาทของพยาบาลอาชีวอนามัยได้ตามมาตรฐานของวิชาชีพ (Nursing division, Ministry of Public Health, 2014) โดยมีปัจจัยที่ทำให้พยาบาลเหล่านี้ไม่สามารถปฏิบัติบทบาทได้เต็มที่ ได้แก่ นโยบายและปรัชญาทางสุขภาพของสถานประกอบการ การรับรู้บทบาทพยาบาลอาชีวอนามัยของผู้บริหารสถานประกอบการและพยาบาลวิชาชีพ ความตระหนักถึงคุณค่าความสำคัญของพยาบาลอาชีวอนามัยของผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง และการพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย ทั้งด้านการศึกษาต่อและการฝึกอบรม (Kalampakorn, 2003) รวมถึงปัจจัยด้านลักษณะการทำงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน และปัจจัยด้านองค์กรและสังคม (Vanichayobol, Kalampakorn, & Suwan-ampai, 2016)

พยาบาลอาชีวอนามัยเป็นบุคคลหนึ่งในทีมงานอาชีวอนามัยที่สำคัญในการจัดบริการอาชีวอนามัยของสถานประกอบการ การดำเนินงานบริการอาชีวอนามัยที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพต้องเกิดจากบุคลากรที่มี

อาชีวอนามัยที่ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตนอย่างถูกต้องและมีศักยภาพในการให้บริการอย่างครบวงจร รวมถึงนายจ้างหรือผู้บริหารสถานประกอบการ และผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพพนักงาน ได้แก่ ผู้จัดการแผนกบุคคล เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย ที่ต้องมีส่วนรับผิดชอบ และต้องมีหน้าที่ปฏิบัติตามกฎหมายเพื่อให้เกิดสภาพการทำงานที่ปลอดภัย นำเอามาตรการต่าง ๆ ที่จำเป็นมาใช้ในการป้องกันโรคหรือการประสบอันตรายให้กับพนักงาน ซึ่งบุคลากรในทีมอาชีวอนามัยนี้ควรทำงานเป็นหุ้นส่วนการจัดบริการอาชีวอนามัยร่วมกับพยาบาลอาชีวอนามัยและมีความสำคัญในการผลักดัน ส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติงานพยาบาลอาชีวอนามัยได้อย่างเต็มศักยภาพ ดังจะเห็นได้จากการศึกษา (Tiwari, Sharma, Zodpey, & Patel, 2015) ที่ได้ให้ความสำคัญกับมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดบริการอาชีวอนามัยต่อหลักสูตรต่าง ๆ ในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลอาชีวอนามัย ตลอดจนการให้ข้อคิดเห็นและสนับสนุนการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากต้องทำงานเป็นภาคีเครือข่ายการบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ

การศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีผู้ใดทำการศึกษาถึงการรับรู้และความคาดหวังสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการ โดยเฉพาะเขตพื้นที่พัฒนาพิเศษภาคตะวันออกที่มีลักษณะของประเภทอุตสาหกรรมแตกต่างจากพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศไทย ที่มีทั้งการขยายนิคมอุตสาหกรรม โรงงานอุตสาหกรรม และการสร้างท่าเรืออุตสาหกรรมน้ำลึกเพิ่มขึ้นทุกปีโดยพิจารณาได้จากจำนวนสถานประกอบการหรือโรงงานอุตสาหกรรม ที่จดทะเบียนและได้รับอนุญาตให้ประกอบการ ณ สิ้นปี พ.ศ. 2560 รวม 8 จังหวัด เท่ากับ 43,670 โรงงาน (Department of Industrial Works, 2018) ซึ่งจำนวนตัวเลขจริงจะมีจำนวนผู้ประกอบการและโรงงานอุตสาหกรรมจะมากกว่านี้ เพราะมีบริษัทรับเหมาช่วงด้วย การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาการจัดบริการอาชีวอนามัยและความคาดหวังสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพประจำสถานประกอบการของผู้บริหารในสถานประกอบการ ภาคตะวันออก เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปสู่การวางแผนพัฒนาพยาบาลวิชาชีพที่ไปปฏิบัติงาน

บางเวลาที่สถานประกอบการ พยาบาลวิชาชีพประจำสถานประกอบการ (full time) และพัฒนาหลักสูตรการผลิตบัณฑิตพยาบาลวิชาชีพให้มีศักยภาพและมีความพร้อมด้านการดูแลสุขภาพผู้ประกอบอาชีพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดบริการอาชีวอนามัย ความปลอดภัยสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสถานประกอบการ
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามประเภทอุตสาหกรรม สัญชาติเจ้าของสถานประกอบการ การจัดเวลาปฏิบัติงาน และการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยาย (A descriptive research)

ประชากร ประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการเขตพื้นที่พัฒนาพิเศษภาคตะวันออก จำนวน 7 จังหวัด ซึ่งมีจำนวนแตกต่างกันในแต่ละประเภทและขนาดของสถานประกอบการ จึงอนุมานจำนวนประชากรให้ครอบคลุมสถานประกอบการในพื้นที่จำนวนทั้งสิ้น 686 แห่ง (Department of Industrial Works, 2018) แบ่งเป็น 3 ขนาด ตามเกณฑ์การแบ่งขนาดสถานประกอบการของกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน เพื่อคัดเลือกเป็นสถานประกอบการดีเด่นด้านแรงงานสัมพันธ์และสวัสดิการแรงงาน คือ (1) สถานประกอบการขนาดเล็ก มีลูกจ้างจำนวน 50-299 คน (2) สถานประกอบการขนาดกลาง มีลูกจ้างจำนวน 300-999 คน และ (3) สถานประกอบการขนาดใหญ่ มีลูกจ้างจำนวน 1,000 คนขึ้นไป อย่างไรก็ตาม สถานประกอบการขนาดเล็กที่เป็นตัวอย่างในการศึกษานี้จะนับรวมเฉพาะสถานประกอบการขนาดเล็กที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 200-299 คน เพื่อให้สอดคล้องกับกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดสวัสดิการในสถานประกอบกิจการ พ.ศ. 2548 ที่กำหนดให้สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 200 คนขึ้นไป ต้องจัดให้มีพยาบาลไว้ประจำอย่างน้อย 1 คน โดย

ในแต่ละสถานประกอบการจะเก็บข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับงานอาชีวอนามัยในสถานประกอบการที่ปฏิบัติงานในปี พ.ศ. 2560

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ ได้แก่ ผู้บริหารสถานประกอบการ ผู้จัดการฝ่ายบริหารบุคคล และเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยระดับวิชาชีพ/วิศวกรรมความปลอดภัย ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับงานด้านอาชีวอนามัย คำนวณขนาดตัวอย่างจากจำนวนสถานประกอบการโดยใช้สูตรของทาโร ยามานะ (Yamane, 1973) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 ที่ ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้สถานประกอบการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 253 แห่ง เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเอง เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 20 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในสถานประกอบการจำนวน 304 แห่ง คำนวณตามสัดส่วนของสถานประกอบการในแต่ละขนาด ได้สถานประกอบการขนาดเล็ก จำนวน 125 แห่ง ขนาดกลาง 150 แห่ง และขนาดใหญ่ 29 แห่ง วิธีการสุ่มตัวอย่างสถานประกอบการอย่างง่าย (Simple random sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มจังหวัดของแต่ละขนาดสถานประกอบการ ขนาดละ 3 จังหวัด โดยใช้วิธีสุ่มแบบง่ายได้ (1) สถานประกอบการขนาดเล็กของจังหวัดชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา (2) สถานประกอบการขนาดกลางของจังหวัดระยอง ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และ (3) สถานประกอบการขนาดใหญ่ของจังหวัดชลบุรี ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี

ขั้นที่ 2 คำนวณหาสัดส่วนสถานประกอบการตามขนาดในแต่ละจังหวัด ดังนี้ คือ (1) ขนาดเล็ก ได้แก่ ชลบุรี 57 แห่ง ระยอง 37 แห่ง และฉะเชิงเทรา 31 แห่ง (2) ขนาดกลาง ได้แก่ ระยอง 64 แห่ง ฉะเชิงเทรา 54 แห่ง และปราจีนบุรี 32 แห่ง (3) ขนาดใหญ่ ได้แก่ ชลบุรี 16 แห่ง ฉะเชิงเทรา 8 แห่ง และปราจีนบุรี 5 แห่ง

ขั้นที่ 3 สุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จากสถานประกอบการละ 3 คน จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 912 คน ด้วยวิธีสุ่มแบบลูกโซ่ (Snowball sampling) ในแต่ละสถานประกอบการ โดยเริ่มจากเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยระดับวิชาชีพแล้วส่งต่อไปให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดบริการ

อาสาสมัครงานมัชฌิมสถานประกอบการละ 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามชนิดตอบเอง 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสถานประกอบการ ได้แก่สินค้าที่ผลิต ลักษณะของเจ้าของสถานประกอบการ จำนวนพนักงาน เวลาปฏิบัติงานของพนักงาน การจ้างพยาบาล และชั่วโมงการทำงานของพยาบาล

ส่วนที่ 2 การจัดบริการอาสาสมัครในสถานประกอบการ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและกฎหมายด้านอาสาสมัครที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมการจัดบริการอาสาสมัครด้านสุขภาพ (จำนวน 15 ข้อ) ด้านความปลอดภัย (จำนวน 14 ข้อ) และด้านสิ่งแวดล้อม (จำนวน 6 ข้อ) เป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดสำรวจรายการ (Check list) จำนวน 35 ข้อ คือ มี (1 คะแนน) ไม่มี (0 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.98

ส่วนที่ 3 ความคาดหวังสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพประจำสถานประกอบการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสถานประกอบการ (Chantian, Tantawutho, Jewchareonsakul, & Khemtong, 2012) ครอบคลุมความคาดหวังสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ 5 ด้าน คือ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการป้องกันโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการฟื้นฟูสภาพ และด้านการบริหารงานอาสาสมัคร จำนวนทั้งสิ้น 32 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด (4 คะแนน) มาก (3 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) น้อย (1 คะแนน) น้อยที่สุด (0 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ 3.50-4.00 หมายถึง มีความคาดหวังสมรรถนะในหัวข้อนี้ระดับมากที่สุด 2.50-3.49 หมายถึง มีความคาดหวังสมรรถนะในหัวข้อนี้ระดับมาก 1.50-2.49 หมายถึง มีความคาดหวังสมรรถนะในหัวข้อนี้ระดับปานกลาง 0.51-1.49 หมายถึง มีความคาดหวังสมรรถนะในหัวข้อนี้ระดับน้อย และ 0.00-0.050 หมายถึง มีความคาดหวังสมรรถนะในหัวข้อนี้ระดับน้อยที่สุด คะแนนรวมมากหมายถึงมีความคาดหวังสมรรถนะมาก มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณา

จริยธรรม มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ 19/2559 ซึ่งในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยส่งเอกสารคำชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย หากไม่ลงนามแต่ตอบแบบสอบถามกลับมาก็ถือว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์และมีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยวิชาชีพของสถานประกอบการเป็นผู้ประสานงาน เมื่อครบกำหนด 1 เดือนใช้วิธีการโทรศัพท์ติดตามและขอความร่วมมือในการส่งแบบสอบถามกลับ พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตอบแบบสอบถามกลับมามีจำนวน 405 ชุด คิดเป็นร้อยละ 44.4 ของแบบสอบถามที่ส่งทั้งหมด 912 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปพรรณนาข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามประเภทอุตสาหกรรม สถิติค่าเฉลี่ยของสถานประกอบการ การจัดเวลาปฏิบัติงาน และการฝึกอบรมด้านอาสาสมัครและความปลอดภัยของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสถานประกอบการ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way Analysis of Variance [One-way ANOVA]) และค่าทีชนิดเป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) ภายหลังจากการได้ทดสอบเงื่อนไขการแจกแจงแล้วว่ามีลักษณะเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของสถานประกอบการ ผลิตสินค้าประเภทผลิตภัณฑ์โลหะ เครื่องจักรและอุปกรณ์ มากที่สุด (ร้อยละ 52.4) โดยมีเจ้าของสถานประกอบการเป็นคนต่างชาติ (ร้อยละ 54.5) มีจำนวนพนักงานตั้งแต่ 1,000 คน ขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 58.2, $M = 744.5$, $SD = 254.6$) สถานประกอบการเกือบทั้งหมดจัดให้พนักงานทำงานปฏิบัติงานเป็นกะ (ร้อยละ 91.4) โดยแบ่งเป็น 2 กะ/วัน (ร้อยละ 76.5) จัดให้มีการทำงานล่วงเวลา (ร้อยละ 40.9) โดยปฏิบัติงานล่วงเวลาน้อยกว่า 4 ชั่วโมง (ร้อยละ 82.4)

ลักษณะการจ้างพยาบาลวิชาชีพของสถานประกอบการส่วนใหญ่จ้างพยาบาลจากภายนอก (ร้อยละ

83.1) จำนวนพยาบาลที่จ้างจากภายนอกจำนวน 1-3 คน (ร้อยละ 86.9) สถานประกอบการกำหนดชั่วโมงการทำงานของพยาบาลประจำตัววันมากกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไป (ร้อยละ 89.3) เช่นเดียวกันกับจำนวนชั่วโมงการทำงานของพยาบาลจากภายนอกวันที่ส่วนใหญ่กำหนดชั่วโมงการทำงานของพยาบาลต่อวันมากกว่า 8 ชั่วโมง (ร้อยละ 95.2)

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียฯ ส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยระดับวิชาชีพ (ร้อยละ 44.6) รองลงมาคือ ผู้จัดการ/หัวหน้าแผนกบริหารบุคคล (ร้อยละ 32.7) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.0) มีอายุเฉลี่ย 33.9 ปี ($SD = 8.8$) ส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย (ร้อยละ 70.8) และเป็นคณะกรรมการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย (ร้อยละ 76.1)

2. การจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ ร้อยละ 90 ของสถานประกอบการกลุ่มตัวอย่างมีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านความปลอดภัย ด้านสุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อม ตามที่กฎหมายกำหนดไว้ แต่การนำผลการสำรวจสถานประกอบการมาวางแผนการดูแลสุขภาพพนักงานพบร้อยละ 91.3 และการประเมินผลงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ร้อยละ 92.9 สถานประกอบการมีการจัดการด้านอุบัติเหตุจากงาน ร้อยละ 95

สถานประกอบการจัดให้มีห้องพยาบาลในสถานประกอบการ ร้อยละ 89.2 มียานพาหนะรับ - ส่ง พนักงานเจ็บป่วยที่ต้องไปโรงพยาบาลได้ทันที ร้อยละ 98.4 จัดเตรียมอุปกรณ์ปฐมพยาบาลไว้ใช้ได้อย่างเพียงพอ ร้อยละ 97.8 จัดบริการตรวจสุขภาพต่าง ๆ เก็บบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย และผลการตรวจสุขภาพของพนักงานทุกคนไว้เป็นความลับ และวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วยและนำมาปรับปรุงการดูแลสุขภาพพนักงาน ตลอดจนจัดกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ แก่พนักงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน (Return to work) ร้อยละ 65.8 จัดโครงการ/กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในสถานประกอบการ และให้คำแนะนำด้านสุขภาพ แก่พนักงานอย่างต่อเนื่อง

3. ความคาดหวังสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ประจำสถานประกอบการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความคาดหวังสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ประจำสถานประกอบการด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการป้องกันโรค/อุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการสอน การให้คำปรึกษา ด้านการฟื้นฟูสุขภาพและความปลอดภัย ด้านการบริหารงานอาชีวอนามัย นำเสนอค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคาดหวัง ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคาดหวังสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดบริการอาชีวอนามัย (N=405)

ความคาดหวังสมรรถนะพยาบาล	M	SD	ระดับ
1. ด้านการรักษาพยาบาล	3.6	0.6	มากที่สุด
2. ด้านการป้องกันโรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน	3.0	0.7	มาก
3. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	3.0	0.8	มาก
4. ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ	2.9	0.8	มาก
5. ด้านการบริหารงานอาชีวอนามัย	2.9	0.8	มาก
ภาพรวม	2.8	0.6	มาก

4. เปรียบเทียบความคาดหวังสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ

ประเภทอุตสาหกรรม อุตสาหกรรมการผลิตสินค้ากับอุตสาหกรรมการบริการ มีความคาดหวังสมรรถนะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้าน

การรักษาพยาบาล โดยสถานประกอบการอุตสาหกรรม การผลิตสินค้าจะมีค่าเฉลี่ยความความหวังสมรรถนะด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าสถานประกอบการอุตสาหกรรม การบริการ ส่วนความคาดหวังสมรรถนะด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

สัญชาติของเจ้าของสถานประกอบการ เจ้าของที่เป็นคนไทยกับเจ้าของที่เป็นคนต่างชาติมีความคาดหวังสมรรถนะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการป้องกันโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน และด้านการสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงภาพรวมสมรรถนะ พบว่าสถานประกอบการที่มีเจ้าของเป็นคนต่างชาติมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังสมรรถนะมากกว่าเจ้าของที่เป็นคนไทย (ตารางที่ 3)

การจัดเวลาปฏิบัติงาน สถานประกอบการที่จัดเวลาทำงานเป็นกะกับสถานประกอบการที่จัดเวลาทำงานกลางวัน มีความคาดหวังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านการบริหารงานอาชีวอนามัย โดยสถานประกอบการที่จัดเวลาทำงานกลางวันจะมีค่าเฉลี่ย

ความคาดหวังสมรรถนะด้านการบริหารงานอาชีวอนามัยมากกว่าสถานประกอบการที่จัดเวลาทำงานเป็นกะ (ตารางที่ 4)

ค่าเฉลี่ยความคาดหวังสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียฯ ที่ไม่เคยฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยกับผู้ที่เคยผ่านการอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่เคยผ่านการอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยจะค่าเฉลี่ยความคาดหวังสมรรถนะด้านการรักษาพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ และภาพรวมสมรรถนะ มากกว่าผู้ที่ไม่เคยฝึกอบรม (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียฯ จำแนกตามประเภทอุตสาหกรรม (N=185)

ความคาดหวังสมรรถนะ	ประเภทอุตสาหกรรม				t-value
	การผลิตสินค้า		การบริการ		
	M	SD	M	SD	
1. ด้านการรักษาพยาบาล	3.46	0.57	3.15	1.11	2.068*
2. ด้านการป้องกันโรคฯ	3.08	0.81	2.85	1.2	1.261
3. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	2.94	0.92	2.85	1.17	1.130
4. ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ	2.94	0.92	2.85	1.17	0.440
5. ด้านการบริหารงานฯ	2.81	0.92	2.66	1.08	0.681
ภาพรวม	3.08	0.69	2.88	1.08	1.151

* p-value < .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียฯ จำแนกตามสัญชาติ
เจ้าของสถานประกอบการ (N = 185)

ความคาดหวังสมรรถนะ	สัญชาติเจ้าของสถานประกอบการ				t-value
	คนไทย		คนต่างชาติ/คนไทย และคนต่างชาติ		
	M	SD	M	SD	
1. ด้านการรักษาพยาบาล	3.27	0.85	3.42	0.49	2.158*
2. ด้านการป้องกันโรคฯ	3.06	0.80	3.30	0.63	2.622*
3. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	3.09	0.90	3.58	0.73	2.956*
4. ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ	2.99	0.97	2.90	0.81	0.971
5. ด้านงานบริหารงานฯ	2.85	0.91	2.74	0.90	1.263
ภาพรวม	3.05	0.82	3.64	0.61	3.025*

* p-value < .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียฯ จำแนกตาม
การจัดเวลาปฏิบัติงาน (N=185)

ความคาดหวังสมรรถนะ	การจัดเวลาปฏิบัติงาน				t-value
	ทำงานกะ		ทำงานกลางวัน		
	M	SD	M	SD	
1. ด้านการรักษาพยาบาล	3.38	0.61	3.37	0.64	0.209
2. ด้านการป้องกันโรคฯ	3.07	0.71	3.16	0.61	1.179
3. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	3.00	0.83	3.16	0.68	1.751
4. ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ	2.92	0.89	3.02	0.82	1.086
5. ด้านการบริหารงานฯ	2.70	0.95	3.03	0.71	3.340**
ภาพรวม	3.01	0.71	3.15	6.62	1.749

** p-value < .01

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำแนกตามการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย (N = 399)

ความคาดหวังสมรรถนะ	การฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย				t-value
	ไม่เคย		ผู้เคย		
	M	SD	M	SD	
1. ด้านการรักษาพยาบาล	3.25	0.84	3.41	0.57	2.173*
2. ด้านการป้องกันโรคฯ	3.00	0.79	3.11	0.66	1.500
3. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	2.91	0.93	3.07	0.74	1.884
4. ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ	2.84	1.00	2.96	0.82	2.358*
5. ด้านการบริหารงานฯ	2.72	0.96	2.80	0.88	0.777
ภาพรวม	2.94	0.83	3.31	0.64	2.695*

* p-value < .05

การอภิปรายผล

การจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ
สถานประกอบการจัดบริการด้านสุขภาพอนามัยแก่พนักงานโดยการจัดให้มีห้องพยาบาล เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เพื่อให้บริการตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่พนักงาน รวมถึงยานพาหนะรับ-ส่งพนักงานเจ็บป่วยไปรับการรักษาต่อซึ่งเป็นไปตามกฎหมายที่กำหนดให้นายจ้างต้องจัดบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นให้แก่พนักงานที่เจ็บป่วยหรือประสบอันตรายจากงาน (The Labour Protection Act 1998, 1998) แต่พบว่าสถานประกอบการเพียงร้อยละ 89.2 จัดให้มีห้องพยาบาลในสถานประกอบการ ซึ่งตามประกาศกระทรวงมหาดไทยกำหนดให้สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 200 คนขึ้นไป ต้องจัดให้มีห้องพยาบาลที่มีเตียงพักคนไข้ และเวชภัณฑ์จำเป็นต่อการรักษาพยาบาล (The Labour Protection Act 1998, 1998) อย่างไรก็ตาม มีสถานประกอบการจัดบริการ/จัดกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพแก่พนักงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน เพียงร้อยละ 65.8 เท่านั้น อาจเนื่องจากกิจกรรมการฟื้นฟูสุขภาพพนักงานจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เฉพาะ ตลอดจนการฝึกทักษะฝีมือที่เหมาะสมกับสมรรถภาพพนักงานผู้นั้น โดยกฎหมายกำหนดให้สถานประกอบการสามารถจ่ายค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพให้พนักงานได้ ทำให้สถานประกอบการบางแห่งไม่ได้จัดบริการฟื้นฟูสุขภาพให้แต่ให้พนักงานไปใช้บริการที่

สถานพยาบาลแทน

สถานประกอบการมากกว่าร้อยละ 95 จัดบริการอาชีวอนามัยด้านความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม ตามกฎหมายกำหนด แต่การนำผลการตรวจสถานประกอบการมาวางแผนการดูแลสุขภาพพนักงาน พบร้อยละ 91.3 และการประเมินผลงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย พบร้อยละ 92.9 อาจเนื่องจากการบูรณาการข้อมูลการตรวจสถานประกอบการให้เชื่อมโยงกับการวางแผนการดูแลสุขภาพยังแยกส่วนกัน สถานประกอบการบางแห่ง (ร้อยละ 3.2) ไม่มีแผนรับอุบัติเหตุร้ายแรงของสถานประกอบการ และร้อยละ 2.7 ไม่มีการซ้อมรับอุบัติเหตุร้ายแรง แสดงว่าสถานประกอบการบางแห่งยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ หรืออาจเป็นเพราะสถานประกอบการบางแห่งได้ประเมินแล้วว่า สถานประกอบการของตนไม่เป็นสถานที่เสี่ยงในอันที่จะก่อให้เกิดอุบัติเหตุร้ายแรงได้ จึงไม่ได้จัดทำแผนรับอุบัติเหตุร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้น

ความคาดหวังสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพประจำสถานประกอบการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดบริการอาชีวอนามัยคาดหวังสมรรถนะพยาบาลประจำสถานประกอบการในด้านการรักษาพยาบาล ด้านการป้องกันโรค/ อุบัติเหตุจากการทำงาน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการฟื้นฟูสภาพและความปลอดภัย และด้านการบริหารงาน

อาชีวอนามัย อยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยมีระดับคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังสมรรถนะด้านการรักษาพยาบาลมากที่สุด โดยเฉพาะในกิจกรรมการรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่ถือเป็นบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงของพยาบาลวิชาชีพ ($M = 3.6, SD = 0.7$) และกิจกรรมการประเมินภาวะสุขภาพพนักงานเบื้องต้น การรักษาด้วยยา และพยาบาลควรต้องรู้สรรพคุณและผลข้างเคียงของยาที่ให้แก่พนักงาน รวมถึงการปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงความต้องการ สิทธิของผู้ใช้บริการและสิทธิมนุษยชนภายใต้จรรยาบรรณและจริยธรรม และการบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าพยาบาลอาชีวอนามัยให้ความสำคัญกับการเป็นผู้ปฏิบัติการทางคลินิก (Good clinical care) มากที่สุด (Lalloo et al., 2018) อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการมักแสดงบทบาทเป็นผู้ให้บริการทางคลินิกมากกว่าบทบาทอื่น ๆ (Kaewchantra et al., 2018) จึงอาจทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคาดหวังสมรรถนะด้านนี้มากกว่าด้านอื่น ๆ

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคาดหวังสมรรถนะพยาบาลด้านการป้องกันโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานในกิจกรรมการจัดทำรายงานสถิติการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุจากการทำงาน การให้คำแนะนำการป้องกันโรค/การบาดเจ็บ และการร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการป้องกันโรค ($M = 3.2, SD = 0.8$) ซึ่งอาจเป็นเพราะงานป้องกันโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานมีความเกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่โดยตรงของเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในคณะผู้ปฏิบัติงาน มีส่วนร่วมในบางกิจกรรมทางอาชีวอนามัยกับเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย และการทำงานหนุนเสริมกับแพทย์ที่มาปฏิบัติงานในสถานประกอบการ (La Torre et al., 2020) สำหรับความคาดหวังสมรรถนะด้านการฟื้นฟูสภาพพนักงานภายหลังการเจ็บป่วย/บาดเจ็บจากการทำงาน แม้จะอยู่ในระดับมาก แต่พบว่าจะเน้นให้พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การให้ความรู้ และการเลือกใช้อุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม แต่คาดหวังน้อยในกิจกรรมการให้คำแนะนำการใช้กายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม และประสานกับแหล่งประโยชน์เพื่อฟื้นฟูสภาพพนักงาน ทั้งนี้เนื่องจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อาจรับรู้ว่าการแนะนำการใช้กายอุปกรณ์

และอวัยวะเทียมน่าจะเป็นบทบาทของนักกายภาพบำบัดมากกว่าพยาบาลวิชาชีพ และการประสานแหล่งประโยชน์อาจเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล เนื่องจากต้องมีความเกี่ยวข้องกับงบประมาณของสถานประกอบการที่ต้องใช้ไปเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งในบทบาทแท้จริง สมรรถนะของพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพพนักงานภายหลังการเจ็บป่วย/บาดเจ็บจากงาน จะเป็นการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงานมากกว่าจะเน้นเรื่องการใช้กายอุปกรณ์และอวัยวะเทียม (American Association of Occupational Health Nurses, 2015)

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคาดหวังสมรรถนะพยาบาลด้านการบริหารงานอาชีวอนามัยในระดับมากในทุกกิจกรรม แต่ระดับค่าเฉลี่ยของแต่ละกิจกรรมจะน้อยกว่ากิจกรรมในด้านอื่น ๆ อาจเป็นเพราะลักษณะการจ้างงานของพยาบาลประจำสถานประกอบการเป็นการจ้างพยาบาลจากภายนอกเข้ามาปฏิบัติงาน ไม่ได้เป็นพนักงานประจำของสถานประกอบการ จึงอาจทำให้ไม่สามารถปฏิบัติการบริหารงานอาชีวอนามัยได้อย่างต่อเนื่อง หรือมีความเห็นว่าพยาบาลไม่มีความเกี่ยวข้องกับการบริหารงานอาชีวอนามัยซึ่งควรจะเป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยระดับวิชาชีพที่เป็นพนักงานประจำของสถานประกอบการมากกว่า ทำให้ระดับคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังจึงน้อยกว่าด้านอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพประจำสถานประกอบการมีการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการงานบริการอาชีวอนามัยอยู่ในระดับมากเพียง ร้อยละ 17.39 (Kaewchantra et al., 2018)

เปรียบเทียบความคาดหวังสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพประจำสถานประกอบการ

ประเภทอุตสาหกรรม อุตสาหกรรมการผลิตสินค้าจะมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังสมรรถนะด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าอุตสาหกรรมการบริการ เนื่องจากกระบวนการผลิตสินค้าต้องอาศัยเครื่องจักรขนาดใหญ่ อุปกรณ์ต่าง ๆ สารเคมีที่เป็นวัตถุอันตรายหรือส่วนประกอบในการผลิตสินค้า หรือมีปัจจัยคุกคามสุขภาพ พนักงานต้องสัมผัสกับสิ่งคุกคามสุขภาพมากกว่าสถานประกอบการที่จัดอยู่ในประเภทการบริการ ทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคาดหวังสมรรถนะพยาบาลในการรักษาพยาบาลพนักงานของพยาบาลวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการเขตนิคมอุตสาหกรรมต้องปฏิบัติกิจกรรมเป็นประจำ คือ การปฐมพยาบาล การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่คนทำงาน (ร้อยละ 79.13) (Kaewchantra et al., 2018)

สัญชาติเจ้าของสถานประกอบการ เจ้าของสถานประกอบการที่เป็นคนต่างชาติ หรือ คนต่างชาติและคนไทย มีค่าเฉลี่ยความคาดหวังสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพประจำสถานประกอบการด้านการรักษาพยาบาล ด้านการป้องกันโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การสอนและให้คำปรึกษา และสมรรถนะภาพรวมทั้ง 5 ด้าน มากกว่าสถานประกอบการที่เป็นคนไทยเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้อาจเนื่องจากการดำเนินงานของบริษัทที่มีคนต่างชาติ หรือ คนต่างชาติร่วมลงทุนนั้น มักเป็นบริษัทขนาดใหญ่ที่เป็นสาขาจากบริษัทแม่ในต่างประเทศ มีระบบการจัดการบริการอาชีวอนามัยที่เป็นรูปแบบมาให้บริษัทในประเทศไทยได้นำมาปฏิบัติ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติงานของพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลอาชีวอนามัยในสถานประกอบการขนาดกลางและขนาดใหญ่ เขตนิคมอุตสาหกรรมอมตะนคร จ.ชลบุรี (Wonglakon, 2010) ที่พบว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลทั้งภาพรวมและรายด้านในสถานประกอบการขนาดใหญ่อยู่ในระดับสูง ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวจะส่งผลต่อแนวทางการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยผ่านทางนโยบายสุขภาพและความปลอดภัยของสถานประกอบการ โดยจะเป็นสิ่งที่กำหนดบทบาทและขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาลเช่นกัน อย่างไรก็ตาม จะเห็นว่า ความคาดหวังของเจ้าของสถานประกอบการที่มีต่อสมรรถนะของพยาบาลด้านการฟื้นฟูสภาพ และด้านการบริหารงานอาชีวอนามัย ระหว่างเจ้าของที่เป็นคนไทยและเจ้าของที่มีคนต่างชาติไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะการรับรู้ที่มีต่องานฟื้นฟูสภาพ และการบริหารงานอาชีวอนามัย ยังถูกมองเป็นเรื่องที่ไม่ใช่บทบาทหน้าที่โดยตรงของพยาบาลประจำสถานประกอบการ

การจัดเวลาปฏิบัติงานของพนักงาน สถานประกอบการที่มีการจัดเวลาปฏิบัติงานเฉพาะกลางวันมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าสถานประกอบการที่จัดเวลาการปฏิบัติงานเป็นกะ เฉพาะด้านการบริหารงานอาชีวอนามัย อาจเนื่องจากสถานประกอบการที่มีการดำเนินกิจการเฉพาะช่วงเวลากลางวัน มุ่งหวังให้พยาบาลดำเนินงานเพื่อ

การพัฒนาคุณภาพงานด้วย มิใช่ปฏิบัติงานตามกฎหมายที่กำหนดไว้ในกาให้บริการปฐมพยาบาล ดูแลสุขภาพพนักงานที่เจ็บป่วย และให้ความรู้ด้านสุขภาพเท่านั้น โดยคาดหวังเรื่องพัฒนาคุณภาพงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง และการจัดทำระบบรายงานและควบคุมคุณภาพเพื่อการพัฒนางานได้ โดยบทบาทที่สำคัญที่พยาบาลต้องทำงานด้านบริหารจัดการงบประมาณ การบริหารอัตรากำลังพยาบาล และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพงานด้านอาชีวอนามัยของสถานประกอบการด้วย (Rogers et al., 2014)

การเคยได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เคยผ่านการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังสมรรถนะพยาบาลด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และสมรรถนะของพยาบาลในภาพรวมมากกว่าผู้ที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยมาแล้ว จะมีความรู้ ความเข้าใจ และมุมมองเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการมากกว่า มีการรับรู้บทบาทของพยาบาลตามกฎหมายและบทบาทหน้าที่หลักและบทบาทหน้าที่ร่วมของพยาบาลดีกว่าผู้ที่ไม่เคยผ่านการอบรมฯ (Rogers et al., 2014)

ข้อเสนอแนะ

1. สถานศึกษาพยาบาลจึงควรสร้างความเข้าใจในงานบริการอาชีวอนามัย บทบาทพยาบาลในการจัดการบริการอาชีวอนามัยแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และควรมีเนื้อหาการเรียนการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลอาชีวอนามัย สอดแทรกในหลักสูตรการศึกษา และควรพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมด้านนี้
2. ควรศึกษาในกลุ่มพนักงานซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ
3. ควรนำปัจจัยอื่นมาศึกษา ได้แก่ การได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ลักษณะ/ระดับความเสี่ยงทางสุขภาพและความปลอดภัยของสถานประกอบการ

4. ศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังสมรรถนะพยาบาลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการมอบหมาย/กำหนดหน้าที่ของพยาบาลประจำสถานประกอบการ และการปฏิบัติงานจริงของพยาบาลวิชาชีพในสถานประกอบการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนทุนการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ตอบแบบสอบถาม ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจเครื่องมือวิจัย

References

- American Association of Occupational Health Nurses. (2015). AAOHN competencies. *Workplace Health & Safety*, 63(11), 484-492.
- Chantian, P., Tantawutho, V., Jewchareonsakul, S., & Khemtong, P. (2012). Development of professional competency standards of occupational health nurses in industrial enterprises. *Journal of Nursing and Education*, 5(3), 102-119. [In Thai]
- Department of Industrial Works. (2018). *Machinery registration procedures*. Retrieved December 2, 2017 from <https://www.diw.go.th/hawk/content.php?mode=data service&tabid=1> [In Thai]
- Harber, P., Alongi, G., & Su, J. (2014). Professional activities of experienced occupational health nurses. *Workplace Health & Safety*, 62(6), 233-242.
- Kaewchantra, W., Chawapornpan, C., & Kaewthummanukul, T. (2018). Nurses' roles in implementing occupational and environmental health in workplaces. *Nursing Journal*, 45(4), 84-96. [In Thai]
- Kalampakorn, S. (2003). Occupational health nursing in Thailand: Insight into international occupational health. *American Association of Occupational Health Nurses*, 51(2), 79-83. [In Thai]
- Laloo, D., Demou, E., Kiran, S., Gaffney, M., Stevenson, M., & Macdonald, E. B. (2016). Core competencies for UK occupational health nurses: A delphi study. *Occupational Medicine*, 66(8), 649-655.
- La Torre, G., D'Andreano, F., Lecce, G., Di Muzio, M., Chiarini, M., & Pulimeno, A. M. L. (2020). The occupational health nurse and his/her role in the prevention of work-related diseases: Results of an observational study. *Annals of Hygiene: Ann Ig*, 32(1), 3-15.
- Marziale, M. H., Hong, O. S., Morris, J. A., Rocha, F. L. (2010). The roles and functions of occupational health nurses in Brazil and in the United States. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 18(2), 182-188.
- Nursing Division, Ministry of Public Health. (2014). *Standard of occupational health nursing*. Nonthaburi: Thep Phen Wanit. [In Thai]
- The labour Protection Act (1998, February 12). (1998). *The Royal Thai Government Gazette*. pp. 34-36. [In Thai]
- Rogers, B., Kono, K., Marziale, M. H., Peurala, M., Radford, J., & Staun, J. (2014). International survey of occupational health nurses' roles in multidisciplinary teamwork in occupational health services. *Workplace Health & Safety*, 62(7), 274-281.
- Tiwari, R., Sharma, A., Zodepy, S., & Patel, S. (2015). Occupational health nursing course in India: Stakeholder's perspective. *J Environ Occup Sci*, 4(2), 111-113.

- Wonglakon, S. (2010). Comparison of nursing performance based on occupational nursing standard in medium and large factories at Amatanahorn industrial estate, Chon Buri province. *Journal of Nursing and Education*, 3(3), 12-26. [In Thai]
- Vanichayobol, Y., Kalampakorn, S., & Suwan-ampai, P. (2016). Factors related to the performance of occupational health nurses in regional and general hospital Sunder the office of the permanent secretary for public health. *Journal of Nursing Division*, 43(2), 83-100. [In Thai]
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). New York: Harper and Row Publications.

การบ่มเพาะความยืดหยุ่นในชีวิตและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด: มุมมองของเยาวชนที่ใช้สารเสพติด

จินท์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส, Ph.D.^{1*} พรชัย จุลเมตต์, Ph.D.¹ ภาคินี เดชชัยยศ, M.Sc.²
มนตรี ชุนอินทร์ทอง, M.S.N.³ ศรวิษฐ์ บุญประชม, Lt.⁴ ทองสวย สีทานนท์, Ph.D.⁵

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายความหมายของการบ่มเพาะของความยืดหยุ่นในชีวิตและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดตามมุมมองของเยาวชนที่ใช้สารเสพติด ผู้ให้ข้อมูลคือเยาวชนที่ใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดที่โรงเรียนวิวัฒน์พลเมืองและสถานบำบัดยาเสพติดเอกชน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 2 ราย และการสนทนากลุ่มจำนวน 8 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาระเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า เยาวชนให้ความหมายความยืดหยุ่นในชีวิตคือการยอมรับกับความไม่แน่นอนของชีวิต และการสู้ปัญหาการกล้าเผชิญ การบ่มเพาะของความยืดหยุ่นในชีวิต เกิดจากการตระหนักถึงการสร้างชีวิต สร้างคุณค่า การยืนหยัดแก้ปัญหา และการมีความหวังและกำลังใจจากบุคคลสำคัญ เยาวชนถ่ายทอดความคิดและประสบการณ์เกี่ยวกับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดออกมาเป็น 5 ประเด็นหลัก คือ 1) ตัดอาวูให้ชีวิต พร้อมพิชิตและเผชิญ 2) คิดถึงและเป็นห่วงคนในครอบครัว 3) จัดการสิ่งแวดล้อม 4) มองกลับไปในอดีตเพื่อขีดเส้นทางของอนาคต และ 5) การต่อสู้ภายในอุปสรรคที่ต้องเผชิญ

ผลการวิจัยเสนอแนะว่า ควรบูรณาการมุมมองของเยาวชน มุมมองของผู้เชี่ยวชาญที่ดูแลเด็กและเยาวชน กลุ่มผู้บำบัดการเสพติดในเยาวชน และหลักการแนวคิดพื้นฐานการบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธะสัญญา รวมถึงหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธะสัญญาเพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่นในชีวิตและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดในเยาวชนที่เข้าบำบัดรักษาเสพติดต่อไป

คำสำคัญ: เยาวชน การบ่มเพาะ ความยืดหยุ่นในชีวิต ความตั้งใจเลิกยาเสพติด การวิเคราะห์แก่นสาระเนื้อหา

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบางปะกง

⁴ เรือเอก โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง กองทัพเรือ 2 สัตหีบ ชลบุรี

⁵ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

* ผู้เขียนหลัก e-mail: jinjuthatawan@gmail.com

Cultivating Resilience in Life and Drug Abstinence Intention: Perspectives of Substance-Abusing Youths

Jinjuta Chaisena Dallas, Ph.D.¹, Pornchai Jullamate, Ph.D.¹, Pakinee Detchaiyot, M.Sc.²,
Montree Khuniontrtong, M.S.N.³ Sawrawit Boonprachom, Lt.⁴, Thongsouy Sitanon, Ph.D.⁵

Abstract

The purpose of this qualitative research was to describe the meaning of cultivating resilience in life and intention to abstain from drugs from youths' perspective. Participants were ten substance-abusing youths who had undergone treatment at Wiwatpollamuang School and private treatment facility. Interview guidelines were developed for in-depth interviews and focus group discussion. Data were collected by in-depth interviews of two youths, while the other eight youths participated in a focus group. Data were analyzed using thematic analysis.

The results showed that the youths defined resilience in life as acceptance of life's uncertainties and the problem fighters who dared to face them. Cultivating resilience in life resulted from realizing life's creation and creating values, persisting in solving problems, and receiving hope and encouragement from significant others. The youth conveyed their thoughts and experiences about their intentions to abstain from substance abuse in terms of five main themes: 1) developing life "weapons" to prepare for conquering and facing substance abuse challenges, 2) missing and concern for their families, 3) managing the environment, 4) reflecting on the past to mark the path for the future, and 5) recognizing the internal struggles that were the obstacles to be faced. The results suggested that the youths' perspectives can be useful for improving substance abuse interventions. This perspective should be integrated with child and youth care experts' perspectives, youth drug addiction treatment groups, the fundamental concepts of acceptance and commitment therapy, and other research evidence to develop an acceptance and commitment therapy that would enhance resilience in life and intention to quit substance abuse among youth.

Key words: Youth, cultivation, resilience, intention to drug abstinence, thematic analysis

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

² Lecturer, Faculty of Nursing, Burapha University

³ Registered nurse, Bangpakong Hospital

⁴ Lieutenant Colonel, Citizens Developing School, Royal Thai Navy 2, Sattahip, Chonburi

⁵ Lecturer, Prapokkhao Nursing College, Chantaburi

* Corresponding author e-mail: jinjuthatawan@gmail.com

ความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การใช้สารเสพติดเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยและนานาชาติ จากรายงานของสำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ ระบุว่าในปี ค.ศ. 2018 มีประชากรประมาณ 269 ล้านคนทั่วโลกที่ใช้ยาหรือสารเสพติดภายในช่วงเวลานึงปี และประชากรมากกว่า 35 ล้านคนทั่วโลกได้รับความทุกข์ทรมานหรือผลกระทบจากการใช้สารเสพติด (The United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2020) เช่นเดียวกับในประเทศไทยที่ใช้สารเสพติดในเยาวชนไทยเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสังคมและประเทศโดยตรง จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2562 พบว่า เยาวชนไทยที่มีอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 39 มีประวัติการใช้สารเสพติด (The Office of the Narcotics Control Board [ONCB], 2019) ส่วนเยาวชนที่กระทำความผิดจนถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ร้อยละ 51.02 ของความผิดทั้งหมดเป็นคดีเกี่ยวกับสารเสพติดให้โทษ (Department of Juvenile Observation and Protection, Ministry of Justice of Thailand, 2019) ซึ่งเยาวชนที่ใช้สารเสพติดจำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติดทั้งแบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัดมีจำนวนสูงมากเกือบทุกปี ดังเช่น สถิติผู้ป่วยในยาเสพติดของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีในปีงบประมาณ 2561-2563 พบว่า มีเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดแบบผู้ป่วยในคิดเป็นร้อยละ 27.37, 22.70 และ 25.06 โดยพบว่าส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดเนื่องจากเสพยาแอมเฟตามีน (Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment, 2020) ดังนั้น การพัฒนากระบวนการบำบัดการเสพยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งที่น่าสนใจ และสามารถเพิ่มทางเลือกใหม่ ๆ ในการช่วยเหลือเยาวชนให้สามารถเลิกเสพยาเสพติดและมีความพร้อมในการกลับสู่สังคม

ความยืดหยุ่นในชีวิต (Resilience) เป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญในการป้องกันไม่ให้เยาวชนเข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติด (Grotberg, 2003) เพราะคุณลักษณะสำคัญของความยืดหยุ่นในชีวิต ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเห็นอกเห็นใจ การแสวงหาการช่วยเหลือ และการ

ตระหนักรู้ในตนเอง เป็นคุณลักษณะที่จะทำให้เยาวชนตระหนักถึงอันตรายในการเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด (Barankin & Khanlou, 2007) ดังเช่นการศึกษาที่พบว่า การมีความยืดหยุ่นในชีวิตสูง ทำให้เยาวชนใช้สารเสพติดลดลง และมีการทำงานของสมองที่เกี่ยวข้องกับความจำดีขึ้น (Weiland et al. 2012) ความยืดหยุ่นในชีวิตจึงเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญ ที่ช่วยลดปัญหาด้านอารมณ์ และจิตสังคมในเยาวชน นอกจากนี้ การหวังผลถึงความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดเป็นสิ่งหนึ่งที่ผู้บำบัดให้ความสำคัญ เพราะเป็นคุณสมบัติของบุคคลที่จะใช้เหตุผลหรือการใช้ข้อมูลในการพิจารณาอย่างเป็นระบบ ที่จะเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เกิดความมุ่งมั่นที่จะใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อแก้ไขปัญหา และมีความกระตือรือร้นในการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขความล้มเหลวของตนเอง มีความคาดหวังในผลการกระทำของตนเอง ดังเช่น การศึกษาที่พบว่าความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดสามารถป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำและทำให้ประสบความสำเร็จในการเลิกเสพยาเสพติดของเยาวชนผู้ใช้สารเสพติดได้ (Sirinuan, Suphankul, NooSorn, & Wongsawat, 2016) ดังนั้น การพัฒนากระบวนการบำบัดที่ช่วยพัฒนาความยืดหยุ่นในชีวิตและเพิ่มความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดเป็นสิ่งที่น่าสนใจ เพื่อเพิ่มทางเลือกใหม่ ๆ ในการบำบัดการเสพยาเสพติดในเยาวชน

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้เป็นการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น (Preliminary study) เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนาต่อยอดเป็นโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธสัญญา เพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่นในชีวิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดในเยาวชนที่ใช้สารเสพติด เนื่องจากเป็นการศึกษาแนวทางและพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดเยาวชนผู้ใช้สารเสพติดที่อยู่ในกระบวนการบำบัดรักษารพัฒนากระบวนการบำบัด จึงจำเป็นต้องมีมุมมองของเยาวชนที่มีประสบการณ์ตรง รวมถึงความคิดเห็น ความเข้าใจ ความรู้สึก ความเชื่อ ความมุ่งมั่นตั้งใจของเยาวชน ดังนั้นการเข้าถึงความจริงนี้จึงต้องใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบการวิจัยเชิงคุณภาพที่วิธีการวิจัยเอื้ออำนวยให้เยาวชนที่ใช้สารเสพติดเปิดใจในการเล่าเรื่องราว ที่สะท้อนถึงการให้ความหมาย การบ่มเพาะของความยืดหยุ่นในชีวิตและความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด เพื่อให้ข้อมูลสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ในการพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธสัญญาเพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่นในชีวิตและความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดในเยาวชนที่เข้าบำบัดรักษายาเสพติดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อบรรยายความหมาย การบ่มเพาะของความยืดหยุ่นในชีวิตและความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดตามมุมมองของเยาวชนที่ใช้สารเสพติด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Descriptive qualitative research) เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ทำความเข้าใจกับธรรมชาติวิธีคิด มุมมอง ความเข้าใจ การให้ความหมายถึง ความยืดหยุ่นในชีวิตและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด

ผู้ให้ข้อมูลและเกณฑ์การคัดเลือก

ผู้ให้ข้อมูลคือเยาวชนที่ใช้สารเสพติด ที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดที่โรงเรียนวิวัฒนพลเมืองแห่งหนึ่ง และสถานบำบัดยาเสพติดเอกชน ประกอบด้วยเยาวชนที่ใช้สารเสพติด จำนวน 2 ราย และการสนทนากลุ่มเยาวชนที่ใช้สารเสพติด จำนวน 8 ราย ผู้ให้ข้อมูลมีคุณสมบัติดังนี้ คือ มีอายุตั้งแต่ 18-25 ปี สัญชาติไทย และไม่มีปัญหาสุขภาพกายและจิตที่ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview guideline) และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group interview guideline) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญทางการวิจัยเชิงคุณภาพ อาจารย์พยาบาล และอาจารย์ด้านจิตวิทยา จำนวน 3 ท่าน โดยมีแนวคำถามคือ 1) ท่านคิดว่าความยืดหยุ่นในชีวิต คืออะไร และอะไรคือสิ่งที่แสดงให้เห็นว่า ท่านมีความความยืดหยุ่นในชีวิต 2) ท่านมีความยืดหยุ่นในชีวิตหรือไม่อย่างไร 3) ท่านคิดว่าการมีความยืดหยุ่นในชีวิต จะช่วยเพิ่มความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดและปกป้องไม่让您กลับไปใช้สารเสพติดได้หรือไม่อย่างไร 4) ท่านคิดว่าอะไรคืออุปสรรคในการที่ท่านจะเลิกเสพยาเสพติด และกลับไปสู่ครอบครัว ชุมชนได้

5) ท่านคิดว่าจะมีแนวทางการพัฒนาความยืดหยุ่นในชีวิตของเยาวชนที่ใช้สารเสพติดอย่างไร 6) สิ่งที่จะทำให้ท่านประสบความสำเร็จในการเลิกเสพยาเสพติดคืออะไร 8) ท่านในฐานะเยาวชน ต้องการการช่วยเหลืออะไรบ้างในการพัฒนาความยืดหยุ่นในชีวิตจนนำไปสู่ความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดและปกป้องไม่让您กลับไปใช้สารเสพติดได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยครั้งนี้จะผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ Sci 018/ 2562 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย การทำวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจโดยไม่มีการบังคับการบำบัดสารเสพติด หรือผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วม หากกลุ่มตัวอย่างยินดียใจเข้าร่วมวิจัยจะให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอม ระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัย สามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ และไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง การนำเสนอข้อมูลเป็นไปในภาพรวมเท่านั้น และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามคณะผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ในกรณีที่สัมภาษณ์เด็กและเยาวชนอาจมีผลกระทบกระเทือนจิตใจบ้าง ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร บรรยากาศเป็นกันเอง ไม่กดดัน ผู้ให้ข้อมูล ใช้ภาษาของเด็กวัยรุ่น สถานที่ที่เป็นส่วนตัว และไม่มีท่าทีตำหนิหรือตัดสินผู้ให้ข้อมูล ในกรณีที่ให้ข้อมูลแล้วเกิดผลกระทบด้านจิตใจ และรู้สึกไม่สะดวกใจต่อการให้ข้อมูล ผู้วิจัยแจ้งว่าสามารถยุติการให้ข้อมูล โดยไม่มีการแจ้งยุติการให้ข้อมูลระหว่างสัมภาษณ์และไม่มีผลกระทบต่อการบำบัดสารเสพติด

การเก็บข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดย 1) การสัมภาษณ์เชิงลึก ความคิดเห็นของเยาวชนจากสถานบำบัดโรงเรียนวิวัฒน

พลเมืองแห่งหนึ่ง และสถานบำบัดยาเสพติดเอกชน โดยใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ สัมภาษณ์คนละ 1 ครั้ง โดยใช้เวลาทั้งสิ้น 60-90 นาที สัมภาษณ์ในห้องประชุมเล็กที่มีความมิดชิดและเป็นส่วนตัว มีผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 2 คน และ 2) การเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม เพื่อรับฟังความคิดเห็นของเยาวชนจากสถานบำบัดโรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง และสถานบำบัดเอกชนแห่งหนึ่ง โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม มีการบันทึกเสียงการสนทนากลุ่ม ดำเนินการสนทนากลุ่ม 1 ครั้ง โดยใช้เวลาทั้งสิ้น 90 นาที ในห้องประชุมเล็กที่เงียบสงบ ไม่มีผู้อื่นรบกวน มีเยาวชนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 8 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระเนื้อหา (Thematic analysis) คือ 1) นำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปคำต่อคำ (transcribed verbatim) 2) อ่านคำสัมภาษณ์หลาย ๆ รอบ เพื่อแยกข้อมูลประเด็นย่อย (categories) 3) จำแนก จัดหมวดหมู่ข้อมูล นำความเชื่อมโยงมาขยายความ และสรุปเป็นประเด็นหลัก (theme) 4) ตรวจสอบข้อค้นพบ ที่เป็นประเด็นหลัก ประเด็นย่อย สรุปข้อคิดเห็น (Braun & Clarke, 2006)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างความน่าเชื่อถือของการวิจัย โดย

1. เลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความเหมาะสมและเป็นตัวแทนเยาวชนที่มีประสบการณ์ตรงในการเป็นผู้ใช้สารเสพติดและเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด จึงทำให้เพิ่มความถูกต้องของข้อมูล (credibility)
2. นำข้อมูลที่เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลในประเด็นหลักและประเด็นย่อยต่าง ๆ ให้ทีมวิจัยและผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ (peer debriefing) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษายาเสพติดและงานวิจัยเชิงคุณภาพ

3. การตรวจสอบด้าน ความคงที่ สอดคล้องกับข้อมูล (dependability) ด้วยการที่ผู้วิจัย ดำเนินการวิจัยตามระเบียบและขั้นตอน แสดงให้เห็นชัดเจนถึงกระบวนการได้มาซึ่งข้อมูล ทำให้ตรวจสอบเส้นทางการวิจัยได้ (Audit trail) นำเสนอข้อมูลครบถ้วน ประเด็นข้อค้นพบได้รับการยืนยันและพิจารณาร่วมกันในทีมวิจัย

และที่ปรึกษาโครงการวิจัย

4. การตรวจสอบด้านการยืนยันผลการวิจัย (confirmability) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลและบันทึกไว้อย่างเป็นระบบ ทั้งการสัมภาษณ์ การถอดเทป การตรวจสอบกลับด้วยการอ่านบันทึกการถอดความพร้อมการฟังเทปซ้ำ มีการอ้างอิงคำพูด (quotation) ของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอข้อมูล โดยใช้ถ้อยคำของผู้ให้ข้อมูลให้มากที่สุด และตัดบางเนื้อหาที่ไม่เกี่ยวข้องออกไป เพื่อสื่อความหมายที่กระชับ นอกจากนี้ ในขั้นตอนการวิเคราะห์คำสำคัญ (significant statement) การจัดกลุ่มข้อมูล (category) การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล และการจัดกลุ่มตามประเด็นใจความหลัก (theme) ผู้วิจัยทำร่วมกับทีมวิจัยทั้งสิ้น 4 คน มีผู้สัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล 2 คน และร่วมจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล 4 คน และนำข้อมูลเข้าร่วมประชุมวิเคราะห์และอภิปรายผลกับที่ปรึกษาโครงการวิจัย เพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ

5. ความสามารถในการนำไปศึกษาหรืออธิบายกรณีอื่นที่มีลักษณะและเงื่อนไขคล้ายคลึงกัน (transferability) งานวิจัยนี้ไม่ได้มีจุดมุ่งหมายในการอธิบาย อ้างอิงในประชากรทั่วไป แต่สามารถอธิบายในบริบทการถอดบทเรียนจากเยาวชนที่ใช้สารเสพติด แต่อาจนำไปพิจารณาในกลุ่มอื่น ๆ ที่บริบทใกล้เคียงได้

ผลการวิจัย

เยาวชนที่ใช้สารเสพติดและเข้าบำบัดที่โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง และศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเอกชน จำนวน 10 คน ทั้งหมดเป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 19-24 ปี เข้ารับการบำบัดรักษาครั้งแรก 4 คน มากกว่า 2 ครั้ง 6 คน ซึ่งได้ให้ข้อมูลเชิงการเล่าเรื่องที่สะท้อนถึงความหมายการบ่มเพาะของความยืดหยุ่นในชีวิตและความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด ดังนี้

ความหมายของความยืดหยุ่นในชีวิต

จากการสัมภาษณ์เยาวชนที่ใช้สารเสพติด จำนวน 10 คน ถึงความหมายของความยืดหยุ่นในชีวิต ตามการรับรู้ความคิดและประสบการณ์ ผู้วิจัยได้ตั้งคำถามถึงความยืดหยุ่นในชีวิต ว่าคืออะไร มีความหมายอย่างไร อะไรคือสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าคุณมีความยืดหยุ่นในชีวิต เยาวชนที่

ใช้สารเสพติดได้ให้ความหมายของความยืดหยุ่นในชีวิตออกมาเป็น 2 ประเด็น คือ การยอมรับความไม่แน่นอนของชีวิต และคนมีปัญหา กล้าเผชิญ ด้วยการเล่าเรื่องจากการสัมภาษณ์เยาวชน ดังนี้

การยอมรับกับความไม่แน่นอนของชีวิต: เยาวชนให้ความหมายของความยืดหยุ่นในชีวิตว่า คือ การเข้าใจและยอมรับกับความไม่แน่นอนของชีวิต ว่าชีวิตคนเราอาจจะมีทั้งเรื่องหนัก เรื่องเบา มีขึ้นมีลงในแต่ละช่วงของชีวิตที่บางครั้งจึงต้องพยายามทำความเข้าใจ และมีการปรับเปลี่ยนมองทางบวกต่อการยอมรับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต

“ความยืดหยุ่นในชีวิต คือการยอมรับกับความไม่แน่นอน ความขึ้น ๆ ลง ๆ ของชีวิตประมานนี้ แต่ละช่วงเวลาด้วย ผมว่าจะเป็นเรื่องของอารมณ์ ความรู้สึกด้วย แล้วก็การกระทำของเราในแต่ละวัน แล้วก็บางที ความเข้าใจของเราต่อครอบครัวอะไรแบบนี้...อาจจะต้องมีแบบว่าผ่อนชะบ้าง หรือว่าบางสิ่งบางอย่างมันก็ไม่ได้หรืออาจจะต้องได้อะไรแบบนี้อะ มองว่ามันเป็นความไม่แน่นอนของชีวิตมากกว่า” (เยาวชนผู้เข้าบำบัดรักษายาเสพติดคนที่ 4 อายุ 23 ปี)

“ก็เข้าใจว่าความยืดหยุ่นในชีวิตคือ เหมือนกับว่ามันจะมีผ่อนบ้าง หรือว่ามันอาจจะหนักบ้าง อาจก็ต้องยืดไปแบบนี้แหละชีวิตอะไรแบบนี้อะครับ ผมเข้าใจแบบนี้แหละ” (เยาวชนผู้เข้าบำบัดรักษายาเสพติดคนที่ 4 อายุ 23 ปี)

“ความยืดหยุ่นในชีวิต คือมุมมอง เช่น เราจะรับแรงกดดันอะไรได้ไหมอะไรอย่างนี้ แต่ผมก็พยายามคิดนะ พยายามมองโลกในแง่ดี ไม่มองแต่ทางลบ ไม่งั้นเราก็คงไม่ได้ทำอะไรเลย” (เยาวชนผู้เข้าบำบัดรักษายาเสพติดคนที่ 6 อายุ 23 ปี)

คนสู้ปัญหา กล้าเผชิญ: เยาวชนให้ความหมายของความยืดหยุ่นในชีวิตว่า คือ การเป็นคนที่มีจิตใจของนักสู้ ต่อสู้กับอุปสรรคเพื่อให้ผ่านไปให้ได้โดยไม่ท้อถอย กล้าเผชิญกับปัญหาไม่ว่าจะยากแค่ไหน ไม่ถอดใจมีใจที่แน่วแน่ว เยาวชนบางคนเรียนรู้ความยืดหยุ่นในชีวิตจากบุคคลใกล้ตัว หรือบุคคลสำคัญในชีวิต ที่ทำให้เห็นและเชื่อว่าลักษณะของตัวเองแบบนั้น คือ ความยืดหยุ่นในชีวิต

“สิ่งที่ผมเข้าใจก็ประมาณว่ามันอาจจะมิตีบ้างใน

ชีวิต บางทีมันก็มีจุดที่แย่มาก ส่วนตัวผมแล้วก็นึกถึงตัวเองก่อนเลย แต่ละช่วงชีวิตแต่ละช่วงเวลาที่อาจจะมีอุปสรรคที่เข้ามาหลาย ๆ อย่าง เราต้องเข้มแข็งหรือว่าสู้ให้ผ่านมันไปให้ได้ประมาณนี้ ผ่านหลาย ๆ อย่างได้ ในความคิดของผมมันเป็นเรื่องของภายในจิตใจมากกว่า จิตใจ ก็ส่วนมากจะมีลักษณะ มีความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ จิตใจสำคัญมาก คือถ้าจิตใจเราเข้มแข็ง หรือจิตใจเราคิดบวกก็อาจจะเข้มแข็งได้” (เยาวชนผู้เข้าบำบัดรักษายาเสพติดคนที่ 1 อายุ 22 ปี)

“ถ้าถามถึงความยืดหยุ่นในชีวิต ผมเข้าใจว่ามันน่าจะเป็นแบบว่าความมั่นคงมากกว่า แบบว่าเวลาที่เราเจอเรื่องร้าย ๆ หรือว่าเจอเรื่องแย่ ๆ อุปสรรคอะไรต่าง ๆ เป็นความต่อเนื่องมากกว่าว่าตัวเราจะยืนได้หรือเปล่า เราจะแก้ไขปัญหามาได้อะไรหรือเปล่าแค่นั้นครับ คือความหมายความคิดของผมว่าเป็นการกระทำมากกว่า การกระทำที่บ่งบอกถึงตัวตนเค้าว่า ตัวเขาเองเขาเข้มแข็ง ตัวเขาเองไม่อ่อนแอไม่ว่าจะเจออะไร ผมเข้าใจอย่างนั้น” (เยาวชนผู้เข้าบำบัดรักษายาเสพติดคนที่ 2 อายุ 24 ปี)

“ก็แบบว่าเจอเห็น ๆ พ่อผมนี่แหละคนมีความยืดหยุ่นในชีวิต คนที่แข็งแกร่งในชีวิต พ่อผมลูกก็เยอะ แต่เค้าก็ไม่ถอดใจ คือเขาก็พยายามที่จะต่อสู้ขึ้นมา แล้วก็แก้ไขปัญหาของเขา ไม่ว่าจะทำกี่ครั้งก็ทน เขาล้มก็ครั้งเค้าก็เผชิญปัญหาดูตรงนั้น เขาก็ต้องแก้ไขให้ได้ ผมว่าเขาเข้มแข็งมาก” (เยาวชนผู้เข้าบำบัดรักษายาเสพติดคนที่ 4 อายุ 23 ปี)

การบ่มเพาะความยืดหยุ่นในชีวิต

เยาวชนที่ใช้สารเสพติดถ่ายทอดการรับรู้ ความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการสร้าง พัฒนา หรือบ่มเพาะความยืดหยุ่นในชีวิต เป็น 3 ประเด็น คือ การตระหนักถึงการสร้างชีวิต สร้างคุณค่า การยืนหยัดแก้ปัญหาและการมีความหวังและกำลังใจ

ตระหนักถึงการสร้างชีวิต สร้างคุณค่า: เยาวชนถ่ายทอดประสบการณ์ออกมาว่า การที่เขาจะพัฒนาความยืดหยุ่นในชีวิตได้ เขาต้องมองย้อนกลับไปถึงคนที่สำคัญในชีวิต การกลับไปทำบาปหน้าหน้าที่ต่าง ๆ ที่สะท้อนตัวตนเพื่อที่จะสร้างชีวิต สร้างคุณค่าตนเองขึ้นมาใหม่

“มอง ๆ ถึงคนข้างหลังดีกว่า พ่อ แม่ ลูก ครอบครัว เพราะว่ากลัวว่าวันนึงจะสูญเสียพวกเขาไปแค่นั้นเอง มัน

เลยทำให้เรารู้สึกเข้มแข็ง พอได้แล้ว เบรกหยุดไว้ตรงนี้ได้กว่าเราก็กี่เสพนานแล้วครับ” (เยาวชนผู้เข้าบำบัดรักษา ยาเสพติดคนที่ 1 อายุ 22 ปี)

“ก็ต้องบอกตัวเองว่าต้องกลับไปเป็นพ่อที่ดีให้กับลูกอะครับ เพราะผมไม่อยากให้ลูกมีพ่อติดยา หรือว่าไม่อยากให้ลูกมีพ่อเป็นซี้คุกอะไรแบบนี้ละ ผมไม่อยากให้ถึงวันนั้น ผมว่าถ้าผมมองตรงนี้นะมากกว่าในตัวข้างหน้าอาจจะทำให้ผมรู้สึกเข้มแข็งขึ้นมา แล้วตัดปัญหาตัดตรงนั้นได้” (เยาวชนผู้เข้าบำบัดรักษา ยาเสพติดคนที่ 8 อายุ 20 ปี)

“ที่ผ่านมาคือไม่ค่อยฟังใครอะครับตอนอยู่ที่บ้านคือการเรียนเราก็กี่เรียน ไม่ชอบที่จะเรียน ติดเพื่อนให้ใจเพื่อน คือเราไม่ไว้วางใจคนในบ้านของเราเอง แต่คิดว่าเพื่อนดีที่สุตอะไรแบบนี้อะครับ ด้วยอายุผมตอนนั้นประมาณ 15-16 พอติ ก็เป็นช่วงที่ติดเพื่อน แต่พอมายาบำบัดที่นี่ เราเริ่มมองตัวเองมากขึ้นอะครับ เริ่มเข้มแข็งมากขึ้นด้วย ต้องเจอกับความรู้สึกหลาย ๆ อย่าง ต้องเจอเรื่องกดดันอะไรหลาย ๆ อย่าง ทำให้เราโตขึ้นเข้มแข็งขึ้นอะไรอย่างนี้ อะครับ อยากเป็นคนใหม่ที่มีคุณค่า (เยาวชนผู้เข้าบำบัดรักษา ยาเสพติดคนที่ 3 อายุ 19 ปี)

การยืดหยุ่นแก้ปัญหา: เยาวชนให้มุมมองว่า การสร้างความยืดหยุ่นในชีวิตให้เกิดขึ้นได้ ต้องปรับมุมมองในการมองปัญหา ต้องยืดหยุ่นที่จะแก้ไขปัญหานั้นๆ เผชิญหน้ากับปัญหานั้น โดยที่เริ่มแก้ไขจากตัวเราเองก่อน

“ปัญหาที่ทำให้เราทุกข์ ที่ทำให้เราเครียด ต้องมองย้อนกลับไปครับ ปัญหาที่ผ่านมา ผมว่ามันไม่มีปัญหาอะไรทุกข์เท่ากับที่เจอมาที่ผ่าน ๆ มาแล้วครับ ตั้งแต่เจอมาตั้งแต่เด็ก ๆ ผมว่าปัญหานั้นแหละยากลำบากสุดละ ผมว่ามันน่าจะผ่านไปได้ด้วยดีครับ ปัญหายากแค่ไหนเราก็กี่ต้องแก้ปัญหาให้ได้ครับ เพราะไม่มีใครแก้ปัญหาให้เราได้ครับ ต้องแก้ด้วยตัวเอง ก็ลองจนกว่าปัญหามันคืออะไร มันเกิดจากอะไร ทำให้ถึงเกิดขึ้นมา ก็ชนกับปัญหานั้นแล้วก็กี่แก้ไขครับ” (เยาวชนผู้เข้าบำบัดรักษา ยาเสพติดคนที่ 5 อายุ 22 ปี)

“การที่จะผ่านไปได้ต้องเริ่มต้นจากตัวเราเองก่อนครับ แล้วก็ครอบครัว หรือว่าเราจะผ่านมันไปอย่างไร ปัญหา มันเกิดจากอะไร ใครจะสามารถช่วยเราได้แล้วก็กี่เราต้องทำอย่างไรถึงปัญหามันจะหมดไปผ่านไปได้” (เยาวชนผู้เข้าบำบัดรักษา ยาเสพติดคนที่ 10 อายุ 24 ปี)

การมีความหวังและกำลังใจจากบุคคลสำคัญ

เยาวชนให้มุมมองว่า การมีชีวิตที่มีความยืดหยุ่นต้องการการบ่มเพาะจากความหวังและกำลังใจ ที่มีบุคคลสำคัญที่อยู่เบื้องหลัง เช่น บุคคลในครอบครัว พ่อ แม่ เยาวชนถ่ายทอดความรู้สึกว่า การมีชีวิตที่ปราศจากความหวัง ทำให้จิตใจหดหู่ รู้สึกเหนื่อยยากในการข้ามผ่านปัญหา ซึ่งความหวังและกำลังใจนี้ จะทำให้เขาสร้างเป้าหมาย และเชื่อมั่นในการเดินไปสู่เป้าหมายนั้น

“เราต้องมีเป้าหมายของตัวเองครับ มีเป้าหมายก็ต้องทำสิ่งนั้นให้ได้ เราต้องมีเป้าหมายในตัวเองครับ มองทุกอย่างอย่างไม่มีหวังจิตใจเรามากก็หดหู่ แต่ว่ามันก็จะยากหน่อยที่เราจะผ่านมันไปได้ แต่ถ้ามองแบบมีความหวัง ก็กี่ใจเราก็กี่ต้องผ่านไปได้” (เยาวชนผู้เข้าบำบัดรักษา ยาเสพติดคนที่ 5 อายุ 22 ปี)

“พ่อแม่ครับ สำหรับความช่วยเหลือยามนี้เราก็กี่ไปคือเราไม่มีอะไรเลย เราต้องการความช่วยเหลือจากพ่อแม่ครับในช่วงกลับไปเริ่มต้น เพราะว่าไม่มีใครช่วยเราได้ นอกจากตนเองและคนในครอบครัว คนอื่นอาจไม่มีใครรักเราจริง ช่วยเหลือก็กี่คือทำอะไร คงต้องมีพ่อกับแม่เซ็นรับรองตลอด พ่อแม่ก็กี่ต้องช่วยเป็นกำลังใจ ช่วยผลักดันคอยช่วยดูอยู่ห่าง ๆ ครับ แล้วผมจะพยายามด้วยตัวเอง” (เยาวชนผู้เข้าบำบัดรักษา ยาเสพติดคนที่ 8 อายุ 20 ปี)

ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด

ความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด เป็นอีกตัวแปรหนึ่งในงานวิจัยนี้ให้ความสำคัญ และคาดหวังว่า กระบวนการพัฒนาเยาวชนให้มีความยืดหยุ่นในชีวิตจะส่งผลต่อทัศนคติและกระบวนการคิด จนนำไปสู่ความตั้งใจที่จะไม่ข้องเกี่ยวกับยาเสพติดของเยาวชน จึงได้สัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับมุมมองของเยาวชน ต่อความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดว่า มีสิ่งใดบ้างที่เป็นสิ่งสนับสนุน และสิ่งใดเป็นอุปสรรคต่อความตั้งใจเลิกเสพยาเสพติด เยาวชนถ่ายทอดความคิดและประสบการณ์เกี่ยวกับความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดออกมาเป็น 5 ประเด็นหลัก คือ 1) ติดอาวุธให้ชีวิต พร้อมพิชิตและเผชิญ 2) มองย้อนกลับไปถึงคนข้างหลัง 3) จัดการสิ่งแวดล้อม และ 4) มองกลับไปในอดีต เพื่อขีดเส้นทางของอนาคต และ 5) การต่อสู้ภายใน: อุปสรรคที่ต้องเผชิญ

ติดอาวุธให้ชีวิต พร้อมพิชิตและเผชิญ: เยาวชน ถ่ายทอดประสบการณ์ว่า ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด ถูกบ่มเพาะจากการเข้ารับการบำบัดในสถานบำบัด ด้วยบรรยากาศของความเป็นกันเอง การให้เกียรติในความเป็นบุคคลหนึ่ง การสอนทักษะต่าง ๆ ที่เหมือนเป็นการติดอาวุธให้ชีวิตเพื่อออกไปพร้อมเผชิญกับความเป็นจริงของโลกภายนอก เช่น สอนเรื่องการปฏิเสธ การหาทางออกของปัญหา ทำให้เยาวชนปรับมุมมองในการมองปัญหา หันกลับไปมองครอบครัวด้วยมุมมองที่แตกต่างออกไป

“ถามว่าอะไรที่ทำให้ผมมั่นใจว่าจะเลิกยา อะไรที่จะทำให้ผมเลิกได้สำเร็จคือ บ้านนี้ (สถานบำบัด) เขาสอนผม สอนเรื่องการปฏิเสธ หรือว่าสอนเรื่องการหาทางออกของปัญหา สอนให้ระลึกถึงสิ่งดี ๆ ที่เรามี หากคุณค่าในสิ่งที่ตัวเราทำ ก่อนหน้านั้นคือเราจะไม่ค่อยกับครอบครัว เราจะใช้ความคิดของตัวเองเป็นหลักว่า พ่ออย่างนั้น แม่อย่างนี้ เราก็ปฏิเสธ ประชดอะไรอย่างนี้ พอเราเข้ามาอยู่ในนี้แล้ว เราได้เห็นอะไรหลาย ๆ อย่างที่มันเปลี่ยนไป ตรงนี้แหละที่น่าจะทำให้ผมเลิกยาได้ มันใจว่าอยากเลิกแล้ว เพราะว่า 12 ปีที่เล่นมา มันเหนื่อยแล้วอะ มันมีแต่อะไรก็ไม่รู้ เมื่อก่อนความหมายคือบ้านยังไม่ใช่บ้าน พ่อเราก็ไม่ใช่แม่เราก็ไม่ใช่ สายตาที่เขามองเรามันเหมือนกับเราเป็นคนอื่น แต่พอเราเข้ามาอยู่ที่นี้ ก็ได้ปรับเปลี่ยนความคิดตัวเอง ผมได้พ่อของผมนกลับมา ผมได้แม่ของผมน ความคิดผมเปลี่ยนไป ผมเข้าใจเขามากขึ้น” (เยาวชนผู้เข้าบำบัดรักษาเสพติดคนที่ 4 อายุ 23 ปี)

คิดถึงและเป็นห่วงคนในครอบครัว: เยาวชน เล่าถึงความรู้สึกว่า ความตั้งใจจะเลิกใช้ยาเสพติด เกิดจากความรู้สึกภายในที่มองย้อนกลับไปทัศนข้างหลัง คือ คนในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ น้อง หรือลูก ทำให้เยาวชนคิดว่าคงถึงเวลาที่ต้องปรับเปลี่ยนชีวิต และเริ่มต้นชีวิตใหม่

“มันก็ยากนะครับ แต่ก็ต้องฝืนที่จะทำ.....เพราะเผชิญไม่ค่อยผืนอะไร....ทำอะไรไม่ค่อยนาน ก็ตอนนี้ก็เป็นห่วงน้องมากกว่า แม่ก็เริ่มแก่ขึ้นทุกวันแล้ว น้องก็หลายคน ก็เป็นส่วนตรงนี้ก็เป้นแรงผลักดันตัวเองมากกว่าว่าต้องเริ่มต้นชีวิตใหม่ ก็มีอะไรก็จะพูดจะคุยกับเขาให้มากกว่าเดิม ผมหมายถึงคุยกับพ่อแม่ เพราะตั้งแต่อายุ 13 มา ตั้งแต่ผมเข้า ม.1 เรียนมัธยม ผมก็ไม่เคยทำให้เขามีความสุขเลย ตอนนี้นักอายุ 19 แล้ว ก็อยากทำให้เขา

มีความสุขบ้างในตอนแก่ เขาก็เริ่มแก่ขึ้นแล้วครับ ก็อยากจะทำแทนตอนที่เขามีสชีวิตอยู่อะไรอย่างนี้ (เยาวชนผู้เข้าบำบัดรักษาเสพติดคนที่ 3 อายุ 19 ปี)

“ผมว่าส่วนหนึ่งมันก็มาจากครอบครัวด้วยที่จะช่วยให้เราเลิกได้ น่าจะถึงเวลาแล้ว จะรอให้เขาตายกันไปข้างหนึ่งก่อนมันก็ไม่ใช่ มันก็ลึก ๆ คิดตลอด ก็อยากทำให้เขามีความสุขบ้างมากกว่า เกิดมา 23 ปี ผมเห็นเขาก็แทบไม่มีความสุขเลย ตั้งแต่เลี้ยงผมมา อยากจะเปลี่ยนเขาบ้างเป็นเพราะเขาพูดอยู่กับผมบ่อย ๆ แหะว่าเกิดมาไม่เคยทำให้มีความสุขเลย ก็อยากเปลี่ยน เปลี่ยนให้เขาสบายใจขึ้น” (เยาวชนผู้เข้าบำบัดรักษาเสพติดคนที่ 4 อายุ 23 ปี)

“ผมต้องไป ๆ ช่วยเหลือพ่อแม่ พ่อผมอย่างที่ยบอกที่บ้านผมค่อนข้างมีฐานะ พ่อผมเป็นเจ้าของโรงงานอยู่ ชุมพรเป็นเจ้าของโรงงานเลย แล้วก็ผมต้องไปช่วยดูแลตรงนั้น ช่วยทำงานต่อจากเขามากกว่า รู้สึกคิดถึง ความรู้สึกเหนื่อย ความรู้สึกโหยหาครอบครัวอะครับ มัน ๆ ไม่อยากกลับมา รู้สึกที่ว่าเอ้ยวันหนึ่งเราต้องนั่งร้องไห้ ต้องบอกว่าเอ้ยคิดถึงลูก คิดถึงพ่อ คิดถึงแม่ ผมอยากกลับบ้าน ผมไม่อยากกลับไปอยู่ความรู้สึกแบบนั้นครับ เวลาเราคิดอยากกลับไปเสพลกลับไปอะไรอย่างนี้ กลับไปเล่นกลับไปเที่ยวแบบเดิม เราก็คิดว่าเอ้ยอดีตที่ผ่านมาแบบยังล้มเหลวไม่พอหรอก จะต้องเปลี่ยนได้แล้ว อีกหนึ่งอย่างก็ครอบครัวเลยครับกำลังใจจากครอบครัวสำคัญมากก็ต้องคอยประคับประคองเราไป ก็เราก็ต้องปรับพฤติกรรมตัวเองเข้าหาครอบครัวด้วยครับ” (เยาวชนผู้เข้าบำบัดรักษาเสพติดคนที่ 2 อายุ 24 ปี)

จัดการสิ่งแวดล้อม: เยาวชนให้ความคิดเห็นไปในแนวทางเดียวกันหลายคนว่า การที่จะเลิกได้สำเร็จ จำเป็นต้องมีการจัดการชีวิตแบบใหม่ ไม่สามารถวนกลับไปอยู่กับสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ เพื่อนกลุ่มเดิม ๆ หรือแม้แต่ชุมชนเดิม ๆ ที่ง่ายต่อการเข้าถึงยาเสพติด เยาวชนจึงคิดถึงการจัดการชีวิตแบบใหม่ ที่อาจต้องตัดปัจจัยที่เป็นปัญหาและนำไปสู่การใช้ยาเสพติดซ้ำ เช่น การหางานทำ การเปลี่ยนที่อยู่อาศัย การปฏิเสธเพื่อนที่ใช้ยา หรืออาจจำเป็นต้องตัดความสัมพันธ์

“ถ้าถามตัวผมเองความเข้มแข็งที่จะทำให้ตัวผมเลิกยาได้ ที่หนึ่งเลยผมว่า ผมต้องตัดเพื่อนกลุ่มเพื่อนก่อน

ซึ่งมันเป็นเรื่องยากสำหรับตัวผม เพราะว่าผมเป็นคนที่ยอมรับว่ารักเพื่อน แล้วก็คือจะบอกยังไงว่า ถ้าเพื่อนเสพติดหรือว่าเพื่อนเล่นอะไรอย่างนี้อะครับหนึ่งในนั้นก็ต้องมีผม เพราะว่าผมเป็นคนที่ดีต่อกลุ่มอ่วยให้กับตัวเอง เหยย เดียวก็เลิกได้อะไรอย่างนี้อะครับ แต่มันก็หลายปีแล้ว มันก็ ๆ ยังเลิกไม่ได้ ผมว่ามันน่าจัดการความรู้สึกของเราเองดีกว่าว่าเราจะเลิกตรงนี้ยังดีกว่า ต้องตัดเพื่อนกลุ่มนี้ จะไม่วนกลับไปสถานที่เดิม ๆ เพราะว่าที่ผ่านมามันก็ไม่ได้ตั้งใจที่จะเลิก ที่ผ่านมามีเพื่อนออกมาที่กลับมาที่เดิม ไปหาเพื่อนคนเดิม สังคมเดิม สภาพแวดล้อมเดิม ๆ อย่างกลับไปคบเพื่อนเดิม ๆ สภาพแวดล้อมเดิม ๆ” (เยาวชนผู้เข้าบำบัดรักษาเสพติดคนที่ 1 อายุ 22 ปี)

“การใช้ชีวิตประจำวัน ถ้าเป็นคนที่ไม่พึ่งยาเสพติด ก็จะใช้ชีวิตอยู่แต่เดิม ๆ เจอแต่เพื่อนฝูงคนเดิม ๆ อะไรอย่างนี้อะครับ ถ้าจะทำ สิ่งที่จะสามารถช่วยเราได้ก็เข้าหาคนหม่มา เข้ากับคนในชุมชนได้ เป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน ถ้าเราอยู่แต่เดิม ๆ ก็เพื่อนครับ ที่บ้านพ่อข้าง ๆ บ้านก็ขายของถัดไปก็ขาย ในชุมชนอยู่กับยาเสพติดเยอะมากและก็มีบริเวณในชุมชนเด็กตัวเล็ก ๆ ป.6, ม.1, ม.2 ก็เสพติดกันแล้ว สังคมเปลี่ยนไปเยอะครับทุกวันนี้ (เยาวชนผู้เข้าบำบัดรักษาเสพติดคนที่ 5 อายุ 22 ปี)

“ต้องมีตัวอื่นมาช่วยด้วยครับ ผมอยากลองแบบถ้าตัวเราได้ทำงาน เข้าไปพวกเพื่อนมันชวนอาจจะปฏิเสธ แต่ก็ยังไม่ได้ทำงาน ก็ให้อยู่บ้าน ถ้าถามว่ามียาบ้า...มี ผมก็ปฏิเสธไปบ้างก็ไม่สนใจ (เยาวชนผู้เข้าบำบัดรักษาเสพติดคนที่ 6 อายุ 23 ปี)

มองกลับไปในอดีต เพื่อขีดเส้นทางของอนาคต

เยาวชนที่ใช้สารเสพติดล้วนมีอดีตที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้องกับเส้นทางการใช้สารเสพติด ทั้งอดีตที่เคยใช้สารเสพติด การถูกดำเนินคดี การต้องสูญเสียการคงในบทบาททางสังคมที่ควรจะทำ เช่น ความเป็นพ่อ การเป็นลูก ทำให้สูญเสียเวลาไปกับสิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์ในอดีต เยาวชนจึงคิดที่จะเริ่มต้นมองอนาคตไปข้างหน้าว่าจะปรับปรุงการดำเนินชีวิตอย่างไร เพื่อรองรับการกลับไปทำหน้าที่ทางสังคมของตนเองด้วย

“ของผมเหอผมว่า คือไม่มีอดีตที่เราเคยผ่านมันมาแล้ว กว่าจะมาถึงจุดนี้ได้ หรือว่าแค่ช่วงระยะเวลาสั้น ๆ

ที่ที่เราเลิกยามาแล้วครับ ถ้าได้ออกไปจริง ๆ หรือว่าได้ ออกไปทำอะไรจริง ๆ มันก็คงจะนึกถึงอดีตมากกว่าว่าเอ้ย เราเคยโดนส่งไปอยู่ที่ไหน เราอยู่ข้างนอกเรามีอิสระ เราเข้ามาอยู่ข้างในแบบนี้มันไม่มีอิสระเหมือนข้างนอก ข้างนอกมันมีกฎหมาย วันหน้าอาจจะไม่ใช่แค่ถูกบำบัด อาจจะเป็นคุกจริง ๆ หรือว่าเรือนจำจริง ๆ ส่วนตัวผม อดีตที่ผ่านมา ก็เป็นเครื่องเตือนใจหรือว่าให้เราคิดตระหนักให้เวลาที่เราคิดจะทำอะไรประมาณนี้ครับ ก็เป็นเครื่องเตือนใจได้อย่างดีเลย เพราะว่าถ้าออกไปนี่คงไม่อยากจะพลาดคือแบบว่ากลับไปทำอะไรที่มันซ้ำ ๆ เดิม ๆ อีกแล้ว” (เยาวชนผู้เข้าบำบัดรักษาเสพติดคนที่ 3 อายุ 19 ปี)

“ก็ต้องนึกถึงอดีต เพราะว่าต่อไปเป็นอนาคตข้างหน้า เราก็ต้องคิดแล้วว่าอดีตเราทำอะไรมา มันทำอะไรไว้กับเรา แล้วเราจะคิดไม่กลับไปเป็นอีกครั้งหนึ่ง ผมคิดว่าอดีตมันก็ช่วยเราได้อะ แบบว่า เหยย ถ้าเสพติดก็ต้องกลับมาต้องใช้ชีวิตแบบเดิม ๆ อยู่ในสังคมเดิม ๆ มันก็ไม่ได้ช่วยอะไร ผมว่าการมองอนาคตมากกว่า มองว่าเราลองวาดอนาคตของเราเองได้ ต่อไปอนาคตของเราจะไปไว้ที่ไหน ต่อไปอาจจะไม่ใช่ที่นี่ ก็อาจจะเป็นในคุกอะไรอย่างนี้อะ ผมว่าครอบครัวก็น่าจะอีกส่วนหนึ่ง ถามว่าอยากเลิกไหมทุกวันนี้ อยากเลิกแล้ว กลัวไหมก็กลัว กลัวกลับไปเจอสังคมเดิม ๆ อะไรแบบนี้ แต่ว่ามันก็ต้องสู้ให้ได้ ก็พยายามปรับตัวเองด้วย รับฟังที่บ้านบ้างรับฟังเขาบ้าง ไม่ใช่เอาตัวเองถูกอย่างเดียว” (เยาวชนผู้เข้าบำบัดรักษาเสพติดคนที่ 4 อายุ 23 ปี)

การต่อสู้ภายใน: อุปสรรคที่ต้องเผชิญ: เยาวชนยังได้ให้ข้อคิดเกี่ยวกับสิ่งที่เขากำลัง รู้สึก และได้รับมา ว่า เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องเตรียมพร้อมในการเผชิญ เมื่อต้องพยายามห่างไกลจากยาเสพติด ซึ่งก็คือ การต่อสู้กับความรู้สึกภายใน จากการต่อสู้กันระหว่าง ความคิดด้านขาว คือ พยายามไม่กลับไปยุ่งเกี่ยว และ ความคิดด้านดำ คือ การอยากไปเสพติด ความทุกข์ทรมานของเยาวชน จึงมาจากการพยายามต่อสู้ภายใน เพื่อให้อึดจ้านึกด้านขาวชนะ แต่ในความเป็นจริง การติดสารเสพติด เป็นการติดทั้งร่างกายและจิตใจ เยาวชนจึงต้องต่อสู้ดิ้นรนเพื่อให้ก้าวข้ามสิ่งนั้น นอกจากนี้ การเคยเป็นคนใช้ยาเสพติด เป็นภาพที่ผู้อื่นและคนในสังคมที่รู้ความจริง จดจำและตีตรา เยาวชนจึงต้องต่อสู้กับความรู้สึกข้างในของความไม่เชื่อมั่นของผู้คนรอบข้าง

ว่าจะให้โอกาสตนเองหรือไม่

“ตัวเรานี้แหละ อุปสรรคมาจากตัวเราเอง ไม่ใช่ คือ จะห้ามตัวเองยังงี้ดีกว่า ผมว่ามันยาก เหมือนมันมีตัวขา กับตัวดำ ตัวดำมันก็เสเพลเลย ตัวขาวเอื่อยอย่าดีกว่า มันก็ เหมือนแบบเราจะเอนไปทางไหนมากกว่าถ้าถึงเวลานั้น จริง ๆ ผมว่ามันยากตรงที่ว่ามันกึ่ง ๆ ว่าเราจะเล่นหรือไม่เล่น หนสุดท้ายถ้าเราไม่ไหวจริง ๆ เราก็เล่นทุกที ไม่รู้มันอยู่ที่ใจ มากกว่าผมว่า ตัวขาวก็จะพยายามพาเราไปทางสิ่งที่ดี ถาม ว่ามันก็แบบอย่าเล่น อย่าไปเล่น รู้ถึงผลที่ตามมา ทั้ง ๆ ที่รู้ แต่ตัวดำก็ดึงไปจนเล่น ผมว่ามันต้องหาความสุขอย่างอื่น มากกว่าที่ว่ามันจะมาทดแทนได้อะไรอย่างนี้ละ เล่นกีฬา หรือทำอะไรที่เราชอบจริง ๆ ที่มันไม่ใช่สารเสพติด” “ก็ ความช่วยเหลือจาก ๆ อะไร จากใคร ผมก็ไม่แน่ใจเหมือนกัน เพราะว่ามันจะมีใครจะมาช่วยเหลือคนเสเพลฯ เรามีแต่มอง เราในแง่ลบ ใจช้ำ ถ้ามีก็มันน้อยที่จะมาช่วยเหลือจริง ๆ จัง ๆ ผมว่ามันก็ต้องช่วยเหลือตัวเองก่อน อยากมีหนทาง เดินต่อไป” (เยาวชนผู้เข้าบำบัดรักษายาเสพติดคนที่ 4 อายุ 23 ปี)

“คนจะเลิกอยู่ที่ใจมากกว่าครับ ไม่มีใครทำให้เรา เลิกได้หรอกครับ ไม่ว่าจะพ่อหรือจะแม่ จะเป็นใครก็แล้วแต่ ไม่มีใครสามารถทำให้เราเลิกได้ นอกจากใจตัวเราเอง” (เยาวชนผู้เข้าบำบัดรักษายาเสพติดคนที่ 5 อายุ 22 ปี)

“ชุมชนต้องกล้ายอมรับเรา สังคมต้องเปิดใจให้ โอกาสเรา ไม่ใช่ดูเราแค่ภายนอกเพราะคนเคยทำผิดเขาก็ มองลบอยู่เสมอ เขาตราหน้าเราไม่ดี ถึงแม้เราจะเลิกแล้ว ก็ตาม” (เยาวชนผู้เข้าบำบัดรักษายาเสพติดคนที่ 10 อายุ 24 ปี)

อภิปรายผล

จากการสัมภาษณ์เยาวชนที่ใช้สารเสพติด จำนวน 10 คน ถึงความหมายของความยืดหยุ่นในชีวิต ตามการ รับรู้ ความคิดและประสบการณ์ เยาวชนได้ให้ความหมาย ของความยืดหยุ่นในชีวิต ออกมาเป็น 2 ประเด็น คือ ความ ไม่แน่นอนของชีวิต และคนสู้ปัญหา กล่าวคือ ข้อยกเว้นนี้ สะท้อนให้เห็นว่า เยาวชนที่ใช้สารเสพติดมีมุมมองต่อชีวิต ในเชิงการต่อสู้กับความยากลำบาก ความไม่แน่นอนของ ชีวิต และชีวิตที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ มากมาย ข้อยก เว้นนี้ สอดคล้องกับการให้ความหมาย “ความยืดหยุ่น

ในชีวิต” ของกรมสุขภาพจิต แต่ใช้คำว่า “พลังสุขภาพจิต” ที่ให้ความหมายว่า คือความสามารถทางอารมณ์และจิตใจ ในการปรับตัวและฟื้นตัวกลับไปสู่ภาวะปกติ หลังประสบ กับเหตุการณ์วิกฤตหรือสภาวะการณ์รุนแรงในชีวิต มี 3 องค์ประกอบ ฮิต หมายถึง ความเข้มแข็งทางจิตใจ ทนทานต่อภาวะกดดันได้ดี จัดการความเครียดได้อย่าง เหมาะสม ควบคุมอารมณ์ได้ ฮิต หมายถึง มีความศรัทธา และกำลังใจที่ดี เชื่อว่าเหตุการณ์เลวร้าย ย่อมผ่านพ้นไปได้ ให้กำลังใจตัวเองและรับกำลังใจจากคนรอบข้าง และ สู้ หมายถึง ความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาได้อย่างชาญ ฉลาด มีทักษะในการแก้ไขปัญหาที่ดี หาทางออกได้อย่าง เหมาะสม ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ใหม่ได้ (Department of Mental Health, 2009) และยังสอดคล้องกับการวิจัย ของ Nintachan (2014) ที่ให้ความหมายความยืดหยุ่นชีวิต แต่ใช้คำในการศึกษาว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต ว่าหมายถึง ความสามารถ ศักยภาพ ของบุคคลในการจัดการกับ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจต่าง ๆ ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ รวมถึงสามารถรับมือกับผลกระทบที่เกิดจาก เหตุการณ์นั้นได้ในเวลารวดเร็ว อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ที่ดีขึ้น เติบโตขึ้น และเข้าใจชีวิตมากขึ้น

ผลการศึกษานี้ พบว่า การบ่มเพาะความยืดหยุ่น ในชีวิตตามมุมมอง เยาวชนที่ใช้สารเสพติดได้ถ่ายทอด การรับรู้ ความคิด ออกมาเป็น 3 ประเด็น คือ สร้างชีวิต สร้างคุณค่า การยืนหยัดแก้ปัญหา และ การอยู่ด้วยความหวัง และกำลังใจ นั่นคือ เยาวชนเชื่อว่า การพัฒนาความยืดหยุ่น ในชีวิต เขาต้องทำบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิต ให้ดีขึ้น สมบูรณ์ขึ้น เพื่อที่จะกอบกู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กลับมา ความหวังและกำลังใจจากบุคคลสำคัญในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ลูก ก็เป็นสิ่งที่เยาวชนร้องขอ เพื่อเป็นต้นทุน ชีวิตที่สำคัญในการเผชิญสิ่งต่าง ๆ ด้วยจิตใจที่แข็งแกร่งและ ยืดหยุ่นในการปรับตัว ข้อยกเว้นพบจากการศึกษานี้ สอดคล้อง กับการศึกษาในเยาวชนที่ใช้สารเสพติด ในโรงเรียนวิวัฒน์ พลเมือง พบว่าปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัย สำคัญที่มีผลมากที่สุดต่อความตั้งใจในการเลิกสารเสพติด ของเยาวชน ทั้งนี้เป็นเพราะแรงสนับสนุนทางสังคม จะช่วย ให้บุคคลมีกลไกและพฤติกรรมในการปรับตัวที่เหมาะสม ลดความกดดันด้านลบต่อตนเอง ช่วยให้ผู้บุคคลมีความสุข ภาควิชาในตนเอง มองตนเองว่ามีคุณค่า และรู้สึกว่า

เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้มีแรงผลักดันในการพยายามที่จะปรับปรุง เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น (Kaewmart, Dallas, Poonnotok, Dethchaiyot, & Bunpracha, 2017) และเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ Suntornvijitr, Hengudomsab, Vatanasin, and Dethchaiyot (2018) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยืดหยุ่นในชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ($r = .334, p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ Hills, Meyer-Weitz, and Asante (2016) ซึ่งศึกษาประสบการณ์ชีวิตของเด็กกัมพูชาในเมืองเดอร์บัน ออฟริกาใต้ พบว่า ความยืดหยุ่นในชีวิตส่งเสริมให้เยาวชนมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และเป็นคุณลักษณะสำคัญที่ทำให้เลิกเสพยาเสพติดได้ จากผลการวิจัย การบ่มเพาะความยืดหยุ่นในชีวิตจึงเป็นแนวคิดที่น่าสนใจในการนำมาพัฒนาในเยาวชนที่ใช้สารเสพติด เพื่อสร้างความยืดหยุ่นในจิตใจ ความเข้มแข็งในชีวิตและความหวัง ที่จะเป็ณภูมิคุ้มกันในชีวิตที่จะเผชิญกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ

ความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด มีความสำคัญในกระบวนการไม่กลับมาเสพยาซ้ำของเยาวชน เพราะความตั้งใจเป็นสิ่งที่มือทธิพลมาจากการแสดงพฤติกรรม เพราะบ่งชี้ถึงความมุ่งมั่นและทุ่มเทของบุคคลนั้น ในเยาวชนที่ใช้สารเสพติด ความตั้งใจในการเลิกเสพยาเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพราะเป็นคุณสมบัติของบุคคลที่จะใช้เหตุผลหรือการใช้ข้อมูลในการพิจารณา เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถ เกิดความมุ่งมั่นที่จะใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อแก้ไขปัญหา และมีความกระตือรือร้นในการเปลี่ยนแปลง มีความคาดหวังในผลการกระทำทางบวกของตนเอง จนเกิดเป็นความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด จากผลการวิจัยนี้ มีข้อค้นพบที่น่าสนใจ คือ เยาวชนรับรู้ว่ ความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดถูกบ่มเพาะจากการเข้ารับการบำบัดในสถานบำบัดรักษาการเสพยาเสพติด ด้วยบรรยากาศของการยอมรับ การเห็นคุณค่า การสอนทักษะต่าง ๆ เพื่อเตรียมความพร้อมในการกลับไปเผชิญกับความเป็นจริงของโลกภายนอก สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ Dallas, Puapan, Sakulkoo, and Smith (2010) ที่พบว่า การบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด ได้สร้างโอกาสที่หลากหลาย

เพื่อการพัฒนาตัวบุคคล เยาวชนที่ใช้สารเสพติดจะได้รับการเรียนรู้ใหม่เรื่องทักษะการใช้ชีวิต ที่เน้นการสร้างวินัยในตนเอง ส่งผลต่อความรับผิดชอบ การควบคุมตนเอง การรับรู้ความมีคุณค่า และการเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเอง ความรู้ที่พัฒนากระบวนการภายในตน เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมที่จะกลับไปใช้ชีวิตที่สอดคล้องกับสังคมส่วนรวม การรับการบำบัดแบบที่ได้รับการควบคุมดูแลอย่างเข้มงวด หรือ custodial treatment program จะได้รับการพัฒนาวินัยไปพร้อม ๆ กับความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกาย ข้อค้นพบอีกประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจจากการศึกษานี้ คือ เยาวชนรับรู้ถึงการต่อสู้กับความรู้สึกภายใน จากการต่อสู้กันระหว่าง ความคิดด้านขาว คือ พยายามไม่กลับไปยุ่งเกี่ยว และ ความคิดด้านดำ คือ การอยากไปเสพยา และการเคยเป็นผู้ใช้ยาเสพติด เป็นภาพที่ผู้อื่นและคนในสังคม จดจำและตีตรา เยาวชนจึงต้องต่อสู้กับความรู้สึกข้างในที่ขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่เชื่อมั่นต่อผู้คนรอบข้างว่าจะให้โอกาสในการกลับตัวเป็นคนดีอีกหรือไม่ ดังนั้น การพัฒนากระบวนการบำบัดที่ช่วยเพิ่มความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการดูแลเยาวชน นักบำบัดการเสพยาเสพติด ในการหาทางเลือกการบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ ที่จะช่วยสร้างความมั่นใจ ความเข้มแข็งจากจิตสำนึกด้านใน เพื่อหล่อหลอมให้กล้าที่จะลุกขึ้นมาสร้างชีวิตใหม่ ให้ปลอดจากการใช้สารเสพติดได้ แม้จะต้องกลับไปเผชิญปัญหา อุปสรรค และสิ่งแวดล้อมเดิม

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการวิจัยนี้ทำให้เห็นมุมมอง ความเข้าใจเรื่องความยืดหยุ่นในชีวิตและความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด จากประสบการณ์ตรงของเยาวชนที่ใช้สารเสพติด ทำให้ได้ข้อมูลที่สร้างความเข้าใจเชิงลึกที่จะเป็นประโยชน์ในกระบวนการพยาบาล และการดูแลเยาวชนกลุ่มนี้ ผลจากงานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ จึงควรนำผลการวิจัยไปบูรณาการกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการดูแลเด็กและเยาวชน กลุ่มผู้บำบัดการเสพยาเสพติดในเยาวชน และหลักการแนวคิดพื้นฐาน การบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธสัญญา รวมถึงหลักฐานเชิงประจักษ์อื่น ๆ เพื่อให้ข้อมูลสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เพื่อพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบการยอมรับและสร้าง
พันธสัญญาเพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่นในชีวิตและความ
ตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติดในเยาวชนที่เข้าบำบัดรักษา
ยาเสพติดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
(สวรส.) ที่สนับสนุนงบประมาณและทุนการวิจัย และขอ
ขอบคุณเยาวชนที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติดในโรงเรียน
วิวัฒน์พลเมือง และสถานบำบัดรักษายาเสพติดบ้านเพียร
พิทักษ์ ในการให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และขอขอบคุณ
สถาบันดังกล่าว ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวม
ข้อมูลดังกล่าว

References

- Barankin T., & Khanlou, N. (2007). Growing up resilient: Ways to build resilience in children and youth. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 18(4), 357.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Dallas, J. Ch., Puapan, S., Sakulkoo, S., & Smith, B. L. (2011). Male Thai adolescents transition from drug dependence to being drug free. *Pacific Rim Int J Nurs*, 15(4), 1-12.
- Department of Juvenile Observation and Protection, Ministry of Justice of Thailand. (2019). *The annual report on the public performance of the state for the fiscal year 2019*. Bangkok: Department of Juvenile Observation and Protection, Ministry of Justice of Thailand.
- Department of Mental Health. (2009). *5 Things to know about RQ*. Bangkok: Bureau of Mental Health Development, Department of Mental Health.
- Grotberg, E. H. (2003). *Resilience for today: Gaining strength from adversity*. Connecticut: Greenwood Publishing Group.
- Hills, F., Meyer-Weitz, A., & Asante, K. O. (2016). The lived experiences of street children in Durban, South Africa: Violence, substance use, and resilience. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(1), 1-11.
- Kaewmart, N., Dallas, J. C., Poonnotok, P., Dethchaiyot, P., & Bunpracha, S. (2017). Factors affecting the intention of drug abstinence among youth experiencing substance abuse. *Journal of Health Science Research*, 11(1):133-141. [In Thai]
- Nintachan, P. (2014). *Resilience: Concept, assessment, and application*. Bangkok: Judthong.
- Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. (2020). *Statistics on drug addicts of Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment in the fiscal year 2018-2020*. Retrieved December 20, 2020, from http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=3289&Itemid=53
- Sirinuan, S., Suphankul, P., NooSorn, N., & Wongsawat, P. (2016). Factors affecting amphetamine relapse among drug addicts after treatment. *Journal of Research in Health Sciences*, 10, 39-45. [In Thai]
- Suntornvijitr, S., Hengudomsub, P., Vatanasin, D., & Dethchaiyot, P. (2018). Predicting factors of depression among secondary school students in extended educational opportunity schools. *Nursing Journal of the Ministry of Public*, 28(2), 53-66.

The United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. (2020). *World drug report 2020*. Vienna, Austria: United Nations publication.

The Office of the Narcotics Control Board [ONCB]. (2019). *Drug prevention and treatment action plan 2019*. Bangkok: The Office of the Narcotics Control Board.

Weiland, B. J., Nigg, J. T., Welsh, R. C., Yau, W.-Y. W., Zubieta, J.-K., Zucker, R. A., & Heitzeg, M. M. (2012). Resiliency in adolescents at high-risk for substance abuse: flexible adaptation via subthalamic nucleus and linkage to drinking and drug use in early adulthood. *Adulthood. Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36(8), 1355-1364. doi:10.1111/j.1530-0277.2012.01741.x

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ต่อความรู้ พฤติกรรม และปริมาณการบริโภคผักผลไม้ และภาวะโภชนาการของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนสังกัดสำนักงานการศึกษาพื้นฐาน กรุงเทพมหานคร

ดวงใจ ลิ้มโตโสภณ, กศ.ม.¹ สุธาดา ตั้งอยู่ดี, พย.ม.^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ต่อความรู้ พฤติกรรมและปริมาณการบริโภคผักผลไม้ และภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และปีที่ 5 ของโรงเรียน สังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 2 โรงเรียน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น จำนวน 170 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการตามปกติร่วมกับโปรแกรมการส่งเสริม การบริโภคผักผลไม้ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง และนักเรียน แบบสอบถามความรู้การบริโภคผักผลไม้ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคผักผลไม้ แบบบันทึกปริมาณ การบริโภคผักผลไม้ของนักเรียน โปรแกรมคำนวณโภชนาการ เก็บข้อมูลก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา paired t-test, Wilcoxon Signed-rank Test, McNemar Bowker-Test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ นักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีคะแนน ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนพฤติกรรมการบริโภคผักผลไม้และปริมาณการบริโภคผักผลไม้ ไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($p > .05$) และสัดส่วนนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน/อ้วนไม่แตกต่างจาก ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($p > .05$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ช่วยให้นักเรียน มีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานผักผลไม้มากขึ้น ดังนั้นโรงเรียนควรจัดโปรแกรมการบริโภคผักผลไม้แก่นักเรียนอย่าง ต่อเนื่อง เพื่อให้นักเรียนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการบริโภคผักผลไม้ และมีการติดตามประเมินพฤติกรรม การบริโภคและภาวะโภชนาการเป็นระยะ

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริม การบริโภคผักผลไม้ พฤติกรรม ภาวะโภชนาการ นักเรียนชั้นประถมศึกษา

¹ อาจารย์ สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

* ผู้เขียนหลัก e-mail: suttada.t@rsu.ac.th

The Effects of a Program Promoting Vegetable and Fruit Consumption on Knowledge, Behavior and Amount of Vegetable and Fruit Consumption and Nutritional Status of Late Primary School Students in Bangkok

Duangjai Limtasopon, M.Ed.¹, Suttada Tangyoodee, M.S.N.^{1*}

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a program promoting vegetable and fruit consumption on knowledge, behavior and amount of vegetable and fruit consumption and the nutritional status of 4th and 5th grade students from two schools of the Office of Basic Education in Bangkok. 170 students chosen by stratified random sampling received the usual promotion of food consumption and nutritional status, and half received the 12-week vegetables and fruits consumption promoting program. Research instruments included a personal data record form, a questionnaire about Knowledge, Behaviors and Amount of Vegetable and Fruit Consumption, and the INMU-Thai Growth. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, Wilcoxon Signed-Rank Test, and the McNemar-Bowker Test.

The findings showed that after participating in the vegetables and fruits consumption program, mean knowledge scores were significantly higher ($p < .05$). Vegetable and fruit consumption behavior and the amount consumed were not different than before participating in the program ($p > .05$). The proportion of students measured as overweight/obese was not significantly different from before participating in the program ($p > .05$). The study suggested that the program helped students improve their knowledge of vegetable and fruit consumption. Therefore, the program should be provided continuously to enhance students' awareness of the benefits of vegetable and fruit consumption. Students' vegetable and fruit consumption and nutritional status should be evaluated periodically.

Key words: Promoting program, vegetable and fruit consumption, behavior, nutritional status, primary school student

¹ Instructor, Faculty of Nursing, Rangsit University

* Corresponding author e-mail: suttada.t@rsu.ac.th

ความสำคัญของปัญหา

ตามยุทธศาสตร์ชาติ “เมืองไทยแข็งแรง” ในปี พ.ศ. 2560-2564 ให้ความสำคัญกับเด็กโดยเฉพาะวัยเรียน (Mental Health Department, 2016) เพราะเป็นวัยที่ร่างกายมีการเจริญเติบโตทั้งขนาดและโครงสร้าง มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย อารมณ์และสังคม (Pediatric Society of Thailand, 2017) การส่งเสริมให้เด็กวัยนี้ได้รับอาหารและโภชนาการที่เหมาะสมจะทำให้เด็กสามารถเจริญเติบโตและมีพัฒนาการได้เต็มศักยภาพ เด็กวัยเรียนควรได้รับสารอาหารครบ ควรรับประทานข้าวกล้อง 7-8 ทัพพีต่อวัน เนื้อสัตว์ 4-6 ช้อนโต๊ะต่อวัน ผัก 4 ทัพพีต่อวัน (12 ช้อนโต๊ะต่อวัน) ผลไม้ 3 ส่วนต่อวันและดื่มนม 2-3 ถ้วยต่อวัน (Chaolilitkul, 2016) ดังนั้นเด็กวัยเรียนควรได้รับประทานผักผลไม้ซึ่งมีความสำคัญต่อสุขภาพ อุดมไปด้วยวิตามิน เกลือแร่ โยอาหารและสารต้านอนุมูลอิสระ การบริโภคผักผลไม้ในปริมาณที่เพียงพอให้ได้วันละ 400-600 กรัม หรือ 400 กรัมเป็นอย่างต่ำ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ (Food and Agriculture Organization of the United Nations [FAO] & World Health Organization [WHO], 2017)

จากรายงานการสำรวจการบริโภคอาหารของคนไทย พบว่า เด็กไทยรับประทานอาหารเช้าที่ไม่มีประโยชน์ มีอัตราการบริโภคผักผลไม้ค่อนข้างน้อย พบว่าเด็กช่วงอายุ 9-12 ปี มีปริมาณการบริโภคผักผลไม้ต่อวันต่ำกว่ามาตรฐานที่กรมอนามัยแนะนำ ผลการสำรวจ พบว่า เด็กผู้หญิงและเด็กผู้ชายมีการบริโภคผักผลไม้เฉลี่ยเพียง 188.8 และ 163.6 กรัมต่อวัน ตามลำดับ (Aekplakorn et al., 2011) เด็กอายุ 6-14 ปี รับประทานผักน้อยกว่า 1 ส่วนต่อวัน ร้อยละ 66.9 รับประทานผลไม้ไม่น้อยกว่า 1 ส่วนต่อวัน ร้อยละ 50.9 (Aekplakorn, Mosuwan, Ruangdaraganon, Satheannoppakao, & Paklaroen., 2014) เด็กวัยเรียนที่บริโภคผักผลไม้ได้เพียงพอ อย่างน้อย 400 กรัมต่อวัน มีเพียงร้อยละ 6.5 โดยบริโภคผักเพียงพอร้อยละ 3.8 และบริโภคผลไม้เพียงพอ ร้อยละ 24.9 (Damapong, 2017) เด็กวัยเรียนรับประทานอาหารเช้า ประเภท แป้ง น้ำตาลและไขมันมากขึ้น เนื่องจากวิถีชีวิตคนเมือง และค่านิยมในการบริโภคเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้เด็กวัยเรียนมีภาวะโภชนาการเกิน รายงานสุขภาพเด็กวัยเรียนพบว่า 8 ใน

10 คนเป็นโรคอ้วน จากการสำรวจระดับประเทศ พบว่าโดยพบภาวะโภชนาการเกิน ในเด็ก อายุ 6-14 ปี ร้อยละ 9.70 และ 13.9 ในปี พ.ศ. 2552 และ 2557 ตามลำดับ (Aekplakorn et al., 2014) พื้นที่ที่มีความชุกของภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียนสูงสุดของประเทศ คือ กรุงเทพมหานคร พบร้อยละ 15.60 อายุที่เริ่มอ้วน และอ้วนสูงสุดคืออายุ 12-14 ปี ร้อยละ 14.11 (Aekplakorn et al., 2011) และพบว่าเด็กวัยเรียนมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผักผลไม้ระดับปานกลาง (Juntarungsri, 2015) ซึ่งความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ นักเรียนที่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับประโยชน์ของการบริโภคผักและผลไม้ไม่มีการตัดสินใจที่จะเลือกบริโภคผักและผลไม้ (Sukoltamut, 2008)

การส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคผักผลไม้ในเด็กวัยเรียนมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพอันนำไปสู่พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างยั่งยืน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ตั้งเป้าหมายในปี พ.ศ. 2564 ว่าเด็กไทยจะกินผักผลไม้อย่างน้อย 400 กรัม/วัน (Damapong, 2017) จึงได้สนับสนุนให้ดำเนินโครงการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพเด็ก ซึ่งเน้นเรื่องการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและปลอดภัย โดยได้เริ่มโครงการเด็กไทยดูดี มีพลานามัย ในปี พ.ศ. 2547 และดำเนินการต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันในโครงการเพิ่มช่องทางแหล่งเรียนรู้สร้างเสริมสุขภาพด้วยอาหารและการออกกำลังกายเพื่อเด็กไทยดูดี 4.0 (สสส.) การประเมินผล การดำเนินการพบว่าเด็กในกลุ่มศึกษามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมเพิ่มขึ้น อัตราการบริโภคผักผลไม้ได้เพียงพอเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 เด็กอ้วนมีอัตราการลดลงเล็กน้อย จากร้อยละ 17.7 เหลือร้อยละ 15.5 แต่ยังคงพบว่ามีพฤติกรรมบริโภคอาหารไขมันสูง ผักผลไม้ไม่พอ ชอบรับประทานขนมกรุบกรอบ และดื่มเครื่องดื่มรสหวาน (Sirikulchayanonta, nd)

การทบทวนงานวิจัย พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริโภคผักผลไม้ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมในครอบครัว ครอบครัวที่ผู้ปกครองสามารถจัดเตรียมอาหารประเภทผักและผลไม้จะส่งผลให้เด็กได้รับประทานผักและผลไม้มากกว่าผู้ปกครอง

ที่ไม่มีเวลาจัดเตรียมอาหารที่มีผักและผลไม้ เนื่องจากสังคมเมืองที่มีความเร่งรีบ (Chaingkuntod et al., 2014) ด้านข่าวสารจากสื่อโฆษณาทางโทรทัศน์หรือสื่อต่าง ๆ จะมีผลต่อการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน และพลังงานสูง (Chaiyasung, Yakasem, & Chuthongrat, 2014) เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการบริโภคผักผลไม้ น้อยลง และงานวิจัยเชิงทดลอง 120 เรื่อง เกี่ยวกับการบริโภคของเด็ก พบว่ามีการใช้วิธีการต่าง ๆ รวม 11 วิธี ที่ใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคของเด็ก ได้แก่ 1) การควบคุมของพ่อแม่ (Parental control) โดยการกำหนดชนิดอาหารในบ้าน และเป็นตัวแบบ 2) การให้รางวัล (Reward/ Instrumental feeding) เป็นสิ่งของเล็ก ๆ 3) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social facilitation) จากพ่อแม่ ผู้ดูแล ครูและเพื่อน 4) การจัดกิจกรรมทำอาหาร (Cooking program) โดยให้เด็กมีส่วนร่วมในการจัดเตรียมและประกอบอาหาร 5) การปลูกผักที่โรงเรียน (School gardens) 6) การเรียนรู้ผ่านประสาทการรับรู้รสชาติ (Sensory education-taste lesson) ด้วยการมอง การชิม และการดมกลิ่น 7) การหาล้างและเข้าถึงง่าย (Availability and accessibility) เป็นการจัดให้สามารถหาผักผลไม้ได้ง่ายในสิ่งแวดล้อมของเด็ก และอยู่ในรูปแบบที่รับประทานง่าย 8) การปรับสิ่งแวดล้อม และการออกแบบตัวเลือก (Choice architecture and nudging) ช่วยให้เด็กมีตัวเลือกอาหารมากขึ้น 9) การจัดบรรจุภัณฑ์ที่มีตราสินค้าและใช้สิ่งที่เด็กคุ้นเคยในโฆษณา (Branding food packaging and spokes characters) 10) การจัดตกแต่งและเสิร์ฟจานอาหาร (Preparation and serving style) และ 11) การเสนอตัวเลือก (Offering a choice) (DeCosta, Moller, Frost, & Olsen, 2017) และศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2019) ได้แนะนำครอบครัว ผู้ดูแลเด็ก และโรงเรียนให้กระตุ้นเด็กบริโภคผักผลไม้ โดยกำหนดมาตรฐานอาหารว่างและกลางวัน จัดให้อาหารทุกมื้อมีผักและผลไม้ ผักให้ครูจัดอาหารผักและผลไม้ที่ดึงดูดและง่ายต่อการบริโภค และส่งเสริมให้เด็กมีความรู้โภชนาการและได้ลงมือปฏิบัติ เช่น การปลูกผัก การชิมรส และการเตรียมผักผลไม้ด้วยตนเอง

การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคผักและผลไม้ในกลุ่มเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา

ในกรุงเทพมหานคร มีจำนวนน้อย ข้อมูลการบริโภคผักและผลไม้ของเด็กวัยเรียน ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในภาพรวม ไม่มีข้อมูลการบริโภคผักและผลไม้ที่เจาะจงในเขตกรุงเทพมหานคร การวิจัยครั้งนี้ ได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ สำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษาโดยใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมของด็อกเตอร์และคณะที่รวบรวมวิธีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคของเด็กทั้งหมด 11 วิธี (DeCosta et al., 2017) และขอแนะนำวิธีการกระตุ้นให้เด็กบริโภคผักผลไม้ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC, 2019) โดยมีการให้ความรู้ บูรณาการกิจกรรมต่าง ๆ กับการเรียนรู้ การให้เด็กมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการบริโภคผักผลไม้และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้โดยดำเนินการในโรงเรียนระดับประถมศึกษาที่เป็นเครือข่ายในโครงการเปิดช่องทางแหล่งเรียนรู้เด็กไทยดูดีสู่ชุมชน และทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมเพื่อให้ได้รูปแบบการส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้สำหรับเด็กนักเรียนประถมศึกษาในโรงเรียนที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรม และปริมาณการบริโภคผักผลไม้ และภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ โดยการบูรณาการวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคของเด็ก 11 วิธี (DeCosta et al., 2017) และวิธีการกระตุ้นให้เด็กบริโภคผักผลไม้ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC, 2019) โดยผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกบางกลวิธีที่สามารถจัดกระทำได้และเพิ่มเติมจากโครงการเปิดช่องทางแหล่งเรียนรู้เด็กไทยดูดีสู่ชุมชน (Sirikulchayanonta, n.d.) โปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผักผลไม้ การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการบริโภคผักผลไม้ โดยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่บูรณาการกับการเรียนรู้

การสอน ได้แก่ การปลูกผักและการเตรียมอาหารจานผักผลไม้ และการสร้างบรรยากาศในการบริโภคผักผลไม้ ในโรงเรียน โปรแกรมดังกล่าวจะส่งผลให้นักเรียนมีความรู้พฤติกรรม และปริมาณการบริโภคผักผลไม้เพิ่มมากขึ้น และสัดส่วนนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินลดลง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบการศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-posttest designs) ทำการศึกษาช่วงเดือนมิถุนายน - ธันวาคม พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2562 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานการศึกษาพื้นฐาน กรุงเทพมหานคร ที่เข้าร่วมโครงการเพิ่มช่องทางแหล่งเรียนรู้สร้างเสริมสุขภาพด้วยอาหารและการออกกำลังกายเพื่อเด็กไทยดูดี 4.0 (สสส.) (Sirikulchayanonta, n.d.) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รวม 5 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนอนุบาลพิบูลเวศม์ โรงเรียนพญาไท โรงเรียนอนุบาลสามเสน โรงเรียนวัดนางนอง และโรงเรียนปริญญาก จำนวน 4,179 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และ 5 อายุระหว่าง 9-11 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2562 ที่เข้าร่วมโครงการเพิ่มช่องทางแหล่งเรียนรู้สร้างเสริมสุขภาพด้วยอาหารและการออกกำลังกายเพื่อเด็กไทยดูดี 4.0 (สสส.) (Sirikulchayanonta, n.d.) ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสารสามารถอ่าน เขียนได้ และผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น โดยสุ่มเลือกโรงเรียนโดยการจับสลาก จำนวน 2 โรงเรียนได้แก่ โรงเรียนอนุบาลพิบูลเวศม์และโรงเรียนพญาไท แล้วสุ่มจับสลากเลือกห้องเรียนชั้นปีละ 1 ห้อง รวมทั้งหมด 4 ห้อง แต่ละห้องมีนักเรียน 40-45 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power ขนาดอิทธิพลที่ 0.48 (Cohen, 1992) อำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 และกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 95 คน เพิ่มจำนวนตัวอย่างเกินกว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจากการได้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ และเนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมต้องดำเนินการในชั้นเรียน จึงเลือกใช้เด็กนักเรียนทั้งหมดทุกคนในห้องเรียนที่สุ่มได้ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 170 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยรังสิตใบรับรองเลขที่ 2019-028 ผู้ปกครองของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์และการรักษาความลับ อ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือแสดงความยินยอมและอนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ ผู้วิจัยให้ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างเซ็นติบิยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือในการทำวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

1.1 กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผักผลไม้ โดยบรรยายประกอบสื่อการสอนที่มีภาพและโมเดลผักผลไม้ ใช้เวลา 50 นาที รวม 1 ครั้ง

1.2 กิจกรรมการปลูกผักและประกอบอาหารจานผักผลไม้ในโรงเรียน โดยให้นักเรียนวางแผนและดำเนินการปลูกผัก วางแผนและประกอบอาหารจานผักผลไม้ จัดประกวดการทำอาหารจากผักผลไม้ ใช้เวลาครั้งละ 50 นาที รวม 10 ครั้ง

1.3 กิจกรรมการสร้างบรรยากาศในการบริโภคผักผลไม้ในโรงเรียน โดยให้นักเรียนวางแผนและจัดกิจกรรมที่จะช่วยสร้างบรรยากาศในการบริโภคผักผลไม้ในโรงเรียน ใช้เวลาครั้งละ 50 นาที รวม 10 ครั้ง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักเรียน

2.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภค ผักผลไม้ของนักเรียน ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ แบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ให้เลือกข้อที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว ตอบผิดได้ 0 คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (The Index of Item Objective Congruence, IOC) มีค่าเท่ากับ 0.73 ข้อที่มี IOC ≥ 0.5 จำนวน 8 ข้อ และมีค่า IOC < 0.5 จำนวน 5 ข้อ ผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามตามข้อเสนอแนะ 2 ข้อ และตัดออก 3 ข้อเหลือจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้ Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ .70

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักผลไม้ของนักเรียน ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับประทานผักผลไม้ และการเลือกซื้ออาหาร ผักและผลไม้ของนักเรียน รวม 8 ข้อ โดยถามความถี่ในการปฏิบัติใน 1 สัปดาห์ ไม่ปฏิบัติ ได้ 1 คะแนน จนถึงปฏิบัติทุกวัน ได้ 5 คะแนน คะแนนรวมมีค่า 8-40 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักผลไม้ดี ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า IOC เท่ากับ 0.79 และหาความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) กับนักเรียนที่มีลักษณะกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .81

2.4 แบบบันทึกปริมาณการบริโภคผักผลไม้ของนักเรียน ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้นักเรียนบันทึกชนิด และจำนวนช้อนกินข้าวของผัก ชนิดและจำนวนชิ้นค่าของผลไม้ที่นักเรียนรับประทานในแต่ละมื้ออาหารในแต่ละวัน ใน 1 สัปดาห์ แล้วหาค่าเฉลี่ยจำนวนช้อนกินข้าวของผัก และจำนวนชิ้นค่าของผลไม้ที่นักเรียนรับประทานใน 1 วัน พิจารณาความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำไปใช้กับนักเรียนที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

2.5 โปรแกรม INMU-Thai Growth ของสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล (Institute of Nutrition Mahidol University, 1995) เป็นโปรแกรมที่ใช้วิเคราะห์ภาวะโภชนาการของเด็ก ซึ่งคำนวณภาวะ

โภชนาการของเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 19 ปี จากน้ำหนักส่วนสูง และอายุ และแปลผลภาวะโภชนาการ เป็น ผอม ค่อนข้างผอม สมส่วน ท้วม เริ่มอ้วน อ้วน ผู้วิจัยจัดกลุ่มภาวะโภชนาการเป็น 3 ระดับคือ ผอม สมส่วน เริ่มอ้วน และอ้วน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการและครูในโรงเรียน เพื่อชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นแจกเอกสารแนะนำโครงการวิจัยให้ผู้ปกครองและขอความยินยอมให้เด็กเข้าร่วมโครงการวิจัย และนัดหมายวันเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้งคือ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงนักเรียนและนำข้อมูลมาใส่ในโปรแกรม INMU-Thai Growth ให้นักเรียนตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักเรียน แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผักผลไม้ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักผลไม้ของนักเรียน ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองให้นักเรียนนำกลับให้ผู้ปกครองที่บ้าน และแจกแบบบันทึกปริมาณการบริโภคผักผลไม้ของนักเรียน ให้นักเรียนนำกลับไปบันทึกที่บ้านในแต่ละมื้ออาหารที่รับประทานอาหารเป็นเวลา 7 วัน และนำแบบสอบถามที่นำกลับบ้านทั้ง 2 ชุด มาส่งผู้วิจัยในสัปดาห์ที่ 2

ครั้งที่ 1 กิจกรรมให้ความรู้ผักผลไม้ ให้นักเรียนตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผักผลไม้ก่อนให้ความรู้ ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานผักผลไม้และปริมาณการบริโภคผักผลไม้ที่เหมาะสม ใช้เวลา 40 นาที

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 1 กิจกรรมการปลูกผักและการประกอบอาหารจานผักผลไม้ในโรงเรียน แบ่งนักเรียนชั้น ป.4 และ ป.5 แต่ละห้องเป็น 2 กลุ่มใหญ่กลุ่มละ 15-20 คน แต่ละกลุ่มใหญ่แบ่งเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 5-7 คน ครูแจกเมล็ดพันธุ์ผักได้แก่ ผักบุ้งอ่อน ผักคะน้าอ่อน ผักกาดหอม ตำลึง ผักกาดขาว ฯลฯ ให้นักเรียนแต่ละกลุ่มย่อยวางแผนปลูกผักและประกอบอาหารจานผัก ใช้

เวลา 50 นาที

ครั้งที่ 1 กิจกรรมสร้างบรรยากาศในการบริโภคผักผลไม้ในโรงเรียน ครูมอบหมายให้นักเรียนแต่ละกลุ่มใหญ่ในห้องเรียนวางแผนจัดโครงการกิจกรรมสร้างบรรยากาศในการบริโภคผักผลไม้ ใช้เวลา 50 นาที

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 2 กิจกรรมการปลูกผักและการประกอบอาหารจานผักผลไม้ในโรงเรียน นักเรียนแต่ละกลุ่มย่อยในแต่ละชั้นปีนำเสนอโครงการปลูกผักและประกอบอาหารจานผักผลไม้ ใช้เวลากลุ่มละ 5-10 นาที

ครั้งที่ 2 กิจกรรมสร้างบรรยากาศในการบริโภคผักผลไม้ในโรงเรียน นักเรียนแต่ละกลุ่มใหญ่ในแต่ละชั้นปีนำเสนอกิจกรรมในโครงการสร้างบรรยากาศในการบริโภคผักผลไม้ในโรงเรียน เช่น ทำโปสเตอร์ ป้ายความรู้ผักผลไม้ เกมผักผลไม้ ประมวลวาดรูปภาพผักผลไม้ ใช้เวลากลุ่มละ 5-10 นาที

สัปดาห์ที่ 4-7 ครั้งที่ 3-6 กิจกรรมการปลูกผักและการประกอบอาหารจานผักผลไม้ในโรงเรียน นักเรียนแต่ละกลุ่มย่อยในแต่ละชั้นปี ดำเนินการดูแลบำรุงรักษาดินผักตามแผนที่กำหนดไว้จนกว่าต้นผักจะโตเต็มที่

ครั้งที่ 3-6 กิจกรรมสร้างบรรยากาศในการบริโภคผักผลไม้ นักเรียนชั้น ป.4 กลุ่มที่ 1-4 จัดกิจกรรมการสร้างบรรยากาศในการบริโภคผักผลไม้ในโรงเรียนกลุ่มละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์

สัปดาห์ที่ 8 ครั้งที่ 7-8 กิจกรรมการปลูกผักและการประกอบอาหารจานผักผลไม้ในโรงเรียน นักเรียนชั้น ป.4 แต่ละกลุ่มย่อยประกอบอาหารหรือเครื่องดื่มจากผักผลไม้ ครั้งละ 1 ห้อง ใช้เวลากลุ่มละ 50 นาที โดยนำผักที่ปลูกมาเป็นส่วนผสมร่วมกับผักหรือผลไม้อื่นในการประกอบอาหาร จัดประกวดอาหารและเครื่องดื่มที่ทำจากผักผลไม้ ประกาศผลการตัดสินอาหารและเครื่องดื่มที่ทำจากผักผลไม้ และมอบรางวัลให้นักเรียนรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่นักเรียนทำร่วมกัน

ครั้งที่ 7 กิจกรรมสร้างบรรยากาศในการบริโภคผักผลไม้ นักเรียนชั้น ป.5 กลุ่มที่ 1 จัดกิจกรรมการสร้างบรรยากาศในการบริโภคผักผลไม้ในโรงเรียนกลุ่มละ 1 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 9 ครั้งที่ 9-10 กิจกรรมการปลูกผักและการประกอบอาหารจานผักผลไม้ในโรงเรียน นักเรียนชั้น ป.5 แต่ละกลุ่มย่อยประกอบอาหารหรือเครื่องดื่มจากผักผลไม้ ครั้งละ 1 ห้อง ใช้เวลากลุ่มละ 50 นาที โดยนำผักที่ปลูกมาเป็นส่วนผสมร่วมกับผักหรือผลไม้อื่นในการประกอบอาหาร จัดประกวดอาหารและเครื่องดื่มที่ทำจากผักผลไม้ ประกาศผลการตัดสินอาหารและเครื่องดื่มที่ทำจากผักผลไม้ และมอบรางวัลให้นักเรียนรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่นักเรียนทำร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 10-12 ครั้งที่ 8 กิจกรรมสร้างบรรยากาศในการบริโภคผักผลไม้ นักเรียนชั้น ป.5 กลุ่มที่ 2-4 จัดกิจกรรมการสร้างบรรยากาศในการบริโภคผักผลไม้ในโรงเรียนกลุ่มละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์

สัปดาห์ที่ 17 ครั้งที่ 2 หลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน ผู้วิจัยชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงนักเรียนและนำข้อมูลมาใส่ในโปรแกรม INMU-Thai Growth ให้นักเรียนตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผักผลไม้ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักผลไม้ของนักเรียน และแจกแบบบันทึกปริมาณการบริโภคผักผลไม้ของนักเรียนให้นักเรียนนำกลับไปบันทึกที่บ้านในแต่ละมื้ออาหารที่รับประทานอาหารเป็นเวลา 7 วัน และนำมาส่งผู้วิจัยในสัปดาห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผักผลไม้ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยแจกแจงเป็นค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผักผลไม้ และพฤติกรรมการบริโภคผักผลไม้ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน โดยใช้สถิติ Paired t-test วิเคราะห์เปรียบเทียบปริมาณการบริโภคผักและปริมาณการบริโภคผลไม้ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน โดยใช้ Wilcoxon Signed-rank Test วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับโภชนาการของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน โดยใช้ McNemar Bowker-Test

ผลการวิจัย

นักเรียนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 170 คน เพศชาย 77 คน (ร้อยละ 45.3) เพศหญิง 93 คน (ร้อยละ 54.7) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 10.1-11 ปี (ร้อยละ 63.9) เรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 (ร้อยละ 59.4) และอาศัยอยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 87.1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามส่งคืนมามีจำนวน 99 คนจาก 170 คน เป็นเพศชายจำนวน 33 คน (ร้อยละ 33.3) และเพศหญิงจำนวน 66 คน (ร้อยละ 66.7) มีอายุระหว่าง 25 ปี ถึงมากกว่า 55 ปีขึ้นไป ครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 36-45 ปี (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 79.8) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 49) มีอาชีพลูกจ้าง/พนักงานบริษัทมากที่สุด (ร้อยละ 44.4) มีรายได้ต่อเดือน

15,001-30,000 บาท/เดือนมีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 44.9) ส่วนใหญ่ปริมาณผักที่รับประทานต่อมื้ออาหารมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ช้อนโต๊ะ (ร้อยละ 63.6) ส่วนปริมาณผลไม้ที่รับประทานต่อวันน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ส่วนต่อวัน (ร้อยละ 40.4)

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผักผลไม้และพฤติกรรม
การบริโภคผักผลไม้ หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ 1 เดือน พบว่า นักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผักผลไม้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่พบว่าพฤติกรรมการบริโภคผักผลไม้ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผักผลไม้ และพฤติกรรมการบริโภคผักผลไม้ระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง 1 เดือน

ตัวแปร	mean	SD	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผักผลไม้				
ก่อนการทดลอง	5.21	1.43	4.91	< .001
หลังการทดลอง	6.05	1.63		
พฤติกรรมการบริโภคผักผลไม้				
ก่อนการทดลอง	26.35	5.78	0.83	.408
หลังการทดลอง	26.81	5.78		

ปริมาณการบริโภคผักและปริมาณการบริโภคผลไม้ ก่อนและหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่า นักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีปริมาณการบริโภคผักและผลไม้ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคผักและผลไม้ระหว่างก่อนทดลองและภายหลังทดลอง 1 เดือน

ตัวแปร	mean	SD	Z	p-value
ปริมาณการบริโภคผัก (ช้อนกินข้าวต่อวัน)				
ก่อนการทดลอง	8.89	8.67	1.00	.316
หลังการทดลอง	8.20	8.04		
ปริมาณการบริโภคผลไม้ (ส่วนต่อวัน)				
ก่อนการทดลอง	0.91	.91	0.65	.516
หลังการทดลอง	0.99	.97		

ภาวะโภชนาการ พบว่า ก่อนการทดลองนักเรียน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับ สมส่วน (ร้อยละ 78.9) รองลงมาคือ เริ่มอ้วนและอ้วน (ร้อยละ 18.1) และผอม (ร้อยละ 3.0) หลังการทดลอง 1 เดือนกลุ่มอย่างมีภาวะโภชนาการสมส่วน (ร้อยละ 81.8)

รองลงมาคือ เริ่มอ้วนและอ้วน (ร้อยละ 15.2) และผอม (ร้อยละ 3.0) และเมื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของ กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบภาวะโภชนาการของนักเรียนในกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลองและหลังทดลองภายหลัง 1 เดือน

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		McNemar Bowker	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เริ่มอ้วนและอ้วน	30	18.1	25	15.2	1.600	.449
สมส่วน	131	78.9	135	81.8		
ผอม	5	3.0	5	3.0		
รวม	166	100	165	100		

สรุปและอภิปรายผล

ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคผัก ผลไม้ เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายมีค่าเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผักผลไม้สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม อาจอธิบายได้ว่า การบรรยายประกอบสื่อการสอน ที่มีภาพและโมเดลปริมาณผักผลไม้ เพลงเกี่ยวกับผักผลไม้ ซึ่งมีเนื้อหาเหมาะสมกับช่วงวัยของเด็ก และการที่นักเรียน กลุ่มตัวอย่างมีการทำกิจกรรมอื่น ๆ ด้วยตนเองร่วมด้วยใน โปรแกรมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ตั้งแต่วางแผนปลูกผัก ปลูก ผักและนำผักที่ได้มาประกอบอาหาร และอยู่ในสภาพ แวดล้อมที่ส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ ส่งผลให้นักเรียน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผักผลไม้มากขึ้น เป็นไปตามข้อเสนอแนะนำวิธีการกระตุ้นให้เด็กบริโภคผักผลไม้ ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC, 2019) โดยมีการ ให้ความรู้ทางโภชนาการ บูรณาการกิจกรรมต่าง ๆ กับ การเรียนและการลงมือปฏิบัติ ให้เด็กมีส่วนร่วมในกิจกรรม ต่าง ๆ ที่จะเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการบริโภคผักผลไม้ และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ ซึ่งเป็นวิธีการที่เหมาะสมกับเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีพัฒนาการ และความก้าวหน้าทางสติปัญญา มีความคิดความเข้าใจสิ่ง ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น (Areekul et al., 2012) สามารถคิดแบบ นามธรรมที่ซับซ้อน คิดอย่างมีเหตุผล แต่เด็กจะต้องลงมือ กระทำ หรือสัมผัสกับของจริงจึงจะเกิดการเรียนรู้อย่าง

แท้จริง (Hunsakunachai, 2011, Klunkin, 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kichairam, Sangkamanee, Hanjansit, and Buranakongkatree (2019) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา อำเภวารินชำราบ จังหวัด อุบลราชธานี พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคผักและ ผลไม้ มีผลทำให้กลุ่มศึกษามีความรู้เกี่ยวกับการบริโภค ผักและผลไม้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ และการศึกษาของ Suwansin, Tunsakul, Therawiwat, and Khajornchaikul (2014) ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรม VFRUIT-VVEGETABLES เพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคผักและผลไม้ในนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ของโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขต ยานนาวา กรุงเทพมหานคร พบว่า หลังการทดลองกลุ่ม ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับผักและผลไม้ และมี เจตคติต่อการบริโภคผักและผลไม้ดีกว่าก่อนการทดลอง ดังนั้นโรงเรียนถือเป็นแหล่งที่เด็กจะได้รับความรู้และฝึก ปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ เพื่อเสริมการเรียนรู้การบริโภคผักผลไม้

ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคผัก ผลไม้ เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายมีคะแนน พฤติกรรมและปริมาณการบริโภคผักผลไม้ไม่แตกต่างจาก ก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาใน นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ของโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขต

ยานนาวา กรุงเทพมหานคร ที่พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ดีกว่าก่อนการทดลอง (Suwansin et al., 2014) และการศึกษาที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้โดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ประกอบด้วยระยะทดลอง 8 สัปดาห์ ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ที่พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีปริมาณการรับประทานผักผลไม้เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแต่น้อยกว่าปริมาณที่เสนอแนะในการบริโภคตามธงโภชนาการ (Youngiam, Pavadhgul, Pradipasen, & Iamee, 2013) ทั้งนี้การบริโภคผักผลไม้ของนักเรียนอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ผู้ปกครอง เพื่อนนักเรียน และสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนโดยการบริโภคผักผลไม้ของผู้ปกครองเป็นตัวแปรที่มีอำนาจทำนายสูงสุด (Klinkulab, Srisuriyawet, & Homsin, 2014) ซึ่งการจัดเตรียมผักผลไม้ไว้ให้เด็กนักเรียนของผู้ปกครองเป็นปัจจัยที่อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริโภคได้ดีที่สุด (Wannasri, Therawiwa, Iamee, & Chongsuwat, 2013) นอกจากนี้ระยะเวลาติดตามผลหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือนเป็นช่วงไม่มีการจัดกิจกรรมและเป็นช่วงปิดภาคเรียน ทำให้แบบแผนการบริโภคผักผลไม้ของนักเรียนแตกต่างจากช่วงดำเนินการวิจัย นักเรียนส่วนใหญ่จะพักอาศัยอยู่กับบิดามารดาที่บ้าน เด็กวัยเรียนยังไม่สามารถเตรียมอาหารรับประทานได้ด้วยตนเองต้องพึ่งพาบิดามารดาในการหาอาหารมาให้ ดังนั้นนักเรียนก็จะรับประทานอาหารตามที่ครอบครัวจัดหาให้ตามมื้ออาหาร 3 มื้อ การส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ในเด็กวัยเรียนควรมีการจัดกิจกรรมกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง (Youngiam et al., 2013) และต้องการระยะเวลาในการดำเนินการตลอดจนต้องการความร่วมมือระหว่างโรงเรียน ผู้ปกครองและเด็ก (Boonsook, Temchalearn, Pandee, & Kenkanpanich, 2010) ถ้ามีการติดตามผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง อาจเห็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการบริโภคผักผลไม้ที่ชัดเจนมากขึ้น

ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายมีสัดส่วนของ

เด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อย่างไรก็ตามพบว่าก่อนร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ นักเรียนในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการเกินคือ มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 18.1 หลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนลดลงเป็นร้อยละ 15.2 ซึ่งจะเห็นได้ว่าภาวะโภชนาการเกินหรือมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนลดลงร้อยละ 2.9 อธิบายได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนได้รับความรู้ร่วมกับลงมือปฏิบัติกิจกรรมปลูกผัก ประกอบอาหารจานผักด้วยตนเอง และอยู่ในบรรยากาศที่ช่วยในการส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ร่วมกับการดำเนินงานของ สสส. ที่สนับสนุนโครงการเด็กไทยดูดี มีพละทานมีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบันที่พัฒนาโรงเรียนต้นแบบที่เน้นด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย ผลการประเมินพบว่าเด็กมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นบริโภคผักและผลไม้เพียงพอเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 เด็กอ้วนมีอัตราลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 17.7 เหลือร้อยละ 15.5 และสอดคล้องกับข้อเสนอแนะวิธีการกระตุ้นให้เด็กบริโภคผักผลไม้ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC, 2019) ที่แนะนำให้ครอบครัว ผู้ดูแลเด็กและโรงเรียน โดยมีการให้ความรู้ทางโภชนาการ บูรณาการกิจกรรมต่าง ๆ กับการเรียน และการลงมือปฏิบัติ ให้เด็กมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการบริโภคผักผลไม้ ซึ่งจะส่งผลทำให้เด็กบริโภคอาหารที่เหมาะสมและมีภาวะโภชนาการเกินลดลง ฉะนั้นพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมและการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอของเด็กวัยเรียน จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรให้การส่งเสริมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการและภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งควรได้รับความร่วมมือระหว่างผู้ปกครอง โรงเรียน ครู และเพื่อนนักเรียน ในการจัดการด้านอาหารและการออกกำลังกาย รวมถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Jaicherdchoo, Udomvong, & Boonchieng, 2013)

ข้อเสนอแนะ

1. การส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ในเด็กวัยเรียน ควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและควรประสานความ

ร่วมมือกับครอบครัวและโรงเรียน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ของนักเรียน และมีการติดตามพฤติกรรมและปริมาณการบริโภคผักผลไม้ผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

2. โรงเรียนกำหนดนโยบายการจัดอาหารกลางวัน ที่มีผักและผลไม้ในร้านอาหารที่ขายในโรงเรียนและบริเวณรอบโรงเรียน การจัดสิ่งแวดล้อมสร้างบรรยากาศที่สนับสนุนการบริโภคผักผลไม้ที่โรงเรียน ครูให้ความรู้และพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลายเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคผักผลไม้ของนักเรียน การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและครอบครัวให้ตระหนักถึงความสำคัญของการบริโภคผักผลไม้ การเป็นแบบอย่างในการบริโภคผักผลไม้และจัดเตรียมอาหารที่มีผักผลไม้ที่บ้านทุกวัน เพื่อให้เด็กมีทัศนคติที่ดีชอบบริโภคผักผลไม้มากขึ้น

3. ควรพัฒนาโปรแกรมโดยให้ผู้ปกครอง โรงเรียน ครู และเพื่อนนักเรียนเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ของเด็ก และศึกษาติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศาสตราจารย์แพทย์หญิงชุดิมาศิริกุลชยานนท์ หัวหน้าโครงการเด็กไทยดูดี มีพลานามัย (โครงการเพิ่มช่องทางแหล่งเรียนรู้สร้างเสริมสุขภาพด้วยอาหารและการออกกำลังกายเพื่อเด็กไทยดูดี 4.0) (สสส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชณี นามจันทร์ ที่ปรึกษาโครงการที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

Aekplakorn, W., Porapaktham, Y., Taneephanitsakul, S., Paklaroen, H., Satreennopakhaw, W., & Thaikra, K. (2011). *The report of national health examination surveys IV (2009-2010) in Thailand*. Nontaburi: Health Systems Research Institute (HSRI). Retrieved from <https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report1.pdf> [In Thai]

Aekplakorn, W., Mosuwan, L., Ruangdaraganon, N., Satheannoppakao, W., & Paklaroen, H. (2014). *Report for Thai health survey on physical examination 5th 2014*. Retrieved from <https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/thai2014kid.pdf>

Areekul, V., Hongsanguansri, S., Tripathi S., & Manaboriboon B. (2012). *Practical point in adolescent health care*. Bangkok: A-Plusprint. [In Thai]

Boonsook, S., Temchalearn, P., Pandee V., & Kenkarnpanich, T. (2010). Applying the theory of social support in vegetables and fruits consumption promoting program in grade 5 students in Warin Chamrap amphur, Ubon Ratchathani province. *Journal of Public Health and Development*, 8(3), 280-292. [In Thai]

Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2019). *Children eating more fruit, but fruit and vegetable intake still too low*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/division-information/media-tools/dpk/vs-fruits-vegetables/index.html>

Chaingkuntod, S., Muttawangkul, C., Chancharoen, K., Hongkraitel, N., Romnukul, N., & Udomsri, T. (2014). *Knowledge and behavior on food consumption of pasicharoen persons*. Bangkok: Research center for community development, Siam University. [In Thai]

Chaiyasung, P., Yakasem, P., & Chuthongrat, N. (2014). Factors predicting food consumption behaviors of overweight elementary school students, grade 4-6. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 20(1), 30-43. [In Thai]

- Chaolilitkul, N. (2016). Food and Nutrition for 6-12 years old children. In W. kriengsinyos et al. *The knowledge of food and nutrition for all ages* (pp. 37-45). Nonthaburi: Food and Drug Administration [In Thai]
- Cohen, J. (1992). Statistical power analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98-101. doi:10.1111/1467-8721.ep10768783
- Damapong, S. (2017). *The new dimensions to develop the school age child to power of Nutrition*. Retrieved from <https://www.posttoday.com/life/life/477140>
- DeCosta, P., Moller, P., Frost, M. B., & Olsen, A., (2017). Changing children's eating behavior - A review of experimental research. *Appetite*, 113, 327-357.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations [FAO] & World Health Organization [WHO]. (2017). *Fruit and vegetables for health initiative*. Retrieved from <http://www.fao.org/3/i6807e/i6807e.pdf>
- Hunsakunachai, T. (2011). *Child development & behavior for nurse practitioner* (2nd ed.) Bangkok: Development and Behavior Club. [In Thai]
- Institute of Nutrition Mahidol University. (1995). *INMU-Thai growth calculating program*. Retrieved from <http://www.ammo.moph.go.th>. [In Thai]
- Jaicherdchoo, R., Udomvong, N., & Boonchieng, W. (2013). Development of a community participative program for health promotion among overweight student. *Nursing Journal*, 40(2), 64-76. [In Thai]
- Juntarungsri, P. (2015). Knowledge attitude and vegetable consumption behavior of prathomsuksa 4th-5th students in Rajini school. Bangkok: Rajamangala University of Technology Phra Nakhon. [In Thai]
- Kichairam, P., Sangkamanee, P., Hanjansit, K., & Buranakongkatee, U. (2019). Effectiveness of vegetable and fruit consumption program to promote healthy eating among elementary students of Warinchamrap District, Ubon Ratchathani Province. *TJPHS*, 2(1), 1-14. [in Thai]
- Klinkulab, C., Srisuriyawet, R., & Homsin, P.(2014). Factors predicting fruit and vegetable consumption among grade 6 primary school students in Pa Mok district, Ang Thong province. *The Public Health Journal of Burapha University*, 9(2), 45-55. [in Thai]
- Khunkin, P. (2012). *Health promotion in children*. Khon Kaen: Department of Development Nursing Network for Health Promotion. [In Thai]
- Mental Health Department. (2016). *The national health development plan during the national economic and social development plan*, issue 12 (2017 -2021). Nonthaburi: Mental Health Department [In Thai]
- Pediatric Society of Thailand. (2017). *Child care and development guidance for parents of school-age child (6-12 years)*. Retrieved from <http://www.thaipediatrics.org/Media/media-20171010123138.pdf>

- Sirikulchayanonta, C. (n.d.). *The bright and healthy Thai kid project, development of the bright and healthy Thai kid project: Extended learning center in promoting nutrition and exercise for bright and healthy Thai kids 4.0*. Retrieved from <https://www.dekthai.doodee.com/>
- Sukoltamut, S. (2008). Factors affecting breakfast consumption pattern in primary school students, yan nawa district, Bangkok. Bangkok: Ramkhamhaeng university. Retrieved from https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/RU.the.2008.154 [In Thai]
- Suwansin, S., Tunsakul, S., Therawiwat, M., & Khajornchaikul, P. (2014). The effect of fruits-vegetables program for changing fruits and vegetables consumption behavior in the fifth-grade students in bangkok. *The Public Health Journal of Burapha University*, 9(2), 97-107. [In Thai]
- Wannasri, S., Therawiwa, M., Imamee, N., & Chongsuwat, R. (2013). Fruit and vegetable dietary behaviors in elementary school students Surat Thani province. Thailand. *Journal of Health Education*, 36(124), 45-60. [In Thai]
- Youngiam, W., Pavadhgul, P., Pradipasen, M. & Imamee, M. (2013). Promoting fruit and vegetable intake through the application of social cognitive theory among 4th grade students in Phrompiram district, Phitsanulok province. *Journal of Public Health*, 43(2), 126-137. [In Thai]

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ของมารดาที่มีบุตรคนแรก

สินี กระมลชัย, พย.ม.¹ อัมพร เนียมกุลรักษ์, พย.ม.² สาวิกา ไจบรสฤทธิกุล, พย.ม.^{3*} รัชนิกร พยัคฆะโส, พย.บ.⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพหุการณณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาที่มีบุตรคนแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่พาบุตรมารับบริการวัคซีนที่สถานสุขภาพเด็กแห่งชาติทหาราชินี จำนวน 107 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถามความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่มีบุตรคนแรกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวเฉลี่ย 3.25 เดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.12 ทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถร่วมกันทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้ร้อยละ 3.4 (Adjusted $R^2 = .034$, $F_{3,113} = 2.249$, $p < .05$) โดยทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .249$, $p < .05$) ดังนั้นพยาบาลที่แผนกฝากครรภ์ควรส่งเสริมให้มารดาตั้งครรภ์ครั้งแรกมีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ซึ่งจะส่งผลสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้นานขึ้น

คำสำคัญ: มารดาที่มีบุตรคนแรก ทัศนคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว

¹ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก

³ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

⁴ พยาบาลวิชาชีพ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

* ผู้เขียนหลัก e-mail: savika.jai@pccms.ac.th

Factors Influencing Successful Exclusive Breastfeeding Among First-Time Mothers

Sinee Karalai, MNS.¹, Amporn Niemkulrak, MNS.², Savika Jaiborisoothikul, MNS.^{3*},
Rachaneegon Payakaso, BSN.⁴

Abstract

This predictive research aimed to study factors influencing successful exclusive breastfeeding among first-time mothers. The sample was 107 mothers taking their children to get vaccinated at the Queen Sirikit National Institute of Child Health. Data were collected by a demographic and exclusive breastfeeding record form, the Attitude Towards Breastfeeding Questionnaire, the Subjective Norm Questionnaire, Perceived Behavioral Control in Breastfeeding questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression.

The results showed that average time of exclusive breastfeeding among the first-time mothers was 3.25 months ($SD = 2.12$ months). Attitude towards breastfeeding, the subjective norm and perceived behavioral control in breastfeeding combined could predict and explain 3.4% of the total variance of successful exclusive breastfeeding among the first-time mothers (adjusted $R^2 = .034$, $F_{3,113} = 2.249$, $p < .05$). Attitude towards exclusive breastfeeding was the only factor that significantly predicted successful exclusive breastfeeding ($\beta = .249$, $p < .05$). Nurses working at antenatal care units should provide interventions to enhance attitude towards breastfeeding among the first-time mothers in order to promote longer exclusive breastfeeding.

Key words: First time mother, breastfeeding attitude, exclusive breastfeeding

¹ Lecturer, Mission Faculty of Nursing, Asia-Pacific International University

² Assistant Professor, Mission Faculty of Nursing, Asia-Pacific International University

³ Lecturer, Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science, Chulabhorn Royal Academy

⁴ Professional Nurse, Queen Sirikit National Institute of Child Health

* Corresponding author e-mail: Savika.jai@pccms.ac.th

ความสำคัญของปัญหา

นมแม่เป็นแหล่งอาหารที่มีคุณค่ามากที่สุดสำหรับเด็กทารก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีผลต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็ก โดยเฉพาะเด็กวัยแรกเกิดถึง 6 เดือน ที่มีโครงสร้างร่างกายและระบบภูมิคุ้มกันยังไม่สมบูรณ์ การให้อาหารอื่นนอกเหนือจากนมแม่ อาจทำให้ทารกมีโอกาสเจ็บป่วยบ่อย เพราะมีเชื้อโรคที่ปนมากับอาหารเหล่านั้น อีกทั้งยังทำให้เกิดการแพ้โปรตีนที่มีในนมผสมที่ย่อยยาก อันตรายเยี่ยงอุบาทว์ทางเดินอาหารและระบบน้ำย่อยต่าง ๆ นมแม่จึงถูกกำหนดให้เป็นแหล่งอาหารและพลังงานที่ทารกแรกเกิดจนถึง 6 เดือนควรได้รับประจำวัน เพื่อส่งเสริมสุขภาพและการมีพัฒนาการของทารกที่เหมาะสมตามช่วงวัย ทารกที่ได้รับนมแม่นาน 6 เดือน มีระดับพัฒนาการและเขาวนปัญญาที่ดีกว่าทารกที่ได้รับนมผสม มีการศึกษาติดตามเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 5 ปี พบว่าเด็กที่ได้รับนมแม่นาน 6 เดือน มีระดับพัฒนาการดีกว่าเด็กที่ไม่ได้รับนมแม่เลย 5.8-8.2 จุด (Quinn et al., 2001) และการศึกษาที่ติดตามพัฒนาการของเด็กน้ำหนักตัวน้อยตั้งแต่แรกเกิด พบว่า เด็กที่ได้รับนมแม่นาน 6 เดือน เมื่ออายุ 5 ปี มีระดับเขาวนปัญญาเบื้องต้นดีกว่าเด็กที่ได้รับนมแม่เพียง 3 เดือน ถึง 11 จุด (Rao, Hediger, Levine, Naficy, & Vik, 2002) นอกจากนี้ยังพบว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีผลต่อการพัฒนาด้านอารมณ์และจิตใจของทารก (Alden, 2006) และการศึกษาในประเทศไทยพบว่า การให้ลูกดูดนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน มีพัฒนาการสูงกว่าเด็กที่ได้รับนมแม่น้อยกว่า 6 เดือน (Chusilp, 2017) ซึ่งการเลี้ยงด้วยนมแม่ มารดามีการโอบกอดลูกบ่อยครั้งยิ่งช่วยให้เส้นใยประสาทแตกแขนงอย่างรวดเร็วและเชื่อมโยงเซลล์ประสาทนับล้าน ๆ เซลล์เข้าด้วยกัน จะช่วยพัฒนาการด้านการเรียนรู้โดยเฉพาะด้านการสื่อสาร การใช้ภาษา และการใช้เหตุผล

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือน เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีสำหรับบุตรและมารดา (Kramer & Kakuma, 2002; World Health Organization [WHO], 2011) องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำว่า ทารกควรเริ่มกินนมแม่ภายในหนึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอดและกินนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก และเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วง 6 เดือนแรกของ

ชีวิตให้สูงขึ้น เป็นอย่างน้อยร้อยละ 50 ในปี ค.ศ. 2025 (WHO, 2014) จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย Multiple Indicator Cluster Surveys [MICS] พ.ศ. 2558-2559 พบทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือนได้รับนมแม่อย่างเดียวเพียงร้อยละ 23.1 จัดเป็นอันดับที่ 43 ใน 97 ทั่วโลก (National Statistical Office & United Nations Children's Fund, 2016) และผลสำรวจล่าสุดจาก พ.ศ. 2562 พบว่า มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดต่ำลงอย่างมากเหลือร้อยละ 14 (National Statistical Office, 2020) ซึ่งแสดงว่าประเทศไทยยังมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำกว่าเกณฑ์

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวให้ประสพผลสำเร็จได้นาน 6 เดือน มีปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องหลายประการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) ที่อธิบายว่า การแสดงพฤติกรรมของมนุษย์จะเกิดจากการขึ้นมาจากความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Ajzen, 1991) ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการทำพฤติกรรมใดแล้วจะได้รับผลทางบวก ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น งานวิจัยสนับสนุนแนวคิดนี้ เช่น งานวิจัยที่พบว่า มารดาชาวไต้หวันที่มีทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับสูงมีโอกาสุทิศการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อย (Ho & McGrath, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cernadas, Noceda, Barrera, Martinez, and Garsd (2003) ที่พบว่า มารดาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวสูงขึ้น และมีระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานขึ้น ส่วนความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงอธิบายว่า บุคคลที่มีความสำคัญสำหรับตนคิดว่าตนควรทำหรือไม่ควรทำพฤติกรรม ตนก็จะมีแนวโน้มที่จะทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้น ๆ งานวิจัยในแม่ที่มีลูกคนแรกจำนวน 203 ราย ในพื้นที่ภาคเหนือและภาคกลางของประเทศสกอตแลนด์ พบว่ากลุ่มอ้างอิงมีความสำคัญที่จะกำหนดการเริ่มต้นและความต่อเนื่องของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Swanson & Power, 2005) งานวิจัยของ Arpassakul (2016) พบว่า ปัจจัยด้าน

การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยพบว่า ยา ยาย มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา และความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เป็นความรู้สึก ที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีต การคาดคะเน รวมถึงปัจจัยเอื้ออำนวยและปัจจัยขัดขวางหรืออุปสรรค โดยพิจารณาถึงความเป็นไปได้จากผลของการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ที่มีต่อการบรรลุถึงเป้าหมายพฤติกรรม ทั้งนี้การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของตนเองจะแปรผันไปตามสถานการณ์ และการกระทำ ดังตัวอย่างการศึกษาแม่หลังคลอดลูกคนแรกในฮ่องกงจำนวน 209 ราย ตั้งแต่แม่อยู่โรงพยาบาล และในระยะ 1, 3, 6, 9, 12 เดือน จนกระทั่งหยุดให้นมแม่ พบว่าการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับที่สูง (Dodgson, Henley, Duckett, & Tarrant, 2003)

จากผลการวิจัยที่พบว่านมแม่มีคุณค่ายิ่งต่อสุขภาพของทารก รวมถึงการเจริญเติบโตและพัฒนาการ และมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนั้นการวิจัยนี้จึงศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว เพื่อนำผลการวิจัยมาพัฒนากิจกรรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ได้นานอย่างน้อย 6 เดือนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ได้แก่ ทักษะต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1991) ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ทักษะต่อการพฤติกรรม (Toward the Behavior) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรม (Subjective norms) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral

control) โดยทั้ง 3 ปัจจัยขึ้นอยู่กับความเชื่อเป็นพื้นฐานที่จะชี้ให้เกิดการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ โดยที่ปัจจัยทัศนคติต่อพฤติกรรม เป็นการประเมินสิ่งที่จะกระทำในด้านบวกหรือด้านลบ ถ้าบุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งใด ก็มีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้น แต่ถ้าบุคคลทัศนคติที่ไม่ดีต่อสิ่งใด ก็มีแนวโน้มที่จะไม่ทำพฤติกรรมนั้น ส่วนปัจจัยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรม เป็นการรับรู้ของบุคคลที่เชื่อว่าบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับตัวเขาและต้องการให้กระทำพฤติกรรมนั้น บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมตามแบบอย่างของบุคคลรอบข้างเหล่านั้น แม้ว่า การรับรู้ว่าจะตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ และปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เป็นการประเมินการรับรู้ของตนเองว่า พฤติกรรมที่จะปฏิบัติ นั้นยากหรือง่าย ถ้าตัดสินใจทำแสดงว่าตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมนั้นได้และมีโอกาสประสบผลสำเร็จ ดังนั้นปัจจัยทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทำนาย (Predictive descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นมารดาที่มีบุตรคนแรกที่พักภูมิลำเนาบริการฉีดวัคซีน ณ แผนกกุมารเวชศาสตร์สังคมสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติ เป็นมารดาที่มีบุตรคนแรก มีอายุอยู่ระหว่าง 19-34 ปี เลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถอ่านภาษาไทยได้

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตร $N=104+m$ (Tabachnick & Fidell, 2019) ซึ่ง N คือขนาดของกลุ่มตัวอย่าง m คือตัวแปรต้น เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้จำนวนของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 107 คน การวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยจึงใช้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 107 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic sampling) โดยการจับฉลากวันที่มารับบริการฉีดวัคซีน ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี แผนกกุมารเวชศาสตร์สังคมสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ

มหาราชินี ซึ่งจับฉลากได้วันจันทร์และวันพุธ จากนั้นทำการเรียงลำดับมารดาที่มีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามลำดับบัตรคิวที่พาบุตรมารับบริการฉีดวัคซีน ในวันที่กำหนด และทำการสุ่มแบบคนเว้นคนจนครบจำนวน 107 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส วิธีการคลอดบุตร ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว การเริ่มเลี้ยงลูกด้วยนมผสม ระยะเวลาการหยุดทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามของ Karande and Perkar (2012) และ Jancharoen (2017) ประกอบด้วย 22 ข้อคำถาม เป็นคะแนนเชิงบวก 11 ข้อ และให้คะแนนกลับกัน 11 ข้อ เป็นชนิดลิเกิร์ต 5 ระดับ (เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน เห็นด้วยมาก 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย 2 คะแนน เห็นด้วยน้อยที่สุด 1 คะแนน) คะแนนรวมสูงหมายถึง มีทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 8 ข้อคำถาม เป็นชนิดลิเกิร์ต 5 ระดับ (เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน เห็นด้วยมาก 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย 2 คะแนน เห็นด้วยน้อยที่สุด 1 คะแนน) คะแนนรวมสูงหมายถึง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม เป็นคะแนนเชิงบวก 8 ข้อ และให้คะแนนกลับกัน 2 ข้อ เป็นชนิดลิเกิร์ต 5 ระดับ (เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน เห็นด้วยมาก 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย 2 คะแนน เห็นด้วยน้อยที่สุด 1 คะแนน) คะแนนรวมสูง หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คือ กุมารแพทย์ 1 ท่าน สูติแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์สาขาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพหน่วยหลังคลอดที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องนมแม่ 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ .96, 1.00, และ .96 ตามลำดับ และนำแบบสอบถามไปทดลองกับมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และหาค่าความเชื่อมั่นโดยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient) เท่ากับ .87, .77, และ .76 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเซียแปซิฟิก เอกสารรับรองเลขที่ 150/2562 และ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เอกสารรับรองเลขที่ REC.009/2563 จากนั้นผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยโดยไม่ปิดบัง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามจนเข้าใจให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ได้ขอให้เซ็นยินยอมในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้อิสระในการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องระบุเหตุผลซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา ไม่มีการระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง จะถูกเก็บมิดชิดในตู้เอกสารมีกุญแจล็อกตลอดเวลา มีเพียงคณะผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเปิดดูนั้นได้ เมื่อการวิจัยสิ้นสุดลงจะทำลายเอกสารของแบบสอบถามทันที ผลงานวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม โดยนำไปใช้ในทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกกุมารเวชศาสตร์ สังคม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อชี้แจง

วัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยจะเข้ามาเก็บข้อมูลใน วันจันทร์และวันพุธ ช่วงเช้า ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเตรียมสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวในการตอบแบบสอบถามภายหลังได้รับการนัดคิวขึ้นให้ลูกเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามทั้งหมด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้อ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์อำนาจการทำนายด้วยวิธีการถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 107 คน พบว่ามีอายุเฉลี่ย 30.14 ปี ($SD = 5.81$) อายุระหว่าง 26-34 ปี ร้อยละ 52.34 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 39.25 ส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 57 รายได้ครอบครัว มีค่าเฉลี่ย 15,000-20,000 บาท ($SD = 2.31$)

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง และความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ($n=107$)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		M	SD	ระดับ
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าจริง			
ทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	22-110	63-108	81.37	12.48	มาก
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	8-40	8-40	31.90	7.79	มาก
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง	10-50	18-50	39.32	6.38	มาก
ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว	1-6	1-6	3.25	2.12	ปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว พบว่า ทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความ

ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันกับสามี ร้อยละ 91.59 คลอดบุตรด้วยวิธีคลอดเอง ร้อยละ 53.27 จำนวนเดือนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวลดลงตามลำดับตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 5 เดือน ดังนี้ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 1, 2, 3, 4, และ 5 เดือน คิดเป็นร้อยละ 30.85, 21.50, 7.49, 4.63 และ 2.81 และพบว่ามารดาครรภ์แรกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ร้อยละ 32.72 ยังพบว่ามารดาเลี้ยงลูกด้วยนมผสมครั้งแรกเมื่อลูกอายุมากกว่า 1 เดือน ร้อยละ 32.71 หลังคลอดบุตรมารดาหยุดงานมากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 43.93

2. ทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับมาก ($M = 81.37$, $SD = 12.48$) คะแนนเฉลี่ยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อยู่ในระดับมาก ($M = 31.90$, $SD = 7.79$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองอยู่ในระดับมาก ($M = 39.32$, $SD = 6.38$) และความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวเฉลี่ย 3.25 เดือน ($SD = 2.12$) ดังตารางที่ 1

สัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .197$, $p < .05$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .063$,

$p > .05$) และ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จใน ($r = .022, p > .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา และความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว
($n = 107$)

ปัจจัยที่ศึกษา	ทัศนคติต่อ การเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่	การคล้อยตาม กลุ่มอ้างอิง	การรับรู้ ความสามารถ ควบคุมตนเอง	ความสำเร็จ ในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่อย่างเดียว
ทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	1.00			
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	.310**	1.00		
การรับรู้ความสามารถควบคุมตนเอง	.007	.347**	1.00	
ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียว	.197*	.063	.022	1.00

4. ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถร่วมกันทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้ร้อยละ 3.4 (Adjusted $R^2 = .034$,

$F_{3,113} = 2.249, p < .05$) ซึ่งปัจจัยด้านทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง ต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ($n = 107$)

ปัจจัยทำนาย	B	Std. Error	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	-.282	1.975		-0.143	.887
ทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	.051	.021	.249	2.462	.015*
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	-.046	.029	-.168	-1.559	.122
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง	.026	.034	.079	0.769	.433
$R = .248, R^2 = .61, \text{Adjusted } R^2 = .034, F_{3,113} = 2.249, p < .05$					

อภิปรายผล

ทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถร่วมกันทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้ร้อยละ 3.4 แต่ทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นปัจจัยเดียว สามารถทำนายได้ อาจอธิบายได้ว่า

ทัศนคติที่เกิดจากการสังเกตประสบการณ์ และสามารถเปลี่ยนแปลงได้จากสถานการณ์แวดล้อม การมีทัศนคติที่ดีหรือไม่ดีนั้นขึ้นอยู่กับความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจกับสิ่งที่เผชิญ ณ เวลานั้น ปัจจุบันสังคมยุคใหม่ มีสื่อมากมายที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของคนในสังคมอย่างมาก บุคคลสามารถเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกได้อย่างรวดเร็ว มารดาที่มีบุตรคนแรกอาจได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่จากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เว็บไซต์นมแม่ รายการวิทยุ รายการโทรทัศน์ เป็นต้น ซึ่งช่องทางเหล่านี้ช่วยปรับทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มารดามีความรู้และมีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จตามเป้าหมายมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า มารดาชาวไต้หวันที่มีทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับสูงมีโอกาสยุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อย (Ho & McGrath, 2011) และการศึกษาของ Persad and Mensinger (2007) ที่พบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการศึกษาของ Wangsawat, Kaleang, Phibal, Jaisomkom, and Hayeese (2014) ที่พบว่า มารดาที่มีความรู้เรื่องประโยชน์ของนมแม่อยู่ในระดับมาก มารดาส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควรส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานขึ้น

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างได้ อาจอธิบายได้ว่า การรับรู้ของบุคคลที่เชื่อว่าบุคคลรอบข้างที่มีความสำคัญสำหรับตัวเขา ต้องการให้กระทำพฤติกรรมนั้น และบุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมตามแบบอย่างของบุคคลรอบข้างเหล่านั้น แม้ว่าการรับรู้อาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นขั้นตอนที่มารดาและทารกต้องเรียนรู้ร่วมกัน มารดาต้องเรียนรู้ในการช่วยให้ลูกอมหัวนมและดูดนมได้อย่างถูกต้อง ตั้งแต่ออยู่ในโรงพยาบาล เมื่อกลับไปอยู่บ้าน มารดาต้องรับผิดชอบภาระการเลี้ยงลูกด้วยตนเองทั้งหมด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นครอบครัวเดียวอยู่ด้วยกับสามี ร้อยละ 91.59 หลังคลอดบุตรมารดาหยุดงานมากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 43.93 แสดงให้เห็นว่ามารดาส่วนใหญ่เลี้ยงลูกตามลำพัง ครอบครัวมีส่วนเข้ามาดูแลและช่วยเหลือน้อย ประกอบกับมารดามีบุตรคนแรกยังไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกมาก่อน เมื่อเกิดปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้เกิดความเครียด มารดาจึงตัดสินใจให้นมผสมแทนนมแม่ เห็นได้จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง พบว่า มารดาให้นมผสมกับลูกครั้งแรกเมื่อลูกอายุมากกว่า 1 เดือน ร้อยละ 32.71 ผลการศึกษานี้

ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่ากลุ่มอ้างอิงมีผลต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากที่สุด (Bai, Middlestadt, Peng, & Fly, 2009) และการศึกษาที่ศึกษาอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อการตัดสินใจเลือกให้นมแม่ในมารดาที่มีลูกคนแรกจำนวน 203 ราย พบว่า กลุ่มอ้างอิงมีความสำคัญที่จะกำหนดการเริ่มต้นและความต่อเนื่องของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Swanson, & Power, 2005)

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างได้ ซึ่งอธิบายได้ว่า ปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เป็นการประเมินการรับรู้ของตนว่าพฤติกรรมที่จะปฏิบัตินั้นยากหรือง่าย ถ้าตัดสินใจทำแสดงว่าตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมนั้นได้และมีโอกาสประสบผลสำเร็จ เนื่องจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นภาระที่ต้องกระทำติดต่อกันตลอด 24 ชั่วโมง มารดาต้องตื่นมาให้นมลูกทุก 2-3 ชั่วโมงทำให้นอนน้อย จึงเกิดภาวะเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย อีกทั้งต้องดูแลความสะอาด และความเป็นอยู่ต่าง ๆ ภายในบ้าน จึงทำให้เกิดความเครียด มารดาหลายรายจึงตัดสินใจให้นมผสม ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างได้ (Chansiri, Phahuwatanakorn, & Yusamran, 2017) และมารดาที่มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในตนเองสูงมีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์หลังคลอดเป็น 1.077 เท่าของมารดาที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองต่ำ (Chanachai, Sinsuksai, Thananowan, & Phahuwatanakorn, 2014)

ข้อเสนอแนะ

1. การปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่แผนกฝากครรภ์ควรจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างแรงจูงใจ ชี้แนะ หรือให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมทัศนคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวที่จะส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวให้ครบ 6 เดือน
2. ผู้บริหารในสถานศึกษาพยาบาลควรใช้ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบาย พัฒนา

กิจกรรมการเรียนการสอนและเพิ่มประสบการณ์การเรียนรู้
ของนักศึกษาพยาบาลเรื่องนมแม่ โดยจัดทำหลักสูตรการ
ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น

3. การวิจัยเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
อย่างเดี่ยว ควรเน้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติเชิงบวกหรือ
เพิ่มทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ มหาวิทยาลัยนานาชาติ
เอเชีย-แปซิฟิก ที่ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัย และขอขอบคุณ
คณะพยาบาลศาสตร์มีซัง มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-
แปซิฟิก ที่เอื้ออำนวยสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ ตลอดจนคณาจารย์
และบุคลากร ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและ
ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

References

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviors. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 50(2), 179-211. Retrieved from [http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Alden, K. R. (2006). Newborn nutrition and feeding. In D. L. Lowdermilk, & L. E. Perry (Eds.), *Maternity nursing* (7th ed.) (pp. 617-630). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Arpassakul, P. (2016). Discouraging factors of breastfeeding among Thai women. *Journal of Public Health Nursing*, 30(2), 133-146. [in Thai]
- Bai, Y., Middlestadt, S. E., Peng, C.-Y. J., & Fly, A. D. (2009). Predictors of continuation of exclusive breastfeeding for the first six months of life. *Journal of Human Lactation*, 26(1), 26-34. doi: 10.1177/0890334409350168
- Cernadas, J. M. C., Noceda, G., Barrera, L., Martinez, A. M., & Garsd, A. (2003). Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *Journal of Human Lactation*, 19(2), 136-144. doi:10.1177/0890334403253292
- Chanachai, S., Sinsuksai, N., Thananowan, N., & Phahuwatanakorn, W. (2014). Knowledge, attitude, self-efficacy, spousal and nurse support predicting 6-weeks exclusive breastfeeding. *Journal of Nursing Science*, 32(1), 51-60. [in Thai]
- Chansiri, S., Phahuwatanakorn, W., & Yusamran, C. (2017). Influences of breastfeeding attitude subjective norm and self-efficacy on intention to exclusive breastfeeding among teenage pregnant women. *Journal of Nursing Science*, 35(4), 49-60. [in Thai]
- Chusilp, K. (2017). *Breastfeeding and brain development*. Retrieved from <https://thaibf.com/wp-content/uploads/2017/07/2-> [in Thai]
- Dodgson, J. E., Henly, S. J., Duckett, L., & Tarrant, M. (2003). Theory of planned behavior-based models for breastfeeding duration among Hong Kong mothers. *Nursing Research*, 52(3), 148-158. doi: 10.1097/00006199-200305000-00004
- Ho, Y. J., & McGrath, J. M. (2011). Predicting breastfeeding duration related to maternal attitudes in a Taiwanese sample. *Journal of Perinatal Education*, 20(4), 188-199. doi: 10.189/1058-1243.20.4.188
- Jancharoen, P. (2017). *Factors influencing breast feeding behaviors of mothers in territory health promotion hospital in Tambon bangtoey Muang Chachoengsao*. Retrieved from <https://www.govesite.com/uploads/20171120083444BU9XA7S/store/20171120154652sUS2Ysu.pdf> [In Thai]

- Kramer, M. S., & Kakuma, R. (2002). Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 1-40. doi:10.1002/14651858.cd003517
- Karande S, & Perkar S. (2012). *The IOWA infant feeding attitude scale*. Retrieved from https://www.researchgate.net/figure/The-IOWA-infant-feeding-attitude-scale-8_tbl1_236252238
- National Statistical Office & United Nations Children's Fund. (2016). *Thailand multiple indicator cluster survey 2015- 2016, final report*. Bangkok: NSO and UNICEF.
- National Statistical Office. (2020). *Project to survey the situation of children and women in Thailand, multiple indicators cluster survey 2019, complete report*. Bangkok: National Statistical Office.
- Persad, M. D., & Mensinger, J. L. (2007). Maternal breastfeeding attitudes: Association with breastfeeding intent and socio-demographics among urban primiparas. *Journal of Community Health*, 33(2), 53-60. doi:10.1007/s10900-007-9068-2
- Quinn, P., O'Callaghan, M., Williams, G., Najman, J., Andersen, M., & Bor, W. (2001). The effect of breastfeeding on child development at 5 years: A cohort study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 37(5), 465-469. doi: 10.1046/j.1440-1754.2001.00702.x
- Rao, M., Hediger, M., Levine, R., Naficy, A., & Vik, T. (2002). Effect of breastfeeding on cognitive development of infants born small for gestational age. *Acta Paediatrica*, 91(3), 267-274. doi: 10.1080/08035250252833905
- Swanson, V., & Power, K. G. (2005). Initiation and continuation of breastfeeding: Theory of planned behaviour. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), 272-282. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03390.x
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019). *Using multivariate statistics* (7th ed). Boston: Pearson Education.
- Wangswat, T., Kaleang, N., Phibal, A., Jaisomkom, R., & Hayeese, W. (2014). Factors influencing intention to exclusive breastfeeding for 6 months of mothers in Naradhiwat province. *Nursing Journal*, 41(Special), 133-133.
- World Health Organization [WHO]. (2011). *Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/en/
- World Health Organization [WHO]. (2014). *Global nutrition targets 2025 breastfeeding policy brief*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/149022>

การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะ อุณหภูมิร่างกายต่ำในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดโรงพยาบาลตติยภูมิ แห่งหนึ่ง

สุธาทิพย์ จันทงาม, พย.ม.^{1*} เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ปร.ด.² พัชรารณ อารี, วท.ด.³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยรายงานต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าลงทุน และต้นทุนค่าวัสดุของบุคลากรทางการพยาบาลที่ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ 30 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล และแบบบันทึกข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า ต้นทุนกิจกรรมพยาบาลทารกแรกเกิดรวมเท่ากับ 42,208.52 บาท คิดเป็นร้อยละของแต่ละกิจกรรมดังนี้ ระยะแรกรับ (ร้อยละ 5.92) ระยะมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (ร้อยละ 11.72) กิจกรรมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (ร้อยละ 75.44) และการบริหารจัดการและงานสนับสนุน (ร้อยละ 6.93) โดยต้นทุนกิจกรรมต่อกิจกรรมสูงสุดคือ กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพมีต้นทุนต่อกิจกรรมเท่ากับ 265.34 บาท เมื่อวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมต่อรายพบว่า ต้นทุนต่อรายสูงสุดคือ กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มีต้นทุนต่อรายเท่ากับ 1,061.36 บาท ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีความสำคัญที่ผู้บริหารควรนำไปใช้ในการบริหารจัดการเรื่องการบริหารอัตรากำลังคนและการบริหารเวลาให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: การวิเคราะห์ต้นทุน กิจกรรมการพยาบาล ทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

² ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

* ผู้เขียนหลัก e-mail: sutathip.cha@gmail.com

Cost Analysis of Nursing Activities for Newborns with Hypothermia in the Postpartum Unit at a Tertiary Level Hospital

Suthatip Chan-ngam, M.N.S.^{1*}, Phechnoy Singchungchai, Ph.D.², Patcharaporn Aree, D.Sc.³

Abstract

This descriptive research aimed to analyze the cost of nursing activities for newborns with hypothermia in the postpartum unit of a tertiary level hospital. The sample was 30 newborns with hypothermia. Data included reports of labor costs, capital costs, and material costs of neonatal nursing personnel caring for newborns with hypothermia. Data were collected between December 2020 and May 2021. The research instruments consisted of the Hypothermic Neonatal Nursing Activity Dictionary, a Record Form for nursing activities costs for newborns with hypothermia, and a Record Form for cost per unit of service. Descriptive statistics were used to analyze the data.

The results showed that the total cost of nursing activities was 42,208.52 baht. These were broken out into first phase (5.92%), hypothermia phase (11.72%), nursing activities with the multidisciplinary team (75.44%), and administration and support (6.93%). The maximum cost per activity (265.34 baht) and the highest cost per newborn (1,061.36 baht) was for nursing activities with multidisciplinary teams. The results showed empirical evidence of the cost of nursing activities for newborns with hypothermia, and are important for hospital administrators who can use this information to maximize manpower and time management.

Key words: Cost analysis, nursing activities, newborns with hypothermia, postpartum unit

¹ Master of Nursing Science Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Christian University

² Professor, Faculty of Nursing, Christian University

³ Associate Professor, Faculty of Nursing, Christian University

* Corresponding author e-mail: suthatip.cha@gmail.com

ความสำคัญของปัญหา

ทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) เป็นภาวะที่ร่างกายมีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 36.5 องศาเซลเซียส (World Health Organization [WHO], 1997) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด (Samutchang, 2016) พบว่า สาเหตุเกิดจากระบบการควบคุมอุณหภูมิในร่างกายของทารกแรกเกิดยังไม่สมบูรณ์ ทำให้อุณหภูมิร่างกายทารกเปลี่ยนแปลงได้ง่ายตามสภาพแวดล้อม ส่งผลให้ทารกแรกเกิดสูญเสียความร้อนจากร่างกายในปริมาณมากโดยใช้กระบวนการระเหยความร้อนจากผิวหนัง การนำ การพา และการแผ่รังสีความร้อน ทารกแรกเกิดจึงมีอุณหภูมิร่างกายลดต่ำลงอย่างรวดเร็ว (Punyavachira & Rotjananirunkit, 2009) ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกายทารกหลายประการ ร่างกายทารกจะมีการปรับตัวเพื่อเพิ่มความอบอุ่นภายในร่างกายโดยการเพิ่มอัตราการเผาผลาญไขมันสีน้ำตาล (WHO, 2017) ซึ่งเป็นปฏิกิริยาทางเคมีที่ต้องใช้ออกซิเจนและกลูโคสจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ภาวะกรดจากการเผาผลาญ (Metabolic acidosis) การสร้างสารเคลือบผิวของถุงลมปอดลดลง เกิดภาวะหายใจลำบาก ร่างกายขาดออกซิเจน การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิร่างกายยิ่งซ้ำเติมกรณีทารกที่ป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งอยู่แล้ว ทำให้มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงเพิ่มขึ้นแม้ทารกที่แข็งแรงก็ป่วยได้ จากที่กล่าวมาจึงเห็นได้ว่า กิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำต้องใช้เวลาในการพยาบาล 230 นาทีต่อราย ตามหลักการบริหารต้นทุนด้วยวิธีวิเคราะห์กิจกรรม (Wannachad, 2011) ทุกกิจกรรมคือต้นทุน (Singchugchai, 2016) ยิ่งกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้เวลามากยิ่งก่อให้เกิดต้นทุนมาก ดังนั้นประเด็นการศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ จึงต้องแสวงหาข้อมูลเชิงประจักษ์ แต่ยังคงขาดการวิจัย โดยเฉพาะใน รพ. ตติยภูมิที่ผู้บริหารมีนโยบายการใช้ทรัพยากรให้คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นการช่วยเหลือประคับประคองให้ทารกแรกเกิดสามารถควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในระดับปกติจึงเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลสามารถทำได้อย่างอิสระ ซึ่งทำให้มีต้นทุนด้านสุขภาพ ทรัพยากร และเวลาที่สูงขึ้น

(Itthichinda, 2013) ส่งผลต่อการบริหารต้นทุนของโรงพยาบาล นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้มีการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นที่เข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสถานพยาบาลยังได้รับงบประมาณจากกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วม ซึ่งได้จากการรายงานจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมในแต่ละเดือน (National Health Security Office [NHSO], 2007) การวิเคราะห์ต้นทุนจึงเป็นวิธีการที่ได้ข้อมูลที่ช่วยในการตัดสินใจของผู้บริหาร แนวทางการคิดวิเคราะห์ต้นทุนที่นิยมใช้มี 2 วิธี ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ต้นทุนแบบดั้งเดิม (Tradition cost analysis) เป็นการประมาณต้นทุนของหน่วยงานย่อยของสถานบริการ ต้นทุนหน่วยงานของงานสนับสนุนจะถูกกระจายสู่หน่วยงานที่จัดบริการ จึงมีลักษณะเป็นการวิเคราะห์ต้นทุนรวมไม่ได้แยกเป็นรายกิจกรรม และ 2) การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม (Activities based costing [ABC]) เป็นการระบุการใช้ทรัพยากรของการจัดการขององค์กรออกเป็นกิจกรรม ซึ่งแต่ละกิจกรรมจะระบุการกำหนดต้นทุนของกิจกรรมซึ่งขึ้นกับการใช้ทรัพยากรที่แตกต่างกัน (Singchugchai, 2016)

งานสูติกรรมหลังคลอดโรงพยาบาลเลิดสิน ปีงบประมาณ 2562-2563 มีทารกแรกเกิดต่อปีจำนวน 2,097 และ 1,792 ราย พบอุบัติการณ์ทารกภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำจำนวน 102 และ 103 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.86, 5.75 ตามลำดับ หากปล่อยให้ทารกแรกเกิดมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อทารกแรกเกิดได้ จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ไม่พบว่ามีงานวิจัยเรื่องนี้ซึ่งมีแนวโน้มของเด็กทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเพิ่มขึ้น กิจกรรมการพยาบาลสำหรับการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ต้องใช้การดูแลอย่างระมัดระวัง (Samutchang, 2016) พยาบาลจึงให้การพยาบาลที่มีกิจกรรมการพยาบาลที่มีรายละเอียดและต้องใช้เวลาในการดูแลทารกในแต่ละกิจกรรม จากแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุน ทุกกิจกรรมก่อให้เกิดค่าใช้จ่าย (Faksang, 2012) จึงเห็นได้ว่าการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะ

อุณหภูมิร่างกายต่ำน่าจะมีต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายแปรผันตามกิจกรรมการพยาบาล แต่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ในเชิงบริหารการพยาบาลจำเป็นต้องมีข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับต้นทุนการดูแลผู้รับบริการ เนื่องจากการคิดวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมพยาบาลมีรายละเอียดของกิจกรรมย่อย ต้องมีการบริหารงานในส่วนกิจกรรม ทำให้ผู้บริหารสามารถบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด มีประสิทธิภาพในการให้บริการ การวางแผนการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรบุคคล วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ และงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายจริงในสภาพสังคมปัจจุบัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

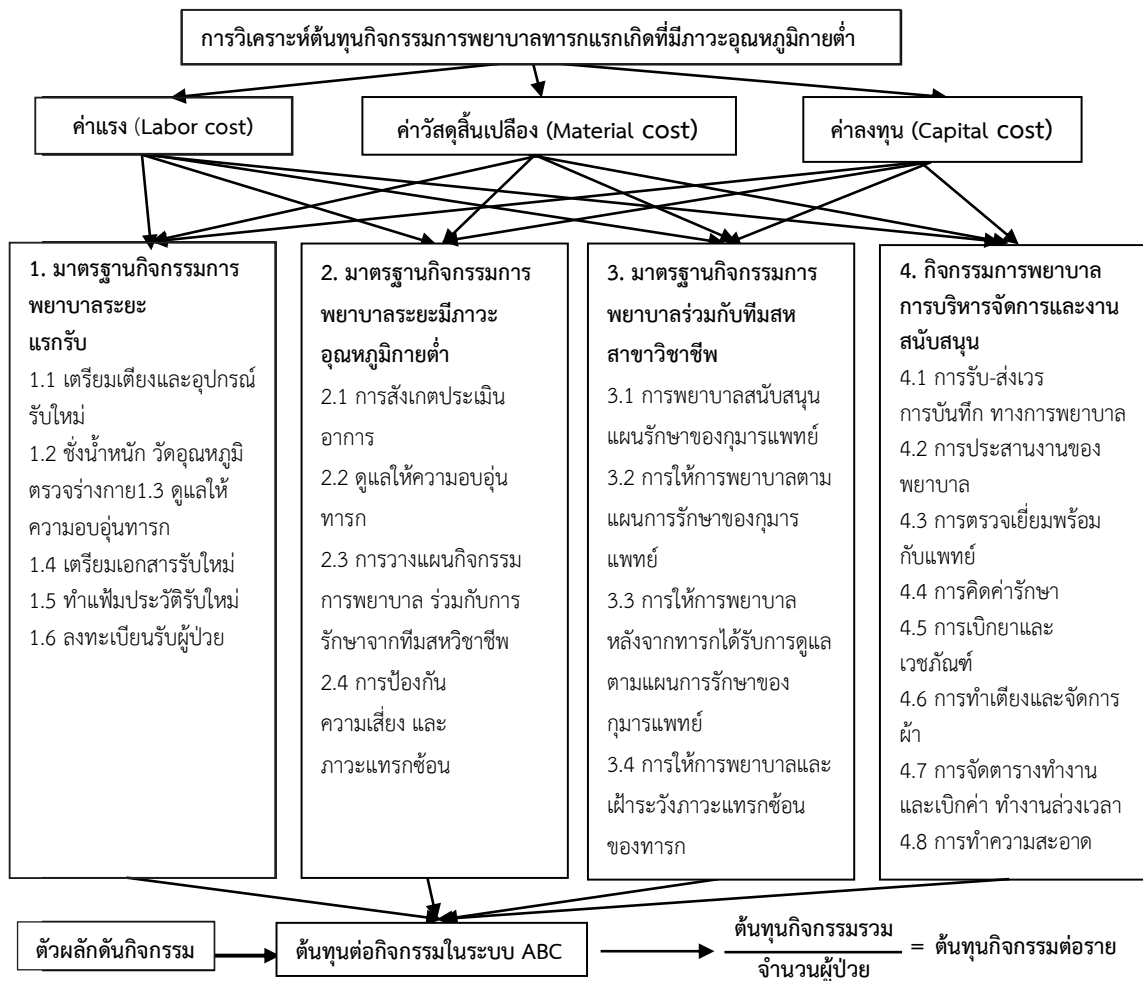
1. เพื่อศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวมในการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
2. เพื่อศึกษาด้านต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อกิจกรรมในการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
3. เพื่อศึกษาด้านต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อรายในการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำใน

หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดระบบต้นทุนกิจกรรม (Activity based costing [ABC]) Kaplan and Cooper (1998) มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การจัดทำพจนานุกรมกิจกรรมกำหนดปริมาณการใช้ทรัพยากร 2) ระบุตัวหลักต้นทุนทรัพยากรโดยให้บุคลากรป้อนส่วนค่าแรงตามสัดส่วนเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ 3) กำหนดผลผลิตและบริการของหน่วยงาน และ 4) กำหนดตัวหลักต้นทุนกิจกรรมในขั้นที่ 2 คือ เวลาและทรัพยากรที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม

ในการศึกษาด้านต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในครั้งนี้ จึงได้นำแนวคิดมาใช้ในการกำหนดพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำระยะแรกเริ่ม 2) มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิดระยะมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ 3) มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 4) การบริหารจัดการและงานสนับสนุน คิดต้นทุนโดยนำต้นทุนรวมในแต่ละกิจกรรม ได้แก่ ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุนของแต่ละกิจกรรม นำมาหารด้วยจำนวนผู้ป่วยจะได้ต้นทุนกิจกรรมรวมต่อราย ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study)

ประชากร คือ รายงานต้นทุนที่ได้จากบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐแห่งหนึ่ง สังกัดกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ รายงานต้นทุนในการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ประกอบด้วยต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าลงทุน ต้นทุนค่าวัสดุของบุคลากรทางการพยาบาล 18 คน ที่ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ 30 ราย

กำหนดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูป Power analysis ที่ Effect size = 0.60 ระดับ Power = .80 เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างโดยใช้ (10%) จากสูตรคำนวณของ Gupta, Attri, Singh, Kaur, and Kaur (2016) สูตรคำนวณ $N1 = n/(1-d)$ แทนค่า = $27/(1-0.1) = 30$ ราย (โดย $N1 =$ จำนวนตัวอย่างที่ได้, $n =$ ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้, $d =$ ร้อยละของการสูญหายของตัวอย่างที่คาดว่าจะได้)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีจำนวนทั้งหมด 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการ จำแนกตามกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วยแบบบันทึกทั้งหมด 6 แบบฟอร์ม คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลค่าแรง (labor cost) 2) แบบฟอร์มแบบบันทึกข้อมูลค่าวัสดุ (material cost) 3) แบบฟอร์มแบบบันทึกข้อมูลค่าไฟฟ้า

(material cost 2) 4) แบบฟอร์มแบบบันทึกข้อมูล
ค่าน้ำประปา (material cost 3) 5) แบบฟอร์มแบบบันทึก
ข้อมูลค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ (capital cost 1) 6)
แบบฟอร์มแบบบันทึกข้อมูลค่าเสื่อมราคาอาคารสถานที่
(capital cost 2)

ชุดที่ 2 พจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลทารก
แรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ผู้วิจัยใช้วิธีการสนทนา
กลุ่ม (Focus group discussion) ของบุคลากรทางการ
พยาบาลเพื่อตรวจสอบกิจกรรมที่กำหนดไว้ให้สอดคล้อง
กิจกรรมที่จะนำมาวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลที่
เกิดขึ้นจริง และใช้แบบสังเกตโดยสังเกตการณ์ 3-5 ครั้ง
จนกิจกรรมคงที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง แล้วหาค่าเฉลี่ย
ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลหลัก 4 กิจกรรม ได้แก่
มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะ
อุณหภูมิร่างกายต่ำระยะแรกเริ่ม มาตรฐานกิจกรรมการ
พยาบาลระยะที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ มาตรฐานกิจกรรม
การพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการบริหาร
จัดการและงานสนับสนุน

ชุดที่ 3 แบบบันทึกต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล
และเวลาในการทำกิจกรรมสร้างขึ้นโดยการประยุกต์จาก
ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยและแนวคิด
ทฤษฎีการวิเคราะห์ต้นทุนของแคปแลน และ คูเปอร์
(Kaplan & Cooper, 1998) ประกอบด้วย 1) แบบฟอร์ม
Activity based costing 1 คือแบบบันทึกปริมาณเวลาที่
ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม 2) แบบฟอร์ม Activity based
costing 2 คือแบบบันทึกค่าแรงบุคลากรทางการพยาบาล
3) แบบฟอร์ม Activity based costing 3 คือแบบบันทึก
ตัวหลักต้นทุนกิจกรรมหรือปริมาณกิจกรรม เครื่องมือทั้งหมด
ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ
ทั้งหมด 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสม ความ
สมบูรณ์ของเนื้อหาและความสอดคล้องของข้อมูล แล้วนำ
มาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index:
CVI) ได้ค่า CVI = .87 แล้วมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง
กับการสังเกต (Inter-observer reliability) ของแบบ
บันทึกปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม โดยนำเอา
เครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องกับ
การสังเกต (Inter-observer reliability) ของแบบบันทึก
ปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม (Polite & Hugler,

1999) ซึ่งผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 จับคู่กันเป็นคู่ที่ 1
และผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 จับคู่กันเป็นคู่ที่ 2 จนครบ
ผู้ช่วยวิจัย 5 คน ทำการสังเกตและบันทึกเวลา กิจกรรม
การพยาบาลตั้งแต่เริ่มปฏิบัติกิจกรรมจนสิ้นสุดกิจกรรม
ซึ่งใช้นาฬิกาจับเวลาแบบตัวเลขดิจิทัล (Digital) ที่มีการ
ตรวจสอบและตั้งเวลาที่ตรงกัน โดยที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย
กระทำไปพร้อม ๆ กันและเป็นอิสระต่อกัน โดยนำเอาผล
ที่สังเกตได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของการเฝ้าสังเกต
จากการทดสอบในการทดลองใช้เครื่องมือเพื่อหาความเชื่อ
มั่นของการสังเกต ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของการสังเกต
= 1.0

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอเอกสารรับรองจริยธรรม
การวิจัย เลขที่ น.07/2563 โดยผ่านคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยคริสเตียน ถึง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐแห่งหนึ่ง เพื่อขอ
อนุญาตในการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์
ขั้นตอน รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
เกี่ยวกับรายได้และค่าสวัสดิการต่าง ๆ ในช่วงเวลาที่ศึกษา
และขออนุญาตในการจับเวลาขณะปฏิบัติกิจกรรมการ
พยาบาล รวมทั้งเปิดโอกาสให้มารดาทารกซักถามข้อสงสัย
ต่าง ๆ ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ มารดาทารกมีสิทธิ์
ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบ
ใด ๆ ทั้งสิ้นระหว่างการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.
2563 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 โดยเก็บข้อมูล
ย้อนหลังจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ คือ ทะเบียนบันทึก
เงินเดือน และรายรับอื่น ๆ จากฝ่ายบัญชีและฝ่ายการเงิน
ทะเบียนพัสดุจัดซื้อครุภัณฑ์ และอาคารสิ่งก่อสร้างของ
หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ
แห่งหนึ่ง และข้อมูลสถิติการใช้บริการหอผู้ป่วยสูติกรรม
หลังคลอด ปีงบประมาณ 2563 เพื่อคำนวณต้นทุนค่าแรง
ของบุคลากรทางการพยาบาล และเก็บข้อมูลปัจจุบันจาก
การสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล บุคลากร
ทางการพยาบาลได้ปฏิบัติเกี่ยวกับการพยาบาลทารก
แรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ที่มารับบริการหอผู้ป่วย
สูติกรรมหลังคลอด ใช้นาฬิกาในการจับเวลา แบบตัวเลข

ดิจิทัลที่มีการตรวจสอบและตั้งเวลาที่ตรงกัน โดยพยาบาลปฏิบัติตามกิจกรรมที่กำหนดในพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วยมาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลหลัก 4 กิจกรรมได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำระยะแรกเริ่ม กิจกรรมการพยาบาลระยะที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการบริหารจัดการและงานสนับสนุน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ส่วนที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการตามกิจกรรมการพยาบาล ส่วนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเวลาการทำการพยาบาล ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล จำแนกตามพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาล และแบบบันทึกข้อมูลต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล

วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1. จัดเตรียมข้อมูลจากแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เพื่อนำมาวิเคราะห์โดยการลงบันทึกข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลและหาค่าเฉลี่ยของเวลาที่ใช้กิจกรรมการพยาบาล 4 ระยะ

2. คำนวณหาต้นทุนค่าแรง โดยหาผลรวมของค่าแรงต่อคนของบุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยนำเงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าครองชีพ ค่าล่วงเวลา ค่าเวรภัยคุกคาม ค่าตอบแทนวิชาชีพ ค่าเล่าเรียนบุตร ค่ารักษาพยาบาล ค่าประชุมอบรมที่เป็นค่าแรงก่อนหักภาษี ณ ที่จ่าย นำมาคำนวณค่าแรงเป็นบาทต่อหน้าที่ต่อคน

2.1 คำนวณค่าแรงลงสู่กิจกรรมการพยาบาล โดยหาสัดส่วนของการปฏิบัติงานจริง โดยแบ่งตามกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งในแต่ละกิจกรรมจะให้สัดส่วนในการทำงานตามภาระงานที่ปฏิบัติจริง

2.2 หาค่าแรงต่อหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาล โดยคำนวณจากค่าแรง เวลาในกิจกรรมการพยาบาลของบุคลากรแต่ละคนหารด้วยชั่วโมงการทำงาน โดยการปรับหน่วยเป็นบาทต่อหน้าที่ ในการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลระยะเวลา 6 เดือน โดยใช้สูตร

ค่าแรงเฉลี่ยบุคลากรแต่ละคนต่อหน้าที่ =

$$\frac{\text{สัดส่วนค่าแรงของบุคลากรแต่ละคน}}{\text{หน้าที่ในการทำงาน}}$$

หน้าที่ในการทำงาน

2.3 นำค่าแรงของบุคลากรทางการพยาบาลแต่ละคนต่อหน้าที่คูณกับเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมการพยาบาล จะได้ค่าแรงในแต่ละกิจกรรม

2.4 นำค่าแรงของแต่ละกิจกรรมการพยาบาลที่คำนวณได้ในแต่ละครั้งของการปฏิบัติกิจกรรมรวมกันแล้วหารด้วยจำนวนครั้งในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเป็นค่าแรงเฉลี่ยที่ใช้ในกิจกรรมการพยาบาลต่อครั้ง

2.5 หาค่าแรงแต่ละกิจกรรมโดยนำค่าแรงของบุคลากรแต่ละคนต่อหน้าที่ คูณกับเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมและนำค่าแรงแต่ละกิจกรรมที่คำนวณได้ในแต่ละครั้งมารวมกันเป็นค่าแรงทั้งหมด

3. ต้นทุนค่าลงทุน นำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าลงทุน มาคำนวณหาค่าเสื่อมราคาของพัสดุ จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าเสื่อมราคาเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแต่ละครั้งโดยคิดค่าเสื่อมราคาประจำปีของครุภัณฑ์ และสิ่งก่อสร้างโดยใช้เกณฑ์การคิดค่าเสื่อม

ค่าเสื่อมราคาต่อปี =

$$\frac{\text{ราคาพัสดุ} - \text{ราคาซาก}}{\text{อายุการใช้งาน (ปี)} \times 365 \text{ วัน} \times 24 \text{ ชั่วโมง} \times 60 \text{ นาที}}$$

อายุการใช้งาน (ปี) × 365 วัน × 24 ชั่วโมง × 60 นาที

การศึกษาต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งครั้งนี้ ไม่รวมต้นทุนค่าลงทุน เนื่องจากอาคารสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ส่วนใหญ่หมดอายุการใช้งานตามเกณฑ์ที่มีอายุมากกว่า 20 ปี ถือว่าราคาซากเป็นศูนย์ จึงไม่สามารถนำมาคิดต้นทุนได้จริง แต่ในบางกรณีอาคารสิ่งก่อสร้างที่ต้องจ่ายค่าเช่าและราคาซากเป็นศูนย์ สามารถนำมาวิเคราะห์ต้นทุนได้ในกรณีโรงพยาบาลเอกชน

4. หาค่าเฉลี่ยจากแรงที่ได้จากการปฏิบัติกิจกรรมและบันทึกเวลาเฉลี่ยจากข้อมูลที่บันทึกได้และนำข้อมูลจากแบบบันทึกค่าวัสดุสิ้นเปลืองแต่ละประเภทมารวมกันเป็นต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแต่ละกิจกรรม นำต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองในการ

พยาบาลตามรายการกิจกรรมรวมเป็นต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง
รวมในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล แต่ละกิจกรรม ดังนี้

$$\text{ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง} = \frac{\text{ผลรวมของต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองในแต่ละกิจกรรมให้การพยาบาล}}{\text{จำนวนครั้งในการให้การพยาบาล}}$$

5. นำผลรวมต้นทุนของแต่ละประเภทมารวมกัน
เป็นต้นทุนรวมทั้งหมดในการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาล
ในแต่ละกิจกรรม แล้วมาหาต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วยในการ
ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลหารด้วยจำนวนครั้งของการ
ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเดียวกัน

6. การคิดต้นทุนของกิจกรรมหลัก 4 กิจกรรม
ได้แก่ มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มี
ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำระยะแรกเริ่ม มาตรฐานกิจกรรมการ
พยาบาลระยะมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ มาตรฐานกิจกรรม
การพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและการบริหาร
จัดการและงานสนับสนุน

7. ต้นทุนต่อกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิด
ที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ตามระบบต้นทุนกิจกรรมเท่ากับ
ผลรวมของต้นทุนกิจกรรมหลัก 4 กิจกรรมของหอผู้ป่วย
สูติกรรมหลังคลอด

8. หาค่าแรงเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมแต่ละครั้ง
โดยนำค่าแรงรวมทั้งหมดในแต่ละกิจกรรมหารด้วยจำนวน
ครั้งในการปฏิบัติกิจกรรม

$$\text{การคำนวณหาต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วย} = \frac{\text{ผลรวมคะแนนของแต่ละกิจกรรม}}{\text{ปริมาณของกิจกรรมการพยาบาลนั้น ๆ}}$$

ผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม
การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำใน
หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
โดยใช้แนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมของ Kaplan
and Cooper (1998) ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ใน
รูปแบบตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

การวิเคราะห์ภาพรวมของต้นทุนกิจกรรมรวม
ทั้งหมดเท่ากับ 42,208.52 บาท กิจกรรมหลักที่มีต้นทุน
กิจกรรมสูงสุด คือ กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขา
วิชาชีพ เท่ากับ 31,840.83 บาท ($SD = 27.35$) และ
กิจกรรมที่มีต้นทุนต่ำสุด คือ กิจกรรมการพยาบาลระยะ
แรกเริ่ม เท่ากับ 2,498.98 บาท ($SD = 9.70$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวมและร้อยละ (N = 30 ราย)

กิจกรรมหลักตามมาตรฐาน	ต้นทุนกิจกรรมรวม (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	ร้อยละ
1. กิจกรรมการพยาบาลระยะแรกเริ่ม	2,498.98 (9.70)	5.92
2. กิจกรรมการพยาบาลระยะมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ	4,945.07 (7.95)	11.72
3. กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ	31,840.83 (27.35)	75.44
4. การบริหารจัดการและงานสนับสนุน	2,923.64 (13.11)	6.93
รวม	42,208.52	100.00

เมื่อวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล ทั้ง
4 กิจกรรมหลัก พบว่า กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับทีม
สหสาขาวิชาชีพมีค่าสูงที่สุด โดยมีต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม
เท่ากับ 265.34 บาท ($SD = 8.51$) และกิจกรรมที่มีต้นทุน

ต่ำสุด คือ การบริหารจัดการและงานสนับสนุน โดยมีต้นทุน
ต่อหน่วยกิจกรรม เท่ากับ 11.66 บาท ($SD = 34.27$) ดัง
ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวม 4 กิจกรรมหลัก (N = ทารกแรกเกิดจำนวน 30 ราย)

กิจกรรมหลัก ตามมาตรฐาน	จำนวน กิจกรรม (ครั้ง)	เวลาทำ กิจกรรม เฉลี่ย (นาที)	เวลาทำ กิจกรรม รวม (นาที)	ต้นทุนกิจกรรม		ต้นทุน กิจกรรม รวม (บาท)	ต้นทุน ต่อหน่วย (บาท/ กิจกรรม)	ต้นทุน ต่อราย (บาท)
				ค่าแรง (บาท)	ค่าวัสดุ (บาท)			
1. กิจกรรมการพยาบาล ระยะแรกเริ่ม	180	8.14	1,465.55 (3.92)	2,236.18 (9.70)	262.80	2,498.98 (9.70)	13.88 (9.70)	83.30 (9.70)
2. กิจกรรมการพยาบาล ระยะที่มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำ	120	19.21	2,304.91 (3.39)	4,030.37 (7.95)	914.70	4,945.07 (7.95)	41.21 (7.95)	164.84 (7.95)
3. กิจกรรมการพยาบาล ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ	120	16.96	2,035.60 (5.89)	5,328.63 (8.51)	26,512.20	31,840.83 (8.51)	265.34 (8.51)	1,061.36 (8.51)
4. การบริหารจัดการและ งานสนับสนุน	240	4.57	1,096.10 (5.07)	2,533.94 (34.27)	389.70	2,923.64 (34.27)	11.66 (34.27)	97.45 (34.27)
รวม	660	48.88	6,902.16	14,129.12	28,079.40	42,208.52	332.09	1,406.92

สำหรับต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิด
ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า ต้นทุนกิจกรรมการ
พยาบาลโดยรวม เท่ากับ เท่ากับ 31,840.83 บาท กิจกรรม
ที่มีต้นทุนสูงสุด คือ การพยาบาลสนับสนุนแผนรักษา
ของกุมารแพทย์ เท่ากับ 27,941.27 บาท ($SD = 7.95$)

รองลงมา คือ การให้การพยาบาลและเฝ้าระวังภาวะ
แทรกซ้อนของทารกเท่ากับ 2,280.76 บาท ($SD = 19.70$)
และกิจกรรมที่มีต้นทุนต่ำสุด คือ การให้การพยาบาล
ตามแผนการรักษาของกุมารแพทย์ เท่ากับ 785.75 บาท
($SD = 4.33$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิดร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตามมาตรฐานกิจกรรมการพยาบาล
(N = ทารกแรกเกิดจำนวน 30 ราย)

กิจกรรมหลัก ตามมาตรฐาน	จำนวน กิจกรรม (ครั้ง)	เวลาทำ กิจกรรม เฉลี่ย (นาที)	เวลาทำ กิจกรรม รวม (นาที)	ต้นทุนกิจกรรม		ต้นทุน กิจกรรม รวม (บาท)	ต้นทุน ต่อหน่วย (บาท/ กิจกรรม)	ต้นทุน ต่อราย (บาท)
				ค่าแรง (บาท)	ค่าวัสดุ (บาท)			
1. การพยาบาลสนับสนุนแผน รักษาของกุมารแพทย์	30	25.72	771.50 (1.78)	1,990.67 (7.95)	25,960.60	27,941.27 (7.95)	931.38 (7.95)	931.38 (7.95)
2. การให้การพยาบาลตาม แผนการรักษาของกุมารแพทย์	30	7.77	233.00 (1.71)	598.55 (4.33)	187.20	785.75 (4.33)	26.19 (4.33)	26.19 (4.33)
3. การให้การพยาบาลหลัง จากทารกได้รับการดูแลตาม	30	8.35	250.60 (0.75)	645.85 (2.67)	187.20	833.05 (2.67)	27.77 (2.67)	27.77 (2.67)
แผนการรักษาของกุมารแพทย์	30	26.01	780.20 (3.01)	2,093.56 (19.70)	187.20	2,280.76 (19.70)	76.03 (19.70)	76.03 (19.70)
4. การให้การพยาบาลและ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของ ทารก								
รวม	120	67.84	2,035.30	5,328.63	26,512.20	31,840.83	1,061.36	1,061.36

การอภิปรายผล

ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวมของ 4 กิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ผลการวิจัยพบว่า ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลรวม เท่ากับ 42,208.52 บาท ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลระยะร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพมีค่าสูงที่สุด เท่ากับ 31,854.33 บาท รองลงมา คือกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลระยะที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเท่ากับ 4,928.21 บาท และกิจกรรมที่มีต้นทุนที่ต่ำสุด คือกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลระยะแรกเริ่ม เท่ากับ 2,479.68 บาท จากผลการวิจัยนี้ สามารถอธิบายโดยใช้แนวคิดการบริหารเวลากับการเกิดต้นทุนได้ตามแนวทางของ Kaplan and Cooper (1998) ที่ระบุว่า การกำหนดปริมาณการใช้ทรัพยากรในแต่ละกิจกรรม โดยใช้ตัวผลักดันต้นทุนทรัพยากร (Resource cost drivers) ที่เชื่อมโยงกับการใช้เวลาและค่าใช้จ่ายของทรัพยากรที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมซึ่งทรัพยากรส่วนใหญ่ที่ใช้ได้แก่ ค่าแรง ค่าลงทุน ค่าวัสดุอุปกรณ์ และเทคโนโลยี ด้วยการปันส่วนของเวลาของบุคลากรที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น เป็นการจัดลำดับชั้นกิจกรรมเพื่อดูว่ากิจกรรมไหนมีคุณค่า และไม่มีคุณค่า ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยนี้ พบว่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลในระยะร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นกิจกรรมที่มีการใช้บุคลากรพยาบาลและต้องใช้เวลา เนื่องจากต้องเฝ้าตรวจด้วยการพยาบาลสัมผัสทารก ได้ชี้แจงข้อมูลต่าง ๆ กับมารดา เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรกับมารดาทารก โดยปกติใช้เวลาปฏิบัติกิจกรรมเฉลี่ย 67.84 นาที จะพบว่า เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลา เวลาที่มากย่อมส่งผลต่อต้นทุนค่าแรง จึงทำให้ต้นทุนในกิจกรรมนี้สูงกว่าต้นทุนอื่น

ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อกิจกรรมในการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เมื่อจำแนกตามกิจกรรมการพยาบาลโดยต้นทุนกิจกรรมต่อกิจกรรมสูงสุดคือ กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มีต้นทุนต่อกิจกรรมเท่ากับ 1,061.36 บาท และมีกิจกรรมย่อยที่มีต้นทุนต่อกิจกรรมสูงสุดคือ การพยาบาลสนับสนุนแผนการรักษาของกุมารแพทย์ เท่ากับ 931.38 บาท ผลการศึกษานี้พบว่า กิจกรรมการพยาบาลสนับสนุนแผนรักษาของกุมารแพทย์เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาสูงที่สุดและ

ใช้บุคลากรพยาบาลที่มีความชำนาญ ใช้เวลาปฏิบัติกิจกรรมเฉลี่ย 25.72 นาที เป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนด้านค่าวัสดุสูงที่สุด คือ 865.35 บาท สอดคล้องกับการศึกษาของ Wirotwanit, Thongkhamrod, and Hingkanont (2014) ที่พบว่า กิจกรรมการพยาบาลระยะการดูแลรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีหัตถการทางการแพทย์และพยาบาลมีต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองสูงที่สุด ใช้เวลามาก ซึ่งบางกิจกรรมสามารถให้พนักงานช่วยเหลือคนไข้ช่วยปฏิบัติกิจกรรมแทนเพื่อลดต้นทุน และในบางกิจกรรมที่มีต้นทุนสูงสามารถวิเคราะห์ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรได้ ทำงานใช้เวลาน้อยกว่า ผลงานเท่ากันหรือบางกิจกรรมใช้วัสดุสิ้นเปลืองที่น้อยกว่า

ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลต่อรายในการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ จากการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล พบว่า ต้นทุนกิจกรรมต่อรายที่มีต้นทุนสูงคือ กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีต้นทุนกิจกรรมต่อราย 1,061.36 บาท ผลการศึกษานี้พบว่า กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มีต้นทุนกิจกรรมต่อรายและต้นทุนกิจกรรมต่อกิจกรรมสูงสุด เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลา ต้องมีการติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ เพื่อร่วมวางแผนการดูแลรักษาทารกแรกเกิด ใช้วัสดุอุปกรณ์ และมีการทำหัตถการซึ่งต้องใช้บุคลากรพยาบาลที่มีความชำนาญ มีผลทำให้เกิดต้นทุนสูง ใช้เวลาปฏิบัติกิจกรรมเฉลี่ย 67.85 นาที อภิปรายได้โดยใช้แนวคิดต้นทุนกิจกรรม (Activities based costing) ของ Kaplan and Cooper (1998) จะเห็นได้ว่า องค์ประกอบต้นทุนค่าแรงถือเป็นต้นทุนหลักในการทำกิจกรรมการคิดต้นทุน ยิ่งกิจกรรมต้องใช้บุคลากรที่มีความชำนาญและใช้เวลา ต้นทุนจึงมีมากขึ้นตามค่าตอบแทน สอดคล้องกับการศึกษาของ Wirotwanit et al. (2014) ที่พบว่ากิจกรรมการพยาบาลระยะการดูแลรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีหัตถการทางการแพทย์และพยาบาลมีต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองสูงที่สุดใช้เวลา

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในมุมมองของผู้ให้บริการ และวิเคราะห์ต้นทุนจากมูลค่าทรัพยากร หรือค่าใช้จ่ายที่มีหน่วยวัดคิดเป็นต้นทุนที่จ่ายออกไป ส่วนที่วัด

เป็นตัวเงินไม่ได้ ได้แก่ ต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost) เนื่องจากมีอายุการใช้มากกว่า 20 ปี จึงไม่สามารถนำมาคิดต้นทุนได้จริง การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาครั้งแรกเกี่ยวกับต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ไม่รวมค่าสาธารณูปโภค ค่าแรงของบุคลากรอื่น ๆ และต้นทุนอื่น ๆ จะคิดเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเท่านั้น จึงอาจส่งผลทำให้ต้นทุนรวมครั้งนี้ต่ำกว่าความเป็นจริง

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพมีต้นทุนกิจกรรมรวมสูงที่สุดและมีกิจกรรมย่อยการพยาบาลสนับสนุนแผนรักษาของกุมารแพทย์ที่มีต้นทุนรวมสูงที่สุด ดังนั้น ผู้บริหารโรงพยาบาลควรมีการส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมให้เหมาะสมกับบุคลากรทุกระดับ และผู้บริหารทางการพยาบาลควรปรับมาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้เกิดความคุ้มค่า โดยใช้แนวทางในการควบคุมต้นทุนวัสดุอุปกรณ์ ต้นทุนการจัดการ ค่าใช้จ่ายในการให้บริการและการบริหารงบประมาณของหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โดยใช้ตัวผลักดันต้นทุนทรัพยากร (Resource Cost Drivers) ที่เชื่อมโยงกับการใช้เวลาและค่าใช้จ่ายของทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และควรจัดทำคู่มือเกี่ยวกับการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อให้ปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร. รัชนิ ศุภจินทรรัตน์ ขอขอบคุณโรงพยาบาลเลิดสิน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดทุกระดับ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลงานวิจัยในครั้งนี้

References

- Faksang D. (2012). *Cost management for coconut sugar producers in Samutsongkhram*. Bangkok: Suan Sunandha Rajabhat University. [In Thai].
- Gupta, K. K., Attri, J. P., Singh, A., Kaur, H., & Kaur, G. (2016). Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials! *Saudi Journal of Anesthesia*, 10(3), 328-331. doi: 10.4103/1658-354X.174918
- Itthichinda, S. (2013). *Design and development of a baby warmer during radiographic imaging luoroscope*. Bangkok: King Mongkut's University of Technology North Bangkok. [In Thai]
- Kaplan, R. S., & Cooper, R. (1998). *Cost and effect: Using integrated cost system to drive profitability and performance*. Boston: Harvard Business school press.
- National Health Security Office [NHSO]. (2007). *National health act*. Bangkok: National Health Security Office. [In Thai]
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles method* (6th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Punyavachira, P., & Rotjananirunkit, N. (2009). A comparison of using polyethylene bag and radiant warmer on body temperature of full-term newborns. *Ramathibodi Nursing Journal*, 15(3), 373-384.
- Samutchang, E. (2016). *Guidelines for newborn care to prevent hypothermia*. Songkhla: Songkhla Boromarajonani College of Nursing. [In Thai]
- Singchugchai, P. (2016). *Health economics for health services* (5th ed.). Songkhla: Chanmuang. [In Thai]

- Wannachad J. (2011). Neonatal body temperature control. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 23(1), 81-93. [in Thai]
- Wirotwanit, N., Thongkhamrod, R., & Hingkanont, P. (2014). Cost analysis of nursing service activity in emergency department Naresuan University Hospital. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 8(3), 252-67. [In Thai]
- World Health Organization [WHO]. (1997). *Safe motherhood: Thermal protection of the newborn: A practical guide*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2017). *WHO recommendations on newborn health: Guidelines approved by the WHO guidelines review committee*. Geneva: World Health Organization.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ในจังหวัดตาก

วัชรินทร์ คำสา, พย.ม.¹ วรรณรัตน์ ลาวัง, Ph.D.^{2*} สมสมัย รัตนกริชากุล, ส.ด.²

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของประชากรไทยรวมถึงกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ซึ่งการควบคุมและจัดการกับปัญหาที่ดีที่สุดคือ การจัดการให้กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสม การวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและอาศัยอยู่ในจังหวัดตาก จำนวน 207 คน ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ครอบคลุมข้อมูลพื้นฐาน ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันโรค การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันโรค วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า ภาพรวมของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการหลีกเลี่ยงดื่มสุราและด้านการรับประทานยาและตรวจตามนัด อยู่ในระดับสูง และอีก 4 ด้านได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง โดยตัวแปรการรับรู้ความสามารถแห่งตน ($\beta = .43$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .16$) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงและสามารถอธิบายได้ร้อยละ 23.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .230$, $F = 30.40$, $p < .001$) ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยง โดยเพิ่มการรับรู้ความสามารถแห่งตนร่วมกับส่งเสริมให้ครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมมีส่วนร่วมในการสนับสนุนพฤติกรรมป้องกันโรค เพื่อให้กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

คำสำคัญ: กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง พฤติกรรมป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: lawang@go.buu.ac.th

Factors Influencing Preventive Behaviors Against Coronary Heart Disease Among Karen at Risk in Tak Province

Watcharin Khamisa, M.N.S.¹, Wannarat Lawang, Ph.D.^{2*}, Somsamai Rattanaagreeethakul, Dr.P.H.²

Abstract

Coronary heart disease is a significant health problem in Thai people, including Karen, that requires appropriate preventive behaviors. This predictive correlational research aimed to describe preventive behaviors against coronary heart disease and to determine factors influencing those preventive behaviors. Multi-stage random sampling was used to recruit 207 participants of Karen at risk in Tak province. Data were collected from November to December 2020. Research instruments were interviews, including a demographic record form, the Preventive Behavior Knowledge, the Preventive Behaviors Perception, the Disease Preventive Resource Accessibility, the Social Support Perception, the Self-Efficacy Perception, and the Preventive Behaviors surveys. Descriptive statistics and stepwise multiple regression were used to analyze the data.

The overall results revealed that preventive behaviors against coronary heart disease among Karen at risk food consumption, exercise, stress management, and smoking were rated at medium levels. Alcohol consumption and medication adherence and follow-up were rated at high levels. Self-efficacy perception ($\beta = 0.43$) together with the social support perception ($\beta = 0.16$) were factors influencing preventive behaviors and explained 23.0% of the variance in preventive behaviors against coronary heart disease ($R^2 = .230$, $F = 30.40$, $p < .001$). These findings suggest that nurses and other health personnel should develop programs to promote preventive behaviors against coronary heart disease in Karen at risk through increasing self-efficacy perception and encouraging family and other important persons to participate in preventive behavior support. These should improve the odds that the Karen at risk will develop appropriate preventive behaviors for improving their health and quality of life.

Keywords: Karen, preventive behaviors, coronary heart disease, self-efficacy perception, social support perception

¹ Student of Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing Burapha University

* Corresponding author e-mail: lawang@go.buu.ac.th

ความสำคัญของปัญหา

ประชากรไทยมีความหลากหลายทางเชื้อชาติอาศัยอยู่ร่วมกัน มีกลุ่มชาติพันธุ์ประมาณร้อยละ 2.2 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีจำนวนมากที่สุดคือกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงคิดเป็นประมาณร้อยละ 38.04 ของกลุ่มชาติพันธุ์ทั้งหมด กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงอาศัยตามพื้นที่สูงหรือบนภูเขาของประเทศไทยโดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย และตาก มีเอกลักษณ์ทางภาษา ความเชื่อ ภูมิปัญญา ประเพณี และวัฒนธรรมเป็นของตนเอง วิธีการดำเนินชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงในอดีตเกิดจากการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในชุมชนกะเหรี่ยงและสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมรอบตัวที่ต้องพึ่งพิงธรรมชาติ จึงส่งผลให้กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีวิธีการดำเนินชีวิตที่มีความเฉพาะเจาะจงแตกต่างจากคนไทยที่อาศัยบนพื้นที่ราบ (Ministry of Social Development and Human Security, 2015) แต่การเปลี่ยนแปลงในยุคปัจจุบันทั้งเศรษฐกิจ การเมือง เทคโนโลยี หรือวัฒนธรรมเข้ามามีบทบาทและติดต่อกับชุมชนเมืองมากขึ้น ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป อาทิ ซื้ออาหารจากร้านค้าในชุมชนหรืออาหารสำเร็จ แทนการหาของในป่าและปรุงเองในบ้านซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาหารจำพวกแป้งและมีไขมันสูง หรือใช้เครื่องทุ่นแรงในการทำงานแทนการใช้แรงคน หรือใช้จักรยานยนต์เป็นยานพาหนะแทนการเดินขึ้นลงภูเขา (Kittiyano, 2018) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

การศึกษาทางระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ (Tak Provincial Public Health Office, 2019a) พบว่า โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพอันดับต้น ๆ ของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ดังสถิติในปี พ.ศ. 2562 มีอัตราป่วยของโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับร้อยละ 14.44 และอัตราป่วยของโรคเบาหวานเท่ากับร้อยละ 4.36 ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นโรคประจักษ์ที่นำไปสู่การเกิดโรคทุติยภูมิอย่างเช่นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น (World Health Organization [WHO], 2018) ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์การเสียชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2559-2561) พบว่า

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงอันดับสองของการเสียชีวิตรองจากชรา (Tak Provincial Public Health Office, 2019b) ดังนั้น โรคหลอดเลือดหัวใจจึงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ พบว่า ปี พ.ศ. 2559 โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเป็น 1 ใน 4 ของสาเหตุการตายในทั่วโลกในปี พ.ศ. 2573 (WHO, 2018) เช่นเดียวกันโรคหลอดเลือดหัวใจก็เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งหรือที่อัตราตายเท่ากับ 32.3 ต่อแสนประชากร (Department of Disease Control, 2018) โดยกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจเท่ากับ 30.0 ต่อแสนประชากร (Tak Provincial Public Health Office, 2019b) ปัจจุบันประเทศไทยจึงมีนโยบายคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เพื่อให้ทราบถึงกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (WHO, 2018) ครอบคลุม 6 ด้าน ประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการความเครียดที่เหมาะสม การหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่หรือไม่สูดดมควันบุหรี่ การงดหรือหลีกเลี่ยงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอดจนการรับประทานยาตามแผนการรักษาและตรวจเพื่อตรวจคัดกรองหาความผิดปกติอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงเหล่านี้ได้ (Premasuk, Thato, & Polsook, 2019) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเป็นประชากรที่อาศัยในพื้นที่ราบ โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Jumpa, Kungjai, & Ruttanajarana, 2018; Ploysook, Kaewpan, Pichayapinyo, & Silabut, 2019) ในขณะที่การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงใน

ประเทศไทยในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า เป็นการศึกษา พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป และพฤติกรรมสุขภาพ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Jidjuk, 2019; Jinathum, Koomnet, & Kanthawee, 2018) แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มชาติพันธุ์ กะเหรี่ยงที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยง ต้องพิจารณาปัจจัยที่มีความหลากหลาย ครอบคลุมทั้ง ปัจจัยด้านตัวบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ และ เสริมให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบ PRECEDE-PROCEED (Green & Krueger, 2005) ที่อธิบาย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคลไว้อย่างชัดเจน ครอบคลุมและเชื่อมโยงความเป็นพหุวัฒนธรรมของบุคคล ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ปัจจัย นำคือ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การรับรู้เกี่ยวกับการ ป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกัน โรค ปัจจัยเอื้อคือ การเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกัน โรคและปัจจัยเสริมคือ การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึง ประยุกต์รูปแบบดังกล่าวร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมา พัฒนาเป็นกรอบการวิจัยครั้งนี้ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน โรค หากผู้ที่เจ็บป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้องก็จะเข้าใจว่าสิ่งใดถูก/สิ่งใดผิด หรือสิ่งใด ควรหรือไม่ควรทำ นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ถูกต้องและ เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า ความรู้มีความ สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด หัวใจ (Temyod, 2015) การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค เมื่อผู้ที่เจ็บป่วยรับรู้ ว่า ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคมีความรุนแรง การป้องกันนั้นมีประโยชน์มากและมี อุปสรรคในการปฏิบัติน้อย ก็จะยอมรับและเกิดแรงจูง ในการปฏิบัติ นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สอดคล้อง กับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้เป็นปัจจัยมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (Ploysub, et al. 2019) การรับรู้ความสามารถแห่งตน ในการป้องกันโรค เมื่อผู้ที่เจ็บป่วยมีมั่นใจว่า ตนเองจะ สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ย่อมนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับการ ศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกัน

โรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดหัวใจ (Jumpa et.al., 2018; Ploysub et al., 2019; Sirikangwankun, Thato, & Polsook, 2017) การ เข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันโรค เมื่อบุคคลเข้าถึง ทรัพยากรด้านสาธารณสุขและทรัพยากรด้านอื่น ๆ ที่ช่วย เอื้อในการปฏิบัติพฤติกรรมแล้ว ก็จะเกิดแรงจูงใจ และ สามารถพัฒนาศักยภาพ ที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่ เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเข้าถึงบริการ สุขภาพหรือการมีทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ จะเป็นการเอื้อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด หัวใจที่ดี (Phiromsid, Kulsiripunyo, Nurukkae, & Luangpuntao, 2018) การสนับสนุนทางสังคม เมื่อผู้ที่ เจ็บป่วยได้รับแรงกระตุ้นหรือความช่วยเหลือในการดูแล สุขภาพจากครอบครัว เพื่อน บุคลากร และชุมชนในด้าน ต่าง ๆ เช่น ด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือกำลังใจ ที่ เป็นผลให้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรม สอดคล้อง กับการศึกษาที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (Phiromsid et al., 2018; Sirikangwankun et al., 2017)

การวิจัยนี้มุ่งเน้นศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มชาติพันธุ์ กะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่จังหวัดตาก ซึ่งมีกลุ่มชาติพันธุ์ กะเหรี่ยงอาศัยอยู่จำนวนมากเป็นอันดับสอง รองมาจาก จังหวัดเชียงใหม่ และพบว่าเมื่ออัตราการเสียชีวิตด้วยโรค หลอดเลือดหัวใจมากเป็นอันดับต้น ผลการศึกษาจะทำให้ พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจให้ เหมาะสมกับวัฒนธรรมและวิถีการดำเนินชีวิตของกลุ่ม ชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจ ลดภาระของครอบครัว และสังคม ตลอดจนเป็นการ ยกระดับการปฏิบัติการพยาบาลทางด้านการส่งเสริมและ ป้องกันของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนให้มีความครอบคลุม ประชาชนทุกกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของการ บริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด หัวใจในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดตาก

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันโรค การเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันโรค และการสนับสนุนทางสังคม

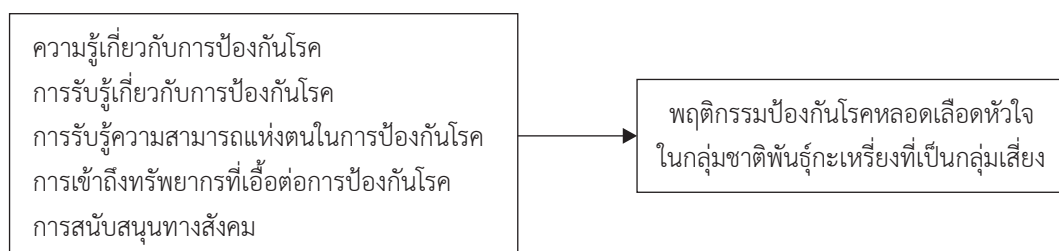
สมมติฐาน

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการป้องกันโรค การเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันโรค และการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์รูปแบบ PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter, 2005) มาเป็นกรอบการวิจัยเพื่ออธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างครอบคลุมและเชื่อมโยงความเป็นพหุวัฒนธรรมของบุคคลกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ซึ่งรูปแบบดังกล่าวประกอบด้วย 2 ส่วนคือ รูปแบบ PRECEDE และรูปแบบ PROCEED รวมทั้งหมด 8 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินด้านสังคม การประเมินด้านระบาดวิทยา พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม การประเมินด้านการศึกษาในเวชวิทยา การประเมินด้านการบริหารและนโยบาย การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ การประเมินผลกระทบ การประเมินผลลัพธ์

การศึกษานี้ประยุกต์เฉพาะรูปแบบ PRECEDE ซึ่งเป็นการมองเชิงมโนทัศน์และเป็นการประเมิน แบบนิเวศวิทยาที่สามารถอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลให้บุคคลมีพฤติกรรมโดยระบุปัจจัยที่นำไปสู่การมีพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ในส่วนของขั้นตอนที่ 2 (Epidemiological, behavioral and environmental assessment) ที่กล่าวถึงการประเมินทางระบาดวิทยา และการประเมินพฤติกรรม เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และขั้นตอนที่ 3 (Educational and ecological assessment) ที่กล่าวถึงปัจจัยปัจจัยนำ คือ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยที่มาจากภายในตัวบุคคล เช่น ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ การรับรู้ของบุคคล เป็นต้น ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นปัจจัยภายนอกบุคคลที่จะเอื้ออำนวยให้บุคคลสะดวกที่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม เช่น แหล่งทรัพยากร รายได้ เป็นต้น และปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) เป็นปัจจัยภายนอกบุคคลที่จะกระตุ้นหรือตอบสนองบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน เป็นต้น เมื่อพิจารณาพร้อมกับการทบทวนวรรณกรรมทำให้ได้ผู้วิจัยสามารถสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงประกอบไปด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถแห่งตน ปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกัน และปัจจัยเสริม คือ การสนับสนุนทางสังคม สรุปกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และหรือโรคไขมันในหลอดเลือด ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อาศัยอยู่ในจังหวัดตาก จำนวน 16,276 คน ปี พ.ศ. 2563 (Tak Provincial Public Health Office, 2019a)

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และหรือโรคไขมันในหลอดเลือด ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ (1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป (2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ที่พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (1999) (3) เข้าใจและสื่อสารภาษาไทย หรือภาษาของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงได้ และ (4) มีความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้แบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 จึงกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบที่ .80 และค่าขนาดอิทธิพลที่ .06 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระหว่างขนาดเล็กถึงขนาดกลางที่แนะนำสำหรับงานวิจัยทางการแพทย์ (Polit & Beck, 2012) เมื่อเปิดตารางสำเร็จรูปสำหรับสถิติถอยพหุคูณของ Polit and Beck (2012) ที่มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 5 ตัว ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 205 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์และความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 จึงวางแผนเก็บข้อมูลที่จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 225 ราย

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มเลือกอำเภอตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) จำนวน 4 อำเภอ หลังจากนั้นสุ่มเลือกตำบลตัวอย่างโดยจับฉลากอำเภอละ 1 ตำบล ได้จำนวน 4 ตำบล และสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยนำรายชื่อกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดมาสุ่มเลือกโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน แต่ละตำบลตามสัดส่วนที่คำนวณได้จำนวนตัวอย่าง 225 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ที่พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (1999) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน (1) ผู้สูงอายุปกติ ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) ต้องได้คะแนน > 14 (2) ผู้สูงอายุที่ เรียนประถมศึกษา ต้องได้คะแนน > 17 (3) ผู้สูงอายุที่ เรียนสูงกว่าประถมศึกษา ต้องได้คะแนน > 22

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนความเสี่ยงต้องอย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อ ได้แก่ (1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับไขมันในหลอดเลือดได้ คือ (4) มีภาวะโภชนาการเกิน (5) สูบบุหรี่ (Department of Disease Control, 2018)

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีคำถาม 7 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อปี โรคประจำตัว และสิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีคำถาม 15 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ ความรู้ด้านโรคหลอดเลือดหัวใจ (5 ข้อ) และความรู้ด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (10 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นการเลือกคำตอบที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว (ถูก ผิด ไม่ทราบ) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างความรู้ในระดับสูง การแปลผลเพื่อบรรยายมี 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) คือ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-8, 9-11 และ 12-15 หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูงตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีคำถาม 16 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง (4 ข้อ) การรับรู้ความรุนแรง (4 ข้อ) การรับรู้ประโยชน์ (4 ข้อ) และการรับรู้อุปสรรค (4 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-48 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง การแปลผลเพื่อบรรยายมี 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 0.00-1.00, 1.01-2.00 และ 2.01-3.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคในระดับน้อย ปานกลาง และมากตามลำดับ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีคำถาม 14 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ ทรัพยากรด้านสาธารณสุข (7 ข้อ) และทรัพยากรด้านอื่น ๆ ในชุมชน (7 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 14-70 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีทรัพยากรในชุมชนที่เอื้อต่อการป้องกันโรคในระดับสูง การแปลผลเพื่อบรรยายมี 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 1.00-2.33, 2.34-3.67 และ 3.68-5.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีทรัพยากรในชุมชนที่เอื้อต่อการป้องกันโรคในระดับต่ำ ปานกลาง และสูงตามลำดับ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มี 16 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (4 ข้อ) การสนับสนุนด้านให้การประเมินผล (4 ข้อ) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (4 ข้อ) และการสนับสนุนด้านการช่วยเหลือ ในการกระทำกิจกรรมรวมทั้งการให้สิ่งของ (4 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-48 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง การแปลผลเพื่อบรรยายมี 3 ระดับ (Best &

Khan, 2006) คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 0.00-1.00, 1.01-2.00 และ 2.01-3.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ปานกลาง และสูงตามลำดับ

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถแห่งตน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีคำถาม 18 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร (7 ข้อ) การออกกำลังกาย (2 ข้อ) การจัดการความเครียด (3 ข้อ) การสูบบุหรี่ (2 ข้อ) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (2 ข้อ) และการรับประทานยาและตรวจตามนัด (2 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (ไม่มั่นใจเลยถึงมั่นใจมากที่สุด) คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 18-90 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในระดับสูง การแปลผลเพื่อบรรยายมี 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 1.00-2.33, 2.34-3.67 และ 3.68-5.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในระดับต่ำ ปานกลาง และสูงตามลำดับ

ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มี 18 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร (7 ข้อ) ด้านการออกกำลังกาย (2 ข้อ) ด้านการจัดการความเครียด (3 ข้อ) ด้านการหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่ (2 ข้อ) ด้านการหลีกเลี่ยงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (2 ข้อ) ด้านการรับประทานยาและตรวจตามนัด (2 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (ไม่เคยปฏิบัติเลยถึงไม่เคยปฏิบัติเลย) คะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน (ด้านบวก) และ 3-0 คะแนน (ด้านลบ) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-54 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง การแปลผลเพื่อบรรยายมี 3 ระดับ (Best & Khan, 2006) คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 0.00-1.00, 1.01-2.00 และ 2.01-3.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับต่ำต่ำ ปานกลาง และสูงตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยส่วนที่ 2-7 ได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบไปด้วย

แพทย์ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง อาจารย์พยาบาล ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) อยู่ในช่วง .92-1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นจำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค ใช้สูตร KR-20 ได้ค่าเท่ากับ .72 ส่วนแบบสัมภาษณ์ การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันโรค การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถแห่งตน และพฤติกรรมในการป้องกันโรคใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .75 .76 .88 .85 และ .74 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการบริหารวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา โดยรับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส G-HS 068/2563 (4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563) ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้มีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ และเป็นคนที่ใช้สามารถสื่อสารภาษากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงได้และใช้ภาษากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงเป็นภาษาหลัก โดยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับแบบสัมภาษณ์และวิธีการเก็บข้อมูลการรักษาความลับ และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ตลอดจนฝึกปฏิบัติการเก็บข้อมูลจนสามารถทำได้ถูกต้อง เนื่องจากกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงสื่อสารภาษาไทยได้น้อย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ผู้วิจัยจึงเตรียมล่ามในการเก็บข้อมูลสำหรับผู้วิจัย จำนวน 1 คน ซึ่งเป็นผู้ที่จบระดับการศึกษาปริญญาตรีของกระทรวงศึกษาธิการ และใช้สามารถสื่อสารภาษากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงได้และใช้ภาษากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงเป็น

ภาษาหลัก โดยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับแบบสัมภาษณ์และวิธีการเก็บข้อมูล การรักษาความลับ และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ตลอดจนฝึกปฏิบัติการเก็บข้อมูลจนสามารถทำได้ถูกต้อง

เริ่มทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 4 แห่งที่ได้จากการสุ่ม ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และขออนุญาตดำเนินการทำวิจัย และเก็บข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบตารางการออกตรวจคลินิกโรคเรื้อรังในแต่ละอำเภอ และประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างและทำการสุ่มคัดเลือกรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นเข้าไปเก็บข้อมูลในวันที่มีคลินิกโรคเรื้อรังไม่ติดต่อเรื้อรัง ขณะที่กลุ่มตัวอย่างรอตรวจ โดยผู้วิจัยเข้าไปชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างจะมีระยะเวลาตัดสินใจประมาณ 1-2 ชั่วโมง เมื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างลงลายมือยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะทำการคัดกรองคัดกรองสภาพสมองเสื่อมในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างครั้งละ 1 รายใช้เวลาการตอบ 30-45 นาที

ทั้งนี้ ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย และกลุ่มตัวอย่างทุกคนต้องได้รับการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามมาตรการของภาครัฐ ได้แก่ (1) มีการคัดกรองความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามแบบคัดกรองของสำนักงานสาธารณสุขผ่านการประสานเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของกลุ่มตัวอย่างช่วยทำการคัดกรอง (2) มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้แก่ หน้ากากอนามัย และแอลกอฮอล์เจล (3) มีการจัดสถานที่ผ่านการทำความสะอาด ถ่ายเทอากาศได้ดี ถูกต้องตามหลักการป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อโรค ขณะนั่งรอเข้ารับการสัมภาษณ์ โดยมีการจัดให้กลุ่มตัวอย่าง

นั่งเก้าอี้ให้มีระยะห่าง 2 เมตร และ (4) ขณะสัมภาษณ์
กลุ่มตัวอย่างเข้าห้องเพียงครั้งละ 1 ท่าน นั่งให้มีระยะห่าง
2 เมตร

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หา
อิทธิพลของตัวแปรต้นต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด
หัวใจ สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise
multiple regression statistics) ที่คำนวณสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05 ทั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลครบตามที่วางแผนไว้ แต่
ชุดข้อมูลที่เก็บไม่สมบูรณ์จึงต้องตัดออกเหลือวิเคราะห์
ข้อมูล ทั้งหมด 207 ชุด (ร้อยละ 92.0 ของกลุ่มตัวอย่างที่
วางแผนไว้) อย่างไรก็ตามเพียงพอดำเนินการที่เราวางแผนไว้
ตั้งแต่ต้นแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า
เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสมการถดถอย
พหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐาน

กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 56.92 ปี ($SD = 12.55$)
ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.6) ไม่ได้รับการศึกษา

(ร้อยละ 78.3) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 45.0)
และไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 44.0) มีรายได้เฉลี่ย
51,405 บาทต่อปี ($SD = 32,575$) กลุ่มตัวอย่างมีโรค
ประจำตัวมากที่สุด คือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 87.62)
รองลงมาคือ โรคไขมันในหลอดเลือด (ร้อยละ 58.57) และ
โรคเบาหวาน (ร้อยละ 52.86) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีโรค
ประจำตัว จำนวน 2 โรค (ร้อยละ 73.0) เกือบทั้งหมดมี
สิทธิหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ 97.6)

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ภาพรวมของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด
หัวใจของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง
($M = 1.94$, $SD = 0.27$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า
ด้านการหลีกเลี่ยงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($M = 2.50$,
 $SD = 0.80$) และด้านการรับประทานยาและตรวจตามนัด
($M = 2.58$, $SD = 0.69$) อยู่ในระดับสูง และอีก 4 ด้าน
อยู่ในระดับปานกลางได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร
($M = 1.87$, $SD = 0.35$) ด้านการออกกำลังกาย ($M = 1.15$,
 $SD = 0.70$) ด้านการจัดการความเครียด ($M = 1.82$,
 $SD = 0.34$) ด้านการหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่ ($M = 2.00$,
 $SD = 0.79$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
แยกรายด้านและโดยรวม ($n = 207$)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
ภาพรวม	1.94	0.27	ปานกลาง
การรับประทานอาหาร	1.87	0.35	ปานกลาง
การออกกำลังกาย	1.15	0.70	ปานกลาง
การจัดการความเครียด	1.82	0.34	ปานกลาง
การหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่	2.00	0.79	ปานกลาง
การหลีกเลี่ยงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	2.50	0.80	สูง
การรับประทานยาและตรวจตามนัด	2.58	0.69	สูง

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุน
ทางสังคม ($M = 2.19$, $SD = 0.36$) อยู่ในระดับสูง และ

การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค ($M = 2.00$, $SD = 0.27$)
การเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันโรค ($M = 3.56$,
 $SD = 0.34$) การรับรู้ความสามารถแห่งตน ($M = 3.25$,
 $SD = 0.50$) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความรู้เกี่ยวกับ

การป้องกันโรคฯ ($M = 8.51, SD = 0.17$) อยู่ในระดับต่ำ
**4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค
หลอดเลือดหัวใจ**

โดยพบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตน ($\beta = .43$)
และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .16$) ที่ระดับนัยสำคัญ

$p < .001$ ตัวแปรทั้งสองสามารถทำนายพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ
 23.0 ($R^2 = .230, R^2_{adj} = .222, F = 30.40, p < .001$)
ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 ค่าการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ($n = 207$)

ตัวแปรที่เข้าสมการ	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย		<i>t</i>	<i>p</i> -value
	<i>b</i>	β		
การรับรู้ความสามารถแห่งตน	0.23	0.43	6.98	.001
การสนับสนุนทางสังคม	0.13	0.16	2.58	.001
ค่าคงที่	17.18		7.04	.001

$R^2 = .479, R^2 = .230, R^2_{adj} = .222, F = 30.40, p < .001$

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยในส่วนของคุณลักษณะพื้นฐานสะท้อนภาพ
กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดตากได้
อย่างชัดเจนทั้งอายุ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม
ภาวะการเจ็บป่วย และสิทธิการรักษา โดยเกือบครึ่งหนึ่ง
กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงเป็นประชากรวัยสูงอายุที่มี
สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ค่อยดี กล่าวคือ
ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา เกือบครึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ
และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ซึ่งสอดคล้อง
กับการศึกษาที่ระบุว่า กลุ่มชาติพันธุ์เป็นกลุ่มที่ด้อยโอกาส
ทางสังคม (Chatchanataphat & Matanasarnwut, 2020) ในแง่ของการเจ็บป่วยและสิทธิการรักษา พบว่า มี
โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 87.62) รองลงมา
คือโรคไขมันในหลอดเลือดสูง (ร้อยละ 58.57) และโรค
เบาหวาน (ร้อยละ 52.86) ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่มีโรค
ประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป (ร้อยละ 86.00) อย่างไรก็ตาม
ทั้งหมดมีสิทธิการรักษาโรคขั้นพื้นฐาน โดยเกือบทั้งหมดใช้
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 97.60) ซึ่งสะท้อนถึง
ความเข้าถึงระบบสาธารณสุขที่ดีขึ้นกว่าอดีต (Kittiyano, 2018)

**พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ
กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่เป็นกลุ่มเสี่ยง**

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของ

กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่ง
สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด
หัวใจในประชากรที่อาศัยในพื้นที่ราบ (Jinathum et al., 2018; Ploysub et al., 2019) แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรม
รายด้าน พบว่า พฤติกรรมของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมี
ลักษณะเฉพาะแตกต่างกันกับประชากรที่อาศัยในพื้นที่ราบ
ในบางด้าน ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเบื้องต้น เครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจาก
ปัจจุบันมีการรณรงค์ถึงอันตรายของสุรา และเป็นปัจจัย
เสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบกับการดื่มเหล้า
เป็นสิ่งผิดกฎหมาย ในขณะที่เหล้าและเบียร์มีราคาสูง
เมื่อเทียบกับรายได้ จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกัน
การดื่มสุราในระดับสูง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาใน
ประชากรพื้นที่ราบที่พบว่ามีพฤติกรรมการดื่มสุราในระดับ
ปานกลาง (Sutthipatthanangkoon & Thato, 2017; Sirikangwankun et al., 2017) พฤติกรรมการ
รับประทานยาและตรวจตามนัดมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับ
สูง อาจเนื่องมาจาก ปัจจุบันมีบุคลากรสาธารณสุขเข้ามา
ให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้สะดวก
ในการเข้าถึงบริการ ทำให้มีการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพ
ได้ดีขึ้น (Manotham, 2019)

พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีคะแนน

เฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ
คนในพื้นที่ราบ ที่พบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหาร
อยู่ในระดับปานกลาง (Premasuk et al., 2019; Jumpa
et al., 2018) อาจเนื่องมาจาก ปัจจุบันมีอาหารสำเร็จรูป
เข้ามาขาย ชื้อกิน ประกอบกับนิยมรับประทานอาหารที่
ถนอมด้วยวิธีการหมักดอง แต่ก็ยังคงรับประทานอาหาร
ประจำถิ่น เช่น น้ำพริก ผักต้ม แกงหน่อไม้ แกงผักป่า
สามารถหาผักได้ตามพื้นที่อาศัย และปลูกได้เอง อย่างไร
ก็ตาม จึงยังทำให้พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่
ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจาก กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง
มีการออกกำลังกายแบบมีแบบแผนอย่างเล่นกีฬาอยู่ใน
ระดับต่ำ ในขณะที่มีการออกกำลังกายเฉพาะที่ไม่มี
แบบแผน คือ มีเคลื่อนไหวร่างกายที่ต้องออกแรงต่อเนื่อง
จนเหวี่ยงออกจากการทำงานบ้าน รดน้ำผัก/ ต้นไม้ ทำไร่
ทำนา เดินป่า หาปลา ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิต
ที่ใช้วิธีการออกกำลังกายด้วยการทำงาน และออกกำลังกาย
แบบไม่จำกัดสถานที่และไม่มีขั้นตอน ซึ่งสอดคล้องกับ
การศึกษาในกลุ่มประชากรพื้นราบที่พบว่าการออกกำลังกาย
อยู่ในระดับปานกลาง (Premasuk et al., 2019;
Sutthipatthanangkoon & Thato, 2017; Jumpa
et al., 2018)

พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดมีคะแนน
เฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมี
การจัดการความเครียดที่ดี คือ ไม่ผ่อนคลายความเครียด
ด้วยการดื่มเหล้า/สุบบุรี ส่วนการหาวิธีทำให้จิตใจสงบ
เช่น นั่งสมาธิ ทำบุญ ปรึกษาผู้อื่น เป็นต้น และการผ่อนคลาย
ความเครียดด้วยการทำกิจกรรม เช่น ออกกำลังกาย เข้าป่า
ทำงานอดิเรก เป็นต้น มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง จึง
ทำให้ภาพรวมของพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง
สอดคล้องกับการศึกษาในประชากรพื้นราบที่พบว่ามี
พฤติกรรมจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง
(Sutthipatthanangkoon & Thato, 2017;
Sirikangwankun et al., 2017)

พฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงสุบบุรีมีคะแนนเฉลี่ย
อยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงถึงแม้จะ
พยายามหลีกเลี่ยงการสุบบุรีซึ่งจะเป็นบุรี ขี้โย หรือ
ยาเส้นที่ปลูกเอง แต่ขณะเดียวกันยังยากที่จะหลีกเลี่ยงอยู่

ในสิ่งแวดล้อมที่มีคนสุบบุรี จึงทำให้ยังคงมีพฤติกรรม
ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ศึกษาใน
ประชากรพื้นราบที่พบว่าพฤติกรรมด้านการสุบบุรีอยู่ใน
ระดับปานกลาง (Sutthipatthanangkoon & Thato,
2017; Ploysub et al. 2019)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดหัวใจ

การรับรู้ความสามารถแห่งตนและการสนับสนุน
ทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกัน
โรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างและสามารถอธิบาย
ได้ร้อยละ 23.0 ปัจจัยทั้งสองมีส่วนกระตุ้นและส่งเสริม
ให้กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีพฤติกรรมการป้องกันโรค
หลอดเลือดหัวใจที่ดี สอดคล้องกับกรอบแนวคิด
PRECEDE-PROCEED (Green & Krueter, 2005) ที่กล่าว
ว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนซึ่งเป็นปัจจัยนำในตัว
ของบุคคล (Predisposing factors) มีอิทธิพลขึ้นให้เกิด
การแสดงพฤติกรรมสุขภาพออกมา รวมไปถึงการสนับสนุน
ทางสังคมที่เป็นปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ที่
สนับสนุนให้สามารถแสดงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่าง
สม่ำเสมอและเหมาะสม สามารถอธิบายรายละเอียดได้ดัง
ต่อไปนี้

การรับรู้ความสามารถแห่งตน เป็นการคาดการณ์
ของบุคคลและเป็นพื้นฐานของความมั่นใจที่จะแสดง
พฤติกรรม เมื่อมีความมั่นใจจะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจใน
การปฏิบัติ นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม (Bandura,
1997) ซึ่งกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง มีความมั่นใจในการปฏิบัติ
พฤติกรรมที่ดี ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค
หลอดเลือดหัวใจ เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าหากมี
การรับรู้ความสามารถหรือมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติ
พฤติกรรมสุขภาพได้ ย่อมนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ดี
(Sutthipatthanangkoon & Thato, 2017; Jumpa
et al., 2018; Ploysub et al., 2019) ยิ่งเมื่อกลุ่มชาติพันธุ์
กะเหรี่ยงที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและได้รับการ
สนับสนุนทางสังคมด้วยแล้ว จะยิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม
ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดีมากขึ้น ซึ่งการสนับสนุน
ทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยที่
เสริมให้บุคคลเกิดแรงจูงใจเป็นหรือแรงกระตุ้น ซึ่งกลุ่ม
ชาติพันธุ์กะเหรี่ยงได้รับกำลังใจจากครอบครัว เพื่อนบ้าน

และบุคลากรทางสุขภาพในทุก ๆ ด้านระดับสูง เช่น การเตือนเวลาทานยา การแจ้งกำหนดวันนัดตรวจ และการแจ้งผลวัดความดัน และการตรวจระดับน้ำตาลจาก อาสาสมัครสาธารณสุข และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ จากบุคลากรทางสุขภาพ จึงเป็นสิ่งแวดล้อมที่เสริมหรือ สนับสนุนให้บุคคลเกิดแรงจูงใจเป็นหรือแรงกระตุ้น ในการปฏิบัติและนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม (Green & Krueger, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคมทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในประชากรที่อาศัยในพื้นที่ราบ (Phiromsid et al., 2018; Sirikangwankun et al., 2017)

ในขณะที่ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ได้แก่ การเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันโรค ความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ เกี่ยวกับการป้องกันโรค อาจเนื่องมาจากการเข้าถึงทรัพยากร ที่เอื้อต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = .158$, $p < .05$) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ แต่ไม่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับ การศึกษาในประชากรพื้นราบ แสดงให้เห็นแหล่ง ประโยชน์ที่มีอยู่ไม่ได้แตกต่างกับพื้นที่อื่น ซึ่งถือเป็นปัจจัย ที่เอื้อต่อการปฏิบัติ และมีความสำคัญในการปฏิบัติ พฤติกรรมซึ่งจะช่วยให้สะดวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อบุคคลเข้าถึงทรัพยากรที่ ช่วยเอื้อในการปฏิบัติพฤติกรรมแล้ว ก็จะเกิดแรงจูงใจ และ สามารถพัฒนาศักยภาพที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่ เหมาะสม (Green & Krueger, 2005) ส่วนความรู้เกี่ยวกับการ ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นปัจจัยพื้นฐานของ การแสดงถึงความเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ทั้งนี้ในกลุ่ม ตัวอย่างงานวิจัยเป็นผู้สูงอายุ และส่วนใหญ่ไม่ได้รับการ ศึกษา ซึ่งอาจขาดความความเข้าใจถึงเหตุผลของข้อมูล ทำให้ขาดความตระหนัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อ โรคเบาหวาน เนื่องมาจากการขาดความเข้าใจเรื่องโรค ประกอบกับความเคยชินกับพฤติกรรมเดิม จึงทำให้ละเลย การปฏิบัติ (Kaewboran, 2019) ซึ่งสอดคล้องกับการ ศึกษาในกลุ่มประชากรพื้นราบที่พบว่าความรู้ไม่สามารถ

ทำนายพฤติกรรมป้องกันได้ (Watcharanurak & Klubklay, 2017) และการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค หลอดเลือดหัวใจที่ไม่สามารถทำนายได้ เนื่องจากการรับรู้ เป็นความคิด ความเชื่อ หรือความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อ เรื่องนั้น ๆ และอาจจะมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการรับรู้ เช่น อายุ เพศ วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ ทำให้เกิดความรู้ที่ หลากหลาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มประชากร พื้นราบ ที่พบว่า การรับรู้ไม่สามารถทำนายพฤติกรรม ป้องกันได้ (Prachuablarb & Wattradul, 2020)

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนและบุคลากรที่ เกี่ยวข้อง ควรมุ่งเน้นส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด หัวใจให้กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงกลุ่มเสี่ยงและควรคำนึงถึง พฤติกรรมที่เป็นด้านลบที่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรม ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ผ่านการจัดกิจกรรมด้าน สุขภาพเชิงรุก โดยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง โดยเน้นการเพิ่มรับรู้ความสามารถแห่งตน ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมกับการสนับสนุน จากบุคคลรอบข้างร่วมกับการแสวงหาแหล่งทรัพยากรจาก ภาครัฐ และการผลักดันเชิงนโยบายเพื่อให้ประชาชนกลุ่ม ชาติพันธุ์ สามารถเข้าถึงบริการด้านการส่งเสริมป้องกันได้ อย่างไม่เหลื่อมล้ำ

2. ควรมีการศึกษามูลของโปรแกรมส่งเสริม พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มชาติพันธุ์ กะเหรี่ยงที่เน้นการเพิ่มรับรู้ความสามารถแห่งตนและการ ส่งเสริมสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และ บุคลากรทางสุขภาพมาทำการศึกษาในกลุ่มชาติพันธุ์ กะเหรี่ยง และควรมีศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด หัวใจซ้ำในกลุ่มชาติพันธุ์กลุ่มอื่น โดยมีการนำตัวแปรที่มี อิทธิพล ตัวแปรอื่นที่อาจมีอิทธิพลร่วม และตัวแปรไม่ได้นำ มาศึกษาครั้งนี้มาศึกษา เพื่อนำไปสู่การวางแผนโปรแกรม ส่งเสริมพฤติกรรมในวงกว้าง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณา ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย ผู้อำนวยการ และ

เจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. ที่คอยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง จังหวัดตาก ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและตอบแบบสัมภาษณ์เป็นอย่างดี

References

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2006). *Research in education* (10th ed.). Boston: Pearson Education.
- Chatchanataphat, C., & Matanasarnwut, A. (2020). Government direction and the integration of ethnic groups living in the Kingdom of Thailand. *Journal of MCU Social Sciences Review*, 9(3), 144-158. [In Thai]
- Department Of Disease Control. (2018). *Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk*. Bangkok: The War Veterans Organization. [In Thai]
- Department of Social Development and Welfare. (2016). *Highland communities*. Chiang Rai: Print Chiang Rai. [In Thai]
- Green, L. W., & Kreuter, M. F. (2005). *Health promotion planning: An education and environment approach* (2nd ed). Toronto: Mayfield.
- House, J. S. (1981). The nature of social support. In M. A. Reading (Ed.), *Work stress and social support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Institute of Geriatric Medicine. (1999). *Elderly health screening manual*. Nonthaburi: Institute of Geriatric Medicine. [In Thai]
- Jidjuk, N. (2019). Risk behaviors for hypertension among the Pgaz K'Nyau villagers in Mae Chaem district, Chiang Mai province, Thailand. *Lampang Medical Journal*, 40(1), 10-16. [In Thai]
- Jinathum, T., Koomnet, K., & Kanthawee, Ph. (2018). A study of health behaviors and diabetes mellitus protection among Karen ethnic groups in Doi Luang district, Chiang Rai. *Chaingrai Medical Journal*, 10(1), 179-192. [In Thai]
- Jumpa, N., Kungjai, w., & Ruttanajarana, s. (2018). Factors related to preventive behaviors regarding coronary artery disease among elderly with metabolic syndrome. *M.Ch.K. Academic*, 22(43-44), 114-129. [In Thai]
- Kaewboran, S. (2019). Factors predicting diabetes prevention behaviors among adolescents at risk for type II diabetes in Samutprakan. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(2), 218-227. [In Thai]
- Kittiyano, T. (2018). Lifestyle and change of the Karen community, Phrabath Huai Tom village, Na Sai sub-district, Li district, Lamphun province. *Panya Journal*, 25(1), 51-56. [In Thai]
- Manotham, M. (2019). Knowledge and understanding of health and management of self condition for health promotion according to Thai health promotion guidelines among cultural diversity people in Chiang Rai province. *The Public Health Journal of Burapha University*, 15(1), 50-60. [In Thai]

- Ministry of Social Development and Human Security. (2015). *Master Plan for the Development of Ethnic Groups in Thailand (2015-2017)*. Bangkok: Ministry of Social Development and Social Security. [In Thai]
- Phiromsid, N., Kulsiripunyo, J., nurukkae, A., & luangpuntao, K. (2018). Factors influencing cardiovascular disease prevention behaviors among the risk group in SuphanBuri province, Thailand. *M.Ch.K. Academic*, 22(43-44), 55-69. [In Thai]
- Ploysub, A., Kaewpan, W., Pichayapinyo P., & Silabut, J. (2019). Factors affecting cardiovascular disease prevention behaviors among a high risk group in Samutprakan province. *Journal Of Health Science Research*, 12(2), 49-58. [In Thai]
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). New York: J. B. Lippincott.
- Prachuablarp, C., & Wattradul, D. (2020). Predicting factors of preventive behaviors of coronary heart disease and stroke among menopausal women. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 31(1), 37-45. [In Thai]
- Premasuk, W., Thato, R., & Polsook, R. (2019). Factors predicting preventive behaviors for coronary artery disease among middle-aged men in Bangkok Metropolitan. *Kuakarun Journal of Nursing*, 26(1), 24-39. [In Thai]
- Sirikangwankun, W., Thato, R., & Polsook, R. (2017). Factors predicting preventive behaviors for coronary artery disease among the Royal Thai Army personnel. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 29(2), 99-111. [In Thai]
- Sutthipatthanangkoon, S., & Thato, R. (2017). Factors predicting preventive behaviors for coronary artery disease among autonomous university staff in Bangkok. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursin*, 28(2), 111-125. [In Thai]
- Tak Provincial Public Health Office. (2019a). *Chronic non-communicable disease data warehouse system of Tak province*. Retrieved January 12, 2019 from <http://203.157.203.13/chronic/> [In Thai]
- Tak Provincial Public Health Office. (2019b). *Top 10 causes of death*. Retrieved January 12, 2019 from <https://tak.hdc.moph.go.th/>. [In Thai]
- Temyod, C. (2015). Factors related to perceived risk of coronary heart disease among diabetic patients, Bangkaew hospital, Phatthalung province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 2(1), 1-12. [In Thai]
- Watcharanurak, P. (2017). Factors influencing preventive behavior among stoke-risk patients in Songkhla province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1), 217-233. [In Thai]
- World Health Organization, [WHO]. (2018). *World health statistics 2561*. Geneva: WHO.

ผลของโปรแกรมการกระตุ้นเตือนการจัดการภาวะท้องผูก ร่วมกับการถอดสายสวนปัสสาวะต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท

สุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์, พยม.^{1*} ปิติพร ใจเย็น, พยบ.² อรณัชชา ปันสิน, พยบ.² สุธาทรร รั้งราษฎร์, พยบ.²
สุพพตา เสี่ยงหวาน, พยบ.² ธนัฐ วานิชะพงศ์, พบ.³

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะระหว่างผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทที่ได้รับและผู้ที่ไม่ได้รับโปรแกรมการกระตุ้นเตือนการจัดการภาวะท้องผูกและถอดสายสวนปัสสาวะภายใน 5 วัน และศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการถอดสายสวนปัสสาวะ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทที่มีภาวะท้องผูกและมีการสวนคาสายปัสสาวะ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ จำนวน 228 คน และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ จำนวน 292 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติการถดถอยพหุโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกระตุ้นเตือนการจัดการภาวะท้องผูกและถอดสายสวนปัสสาวะภายใน 5 วัน มีอัตราการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 2.2 และ 7.2 ตามลำดับ, $p < .05$) นอกจากนี้ยังพบว่าการถอดสายสวนปัสสาวะที่นานกว่า 5 วัน และระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยเกินหนึ่งสัปดาห์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้นพยาบาลควรนำโปรแกรมการกระตุ้นเตือนการจัดการภาวะท้องผูกและการถอดสายสวนปัสสาวะภายใน 5 วัน ไปใช้เพื่อลดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ซึ่งเป็นวิธีการที่ง่ายและควรสื่อสารในทีมการดูแลให้เข้าใจก่อนใช้

คำสำคัญ: การกระตุ้นเตือนการจัดการภาวะท้องผูก ผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทวิกฤต การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

¹ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ศัลยกรรมประสาทวิกฤต) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

² พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หน่วยประสาทศัลยศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* ผู้เขียนหลัก e-mail: Nong.7081@gmail.com

Effects of Constipation Management Alert Combined with Catheter Removal on Urinary Tract Infection Among Critical Neurosurgical Patients

Suphannee Triamvisit, MNS., APN^{1*}, Pitiporn Jaiyen, BSN.², Onnatcha Punsin, BSN.²,
Suthathorn Rungrat, BSN.², Supphata Seangwan, BSN.², Tanat Vaniyapong, MD.³

Abstract

The purpose of this study was to compare urinary tract infection among patients receiving and not receiving a constipation management alert program and catheter removal within five days, and to identify the risk factors for urinary tract infections associated with catheterization in critical neurosurgical patients. The sample was patients with catheter and constipation hospitalized in the Neurosurgical Critical Care Unit of Chiang Mai University Hospital. 228 patients received the constipation management alert program and catheter removal within five days, while 292 patients did not receive the program. Descriptive statistics and logistic regression were used for data analysis.

Results showed that the urinary tract infection rate in patients receiving the constipation management alert program and catheter removal within five days was significantly less than for patients not receiving the program (2.2% and 7.2% respectively, $p < .05$). The significant risk factors associated urinary tract infection were the length of catheter retention (>5 days, $p < .01$) and length of stay at the hospital (> 1 week, $p < .05$). Therefore, nurses should apply this program in clinical practice. Health care teams should communicate comprehensively before using it.

Key words: Constipation alert, catheter associated urinary tract infection, critical neurosurgical patients

¹ Advanced Practice Nurse (Neurosurgical Critical Care Nursing), Chiang Mai University Hospital, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

² Professional nurse, Chiang Mai University Hospital, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

³ Assistant Professor, Neurosurgery Unit, Surgical Department, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

* Corresponding author e-mail: Nong.7081@gmail.com

ความสำคัญของปัญหา

การเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะพบได้บ่อยในผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีภาวะวิกฤตที่สัมพันธ์กับภาวะท้องผูกและการคาสายสวนปัสสาวะ กลุ่มผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอาเลือดหรือสิ่งกีดขวางในสมองออก เช่น เนื้องอกในสมอง หลอดเลือดสมองแตก รวมถึงการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทพบภาวะท้องผูกได้บ่อยเนื่องมาจากสาเหตุหลายอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกลดลง หรือหมดสติจากการบาดเจ็บทางสมองและระบบประสาทไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ หลังการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับยาสลับหรือยานอนหลับ ภาวะช็อคต่าง ๆ ความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย (Nassar, da Silva, & de Cleva, 2009; Azevedo, & Machado, 2013) ผู้ป่วยมีการใช้เครื่องช่วยหายใจมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรือการทำการกิจกรรมต่าง ๆ และส่งผลให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ผู้ป่วยบางรายมีการดื่มน้ำและอาหารทำให้ไม่ได้รับสารอาหารหรืออาจจะต้องให้อาหารทางสายยาง (Nassar et al., 2009) สำหรับอุบัติการณ์ภาวะท้องผูกในผู้ป่วยวิกฤต พบได้ตั้งแต่ร้อยละ 69.9-83 (Nassar et al., 2009; Azevedo & Machado, 2013; Fennessy & Warrillow, 2012) มีการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะท้องผูกมีระยะเวลาในการอยู่ไอซียูนานกว่าและรับอาหารทางสายยางให้อาหารได้ไม่ดีเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะท้องผูก (Nassar et al., 2009; Mostafa, Bhandari, Ritchie, Gratton, & Wenstone, 2003) และกลุ่มที่มีภาวะท้องผูกไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะท้องผูก (Nassar et al., 2009; Mostafa et al., 2003) การรักษาอาการท้องผูกมีการรักษาแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ยาระบายที่นิยมใช้เป็นอันดับแรกคือ Biscopolyl หรือ Senokot เพื่อกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ (Stimulant laxatives) ยางจะไปกระตุ้นเยื่อภายในลำไส้ให้ขับอุจจาระออกมาช่วยให้ขับถ่ายได้อย่างรวดเร็วหรือใช้ยาระบายกลุ่ม Osmotic and Hyperosmolar Laxatives เช่น Lactulose, Milk of magnesia ยาระบายประเภทนี้จะดูดของเหลวจากเนื้อเยื่อโดยรอบเข้าไปในลำไส้ ทำให้อุจจาระอ่อนตัวลงและเคลื่อนผ่านลำไส้ง่ายขึ้นเป็นยาระบายเพิ่มปริมาณน้ำ มีข้อเสียคือ ทำให้ผู้ป่วย

ท้องอืด ปวดท้อง เกิดความไม่สุขสบาย และอาจจะมีผลต่อสมดุลน้ำได้ (Fennessy & Warrillow, 2012) หากผู้ป่วยมีอาการท้องผูกมาหลาย ๆ วัน มีปัญหาอุจจาระแข็งสะสม (Impact feces) อาจจะต้องใช้การสวนอุจจาระ เช่น unison enema หรือหากสวนไม่ได้ผล แพทย์อาจจะเลือกใช้น้ำมันละหุ่ง (Castor oil) ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระเหลวติดกันหลายครั้ง เป็นระยะเวลา 2-3 วัน จนกว่าอุจจาระจะหมดลำไส้ ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะตามมาได้ (Catheter associated urinary tract infection [CAUTI])

อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะมีแนวโน้มสูงขึ้นทุก ๆ ปี เพิ่มขึ้นจาก 7.73 เป็น 9.27 ต่อ 1,000 catheter days ในปี พ.ศ. 2557-2559 ตามลำดับ (Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2021) ผู้ป่วยกลุ่มศัลยกรรมประสาทมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากมีความจำเป็นในการคาสายสวนปัสสาวะในระยะวิกฤตของชีวิต เพื่อประเมินภาวะน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย การคาสายสวนปัสสาวะในช่วงที่ผู้ป่วยต้องการการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตามมาได้ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ เป็นการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีการคาสายสวนปัสสาวะ ≥ 48 ชั่วโมง โดยมีการแสดงอย่างน้อย 1 อย่าง ได้แก่ มีไข้ > 38 องศา กดเจ็บบริเวณหัวหน่าว ร่วมกับผลการตรวจเพาะเชื้อจากปัสสาวะพบเชื้อ $\geq 10^5$ colony-forming unit (cfu)/ml และพบเชื้อไม่เกิน 2 ชนิด (Infectious and control Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital committee, 2016; Horan, Andrus, & Dudeck, 2008; Unahalekhaka, 2012; Centers for Diseases Control and Prevention, 2018) การติดเชื้อดังกล่าวพบประมาณร้อยละ 30-40 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมด พบได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตเฉียบพลันร้อยละ 20 และพบมากกว่าร้อยละ 50 ในกลุ่มที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนาน (Masri, Abubaker, & Ahmed, 2010) การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเป็นสาเหตุนำไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 17 และเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุพบบ่อยมากที่สุดในระบบทางเดิน

ปัสสาวะ คือ *Escherichia coli* (*E.coli*) พบร้อยละ 50 ของการติดเชื้อภายในโรงพยาบาล (Nicolle, 2014; Indrawattana & Vanaporn, 2015) และที่สำคัญเชื้อ *E.coli* ยังเป็นเชื้อประจำถิ่นในระบบทางเดินอาหารซึ่งแบคทีเรียเหล่านี้ทำให้เกิดภาวะท้องร่วงได้ (Indrawattana & Vanaporn, 2015) การติดเชื้อดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานขึ้น มีการใช้ยาปฏิชีวนะ และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดื้อยา ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น (Nicolle, 2014) ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคายสวนปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ระยะเวลาการคายสวนปัสสาวะ และเพศหญิง (Nicolle, 2014) การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคายสวนปัสสาวะที่ได้ผลดีคือการถอดสายสวนปัสสาวะให้เร็วที่สุดเมื่อหมดความจำเป็น (Jaiyen et al., 2017) การใช้เทคนิคปลอดเชื้อในการคายสวนปัสสาวะ การหลีกเลี่ยงการคายสวนปัสสาวะในกลุ่มที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้ การณรงค์การล้างมือ การดูแลผู้ป่วยที่คายสวนปัสสาวะที่เหมาะสม สามารถลดการติดเชื้อได้ (Meddings et al., 2017)

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้มีนโยบายให้ถอดสายสวนปัสสาวะภายใน 5 วันในรายที่ไม่มีควมจำเป็นและนำลงสู่การปฏิบัติเมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556 (Infectious and control Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital committee, 2013) ในการนำลงสู่การปฏิบัติทางทีมผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท ได้รับนโยบายดังกล่าว และให้ถอดสายสวนปัสสาวะเมื่อหมดความจำเป็น แต่มีผู้ป่วยบางกลุ่มที่ยังต้องคายสวนปัสสาวะ เนื่องจากมีภาวะเบาจืดจากการผ่าตัดเนื้องอกต่อมใต้สมองหรือมีการกระทบกระเทือนสมองส่วนไฮโปทาลามัสที่ควบคุมความเข้มข้นของปัสสาวะจากการได้รับบาดเจ็บศีรษะ และกรณีผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตที่ต้องสังเกตจำนวนปัสสาวะอย่างใกล้ชิด ซึ่งในกรณีดังกล่าวไม่สามารถถอดสายสวนปัสสาวะภายใน 5 วันได้ อย่างไรก็ตามทางทีมผู้ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทได้มีแผนการรักษาถอดสายสวนปัสสาวะเมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตของชีวิต

จากการทบทวนปัญหาการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคายสวนปัสสาวะที่

เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท จากผลการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า ผลการเพาะเชื้อจากปัสสาวะในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท พบเชื้อส่วนใหญ่เป็น *Escherichia coli* *Enterococcus faecalis* และ *Enterococcus faecium* (Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2021) เมื่อวิเคราะห์สาเหตุรากของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคายสวนปัสสาวะ เกิดหลังจากการถ่ายเหลวติดต่อกันหลาย ๆ วัน จากการให้น้ำมันมะหุงซึ่งให้เมื่อการสวนอุจจาระไม่ได้ผลจากการเกิดภาวะอุจจาระอัดแน่น (Fecal impaction) ซึ่งเกิดจากภาวะท้องผูกมากกว่า 3 วันขึ้นไป ทางทีมการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท (PCT Neurosurgery) ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ แพทย์ และทีมพยาบาล ได้มีการประชุมปรึกษานโยบายร่วมกัน ได้ทำการศึกษาย้อนหลังในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 196 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีภาวะท้องผูกตั้งแต่ 3-14 วัน และพบว่าการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคายสวนปัสสาวะมีความสัมพันธ์กับภาวะท้องผูกจริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Jaiyen et al., 2017) ทางทีมการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทได้มีโครงการกระตุ้นเตือนแพทย์เพื่อจัดการภาวะท้องผูกในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในตอนเช้าและตอนเย็นร่วมกัน โดยพยาบาลจะกระตุ้นเตือนแพทย์ในรายที่ผู้ป่วยไม่ถ่ายอุจจาระมา 3 วัน และการถอดสายสวนปัสสาวะภายใน 5 วัน เพื่อให้แพทย์มีแผนการรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย วิธีการจัดการนี้จะทำให้ไม่เกิดภาวะท้องผูกรุนแรงหลาย ๆ วัน และการถอดสายสวนปัสสาวะเมื่อหมดความจำเป็น เพื่อลดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคายสวนปัสสาวะ จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การกระตุ้นเตือนแพทย์ ให้เอาสายสวนปัสสาวะออกสามารถลดอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคายสวนปัสสาวะ (Tsuchida et al., 2008; Meddings, Rogers, Macy, & Saint, 2010) และการกระตุ้นเตือนแพทย์เพื่อจัดการภาวะท้องผูกที่เหมาะสม (Jaiyen et al., 2018) สามารถลดอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคายสวนปัสสาวะ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการกระตุ้นเตือนการจัดการภาวะท้องผูกและถอดสายสวนปัสสาวะภายใน 5 วัน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและจากการทบทวนปัญหาการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะที่เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท ซึ่งผลการเพาะเชื้อจากปัสสาวะในผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นเชื้อที่มาจากอุจจาระ เช่น *Escherichia coli* *Enterococcus faecalis* และ *Enterococcus faecium* (Jaiyen et al., 2017) ที่มีการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทประมาณ 196 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะท้องผูกตั้งแต่ 3-14 วัน และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะมีความสัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะและภาวะท้องผูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้คณะผู้วิจัยยังได้ศึกษาการถอดสายสวนเมื่อหมดความจำเป็นภายใน 5 วัน พบเพียงร้อยละ 65.8 คณะผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการกระตุ้นเตือนการจัดการภาวะท้องผูกและถอดสายสวนปัสสาวะภายใน 5 วัน โดยมีวิธีการดังนี้ อาจารย์แพทย์ที่ร่วมทีมวิจัยจะเป็นผู้แจ้งให้คำอธิบาย และขอความร่วมมือจากอาจารย์แพทย์คนอื่น ๆ แพทย์ประจำบ้านและนักศึกษาแพทย์ปี 6 ที่หมุนเวียนเข้ามาให้การรักษากับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท ส่วนบุคลากรพยาบาลในทั้ง 2 หอผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยจะเป็นผู้สื่อสารการจัดการภาวะท้องผูกทุก 3 วัน และมีการทบทวนนโยบายการถอดสายสวนปัสสาวะภายใน 5 วัน ในรายที่ไม่มีความจำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะ โดยพยาบาลประเมินผู้ป่วยรายที่ไม่มีข้อห้ามไปพร้อม ๆ กับแพทย์ ในขณะที่ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในตอนเช้าหรือในตอนเย็นที่ผู้ป่วยเข้ามาในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ผ่านทุกข้อที่กำหนดไว้

พยาบาลจะแจ้งแพทย์ผู้รักษาที่จะเป็นผู้พิจารณาแผนการรักษาเรื่องการสวนอุจจาระและการถอดสายสวนปัสสาวะ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์

ประชากร คือ ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทและหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2559 - สิงหาคม 2560 จำนวนทั้งสิ้น 520 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทที่มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยดังนี้ มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ ไม่ถ่ายอุจจาระตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป เป็นผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในระยะที่สังเกตอาการความดันในโพรงศีรษะสูง หรือเป็นผู้ที่ได้รับการแก้ไขพยาธิสภาพทางระบบประสาทและสมองแล้ว ไม่มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะมาก่อน และผู้ที่มีข้อมูลในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ครบถ้วน

ขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตร Poisson Approximation (Bernard, 2000; Fleiss, Levin, & Paik, 2003; Ngamjarus & Chongsuivatwong, 2016) จากการศึกษาการจัดการภาวะท้องผูกในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาทและหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท อัตราการเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในกลุ่มที่มีภาวะท้องผูก และไม่มีภาวะท้องผูก คือ ร้อยละ 10.4 และร้อยละ 1.4 ตามลำดับ (Jaiyen et al., 2017) คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มละ 114 คน ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ จำนวน 292 คน และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ จำนวน 228 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งพยาบาลประเมินไปพร้อม ๆ กับแพทย์ ในขณะที่ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในตอนเช้าหรือในตอนเย็นที่ผู้ป่วยเข้ามาในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ พยาบาลจะแจ้งแพทย์เพื่อให้แผนการรักษาสวนอุจจาระทุก 3 วัน หรือถอดสายสวนปัสสาวะ ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้าม และแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาแผนการรักษาเรื่องการสวนอุจจาระ และการถอดสายสวนปัสสาวะ

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ชื่อ สกุล เพศ อายุ ค่าคะแนน Glasgow Coma Score การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด ระยะเวลาการคาสายสวนปัสสาวะ ระยะเวลานอนในหอผู้ป่วยวิกฤตหรือไอซียู ภาวะท้องผูก และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ เป็นการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีการคาสายสวนปัสสาวะ ≥ 48 ชั่วโมง โดยมีอาการแสดงอย่างน้อย 1 อย่าง ได้แก่ มีไข้ > 38 องศาเซลเซียส กดเจ็บบริเวณหัวเหน่า ร่วมกับผลการตรวจเพาะเชื้อจากปัสสาวะพบเชื้อ $\geq 10^5$ colony-forming unit (cfu)/ml และพบเชื้อไม่เกิน 2 ชนิด (Infectious and control Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital committee, 2016; Horan et al., 2008)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Research ID : Study Code : NUR-2561-05314) ซึ่งผ่านการรับรองเชิงจริยธรรมแบบเร่งพิเศษ เอกสารรับรองเลขที่ 150/2561 และหลังการได้รับหนังสืออนุญาตให้เก็บข้อมูลจากคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยศึกษาจากเวชระเบียนสถิติและสมุดรับใหม่ที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาทและหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท

งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ และจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว คณะผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากสมุดบันทึกของแต่ละหอผู้ป่วย และเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โดยเริ่มต้นด้วยการใช้แบบประเมินผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วคณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลเชิงกลุ่มจะใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) การวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ เกี่ยวกับอัตราการเกิดท้องผูก อัตราการถอดสายสวนภายใน 5 วัน การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ด้วย Fisher Exact test ส่วน จำนวนวันคาสายสวนปัสสาวะ และระยะเวลาที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต มีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติด้วย Mann-Whitney U test และหาปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะด้วยสถิติ Logistic Regression analysis

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการกระตุ้นเตือนการจัดการภาวะท้องผูกและถอดสายสวนปัสสาวะภายใน 5 วัน และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีจำนวน 292 ราย และ 228 ราย ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องเพศ อายุเฉลี่ย ค่าคะแนน Glasgow come score [GCS] และการวินิจฉัยโรค (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลเชิงกลุ่มด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์

	กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ (n = 292)	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ (n = 228)	p-value
เพศ	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ชาย	143 (48.9)	116 (50.9)	.724
หญิง	149 (51.1)	112 (49.1)	
อายุ (ปี)			
Mean $\pm$ SD	47.5 (17.8)	49.7 (16.5)	.149
Glasgow come score [GCS]			
Mean $\pm$ SD	9.9 (3.6)	9.4 (4.1)	.906
การวินิจฉัยโรค	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
Head Injury	61 (20.9)	29 (12.7)	.084
Brain Tumor	134 (45.9)	107 (46.9)	
Hemorrhagic Stroke	55 (18.8)	49 (21.5)	
Infection	6 (2.1)	3 (1.3)	
Other	36 (12.3)	40 (17.6)	

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีระยะเวลาที่อยู่ในไอซียูน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (5.7 vs 10.9, $p < .001$) และมีจำนวนวันคาสายสวนปัสสาวะน้อยกว่า (5.1 vs 6.1, $p < .05$) (ตารางที่ 2) ด้านการถอดสายสวนปัสสาวะตาม นโยบายการถอดสายสวนปัสสาวะภายใน 5 วัน เพิ่มขึ้นร้อยละ 17.9 (77.6 vs 65.4,

$p < .01$) อัตราการเกิดภาวะท้องผูกลดลงเหลือร้อยละ 23.7 จากเดิมพบถึงร้อยละ 38.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะลดลงร้อยละ 69.4 (2.2 vs 7.2, $p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะระหว่างกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Fisher Exact test^a และ Mann-Whitney U test^b

ปัจจัยเสี่ยง	กลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรมฯ (n = 292)	กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมฯ (n = 228)	p-value
^b ระยะเวลาในไอซียู (วัน), Mean $\pm$ SD	10.9 (22.5)	5.7 (8.8)	
Median, (25%, 75% percentiles)	4 (2, 12)	3 (1, 6)	.000
^b จำนวนวันคาสายสวนปัสสาวะ, Mean $\pm$ SD	6.1 (8.8)	5.1 (9.4)	
Median, (25%, 75% percentiles)	2 (1, 8)	2 (1, 5)	.017
^a การถอดสายสวนภายใน 5 วัน, จำนวน (ร้อยละ)	192 (65.8)	117 (77.6)	.003
^a ภาวะท้องผูก, จำนวน (ร้อยละ)	113 (38.7)	54 (23.7)	.000
^a การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ, จำนวน (ร้อยละ)	21 (7.2)	5 (2.2)	.013
การติดเชื้อ/1,000 วันคาสายสวนปัสสาวะ	11.47	4.12	

ตารางที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR	95% CI	p-value
Age $\geq$ 60 years	139 (26.73)	1.71	0.80-3.69	.170
Length of stay $>$ 1 wk	148 (28.46)	10.56	4.05-27.50	.000
Catheterized $>$ 5 days	151 (29.04)	13.32	4.66-38.03	.000
GCS $\leq$ 8	214 (41.15)	2.29	1.06-4.95	.040
Constipation	167 (32.12)	7.87	3.10-19.99	.000
Other's infection	88 (16.92)	3.47	1.59-7.55	.001

ด้านปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะจากการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว พบว่า ปัจจัยเสี่ยงติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การอยู่ในไอซียูที่เกิน 1 สัปดาห์ ($p < .001$) การคาสายสวนปัสสาวะที่มากกว่า 5 วัน ($p < .001$) ค่าคะแนน GCS ที่น้อยกว่า

หรือเท่ากับ 8 ($p < .05$) ภาวะท้องผูก ($p < .001$) และการติดเชื้ออื่น ๆ ในร่างกาย ($p < .01$) (ตารางที่ 3) และผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกแบบหลายตัวแปร พบว่า ปัจจัยเสี่ยงติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การอยู่ในไอซียูที่เกิน 1 สัปดาห์ ($p < .05$) และการคาสายสวนปัสสาวะที่มากกว่า 5 วัน ($p < .05$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ วิเคราะห์ด้วย Multiple Logistic Regression

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	Adjusted OR	95% CI	p-value
Length of stay $>$ 1 wk	148 (28.46)	3.30	1.62-20.34	.040
Catheterized $>$ 5 days	151 (29.04)	5.74	1.04-10.44	.010

อภิปรายผล

การกระตุ้นเตือนแพทย์ในการถอดสายสวนปัสสาวะที่ไม่จำเป็นสามารถลดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Tsuchida et al., 2008; Meddings et al., 2010) และการกระตุ้นเตือนแพทย์เพื่อจัดการภาวะท้องผูกที่เหมาะสมสามารถลดอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะลงได้เช่นเดียวกัน (Jaiyen et al., 2017) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกระตุ้นเตือนแพทย์ในการจัดการภาวะท้องผูกและการถอดสายสวนปัสสาวะภายใน 5 วันในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันทุกเช้าของทีมแพทย์และพยาบาล มีอัตราการถอดสายสวนฯ เพิ่มขึ้น และอัตรา

การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Fakih et al. (2012) ในการศึกษาเพื่อลดการคาสายสวนปัสสาวะที่ไม่เหมาะสม 163 หอผู้ป่วย ใน 71 โรงพยาบาลในมลรัฐมิชิแกน โดยมีการให้ความรู้แก่แพทย์เกี่ยวกับข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมในการคาสายสวนปัสสาวะ และประเมินความจำเป็นในการคาสายสวนปัสสาวะทุกวันในขณะที่มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน ผลการศึกษาพบว่าอัตราการใส่สายสวนปัสสาวะลดลงจากร้อยละ 18.1 เหลือร้อยละ 13.8 อัตราการใช้สายสวนปัสสาวะอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 44.3 เป็นร้อยละ 57.6 ในปลายปีที่ทำการศึกษา ($p < .05$) การถอดสายสวนที่ไม่จำเป็นสามารถลดอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวน

ปัสสาวะ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไต้หวัน (Chen et al., 2013) โดยวิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 278 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการเตือนถึงความจำเป็นในการคาสายสวนปัสสาวะเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่า สามารถลดค่ามัธยฐานวันคาสายสวนปัสสาวะเฉลี่ยลดลงจาก 11 วัน เหลือเพียง 7 วัน (7 วัน vs. 11 วัน, $p < .001$) สามารถลดการคาสายสวนปัสสาวะที่ไม่จำเป็นในกลุ่มทดลองได้ถึงร้อยละ 88 และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม สามารถลดอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะลงได้ถึงร้อยละ 48 ($p < .01$) สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อถักงานวิจัย 30 เรื่องของ Meddings et al. (2013) พบว่าการเตือนถึงความจำเป็นในการคาสายสวนปัสสาวะ และหยุดการคาสายสวนปัสสาวะสามารถลดอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะได้ถึงร้อยละ 53 ($p < .001$)

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ระยะเวลาที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนักนานเกิน 1 สัปดาห์ และการคาสายสวนปัสสาวะมากกว่า 5 วัน ทำให้เกิดการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ เนื่องจากเชื้อก่อโรคมักมีการสร้างไบโอฟิล์ม (Biofilm) รอบ ๆ สายสวนปัสสาวะทำให้เกิดการติดเชื้อขึ้น การถอดสายสวนเมื่อหมดความจำเป็น จึงเป็นการตัดวงจรดังกล่าว และลดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Nicolle, 2014) ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าระยะเวลาที่รักษาในหอผู้ป่วยหนักนานและผู้ป่วยที่กลั้นอุจจาระไม่อยู่ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท (Perrin et al., 2021) การศึกษาของ Temiz et al. (2011) และการศึกษาของ Kim et al. (2017) ที่พบว่า การคาสายสวนปัสสาวะที่ยาวนานเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ และการศึกษาของ Talaat et al. (2010) ที่ศึกษาไปข้างหน้าในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในไอซียู 4 แห่งในประเทศอียิปต์ พบว่าผู้ป่วยที่มีการคาสายสวนปัสสาวะนานและมีระยะเวลาในไอซียูนานมีความเสี่ยงในการเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ

สำหรับเชื้อก่อโรคที่พบในการติดเชื้อระบบทางเดิน

ปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ส่วนใหญ่เป็นเชื้ออีโคไล (E coli) อีพีเจียม (E frecium) อีพีคาลิส (E faecalis) และอีโคลเอซี (E cloacae) (Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2021) ซึ่งเป็นเชื้อที่มาจากระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยที่มีภาวะท้องผูกจะมีความถี่ในการถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (American Gastroenterological Association Medical Position Statement on Constipation, 2018) และผู้ป่วยมีอุจจาระลำบาก อุจจาระแข็ง ในรายที่ไม่มีภาวะความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง จึงต้องมีการช่วยสวนถ่ายอุจจาระทุก 3 วัน การสวนอุจจาระช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ ไม่เกิดภาวะอุจจาระแข็ง (Impact feces) ไม่มีความจำเป็นต้องใช้น้ำมันหล่อลื่น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยถ่ายเหลวติดต่อกันหลายวัน การถ่ายกะปริบกะปรอย ทำให้เกิดการปนเปื้อนอุจจาระทำให้เชื้อก่อโรคที่มาจากระบบทางเดินอาหารสามารถปนเปื้อนเข้าไปในปลายเปิดท่อปัสสาวะเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะขึ้นได้ สอดคล้องกับการวิจัยในประเทศญี่ปุ่นของ Tsuchida et al. (2008) ที่ศึกษาความสัมพันธ์การดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะและการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป พบว่า การถ่ายอุจจาระกะปริบกะปรอย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ

ข้อเสนอแนะ

1. การใช้วิธีการเตือนแพทย์ให้ถอดสายสวนปัสสาวะในรายที่ไม่จำเป็น เป็นวิธีการที่ง่ายและสามารถนำไปใช้ได้ ควรทำเป็นโครงการร่วมกันระหว่างทีมผู้รักษาและทีมพยาบาลผู้ดูแล แต่ต้องสื่อสารกันให้เข้าใจตรงกันว่า จะใช้วิธีการนี้ และควรให้ความสำคัญกับการรายงานแพทย์ในกรณีผู้ป่วยที่ไม่ได้ดื่มน้ำและอาหาร แต่ไม่ถ่ายอุจจาระตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป อาจจะทำให้เกิดภาวะอุจจาระอัดแน่นแข็ง ทำให้เกิดความไม่สุขสบายต่อผู้ป่วย และสวนอุจจาระไม่ได้ผล แพทย์ผู้รักษาอาจจะใช้น้ำมันหล่อลื่นแก้ปัญหาท้องผูกให้ผู้ป่วย และเกิดการถ่ายเหลวติดต่อกัน 2-3 วัน ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะได้ การให้ความใส่ใจปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และจัดการได้เหมาะสมจะ

สามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดิน
ปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการ
ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสาย
สวนปัสสาวะที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น เช่น ศึกษา
ย้อนหลังระยะเวลา 5 ปี ทำให้ผลการวิจัยที่น่าเชื่อถือ
มากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่ ที่สนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัยครั้งนี้

References

- American Gastroenterological Association Medical
Position Statement on Constipation. (2018).
Constipation. Retrieved from <http://www.gastro.org/guidelines/constipation-#sec1>
- Azevedo, R. P. D., & Machado, F. R. (2013).
Constipation in critically ill patients: Much
more than we imagine. *Rev Bras Ter
Intensiva*. 25(2): 73-74. doi:10.5935/0103-
507X.20130014. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4031826/>
- Bernard, R. (2000). *Fundamentals of biostatistics*
(5th ed.). Duxbery: Thomson learning.
- Centers for Diseases Control and Prevention.
(2018). *Device-associated module: UTI*.
Retrieved from: <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/7psccauticurrent.pdf>.
- Chen, Y.-Y., Chi, M.-M., Chen, Y.-C., Chan, Y.-J.,
Chou, S.-S., & Wang, F.-D. (2013). Using a
criteria-based reminder to reduce use of
indwelling urinary catheters and decrease
urinary tract infections. *American Journal
of Critical Care*, 22(2), 105-114. doi:10.4037/
ajcc2013464
- Fakih, M. G., Watson, S. R., Greene, M. T., Kennedy,
E. H., Olmsted, R. N., Krein, S. L., & Saint, S.
(2012). Reducing inappropriate urinary
catheter use: A statewide effort. *Archives
of Internal Medicine*, 172(3), 255-260. doi:
10.1001/archinternmed.2011.627.
- Fennessy, G. J., & Warrillow, S. J. (2012).
Gastrointestinal problems in intensive care.
Aneesthesia and Intensive Care Medicine,
13(4), 152-157. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2012.01.004>
- Fleiss, J. L., Levin, B., & Paik, M. C., (2003).
*Statistical methods for rates and
proportions* (3rd ed.). New Jersey: John
Wiley & Sons.
- Horan, T. C., Andrus, M., & Dudeck, M. A. (2008).
CDC/NHSN surveillance definition of health
care-associated infection and criteria for
specific types of infections in the acute care
setting. *American Journal of Infection
Control*, 36(5), 309-332. doi:10.1016/j.ajic.
2008.03.002
- Indrawattana, N., & Vanaporn, M. (2015).
Nosocomial infection. *Journal of Medicine
and Health Science*, 22(1), 81-92.
- Infectious and control Maharaj Nakorn Chiang Mai
Hospital committee. (2013). *Hospital
standard policy and 5 days off for CAUTI
prevention*. Retrieved from <http://www.med.cmu.ac.th/hospital/ha/HA/Plates/5day%20off.pdf>. [in Thai].
- Infectious and control Maharaj Nakorn Chiang Mai
Hospital committee. (2016). *Practice
guideline for hospital infection prevention
and control in Maharaj Nakorn Chiangmai
Hospital*. Chiang Mai: Faculty of Medicine
Chiang Mai University. [in Thai]

- Jaiyen, P., Punsin, O., Rungrat, S., Seangwan, S., Triamvisit, S., & Vaniyapong, T. (2017). PCT neurosurgery pilot project: Risk factors of catheter-associated urinary tract infection in neurosurgical critical care patients. Chiang Mai: Chiang Mai Regional Forum [in Thai].
- Jaiyen, P., Punsin, O., Rungrat, S., Seangwan, S., Triamvisit, S., & Vaniyapong, T. (2018). PCT neurosurgery quality improvement project: Constipation management alert combined with catheter removal within five days to reduce catheter associated urinary tract infection in neurosurgical critical care patients. Chiang Mai: Chiang Mai Regional Forum [in Thai].
- Kim, B., Pai, H., Choi, W. S., Kim, Y., Kweon, K. T., Kim, H. A., ... Kim, J. (2017). Current status of indwelling urinary catheter utilization and catheter-associated urinary tract infection throughout hospital wards in Korea: A multicenter prospective observational study. *PLOS ONE*, 12(10), 1-11. doi: 10.1371/journal.pone.0185369
- Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (2021). *Medical records and statistics, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (2014-2020)*. Chiang Mai: Faculty of Medicine Chiang Mai University. [in Thai]
- Masri, Y., Abubaker, J., & Ahmed, R. (2010). Prophylactic use of laxative for constipation in critically ill patients. *Ann Thorac Med*, 5(4), 228-231. doi:10.4103/1817-1737.69113
- Meddings, J., Rogers, M. A. M., Macy, M., & Saint, S. (2010). Systematic review and meta-analysis: Reminder systems to reduce catheter-associated urinary tract infections and urinary catheter use in hospitalized patients. *Clinical Infectious Diseases*, 51(5), 550-560. doi:10.1086/655133
- Meddings, J., Rogers, M. A. M., Krein, S. L., Fakih, M. G., Olmsted, R. N., & Saint, S. (2013). Reducing unnecessary urinary catheter use and other strategies to prevent catheter-associated urinary tract infection: An integrative review. *BMJ Quality & Safety*, 23(4), 277-289. doi:10.1136/bmjqs-2012-001774
- Meddings, J., Saint, S., Krein, S. L., Gaies, E., Reichert, H., Hickner, A., ... Mody, L. (2017). Systematic review of interventions to reduce urinary tract infection in nursing home residents. *Journal of Hospital Medicine*, 12(5), 356-368. doi:10.12788/jhm.2724
- Mostafa, S. M., Bhandari, S., Ritchie, G., Gratton, N., & Wenstone, R. (2003). Constipation and its implications in the critically ill patient. *Br J Anaesth*, 91(6), 815-9.
- Nassar, A. P.Jr, da Silva, F. M., & de Cleva, R. (2009). Constipation in intensive care unit: Incidence and risk factors. *J Crit Care*, 24(4), 9-12. doi:10.1016/j.jcrc.2009.03.007
- Ngamjarus, C., & Chongsuvivatwong, V. (2016). n4Studies: Sample size calculation for an epidemiological study on a smart device. *Siriraj Med J*, 68(3), 160-170.
- Nicolle, L. E. (2014). Catheter associated urinary tract infections. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 3(1), 23. doi:10.1186/2047-2994-3-23

- Perrin, K., Vats, A., Qureshi, A., Hester, J., Larson, A., Felipe, A., ... Busl, K. (2020). Catheter-associated urinary tract infection (CAUTI) in the neuro ICU: Identification of risk factors and time-to-CAUTI using a case-control design. *Neurocritical Care*, 34(1), 271-278. doi:10.1007/s12028-020-01020-3
- Talaat, M., Hafez, S., Saied, T., Elfeky, R., El-Shoubary, W., & Pimentel, G. (2010). Surveillance of catheter-associated urinary tract infection in 4 intensive care units at Alexandria university hospitals in Egypt. *American Journal of Infection Control*, 38(3), 222-228. doi:10.1016/j.ajic.2009.06.011
- Temiz, E., Piskin, N., Aydemir, H., Oztoprak, N., Akduman, D., Celebi, G., & Kokturk, F. (2011). Factors associated with catheter-associated urinary tract infections and the effects of other concomitant nosocomial infections in intensive care units. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 44(5), 344-349. doi:10.3109/00365548.2011.639031
- Tsuchida, T., Makimoto, K., Ohsako, S., Fujino, M., Kaneda, M., Miyazaki, T., ... Sugimoto, T. (2008). Relationship between catheter care and catheter-associated urinary tract infection at Japanese general hospitals: A prospective observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(3), 352-361. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.10.006
- Unahalekhaka, A. (2012). Prevention of nosocomial infections principles and guidelines (2nd ed.). Chiang Mai: Ming Muang Navarat.

Psychological Impact and Its Affecting Factors Among Nurses Working in COVID-19 Designated Hospitals in Bhutan

Kinley Gyaltshen, MNS¹, Pornpat Hengudomsub, Ph.D.^{2*}, Chintana Wacharasin, Ph.D.³

Abstract

The purpose of this study was to examine psychological impact and its affecting factors among the nurses working at COVID-19 designated hospitals in Bhutan. A predictive correlational design was used. The sample consisted of 133 nurses providing care for patients with COVID-19 in these hospitals using the simple random sampling technique. Self-reported questionnaires were used to collect data regarding nurses' demographic information, knowledge about Covid-19, fear of Covid-19, religiosity, workload perception, perceived organizational support and psychological impact. Data were analyzed using the descriptive statistics and standard multiple regression.

The results showed that this sample had a mean psychological impact score of 20.49 ($SD = 6.07$), and classified in a moderate level. Fear of COVID-19, religiosity, workload perception and perceived organizational support accounted for 15.3% of the variance in psychological impact. Only workload perception has significant effect on psychological impact ($\beta = .28, p < .05$). The study results will help to generate baseline data on the psychological impact occurred among these nurses. It can also be used to develop interventions to mitigate this psychological impact and support the work of nurses during such pandemics.

Key words: Nurses, COVID-19, religiosity, workload perception, psychological impact

¹ Master student, Master of Nursing Science (International Program) Faculty of Nursing, Burapha University

² Associate professor, Psychiatric and Mental Health Nursing Department, Faculty of Nursing, Burapha University

³ Associate professor, Pediatric Nursing Department, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: pornpath@buu.ac.th

ผลกระทบด้านจิตใจและปัจจัยที่ส่งผลของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ในประเทศไทย

Kinley Gyaltsen, MNS¹ ภรภัทร เสงอุตมทรัพย์, Ph.D.^{2*} จินตนา วัชรสินธุ์, Ph.D.³

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบด้านจิตใจและปัจจัยที่ส่งผลในพยาบาลที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ประเทศไทย เป็นการศึกษาแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโควิด-19 จำนวน 133 คน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 ความกลัวเกี่ยวกับโควิด-19 ความเครียดและปฏิบัติด้านศาสนา การรับรู้ภาระงาน การรับรู้การสนับสนุนจากหน่วยงาน และผลกระทบด้านจิตใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอยพหุ

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยผลกระทบด้านจิตใจเท่ากับ 20.49 ($SD = 6.07$) ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง จากตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด พบว่ามีเพียงความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 ที่สัมพันธ์กับผลกระทบด้านจิตใจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความกลัวเกี่ยวกับโควิด-19 ความเครียดและปฏิบัติด้านศาสนา การรับรู้ภาระงาน และการรับรู้การสนับสนุนจากหน่วยงาน สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของผลกระทบด้านจิตใจได้ ร้อยละ 15.3 การรับรู้ภาระงาน เท่านั้นที่มีอิทธิพลต่อผลกระทบด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .28, p < .05$) ผลการวิจัยนี้ทำให้ทราบถึงผลกระทบด้านจิตใจที่เกิดกับพยาบาล สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อบรรเทาผลกระทบนี้และสนับสนุนการปฏิบัติงานของพยาบาลในสภาวะการระบาดของโควิด-19

คำสำคัญ: พยาบาล โควิด-19 ความรู้ ความกลัว ความเครียดและปฏิบัติด้านศาสนา การรับรู้ภาระงาน การสนับสนุนจากหน่วยงาน ผลกระทบด้านจิตใจ

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (นานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² รองศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³ รองศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: pornpath@buu.ac.th

Introduction

A new severe type of pneumonia known as novel coronavirus disease (COVID-19) was first reported in Wuhan, China in December 2019. Within a few months, almost all the countries in the world reported a COVID-19 infection. After more than three months of the first case, the World Health Organization, on 11 March 2020, declared the COVID-19 outbreak as Pandemic. As every country across the globe reported cases of COVID-19, by 6th March 2020, Bhutan also reported the first case. By the 20th September 2021, among 0.79 million populations, 2597 COVID-19 cases, and three deaths related to COVID-19 were confirmed nationwide (Ministry of Health, 2021).

The COVID-19 pandemic has ruined the economy of the world and posed a serious threat to both physical and mental health of the people. Health professionals are no exception. Most of the health care professionals were involved in many types of infectious diseases outbreak like Severe Acute Respiratory (SARS), the Middle East Respiratory Syndrome (MERS) and the Ebola virus disease, and studies showed that they suffered with anxiety and depression both during and after the outbreak (Braquehais et al., 2020). Nurses are the health professionals with maximum hours of patient contact, and therefore are at greater risk for health impacts. Studies showed that stress, exhaustion, and depressive mood were associated with nurses working with a patient with COVID-19, (Shi et al., 2020) and suicides were reported among nurses exposed to extreme incidents taking care of COVID-19 (Shen, Zou, Zhong, Yan, & Li, 2020).

Studies have reported that factors like knowledge of COVID-19, fear of COVID-19,

religiosity, workload perception and perceived organization support has influenced the psychological impact of nurses. Knowledge of COVID-19 for nurses is an important component of their skill to manage such pandemic. Nurses with inadequate knowledge regarding infection control and skills tend to develop more stress. Adequate awareness by providing essential training, through job experiences always helped nurses to cope better during such pandemics (Hong et al., 2021). Nurses fear that they might act as a potential carrier of the COVID-19 from the place of their work to the family or community (Galehdar, Kamran, Toulabi, & Heydari, 2020). They also fear stigmatization and discrimination from the people when they return to the community. A recent study showed that fear related to COVID-19 has a positive correlation with psychological impact among nurses (Labrague & de Los Santos, 2020).

Bhutanese population are predominantly Buddhist, 90.2% of people in Bhutan practiced Buddhism. Religiosity has been associated with better psychological wellbeing and improved quality of life. A study showed that religiosity could predict a nurse's depression and anxiety (Fradelos et al., 2020). A study done in Portugal among health workers indicated that individuals practicing a positive religion are associated with a lower level of depression and anxiety, a higher level of psychological wellbeing, and better depression remission (Prazeres et al., 2021). Likewise, Workload was reported to be a significant stressor (Said & El-Shafei, 2021). Previous studies done in China showed that nurses with more workload were linked to psychological impact, poor quality of patient care, and negative attitudes like job dissatisfaction and intention of leaving job

(Wu et al., 2020).

Perceived Organizational support plays an important role in the working life of the nurse. Nurses are more vulnerable to psychological impact in settings with a risk of infection, inaccessible to mental health services, and inadequate support from leaders or management (Shang et al., 2020). The organization with good social and mental health support, adequate protective equipment, clear guidelines and job description, and job recognition tend to experience lesser psychological impacts among the nurses.

To our knowledge, this is the first study conducted in Bhutan to assess the psychological impact on nurses during this pandemic. The purpose of this study is to examine the prediction of knowledge of COVID-19, fear of COVID-19, religiosity, workload perception, and perceived organizational support on psychological impact among nurses working at COVID-19 designated hospitals in Bhutan. The results from this study will aid concerned authorities to develop interventions for Bhutanese nurses to help them manage their psychological well-being for the present and future pandemics.

Research Objectives

1. To examine psychological impact among nurses working at COVID-19 designated hospitals in Bhutan.
2. To examine the prediction of knowledge of COVID-19, fear of COVID-19, religiosity, workload perception and perceived organizational support on psychological impact among nurses working at COVID-19 designated hospitals in Bhutan.

Conceptual framework

The conceptual framework used to guide this study is derived from the transactional model of stress developed by Lazarus and Folkman (1984). This model provides an appropriate theoretical base to conceptualize the relationship among variables in this study. This model emphasizes the transactional existence of stressful situations depending on the outcome of an interaction between the person, environment, and situation. The relationship between stress exposure and stress outcome is influenced by how an individual perceives or interact with factors like harmful or challenging situations, and also by the coping skills of an individual. According to this model different individuals respond differently to the same stressors due to the individual indifferences based on social, emotional, and psychological factors. This COVID-19 pandemic has adversely brought impact the psychological wellbeing of individuals leading to stress, anxiety and behavioral problems (Yildirim & Solmaz, 2020).

Methods

Research design

A predictive correlational design was used to study the prediction of knowledge of COVID-19, fear of COVID-19, religiosity, workload perception and perceived organizational support on psychological impact among the nurses working at COVID-19 designated hospitals in Bhutan.

Population and participants

The sample included 133 nurses working in COVID-19 designated hospitals in Bhutan recruited using simple random sampling technique. Nurses who completed their prescribed duty at COVID-19 designated hospital and willing

to participate were included for this study.

The sample size for this study was determined by using the G* Power software. For this study, a power of 0.90 and effect size of 0.15 was used with significance level set at 0.05 (Park, Lee, Park, & Choi, 2018). G*Power software suggested a sample size of 116. However, 15% of the sample was added to substantiate for the possible missing data, thereby giving a total of 133 participants.

Research instruments

Demographic record form included age, gender, marital status, number of children, highest level of education, year of experience, nature of appointment/deployment, nature of employment, attendance to COVID-19 training, parent workplace, professional title in nursing, and main source of clinical information.

Knowledge of COVID-19 Questionnaire was used to measure knowledge (Zhong et al., 2020). It was based on the COVID-19 mode and route of transmission, treatment regime, signs and symptoms, etiology, management and prevention methods and complications. There are 12 questions with three options: “true”; “false” and “I don’t know”. Each correct response was scored 1, and 0 for incorrect and “I don’t know” response. Higher score indicated higher level of knowledge of COVID-19. This questionnaire has Cronbach’s alpha coefficient of .71 (Zhong et al., 2020). The Cronbach’s alpha coefficient in this study was .72.

Fear of COVID-19 Scale was used to measure fear (Ahorsu et al., 2020). This scale contains 7 items and 5 points Likert scale which includes strongly disagree, somewhat disagree, neither agree or disagree, somewhat agree, and

strongly agree. All scores were categorized as low (score 14-21) and high (score 22-35). The total score of this scale ranged from 7 to 35. Higher score indicated more fear of COVID-19. This scale has acceptable alpha (α) value of .82 (Ahorsu et al., 2020). The Cronbach’s alpha coefficient in this study was .84.

The Centrality of Religiosity Scale [CRS10]

was used to measure the religiosity (Huber & Huber, 2012). All items were scored on a five-point Likert type scale, ranging from 1-5. This allows for a range of the CRS score between 1.0 and 5.0. This way three groups were formed: the “highly-religious”, “religious”, and “non-religious” with a threshold of 1.0 to 2.0: not-religious, 2.1 to 3.9: religious, 4.0 to 5.0: highly-religious (Fradelos et al., 2017). Higher scores indicated more religiosity. The Cronbach’s alpha coefficient in this study was .89.

Workload perception questionnaire

was measured with the workload perception questionnaire (Spector & Jex, 1998). This scale consists of a five-item score; participants will be asked to indicate the frequency of the occurrence of each statement. There were five response choices: “less than once per month or never”, “once or twice a month”, “once or twice a week”, “once or twice a day” and “several times per day”. The responses were then added and divided by 5 to provide a mean score. A higher score indicated higher levels of workload. According to a previous study done in Bhutan, the Cronbach’s coefficient for this scale has .86 (Norbu, 2010). The Cronbach’s alpha coefficient in this study was .85.

The Perceived Organizational Support

scale was used to measure organizational support. This scale contained 8 items with 5 points Likert

scale which included the numerical value ranging from 1 as strongly disagree to 5 as strongly agree. Higher score indicated higher level of perceived organizational support. The Cronbach's coefficient for this scale has .86 (Labrague, McEnroe Petite, Leocadio, Van Bogaert, & Tsaras, 2018). The Cronbach's alpha coefficient in this study was .69.

Kessler Psychological distress scale [K10] was used to assess psychological impact. K10 consists of 10 items and 5 Likert type scales which include none, a little, sometimes, most of the time and all the time. All scores were categorized as low level of psychological distress (score 10-15), moderate level (score 16-21), high level (score 22-29), and very high level (score 30-50). Higher score indicated higher level of psychological impact. The Cronbach's alpha value of this scale has .91 (Pereira et al., 2019). The Cronbach's alpha coefficient in this study was .87.

Data collection procedures

The study was approved by the Institutional Review Board [IRB] of Burapha University, Thailand (G-HS014/2564), and the Research Ethical Board the Ministry of Health [REBH], Bhutan (REBH/Approval/2021/020). Participants meeting the inclusion criteria were recruited through simple random sampling technique. After obtaining permission from all the heads of the COVID-19 designated hospitals, all the volunteered

participants were briefed on the objectives and the data collection procedures. Informed consent was taken before collecting the data. Each participant took about 40-60 minutes to complete the questionnaires.

Data analysis

Data were entered for analysis by the statistical software after data coding. The data were tested to fulfill the assumptions of multiple regression which included absence of outliers, normality of variables, linearity, homoscedasticity, no auto correlation and no multi-collinearity. Descriptive statistics like frequency, percentage, mean and standard deviation were used to describe the variables and demographic characteristics. The standard multiple regression was used to determine the predictors of psychological impact among the nurses working at COVID-19 designated hospitals.

Results

Most of the respondents are in the age group of 26 to 30 years (78.4%) with mean age of 29.6 ($SD = 5.72$). The majority were female (60.2%), more than half were single (51.1%) and majority had a diploma certificate (59.4%). The detail of the demographic characteristics is presented in Table 1.

Table 1 Characteristics of participants (n = 133)

Characteristics	Number (n)	Percentage (%)
Age		
20-25 years	34	25.60
26-30 years	59	44.40
31-35 years	28	21.00
36 years and above	12	9.00

Table 1 (Cont.)

Characteristics	Number (n)	Percentage (%)
Gender		
Male	53	39.80
Female	80	60.20
Marital status		
Single	68	51.10
Married	61	45.80
Divorced	3	2.30
Living together	1	.80
Number of children		
None	96	72.20
One	21	15.80
Two	14	10.50
Three or more	2	1.50
Highest level of education		
Diploma	88	66.20
Bachelor's degree	43	32.30
Master's degree	2	1.50
Years of experience		
< 1year	27	20.30
2- 5 years	62	46.70
6 -10 years	30	22.50
11 years and above	14	10.50
Nature of appointment/deployment		
Officially appointed	107	80.50
Volunteer	26	19.50
Nature of employment		
Contract	27	20.30
Regular	106	79.70
Attendance to COVID-19 training		
Yes	88	66.20
No	45	33.80
Permanent workplace		
Primary Health Centers	3	2.30
District Hospitals	38	28.50
Referral Hospitals	92	69.20

Table 1 (Cont.)

Characteristics	Number (n)	Percentage (%)
Professional title in nursing		
Staff Nurse	89	66.90
Clinical Nurse	44	33.10
Main source of COVID-19 information		
Ministry of Health, Bhutan	96	42.10
World Health Organization	56	24.56
Social Media/Public news	41	17.98
Healthcare professional/Colleagues	35	15.36

Description of psychological impact

The score of psychological impact ranged from 10 to 50 with the mean score of 20.49 ($SD = 6.07$), classified in moderate level. The result showed that 21.05%, 40.60%, 38.35% and 7.52%

of the respondents had low, moderate, high levels and very high of psychological impact respectively. The mean scores of the study variables are presented in Table 2.

Table 2 Mean and Standard Deviation [SD] of the Variables (n = 133)

Variables	Possible range	Actual range	$\bar{x}$	SD
Psychological impact	01-50	10-50	20.49	6.07
Knowledge of COVID-19	0-12	1-12	9.66	2.35
Fear of COVID-19	7-32	7-32	19.05	5.54
Centrality of religiosity	10-50	10-50	33.36	7.43
Workload perception	5-25	7-25	17.47	3.91
Perceived organizational support	0-48	2-45	24.49	7.78

Factors predicting psychological impact

Knowledge of COVID-19 was not entered into the multiple regression model since it was not significantly correlated with the psychological impact. As presented in Table 3, results showed, fear of COVID-19, religiosity, workload perception and perceived organizational support together explained 15.3% of variance in psychological

impact ($F_{4, 128} = 6.95, p = <.05$). Workload perception had significant effect on psychological impact ($\beta = .28, p < .05$), whereas, fear of COVID-19 ($\beta = .140, p > .05$), religiosity ($\beta = .149, p > .05$) and perceived organizational support ($\beta = -.108, p > .05$) had no significant effects on psychological impact.

Table 3 The predicting factors of psychological impact (n=133)

Predicting variables	B	SE	β	t	p-value
Workload perception	.400	.117	.280	2.54	<.05
Perceived organizational support	-.076	.058	-.108	-1.293	>.05
Religiosity	.109	.060	.149	1.816	>.05
Fear of COVID-19	.137	.081	.140	1.699	>.05
Constant = 8.86, $p < .05$, $R^2 = .178$, adj $R^2 = .153$ $F_{(4, 128)} = 6.95$, $p < .05$					

Discussion

The study aimed to examine psychological impact and its affecting factors among the nurses working at COVID-19 designated hospitals in Bhutan. As per our knowledge, this is the first study to evaluate the psychological impact among the nurses working at COVID-19 designated hospitals in Bhutan. The mean score of psychological impact among the nurses at COVID-19 designated hospitals in Bhutan was 20.25 ($SD = 5.4$). This study showed that 40.60% and 30.83% of respondents indicated the psychological impact as moderate and high levels respectively. This finding is consistent with previous studies where moderate to the high level of psychological impacts were reported among the nurses working with COVID-19 patients (Lee et al., 2020; Zerbin, Ebigbo, Reicherts, Kunz, & Messman, 2020). Reasons for moderate to high psychological impacts among nurses working at COVID-19 designated hospitals in this study could be related to gender and years of experience as it was found that 60.2% were females and 67% of these nurses have working experience less than 6 years. Previous study has shown that younger and less experienced nurses were prone to psychological impact compared to senior and experienced nurses (Miranda et al., 2021). Also, females were reported to experience a higher

level of psychological impacts (Cortés-Álvarez, Piñero-Lamas, & Vuelvas-Olmos, 2020).

Based on multiple regression model, fear of COVID-19, religiosity, workload perception and perceived organizational support combined could explain 15.3% of variance in psychological impact. For each factor effect, only workload perception from this study was the significant predictor of psychological impact among nurses at COVID-19 designated hospitals in Bhutan. Work overload is the common stressor indicated in most of the studies done. Work overload is a significant predictor of a higher level of psychological impact (Greenglass, Burke, & Fiksenbaum, 2001). During such a pandemic, the nurse's perception about the work increases, as they assume the new place or situation will be more strenuous than a regular job. Many factors contribute to the nurse's workload perception during such pandemics, like longer duration of work, multitasking jobs, the new place of work with limited orientation and unfamiliar faces. The role of the nurse increases during such pandemic. Bhutan has a huge gap between patient and nurse ratio due to shortage of nurses, which increases proportionally during such pandemic. Similar to other countries, the detection of the COVID-19 case, made Bhutan establish COVID-19 designated hospitals in a different region of the country to cater to the

patient. Similar like nurses in every country, nurses in Bhutan provide similar care, but during such pandemic psychological care is also in greater need. The patients need more care and mental support unlike routine care. Furthermore, the parents and relatives of the Covid-19 patients were not allowed to visit them. Apart from regular work, nurses will be held responsible for specialized functions, like in-depth counselling patients and providing humanistic care in the absence of family members (Lucchini, Lozzo, & Bambi, 2020). So, these roles become more of a burden than their usual routine work, which could increase their workload significantly, thus negatively affecting psychological well-being. Increased workload perception was identified as the most distressing parts of the job. The reasons for other variables not predicting significantly could be due to the different situations of the present pandemics in different country. Participants might have focused more on the workload as the pressure on the nursing professions has been increasing in every country. Another possible reason could be the culture differences in interpreting the selected variables used in this study. Moreover, the severity of the pandemic was not as severe compared to our neighboring countries and adequate support from the government could have help to mitigate the impact, thus making the selected variables for this study a non-significant effect on psychological impact.

Limitations

Some limitations could be considered. First, the limitation of this study could be the fluctuating impact of the pandemic, and the prevalence of psychological impact in the present

study might be underestimated due to the reporting of more new variants and increasing cases. Second, as this study is based solely on participants' self-reported data, incorporation of qualitative study to have better understanding towards psychological impact and its affecting factors among nurses working with Covid-19 is recommended.

Implication for Nursing

Healthy psychological wellbeing of nurses is an essential integral part in nursing care especially during pandemics. The findings of this study will aid the policy makers and administrators in framing interventions to mitigate psychological morbidities during pandemics. This result highlighted that the nurses have experienced moderate to a high level of psychological impact. It was affected by various factors that can be modified, enhanced, and strengthened to promote the nurses' psychological well-being. The information from this study will benefit the nurses and other health care workers during such pandemics in the future. It will also be easier for policymakers and nursing administrators to effectively plan crisis interventions to support the nurses' psychological health and sustain a well-trained nursing workforce, especially during such pandemics.

Acknowledgements

We acknowledge the Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand, Thailand International Cooperation Agency [TICA], Faculty of Nursing and Public health, Khesar Gyalpo University of Medical Sciences of Bhutan for the fund and support. We would also like to thank the participants for their cooperation.

References

- Ahorsu, D. K., Lin, C.Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The fear of COVID-19 scale: Development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-9. doi: 10.1007/s11469-020-00270-8
- Braquehais, M. D., Vargas-Cáceres, S., Gómez-Durán, E., Nieva, G., Valero, S., Casas, M., & Bruguera, E. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *An International Journal of medicine*, 113(9), 613-617.
- Cortés-Álvarez, N. Y., Piñeiro-Lamas, R., & Vuelvas-Olmos, C. R. (2020). Psychological effects and associated factors of COVID-19 in a Mexican sample. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 14(3), 413-424.
- Fradelos, E. C., Alikari, V., Vus, V., Papathanasiou, I. V., Tsaras, K., Tzavella, F., & Lekka, D. (2020). Assessment of the relation between religiosity, anxiety, depression and psychological resilience in nursing staff. *Health Psychology Research*, 8(1), 30-34.
- Fradelos, E. C., Papathanasiou, I. V., Kourakos, M., Zyga, S., Tzavella, F., & Tsaras, K. (2017). Religiosity in nursing: The translation, validation and cultural adoption of the centrality of religiosity scale-10 in Greek language. *Likars'ka sprava*, 468(7), 180-187.
- Galehdar, N., Kamran, A., Toulabi, T., & Heydari, H. (2020). Exploring nurses' experiences of psychological distress during care of patients with COVID-19: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1-9. doi:10.1186/s12888-020-02898-1
- Greenglass, E. R., Burke, R. J., & Fiksenbaum, L. (2001). Workload and burnout in nurses. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 11(3), 211-215.
- Hong, S., Ai, M., Xu, X., Wang, W., Chen, J., Zhang, Q., . . . Kuang, L. (2021). Immediate psychological impact on nurses working at 42 government-designated hospitals during COVID-19 outbreak in China: A cross-sectional study. *Nursing Outlook*, 69(1), 6-12.
- Huber, S., & Huber, O. (2012). The centrality of religiosity scale (CRS). *Religions*, 3, 710-724.
- Labrague, L. J., & de Los Santos, J. A. A. (2020). Fear of Covid-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. *Journal of Nursing Management*, 29(3), 395-403.
- Labrague, L. J., McEnroe Petite, D. M., Leocadio, M. C., Van Bogaert, P., & Tsaras, K. (2018). Perceptions of organizational support and its impact on nurses' job outcomes. *In Nursing Forum*, 53(3), 339-347.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, M. C., Thampi, S., Chan, H. P., Khoo, D., Chin, B. Z., Foo, D. P., . . . Jacob, R. (2020). Psychological distress during the COVID-19 pandemic amongst anaesthesiologists and nurses. *British Journal of Anaesthesia*, 125(4), e384-e386.
- Lucchini, A., Iozzo, P., & Bambi, S. (2020). Nursing workload in the COVID-19 era. *Intensive & Critical Care Nursing*, 61, 102929. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102929
- Ministry of Health, R. G. O. B. (2021). *National situational update on COVID-19*. Retrieved from <http://43.230.208.13/>

- Miranda, F. B. G., Yamamura, M., Pereira, S. S., Pereira, C. D. S., Protti-Zanatta, S. T., Costa, M. K., & Zerbetto, S. R. (2021). Psychological distress among nursing professionals during the COVID-19 pandemic: Scoping review. *Escola Anna Nery*, 24(2), 115-122.
- Norbu, P. (2010). *Nurse staffing workload, supervisory social support and job satisfaction of nursing staffs in Bhutan*. Master's thesis, Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University.
- Park, J.S., Lee, E.H., Park, N.R., & Choi, Y. H. (2018). Mental health of nurses working at a government-designated hospital during a MERS-CoV outbreak: A cross-sectional study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 2-6.
- Pereira, A., Oliveira, C. A., Bártolo, A., Monteiro, S., Vagos, P., & Jardim, J. (2019). Reliability and factor structure of the 10-item Kessler psychological distress scale (K10) among Portuguese adults. *Ciencia & Saude Coletiva*, 24(3), 729-736.
- Prazeres, F., Passos, L., Simões, J. A., Simões, P., Martins, C., & Teixeira, A. (2021). COVID-19-Related fear and anxiety: Spiritual-religious coping in healthcare workers in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 220-231.
- Said, R. M., & El-Shafei, D. A. (2021). Occupational stress, job satisfaction, and intent to leave: Nurses working on front lines during COVID-19 pandemic in Zagazig City, Egypt. *Environmental Science and Pollution Research*, 28(7), 8791-8801. doi:10.1007/s11356-020-11235-8
- Shang, Y., Pan, C., Yang, X., Zhong, M., Shang, X., Wu, Z., & Zheng, X. (2020). Management of critically ill patients with COVID-19 in ICU: Statement from front-line intensive care experts in Wuhan, China. *Annals of intensive care*, 10(1), 1-24.
- Shen, X., Zou, X., Zhong, X., Yan, J., & Li, L. (2020). Psychological stress of ICU nurses in the time of COVID-19. *Critical Care*, 24(1), 1-3.
- Shi, Y., Wang, J., Yang, Y., Wang, Z., Wang, G., Hashimoto, K., & Liu, H. (2020). Knowledge and attitudes of medical staff in Chinese psychiatric hospitals regarding COVID-19. *Brain, Behavior, & Immunity-Health*, 4, 100064. doi: 10.1016/j.bbih.2020.100064.
- Spector, P. E., & Jex, S. M. (1998). Development of four self-report measures of job stressors and strain: Interpersonal conflict at work scale, organizational constraints scale, quantitative workload inventory, and physical symptoms inventory. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 356-367.
- Wu, Y., Wang, J., Liu, J., Zheng, J., Liu, K., Baggs, J. G., & You, L. (2020). The impact of work environment on workplace violence, burnout and work attitudes for hospital nurses: A structural equation modeling analysis. *Journal of Nursing Management*, 28(3), 495-503.
- Yildirim, M., & Solmaz, F. (2020). COVID-19 burnout, COVID-19 stress and resilience: Initial psychometric properties of COVID-19 burnout scale. *Death Studies*, 1-9. doi.org/10.1080/07481187.2020.1818885

Zerbini, G., Ebigbo, A., Reicherts, P., Kunz, M., & Messman, H. (2020). Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19-A survey conducted at the University Hospital Augsburg. *GMS German Medical Science*, 18, 1-9. doi: 10.3205/000281

Zhong, B.L., Luo, W., Li, H.M., Zhang, Q.Q., Liu, X.G., Li, W.T., & Li, Y. (2020). Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: A quick online cross-sectional survey. *International journal of biological sciences*, 16(10), 1745-1752.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ปาจรา โพธิ์หัง, พย.ม.^{1*}

บทคัดย่อ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย โดยการสืบค้นงานวิจัยปฐมภูมิที่ตีพิมพ์เผยแพร่ วรรณกรรมที่สืบค้นได้นำมาประเมินความน่าเชื่อถือของหลักฐานงานวิจัย สกัดข้อมูลตามกรอบแนวคิดการปฏิรูปความรู้ด้านสุขภาพ

ผลการทบทวนวรรณกรรม พบงานวิจัยทั้งหมด 15 เรื่อง ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึงปัจจุบัน ทั้งหมดมีความน่าเชื่อถือของหลักฐานงานวิจัยในระดับ 4 คือ การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางในกลุ่มวัยที่แตกต่างกัน เครื่องมือที่ใช้ประเมินความรู้ด้านสุขภาพเป็นแบบสอบถาม การศึกษาความสัมพันธ์ที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัจเจกบุคคล บริบทด้านสุขภาพ และบริบทด้านสังคม และ 2) ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวเสนอแนะดังนี้ พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลปัจจัยไปเป็นพื้นฐานในการสังเคราะห์กลไกในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ นำไปสู่การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพและสุขภาพภาคประชาชน เป็นองค์กรแห่งความรู้ด้านสุขภาพ และสนับสนุนการพัฒนาชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: pachara@buu.ac.th

Relationship of Health Literacy to Health Promoting and Disease Prevention Behaviors in Thailand: A Systematic Review

Pachara Photihung, M.N.S.^{1*}

Abstract

This systematic review aimed to study the relationship of health literacy to promotion and preventive behaviors in Thailand through a search of published primary research. The literature search was used to assess the quality of the evidence and synthetic procedure data based on the concept of health literacy reform.

The literature review found 15 published papers from 2014 - present. Overall, credible research was fourth level and was cross-sectional descriptive research. The studies covered different age groups. Health literacy was estimated mainly by questionnaires. With respect to relationships with health literacy, it was found that: 1) factors related to health literacy were individual, health context, health literacy, and social context, and; 2) health literacy factor affect health behavior outcomes. The systematic review suggested that nurses and public health personnel can be used as baseline data for synthetic strategies to develop health literacy in a straightforward and effective manner. Health literacy can support the development of community behavioral change to prevent disease.

Key words: Health literacy, health promotion, health prevention

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: pachara@buu.ac.th

ความสำคัญของปัญหา

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลและทรัพยากรทางสังคมที่จำเป็นสำหรับบุคคลและชุมชนในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ รวมถึงความสามารถในการสื่อสารตามความต้องการ พิจารณาสถานการณ์และการตัดสินใจ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี (WHO, 2014) ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญที่สะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของประชาชน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ (Nutbeam, 2008) หากมีความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับสูง จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราป่วย อัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ฯลฯ การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการตัดสินใจและการจัดการตนเอง

สถานการณ์ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี ทำให้วิถีชีวิตและด้านพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากขึ้น มีการเจ็บป่วยและตายก่อนวัยอันควร พบอัตราตายของคนไทยส่วนใหญ่มีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรัง โดยผู้ชายเสียชีวิตสูงสุดจากอุบัติเหตุทางถนน โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็งตับ และโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนผู้หญิงเสียชีวิตสูงสุดจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และการติดเชื้อเอดส์ ตามลำดับ โดยปี พ.ศ. 2557 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความดันโลหิตสูง 24.7% เบาหวาน 8.9% และความชุกของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็น 37.5% และ 10.9% มีพฤติกรรมบริโภคอาหารหวานและอาหารไขมันสูง เพิ่มขึ้นถึง 3 เท่าจากเดิมใน พ.ศ. 2554 โดยบริโภคอาหารทอดเฉลี่ย 5 วัน/สัปดาห์ และบริโภคอาหารที่ปรุงด้วยกะทิเฉลี่ย 3 วัน/สัปดาห์ ออกกำลังกายอย่างเพียงพอ มีจำนวนน้อย 29.7% (National Reform Steering Assembly, 2016) ในปี พ.ศ. 2558 ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ 6.9 ลิตร/ปี ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลก 6.3 ลิตร สูบบุหรี่ 19.9% และ

มีแนวโน้มการสูบบุหรี่มากขึ้นในผู้หญิง ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ล้วนส่งผลให้มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ข้อมูลชี้ให้เห็นว่าต้องให้ความสำคัญกับการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การเข้าถึงบริการการรักษาและการบำบัดแนวทางการแก้ไขต้องเริ่มตั้งแต่การปรับเปลี่ยนจิตสำนึกและพฤติกรรมสุขภาพ (Institute for Population & Social Research, 2017) ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพ เป็นเสมือนกุญแจที่ไขไปสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพสะท้อนให้เห็นความสามารถการใช้ข้อมูลข่าวสาร สามารถตัดสินใจบนพื้นฐานของทฤษฎีมีส่วนร่วมในกิจกรรม อันนำไปซึ่งผลของการมีแบบแผนชีวิตที่ดี พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคที่สำคัญ ๆ เพื่อใช้ในการปฏิบัติตัว ทำให้ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น (Kaeodumkoeng et al., 2011)

สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยพบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน คือ ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อเกิดแรงจูงใจเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมนำไปสู่สภาวะผลสำเร็จในกลุ่มอายุ 7-18 ปี ในสถานศึกษาที่เป็นพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติปี พ.ศ. 2557 จำนวน 4,800 คน พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ 86.4% และมีเพียง 5.2% ที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก จากงานวิจัยพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน “ความรู้ด้านสุขภาพ” เป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อเกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมนำไปสู่สภาวะ (Yong-Bing et al., 2015) ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป มีการประเมินความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเรื่อง 3อ.2ส. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย สุรา และสูบบุหรี่) ในพื้นที่ 77 จังหวัด พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดีพอ 59.4% รองลงมาคือระดับพอใช้ 39.0% และระดับดีมากเพียง 1.6% (National Reform Steering Assembly, 2016) แต่ยังคงพบว่ามียางงานวิจัยได้กล่าวว่า การที่บุคคลมีความรู้เกิดขึ้นแต่ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่ได้เป็นข้อยืนยันว่า บุคคลจะ

ปฏิบัติตามสิ่งที่ตนรู้เสมอไป ทักษะคิด เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำหรือการปฏิบัติ ถ้ามีทักษะคิดที่ดีร่วมกับองค์ประกอบอื่น ๆ ที่กระตุ้นให้ปฏิบัติแล้วบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติมากกว่าบุคคลที่มีทักษะคิดไม่ดี โดยเฉพาะจะต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านการดูแล กระตุ้นและติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วย (Machi et al., 2015)

ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทยจึงมีความจำเป็นเพื่อให้ได้ข้อสรุปและข้อเสนอแนะสำคัญที่จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสังเคราะห์กลวิธีแนวทางในการพัฒนาสร้างความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมลดปัญหาการเกิดโรคต่าง ๆ และตายก่อนวัยอันควร อีกทั้งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนทุกกลุ่มวัยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการทบทวนวรรณกรรม เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดการหาค้นคว้าปัญหา และวัตถุประสงค์สำหรับการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ใช้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพการวิจัย
2. สืบค้นและรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้
 - 2.1) กำหนดวิธีการสืบค้นวรรณกรรม มี 2 วิธีคือ 1) สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ดำเนินการสืบค้นรายงานวิจัยที่ตีพิมพ์จากฐานข้อมูลนานาชาติ ได้แก่ CINAHL, MEDLINE, Science direct, และ The JBI systematic reviews database ฐานข้อมูลในประเทศ ได้แก่ Thailand journal citation index center และ Thailand library integrated system 2) สืบค้นด้วยมือ จากรายการอ้างอิงทั้งหมดของงานวิจัยที่ทบทวน 2.2) กำหนดคำสำคัญ (key words) เพื่อสืบค้น ทั้งภาษาไทย ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ความแตกฉานด้านสุขภาพ/ความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และภาษาอังกฤษ ได้แก่ health literacy, health prevention behavior,

health promoting behavior, health promotion behavior และ 2.3) กำหนดระยะเวลาในการสืบค้นวิจัย คือ งานวิจัยที่ผ่านมาทั้งหมดจนถึงปัจจุบัน ผลการสืบค้นวรรณกรรม พบว่า มีวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 24 เรื่อง ที่นำเข้าสู่ขั้นตอนการคัดเลือกรายงานวิจัย

3. คัดเลือกรายงานวิจัย โดยผู้ทบทวนอ่านวรรณกรรมและคัดเลือกที่ตรงกับประเด็นที่ต้องการศึกษา ดังนี้

3.1 เกณฑ์การเลือกคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1. งานวิจัยปฐมภูมิที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทางวารสาร รายงานวิจัย และวิทยานิพนธ์/ คุชกรีนินพนธ์ ทั้งที่เป็นภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ 2. รูปแบบงานวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา 3. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มสุขภาพดี และกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ในทุกกลุ่มวัย 4. ตัวแปรที่ศึกษา คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 5. สถานที่ทำวิจัยในประเทศไทย เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของวิถีชีวิตและสภาพสังคมของคนไทย

3.2 เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ งานวิจัยที่นำเสนอเฉพาะระดับความรู้ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว ไม่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ ผลการคัดเลือก พบว่า มีงานวิจัยที่เป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนด 15 เรื่อง ที่นำเข้าสู่ขั้นตอนการทบทวน

4. ประเมินความน่าเชื่อถือของหลักฐานงานวิจัยที่นำมาทบทวน โดยใช้เกณฑ์ของสเตตเลอร์ (Stetler, 1998)

5. วิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปผลการทบทวน จัดหมวดหมู่ประเด็นตามกรอบแนวคิดการปฏิรูปความรู้ด้านสุขภาพ ดัดแปลงจาก Canadian Public Health Association Expert Panel model of Health Literacy (National Reform Steering Assembly, 2016)

6. นำเสนอผลการทบทวน (reporting of finding) ใช้การนำเสนอแบบบรรยายเชิงเนื้อหา ร่วมกับตารางสรุปเพื่อให้เห็นภาพชัดเจนและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้สะดวก

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลพื้นฐานงานวิจัย วรณกรรมทั้ง 15 เรื่อง เป็นงานวิจัยปฐมภูมิที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ในช่วง พ.ศ. 2557-ปัจจุบัน เนื่องจากปี พ.ศ. 2557 สถาปนาเป็นวาระแห่งชาติ ด้านสาธารณสุข ได้กำหนดแผนการปฏิรูปที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ยุทธศาสตร์การปฏิรูปความรู้ด้านต่าง ๆ ของประชาชนเป็นวาระแห่งชาติ (National Agenda) ประกอบด้วย บทความวิจัย 12 เรื่อง บทความจากวิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์จำนวน 2 และ 1 เรื่อง ตามลำดับ ทุกเรื่องตีพิมพ์ในวารสารระดับชาติ และมีรูปแบบเป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง 14 เรื่อง และวิจัยแบบผสมผสาน 1 เรื่อง ซึ่งจัดอยู่ระดับ 4 ตามเกณฑ์ความน่าเชื่อถือของหลักฐานของสเตลเลอร์ (1998)

2. ข้อมูลพื้นฐานประชากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย 19,608 คน ซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่งเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (8 เรื่อง) สุ่มแบบกลุ่ม (2 เรื่อง) แบบอย่างง่าย (1 เรื่อง) เลือกแบบเจาะจง (2 เรื่อง) อีก 2 เรื่อง ไม่พบวิธีที่ได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง โดยมีช่วงกลุ่มวัยที่แตกต่างกันไป คือ วัยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (9.8%) วัยทำงานอายุ 15-60 ปี (52.2%) วัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (24.6%) และไม่ได้ระบุช่วงอายุ (13.4%) เมื่อพิจารณาลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (57.2%) มากกว่าเพศชาย (42.8%) เกือบครึ่งหนึ่งจบชั้นประถมศึกษา (47.7%) ประกอบอาชีพเกษตรกร (22.1%) (ดังตาราง 1)

3. การประเมินความรู้ด้านสุขภาพ งานวิจัยที่ทบทวนทุกเรื่อง (100%) ประเมินโดยใช้เครื่องมือ คือ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) 2. ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) 3. ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) 4. ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) 5. ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) 6. การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) โดยทบทวนวรรณกรรม 15 เรื่อง พบว่า มีงานวิจัย 10 เรื่อง ที่ผู้วิจัยมีการพัฒนาเครื่องมือวิจัยแบบสอบถามขึ้นเอง มีงานวิจัย 5 เรื่องที่ใช้แบบประเมินของกองสุศึกษา

4. ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ (กรณีที่ความรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรตาม) ดังนี้ 1.1) ปัจเจกบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา 1.2) บริบทด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ การเข้าถึงบริการสุขภาพ สิทธิการรักษาพยาบาล และ 1.3) บริบทด้านสังคม การมีผู้ดูแล การเข้าร่วมกิจกรรม (ตาราง 1)

2. ความรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (กรณีที่ความรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรต้น) ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย สุรา และสูบบุหรี่) การป้องกันโรคเอดส์ การป้องกันโรคไข้เลือดออก การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การป้องกันโรคอ้วน และการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ (ตาราง 1)

ตาราง 1 งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ผู้แต่ง (ปี)	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ/ตัวแปร	ผลการวิจัย	ข้อเสนอแนะ
นงลักษณ์ แก้วทอง และคณะ. (2557). วิจัยเชิงพรรณนา แบบตัดขวาง	- กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 200 คน (สุ่มแบบหลายขั้นตอน) - ชาย (48.5%) หญิง (51.5%) อายุเฉลี่ย 48 ปี จวบประมาณ (66.0%) สถานะคู่ (80.5%) อาชีพเกษตรกร (53.0%) BMI ปกติ (44.0%)	1. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2. แบบประเมินทักษะพฤติกรรม การป้องกันโรค 3. แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อ การป้องกันโรค (พัฒนาขึ้นเอง ทั้งหมด)	- ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับกึ่ง (51.5%) ไม่พอเพียง (37.5%) - การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค อยู่ระดับพอใช้ (49.5%) และต้องปรับปรุง (50.5%) โดยมีการเติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซีอิ๊วขาว ผงชูรส (72.5%) - ระดับการศึกษา สถานภาพ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p < .05$) - ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	- หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care unit : PCU) ควรจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคให้เหมาะสม - ควรมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ - ควรศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับสื่อการเรียนรู้ให้ศึกษา หรือสื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ
ภาวิณี มนตรี. (2557). วิจัยเชิงพรรณนา แบบ ตัดขวาง	- กองพลทหารปืนใหญ่ จ.ลพบุรี 351 คน (สุ่มแบบหลายขั้นตอน) - ชาย (100%) อายุ 20-59 ปี (100%) จบ ม.ปลาย (47.0%) รายได้ 5,000-10,000 บ./เดือน (49.6%)	- แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง การป้องกันโรคเอดส์ - แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ (พัฒนาขึ้นเองทั้งหมด)	- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ระดับปานกลาง (48.7%) ระดับน้อย (27.1%) - พฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์อยู่ระดับน้อย (41.3%) - ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ($r = .136$) โดยมีทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง และความรู้เท่าทันสื่อ สัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์	- วางแผนกำหนดนโยบายเชิงรุก จัดทำ โครงการพัฒนาศักยภาพทักษะการสื่อสาร ด้านการป้องกันโรคเอดส์ - กำหนดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการมี ทักษะตัดสินใจและการจัดการตนเองให้มี ความปลอดภัยจากโรคเอดส์
วรรณศิริ นิลเนตร. (2557). วิจัยแบบผสม ผสาน	ชมรมผู้สูงอายุมีบุรี ห้วยเจริญ และ ห้วยขวาง 440 คน (สุ่มแบบหลาย ขั้นตอน) - หญิง (86.1%) อายุ > 60 ปี (100.0%) อายุเฉลี่ย 68.8 ปี จบ ประถมศึกษา (55.2%)	- สัมภาษณ์เชิงลึก - แบบทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ 1. ปัจจัยที่มีผลต่อ ความรอบรู้ 2. ความรอบรู้ด้าน สุขภาพ (พัฒนาขึ้นเองทั้งหมด)	- ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน (99.5%) ระดับ ปฏิสัมพันธ์ (0.5%) - ปัจจัยด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา ผู้ดูแลสิทธิในการรักษา พยาบาล ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และการ เดินทางมาชมรม มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้าน สุขภาพ	- ควรจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้ เหมาะสมตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุ - กิจกรรม ควรคำนึงถึงความสามารถในการ มองเห็น เช่น ผลิตรายการช่วยสนับสนุนการ มองเห็น จัดทำแว่นตา คัดกรองโรคตา

ตาราง 1 (ต่อ)

ผู้แต่ง (ปี)	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ/ตัวแปร	ผลการวิจัย	ข้อเสนอแนะ
อัญชลี จันทรินทรการ, (2557). วิจัยเชิงพรรณนา แบบตัดขวาง	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต.สวนหลวง จ.สมุทรสาคร 240 คน - หญิง (80.4%) จบประถมศึกษา (52.1%) อาชีพแม่บ้าน (36.3%) รายได้ < 5,000 บ./เดือน (41.3%) เป็น อสม. < 5 ปี (52.9%)	- แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ - แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (พัฒนาขึ้นเองทั้งหมด)	- ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันโรคและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง (38.3%) และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค อยู่ระดับดี (39.6%) - ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกที่ระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.782$)	- พัฒนาศักยภาพ อสม. ได้เรียนรู้ตามฐานปฏิบัติการในรูปแบบกระบวนการกลุ่ม - ควรจัดระบบการสื่อสารสุขภาพและการจัดอบรมวิธีการใช้และสืบค้นข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต - ควรจัดกิจกรรมสร้างกระแสหรือสร้างวัฒนธรรมในครัวเรือนตามหลัก 5ป.1ข
อรทัย ใจบุญ และคณะ. (2558). วิจัยเชิงพรรณนา แบบตัดขวาง	นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 174 คน (สุ่มแบบขั้นภูมิ) - หญิง (66.1%) โภชนาการสมส่วน (75.3%) เกรตเฉลี่ย > 3.51 (51.7%)	ความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการแบบ GDA (พัฒนางานขึ้นเอง)	- มีความรู้เรื่องฉลากโภชนาการแบบ GDA ระดับไม่ดี (56.3%) และระดับดี (4.6%) - มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการในระดับต่ำ (54.0%) ระดับดี (9.8%) และทุกด้านของความสามารถอยู่ระดับต่ำ ยกเว้นด้านความสามารถในการอ่าน - ความรู้เรื่องฉลากโภชนาการสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการ ($r = .172$; $p = .023$)	จัดโปรแกรมเพื่อสร้างเสริมความรู้ โดย 1. เน้นเนื้อหา ข้อมูลเกี่ยวกับฉลาก GDA 2. พัฒนาทักษะความสามารถด้านการคิดคำนวณข้อมูลโภชนาการ 3. จัดกิจกรรมเน้นในกลุ่มที่มีผลการเรียนระดับต่ำเป็นพิเศษ
ภมร ทรัพย์ และ ณรงค์วิทย์ ขุนพิจารย์. (2559). วิจัยเชิงพรรณนา แบบตัดขวาง	อายุ 15-60 ปี 380 คน (สุ่มแบบหลายขั้นตอน) - หญิง (60.8%) อายุเฉลี่ย 39.7 ปี อายุ 41-60 ปี (54.7%) จบ ม.ปลาย (51.3%) อาชีพเกษตรกร (71.8%) รายได้ < 5,000 บ./เดือน (40.0%)	- แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส (พัฒนาจากเบญจมาศ สุริยธรรม)	- ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 23.74$, $S.D. = 3.35$) - การเข้าถึงบริการสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.18$, $S.D. = 0.61$) - พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ภาพรวม ระดับมาก ($M = 2.73$, $S.D. = 0.67$) รายงานพบว่า มีอารมณ์แจ่มใส ระดับมากและค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M = 2.91$, $S.D. = 0.95$) - ปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวก ระดับปานกลางกับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ($r = 0.50$, $p < 0.5$) - ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการสุขภาพ	- หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรเพิ่มช่องทางให้บริการสุขภาพที่หลากหลายเพื่อให้ประชาชนวัยทำงานเข้าถึงบริการมากขึ้น จะทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

ตาราง 1 (ต่อ)

ผู้แต่ง (ปี)	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ/ตัวแปร	ผลการวิจัย	ข้อเสนอแนะ
ชินดา เตชะวิจิตรจรัส และคณะ. (2561). วิจัยเชิงพรรณนา แบบตัดขวาง	- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อ.เมือง จ.นครปฐม 342 คน (กลุ่มแบบมีชั้นภูมิ) - หญิง (80.1%) อายุเฉลี่ย 50.09 ปี จบประถมศึกษา (63.7%) อาชีพ ทำนา ทำสวน (37.7%)	- แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพตามหลัก “3อ.2ส.” (กอง สุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข)	- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ระดับปานกลาง (73.4%) - เพศมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ - ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านความรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ - อาชีพ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านการจัดการตนเอง	- ควรตระหนักถึงคุณสมบัติการคัดเลือก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน - การจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีศักยภาพมากขึ้น
พิทยา ไพบลย์ศิริ. (2561). วิจัยเชิง พรรณนา แบบตัดขวาง	- ผู้บริหารระดับจังหวัดภาคี 84 คน (กลุ่มแบบเจาะจง) - ชาย (58.3%) ไม่มีโรคประจำตัว (48.8%)	- แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพตามหลัก “3อ.2ส.” (กอง สุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข)	- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับพอใช้ (73.8%) - พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ระดับพอใช้ (52.3%) - ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสุขภาพ 3อ.2ส. ($r = .482, p < .001$)	- ส่งเสริมงานวิจัยพัฒนาและวิจัยเพื่อการ สร้างนวัตกรรมที่จะส่งเสริมรอบรู้ด้านสุขภาพ - ปรับเน้นการจัดการจัดทำและกลไกการเผยแพร่ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
ศิริวรรณ ขอบธรรม สกุล. (2562). วิจัยเชิง พรรณนา แบบตัดขวาง	- นักศึกษาระดับ ป.ตรี ในเขต กทม. และปริมณฑล 400 คน (กลุ่มแบบ หลายชั้นตอน) - หญิง (59.0%) กรเฉลี่ย 25.1- 3.00 (53.2%) ไม่มีโรคประจำตัว (94.2%) BMI ปกติ (46.2%)	- แบบสอบถามความรอบรู้ด้าน สุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรค อัน (พัฒนาขึ้นเอง)	- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับปานกลาง ($M = 3.5$) รายด้าน พบความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ สุขภาพอยู่ในระดับมาก ส่วนการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเองและทักษะการตัดสินใจ อยู่ระดับปานกลาง - พฤติกรรมการป้องกันโรคอันโดยรวม ระดับปานกลาง คือ การควบคุมอารมณ์ การออกกำลังกาย และด้านอาหาร ($M = 3.40, 3.18$ และ 2.96) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรคอัน ($r = .574$)	- ไม่ได้รับ

ตาราง 1 (ต่อ)

ผู้แต่ง (ปี)	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ/ตัวแปร	ผลการวิจัย	ข้อเสนอแนะ
ภมร ธรรม และ ประกันชัย ไกรรัตน์. (2562). วิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จ.ปทุมธานี 15,100 คน (สุ่มแบบหลายขั้นตอน) - หญิง (58.1%) อายุ 48-59 ปี (30.6%) สถานภาพคู่ (74.4%) จบ ประถม (55.0%)	แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพตามหลัก “3อ.2ส.” (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข)	- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 46.95 ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ (33.1%) - พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ระดับดีมาก (41.8%) - ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ได้แก่ การจัดการตนเอง ($r = 0.476$) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($r = 0.399$) การสื่อสารสุขภาพ ($r = 0.340$) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (0.329) การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($r = 0.205$) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ($r = 0.178$)	- ส่งเสริมพัฒนาความรู้ผ่านวิธีการต่าง ๆ เช่น การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การสื่อสารและณรงค์ด้านสุขภาพ การกำหนดมาตรการทางสังคม การจัดปัจจัยเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
จิรนนท์ ช่วยศรีมุล และคณะ. (2563). วิจัยเชิงพรรณนา แบบตัดขวาง	นักเรียนชั้นประถม 4-6 อังระอวด จ.นครราชสีมา 374 คน (สุ่มแบบหลายขั้นตอน) หญิง (60.6%) อายุเฉลี่ย 11.0 ปี โภชนาการปกติ (72.1%) ไม่มีโรค (87.9%) ผู้ปกครองจบ ม.ปลาย (30.4%) รายได้พอเพียง (70.5%)	แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน สำหรับเด็กวัยเรียน (พัฒนาจากกองสุศึกษา)	- ความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคอ้วนโดยรวม ระดับเพียงพอ (58.0%) - พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ระดับพอใช้ (76.7%) รายด้านพบว่า การบริโภคอาหาร ระดับพอใช้ (67.3%) การออกกำลังกาย อยู่ระดับดีมาก (59.6%) และการจัดการด้านอารมณ์อยู่ระดับควรปรับปรุง (91.7%) - ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วน ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ ($OR = 1.55, 95\%CI: 1.01-2.41$) อายุ (2.80, 1.66 ถึง 4.75) และความรู้ผล การเรียน (3.17, 1.60 - 6.26)	ควรกำหนดนโยบายและจัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ต่อการป้องกันโรคอ้วนในชั่วโมงเรียน เพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย โดยเน้นการมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
สินีนาท วราโกล และคณะ. (2563). วิจัยเชิงทำนาย แบบตัดขวาง	- หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ รพ. ศิริราช 211 คน (สุ่มแบบเจาะจง) - อายุเฉลี่ย 28.01 ปี (94.3%) สถานภาพคู่ (71.6%) ครรภ์คว่ำ ขยาย (32.2%) รายได้ครรภ์เฉลี่ย 32,395 บาท/เดือน	- แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพมารดา (พัฒนาขึ้นเอง)	- คะแนนการสนับสนุนทางสังคม ค่าเฉลี่ย 71.80 ($SD = 9.70$) ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา ค่าเฉลี่ย 63.68 ($SD = 6.05$) ซึ่งอยู่ในระดับสูง - ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพมารดา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .534, p < .0001$) รายได้ครรภ์ ($\beta = .172, p = .005$)	- ควรให้ข้อมูลสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงเสริมทักษะการดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะ - ควรให้มีระบบการให้คำแนะนำรายการกลุ่มเป็นระยะ ๆ เปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูลเพื่อช่วยส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมารดา

ตาราง 1 (ต่อ)

ผู้แต่ง (ปี)	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ/ตัวแปร	ผลการวิจัย	ข้อเสนอแนะ
อรณิศา โสติกานิชกุล และคณะ. (2564). วิจัยเชิงพรรณนา แบบตัดขวาง	นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เขตพื้นที่ การศึกษาที่ 9 788 คน (ไม่ได้รับ การศึกษาคำถาม) (ไม่ได้รับ การสุ่ม) - หญิง (66.9%) อายุเฉลี่ย 16 ปี (56.2%) ปิศา มีอาชีพรับจ้าง (40.0%) มารดาเป็นแม่บ้าน (56.8%)	แบบสอบถามความรอบรู้ด้าน สุขภาพเพื่อป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ ระดับของนักเรียนภาคตะวันออกเฉียง เหนือตอนบน (พัฒนาขึ้นเอง)	- ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บไม่ ระดับพอใช้ (69.4%) - พฤติกรรมการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บไม่ได้รับประทาน อาหารประเภทปลาปรุงสุกในภาพรวม อยู่ระดับพอใช้ 74.1% - ความรอบรู้ด้านสุขภาพความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ ($r = 0.100$)	- จัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคภัยไข้เจ็บในโรงเรียน โดย เน้นทักษะด้านการจัดการข้อมูลแลกเปลี่ยน ความรู้ และทักษะการตัดสินใจ โดยร่วมกับ หน่วยงานสาธารณสุข โรงเรียน อบต. เป็นต้น
นิรช ชูพัฒนา และ คณะ. (2564). วิจัยเชิง พรรณนาแบบตัดขวาง	- นักเรียนมัธยมปลาย สายสามัญ และสายอาชีพ จ.ยะลา 324 คน (สุ่มแบบหลายขั้นตอน) - หญิง (68.2%) ศาสตราพิทุ (70.1%) อายุเฉลี่ย 16.7 ปี รายได้ ครอบครัว 10,001 - 20,000 บ./ เดือน ผู้ปกครองเป็นชาวนา (66.0%)	- แบบสอบถามความรอบรู้ด้าน สุขภาพกับภาวะน้ำหนักเกินและ โรคอ้วน (พัฒนาขึ้นเอง)	- ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะสื่อสารมีความสัมพันธ์กับ ภาชนะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน - รายได้ครอบครัว อาชีพของผู้ปกครอง และระดับชั้นปีที่ ศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะ การสื่อสาร	- วางแผนนโยบายควรมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ ด้านสุขภาพด้านทักษะการสื่อสารเพื่อ ป้องกันโรคอ้วนในนักเรียนวัยรุ่น พร้อมทั้งฝึก อบรมให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถเพิ่ม ทักษะของนักเรียนในการฟัง อ่าน พูด เขียน สื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจและสามารถโน้มน้าวผู้อื่น ให้ยอมรับแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อให้มี พฤติกรรมสุขภาพที่ดี
พิสิษฐ์ ละหมัด และ คณะ. (2564). วิจัย พรรณนาแบบตัดขวาง	นักเรียนชั้น ป.6 รร.เทศบาล เขต เทศบาลนครยะลา 200 คน (สุ่ม อย่างง่าย) - ลักษณะกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับ สุ่มศึกษา)	แบบสอบถามความรอบรู้ด้าน สุขภาพ (ปรับจากแบบวัดความ รอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรค อ้วน สำหรับเด็กวัยเรียน กอง สุขภาพศึกษา)	- พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคอ้วน อยู่ระดับ พอใช้ (36.0%) ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก (38.0%) และอิทธิพล ของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อยู่ระดับปานกลาง (50.5%) - ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และอิทธิพลของความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันโรคอ้วน ในทางเดียวกัน โดยมีความสัมพันธ์ใน ระดับปานกลางและระดับต่ำ ($r = 0.533$ และ $r = 0.449$)	ทางโรงเรียน หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ผู้ปกครองและครูควรส่งเสริมความรู้ด้าน สุขภาพของนักเรียนร่วมกัน โดยครูให้ความรู้ คำแนะนำ ส่วนผู้ปกครองจัดเตรียมอาหารที่ เหมาะสมในการบริโภค

อภิปรายผล

1. ความสัมพันธ์ทางปัจเจกบุคคลต่อความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่

อายุ มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ (Nilnate, 2014; Chuaysrinuan et al., 2020) กลุ่มผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้นทำให้คะแนนความรู้ด้านสุขภาพลดน้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นจะทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ช้าลง มีความจำเสื่อม หรือบกพร่องในการสื่อสาร การรู้ความสามารถ ส่งผลต่อการเรียนรู้และการจดจำ ความรู้ด้านสุขภาพที่ลดลงยังเกี่ยวข้องกับอายุ วุฒิภาวะและความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง ไม่เท่ากับกลุ่มอายุน้อยกว่า (Osborne, 2004) สอดคล้องกับวิจัยต่างประเทศที่พบว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพ และพบว่าชาวอังกฤษที่อายุมากขึ้น มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำเป็น 1.04 เท่า (Liu et al., 2015; Bodur et al., 2017)

เพศ มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ (Nilnate, 2014; Tachavijitjaru et al., 2018; Chuaysrinuan et al., 2020) เพศชายมีความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องจากบรรทัดฐานทางระบบสังคม วัฒนธรรมที่ส่งผลให้เพศชายมีโอกาสได้รับการศึกษาในระดับที่สูงกว่าเพศหญิง (Brice et al., 2008) สอดคล้องกับวิจัยในต่างประเทศ พบว่าปัจจัยอายุมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ (Liu et al., 2015; Ozdemir, 2010; Bodur et al., 2017) และยังมีวิจัยเกี่ยวกับความรู้ทางด้านสุขภาพของชาวบังกลาเทศ ในศูนย์ดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ 2 แห่ง พบว่า เพศชายมีความรู้ด้านสุขภาพระดับพอเพียงมากกว่าเพศหญิงเป็น 4.35 เท่า (Jovic-Vranes et al., 2009)

สถานภาพ มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ (Kaewtong et al., 2014) กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสดมีความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพคู่และหม้าย หย่า ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่หย่าร้าง/หม้าย ต้องอยู่ตามลำพังทำให้เกิดความเหงาและให้ความสนใจกับสภาวะสุขภาพน้อยลง ส่วนผู้ที่สมรสแล้วนั้น อาจทำให้เกิดความเครียดและมีภาระที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้ไม่มีเวลาในการดูแลใส่ใจสุขภาพของ

ตนเอง (Ikeda, Ai. et al., 2007) สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Ginggeaw & Prasertsri, 2015) สอดคล้องกับวิจัยในต่างประเทศที่พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ (Liu et al., 2015; Caylan et al., 2017).

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ (Kaewtong, et al., 2014; Nilnate, 2014; Tachavijitjaru et al., 2018; Chutipattana et al., 2021) ระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ และมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ ความเป็นอยู่ทั่วไปของแต่ละบุคคล ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้ความเข้าใจ และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่า เพราะทำให้บุคคลมีสติปัญญา ทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้ดี สามารถเรียนรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา จึงปฏิบัติกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (Ozdemir et al., 2010) สอดคล้องกับวิจัยในต่างประเทศที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพมีความแตกต่างกัน (Liu et al., 2015; Ozdemir et al., 2010) ระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาที่สูงมากขึ้น (Bodur et al., 2017; Caylan et al., 2017) ตัวแปรด้านระดับการศึกษาเกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมาก ถึง 4.48 เท่า (Jovic-Vranes et al., 2009)

2. ความสัมพันธ์ทางบริบทด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่

ความรู้ มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ (Jaiboon et al., 2015; Chuaysrinuan et al., 2020) ผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ/โรคต่าง ๆ ในระดับดี ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับด้านสุขภาพ/โรคต่าง ๆ ก่อให้เกิดความรู้ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของพฤติกรรมได้มาจากประสบการณ์เดิม การรับรู้ การเข้าใจของแต่ละบุคคล ซึ่งบุคคลที่มีความรู้ดีจะทำให้เจตคติต่อสิ่งนั้นดีตามไปด้วย ส่งผลให้ผู้นั้นแสดงพฤติกรรมไปในทิศทางที่ดี (WHO, 2014) สอดคล้องกับวิจัยต่างประเทศที่พบว่า ผู้มี

ระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ จะมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพในระดับที่ต่ำเช่นกัน (Rothman et al., 2006)

การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Darun & Khunpijan, 2016) การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ทั้งนี้เนื่องจากการเข้าถึงบริการสุขภาพ ช่องทางการรับรู้สื่อเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ เพราะผู้ที่เข้าถึงบริการสุขภาพในหน่วยบริการที่หลากหลาย มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำด้านสุขภาพจากกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพที่มีความสำคัญต่อระบบสุขภาพ เป็นที่พึ่งพิงด้านสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย และมีส่วนสำคัญในบทบาทการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ประชาชนได้รับความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง (Kaeodumkoeng & Tripetchsriurai, 2011) สอดคล้องกับวิจัยในต่างประเทศที่พบว่า บุคคลที่มีการเข้ารับบริการสุขภาพ การใช้ข้อมูลข่าวสารเรื่องการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง การป้องกันโรคระดับน้อย ส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ (Helen & Alex, 2016).

สิทธิในการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ (Nilnate, 2014) ผู้ที่ใช้สิทธิการรักษาของข้าราชการ มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพที่มากกว่าสิทธิอื่น ๆ ทดสอบด้วยสถิติ chi-square พบว่าสิทธิการรักษาของข้าราชการ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ มีอิทธิพลจากการเลือกและวางแผนประกันสุขภาพของบุคคลที่ไม่ครอบคลุม ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วย ขาดความเข้าใจข้อมูลที่ถูกต้อง ไม่ได้รับคำแนะนำหรือคำปรึกษาข้อมูลสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่ทางคลินิก (Levy & Janke, 2016) สิทธิการรักษาพยาบาลการประกันสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการที่ รพ.สต. เนื่องจากไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือร่วมจ่ายน้อย จึงไม่เป็นอุปสรรคในการมารับการรักษาพยาบาล (Tuneong et al., 2016) สิทธิการรักษามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาและการรับประทานยาความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Lakiew &

Chaleekrua, 2015) สอดคล้องกับวิจัยในต่างประเทศที่พบว่า การประกันสุขภาพที่ไม่ครอบคลุม ปัญหาการเข้าถึงการดูแล มีความสัมพันธ์ส่งผลให้ความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ (Levy & Janke, 2016).

3. ความสัมพันธ์ทางบริบทด้านสังคมต่อความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่

การมีผู้ดูแล/การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ (Nilnate, 2014; Waraphok et al., 2020) ผู้สูงอายุที่บุตรคอยดูแล มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้ดูแลตนเอง ทั้งเนื่องจากบ่งบอกความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง การทำกิจกรรมด้านสุขภาพทำให้เกิดทักษะทางสังคม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Nutbeam, 2008) อย่างไรก็ตาม จากการค้นคว้างานวิจัยต่างประเทศยังไม่พบการศึกษาตัวแปรการมีผู้ดูแล/การสนับสนุนทางสังคมกับความรู้ด้านสุขภาพ

การเข้าร่วมกิจกรรม มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ (Nilnate, 2014) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมชมรม 1-4 ครั้ง/เดือน มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 4 ครั้ง/เดือน ทั้งนี้เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ประชาชนสามารถแสวงหาความรู้เพิ่มเติม ทักษะ ความสามารถของตนเองให้สูงขึ้น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่องกับบุคลากรทางสุขภาพและผู้อื่น ก่อให้เกิดพลังภายในกลุ่มจะสามารถต้านทานหรือควบคุมอิทธิพลจากสิ่งเร้า เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในบริบทที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ เป็นภูมิคุ้มกันสุขภาพที่สร้างขึ้นจากความรู้ด้านสุขภาพ และใช้ข้อมูลข่าวสารให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ หากประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ย่อมส่งผลต่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่ดีกว่าการเข้าร่วมกิจกรรมที่น้อย (Kaeodumkoeng & Tripetchsriurai, 2011) อย่างไรก็ตาม จากการค้นคว้างานวิจัยต่างประเทศยังไม่พบการศึกษาตัวแปรการเข้าร่วมกิจกรรมกับความรู้ด้านสุขภาพ

4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริมและการป้องกันโรค ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทุกผลลัพธ์พฤติกรรมสุขภาพการส่งเสริมและป้องกันโรค ในเรื่องของ 3๐2ส การป้องกันโรคไข้เลือดออก โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โรคไข้เลือดออก และโรคพยาธิใบไม้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพ สะท้อนให้เห็นความสามารถการใช้ข้อมูลข่าวสาร สามารถตัดสินใจบนพื้นฐานของทฤษฎีมีส่วนร่วมในกิจกรรม อันนำไปสู่ผลของภาวะสุขภาพดีขึ้น สามารถเลือกใช้บริการสาธารณสุข มีแบบแผนชีวิตที่ดี พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่สำคัญๆ เพื่อใช้ในการปฏิบัติตัว ทำให้ผลลัพธ์สุขภาพดี เช่น ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการ และค่าใช้จ่าย (Kaeodumkoeng et al., 2011) ได้แก่ หลัก 3๐2ส (Darun et al., 2016 & 2019; Paibulsir, 2018; Lamid et al., 2021) โรคเอดส์ (Montri, 2014) โรคไข้เลือดออก (Chantarintrakorn, 2014) โรคความดันโลหิตสูง (Kaewtong et al., 2014) โรคอ้วน (Chobthamasakul, 2019; Chutipattana et al., 2021) โรคพยาธิใบไม้ (Chotikawanitchakul et al., 2021) สอดคล้องกับวิจัยในต่างประเทศที่พบว่า ผู้ที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูง มีความสัมพันธ์มีพฤติกรรมการกินที่ดีต่อสุขภาพ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สามารถจัดการกับความเครียด แก้ไขปัญหาได้ด้วยตัวเอง แสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ อีกทั้งพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ลดลง และมีแนวโน้มที่จะได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำสม่ำเสมอ และเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่เพียงพอจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย (Liu, YB. et al., 2015) กลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องโรคเอดส์ระดับที่เพียงพอ มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย เป็น 2.75 เท่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ชาวแคนาดา 1,563 คน พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (Cunningham et al., 2014)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการทบทวนไปใช้

บุคลากรทางด้านสุขภาพควรมีบทบาทในการจัดการส่งเสริมและพัฒนายกระดับความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ประชาชน กลุ่มที่ยัง

ไม่เป็นโรคและกลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย มาใช้ในระบบบริการสุขภาพและสุขภาพภาคประชาชน เพื่อให้พึ่งตนเองได้และเป็นองค์กรแห่งความรู้ด้านสุขภาพ และสนับสนุนการพัฒนาชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรค จัดการสุขภาพอย่างครบวงจร อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งเพื่อพัฒนาชุมชน

คณาจารย์ทางด้านสุขภาพในสถาบันการศึกษาสามารถนำผลการทบทวนวรรณกรรมเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ ประกอบการเรียนการสอน สร้างความตระหนักให้คนเห็นถึงความสำคัญของกิจกรรมเพื่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทุกวัย ปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมและป้องกันโรค

ควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรอาชีพต่าง ๆ อาทิเช่น การวิจัยเรื่องความรู้ด้านสุขภาพเฉพาะกลุ่มอาชีพ โดยเฉพาะอาชีพที่มีความเสี่ยงให้เกิดโรคจากการประกอบอาชีพ (Occupational Disease) กับพฤติกรรมการส่งเสริมและป้องกันโรคจากการทำงาน ซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มสถิติที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อีกทั้งหาแนวทางพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ จัดทำโครงการที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุในบริบทของสังคมไทย และสถานประกอบการ

References

- Bodur, A. S., Filiz, E. & Kalkan, I. (2017). Factors effecting health literacy in adults: A community based study in Konya, Turkey. *International journal of caring sciences*. 10(1), 100-109.
- Brice JH, Travers D, Cowden CS, Young MD, Sanhueza A, Dunston Y. (2008). Health literacy among Spanish-speaking patients in the emergency department. *Journal National Medicine Association*. 100(11), 1326-1332.

- Caylan, A. Yayla, K., Oztora, S. & Dagdeviren, H. N. (2017). Assessing health literacy, the factors affecting it and their relation to some health behaviors among adults. *Biomedical Research*. 28(15), 6803-6807.
- Chantarintrakorn, A. (2014). *Relationship between health Literacy and Dengue Hemorrhagic Fever prevention and control behaviors of public health volunteers in Suanluang subdistrict municipality, Krathum Baen district, Samut Sakorn province*. Master of science (Health education), Major field: Health education, Department of physical education, Kasesart University. [In Thai]
- Chobthamasakul, S. (2019). Relationship between health literacy and obesity prevention behavior of undergraduate students in Bangkok Metropolitan region. *Journal of Interdisciplinary research: graduate Studies*, 8(1), 116-123. [In Thai]
- Chotikawanitchakul, O., Pensuk, P., Nachairittiwong, S. & Unarat, B. (2021). Health Literacy and liver fluke prevention behaviors among secondary students in the secondary education service area office region 9. *Department of health Service Support Journal*, 17(1), 35-44. [In Thai]
- Chuaysrinuan, J., Chaimay, B. & Woradet, S. (2020). Factors associated with health literacy towards obesity prevention among primary school students in Cha-Uat district, Nakhon Si Thammarat province. *Journal of community public health*, 6(1), 23-35. [In Thai]
- Cunningham, CT., Sykes, LL., Metcalfe, A., Cheng, A., Riaz, M., Lin, K., Schorr, E., Campbell, NR. C. & Quan, H. (2014). Ethnicity and health literacy: a survey on hypertension knowledge among Canadian ethnic populations. *Ethnicity & disease*. 24(3), 276-282.
- Chutipattana, N., Sripitak, T. & Thongsamsi, I. (2021). Relationship between health literacy and overweight and obesity among adolescent students in Yala province. *Thai pharmaceutical and health science journal*, 15(2), 98-105. [In Thai]
- Darun, P. & Khunpijan, N. (2016). Factors affecting health literacy and health behavior outcomes of working-age population in Porncharoen district, Bueng Kan province. *The office of disease prevention and control 9th journal*. 22(1), 14 -24. [In Thai]
- Darun, P. & Krirat, P. (2019). Health literacy factors influencing on Health behavior of population in Bueng Kan province. *Department of health Service Support Journal*, 15(3), 71-82. [In Thai]
- Ikeda, Ai., Iso, H., Toyoshima, H., Fujino Y., Mizoue, T., Yoshimura, T., Inaba, Y. & Tamakoshi, A. (2007). Marital status and mortality among Japanese men and women: the Japan collaborative cohort study. *BMC public health*; 7:73.
- Institute for Population & Social Research. (2017). *Thai health 2017: empowering vulnerable groups to create a society that is not abandoned*. Nakhon Pathom: Amarin printing & publishing. [In Thai]
- Jaiboon, O., Vatanasomboon, P., Termsirikulchai, L., & Satheannoppakao, W. (2015). Knowledge and GDA nutrition-label health literacy of secondary school students. *The 17th national health education conference on the role of people and behavior change*. 14-16 May 2015. 39-51. [In Thai]

- Jovic-Vranes, A., Bjegovic-Mikanovic, V. & Marinkovic, J. (2009). Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. *Journal of public health, 31*(4), 490-495.
- Kaeodumkoeng, K. & Tripetchsriurai, N. (2011). *Health literacy*. Health education division ministry of public health. [In Thai]
- Kaewtong, N., Termsirikulchai, L., Leelaphun, P., Kengganpanich, T. & Kaeodumkoeng, K. (2014). Health literacy of group at risk of hypertension at Ban Nonghoi sub-district health promoting hospital, Sa Kaeo province. *Journal of Boromarajonani college of nursing, Bangkok, 30*(1), 45-56. [In Thai]
- Lakiew, A. & Chaleekrua, T. (2015). Health literacy and factors related to medication among patients with hypertension Ban Piang Luang Subdistrict health promoting hospital, Chiang Mai province. The 6th NEU National and International Conference 2019. *Journal of science and technology, 1*(6). 635-649. [In Thai]
- Lamid, P., Pongkaset, A. & Chainapong, K. (2021). Health literacy and influence of interpersonal relations towards food consumption behavior to prevent obesity among grade 6 students in municipality school, Yala municipality. *Academic journal of community public health, 7*(1), 35-46. [In Thai]
- Levy, H. & Janke, A. (2016). Health literacy and access to care. *Journal health communication. 21*: 43-50.
- Liu, YB., Liu, L., Li, YF. & Chen, YL. (2015). Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *International journal of environmental research and public health, 12*, 9714-9725.
- Montri, P. (2014). *The relationship between health literacy on AIDs prevention and AIDs prevention behavior of army officers under artillery division fort Piboonsonkram, Lop Buri province*. Master of science (health education), Major filed: Health education, Department of physical education, Kasetsart University. [In Thai]
- Machi S., et al. (2015). Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Journal of Patient Education and Counseling; 98*: 660-68.
- National Reform Steering Assembly. (2016). *Report of the national reform steering commission public health and environment national reform steering assembly on "health literacy reform and health communication reform"*. Retrieved July 3, 2020, from http://library2.parliament.go.th/giventake/content_nrsa2558/d111459-03.pdf. [In Thai]
- Nilnate, W. (2014). *Health literacy in thai elders in senior citizen's club of Bangkok*. Doctor of philosophy, Department of preventive and social medicine, Faculty of medicine, Chulalongkorn University. [In Thai]
- Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67*(12), 2072-2078.
- Osborne, H. (2004). *In other words Why health literacy matter?* Retrieved August 15, 2017. from [http://www. Health literacy.com/article.asp?PageID=3791](http://www.Health literacy.com/article.asp?PageID=3791)

- Ozdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y. & Bilgel, N. (2010). Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health education research*, 25: 464-477.
- Paibulsir, P. (2018). Health literacy and health behaviors 3E 2S of public sector executives, Phra Nakhon Si Ayutthaya province. *Journal of preventive medicine association of thailand*, 8(1), 97-107. [In Thai]
- Rothman RL, Housam R, Weiss H, Davis D, Gregory R, Gebretsadik T, Shintani A & Elasy TA. (2006). Patient understanding of food labels: the role of literacy and numeracy. *American journal of preventive medicine*, 31(5), 391-398.
- Stetler, C. B. (1998). Utilization focused integrative reviews in nursing service. *Apply Nursing Research*, 11(4). 195-206.
- Tachavijitjaru, C., Srisupornkornkul, A. & Changtej, S. (2018). Selected factors related with the health literacy of village health volunteer. *Journal of the royal thai army nurses*, 19(1), 320-332. [In Thai]
- Waraphok, S., Ratinthorn, A. & Limruangrong, P. (2020). Factors influencing maternal health literacy in pregnant women. *Journal of Thailand nursing and midwifery council*, 35(1), 86-98. [In Thai]
- World Health Organization. (2014). *The health literacy toolkit*. Retrieved July 29, 2020. from http://www.searo.who.int/entity/health_promotion/documents/hl_toolkit/en
- Yong-Bing Liu, Liu Liu, Yan-Fei Li & Yan-Li Chen. (2015). Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 9714-25.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนในการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเชิญนักวิจัยทางการแพทย์และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ ส่งบทความทางวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์ เผยแพร่ในวารสาร บทความที่จะส่งลงตีพิมพ์ต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ หรือไม่เคยตีพิมพ์ด้วยภาษาอื่น ๆ ในวารสารอื่นมาก่อน ต้นฉบับบทความทุกเรื่องจะได้รับการประเมินก่อนการตีพิมพ์ (Peer review) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ อย่างน้อย 2 ท่าน และต้องผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากบรรณาธิการวารสารก่อนที่จะลงตีพิมพ์

ประเภทของบทความ

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รับบทความทางวิชาการที่เขียนเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเป็นบทความวิจัยทางการแพทย์หรือศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ การบริการทางสุขภาพ ความรู้ในศาสตร์ทางการแพทย์ และสาขาอื่นที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและวิชาชีพการพยาบาล

การเตรียมต้นฉบับ

1. จัดพิมพ์ต้นฉบับด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word ด้วยอักษร TH SarabunPSK หรือ Angsana New ขนาด 16 point บนกระดาษขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวเว้นระยะบรรทัด 1 บรรทัด (single space) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษทั้ง 4 ด้าน ด้านละ 1 นิ้ว พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น และจำนวนเนื้อหาไม่เกิน 12 หน้า (รวม References)

2. หน้าแรก (ให้เป็นเลขหน้า 0 โดยไม่นับรวมกับเนื้อหา) ให้พิมพ์ชื่อเรื่องภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ ขนาด 20 point และเพิ่มชื่อผู้เขียน คุณวุฒิ ตำแหน่ง และสถานที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และระบุผู้เขียนหลัก (Corresponding author) โดยใส่เครื่องหมาย * ไว้ท้ายชื่อ และระบุ e-mail address ไว้ด้วย

3. หน้าถัดมาให้เป็นเลขหน้า 1 ให้พิมพ์ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้ตรงกลางของหน้าแรก ด้วยอักษรขนาด 22 Point และต่อด้วยบทคัดย่อ และ Abstract (ไม่เกิน 250 คำ) และคำสำคัญ (Key words) ไม่เกิน 5 คำทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

4. ส่วนประกอบในบทคัดย่อ ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการศึกษา (ไม่ต้องมีส่วนนำ) รูปแบบและวิธีการวิจัย (กลุ่มตัวอย่าง สถานที่และช่วงเวลาเก็บข้อมูล เครื่องมือวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย สรุป และข้อเสนอแนะ

5. บทความวิจัย เรียงลำดับหัวข้อ ดังนี้

- ความสำคัญของปัญหา
- วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- กรอบแนวคิดในการวิจัย
- วิธีดำเนินการวิจัย (ประกอบด้วย รูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล)
- ผลการวิจัย
- การอภิปรายผล
- ข้อจำกัดในการวิจัย
- สรุปและข้อเสนอแนะ
- กิตติกรรมประกาศ (หากมี)
- References

6. การใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็นและไม่ใช้คำย่อ นอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อเรื่องภาษาไทย ให้ใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยอักษรตัวพิมพ์ใหญ่

7. กรณีบทความภาษาอังกฤษ ใช้แบบ American English

8. การอ้างอิงทั้งในเนื้อหา และ References เขียนด้วยภาษาอังกฤษ โดยใช้ APA 6th edition style ไม่เกิน 20 ชื่อ และเอกสารที่ใช้อ้างอิงไม่เกิน 10 ปี ยกเว้นตำราหรือเอกสารทฤษฎีบางประเภท หากเอกสารอ้างอิงนั้นเขียนเนื้อหาเป็นภาษาไทย ให้ปรับเป็นภาษาอังกฤษ แล้วต่อท้ายด้วยคำว่า [in Thai]

9. กรณีที่ต้นฉบับเป็นวิทยานิพนธ์หรือดุษฎีนิพนธ์ จะต้องได้รับการรับรองจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ร่วมเขียนทุกคนตามแบบฟอร์มของวารสาร

การส่งบทความ

1. การส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ ต้องเสียค่าธรรมเนียม ตามระเบียบประกาศของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยส่งจ่ายณณัติ ในนาม “เหรียญกษาปณ์วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131”

2. Submission บทความในระบบ online ทาง : <https://www.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/author/submit/1> โดยจัดทำเป็น 1 zip.file เพื่อ upload

ประกอบด้วย 3 ไฟล์ คือ

- 1) หน้า ‘0’ ที่มีแต่ชื่อเรื่องและชื่อผู้เขียน,
- 2) หน้า ‘1-12’ ที่มีชื่อเรื่อง บทคัดย่อ abstract เนื้อหา และ References, และ
- 3) หนังสือรับรองที่ผู้เขียนลงนามและกรอกข้อมูลครบถ้วน

(download แบบฟอร์มได้ที่ goo.gl/cisWZA และ goo.gl/rArbPV)

3. ส่งต้นฉบับบทความทั้งหมดทาง E-mail : jnurse@nurse.buu.ac.th

หมายเหตุ

1. หากบทความของท่านไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ ฝ่ายวารสารขอสงวนสิทธิ์ในการคืนค่าใช้จ่ายดังกล่าว

2. การเขียนอ้างอิง ใช้แบบ APA 6th edition ซึ่งสามารถ download และศึกษาตัวอย่างได้จาก URL: <http://www.edu.buu.ac.th/webnew/jform/journal-ref.pdf>

Author Guideline

The Journal of Faculty of Nursing Burapha University

The Journal of Faculty of Nursing Burapha University is a peer reviewed journal published 4 issues per year. Researchers in nursing and health related sciences are invited to submit manuscripts to be published in this journal. These manuscripts should not have been published previously in other journals or in other languages. The original manuscript will be reviewed by at least two reviewers and will be finally approved by the Journal editor.

Types of Manuscripts

The Journal of the Faculty of Nursing Burapha University will accept manuscripts of research articles written in English with contents relating to nursing research or health sciences, health services, knowledge in nursing and other sciences which are beneficial to health and the nursing profession.

Preparation of Manuscripts

1. Typing manuscript using Microsoft Word with Times New Roman with the font size of 12 points on A4 size paper, one page printing, single space, margin size should be spaced at 1 inch from each side on 4 edges, page number typed on every page with a maximum of 12 pages (including references)

2. The first page (it should be page “0” and not included the content). In this page should contain the title of manuscript typed with the font size of 12 points, the authors, their qualifications, positions, and work address. Identify the

corresponding author by typing * after the name and provide e-mail address

3. The next page should start with page number “1” and the title should be in the middle of this page with the font size of 18 points and then the abstract (which should be a maximum of 250 words) and key words (up to a maximum of 5 words). Abstract and key words must be duplicated and provided in both English and Thai language.

4. A structured abstract should be included as part of the manuscript. The abstract should contain purpose of the study without detailed background, design and methods, including type of study, sample, setting and duration of data collection, measurement, and types of data analysis, results, conclusions and implication.

5. The contents should be ordered as follows:

- Significance of the Problem
- Purpose the Study
- Conceptual Framework
- Methods (including the design, population and sample, research instruments, ethical consideration, data collection procedure, and data analysis)
- Results
- Discussion
- Conclusions and Implication for Nursing
- Acknowledgments (if applicable)
- References

6. Use American English for manuscripts.

7. Writing references in text and in the references' part should be based on the APA 6th edition style with the maximum of 20 citations and these citations should be up to date and should not be older than 10 years except where these citations are from textbooks or classic articles. If the reference was originally written in Thai please amend to be in English, and then put the term 'in Thai' at the end of each citation.

8. If the original manuscript is a thesis or dissertation, it must be endorsed by an advisor and all co-authors according to the journal's form.

Submission of Manuscript

1. Fees are charged according to the regulation and announcement of the Faculty of Nursing, Burapha University. Money orders should be submitted to "Treasurer of Journal of Faculty of Nursing Burapha University, Faculty of Nursing Burapha University, Saensuk, Chon Buri 20131

2. Submission on line via : <https://www.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/author/submit/1>

by upload zip.file including at least 3 files;

1) page '0' which contains title and author's name and information;

2) page '1-12' which consists of abstract (Thai and English), contents and references;

3) the cover letter, which all required information and endorsement are completed.

(the cover letter form is available at goo.gl/jfZcpc and goo.gl/wC4p3n)

3. The original manuscript should be submitted to E-mail: jnurse@nurse.buu.ac.th

Note:

1. If your manuscript is not accepted for publication, the journal reserves the right to refund such fee.

2. Write references in accordance with the APA 6th edition style. This style can be previewed and downloaded from: URL: <http://www.edu.buu.ac.th/webnew/jform/journal-ref.pdf>

ศูนย์วิจัยและปฏิบัติการ เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาเด็กเล็กคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ศูนย์วิจัยและปฏิบัติการเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาเด็กเล็กคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวนับเป็นสิ่งสำคัญในภาวะสังคมปัจจุบัน ซึ่งต้องเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก ต้องวางรากฐานในการพัฒนาเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม บุคลิกภาพ และสติปัญญา ดังนั้นการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็กจึงต้องใช้ผู้อบรมเลี้ยงดูที่มีความรู้ความสามารถเข้าใจเด็กทั้งด้านชีวิตจิตสังคม และวิธีเสริมพัฒนาการเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้มองเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้จัดตั้งโครงการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2540



การรับสมัคร

1. รับเด็กอายุระหว่าง 1½ เดือน ถึง 4 ปี
2. รับเลี้ยงเด็กปกติ คือ เด็กที่ไม่มีความพิการหรือบกพร่องทางด้านร่างกายและจิตใจที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ
3. รับสมัครตามลำดับก่อน - หลังจนครบตามจำนวนที่ทางศูนย์ฯ กำหนดไว้

สนใจสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ :

ศูนย์วิจัยและปฏิบัติการเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาเด็กเล็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
เลขที่ 169 ถนนลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131 โทรศัพท์ 038-102222 ต่อ 2859
โทรสาร 038-393476 และ <http://nurse.buu.ac.th/2017/service-childcenter.php>

สมัครสมาชิก วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

☐ สมาชิกใหม่ ☐ ต่ออายุสมาชิก ☐ ส่งบทความลงวารสาร

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ชื่อสกุล.....

ชื่อหน่วยงาน.....

อีเมลล์.....เบอร์โทร.....

สถานที่จัดส่งวารสาร

ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

อัตราค่าสมาชิกวารสาร

บุคคลทั่วไป/หน่วยงาน

☐ 1 ปี 4 ฉบับ จำนวนเงิน 500 บาท ☐ 3 ปี 12 ฉบับ จำนวนเงิน 1,300 บาท

นิสิตนักศึกษา

☐ 1 ปี 4 ฉบับ จำนวนเงิน 450 บาท ☐ 3 ปี 12 ฉบับ จำนวนเงิน 1,250 บาท

เริ่มรับ ปีที่.....ฉบับที่.....พ.ศ.....สิ้นสุด ปีที่.....ฉบับที่.....พ.ศ.....

อัตราค่าธรรมเนียมการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

☐ บทความละ 2,000 บาท

ชำระเงิน ได้ 2 ช่องทาง

1. ชำระด้วยเงินสด
2. โอนเงินเข้าบัญชี

(386-1-00442-9 ธนาคารกรุงไทย สาขาแหลมทองบางแสน ชื่อบัญชี มหาวิทยาลัยบูรพา)
แจ้งส่งหลักฐานการโอนเงินได้ที่

1. ฝ่ายวารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131
2. Scan ส่ง e-mail : jnurse@nurse.buu.ac.th

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร



