



BUU NURSE
BURAPHA UNIVERSITY
WISDOM OF THE EAST
คณะพยาบาลศาสตร์

Vol.32 No.3

ISSN 2774 - 1214 (Online)

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

July - September 2024

THE JOURNAL OF FACULTY OF NURSING BURAPHA UNIVERSITY



งานวารสารคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา



วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บรรณาธิการผู้ช่วย

รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิดาคุณธิ์ พูลศิริ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปันตา

ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต

ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง

รองศาสตราจารย์ ดร.วารุณี พองแก้ว

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์

รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์

รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์

รองศาสตราจารย์ ดร.พูลพงศ์ สุขสว่าง

รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ

รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงฤดี ลาสุขะ

รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม สร้อยวงศ์

รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณพิไล ศรีอาภรณ์

รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา

รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ ประสภกิจดิคุณ

รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช บุญยัง

รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวล

รองศาสตราจารย์ ดร.ซัจจนต์ แพรวขาว

Professor Dr. Edwin Rosenberg

Professor Dr. Ratchneewan Ross

มหาวิทยาลัยบูรพา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยบูรพา

นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ

นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Appalachian State University, USA

The University of Louisville, USA

ผู้จัดการวารสาร/การส่งเรื่องตีพิมพ์/ การบอกรับเป็นสมาชิก

นายเอกรินทร์ สามา

e-mail : journal@nurse.buu.ac.th

โทรศัพท์ 038-102822

กำหนดการออก ราย 3 เดือน (ปีละ 4 ฉบับ)

ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม

ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน

ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน

ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม

อัตราค่าตีพิมพ์บทความ

ค่าตีพิมพ์ภาษาไทย 2,000 บาท

ค่าตีพิมพ์ภาษาอังกฤษ 3,000 บาท

พิมพ์ที่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

169 ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข

อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (20131)

โทรศัพท์ 038-102822

โทรสาร 038-393476

สำนักงาน

งานวารสารคณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยบูรพา

169 ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข

อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (20131)

โทรศัพท์ 038-102822

โทรสาร 038-393476

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เป็นวารสารเพื่อเผยแพร่ความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการ สาขาการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่นๆ รวมทั้งเผยแพร่ผลงานวิจัย อันเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล และการประชาสัมพันธ์วิชาชีพพยาบาล โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น จำนวน 3 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เขียนจะไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-Blind Review)

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ หรือ บทความวิจัย ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
2. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ

สารจากกองบรรณาธิการ

กองบรรณาธิการวารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเชิญนักวิจัยทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ ส่งบทความทางวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร บทความที่จะส่งลงตีพิมพ์ต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ หรือไม่เคยตีพิมพ์ด้วยภาษาอื่นๆ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน ตันฉบับบทความทุกเรื่องจะได้รับการประเมินก่อนการตีพิมพ์ (Peer review) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และต้องผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากกองบรรณาธิการวารสารก่อนที่จะลงตีพิมพ์

วิสัยทัศน์

“สถาบันแห่งการพลิกโฉมทางการศึกษาและวิจัยทางการพยาบาล เพื่อรับมือสภาวะสุขภาพที่ท้าทายอย่างยั่งยืนและเป็นสากล”

VISION

“Transforming Nursing Education and Research, Responding to Healthcare Challenges Internationally and Sustainably”

ค่านิยมองค์กร (Core Value)

- N = Novelty : สร้างสรรค์
U = Unity : เป็นหนึ่งเดียว
R = Respect : ยอมรับกัน
S = Smart : รอบรู้
E = Excellence : สู่วิทยายุคใหม่



วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

THE JOURNAL OF FACULTY OF NURSING BURAPHA UNIVERSITY

ปีที่ 32 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2567 Vol. 32 No. 3 July - September 2024

สารบัญ

		หน้า
• ความยืดหยุ่นในชีวิต เป้าหมายในชีวิต และการปรับตัวเพื่อข้ามผ่านอุปสรรคของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกของประเทศไทย: การวิจัยเชิงคุณภาพ	ตระกูลวงศ์ ภาฯ และคณะ	1-14
• การพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก	รุ่งอรุณ ทศชา ทศพร ทองย้อย	15-27
• ความต้องการของนิสิตพยาบาลในหลักสูตรการจัดการศึกษาที่แตกต่างจากมาตรฐานการอุดมศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์	ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา นฤมิตร รอดโสภา	28-42
• ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม	วนิดา อินทราชา พัชรนันท์ วิวรากานนท์ พัชรพล คำงาม ตยารัตน์ พุทธิมณี	43-56
• ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาครรภ์แรกที่ไม่ได้ดัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า	สุภาพรณ วรผล สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี	57-69
• ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชาชนจังหวัดนครศรีธรรมราช	บุญประจักษ์ จันทรวิน สิงห์ กาญจนอารี วัลลภา ดิษสระ จิภาภรณ์ ยกอื่น	70-85
• ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยาต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กและความเข้มข้นของเลือดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางของโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่	อมรเลิศ พันธุ์วัตร กัญญาพัชญ์ จาอ้าย เจนนารา วงศ์ปาลี ชัชฎาภรณ์ นันทขว้าง ศิริรัตน์ วรธกจตุรพร	86-100
• ผลการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชันต่อความสุขในการเรียนและความพึงพอใจต่อกิจกรรมการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง	ชลธิชา ชลสวัสดิ์ พิมพ์วิ จันทรเพ็ญ	101-111

ความยืดหยุ่นในชีวิต เป้าหมายในชีวิต และการปรับตัว เพื่อข้ามผ่านอุปสรรคของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก ของประเทศไทย: การวิจัยเชิงคุณภาพ

ตระกูลวงศ์ ฤๅชา, Ph.D.¹ วณิดา ขวัญสำราญ, กศ.ม.^{2*} จินห์จุฑา ชัยเสนา ตาลาส, Ph.D.³
ไพบูลย์ โสภณสุภาพ, ปร.ด.⁴ ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D.⁵ วรัชรา ตาบุตรวงศ์, Ph.D.¹ พวงทอง อินใจ, ปร.ด.⁶
ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, ค.ด.⁷

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความหมายของความยืดหยุ่นทางจิตใจ เป้าหมายในชีวิต และการปรับตัวเพื่อข้ามผ่านอุปสรรคตามมุมมองนักศึกษาที่ใช้สารเสพติดในมหาวิทยาลัย ผู้ให้ข้อมูลคือนักศึกษาที่มีอายุในช่วง 20-23 ปี ที่ใช้สารเสพติดจากสถาบันอุดมศึกษาในภาคตะวันออก ประเทศไทย จำนวน 11 คน ซึ่งได้มาด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญทางการวิจัยเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาระเนื้อหา ประกอบด้วยการจัดระเบียบข้อมูล การกำหนดรหัส และการจัดกลุ่มประเด็น

ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาให้ความหมายความยืดหยุ่นทางจิตใจตามการรับรู้ว่าเป็นการปล่อยวางด้านความรู้สึก ไม่จมหรือยึดติดกับปัญหาหรือความคิดบางอย่าง มีวิธีการปรับตัวต่อปัญหาของตนเองและแรงกระทบ โดยมองว่าความยืดหยุ่นทางจิตใจมีความสำคัญสำหรับการเรียนในระดับอุดมศึกษานอกจากนี้ยังมองว่าเป้าหมายในชีวิตหมายถึงการมีชีวิตที่สร้างสรรค์และมีคุณค่า การได้อยู่กับครอบครัวทำให้เขามีความสุข สามารถเอาตัวเองให้รอดจากโลกที่รอบเต็มไปด้วยสิ่งที่ไม่ดี ด้วยการพัฒนาทักษะให้ชำนาญแล้วตั้งเป้าหมายจากตรงนั้น ในส่วนของมุมมองการปรับตัวเพื่อข้ามผ่านอุปสรรคและปัญหา จากความคิดเห็นของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยที่ใช้สารเสพติด ได้ให้แนวทางการปรับตัว 3 แนวทาง คือ ทางออกของความเครียดคือการใช้สารเสพติด ยอมรับความเจ็บปวดในเชิงบวก เปิดใจรับสิ่งใหม่และรับฟังผู้อื่น และการปลดปล่อย ไม่จมดิ่งไปกับความคิดยึดติด

พยาบาลสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันการใช้สารเสพติดที่เน้นการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ การตั้งเป้าหมายในชีวิต และการปรับตัวเพื่อข้ามผ่านอุปสรรคและปัญหาในบริบทของนักศึกษามหาวิทยาลัย นอกจากนี้ยังสามารถบูรณาการผลการวิจัยในการออกแบบกิจกรรมทางการพยาบาลและและกิจกรรมพัฒนานักศึกษา เพื่อส่งเสริมทักษะการจัดการความเครียด การปรับตัว และการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดและป้องกันปัญหาการใช้สารเสพติดในนักศึกษามหาวิทยาลัย

คำสำคัญ: ความยืดหยุ่นในชีวิต เป้าหมายในชีวิต นักศึกษามหาวิทยาลัย การปรับตัว การวิเคราะห์แก่นสาระเนื้อหา

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ วิทยาเขตอโศก

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะดนตรีและการแสดง มหาวิทยาลัยบูรพา

⁵ นักวิจัยอิสระ

⁶ พยาบาลชำนาญการพิเศษ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

⁷ ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: wanita@bua.ac.th

Psychological Flexibility, Purpose of Life, and Coping with Problem among University Students in Eastern Thailand: A Qualitative Study

Trakulwong Luecha, Ph.D.¹, Wanita Kwansumran, M.Ed.^{2*}, Jinjuta Chaisena Dallas, Ph.D.³,
Paiboon Sophonsuwapap, Ph.D.⁴, Duangjai Vatanasin, Ph.D.⁵, Watchara Tabootwong, Ph.D.¹,
Puangtong Inchai, Ph.D.⁶, Darawan Thapinta, Ph.D.⁷

Abstract

This descriptive qualitative study explored university students' perceptions of psychological flexibility, life purpose, and coping mechanisms, particularly among students who use substances. Eleven participants, aged 20-23, from higher education institutions in Eastern Thailand, were selected via purposive sampling. Data were gathered through in-depth interviews, each lasting 45-60 minutes, conducted between February and March 2024. The interview guide, developed by the researcher, was validated by experts for content accuracy. Data were analyzed using thematic content analysis, coding, and identifying key themes.

The findings revealed that students defined psychological flexibility as the ability to release negative thoughts and adapt to challenges, which they viewed as essential for success in higher education. Their sense of life purpose revolved around fostering creativity, building meaningful lives, strengthening family bonds, and contributing to collective well-being. Personal growth, resilience, skill development, and goal-setting were highlighted as integral to overcoming adversity. In terms of coping strategies, students identified three main approaches: using substances to manage stress, enduring suffering to promote personal growth, and practicing detachment from distressing thoughts.

These insights can inform the creation of substance use prevention programs for university students, emphasizing strengthening psychological flexibility, life purpose, and problem-solving skills. Nurses and educators may incorporate these findings into interventions to promote effective stress management and reduce substance abuse in academic environments.

Key words: Psychological Flexibility, purpose of Life, university students, coping with problem, thematic qualitative analysis

¹ Lecturer Faculty, of Nursing Burapha University

² Assistant professor, Faculty of Nursing Burapha University

³ Associate professor, Faculty of Nursing Panyapiwat Institute of Management EEC Campus

⁴ Assistant professor, Faculty of Music and Performing Arts Burapha University

⁵ Independent Scholar

⁶ Nurse, Senior Professional Level, Faculty of Medicine Burapha University

⁷ Professor Faculty of Nursing Burapha University

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

ความสำคัญของปัญหา

การใช้ชีวิตในรั้วมหาวิทยาลัยเป็นช่วงเวลาที่สำคัญในการพัฒนาตนเองของวัยรุ่น เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านของชีวิต ที่วัยรุ่นจะได้เรียนรู้เนื้อหาทางวิชาการและเรียนรู้ทักษะทางด้านอื่น ๆ รวมถึงด้านสังคม วัยรุ่นหลายคนใช้ช่วงเวลานี้ ในการค้นหาตัวเอง ค้นหาเป้าหมายในชีวิต (Ball, Banerjee, Holliman, & Tyndall, 2024) หลายคนสามารถปรับตัว และเรียนรู้ได้จนสามารถจนสำเร็จการศึกษา แต่หลายคนก็ประสบกับช่วงวิกฤติในชีวิต ทั้งในการเข้าสังคม กิจกรรมการ รับน้อง การเข้ากลุ่มเพื่อน การเข้ากลุ่มชมรมต่าง ๆ ผลการเรียน และสภาพจิตใจ จนต้องหันไปใช้สารเสพติด (Gasa, Mkhize, Shumba, Cinini, & Gopal, 2022) การใช้สารเสพติดจะส่งผลกระทบต่อนักศึกษาในระยะสั้น เช่น เกิดอาการ เมาค้างจนไม่สามารถเข้าเรียนได้ ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต ผลการเรียนตกต่ำ เกิดการคุกคามทางเพศหรือ ล่วงละเมิดทางเพศ รวมถึงการมีกิจกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย (Burke et al., 2023) และในระยะยาว เช่น ติดยาจน ส่งผลให้เกิดอาการเจ็บป่วยทางจิต เป็นต้น การป้องกันการใช้อาหารเสพติดในเยาวชนมีหลายวิธี เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับ ยาเสพติด การเพิ่มความสามารถส่วนบุคคลในการปฏิเสธการใช้ยาหรือการแก้ไขปัญหาในชีวิต การมีส่วนร่วมของกลุ่มเพื่อน ครอบครัวและชุมชน (Snijder et al., 2020) การส่งเสริมศักยภาพส่วนบุคคลในการเผชิญกับความเครียด การตั้ง เป้าหมายในชีวิต ถือเป็นปัจจัยด้านจิตใจเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่สามารถช่วยป้องกันการใช้อาหารเสพติดในเยาวชน ได้ (Dallas et al., 2023) เช่นเดียวกัน

ภาคตะวันออกของประเทศไทยเป็นภาคที่มีลักษณะสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างจากภาคอื่น ๆ ประกอบ ไปด้วยจังหวัด เช่น ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ด้วยเป็นพื้นที่ที่อยู่ภายใต้โครงการเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (อีอีซี) เป็นที่ตั้งของโรงงาน อุตสาหกรรม มีแรงงานอพยพย้ายถิ่นเข้ามาอาศัยจำนวนมาก (The National Economic and Social Development Council, 2021) เป็นจังหวัดท่องเที่ยวที่มีแหล่งบันเทิง ร้านจำหน่ายแอลกอฮอล์ เปิดให้บริการ จำนวนมาก (Pleerux, 2020) นอกจากนักท่องเที่ยวหรือกลุ่มวัยแรงงานที่เข้ามาใช้บริการแล้ว กลุ่มนักศึกษาที่อยู่ในบริบท ทางสังคมนี้ก็มีความเสี่ยงในการใช้สารเสพติด ไม่ว่าจะเป็น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ หรือสารเสพติดชนิดอื่น ๆ (Pinthong, 2021) ได้ด้วยเช่นกัน สถานการณ์การใช้สารเสพติดในหมู่วัยรุ่นและนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศไทย ปัจจุบันยังเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสนใจอย่างใกล้ชิดอยู่ รายงานวิจัยสำรวจทัศนคติและพฤติกรรมการใช้สารเสพติด กรณีศึกษาประชาชนอายุ 18-65 ปี ใน 20 จังหวัด ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทยในปี 2565 พบว่าประชากรอายุ 18-29 ปี เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ถึงร้อยละ 13.80 สูบบุหรี่ร้อยละ 6.88 ใช้กัญชาเพื่อสันทนาการโดยไม่ได้มีคำสั่งการรักษา จากแพทย์ ร้อยละ 6.83 เคยใช้ใบกระท่อมแบบเคี้ยวสด ร้อยละ 0.70 และใช้น้ำต้มใบกระท่อมผสมสารอื่นเพื่อสันทนาการ ร้อยละ 2.09 (Bunthae, 2022) สถิติการจับกุมผู้ต้องหาคดียาเสพติด ปี 2562 พบว่า เป็นกลุ่มอายุ 20-24 ปี มากที่สุด ถึงร้อยละ 20.62 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 20.08 (The Office of the Narcotics Control Board [ONCB], 2019) การใช้สารเสพติดในนักศึกษามหาวิทยาลัยเป็นปัญหาที่เกิดจากปัจจัยหลายด้าน เช่น อิทธิพลจาก กลุ่มเพื่อน การอยู่อาศัยในหอพัก และการเรียนในสาขาวิชาที่มีความเครียดสูง (Pradeep, Antony, Ammapattian, Kishor, & Sadashiv, 2024) จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าปัจจัยทางจิตใจหลายปัจจัยมีผลต่อการใช้อาหารเสพติด เช่น ความยึดหยุ่นในจิตใจ การตั้งเป้าหมายในชีวิต และการปรับตัวให้สามารถข้ามผ่านอุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการใช้ สารเสพติดในกลุ่มนักศึกษา โดยนักศึกษาที่มีความยึดหยุ่นทางจิตใจสูงมีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดน้อยกว่า (Arslan, 2023) ในขณะที่การมีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้สารเสพติด (Daşci, Salihoglu, & Daşci, 2023) การปรับตัวในการข้ามผ่านอุปสรรคก็มีความสัมพันธ์ทางลบกับการใช้สารเสพติดในกลุ่มนักศึกษาเช่นเดียวกัน โดยนักศึกษาที่มีทักษะการปรับตัวที่ดีมีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดน้อยกว่า (Aslan, Çınar, Ertürk, & Baysal, 2023) นอกจากนี้งานวิจัยยังชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสาม โดยที่ความยึดหยุ่นทางจิตใจมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการมีเป้าหมายในชีวิตและการปรับตัวในการข้ามผ่านอุปสรรค การมีเป้าหมายในชีวิตและการปรับตัวในการข้ามผ่าน อุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความยึดหยุ่นทางจิตใจ (Tariq, Afzal, Khan, Tariq, & Maqsood, 2023) จาก

หลักฐานเชิงประจักษ์เหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าการทำความเข้าใจปัจจัยทางจิตใจสามารถนำไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการใช้สารเสพติดในกลุ่มนักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ศึกษาเรื่องนี้ของประเทศไทยในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยยังมีอยู่ค่อนข้างจำกัด

ความยืดหยุ่นในชีวิต เป็นความสามารถในการยืดหยุ่นและเอาชนะต่อสถานการณ์เลวร้ายหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถฟื้นตัวและผ่านพ้นจากสถานการณ์นั้นได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Luthar & Cicchetti, 2000) เป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญในการป้องกันไม่ให้วัยรุ่นเข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติด ผลการศึกษาความยืดหยุ่นในชีวิตกับพฤติกรรมเสพยาเสพติดของเยาวชนผู้เสพยาเสพติดพบว่า กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่เคยใช้สารเสพติดกับกลุ่มวัยรุ่นที่เคยใช้สารเสพติดมีความแข็งแกร่งในชีวิตแตกต่างกัน การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความยืดหยุ่นในชีวิตมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองในระดับน้อย แต่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด (Tindle, Hemi, & Moustafa, 2022) ดังนั้นความยืดหยุ่นในชีวิตจึงมีความสำคัญ การทำความเข้าใจความยืดหยุ่นในมุมมองของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาเพื่อออกแบบโปรแกรมการป้องกันเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ลดพฤติกรรมเสพยาเสพติดหรือสร้างความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดของเยาวชนจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ

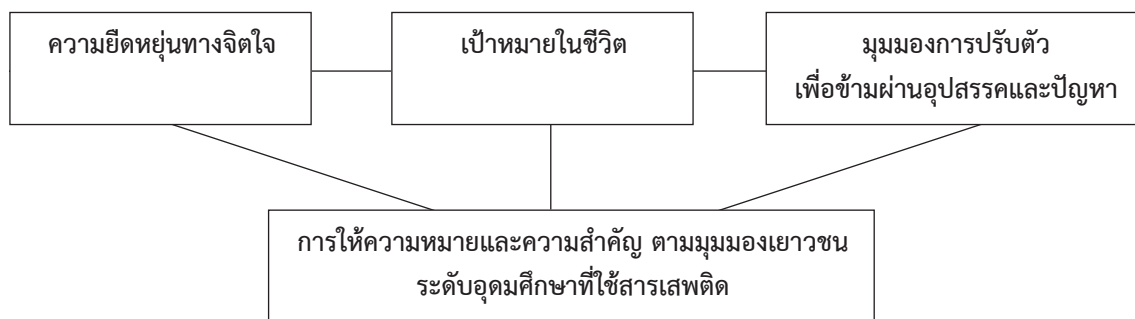
เป้าหมายในชีวิต เป็นพื้นฐานที่สำคัญของการดำเนินชีวิตที่ทำให้มีผลกระทบต่อ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลให้ความหมายและความสำคัญ ส่งผลต่อการตัดสินใจในการกระทำ และกำหนดทิศทางเพื่อดำเนินชีวิต ทำให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง ให้ความหมายต่อตนเอง มีทิศทางชัดเจนในการดำเนินชีวิตที่สร้างประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น (Ryff & Singer, 1998) การค้นหาความหมายของชีวิตนับเป็นแรงจูงใจขั้นแรกในชีวิตของมนุษย์ทุกคน โดยการมีเป้าหมายชีวิตถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินชีวิตของเยาวชน เมื่อบุคคลค้นพบความหมายและเป้าหมายในชีวิต จะทำให้เกิดความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง รู้สึกพึงพอใจในชีวิต มีความหวัง มีความเข้มแข็ง และมีพลังในการดำเนินชีวิต มีความตั้งใจและมีความต้องการที่จะไปสู่เป้าหมาย แม้จะเติบโตมาจากสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยง (Machell, Disabato, & Kashdan, 2016) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การมีเป้าหมายชีวิตช่วยป้องกันวัยรุ่นจากพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ โดยการมีเป้าหมายชีวิตจะช่วยให้ชีวิตดำเนินไปอย่างมีทิศทาง และมีความหมาย และจะดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ยืดหยุ่นในชีวิต การตั้งเป้าหมายในชีวิตจึงเป็นปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมให้วัยรุ่นสามารถจัดการกับความเครียดได้ รวมถึงสามารถลดความตั้งใจที่จะกลับไปใช้สารเสพติดของเยาวชนที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติดและส่งเสริมให้เยาวชนสามารถเลิกใช้สารเสพติดได้ (Detchaiyot, Vatanasin, & Dallas, 2021) อย่างไรก็ตามการศึกษาในประเด็นความยืดหยุ่นในชีวิต เป้าหมายในชีวิต และมุมมองการปรับตัวเพื่อข้ามผ่านอุปสรรคและปัญหาในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยที่ผ่านมา ยังมีจำนวนที่จำกัด ดังนั้นการศึกษาเชิงคุณภาพในครั้งนี้จะเป็นการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเพื่อทำความเข้าใจความหมายของความยืดหยุ่นทางจิตใจ เป้าหมายในชีวิต และมุมมองการปรับตัวเพื่อข้ามผ่านอุปสรรคและปัญหาของเยาวชนระดับอุดมศึกษา โดยเป็นประสบการณ์ภายในสะท้อนมุมมองการให้ความหมายผ่านการให้ข้อมูลจากผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรงต่อการใช้สารเสพติด โดยที่การศึกษาเชิงคุณภาพจะเป็นวิธีการที่เอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเปิดเผยเล่าเรื่องราวต่าง ๆ อย่างอิสระ ผลการศึกษาจะเป็นแนวทางในการพัฒนาเป็นโปรแกรมการป้องกันการเสพยาเสพติดในหมู่นักศึกษามหาวิทยาลัยและโปรแกรมการบำบัดในผู้เสพยาเสพติดในกลุ่มนักศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายความหมายของความยืดหยุ่นทางจิตใจ เป้าหมายในชีวิต และมุมมองการปรับตัวในการข้ามผ่านอุปสรรคและปัญหาตามมุมมองเยาวชนระดับอุดมศึกษาที่ใช้สารเสพติด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายในครั้งนี้เป็นการค้นหาข้อเท็จจริงในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยมุ่งเน้นการเข้าถึงข้อมูลอย่างลึกซึ้งในการให้ความหมายของความยืดหยุ่นทางจิตใจ เป้าหมายในชีวิต และมุมมองการปรับตัวเพื่อข้ามผ่านอุปสรรคและปัญหา ในมุมมองของเยาวชนระดับอุดมศึกษาที่ใช้สารเสพติด ตามการอธิบายของ Hayes, Strosahl, and Wilson, (2012) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ผลการวิจัยจะนำไปสู่การพัฒนากลยุทธ์เพื่อส่งเสริมความยืดหยุ่นและการปรับตัวของนักศึกษา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (Descriptive qualitative research) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางการพัฒนาความยืดหยุ่นในชีวิตของเยาวชนด้วยแนวทางการบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธะสัญญาตามบริบทของสังคมไทยเป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจเชิงลึก มุมมองการให้ความหมาย ของความยืดหยุ่นทางจิตใจ เป้าหมายในชีวิต และมุมมองการปรับตัวเพื่อข้ามผ่านอุปสรรคและปัญหาตามมุมมองเยาวชนระดับอุดมศึกษาที่ใช้สารเสพติด

ผู้ให้ข้อมูลและเกณฑ์การคัดเลือก

กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาในภาคตะวันออก ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ (simple random without replacement sampling) ในอัตราส่วน 3 : 1 (Srisatidharakul, 2010) โดยสุ่มในขั้นแรกได้ 6 สถาบัน และสุ่มเพิ่มอีก 3 สถาบัน (สำรองในกรณีที่จะมีสถาบันปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัย) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ประสานกับอาจารย์ฝ่ายกิจการนิสิต/นักศึกษา ในแต่ละสถาบันเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากระหว่างนักศึกษาจากผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ (1) มีอายุตั้งแต่ 18-25 ปี (2) มีประวัติการใช้สารเสพติด เช่น สุรา บุหรี่ กัญชา ยาไอซ์ ยาไอซ์ (3) ไม่มีประวัติมีความเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและทางจิต จนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เช่น โรคติดต่อร้ายแรงที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ เจ็บป่วยทางจิตที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์หรืออยู่ในระหว่างกระบวนการรักษา ที่ระบุให้ลาพักการเรียนได้และ (4) ยินยอมที่จะเปิดเผยข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth guideline) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทดสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของเครื่องมือวิจัยโดยการตรวจสอบความตรงทางโครงสร้างและเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญทางการวิจัยเชิงคุณภาพ อาจารย์พยาบาล และอาจารย์มหาวิทยาลัยด้านจิตวิทยา จำนวน 3 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะในการปรับแนวคำถามเพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจ รวมถึงให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงปรับแก้แบบสัมภาษณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แบบสัมภาษณ์ประกอบไปด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับความหมายและความสำคัญของความยืดหยุ่นทางจิตใจ เป้าหมายในชีวิตและมุมมองการปรับตัวเพื่อข้ามผ่านอุปสรรคและปัญหาเพื่อการดำเนินชีวิต

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ HS 060/2566 ลงวันที่ 11 ตุลาคม 2566 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยคำนึงถึงความยินยอมของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้เป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลผู้ให้ข้อมูล นำเสนอข้อมูลในภาพรวม ทั้งนี้ผู้วิจัยแยกข้อมูลที่สามารถบ่งบอกหรือระบุตัวบุคคลของผู้ให้ข้อมูลจากไฟล์เสียงและการถอดเทปบทบันทึกการสนทนา เพื่อรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว เอกสาร และไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ถูกแยกเก็บในตู้ที่มีกุญแจล็อก ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์จะถูกจำกัดการเข้าถึงจากผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องด้วยรหัสผ่าน ภายหลังสิ้นสุดโครงการวิจัย ไฟล์เสียงจะถูกทำลายทันที เอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และบทบันทึกการสนทนา จะถูกทำลายภายหลังเสร็จสิ้นโครงการวิจัยแล้ว 10 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงอธิการบดีสถาบันอุดมศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เป็นตัวแทนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับอนุญาต ผู้วิจัยประสานกับอาจารย์ฝ่ายกิจการนิสิต/นักศึกษา ในแต่ละสถาบันเพื่อเชิญชวนนักศึกษาเข้าร่วมการสัมภาษณ์หลังจากการตอบตกลงแล้วผู้วิจัยจึงได้ทำการนัดหมายกับผู้ให้ข้อมูลตามสถานที่ เวลา และช่องทางที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก โดยก่อนที่จะดำเนินการสัมภาษณ์ผู้วิจัย กล่าวแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ความเสี่ยง และประโยชน์ในการเข้าร่วมการวิจัย ตลอดจนการรักษาความลับ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอม หลังจากนั้นจึงเริ่มต้นเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์ โดยขออนุญาตและทำบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ทุกครั้ง และใช้เวลาต่อคนประมาณ 45- 60 นาที ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ในสถานที่ที่มีขีดเป็นส่วนตัว ไม่มีผู้อื่นรบกวน หรือผ่านช่องทางที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ตามขั้นตอนจนพบว่าไม่มีข้อค้นพบใหม่เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์หรือข้อมูลอิ่มตัวในผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 จึงยุติการดำเนินการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงใจความหลัก (Thematic analysis) โดย (1) นำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปคำต่อคำ (transcribed verbatim) (2) อ่านคำสัมภาษณ์หลาย ๆ รอบ เพื่อแยกข้อมูลประเด็นย่อย (categories) (3) จำแนกจัดหมวดหมู่ข้อมูล นำความเชื่อมโยงมาขยายความ และสรุปเป็นประเด็นหลัก (theme) (4) ตรวจสอบข้อค้นพบ ที่เป็นประเด็นหลัก ประเด็นย่อย สรุปข้อคิดเห็น (Liamputtong, 2019) ทั้งนี้การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้คู่มือรหัสการลงข้อมูลที่ผู้วิจัยดำเนินการร่วมกับทีมวิจัย รวมถึงกระบวนการให้รหัสข้อมูลและการจัดกลุ่มตามประเด็นใจความหลัก (themes) เป็นดำเนินการร่วมกันของทีมวิจัยเพื่อตรวจสอบข้อมูลร่วมกัน โดยจะไม่มีการคืนข้อมูลให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากผู้วิจัยได้ระบุไว้ใน consent form แล้วว่าจะเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างความน่าเชื่อถือของการวิจัยโดย (1) เลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความเหมาะสมและเป็นตัวแทน (representativeness) คือเยาวชนระดับอุดมศึกษาที่เป็นผู้ใช้สารเสพติดที่ยินยอมและเต็มใจในการให้ข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาโปรแกรมป้องกันการใช้สารเสพติดในอนาคต (2) นำข้อมูลที่เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลในประเด็นหลักและประเด็นย่อยต่าง ๆ ให้ทีมวิจัยและผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ (peer debriefing) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษาเสพติดและงานวิจัยเชิงคุณภาพ (3) ตรวจสอบด้านความไว้วางใจ (dependability) โดยดำเนินการวิจัยตามระเบียบและขั้นตอน ทำให้ตรวจสอบเส้นทางการวิจัยได้ (audit trail) เพื่อแสดงให้เห็นชัดเจนถึงกระบวนการได้มาซึ่งข้อมูล นำเสนอข้อมูลครบถ้วน ประเด็นข้อค้นพบได้รับการยืนยันและพิจารณาร่วมกันในทีมวิจัย (4) การตรวจสอบด้านการยืนยันผลการวิจัย (confirmability) โดยการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลไว้อย่างเป็นระบบ ทั้งการสัมภาษณ์

การถอดเทป การตรวจสอบกลับด้วยการอ่านบันทึกการถอดความพร้อมการฟังเทปซ้ำ มีการอ้างอิงคำพูด (quotation) ของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอข้อมูล โดยใช้ถ้อยคำของผู้ให้ข้อมูลให้มากที่สุด โดยตัดบางเนื้อหาในส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องออกไปเท่านั้น เพื่อสื่อความหมายที่กระชับ นอกจากนี้ ในขั้นตอนการวิเคราะห์คำสำคัญ (significant statement) การจัดกลุ่มข้อมูล (category) การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล และการจัดกลุ่มตามประเด็นใจความหลัก (themes) ผู้วิจัยดำเนินการร่วมกับทีมวิจัย เพื่อทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือและ (5) ความสามารถในการนำไปศึกษา หรืออธิบายกรณีอื่นที่มีลักษณะและเงื่อนไขคล้ายคลึงกัน (transferability) งานวิจัยนี้ไม่ได้มีจุดมุ่งหมายในการอธิบาย อ้างอิง ในประชากรทั่วไป แต่สามารถอธิบายในบริบทการถอดบทเรียนจากประสบการณ์เยาวชนที่ใช้สารเสพติด แต่อาจนำผล ไปพิจารณาในกลุ่มอื่น ๆ ที่บริบทใกล้เคียงได้

ผลการวิจัย

เยาวชนระดับอุดมศึกษาที่ใช้สารเสพติด จำนวน 11 คน เพศชายจำนวน 7 คน เพศหญิง จำนวน 4 คน มีอายุ ระหว่าง 20-23 ปี โดยทุกคนมีประสบการณ์ในการใช้กัญชา มีประสบการณ์การสูบบุหรี่ จำนวน 10 คน และกระท่อม มีจำนวนผู้ใช้น้อยที่สุดคือ 1 คน โดยทั้ง 11 คน ให้ข้อมูลความหมายและความสำคัญของความยืดหยุ่นทางจิตใจ เป้าหมาย ในชีวิต และมุมมองการปรับตัวเพื่อข้ามผ่านอุปสรรคและปัญหา ไว้ดังนี้

ความหมายและความสำคัญของความยืดหยุ่นทางจิตใจ

จากการสัมภาษณ์เยาวชนระดับอุดมศึกษาที่ใช้สารเสพติด จำนวน 11 คน ถึงความหมายของความยืดหยุ่นทางจิตใจ ตามการรับรู้ ความคิดและประสบการณ์ ผู้วิจัยได้ตั้งคำถามถึงความยืดหยุ่นในจิตใจว่าคืออะไร มีความสำคัญ ต่อชีวิตวัยรุ่นอย่างไร เยาวชนที่ใช้สารเสพติดได้ให้ความหมายของความยืดหยุ่นในจิตใจว่า คือ **“การปล่อยวางด้านความรู้สึก ไม่จมหรือยึดติดกับปัญหาหรือความคิดบางอย่าง มีวิธีการปรับตัวต่อปัญหาและแรงกระทบ มีวิธีการจัดการกับปัญหาของตนเอง”** ดังการอธิบายความคิดเห็นของเยาวชน ดังนี้

“การปล่อยวางความรู้สึกของตัวเองครับ สมมติว่ามีเรื่องเครียดอะไรอย่างจี้ครับ จะมีสิ่งที่เรียกว่าจิตใจของตัวเองอะครับที่เราต้องไปคุยกับจิตใจของตัวเองอะครับว่าเราต้องไปเคลียร์จิตใจของตัวเองอย่างไร แล้วพอเราคุยแล้ว อะครับมันก็จะบอกว่า เราต้องการทำอะไรอะไร เพื่อให้สิ่งที่เครียดนั้นมันหายไปอะครับ (T1)

“คนที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจนะครับเขาก็จะมองในแง่บวกแล้วก็ไม่มองในแง่ลบของเพื่อนอะครับเพราะว่าเท่าที่ผมเจอมันจะมีเพื่อนบางคนที่เขาชอบมองในแง่ลบของเพื่อนแล้วก็รู้สึกชอบพูดอะไรที่มันทำร้ายจิตใจเพื่อน” (T1)

“สำหรับผมนี้ความยืดหยุ่นทางใจมันคือการที่คนคนหนึ่งใช้ชีวิตได้โดยที่มีผลกระทบเข้ามาแล้วเขามีวิธีการจัดการหรือวิธีการเคลียร์ปัญหาโดยตัวของเขา ไม่ทางไหนก็หาทางสำหรับตัวของเขารับ ประมาณนี้ครับ” (T2)

“คนปรับตัวเข้ากับทุกสถานการณ์ได้ รับแรงกระทบได้มาก จัดการความคิดของตัวเองหาเหตุผลใช้กับสิ่งนั้นก่อน ถ้าเรื่องที่รุนแรงมาก ๆ ก็หาทางระบายมันออกมาซึ่งวิธีการของแต่ละคนไม่เหมือนกัน เช่น ร้องไห้ หรืออยู่กับคนที่สบายใจ” (T9)

“ผมอยู่ในสังคมของผมมาโดยตลอดแล้วทุกคนก็มีปัญหา มันก็สามารถใช้ชีวิตได้แต่คนที่ไม่มีมีความยืดหยุ่นทางจิตใจคือเขาจะจมอยู่กับปัญหาของเขา มันจะจมอยู่เรื่อย ๆ คือเขาไม่มีทางออกส่วนตัวของผมเองก็มองว่าสังคมเนี่ยมันก็มีส่วนทำให้เขาเป็นแบบนี้เหมือนกัน ทำให้เขาขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจทำให้เขาโดนสิ่งที่เป็นด้านลบ ใส่เขาเรื่อย ๆจนมันไม่ให้โอกาสเขารับ” (T2)

“คือการที่เราไม่ยึดติดกับความเป็นตัวเรา ไม่ยึดติดกับคนอื่น ไม่คาดหวัง ไม่เอาอารมณ์ไปใส่กับสิ่งที่มันมากระทบเราโดยตรง เรามีสติกับมันมากขึ้นหนูคิดว่าคนที่ยึดติดหรือคนที่ไม่มีมีความยืดหยุ่นนะเขาจะเป็นพวก fixed เขาก็จะอยู่กับสิ่งเดิม ๆ (T10)

ความสำคัญความยืดหยุ่นทางจิตใจ: เยาวชนมีมุมมองว่า ความยืดหยุ่นทางจิตใจมีความสำคัญต่อตัวเยาวชน เพราะสามารถบรรเทาเบาบางความเครียด โดยเฉพาะในยุคสังคมออนไลน์ ความกดดัน การแข่งขันจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวทำให้เยาวชนเครียด จึงจำเป็นต้องมีความยืดหยุ่นทางจิตใจ ให้อยู่อย่างไม่นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า

“ผมว่ามันก็สำคัญ มันสำคัญต่อการดำเนินชีวิตอยู่ครับ มันทำให้เราจัดการความเครียดตรงนั้น หรือความไม่แน่นอนตรงนั้น แต่พอโตมาเรื่อย ๆ อะครับเราก็เริ่มมีความคิด จัดการตัวเองแล้วก็รู้ว่าตัวเองจะสามารถ อะไรที่มันสามารถยืดหยุ่นได้อะครับก็จะเป็นความรู้สึกของตัวเองที่เราจัดการได้แล้ว ก็ เช่น ดูหนังหรือว่าออกกำลังกาย หรือทำอะไรที่ทำให้เราสามารถยืดหยุ่นความรู้สึกที่มันเครียดได้” (T1)

“ผมว่าสำคัญมาก ๆ ยุคนี้ที่ผมเห็นหลายคน อย่างเช่นว่า เด็กที่เรียนแล้วเรียนหนักมากและที่บ้าน สังคมกดดัน นุ่น นี นัน อะไรแบบนี้ครับ คือเมื่อคนเรามันโอเค ใจหรือความยืดหยุ่นนะมันพร้อมอยู่แล้ว แต่บางคนมันไม่สามารถรับมือแพคได้ขนาดนั้นนะครับ มันก็อาจจะไปลงเอยด้วยจุดจบของตัวเองหรือว่าบางคนก็อาจจะต้องพึ่งยาเสพติด” (T2)

“ผมคิดว่าสำคัญนะครับโดยเฉพาะยังเป็นช่วงเวลานี้ ณ ปัจจุบันทุกอย่างมันอยู่ในยุคโซเชียล ทุกอย่างมันอยู่ในอินเทอร์เน็ตนะครับ มันก็จะทำให้เด็กหรือวัยรุ่นแบบนี้อาจจะเกิดความเครียดจากสภาพแวดล้อมที่กดดันถ้ามันยืดหยุ่นทำใจได้หรือว่าเราสามารถรู้ทันตัวเองว่ามันก็จะดีกว่า” (T3)

“ผมว่าสำคัญ เพราะว่า ช่วงวัยรุ่นแบบผมอย่างเงี้ย มันเจอความเครียดหลายอย่างอะครับ ทั้งเรื่องการเรียน เรื่องเงิน เรื่องเพื่อน หรือว่าเรื่องที่บ้าน.....ทำให้ตัวเองรู้สึกสบายบ้าง ปล่อยวางบ้างไม่ต้องไปคิดมากอะไรบ้าง เพราะว่าบางคนไม่ยอมปล่อยวางอะไรเลย บางคนเครียดจนจะเป็นโรคซึมเศร้าครับ” (T6)

ความหมายของเป้าหมายในชีวิต

เยาวชนแสดงความคิดเห็นว่าเป้าหมายในชีวิต คือการมีชีวิตที่สร้างสรรค์และมีคุณค่า การได้อยู่กับครอบครัว และทำให้เขามีความสุข หนึ่งในเยาวชนมองว่า ขอให้ตัวเองใช้ชีวิตให้คุ้ม มีความสุข เอาตัวเองให้รอดจากโลกที่มันไม่ดี การพัฒนาทักษะให้ชำนาญแล้วตั้งเป้าหมายจากตรงนั้น ดังการอธิบายความคิดเห็นของเยาวชน ดังนี้

“ชีวิตที่สร้างสรรค์และมีคุณค่าสำหรับผมมันอาจจะเกี่ยวข้องกับชีวิตที่มีเป้าหมาย เพราะว่าพอมันมีเป้าหมายในชีวิตแล้วมันก็ทำให้เราอยากใช้ชีวิต แล้วการใช้ชีวิตที่สร้างสรรค์ มันทำให้เราเหมือนเราสนุกกับชีวิตในปัจจุบันนะครับ เออปัจจุบัน ณ ตอนนี้นะเวลานี้ชั่วโมงนี้เราสบายกับอะไร เรามีความสุขกับอะไรบ้าง มันก็เหมือนกับเราตื่นมาเราทำนู่นทำนี่ทำนั่นเราได้จัดการกับสิ่งที่เราต้องทำ” (T3)

“หนูรู้สึกว่าหนูจะสบายก็คือการได้กลับไปอยู่กับครอบครัวบ้านคือสิ่งที่เราตามหา คือสิ่งที่เราแบบว่าอยากจะทำทุกวัน มันก็เลยมีความคิดที่แบบว่า กลับบ้านนี่แหละมีความสุขที่สุด” (T11)

“เป้าหมายในชีวิตก็คือ การที่เราใช้ชีวิตอยู่แล้วทำให้มันเต็มที่ สิ่งที่มีมันไฝมันแล้วเราทำมันให้สำเร็จ เพราะว่าถ้าทำไม่สำเร็จแล้วเราอาจจะไม่ได้อยู่บนโลกนี้แล้วมันก็ มันก็ดูว่าเหมือนเป้าหมายไม่สำเร็จครับ เป้าหมายในชีวิตก็คือ การที่ผมตั้งใจทำอะไร ๆ สกิลของเราที่มีอยู่ตอนนี้ ที่ผมมีอยู่แล้ว พัฒนาสกิลขึ้นไปเรื่อย ๆ และเอาเข้าไปใส่ในเป้าหมายแล้วนะครับ” (T1)

“เป้าหมายในชีวิต ถ้าเทียบกับแต่ก่อนมันก็มีหลายอย่างมากเลยครับ แต่ถ้าตอนนี้ก็คือขอให้ตัวเองใช้ชีวิตให้คุ้ม แล้วก็มีความสุข เอาตัวเองให้รอดจากโลกที่มันแย่ๆแบบนี้ไปได้ครับคุณสามารถเลือกกรอบชีวิตและใช้ชีวิตของคุณได้ แล้วสร้างมูลค่าของตัวเอง” (T2)

มุมมองการปรับตัวเพื่อข้ามผ่านอุปสรรคและปัญหา

เยาวชนแสดงความคิดเห็นในมุมมองการปรับตัวเพื่อข้ามผ่านอุปสรรคและปัญหาเป็นสามกลุ่มคือ (1) การใช้สารเสพติดเป็นทางออกในการจัดการกับความเครียด (2) การยอมรับปัญหาหรืออุปสรรคที่เข้ามาในเชิงบวก เปิดใจรับสิ่งใหม่และรับฟังผู้อื่นเพื่อช่วยแก้ไขปัญหานั้น (3) การปลดปล่อยและไม่จมอยู่กับปัญหา หาวีธีการอื่นเพื่อผ่อนคลายและไม่จมดิ่งไปกับความคิดติดติด ดังการอธิบายความคิดเห็นของเยาวชน ดังนี้

1. ทางออกของความเครียดคือการใช้สารเสพติด เยาวชนส่วนใหญ่รับรู้ถึงประสบการณ์ความสุขและคลายความตึงเครียดจากการเรียน และการฝึกงาน ด้วยการใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ เหล้า กัญชา กระท่อม ทำให้อารมณ์ผ่อนคลาย คลายความเครียดและลืมเรื่องความเครียด และพร้อมจะใช้ชีวิตต่อในวันพรุ่งนี้ และทำให้เกิดจินตนาการ

“ตอนนั้นจะเป็นช่วงฝึกงาน ฝึกงานของบริษัทแห่งหนึ่ง ตอนนั้นผมได้รับมอบหมายงานให้ทำหน้าที่สักอย่างนึงนะ แต่แบบหาเท่าไรไม่ค่อยดี ไม่ได้ผลประโยชน์เท่าไร ก็เลยแบบเริ่มเครียดแล้ว ก็เลยนึกถึงเหล้าขึ้นมา ก็เลยไปกินเหล้าก่อนไปให้มันคลายเครียดลงหน่อย มันคลายลงหน่อย ช่วยระบายอารมณ์ออกมาได้นิดหน่อย ก็สำหรับผมถือว่าช่วย มันทำให้ตัวตนเราเปลี่ยนไป มันถึงตัวตนเราข้างในออกมา ปกติเราแบบเป็นคนเงิบ ๆ ไม่ค่อยพูดไม่ค่อยเถียงกับใคร ก็จะเป็นแบบพอกินเข้าไปมันก็จะแบบ พุดเยอะเป็นพิเศษ” (T5)

“ได้ลองใช้ตัวกัญชา เราดูหนึ่งก็จะจินตนาการไปได้ไกลกว่าเดิม ถ้าเราหัวตันคิดไม่ออกว่าจะออกแบบยังไง หรือว่าจะแต่งงานยังไง เราก็ใช้แบบว่าสักนิดนึงอะไรแบบนี้ ทำให้พอสมองมันแล่น จะสนุกกับการทำงานครับ ทำเพลินเลยครับ มันจะแบบคิดออกเรื่อย ๆ ค่อย ๆ เป็นค่อย ๆ ไปจนกว่าฤทธิ์มันจะไล่หมด แล้วก็หยุดมัน” (T6)

“ใช้กัญชาที่อารมณ์ดีผ่อนคลาย ประมาณนั้นครับ บุหรี่ก็คือ ส่วนมากคนจะดูดหลังเครียด เหล้าก็เหมือนกันครับจะดื่มหลังจากเครียดมาอะไรอย่างเงี้ยครับ ผ่อนคลายกับมัน มันอยู่ด้วยไม่นานแต่ว่ามันก็ช่วยผ่อนคลายได้ในระยะเวลาหนึ่งครับ ให้เราได้พักสมองสักแป๊บนึงครับ” (T6)

“บุหรี่ เหล้า แล้วก็กัญชาครับ น้ำหอมเคยลองอยู่ครับ น่าจะเป็นแค่ช่วงที่ดูดครับ มันทำให้เราคิดว่าภาพมันซ้ำหรือว่า ทำให้เรานึกภาพตามมากกว่า ก็เลยลืมเรื่องเครียด ๆ ไป เวลาที่พอเริ่มกรึม เริ่มเมาอะครับ มันก็จะรู้สึกชอบบรรยากาศ บรรยากาศตรงนั้นก็คือชอบเสียงสนุกกับดนตรีอะไรอย่างนี้ครับ” (T4)

“สิ่งที่ใช้ก็จะมีพวกบุหรืมวน บุหรี่ไฟฟ้า กระท่อม เบียร์และกัญชาอะไรพวกนี้ครับ แต่กัญชาเคยใช้และเลิกได้แล้วครับ ก็ไม่เยอะครับจนวันหนึ่งผมได้ลองกระท่อมแล้วมันรู้สึกดีกว่า เขาเรียกว่าอะไรนะครับคือมันมาเหมือนกัน แต่มันเป็นความเมาที่รู้สึกดีกว่าถ้าใช้ในปริมาณที่พอดี ไม่ใช่หนักเกินไป มันก็ดีขึ้นครับผม มันช่วยผ่อนคลายได้อะครับ แล้วก็ทำให้เรารู้สึกว่าเออ พรุ่งนี้มาใช้ชีวิตต่อ ต่อให้เจอเรื่องอะไรก็กลับมาใช้ชีวิตต่อ อะไรแบบนี้ครับ” (T2)

2. ยอมรับความเจ็บปวดในเชิงบวก เปิดใจรับสิ่งใหม่ และรับฟังผู้อื่น เยาวชนบางส่วนแสดงความคิดเห็นว่า การเปิดใจรับเป็นการการเปิดรับสิ่งใหม่ ๆ ฟังผู้อื่น ยอมรับความจริงแม้เป็นสิ่งที่ทำให้เจ็บปวดโดยไม่หลีกเลี่ยง บุคคลต้องเข้าใจปัญหาตนเองก่อน แล้วค่อย ๆ ปรับความคิดให้ยอมรับ และมองหนทางต่อว่าจะทำอย่างไรต่อไป ตัวอย่างการแสดงความคิดเห็น ดังนี้

“การเปิดใจรับก็จะเป็นการที่ เราเปิดรับ อาจจะเปิดรับสิ่งเดิม หรืออาจจะเป็นการเปิดรับสิ่งใหม่ ๆ ที่มันแปลกตาเราอะครับ ผมว่าเราควรที่จะเปิดใจรับ เพราะว่าถ้าวิ่งหนีไปยิ่ง ยิ่งไงสักวันหนึ่งก็เราคิดถึงเรื่องนั้นแล้วถ้าเราแบบยอมรับความจริงแล้วหรือว่ายอมรับสิ่งที่เราเจอมาแล้วเจ็บปวด ผมว่ามันอยู่ที่ใจเรามากกว่า” (T1)

“ผมว่าการเปิดใจยอมรับ มันค่อนข้างเป็นเรื่องปัจเจกมาก ๆ เลย สำหรับผม เพราะว่าการเปิดใจยอมรับแต่ละเรื่องสำหรับแต่ละคน มันก็ขึ้นอยู่กับว่าเขา sensitive หรือ serious กับมันมากน้อยขนาดไหน ด้วยนะครับ อยู่ที่ประสบการณ์และการเติบโตของเขาด้วย” (T3)

“เปิดใจยอมรับ ก็เราต้องเข้าใจปัญหาก่อนว่าเรากำลังมีปัญหาอะไร แล้วเราก็ก้อย ๆ คิดค่อย ๆ ปรับ ปรับความคิดของเรา แบบว่าเฮ้ยทำไมเราถึงต้องเครียดถึงเรื่องนี้นั้ณ จุดนี้ เราต้องหาวิธีแก้ปัญหายอมรับบางสิ่งที่เราไม่ได้โอเคกับมัน อย่างเช่นเรื่องบางเรื่องที่เราไม่ได้โอเคแต่ว่า เราทำอะไรไม่ได้แล้วเราก็ต้องเปิดใจยอมรับมัน ประมาณนั้นครับ (T6)

“หนูรู้สึกว่าการที่เราไม่เปิดใจยอมรับสักทีว่า สิ่งที่เราเป็นอยู่หรือสิ่งที่เราทำอยู่มันดีหรือมันแย่ ถ้าเรามองไม่ออกว่าสิ่งที่เราทำอยู่มันดีหรือมันแย่ หนูว่าอันนี้ก็น่าจะหนักกับชีวิตตัวเองอยู่ แต่หนูว่าหนูโชคดีอยู่ตรงที่ว่า หนูก็เห็นอยู่ว่าสิ่งที่หนูทำ สิ่งทีหนูเป็นมันมีทั้งแยะแล้วก็อินดี๊แบบว่าหนูยอมรับค่ะ แล้วก็ยอมรับว่าแยะแล้วยังไงต่อ ยอมรับว่าแยะแล้วปรับนะต้องปรับ” (T11)

3. การปลดปล่อยไม่จมดิ่งไปกับความคิดยึดติด เยาวชนส่วนใหญ่เห็นว่าจำเป็นต้องมีวิธีการในการปรับแก้ความคิดยึดติดของตนเอง เพราะมันส่งผลกระทบต่อความรู้สึก การมองตนเอง เยาวชนเสนอว่าต้องไม่จดจ่อและจมอยู่กับความคิดยึดติดนั้น เช่น หางานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ชอบทำ หรือการระบายด้วยการตะโกนออกมาดัง ๆ เพื่อหลุดจากตรงนั้น

“การปลดปล่อยความคิดยึดติด ก็น่าจะเป็นงานอดิเรกของเราอะครับ เห็นถ้าเราชอบร้องเพลงเราก็อาจจะไปหาเพื่อนมาเล่นดนตรีด้วยกันหรือถ้าเราชอบเตะบอล หรือออกกำลังกายเราก็ไปอยู่จุดนั้น มันก็จะสามารถเราไม่ให้คิดถึงอนาคตและคิดถึงปัจจุบันได้อะครับ” (T1)

“เคยครับเคย ก็จะเป็นเรื่องของแฟน ก็จะเป็นแบบ คือแบบ ผมจะไม่ค่อยชอบนิสัยเขาเท่าไรครับ เขาจะเป็นคนแปลก ๆ ความคิดของเขาหลาย ๆ อย่างทำให้ผมแบบรู้สึกแบบถูกคิดขึ้นมาว่ามันไม่ได้อะไรแบบนี้ แล้วอยู่กับเขาไปมันก็แบบทำให้เราทรมานเปล่า ๆ ก็ไม่รู้ที่เราจะไประบายที่ไหน ไม่รู้จะพูดกับเขาตรง ๆ คือผมจะไม่ค่อยรู้สึกคิดในหัว ผมจะไม่ค่อยพูดกับเขาตรง ๆ ก็ได้แต่ระบายออกมาด้วยกันแบบตะโกนดัง ๆ ให้มันปลดปล่อย ตะโกนที่โง่ ๆ บางครั้งก็ในตึกหอพักนี่แหละ แบบตะโกนลั่นเลยครับ หรือไม่ก็ขี่มอเตอร์ไซด์ไปแล้วก็ตะโกน ให้มันปลดปล่อยให้มันผ่อนคลายลงแล้วมันก็โล่งขึ้นจริง ๆ” (T5)

ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่าความหมายของความยืดหยุ่นทางจิตใจในมุมมองของผู้ให้ข้อมูลคือ การปล่อยวางด้านความรู้สึก ไม่จมหรือยึดติดกับปัญหา มีวิธีการจัดการกับปัญหาของตนเอง ซึ่งมีความสำคัญต่อตัวเยาวชน เพราะสามารถช่วยป้องกันหรือลดความเครียด ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังมองว่าเป้าหมายในชีวิตคือการมีชีวิตที่สร้างสรรค์และมีคุณค่า พัฒนาทักษะให้ชำนาญแล้วตั้งเป้าหมายเอาตัวเองให้รอด ใช้ชีวิตให้คุ้ม มีความสุขสำหรับการปรับตัวเพื่อข้ามผ่านอุปสรรคและปัญหา ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนยังมองว่าการใช้สารเสพติดจะเป็นทางออกในการจัดการกับความเครียดความสุขที่เกิดจากการใช้สารเสพติดจะสามารถผ่อนคลายความเครียดได้ แต่อีกกลุ่มหนึ่งกลับมองว่าหากทำใจยอมรับปัญหาหรืออุปสรรคที่เข้ามาในมุมมองด้านบวก เปิดใจรับสิ่งใหม่และรับฟังผู้อื่นจะช่วยแก้ไขปัญหานั้นได้ นอกจากนี้การปลดปล่อยและไม่จมอยู่กับปัญหา หาวิธีการอื่นเพื่อผ่อนคลายและไม่จมดิ่งไปกับความคิดยึดติด จะช่วยให้สามารถข้ามผ่านอุปสรรคต่าง ๆ ได้

อภิปรายผล

จากความคิดเห็นของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยที่ใช้สารเสพติด ในประเด็นความหมายของ ความยืดหยุ่นทางจิตใจ เป้าหมายในชีวิต และกลวิธีในการแก้ปัญหา พบว่ามิติทั้งประเด็นที่นำเสนอจะนำไปเผยแพร่และประเด็นที่ยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง ที่ต้องการผู้ช่วยสนับสนุนประคับประคองให้นักศึกษามหาวิทยาลัยผ่านช่วงวัยนี้ไปได้ รวมถึงประเด็นที่สามารถนำไปพัฒนาโปรแกรมการบ่มเพาะความยืดหยุ่นทางจิตใจ และเป้าหมายในชีวิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดในกลุ่มนักศึกษาให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ความยืดหยุ่นทางจิตใจในมุมมองของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการปล่อยวางด้านความรู้สึก ไม่จมหรือยึดติดกับปัญหาหรือความคิดบางอย่าง มีวิธีการปรับตัวต่อปัญหาและแรงกระทบ มีวิธีการจัดการกับปัญหาของตนเอง สอดคล้องกับการให้ความหมายของ Hayes, Strosahl, & Wilson, (2012) และการศึกษาที่ผ่านมา ที่ให้ความหมายไว้ว่า ความยืดหยุ่นทางจิตใจหมายถึงความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป สามารถปรับตัวให้เข้ากับความต้องการของแต่ละสถานการณ์ การเปลี่ยนแนวคิด และการรักษาสมดุลในด้านต่าง ๆ ของชีวิต ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลมองว่า ความยืดหยุ่นทางจิตใจมีความสำคัญเนื่องจากสามารถช่วยลดความเครียด โดยเฉพาะในยุคสังคมออนไลน์ ที่มีความกดดันและการแข่งขันจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวมากขึ้นไม่นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นความยืดหยุ่นทางจิตใจจึงเป็นคุณสมบัติที่สำคัญสำหรับนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักศึกษาที่กำลังเผชิญกับความเครียด หรือการปรับตัวเข้ากับการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปในมหาวิทยาลัย การเข้าใจความยืดหยุ่นทางจิตใจ

ในมุมมองของนักศึกษาและออกแบบกิจกรรมการส่งเสริมความยืดหยุ่นทางจิตใจเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยแนวคิดการยอมรับและพันธสัญญาสามารถช่วยบ่มเพาะความยืดหยุ่นทางจิตใจในหลากหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มนักศึกษาหญิงในระดับอุดมศึกษาของประเทศไทย (Srichan, Yingsoon, & Pisitsungkarn, 2023) การเพิ่มการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน เช่น พยาบาล ผู้บริหารมหาวิทยาลัย ผู้รับผิดชอบงานกิจการนิสิต และผู้ปกครองเพื่อออกแบบกิจกรรมพัฒนาความยืดหยุ่นทางจิตใจในบริบทของนักศึกษามหาวิทยาลัย ในการป้องกันการใช้สารเสพติดในหมู่นักศึกษาก็เป็นประเด็นที่น่าสนใจ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของเป้าหมายในชีวิตคือการมีชีวิตที่สร้างสรรค์และมีคุณค่า การได้อยู่กับครอบครัวและทำให้มีความสุข สามารถเอาตัวเองให้รอดจากโลกที่เต็มไปด้วยสิ่งที่ไม่ดี ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับความหมายของเป้าหมายในชีวิตของ Ryff and Singer (1998) ที่ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการที่บุคคลให้ความหมายและความสำคัญกับชีวิตของตนเอง ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจ การกระทำและกำหนดทิศทางในการดำเนินชีวิต ทำให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง มีทิศทางชัดเจนในการดำเนินชีวิตที่สร้างประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น การที่บุคคลมีเป้าหมายในชีวิตถือเป็นพื้นฐานที่สำคัญและมีผลกระทบต่อส่วนอื่นในชีวิต เช่น ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ชีวิตที่มีเป้าหมายมีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนสุขภาวะของเยาวชนไทย (Balthip, Pasri, Suwanphahu, McSherry, & Kritpracha, 2022) บุคคลที่ขาดเป้าหมายในชีวิตจะถูกคุกคามด้วยเหตุการณ์รุนแรงในชีวิตมากกว่าบุคคลที่รับรู้ชีวิตมีความหมาย การรับรู้ชีวิตที่มีเป้าหมายในชีวิตเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยต่อต้านต่อแรงกดดันต่าง ๆ ในชีวิต การศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยพบว่า นักศึกษามีเป้าหมายในชีวิตเพื่อกำหนดทิศทางในการดำเนินชีวิต นำไปสู่การประสบความสำเร็จ สร้างความภาคภูมิใจให้บุคคลอื่นเป็นที่รัก สามารถดูแลผู้รับบริการได้อย่างปลอดภัย เข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ให้คุณค่าในการดูแลและเติมเต็มคุณค่าในชีวิตของผู้รับบริการ (Nudla, Balthip, & Pasri, 2022) การมีเป้าหมายในชีวิตจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับนักศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย ดังนั้นการส่งเสริมให้นักศึกษามีเป้าหมายในชีวิตผ่านกิจกรรมต่าง ๆ หรือโปรแกรมพัฒนาเป้าหมายในชีวิตของนักศึกษาจะช่วยให้นักศึกษามีเป้าหมายในการใช้ชีวิตและเมื่อชีวิตเผชิญกับเหตุการณ์รุนแรงในชีวิตจะช่วยให้นักศึกษามีทางออกที่เหมาะสมไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด

มุมมองการปรับตัวเพื่อข้ามผ่านอุปสรรคและปัญหา ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีแนวทางการปรับตัว สองแนวทาง แนวทางแรกคือการหนีจากปัญหาหันไปพึ่งยาเสพติดโดยเชื่อว่าสามารถทำให้เกิดความสุขชั่วขณะและลืมเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดได้ กับการใช้วิธีการที่บ่มเพาะความเข้มแข็งภายในตนเองเพื่อจัดการกับปัญหา โดยแนวทางแรกคือ การเลือกที่จะหลีกเลี่ยงความเครียดจากการเรียนและการฝึกงาน ด้วยการใช้สารเสพติด ผู้ให้ข้อมูลมองว่าสารเสพติด เช่น บุหรี่ เหล้า ัญญา กระท่อม ทำให้อารมณ์ผ่อนคลาย ลืมเรื่องความเครียด พร้อมจะใช้ชีวิตต่อในวันรุ่งขึ้น และทำให้เกิดจินตนาการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมการใช้สารเสพติด เช่น ัญญา สุรา ในหมู่นักศึกษามหาวิทยาลัยมักเกิดจากการเผชิญกับความกดดัน ความเครียด ในการเรียน และภาวะความซึมเศร้า หรือการการชักนำจากกลุ่มเพื่อน (Gasa et al., 2022) ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด แต่มหาวิทยาลัยหลายแห่งก็ยังไม่ได้ดำเนินการทั้งกิจกรรมเชิงป้องกันและกิจกรรมเชิงรับ เช่น การให้คำปรึกษาอย่างจริงจัง ดังนั้นการมีมาตรการเชิงรุกเพื่อแก้ไขปัญหการใช้สารเสพติดในหมู่นักศึกษามหาวิทยาลัย จึงถือเป็นประเด็นที่ท้าทาย

แนวทางที่สองในการการปรับตัวเพื่อข้ามผ่านอุปสรรคและปัญหา ได้แก่ การบ่มเพาะความเข้มแข็งภายในตนเองเพื่อจัดการกับปัญหา ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งแสดงความเห็นว่า เป็นการยอมรับความเจ็บปวดในเชิงบวกโดยไม่หลีกเลี่ยง ถึงแม้จะเป็นสิ่งที่ทำให้เจ็บปวด โดยเริ่มจากการทำความเข้าใจปัญหาตนเองก่อน แล้วค่อย ๆ ปรับความคิดให้ยอมรับเปิดใจรับสิ่งใหม่มองหามองหาทางว่าจะแก้ไขปัญหาลงไปอย่างไร และรับฟังผู้อื่น ไม่จมดิ่งไปกับความคิดยึดติด โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าจำเป็นต้องมีวิธีการในการปรับแก้ความคิดยึดติดของตนเอง เพราะส่งผลกระทบบต่อความรู้สึกและการมองตนเอง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดความยืดหยุ่นในจิตใจ และเป้าหมายในชีวิต ซึ่งเป็นการเปิดใจยอมรับ

กับทั้งความทุกข์และความสุข และให้ความสำคัญกับการอยู่กับปัจจุบันขณะ ไม่ให้ค่ากับความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ยอมรับประสบการณ์ภายในที่เกิดขึ้น การอยู่กับปัจจุบัน การค้นพบสิ่งที่มีความสำคัญต่อตนเอง และลงมือทำในสิ่งที่ตนเองให้คุณค่าอย่างต่อเนื่องโดยไม่ละทิ้งแม้เผชิญกับอุปสรรคปัญหา (Twiselton, Stanton, Gillanders, & Bottomley, 2020) และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การมีความยืดหยุ่นในจิตใจ และเป้าหมายในชีวิต เป็นกุญแจที่สำคัญในลดการใช้สารเสพติดในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยได้ รวมถึงสามารถเป็นปัจจัยป้องกันการใช้สารเสพติดได้ (Arslan, 2023) เนื่องจากช่วงชีวิตในมหาวิทยาลัยนักศึกษาจะมีความเป็นอิสระสูง อยู่ในสังคมค่อนข้างใหญ่ นักศึกษามีความเป็นอิสระมาก มีโอกาสพบผู้คนที่หลากหลาย มีรูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นการศึกษาแบบผู้ใหญ่ ผู้บริหารมหาวิทยาลัยหรือหน่วยงานงานที่เกี่ยวข้องจึงควรกำหนดนโยบายเชิงรุกในการดูแลนักศึกษาที่ชัดเจน เช่น การจัดกิจกรรมสุขภาพทางกายและจิตในทุกภาคการศึกษา จัดตั้งหน่วยบริการให้คำปรึกษา ส่งเสริม กิจกรรมเสริมหลักสูตรที่เน้นกิจกรรมภาคปฏิบัติที่ช่วยให้นักศึกษาบรรลุเป้าหมายที่สามารถนำไปปฏิบัติงานจริงได้ เน้นการทำงานแบบกลุ่ม การสร้างประสบการณ์ร่วมในการเรียนรู้ รวมทั้งใช้แนวทางการเรียนรู้ผ่านการค้นพบด้วยตนเอง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. บูรณาการผลการวิจัยเพื่อออกแบบโปรแกรมการป้องกันการใช้สารเสพติด โดยเน้นการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจและการกำหนดเป้าหมายในชีวิต โดยคำนึงถึงบริบทเฉพาะของนักศึกษามหาวิทยาลัย
2. ออกแบบกิจกรรมการพยาบาลร่วมกับงานพัฒนานักศึกษา เพื่อให้การดูแลนักศึกษาที่ใช้สารเสพติดและป้องกันการใช้สารเสพติดในกลุ่มเสี่ยง โดยมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ การปรับตัวเมื่อเผชิญความเครียดจากปัจจัยต่าง ๆ ระหว่างการศึกษา เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าและการใช้วิธีแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการใช้สารเสพติด
3. พัฒนากิจกรรมที่ส่งเสริมให้นักศึกษากำหนดเป้าหมายในชีวิตระหว่างการเรียนรู้ และเสริมสร้างความรู้สึกรับคุณค่าในตนเอง เพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาและความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ทีมวิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนงบประมาณและทุนการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์ ที่มอบโอกาสให้ทีมวิจัยได้สานต่องานที่เป็นประโยชน์และขับเคลื่อนสังคม และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ร่วมแบ่งปันประสบการณ์เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาโปรแกรมการบ่มเพาะความยืดหยุ่นทางจิตใจ และเป้าหมายในชีวิตเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดด้วยกระบวนการบำบัดผสมผสาน การยอมรับและสร้างพันธะสัญญาและศิลปะการแสดงในเยาวชนต่อไป

References

- Arslan, G. (2023). Dysfunctional parenting and emotional problems and substance misuse: Enhancing psychological flexibility in college students. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/15332640.2023.2237930>
- Aslan, S., Çinar, E., Ertürk, N. E., & Baysal, P. (2023). Investigation of the relationship between rational drug use and healthy lifestyle behaviours of university students. *Global Health Promotion*, 30(3), 23-30. doi: 10.1177/17579759221134054

- Ball, I., Banerjee, M., Holliman, A., & Tyndall, I. (2024). Investigating success in the transition to university: A systematic review of personal risk and protective factors Influencing academic achievement. *Educational Psychology Review*, 36(2), 52. doi: 10.1007/s10648-024-09891-0.
- Balthip, K., Pasri, P., Suwanphahu, B., McSherry, W., & Kritpracha, C. (2022). Effect of a purpose in life program on the wellness of Southern Thai adolescents. *Journal of Health Research*, 36(2), 265-274. doi: 10.1108/JHR-04-2020-0102
- Bunthae, S. (2022). *Survey on attitudes and behaviors toward drug use: A 2022 case study of individuals aged 18-65 across 20 provinces nationwide*. Retrieved from https://cads.in.th/cads/media/upload/1694587964-Report_Substance%20Abuse%202022.pdf
- Burke, L., Dawson, K., Flack, W. F., O'Higgins, S., Mclvor, C., & MacNeela, P. (2023). Alcohol, drug use and experiences of sexual violence victimisation among first-year college students in Ireland. *Journal of Sexual Aggression*, 1-18. doi:10.1080/13552600.2023.2216221
- Dallas, J. C., Jullamate, P., Vatanasin, D., Mounkum, S., Nadarajan, S., & Krungraipecth, N. (2023). Resilience and influencing factors among youths undergoing substance abuse treatment in Thailand: A cross-sectional study. *SAGE Open Nursing*, 9, 23779608231157986. doi: 10.1177/23779608231157986.
- Detchaiyot, P., Vatanasin, D., & Dallas, J. C. (2021). Factors predicting intention toquit substance abuseamong youth receiving substance abuse treatment. *BCNNON Health Science Research Journal*, 15(2), 37-49. [In Thai]
- Gasa, H., Mkhize, S., Shumba, K., Cinini, S. F., & Gopal, N. (2022). Risk factors of substance abuse among university students: An exploratory study. *International Journal of Criminology and Sociology*, 11, 15-27. doi: 10.6000/1929-4409.2022.11.03.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Liamputtong, P. (2019). *Qualitative research methods* (5th ed.). Docklands, Vic: Oxford University Press.
- Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Dev Psychopathol*, 12(4), 857-885. doi: 10.1017/s0954579400004156.
- Machell, K. A., Disabato, D. J., & Kashdan, T. B. (2016). Buffering the negative impact of poverty on youth: The power of purpose in life. *Social Indicators Research*, 126(2), 845-861. doi: 10.1007/s11205-015-0917-6.
- Nudla, P., Balthip, K., & Pasri, P. (2022). Perception of purpose in life among the fourth-year nursing students. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*, 42(1), 1-10.
- Pinthong, C. (2021). The impact of tourism development on residents' community life in Chanthaburi province, Thailand. *Research and Development Journal Loei Rajabhat University*, 16(58), 34-45. [In Thai]
- Pleerux, N. (2020). Distribution of alcohol outlets around educational institutes in Chon Buri province. *Journal of Science and Technology Mahasarakham University*, 39(1), 90-102. [In Thai]

- Pradeep Kumar, P. C., Antony, S., Ammapattian, T., Kishor, M., & Sadashiv, M. (2024). Substance use prevalence and associated factors among Indian college students: A narrative review. *Archives of Mental Health, 25*(1), 77-84.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The role of purpose in life and personal growth in positive human health. In *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications* (pp. 213-235). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates.
- Snijder, M., Stapinski, L., Lees, B., Ward, J., Conrod, P., Mushquash, C., . . . Newton, N. (2020). Preventing substance use among indigenous adolescents in the USA, Canada, Australia and New Zealand: A systematic review of the literature. *Prevention Science, 21*(1), 65-85. doi: 10.1007/s11121-019-01038-w.
- Srichan, C., Yingsoong, A., & Pisitsungkagarn, K. (2023). The effects of acceptance and commitment group therapy on social anxiety, fears of negative evaluation, and psychological flexibility: an initial study in Thai female undergraduates. *International Journal for the Advancement of Counselling, 45*(4), 687-707. doi: 10.1007/s10447-023-09524-1.
- Srisatidnarakul, B. (2010). *The methodology in nursing research* (5th ed.). Bangkok: U & I nter media.
- Tariq, S. A., Afzal, M., Khan, R. M., Tariq, M., & Maqsood, A. (2023). A cross sectional study on the risk factors of illicit drug use among the university students. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences, 17*(5), 504-506. doi:https://doi.org/10.53350/pjmhs2023175504.
- The National Economic and Social Development Council. (2021). *Thailand's regional development plan 2023-2027*. Bangkok: The National Economic and Social Development Council.
- The Office of the Narcotics Control Board [ONCB]. (2019). *Drug prevention and treatment action plan 2019*. Bangkok: The Office of the Narcotics Control Board.
- Tindle, R., Hemi, A., & Moustafa, A. A. (2022). Social support, psychological flexibility and coping mediate the association between COVID-19 related stress exposure and psychological distress. *Sci Rep, 12*(1), 8688. doi: 10.1038/s41598-022-12262-w. [eng]
- Twiselton, K., Stanton, S. C. E., Gillanders, D., & Bottomley, E. (2020). Exploring the links between psychological flexibility, individual well-being, and relationship quality. *Personal Relationships, 27*(4), 880-906. doi:https://doi.org/10.1111/pere.12344.

การพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

รุ่งอรุณ ทศชา, พย.บ.¹ ทศพร ทองย้อย, พย.ม.^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก 30 คน และพยาบาลวิชาชีพ 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดฯ 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และประเมินความปวดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุ และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนมิถุนายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดฯ ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะก่อนการผ่าตัดและระยะหลังการผ่าตัด หลังจากนำรูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดฯ ไปปฏิบัติพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความปวดที่ปวดเล็กน้อย ร้อยละ 73.33 ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักมีระดับความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดตามรูปแบบฯ ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.51, SD = .58$) และพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ภาพรวมในระดับมากที่สุด ($M = 4.56, SD = .52$) ดังนั้นควรนำรูปแบบการจัดการความปวดที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อให้มีรูปแบบการจัดการความปวดที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มคุณภาพการพยาบาลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการความปวด การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

* ผู้เขียนหลัก e-mail: ben_nu41@hotmail.com

Development of a postoperative pain management model for elderly with hip fracture undergoing hip replacement surgery

Rungaroon Todcha, B.N.S.¹, Todsaporn Tongyoy, M.N.S.^{1*}

Abstract

This action research aimed to develop a postoperative pain management model for elderly patients with hip fractures undergoing hip replacement surgery. The study involved 30 elderly patients and 12 professional nurses. The research instruments included: (1) a postoperative pain management model, (2) a general data and pain assessment form for elderly patients with hip fractures, (3) a satisfaction assessment form for the elderly, and (4) a satisfaction assessment form for professional nurses. The study was conducted between October 2023 and June 2024, with qualitative data analyzed through content analysis and quantitative data using descriptive statistics.

The findings revealed that the developed pain management model consisted of two stages: pre-operative and post-operative care. After implementing the model, 73.33% of the elderly patients reported experiencing only slight pain. Furthermore, the elderly participants expressed a high level of satisfaction with the pain management model ($M = 4.51$, $SD = 0.58$), while professional nurses also reported high satisfaction with its implementation ($M = 4.56$, $SD = 0.52$). The results suggest that this postoperative pain management model can be applied in other clinical settings to standardize pain management and improve the quality of nursing care for elderly patients undergoing hip replacement surgery.

Key words: pain management, hip replacement surgery, elderly with hip fractures

¹ Nurse, Professional level, Thabo Crown Prince Hospital, Nongkhai Province

* Corresponding author e-mail: ben_nu41@hotmail.com

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) อย่างเต็มรูปแบบ โดยข้อมูลจากกรมกิจการผู้สูงอายุ พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ประมาณ 13 ล้านคน หรือคิดเป็น 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด (Department of Older Persons, 2023) ซึ่งปัญหาที่สำคัญที่พบในผู้สูงอายุคือกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) จากการพลัดตกหกล้ม เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากอุบัติเหตุบนท้องถนน กระดูกสะโพกหักเป็นภาวะกระดูกหักที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบโครงสร้างภายในของเนื้อเยื่อกระดูกทำให้มวลกระดูกลดลง ร่วมกับการเสื่อมทำให้กระดูกบางลง ส่งผลให้เกิดโรคกระดูกพรุนและภาวะกระดูกหักได้ง่าย ซึ่งสาเหตุหลักมาจากการพลัดตกหกล้ม อีกทั้งกระดูกสะโพกหักยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกและระดับประเทศ จากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Kingkaew, Maleewong, Ngarmukos, & Teerawattananon, 2012) พบว่าอุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกหักประมาณ 14,000 - 16,000 คนต่อปี และมีอัตราการตายในปีแรกร้อยละ 23 ผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักจะได้รับผลกระทบตามหลายด้าน เช่น คุณภาพชีวิตลดลง ภาวะพึ่งพิงบุคคลในครอบครัว และสถานพยาบาลมากขึ้น ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อเนื่อง ความเสี่ยงกระดูกสะโพกหักซ้ำซ้อน และโดยเฉพาะอัตราการตายในปีแรกหลังกระดูกหักจะสูงที่สุด โดยสูงกว่าประชากรปกติประมาณ 8 เท่า (Phromphan, Kanpai, KhunSara, & Laochai, 2023)

การรักษากระดูกสะโพกหักแบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ 1) การรักษาโดยไม่ผ่าตัด เป็นการรักษาแบบประคับประคอง โดยใช้วิธีการดึงถ่วงกระดูกแบบใส่เครื่องดึงติดกับผิวหนัง (Skin traction) วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือในกรณีที่ไม่ผ่าตัด (Tajai, Hengnalen, & Sanguanpanich, 2020) และ 2) การรักษาด้วยการผ่าตัด ในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพและการตรวจวินิจฉัยว่ามีความพร้อม ควรทำการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยเร็วที่สุด อย่างช้าภายใน 7 วัน หลังเกิดกระดูกหัก เพื่อช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและทำให้ผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นจากเตียงได้โดยเร็วที่สุด (Folbert et al., 2017) ซึ่งการรักษาภาวะข้อสะโพกหักในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่รักษาด้วยการผ่าตัดใส่อุปกรณ์ยึดตรึงกระดูก (open reduction internal fixation) หรือการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (hip replacement) เพื่อให้เกิดความมั่นคง ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีขึ้น และช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ซึ่งการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขาด้วยโลหะเป็นการผ่าตัดใหญ่ชนิดหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 65-70 ของผู้ป่วยทั้งหมด (Srikleunkij & Piseth, 2015) มีระดับความเจ็บปวดที่รุนแรงมาก โดยพบว่าความปวดหลังผ่าตัดจะรุนแรงมากใน 24-48 ชั่วโมงแรก และค่อย ๆ ลดลงทีละน้อยจนหายหมดไปในระยะเวลาต่อมา ซึ่งจะเห็นได้ว่า ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเป็นความไม่สุขสบายของผู้ป่วย แต่ก็ยังได้รับการจัดการที่ไม่เพียงพอ พบว่าร้อยละ 20 ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความปวดน้อย ร้อยละ 20-40 มีความปวดปานกลาง และร้อยละ 40-70 มีความปวดรุนแรง โดยเฉพาะ 1-4 วัน หลังผ่าตัดมีความปวดที่ระดับปานกลางถึงรุนแรง (Muktanaanun, 2012) และเมื่อความปวดเกิดขึ้น และไม่สามารถจัดการได้อย่างเหมาะสมจะทำให้อาการปวดมากขึ้นและมากขึ้น ทำให้การรักษายากขึ้น ทำให้มีโอกาสกลายเป็นความเจ็บปวดเรื้อรังได้

การจัดการความปวด (Pain management) เป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาความปวดที่เกิดจากการผ่าตัดให้อยู่ในระดับที่ผู้ป่วยสุขสบายและยอมรับได้ แนวทางในการพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน ครอบคลุมถึงเรื่องการประเมินความปวด การจัดการความปวดโดยใช้ยา และการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา (Ngamkham, Sawangchai, & Chidnayee, 2018) อย่างไรก็ตามพบปัจจัยที่เป็นอุปสรรคสำคัญในการจัดการความปวด ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคลากรทีมสุขภาพ ปัจจัยด้านผู้ป่วยและญาติและปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหรือหัตถการเป็นประสบการณ์การรับรู้หรือความรู้สึกส่วนบุคคลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งสัมพันธ์กับโรค การบาดเจ็บ การผ่าตัด การได้รับหัตถการหรือการรักษาพยาบาลที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

(Chernporn, 2018)

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทำบ่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกและข้อ รวมทั้งผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก โดยมีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นการผ่าตัดที่พบมากติดอันดับ 1 ใน 5 ของการผ่าตัดกระดูกและข้อที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และจากสถิติผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทำบ่อระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่า มีจำนวน 36 ราย, 42 ราย และ 46 ราย ตามลำดับ (Thabo Crown Prince Hospital, 2024) ปัญหาที่พบจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมคือการจัดการความปวด ซึ่งการจัดการความปวดเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่สำคัญ คือผู้ป่วยจะต้องได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมและเพียงพอ การประเมินและการจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพ อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและทางอ้อม (Chumpung & Manit, 2018) การจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทำบ่อ ที่ผ่านมายังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการจัดการความปวดและไม่เป็นรูปแบบที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม อีกทั้งยังไม่มี ความชัดเจนในการนำการจัดการความปวดไปสู่การปฏิบัติ ไม่มีการใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดและบันทึกการจัดการความปวดหลังผ่าตัด และขาดความสม่ำเสมอของการติดตามประเมินผลการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

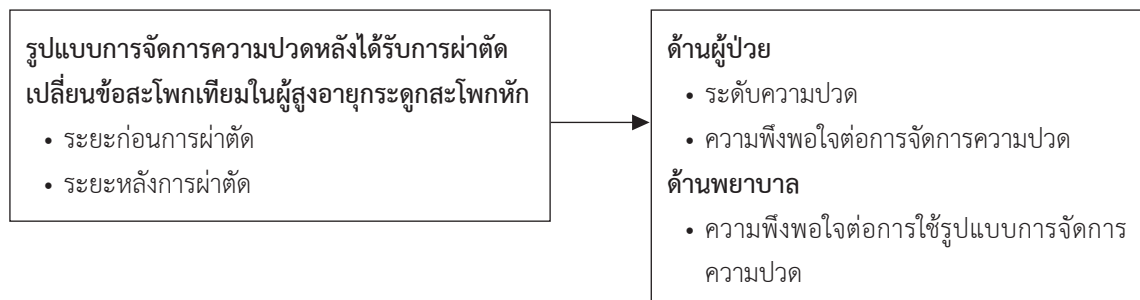
ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดได้รับการดูแลที่เหมาะสม สามารถจัดการกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ตลอดไปจนถึงครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชนสามารถดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยได้เร็วเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านหรือในชุมชน ทั้งยังก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและลดผลกระทบต่าง ๆ ต่อบุคคลในครอบครัว รวมถึงเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพในระบบบริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก
2. เพื่อศึกษาระดับความปวดและระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมหลังการใช้รูปแบบการจัดการความปวด
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการจัดการความปวด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ (Kemmis & McTaggart, 1988) และใช้กรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition Theory) ของ (Meleis, 2010) ที่กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกหรือการรับรู้ที่เป็นเงื่อนไขด้านปัจจัยส่วนบุคคล จากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อที่เกิดการบาดเจ็บ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และขีดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่พัฒนาขึ้นตามมาตรฐานขององค์กรด้านการดูแลสุขภาพ (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO], 2001) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนการผ่าตัดและระยะหลังการผ่าตัด และประเมินผลของการใช้รูปแบบการจัดการความปวดโดย 1) ด้านผู้ป่วย ประเมินระดับความปวดและความพึงพอใจ และ 2) ด้านพยาบาล ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 2 วงรอบ คือ ขั้นที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การจัดการความปวด ขั้นที่ 2 การวางแผน ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และร่วมกันพัฒนารูปแบบการจัดการความปวด ขั้นที่ 3 การนำรูปแบบการจัดการความปวดไปปฏิบัติ และขั้นที่ 4 ประเมินผลหลังจากได้รับการจัดการความปวด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และ 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. **ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก** คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่กระดูกสะโพกหักและต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นครั้งแรก และเข้ารับการรักษาทันทีหลังหกล้มและหกล้มผู้ป่วยพิเศษ หลวงพ่อจันทน์มอานาลโย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จำนวนทั้งหมด 30 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criterion)

- 1) ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่แพทย์วินิจฉัยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
- 2) ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นครั้งแรก
- 3) รู้สึกตัวดี การได้ยินปกติ ฟังและพูดภาษาไทยได้รู้เรื่องเข้าใจ
- 4) ยินดีร่วมมือในการทำวิจัยตามแบบขอความร่วมมือเป็นผู้เข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกรออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criterion)

- 1) ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคเหล่านี้รุนแรงขึ้นหลังผ่าตัด ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ, หัวใจ, หลอดเลือด, ไต และระบบประสาทไขสันหลัง
- 2) ผู้ป่วยย้ายออก/จำหน่ายจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมและหอผู้ป่วยพิเศษหลวงพ่อบุญมอานาลโย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

2. **พยาบาลวิชาชีพ** คือ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมและหอผู้ป่วยพิเศษหลวงพ่อบุญมอานาลโย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จำนวน 12 คน โดยมีคุณสมบัติคือ 1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม 1 ปีขึ้นไป และ 2) มีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ระยะศึกษาสถานการณ์การจัดการความปวดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

1) แนวทางการจัดประชุมกลุ่มระดมสมอง เป็นแนวทางที่จัดประชุมทีมพยาบาลวิชาชีพ ประเด็นประชุม ได้แก่ วิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก รูปแบบการจัดการความปวดที่มีอยู่ ข้อเสนอแนะในการพัฒนาแบบแผนการจัดการความปวด

2. ระยะพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

1) รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก เป็นรูปแบบที่ผู้วิจัยและทีมพยาบาลวิชาชีพร่วมกันออกแบบตามแนวคิดการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ตามมาตรฐานขององค์การด้านการดูแลสุขภาพ (JCAHO, 2001) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม 2) การประเมินความปวด 3) การบรรเทาความปวด 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวด 5) การดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและการบันทึก และ 6) การพัฒนาคุณภาพ โดยบูรณาการตามการจัดการกับความปวดอย่างมีแบบแผนสำหรับพยาบาล เพื่อจัดการกับความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ในระยะ 24, 48, และ 72 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด

3. ระยะการนำรูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักไปปฏิบัติ ได้แก่

1) คู่มือการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO analgesic ladder) ประกอบด้วยการจัดการในระยะ 24, 48, และ 72 ชั่วโมง หลังการผ่าตัดตามระดับความปวด แบ่งเป็น 2 วิธี คือการจัดการความปวดแบบใช้ยาชนิดหลักการให้ยา 3 ขั้นตอน (three step ladder) คือ บันไดขั้นที่ 3 ในรายที่มีความเจ็บปวดระดับรุนแรง (คะแนน 7-10 ตามมาตรวัด) ใช้ยาระงับปวดชนิดเสพติดรุนแรง (opioid drugs) บันไดขั้นที่ 2 ในรายที่มีความเจ็บปวดระดับปานกลาง (คะแนน 4-6 ตามมาตรวัด) ใช้ยาระงับปวดชนิดเสพคิตอ่อน (weak opioid drugs) และบันไดขั้นที่ 1 ในรายที่มีความเจ็บปวดระดับเล็กน้อย (คะแนน 1-3 ตามมาตรวัด) ใช้ยาระงับปวดชนิดไม่เสพคิต (non-opioid drugs) และการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ การให้ข้อมูลการจัดทำ การสัมผัส การเบี่ยงเบนความสนใจ และการใช้เทคนิคผ่อนคลาย

2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและประเมินความปวดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ชนิดการผ่าตัด ประสบการณ์การผ่าตัดและความปวดในอดีต ยาที่ได้รับในการจัดการความปวดในระยะ 24, 48, และ 72 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด ส่วนที่ 2 แบบประเมินความปวดหลังการผ่าตัด เป็นการประเมินความปวดของผู้ป่วยเมื่อเคลื่อนไหวลงเตียงหลังรับกลับจากห้องผ่าตัดทันที และหลังผ่าตัดครบ 72 ชั่วโมง เป็นคำถามตัวเลขจากมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale) (Collins, Moore, & McQuay, 1997) กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันจากหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีความปวด ส่วนเลข 1-9 หมายถึงคะแนนความปวดที่เพิ่มขึ้นจนถึงเลข 10 หมายถึง มีความปวดมากที่สุด มีการแปลคะแนนความปวดแบ่งเป็น 3 ระดับคือ คะแนน 1-3 ปวดเล็กน้อย คะแนน 4-6 ปวดปานกลาง คะแนน 7-10 ปวดมาก (Collins, Moore, & McQuay, 1997)

3) คู่มือการปฏิบัติตนและเทคนิคในการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดหลังการผ่าตัด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้ศึกษาข้อมูลและมีความรู้ในสภาวะหลังการผ่าตัด เกี่ยวกับปัญหาที่พบได้บ่อยในระยะหลังการผ่าตัด การปฏิบัติตนและเทคนิคในการจัดการความปวด

4. ระยะประเมินผลหลังจากได้รับการจัดการความปวด

1) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยของ Watthanatanyakarn et al. (2018) มาใช้โดยปรับความชัดเจนของคำถาม ซึ่งมีจำนวน

6 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายปิด มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ของลิเคิร์ต (Likert, 1967) โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวและมีการให้คะแนนดังนี้ 5 หมายถึง มากที่สุด, 4 หมายถึง มาก, 3 หมายถึง ปานกลาง, 2 หมายถึง น้อย และ 1 หมายถึง น้อยที่สุด แผลผลโดย คะแนน 4.50 - 5.00 พึงพอใจมากที่สุด, 3.50 - 4.49 พึงพอใจมาก, 2.50 - 3.49 พึงพอใจปานกลาง, 1.50 - 2.49 พึงพอใจน้อย และ 1.00 - 1.49 พึงพอใจน้อยที่สุด (Watthanatanyakarn et al., 2018)

2) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยของ Watthanatanyakarn et al. (2018) มาใช้โดยปรับความชัดเจนของคำถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และประสบการณ์ในการทำงานในการดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก มีจำนวน 5 ข้อย่อย เป็นคำถามปลายปิด มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ของลิเคิร์ต (Likert, 1967) โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวและมีการให้คะแนนดังนี้ 5 หมายถึง มากที่สุด, 4 หมายถึง มาก, 3 หมายถึง ปานกลาง, 2 หมายถึง น้อย และ 1 หมายถึง น้อยที่สุด แผลผลโดย คะแนน 4.50 - 5.00 พึงพอใจมากที่สุด, 3.50 - 4.49 พึงพอใจมาก, 2.50 - 3.49 พึงพอใจปานกลาง, 1.50 - 2.49 พึงพอใจน้อย และ 1.00 - 1.49 พึงพอใจน้อยที่สุด (Watthanatanyakarn et al., 2018)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือ ประกอบด้วย 1) รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก 2) คู่มือการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก 3) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและประเมินความปวดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก 4) คู่มือการปฏิบัติตนและเทคนิคในการจัดการความปวด 5) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุ และ 6) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) ได้เท่ากับ 0.81, 0.82, 0.81, 0.84, 0.82 และ 0.80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบในการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่โครงการวิจัย 120/2566 ลงวันที่ 28 กันยายน 2566 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาที่ทำการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถาม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาและการดูแล ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากผู้ร่วมวิจัยจะไม่มีการระบุตัวบุคคลได้ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการ 2 วงรอบ โดยวงรอบที่ 1 มีรายละเอียดดังนี้

1. **ระยะการวางแผน (Plan)** เป็นการศึกษาสถานการณ์การจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก โดยประชุมกลุ่มระดมสมองที่มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ 12 คน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีอยู่ และข้อเสนอแนะในการออกแบบรูปแบบการจัดการความปวด

2. ระยะปฏิบัติตามแผนและการสังเกต (Act & Observe) วนรอบที่ 1 ดำเนินการดังนี้

1) ให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และเทคนิคในการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พร้อมทั้งมอบคู่มือการปฏิบัติตนและเทคนิคในการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักให้กับผู้ป่วย

2) จัดประชุมทีมพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 คน เพื่อกำหนดรูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

3) จัดอบรมพยาบาลเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักก่อนนำรูปแบบฯ ไปปฏิบัติ และทำความเข้าใจคู่มือการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก เพื่อเสริมสร้างศักยภาพพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด โดยผู้วิจัยจัดอบรมพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมและหอผู้ป่วยพิเศษหลวงพ่ोजันมือนาโยเกี่ยวกับการใช้รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่พัฒนาขึ้น

3. ระยะสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) จัดประชุมกลุ่มระดมสมองทีมที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ได้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาโดยที่ประชุมเห็นว่าควรเพิ่มแนวทางปฏิบัติในการประเมินความปวดหลังการผ่าตัด

4. ระยะปฏิบัติตามแผนและการสังเกต (Act & Observe) วนรอบที่ 2 ดำเนินการดังนี้ 1) ประเมินความปวดผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โดย 24 ชั่วโมงแรก ประเมินความปวดทุก 2 ชั่วโมง และ 48-72 ชั่วโมง ประเมินความปวดทุก 4 ชั่วโมง

5. การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนการประเมินผลกระบวนการปฏิบัติในการจัดการความปวดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมตามรูปแบบที่กำหนดขึ้นทั้งสิ่งที่ปฏิบัติได้และปฏิบัติไม่ได้ ปัจจัยเอื้อ สิ่งสนับสนุนและอุปสรรคในการนำรูปแบบฯ ไปปฏิบัติ รวมทั้งผลลัพธ์จากการปฏิบัติแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบ โดยการจัดประชุมทีมพยาบาลวิชาชีพสะท้อนและประเมินผลการปฏิบัติ เพื่อปรับปรุงรูปแบบปฏิบัติและกำหนดผลลัพธ์ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และนำผลสะท้อนมาวางแผนปรับปรุงการปฏิบัติตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการในระยะต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคล ระดับความปวด และระดับความพึงพอใจ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยกระบวนการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยการอ่านข้อมูลซ้ำ ๆ จากการบินตีการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ชัดเจนได้คำสำคัญ แล้วนำคำสำคัญมาตั้งประเด็นการวิเคราะห์ แยกแยะจัดหมวดหมู่ข้อมูลและนำมาเขียนอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงและความเป็นเหตุเป็นผลต่อกัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักและระดับความปวดหลังได้รับการผ่าตัด

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.33 ส่วนใหญ่มีอายุ 60-69 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 53.33 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นหม้าย ร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 70.00 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 83.33 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 46.67 ชนิดของการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดชนิดใช้ซีเมนต์ (Cemented total hip replacement) คิดเป็นร้อยละ 83.33 และยาที่ได้รับในการจัดการความปวดในระยะ 24, 48, และ 72 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด ส่วนใหญ่เป็นมอร์ฟีน

ร้อยละ 66.67

1.2 ระดับความปวดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังได้รับการผ่าตัด

ระดับความปวดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เป็นการประเมินความปวดของผู้ป่วยเมื่อเคลื่อนไหวลงเตียงหลังรับกลับจากห้องผ่าตัดทันที พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความปวดอยู่ที่ ปวดมาก (คะแนนความปวด 7-10) ร้อยละ 100.00

2. รูปแบบการจัดการความปวดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เป็นรูปแบบที่ประยุกต์จากแนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตามมาตรฐานขององค์กรด้านการดูแลสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนการผ่าตัดและระยะหลังการผ่าตัด ดังนี้

2.1 ระยะก่อนการผ่าตัด

- 1) พยาบาลเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด อาการปวดและการควบคุมอาการปวด อย่างครบถ้วน พร้อมมอบคู่มือการปฏิบัติตนและเทคนิคในการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัด
- 2) แจ้งสิทธิแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือเพื่อควบคุมอาการปวดแผลผ่าตัด
- 3) แจ้งสิทธิแก่ผู้ป่วยในการขอเปลี่ยนแปลงยา หรือวิธีการควบคุมอาการปวดแผลผ่าตัด ถ้าการควบคุมอาการปวดแผลผ่าตัดที่ได้รับอยู่ไม่ได้ผล
- 4) เปิดโอกาสผู้ป่วยซักถามเพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับอาการปวดและการควบคุมอาการปวดแผล

2.2 ระยะหลังการผ่าตัด แบ่งเป็นการประเมินความปวดและการจัดการความปวด

2.2.1 การประเมินความปวด

- 1) ประเมินการปวดแผลผ่าตัดครอบคลุมทุกมิติของอาการปวด
- 2) ประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐาน
- 3) ประเมินความปวดก่อนและหลังให้ยาหรือการพยาบาล
- 4) ประเมินความปวดผู้ป่วยหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ประเมินความปวดทุก 2 ชั่วโมง และ 48-72 ชั่วโมง ประเมินความปวดทุก 4 ชั่วโมง
- 5) พยาบาลประเมินและบันทึกคะแนนความปวดอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยเมื่อครบ 72 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด ดังนี้ (1) ผู้ป่วยที่ได้รับการบรรเทาปวดด้วยยาฉีด ประเมินความปวดภายใน 30 นาที หลังได้รับยา หลังจากนั้นประเมินและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง (2) ผู้ป่วยที่ได้รับการบรรเทาปวดด้วยยาชนิดรับประทาน ประเมินความปวดภายใน 60 นาที หลังได้รับยา หลังจากนั้นประเมินและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง และ (3) ผู้ป่วยที่ได้รับการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา ประเมินความปวดภายใน 30-60 นาที หลังได้รับการบรรเทาปวด หลังจากนั้นประเมินและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง

2.2.2 การจัดการความปวด

- 1) ให้โอกาสผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีบรรเทาปวดที่เหมาะสมทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา
- 2) ให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาที่เป็นลายลักษณ์อักษร
- 3) ให้ยาบรรเทาปวดโดยพิจารณาตามความรุนแรงของการปวด ดังนี้ (1) ปวดเล็กน้อย (คะแนนความปวด 1-3) ใช้ยาในกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มโอปิออยด์ (Non-opioids) เช่น paracetamol เป็นต้น (2) ปวดปานกลาง (คะแนนความปวด 4-6) ใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ชนิดออกฤทธิ์มาก เช่น morphine, fentanyl เป็นต้น และ (3) ปวดมาก (คะแนนความปวด 7-10) ใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ชนิดออกฤทธิ์มาก เช่น morphine, fentanyl เป็นต้น
- 4) ให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา prn ต่อเมื่อผู้ป่วยแจ้งความจำนงค์เท่านั้น
- 5) หลังให้ยาบรรเทาปวดแล้ว ถ้าผู้ป่วยไม่หายปวดจะรอจนกว่าถึงเวลาให้ยาในมือต่อไป
- 6) บันทึกการให้ยาบรรเทาปวด

7) ให้การควบคุมอาการปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ 1) การจัดท่า 2) การสัมผัส 3) การสร้างสัมพันธ์ภาพ โดยการดูแลใกล้ชิด แสดงความเห็นใจ เข้าใจและปลอบโยนให้กำลังใจขณะผู้ป่วยปวด 4) การสอนหรือข้อมูลเกี่ยวกับปวดและบรรเทาปวด 5) การให้ข้อมูลที่เป็นความรู้สึกแก่ผู้ป่วยขณะทำหัตถการหรือกิจกรรม และ 6) การเบี่ยงเบนความสนใจ

3. ระดับความปวดหลังได้รับการจัดการความปวดและความพึงพอใจของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

3.1 ระดับความปวดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักหลังได้รับการจัดการความปวดตามรูปแบบฯ

พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความปวดอยู่ที่ ปวดเล็กน้อย (คะแนนความปวด 1-3) ร้อยละ 73.33 และปวดปานกลาง (คะแนนความปวด 4-6) ร้อยละ 26.67

3.2 ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักต่อการจัดการความปวดตามแบบแผนการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

พบว่า ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักมีระดับความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดตามแบบแผนการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.51, SD = .58$) พึงพอใจที่พยาบาลสอบถามและประเมินระดับความปวด พึงพอใจต่อการให้การช่วยเหลือเพื่อลดปวดของพยาบาล และยาแก้ปวดที่ได้รับสามารถช่วยลดอาการปวดแผลหลังผ่าตัด อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.46, SD = .68$), ($M = 4.48, SD = .62$) และ ($M = 4.51, SD = .58$) ตามลำดับ พึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลความรู้เรื่องความปวดและการจัดการความปวดก่อนผ่าตัด และพึงพอใจต่อการให้การบรรเทาปวดด้วยวิธีการไม่ใช้ยาร่วมด้วยในระดับมาก ($M = 4.36, SD = .59$) และ ($M = 4.25, SD = .78$) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักต่อการจัดการความปวดตามแบบแผนการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ($n = 30$)

รายการ	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. ความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลความรู้เรื่องความปวดและการจัดการความปวดก่อนผ่าตัด	4.36	.59	มาก
2. ความพึงพอใจที่พยาบาลสอบถามและประเมินระดับความปวด	4.46	.68	มากที่สุด
3. ความพึงพอใจต่อการให้การช่วยเหลือเพื่อลดปวดของพยาบาล	4.48	.62	มากที่สุด
4. ยาแก้ปวดที่ได้รับสามารถช่วยลดอาการปวดแผลหลังผ่าตัด	4.51	.58	มากที่สุด
5. ความพึงพอใจต่อการให้การบรรเทาปวดด้วยวิธีการไม่ใช้ยาร่วมด้วย	4.25	.78	มาก
6. ความพึงพอใจในภาพรวมต่อการจัดการความปวดตามรูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก	4.51	.58	มากที่สุด

4. ข้อมูลทั่วไปและระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักของพยาบาลวิชาชีพ

4.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลที่เข้าร่วมในโครงการการศึกษาครั้งนี้จำนวนทั้งหมด 12 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.00 ด้านประสบการณ์ในการทำงานมีประสบการณ์ 5-10 คิดเป็นร้อยละ 75.00

4.2 ระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักของพยาบาลวิชาชีพ

พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักภาพรวมในระดับมากที่สุด ($M = 4.56, SD = .52$) พึงพอใจต่อแนวปฏิบัติด้านการให้ข้อมูลความรู้เรื่องความปวดและการจัดการความปวดก่อนผ่าตัดในระดับมากที่สุด ($M = 4.72, SD = .46$) พึงพอใจต่อความถี่ในการสอบถามและประเมินระดับความปวด พึงพอใจต่อแนวปฏิบัติด้านการให้การช่วยเหลือเพื่อลดปวดโดยการให้ยาตามขั้นบันได และพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการบรรเทาปวดด้วยวิธีการไม่ใช้ยาในระดับมาก ($M = 4.37, SD = .61$), ($M = 4.33, SD = .62$) และ ($M = 4.47, SD = .53$) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักของพยาบาลวิชาชีพ ($n = 12$)

รายการ	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติด้านการให้ข้อมูลความรู้เรื่องความปวดและการจัดการความปวดก่อนผ่าตัด	4.72	.46	มากที่สุด
2. ความพึงพอใจต่อความถี่ในการสอบถามและประเมินระดับความปวด	4.37	.61	มาก
3. ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติด้านการให้การช่วยเหลือเพื่อลดปวดโดยการให้ยาตามขั้นบันได	4.33	.62	มาก
4. ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการบรรเทาปวดด้วยวิธีการไม่ใช้ยา	4.47	.53	มาก
5. ความพึงพอใจโดยภาพรวมของรูปแบบการจัดการความปวดและความพึงพอใจของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก	4.56	.52	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยหลังการใช้รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก พบว่าเมื่อประเมินความปวดของผู้สูงอายุ 72 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด ผู้สูงอายุมีระดับความปวดอยู่ที่ ปวดเล็กน้อย (คะแนนความปวด 1-3) ร้อยละ 73.33 และ ปวดปานกลาง (คะแนนความปวด 4-6) ร้อยละ 26.67 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยได้รับการบริหารยาบรรเทาปวดอย่างเต็มที่ตั้งแต่อยู่ในห้องผ่าตัดจนถึง 48 ชั่วโมง หลังการผ่าตัดเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมักมีอาการปวดมาก จึงได้รับยาบรรเทาปวดแบบร่วมกัน (Bunvani, Thongmee, Kawkanok, & Sanguanwongwan, 2018) จะเห็นได้ว่ายาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับเป็นการฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำตามเวลาที่กำหนดและยาระงับปวดเข้าทางช่องไขสันหลังโดยเป็นกลุ่มยาฉีดโอปิออยด์และเอ็นเสด (NSAID) ได้แก่ fentanyl, pethidine, morphine, dynastat, ketolac, tramal เป็นต้น เมื่อครบ 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัดแพทย์จะเริ่มหยุดยาที่ให้ทางหลอดเลือดดำและทางไขสันหลังออก และให้ยาบรรเทาปวดเป็นหลัก พร้อมทั้งเริ่มให้ผู้ป่วยฝึกการเดินซึ่งการเดินเป็นกิจกรรมทำให้ปวดมาก แต่คะแนนความปวดอยู่ที่ระดับปวดน้อยถึงปวดปานกลางเท่านั้น รวมถึงพยาบาลวิชาชีพผู้ที่ใช้รูปแบบการจัดการความปวดได้นำวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาร่วมด้วยการจัดการอาการปวดแบบไม่ใช้ยานั้น เช่น การจัดทำ ทำให้อาการปวดดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของNiruntaweetchai et al. (2023) อภิปรายได้ว่า การจัดทำที่ถูกต้องจะช่วยให้อาการปวดไม่ยืดขยายจนเกินไป ลดความตึงหรือแรงกดบริเวณแผลผ่าตัดจึงเป็นการลดสิ่งกระตุ้นที่ส่งผลให้ความปวดเพิ่มขึ้น

ด้านความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการจัดการความปวดของพยาบาลตามรูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดตามรูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.51$, $SD = .58$) อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการให้การดูแล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Muktanaanun (2012) ที่พบว่า การประเมินความปวดและผลการจัดการความปวดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นหน้าที่สนใจอีกถามและรับฟังปัญหาทำให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$)

ด้านความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักภาพรวมในระดับมากที่สุด ($M = 4.56$, $SD = .52$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Watthanatanyakarn et al. (2018) ที่พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากต่อแนวปฏิบัติในด้านความถี่ที่ใช้ในการสอบถามและประเมินระดับความปวด ในด้านการให้การช่วยเหลือเพื่อลดความปวดโดยการไต่ถามตามขั้น และพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในการให้การบรรเทาปวดด้วยวิธีการไม่ใช้ยาาร่วมด้วยในสัดส่วนที่เท่ากัน ขณะที่พยาบาลมีความพึงพอใจมากที่สุดต่อแนวปฏิบัติการจัดการความปวดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดการความปวดเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยและบริบทของแต่ละโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน อาจทำให้แบบแผน การจัดการที่กำหนดต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก โดยออกแบบงานวิจัยกึ่งทดลองชนิดที่มีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบ เพื่อปรับปรุงคุณภาพการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

References

- Bunvani, T., Thongmee, S., Kawkanok, K., & Sanguanwongwan, S. (2018). The development of pain management system for acute pain service in Sunpasitthiprasong Hospital Ubon Ratchathani. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(2), 77-86. [In Thai]
- Chernporn, P. (2018). The effectiveness of an implementation of adult postoperative pain order for postoperative pain management in recovery room, Hua Hin Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*, 37(3), 262-272. [In Thai]
- Chumpung, K., & Manit, A. (2018). Development of pain management model for patients undergoing lumbar surgery at King Narai Hospital. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 29(1), 42-57. [In Thai]
- Collins, S. L., Moore, R. A., & McQuay, H. J. (1997). The visual analogue pain intensity scale: What is moderate pain in millimeters. *Pain*, 72, 95-97.
- Department of Older Persons. (2023). *Elderly statistics*. Retrieved from <https://www.dop.go.th/th/ know/1> [In Thai]

- Folbert, E. C., Hegeman, J. H., Gierveld, R., van Netten J. J., Velde D. V., Ten Duis H. J., & Slaets J. P. (2017). Complications during hospitalization and risk factors in elderly patients with hip fracture following integrated orthogeriatric treatment. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, 137(4), 507-515.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2001). *JCAHO Pain management standards*. Retrieved from <http://www.jcrinc.com/subscribers/perspectives.asp?durki=3243site=10&return=2897>.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planer* (3rd ed.). Victoria: Deakin University.
- Kingkaew, P., Maleewong, U., Ngarmukos, C., & Teerawattananon, Y. (2012). Evidence to inform decision markers in Thailand: A cost-effective analysis of screening and treatment strategies for postmenopausal osteoporosis. *Value Health*, 15(1 Supl), S20-S28.
- Likert, R. (1967). *The method of constructing and attitude scale, reading in attitude theory and measurement. edited by Martin Fishbein*. New York: John Wiley & Son.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Muktanaanun, W. (2012). Development of post-operative pain nursing management. *Medical journal of Sisaket Surin Burirum hospital*, 27(2), 161-172. [In Thai]
- Ngamkham, S., Sawangchai, J., & Chidnayee, S. (2018). Knowledge about pain assessment and management of Thai nurses. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(1), 81-89. [In Thai]
- Niruntaweechai, N., Asdornwised, U., Sirihorachai, R., & Ramart, P. (2023). The effects of a positioning program for pressure ulcer and peripheral nerve injury prevention during surgery among the older patients undergoing urological surgery. *Nursing Science Journal of Thailand*, 41(4), 101-114. [In Thai]
- Phromphan, W., Kanpai, U., KhunSara, P., & Laochai, W. (2023). An evidence-based nursing pattern for hip fracture patients undergoing hip replacement surgery. *Journal of Nursing Division*, 50(1), 31-43. [In Thai]
- Srikleunkij, P., & Piseth, P. (2015). Effects of clinical practice guideline for post operative pain management in the elderly with hip fracture. *Academic Services Journal Prince of Songkla University*, 26(1), 130-140. [In Thai]
- Tajai, P., Hengnalen, B., & Sanguanpanich, Y. (2020). Hip fracture in older people: Roles of nurses in preventing complications before and after hip surgery. *Christian University Journal*, 26(4), 116-128. [In Thai]
- Thabo Crown Prince Hospital. (2024). *Report on statistics of hip fracture patients who received surgical treatment*. Nongkhai: Thabo Crown Prince Hospital.
- Watthanatanyakarn, D., Sumdaengrit, B., & Kanoksuntornrut, N. (2018). The evaluation of pain management guideline in patients with orthopedic surgery. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(4), 100-109. [In Thai]

ความต้องการของนิสิตพยาบาลในหลักสูตรการจัดการศึกษาที่แตกต่าง จากมาตรฐานการอุดมศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์

ดราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, ปร.ด.¹ นฤมิตร รอดโสภา, วท.ม.^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาความต้องการของนิสิตพยาบาลในการจัดหลักสูตรการจัดการศึกษาที่แตกต่างจากมาตรฐานการอุดมศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จากทั่วประเทศ จำนวน 410 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสำรวจความต้องการของนิสิตในการเรียนในหลักสูตรการจัดการศึกษาที่แตกต่างจากมาตรฐานการอุดมศึกษา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า 3 หลักสูตรที่มีความต้องการมากที่สุด ได้แก่ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการบริหารสภาวะฉุกเฉินและวิกฤตทางการพยาบาล ร้อยละ 61.7 หลักสูตรพยาบาลศาสตรควบปริญญาตรี และปริญญาโท ร้อยละ 49.3 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาธุรกิจการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 47.1 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการสอนทางการพยาบาล ร้อยละ 46.3 ควรนำเสนอผู้บริหารของคณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างหลักสูตร Sandbox ในสาขาการพยาบาล และควรทำการสำรวจความต้องการของนิสิตพยาบาล ทุก 4-5 ปี เนื่องจากความต้องการในหลักสูตรการจัดการศึกษาที่แตกต่างจากมาตรฐานการอุดมศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงไปได้ ขึ้นอยู่กับสภาพสังคมในแต่ละช่วงเวลา

คำสำคัญ: หลักสูตรการจัดการศึกษาที่แตกต่างจากมาตรฐานการอุดมศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ ความต้องการของนิสิตพยาบาล

¹ ศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไปชำนาญการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

The needs of nursing students in differences of educational management programs from Higher education Sandbox of Faculty of Nursing

Darawan Thapinta, Ph.D¹, Naruemit Rodsopa, M.Sc.^{2*}

Abstract

This survey research aimed to explore the educational needs of nursing students within the Higher Education Sandbox of the Faculty of Nursing. The study sample consisted of 410 nursing students from across the country. Data were collected using a questionnaire developed by the research team, and distributed via Google Forms, which included demographic information and student needs regarding educational programs in the Higher Education Sandbox.

The findings revealed that the top three curricula nursing students expressed interest in were: the Bachelor of Nursing Science Program in Emergency and Critical Care Nursing (61.7%), the Double Degree Program for a Bachelor's and Master's Degree in Nursing (49.3%), and the Bachelor of Nursing Science Program in Business for Elderly Care (47.1%). These results suggest that administrators of the Faculty of Nursing should consider integrating these programs into the curriculum. Additionally, it is recommended that nursing student needs be reassessed every 4-5 years, as their preferences for educational management may shift in response

Key words: Higher Education Sandbox, Faculty of Nursing, Needs of Student Nurse

¹ Professor Faculty of Nursing, Burapha University

² Administration Officer, Professional Level Faculty of Nursing, Burapha University

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

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการประเมินความต้องการจำเป็นมีกระบวนการที่เป็นระบบและมีระเบียบวิธีที่หลากหลายจนเรียกได้ว่าเป็นการวิจัยเชิงประเมินประเภทหนึ่ง การประเมินความต้องการจำเป็นมีประโยชน์อย่างมากในการทำให้การวางแผนมีทิศทาง เป็นไปได้และมีโอกาสเกิดสัมฤทธิ์ผลตามที่มุ่งหวัง นอกจากนี้ ยังเป็นข้อมูลที่ใช้เป็นหลักเทียบความสำเร็จของการดำเนินงานทำให้สามารถวางแผนการปฏิบัติภายใต้ทางเลือกที่เหมาะสม เป็นเทคนิคที่ช่วยให้เกิดการใช้ทรัพยากรในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่า และสามารถตรวจสอบได้ McCaslin and Tibeziinda (2014 as cited in Wongwanich, 2015) ให้ความหมาย การประเมินความต้องการจำเป็นว่า เป็นกระบวนการที่เป็นระบบในการจัดลำดับความสำคัญ และการตัดสินใจที่สัมพันธ์กับการวางแผนการพัฒนา และการปฏิบัติในโครงการ การประเมินความต้องการจำเป็นเป็นการกำหนดช่องว่างระหว่างสิ่งที่เป็นอย่างกับสิ่งที่ควรจะเป็นของผลลัพธ์ และจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นนั้น โดยเน้นการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลจากบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากโครงการ ส่วน Witkin and Altschuld (1995 as cited in Wongwanich, 2015) กล่าวว่า การประเมิน ความต้องการจำเป็น เป็นกระบวนการประเมินเพื่อกำหนดความแตกต่างของสภาพที่เกิดขึ้น กับสภาพที่ควรจะเป็น จากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ และประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นจริงว่าสมควรเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง การประเมินความต้องการจำเป็นทำให้ได้ข้อมูลที่น่าไปสู่การเปลี่ยนแปลงกระบวนการจัดการศึกษา หรือการเปลี่ยนแปลงผลที่เกิดขึ้นปลายทาง การเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากการประเมินความต้องการจำเป็นจึงเป็นการเปลี่ยนแปลงในเชิงสร้างสรรค์ และเป็นการเปลี่ยนแปลงทางบวก

หลักสูตร การจัดการศึกษาที่แตกต่างจากมาตรฐานการอุดมศึกษา (Higher Education Sandbox) นับเป็นแนวทางสำคัญที่เปิดโอกาสให้สถาบันอุดมศึกษาก้าวข้ามข้อจำกัดในการจัดการศึกษา สามารถออกแบบและจัดการศึกษารูปแบบใหม่ที่เป็นนวัตกรรมอุดมศึกษา เป็นการจัดการศึกษาเพื่อก้าวข้ามข้อจำกัดของทรัพยากรในการจัดการศึกษา ทำให้สามารถขยายกำลังการผลิตกำลังคนในสาขาที่ขาดแคลนได้อย่างรวดเร็วและเพียงพอ โดยเครือข่ายภาคผู้ใช้บัณฑิต (Demand Consortium) เพื่อก้าวข้ามข้อจำกัดของการเชื่อมโยงระหว่าง Demand-Supply ทำให้สถาบันอุดมศึกษาสามารถผลิตบัณฑิตที่ตอบโจทย์ภาคผู้ใช้บัณฑิตมากยิ่งขึ้น โดยมีความร่วมมือกับสภาวิชาชีพ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนมาตรฐานวิชาชีพไปพร้อม ๆ กับการปรับเปลี่ยนมาตรฐานหลักสูตรให้ตอบโจทย์โลกยุคใหม่มากยิ่งขึ้น มุ่งเน้นการสร้างสมรรถนะปลายทางให้ผู้เรียนอย่างแท้จริง (Competency-based Education) และการออกแบบหลักสูตรรูปแบบใหม่ที่ผสมผสานการสร้าง Technical skills และ Soft skills สำหรับการทำงานไปพร้อม ๆ กัน ทำให้สามารถผลิตบัณฑิตที่มีสมรรถนะที่ตอบโจทย์ พร้อมเริ่มงานได้ทันที (National Policy for Higher Education, Science, Research and Innovation, 2023)

การเกิดขึ้นของ หลักสูตรการจัดการศึกษาที่แตกต่างจากมาตรฐานการอุดมศึกษา เพื่อตอบโจทย์การพัฒนาประเทศอย่างเร่งด่วนอย่างแท้จริง สิ่งนี้จะช่วยให้ภาคเอกชนภาคอุตสาหกรรมหรือสถาบันอุดมศึกษา ได้ร่วมมือกันพัฒนาหลักสูตรแบบนอกกรอบอย่างเร่งด่วน นำไปสู่การใช้งานจริงสนองนโยบายของประเทศโดยตรงในการสร้างและพัฒนากำลังคนที่มีสมรรถนะสูง สามารถออกไปทำงานได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การจัดการศึกษาในระบบนี้ต้องเข้าใจเป้าหมายการพัฒนาหลักสูตร มิ้มมอง เข้าถึงผู้เรียนยุคใหม่โดยตรง พร้อมเปิดรับแนวคิด/ความต้องการผู้เรียนแบบใหม่ ๆ และการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ จึงจะสามารถพัฒนาหลักสูตรอย่างเหมาะสมได้ (Pathumnakul, 2022) จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีการศึกษาสำรวจความต้องการของนิสิตพยาบาล ในการจัดหลักสูตรการจัดการศึกษาที่แตกต่างจากมาตรฐานการอุดมศึกษาของนิสิตพยาบาล จึงอาจทำให้คณะพยาบาลศาสตร์ ที่ต้องการสร้างหลักสูตรการจัดการศึกษาที่แตกต่างจากมาตรฐานการอุดมศึกษา ดำเนินการสร้างหลักสูตรที่อาจไม่ตรงกับความต้องการของนิสิตพยาบาลได้ จึงอาจทำให้เสียเวลาในการสร้างหลักสูตร ที่มิผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความต้องการของนิสิตพยาบาลในการจัดหลักสูตรการจัดการศึกษาที่แตกต่างจากมาตรฐานการอุดมศึกษา ซึ่งยังไม่เคยมีการสำรวจมาก่อน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างหลักสูตร เพื่อให้เหมาะสมกับผู้เรียนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความต้องการของนิสิตพยาบาล ในมหาวิทยาลัยใน 5 ภาคของประเทศไทย ในหลักสูตรการจัดการศึกษาที่แตกต่างจากมาตรฐานการอุดมศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์

กรอบแนวคิดการวิจัย

เป็นการวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากนิสิตพยาบาล ในความต้องการการเข้าเรียนหลักสูตรการจัดการศึกษาที่แตกต่างจากมาตรฐานการอุดมศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ ว่ามีลักษณะอย่างไร โดยทีมผู้วิจัยเสนอหลักสูตรการจัดการศึกษาที่แตกต่างจากมาตรฐานการอุดมศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อศึกษาความสนใจของนิสิตพยาบาลต่อหลักสูตรดังกล่าว เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างหลักสูตรการจัดการศึกษาที่แตกต่างจากมาตรฐานการอุดมศึกษา ที่ตอบสนองความต้องการของผู้เรียนอย่างเหมาะสมต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นนิสิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จากทั่วประเทศ

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นนิสิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มาจากมหาวิทยาลัยของรัฐ จำนวน 341 คน และเพิ่มไว้ในกรณีไม่ตอบกลับมาอีก 20% รวมเป็นทั้งสิ้น 410 คน ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยเปิดตารางการหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างในกรณีทราบจำนวนกลุ่มประชากร Krejcie and Morgan (1970) กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มคณะพยาบาลศาสตร์ในแต่ละภาค โดยภาคเหนือ ได้แก่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ภาคตะวันออก ได้แก่ มหาวิทยาลัยบูรพา ภาคกลาง ได้แก่ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย และภาคใต้ ได้แก่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สถาบันละ 82 คน โดยการสุ่มอย่างง่ายจากรหัสของนิสิต รวมเป็นทั้งสิ้น 410 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสำรวจ ความต้องการของนิสิตในการเรียน ในหลักสูตรการจัดการศึกษาที่แตกต่างจากมาตรฐานการอุดมศึกษา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในระบบ กูเกิ้ลฟอร์ม โดยมีทั้งคำถามเชิงปริมาณ และคำถามที่เปิดไว้ให้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม มีจำนวน 17 ข้อ มีคำตอบให้เลือกตอบได้แก่ ต้องการน้อย ต้องการน้อยที่สุด และไม่น่าสนใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบบันทึกข้อมูลให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยทุกข้อ และมีข้อเสนอแนะหลักสูตรเพิ่มเติม หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสำรวจความต้องการของนิสิตในการเรียนในหลักสูตรการจัดการศึกษาที่แตกต่างจากมาตรฐานการอุดมศึกษาตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (HU014/2567) เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับลิงก์แบบสอบถาม Google form ในส่วนต้นของแบบสอบถามจะมีเอกสารคำชี้แจงเข้าร่วมการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลต่อการเรียนการสอน และทราบว่าข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสเข้าได้เฉพาะหัวหน้าทีมวิจัย การเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากได้รับการเผยแพร่แล้วประมาณ 1 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องกดตอบรับยินดียที่จะเข้าร่วมการวิจัย

จึงจะสามารถเข้าตอบแบบสอบถามได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ทีมวิจัยเก็บข้อมูลตามที่ได้กำหนดไว้ โดยผู้ประสานงานของแต่ละสถาบันจะเป็นผู้ส่งกลุ่มตัวอย่างจากรหัสของนักศึกษา และส่งลิงก์แบบสอบถามแบบกูเกิ้ลฟอร์ม ให้กลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ทีมผู้วิจัยนำผลมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก นำข้อมูลมาวิเคราะห์ผล โดยใช้สถิติพรรณนา หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จัดกลุ่มหลักสูตรตามระดับความต้องการ แล้วนำมาอภิปรายผล และให้ข้อเสนอแนะต่อไป

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 410)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	45	11.0
หญิง	357	87.1
ไม่ต้องการระบุเพศ	7	1.7
เลสเบี้ยน	1	0.2
อายุ		
18-20 ปี	188	45.8
21-23 ปี	213	52.7
24-26 ปี	6	1.5
$(\bar{X} = 20.74, SD = 1.292, \text{Min} = 18, \text{Max} = 26)$		
ระดับชั้นปี		
ปีที่ 1	76	18.5
ปีที่ 2	180	43.9
ปีที่ 3	72	17.6
ปีที่ 4	82	20.0

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 357 คน คิดเป็น ร้อยละ 87.1 เป็นเพศหญิง จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 11.0 เป็นเพศชาย กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 2 จำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 43.9 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 20.74 ($SD = 1.292$)

ส่วนที่ 2 ความต้องการของนิสิตพยาบาลในหลักสูตรการจัดการศึกษาที่แตกต่างจากมาตรฐานการอุดมศึกษา
ของคณะพยาบาลศาสตร์

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละความต้องการของนิสิตพยาบาลในหลักสูตรการจัดการศึกษาที่แตกต่างจากมาตรฐาน
การอุดมศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ (n = 410)

หลักสูตร	ต้องการมากที่สุด		ต้องการมาก		ต้องการปานกลาง		ต้องการน้อย		ต้องการน้อยที่สุด		ไม่น่าสนใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาผู้นำธุรกิจทางการพยาบาลเชิงสร้างสรรค์	94	22.9	164	40.0	129	31.5	18	4.4	2	0.5	3	0.7
2. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีทางการพยาบาล	117	28.5	161	39.3	113	27.6	15	3.7	3	0.7	1	0.2
3. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการสอนทางการพยาบาล	190	46.3	144	35.1	59	14.4	8	2.0	5	1.2	4	1.0
4. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการดูแลธุรกิจท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ	91	25.9	106	25.9	149	36.3	40	9.8	14	3.4	10	2.4
5. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสารสนเทศ	63	15.4	121	29.5	152	37.1	55	13.4	10	2.4	9	2.2
6. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาธุรกิจการดูแลผู้สูงอายุ	193	47.1	157	38.3	55	13.4	3	0.7	1	0.2	1	0.2
7. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการบริหารสภาวะฉุกเฉินและวิกฤตทางการแพทย์พยาบาล	253	61.7	127	31.0	27	6.6	0	0	2	0.5	1	0.2

ตารางที่ 2 (ต่อ)

หลักสูตร	ต้องการมากที่สุด		ต้องการมาก		ต้องการปานกลาง		ต้องการน้อย		ต้องการน้อยที่สุด		ไม่น่าสนใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
8. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยรับผู้จบปริญญาตรีจากทุกสาขาวิชา	117	28.5	87	21.2	90	22.0	44	10.7	22	5.4	50	12.2
9. หลักสูตรพยาบาลศาสตรควบปริญญาตรีและปริญญาโท	202	49.3	131	32.0	68	16.6	4	1.0	2	0.5	3	0.7
10. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย	158	38.5	159	38.8	80	19.5	6	1.5	4	1.0	3	0.7
11. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชะลอวัย	169	41.2	133	32.4	84	20.5	12	2.9	1	0.2	11	2.7
12. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขากายภาพวีธี	105	25.6	120	29.3	137	33.4	27	6.6	8	2.0	13	3.2
13. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาเภสัชชุมชน	166	40.5	137	33.4	89	21.7	10	2.4	4	1.0	4	1.0
14. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาเศรษฐศาสตร์สุขภาพ	76	18.5	103	25.1	136	33.2	62	15.1	13	3.2	20	4.9
15. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขานวัตกรรมทางการแพทย์	135	32.9	137	33.4	101	24.6	20	4.9	9	2.2	8	2.0

ตารางที่ 2 (ต่อ)

หลักสูตร	ต้องการมากที่สุด		ต้องการมาก		ต้องการปานกลาง		ต้องการน้อย		ต้องการน้อยที่สุด		ไม่น่าสนใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
16. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาภูมิปัญญาไทยทางสุขภาพ	72	17.6	93	22.7	145	35.4	59	14.4	12	2.9	29	7.1
17. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลอาชีวอนามัย	113	27.6	147	35.9	105	25.6	29	7.1	8	2.0	8	2.0

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในหลักสูตรระดับมากที่สุดจำนวน 7 หลักสูตร ได้แก่
อันดับ 1 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการบริหารสภาวะฉุกเฉินและวิกฤตทางการพยาบาล จำนวน
253 คน คิดเป็นร้อยละ 61.7

อันดับ 2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรควบปริญญาตรี และปริญญาโท จำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 49.3
อันดับ 3 และ อันดับ 4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขารัฐกิจการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 193 คน คิดเป็น
ร้อยละ 47.1 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการสอนทางการพยาบาล จำนวน 190 คน คิดเป็นร้อยละ 46.3
อันดับ 5 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชะลอวัย จำนวน 169 คน คิดเป็น
ร้อยละ 41.2
อันดับ 6 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาเภสัชชุมชน จำนวน 166 คน คิดเป็นร้อยละ 40.5
อันดับ 7 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยรับผู้จบปริญญาตรีจากทุกสาขาวิชา จำนวน 117 คน คิดเป็น
ร้อยละ 28.5

กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในหลักสูตรระดับมากจำนวน 5 หลักสูตร ได้แก่
อันดับ 1 และอันดับ 2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาผู้นำธุรกิจทางการพยาบาลเชิงสร้างสรรค์ จำนวน
164 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีทางการพยาบาล จำนวน 161 คน
คิดเป็นร้อยละ 39.3
อันดับ 3 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย จำนวน 159 คน คิดเป็น
ร้อยละ 38.8
อันดับ 4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลอาชีวอนามัย จำนวน 147 คน คิดเป็น
ร้อยละ 35.9
อันดับ 5 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขานวัตกรรมทางการพยาบาล จำนวน 137 คน คิดเป็น
ร้อยละ 33.4

กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในหลักสูตรระดับปานกลางจำนวน 5 หลักสูตร ได้แก่

อันดับ 1 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสารสนเทศ จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 37.1

อันดับ 2 พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการดูแลธุรกิจท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 36.3

อันดับ 3 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาภูมิปัญญาไทยทางสุขภาพ จำนวน 145 คน คิดเป็น ร้อยละ 35.4

อันดับ 4 และ อันดับ 5 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขากายภาพวิถิ จำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ 33.4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาเศรษฐศาสตร์สุขภาพ จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 33.2

และพบว่าไม่มีหลักสูตรใด มีความต้องการอยู่ในระดับน้อย และต้องการน้อยที่สุด

อภิปรายผล

จากผลของการสำรวจ จะเห็นได้ว่า 7 หลักสูตรที่มีความต้องการมากที่สุด สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นสาขาที่อยู่ในงานรับผิดชอบในบทบาทของพยาบาลในยุคปัจจุบัน ได้แก่ สาขาการบริหารสภาวะฉุกเฉินและวิกฤตทางการแพทย์ สาขาธุรกิจการดูแลสุขภาพ สาขาวิชาพยาบาลชะลอวัย สาขาเภสัชชุมชน กลุ่มที่ 2 เป็นหลักสูตรที่ต้องการเรียนในสาขาพยาบาลโดยใช้เวลาน้อยลง หรือ มาจากวิชาชีพอื่น ได้แก่ หลักสูตรพยาบาลศาสตรควบปริญญาตรี และปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยรับผู้จบปริญญาตรีจากทุกสาขาวิชา และ กลุ่มที่ 3 เป็นผู้สนใจในเรื่องการเรียนการสอน คือ สาขาการสอนทางการแพทย์ จะเห็นได้ว่าทั้ง 3 กลุ่มสอดคล้องกับสภาพการของสภาพสังคมในปัจจุบัน ดังจะอภิปรายต่อไปนี้

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถเกิดขึ้นได้ทุกที่ทุกเวลา แม้จะได้มีการป้องกันไว้ในระดับหนึ่งแล้ว จะเห็นได้จากสถานการณ์โลก อัตราการเสียชีวิตก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง ร้อยละ 14.6 ถึง 47.6 โดยที่ ร้อยละ 4.9-11.3 สามารถป้องกันได้อย่างมีศักยภาพ และ ร้อยละ 25.8-42.7 สามารถป้องกันได้ สาเหตุที่พบบ่อยที่สุด ร้อยละ 27.0-58.0 คือการรักษาผู้ป่วยที่บาดเจ็บลำไส้ ตามด้วยการจัดการ ร้อยละ 40.0-60.0 และข้อผิดพลาดในการรักษา ร้อยละ 50.0-76.6 (National Institute for Emergency Medicine (NIEM), 2022) ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทยพบว่า อัตราอุบัติการณ์จากการเจ็บป่วยฉุกเฉินในระยะเวลา 5 ปี (ปี 2559-2563) เท่ากับ 12,000 ต่อประชากรแสนคน โดยอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2559 จนถึงปี 2562 และลดลงในปี 2563 อัตราการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินในระยะเวลา 5 ปี (ปี 2559-2563) เท่ากับ 179.6 ต่อแสนประชากร โดยอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ตั้งแต่ปี 2559 จนถึงปี 2562 และลดลงในปี 2563 เช่นเดียวกับอัตราอุบัติการณ์การบาดเจ็บ อัตราการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน พบว่าภาคกลางมีอัตราการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินมากที่สุด รองลงมา คือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และ กรุงเทพมหานคร ตามลำดับ (NIEM, 2022) โดยมีศูนย์รับแจ้งและสั่งการ 80 แห่ง หน่วยปฏิบัติการแพทย์ที่ปฏิบัติงาน 5,907 แห่ง ไม่มีหน่วยปฏิบัติการแพทย์ให้บริการ EMS 1,889 ตำบล และ โดยมีผู้ปฏิบัติการทั้งประเทศจำนวนเพียง 88,714 คน จึงมีความต้องการการพัฒนาบุคลากร ด้าน EMS การฝึกอบรม การเรียนการสอน และการพัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติการ โดยจะเน้นการอบรมแบบ Online (NIEM, 2022) ผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นผู้ที่มีความสำคัญยิ่งต่อผู้ป่วยและผู้ที่ได้รับบาดเจ็บด้วยสาเหตุต่าง ๆ สามารถช่วยบรรเทาความรุนแรงของการบาดเจ็บและลดความสูญเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนน อุบัติภัย ภัยพิบัติ ภัยธรรมชาติ และพบว่าระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยยังมีความต้องการผู้ปฏิบัติการสำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลอีกเป็นจำนวนมาก แต่จำนวนแหล่งผลิตยังไม่เพียงพอ (National Emergency Medicine Master Plan, No.3.1, 2019-2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ Unahalekhaka (2022) พบว่า หนึ่งในอุปสรรคและความต้องการของ

ผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินในภาคเหนือปฏิบัติการในเขตภาคเหนือ คือประสบอุปสรรคในการปฏิบัติงานทั้งด้านการบริหาร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์และด้านบุคลากร นอกจากนี้การศึกษาเรื่อง การสังเคราะห์งานวิจัยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2560-2566 (Dounghipsirikul & Sirisamutr, 2024) พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีงานวิจัยรองรับมากที่สุด ซึ่งถือว่าสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยคาดว่าในปี 2583 ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.4 จากข้อมูลพบว่า ประเทศไทยกำลังเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” ในระยะเวลาอีกไม่เกิน 10 ปี และจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นไปถึง 25% (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, 2020) ดังนั้นจะทำให้ปริมาณความต้องการการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้สูงอายุมีเพิ่มสูงขึ้น

ส่วนของความต้องการในหลักสูตรพยาบาลศาสตรควบปริญญาตรีและปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยรับผู้จบปริญญาตรีจากทุกสาขาวิชา และสาขาการสอนทางการพยาบาล น่าจะอธิบายได้จากการขาดแคลนพยาบาลและอาจารย์พยาบาล พบว่าวิกฤติที่ประเทศไทยพบคือ ความขาดแคลนพยาบาลในการดูแลประชาชน อย่างแพทย์ 1 คน ต้องมีพยาบาลอย่างน้อย 4 คน แต่พยาบาลในปัจจุบันของประเทศไทยมีสัดส่วนดูแลประชาชนเฉลี่ยเพียง 1 ต่อ 300 กว่าคน มีเพียงบางพื้นที่อยู่ 1 ต่อ 700 คน อย่างไรก็ตาม ภาพรวมเฉลี่ยยังขาดแคลนอยู่ 51,420 คน นี่ก็เฉพาะภาครัฐ ไม่ได้รวมเอกชน จึงเป็นความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่ต้องผลิตเพิ่ม การขาดแคลนพยาบาลและปัญหาการกระจายกำลังคนด้านบริการสุขภาพตามภูมิภาคนั้น สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรในประเทศไทยอยู่ที่ 1 ต่อ 343 ขณะที่องค์การอนามัยโลกระบุสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรที่ 1 ต่อ 270 คน โดยไทยมีปัญหาการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพในส่วนภูมิภาค 42 จังหวัดที่มีสัดส่วนมากกว่า 1 ต่อ 400 และมี 15 จังหวัดที่มีสัดส่วนมากกว่า 1 ต่อ 500 จึงนับว่าปัญหานี้ยังคงต้องการการแก้ไข โดยสนับสนุนให้ผู้จบสาขาอื่น ๆ สามารถเข้าเรียนในสาขาพยาบาลได้ โดยเฉพาะผู้ที่จบสายวิทยาศาสตร์การแพทย์ (Srikaew, 2023)

ความต้องการในระดับมากที่สุดอีกหลักสูตรในสาขาการสอนทางการพยาบาล อธิบายได้ว่า การขาดแคลนอาจารย์พยาบาลเป็นปัญหาระดับชาติ ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพการศึกษาพยาบาลและสถาบันการศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษาจึงมีการจำกัดจำนวนรับนักศึกษา เพื่อให้ได้อัตราส่วนที่เหมาะสมกับจำนวนอาจารย์ ทั้งในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรีและบัณฑิตศึกษา ทำให้การผลิตบัณฑิตลดลง เกิดการขาดแคลนพยาบาลและส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ นอกจากนั้นการขาดแคลนอาจารย์ยังทำให้อาจารย์พยาบาลที่เหลือ ต้องทำงานหนักจนเกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่ายในการทำงานและอาจต้องการลาออกเพิ่มขึ้น ยิ่งทำให้ปัญหาการขาดแคลนอาจารย์เพิ่มขึ้น อีกปัญหาการขาดแคลนพยาบาลนั้นเกิดขึ้นทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วย สาเหตุสำคัญนั้นเนื่องมาจากการขยายสถานที่บริการทางด้านสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น อายุการทำงานของพยาบาลสั้นลง ซึ่งการขาดแคลนพยาบาลนั้นส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของประชาชน และการขาดแคลนนี้นี้ยังคงอยู่ต่อไปถ้าฝ่ายการผลิตไม่สามารถผลิตพยาบาลให้ได้ตามเป้าหมาย เพราะยังมีปัญหาในเรื่องการขาดแคลนอาจารย์พยาบาล การขาดแคลนอาจารย์พยาบาลจึงเป็นปัญหาระดับชาติ ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพการศึกษา (Phaktoop & Saradhuldhath, 2018) โดยสภาการพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ดูแลในเรื่องนี้ได้เสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในประเทศไทยอย่างเป็นระบบต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงฯ ผ่านปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 เช่นการจ้างผู้เกษียณอายุราชการที่มีความรู้ความสามารถ ส่งเสริมการจ้างงานแบบบางเวลา เป็นต้น (Srikaew, 2023)

ส่วนความต้องการในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาเภสัชชุมชน นิสสุวรรณ ลีลาศรีมี นายกสภาเภสัชกรรมเปิดเผยว่า ปัจจุบันมีจำนวนเภสัชกรที่ยังทำงานอยู่ประมาณ 28,000 คน ซึ่งจากงานวิจัยพบว่าจำนวนเภสัชกรยังไม่เพียงพอในการดูแลผู้บริโภคและผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อดูแลสุขภาพและความปลอดภัยจากการใช้ยา รวมทั้งสมุนไพร โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีการใช้ยาต่อเนื่องและซับซ้อน ภายใต้สถานการณ์ความต้องการทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุมีสัดส่วนมากขึ้น อัตราโรคเรื้อรัง และปัญหาการดื้อยาที่สูงขึ้น ส่งผลให้ระบบสุขภาพเผชิญปัญหาการใช้ยาที่มีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น ผู้ป่วยต้องการเวลาของเภสัชกรในการดูแลและ

ให้บริการทางเภสัชกรรมมากขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) ซึ่งเป็นแผนแม่บทในการพัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขของประเทศ โดยกำหนดให้ทั้งประเทศมี 12 เขตสุขภาพและจัดแบ่งบทบาทหน้าที่ของสถานบริการเป็นระดับต่าง ๆ ตั้งแต่การบริการระดับปฐมภูมิ ตติยภูมิ และตติยภูมิขั้นสูง โดยให้ในแต่ละเขตสุขภาพมีศักยภาพและสามารถจัดบริการได้ครอบคลุมในการรักษาโรคที่เป็นปัญหาสำคัญได้ทุกโรคภายในเขตสุขภาพเพื่อลดการส่งต่อผู้ป่วยข้ามเขตหรือเข้ากรุงเทพมหานคร (Hfocus, 2019) ภายใต้สถานการณ์ความต้องการทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุมีสัดส่วนมากขึ้น อัตราโรคเรื้อรัง และปัญหาการดื้อยาที่สูงขึ้น ส่งผลให้ระบบสุขภาพเผชิญปัญหาการใช้ยาที่มีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น ผู้ป่วยต้องการเวลาของเภสัชกรในการดูแลและให้บริการทางจำนวนร้านยาที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลิตภัณฑ์มวลรวมรายจังหวัดต่อประชากรในแต่ละเขตสุขภาพ และเมื่อจำแนกร้านยาตามในและนอกเขตเทศบาล พบว่าเขตสุขภาพเกือบทั้งหมดมีร้านยาดังอยู่ในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาล ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการกระจายร้านยาในประเทศไทยมีความเหลื่อมล้ำกันในแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจส่งผลให้การเข้าถึงยาและบริการเภสัชกรรมของประชาชนมีคุณภาพเท่าเทียมกัน (Nitikarun & Upakdeet, 2020) เหตุนี้จึงน่าจะเข้าใจได้ว่าทำไมความต้องการในหลักสูตร หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาเภสัชชุมชน จึงมีความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุดอีกสาขาหนึ่ง

จากการสำรวจความต้องการของนิสิตพยาบาลในหลักสูตรการจัดการศึกษาที่แตกต่างจากมาตรฐานการอุดมศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ และพบว่ามีความต้องการอยู่ในระดับมาก จำนวน 5 หลักสูตร แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทางธุรกิจและเทคโนโลยี ได้แก่ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาผู้นำธุรกิจทางการพยาบาล เชิงสร้างสรรค์ สาขาเทคโนโลยีทางการพยาบาล และกลุ่มที่เกี่ยวกับงานเฉพาะในวิชาชีพ คือ สาขาการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย สาขาการพยาบาลอาชีวอนามัย อภิปรายได้ว่า ความต้องการในกลุ่มทางธุรกิจและเทคโนโลยี มีความสอดคล้องกับสภาพสังคมในปัจจุบัน ทั้งจากรายได้ที่ไม่เหมาะสมกับงานหนัก พยาบาลวิชาชีพได้รับค่าตอบแทนเฉลี่ย 38,581 บาทต่อคนต่อเดือน ส่วนใหญ่ร้อยละ 66.8 เป็นเงินเดือน/ค่าจ้าง รองลงมาเป็นค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ค่าเวรภัย/ดึก ค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานร้อยละ 18.8 ค่าตอบแทนตามความเชี่ยวชาญและพื้นที่ร้อยละ 6.6 ค่าตอบแทนที่จ่ายเพิ่มเป็นรายเดือนร้อยละ 6.5 และค่าสวัสดิการร้อยละ 1.2 โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จ่ายค่าตอบแทนพยาบาลต่อคนต่อเดือนในอัตราที่ใกล้เคียงกัน เมื่อจำแนกตามประเภทค่าใช้จ่ายพบว่า เงินเดือน/ค่าจ้าง และค่าตอบแทนที่จ่ายเพิ่มรายเดือน (เงินประจำตำแหน่ง และเงินเพิ่มรายเดือน) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุและอายุงานที่เพิ่ม (Ruangrattanatrai & Sawaengdee, 2019) เพราะการขยายตัวอย่างมากและรวดเร็วของตลาดแรงงานในอุตสาหกรรมด้านสุขภาพจากการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ทำให้ผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลมีโอกาสมากขึ้นในการทำงานในภาคเอกชน ความสนใจในงานทางธุรกิจจึงมีมากขึ้น ประกอบกับการบริหารจัดการทางการพยาบาล ที่นับว่าเป็นโอกาสในการเร่งพัฒนาประสิทธิภาพการบริการด้านสุขภาพโดยการลดต้นทุนและปรับปรุงคุณภาพการบริการในเชิงธุรกิจที่จะสามารถเสริมสร้างความแข็งแกร่งและปรับรูปแบบนวัตกรรมการบริหารการพยาบาลในยุคเทคโนโลยีที่พลิกโฉมนี้ด้วยเช่นกัน (Herrmann et al., 2018) จึงทำให้นิสิตพยาบาลสนใจในหลักสูตรเหล่านี้

ส่วนสาขาการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย สาขาการพยาบาลอาชีวอนามัย อภิปรายได้ว่า จำนวนแต่ละปีทั่วโลกจะมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายราว ๆ 40 ล้านคน ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ในจำนวนนี้มีถึง 78% ที่อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง - ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 40 ล้านคนทั่วโลก มีเพียง 14% เท่านั้น ที่ได้รับการดูแลแบบ Palliative (Hfocus, 2019) และความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ความต้องการข้อมูลในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 2) ความต้องการประสานงาน เพื่อเข้าถึงบริการระยะท้าย 3) ความต้องการให้บุคลากรของสถานบริการช่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แทนตนเองเมื่อจำเป็น และ 4) ความต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน (Kanchanachari, Sirapo-ngam, & Monkong, 2017) ดังนั้นสาขาการดูแลผู้ป่วย

ในระยะสุดท้ายจึงน่าสนใจ ในส่วนความต้องการในสาขาการพยาบาลอาชีวอนามัย พบว่าในปัจจุบันได้มีการตระหนักถึงความสำคัญด้านอาชีวอนามัยเพิ่มขึ้นทั่วโลก เนื่องจากมีผู้ที่ทำงานในลักษณะต่าง ๆ ในสถานประกอบการทั้งภาครัฐและเอกชน ดังนั้นสุขภาพอนามัยในการประกอบอาชีพของประชาชนวัยทำงาน ในชุมชนและสังคมทั่วไป ซึ่งโดยทั่วไปผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสที่จะได้รับอันตรายและผลกระทบจากการทำงานได้ตลอดเวลา และพบว่าผู้ทำงานเกิดความเจ็บป่วยและได้รับอันตรายจากการทำงานเพิ่มจำนวนมากขึ้นในแต่ละปีทั่วโลกโดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ให้การดูแลด้านนี้มีจำนวนไม่เพียงพออีกด้วย (Kunaviktikul, 2019)

ผลจากการสำรวจยังพบว่า มีหลักสูตรที่มีความต้องการในระดับปานกลาง จำนวน 5 หลักสูตร ได้แก่ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสารสนเทศ สาขาการดูแลธุรกิจท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ สาขานิติวิทยาศาสตร์ไทยทางสุขภาพ สาขากายภาพวิทย์ และสาขาเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ซึ่งเป็นสาขาที่นิสิตอาจไม่ค่อยคุ้นเคย เช่นสาขาวิชาพยาบาลสารสนเทศ ความหมายของสารสนเทศทางการพยาบาล หมายถึงการบูรณาการระหว่างศาสตร์การพยาบาล วิทยาการคอมพิวเตอร์ และเทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการและเชื่อมต่อข้อมูลเพื่อช่วยในการตัดสินใจซึ่งการสนับสนุนนี้เป็นการสนับสนุนโดยใช้โครงสร้าง กระบวนการและเทคโนโลยีด้านสารสนเทศ โดยพยาบาลสารสนเทศนั้นทำหน้าที่สนับสนุนทั้งผู้ป่วย ผู้รับบริการ พยาบาล และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (Wonganantnont, 2014) แต่จะเห็นได้ว่ายังพบปัญหาว่าการขาดแคลนบุคลากรด้านสารสนเทศ เนื่องจากไม่มีกรอบอัตรากำลังรองรับ ภาระงานการพยาบาลที่หนัก รวมถึงทักษะด้านภาษาอังกฤษ ซึ่งต้องใช้ในการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลวิจัยต่างประเทศ (Kongsepan, 2013) ผู้บริหารองค์กรพยาบาลควรให้การสนับสนุนงบประมาณในการส่งพยาบาลเพื่อเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศทางด้านสุขภาพในการพยาบาลเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านและเป็นการเตรียมความพร้อมแก่พยาบาลในการปรับระบบการทำงานให้สอดคล้องกับเทคโนโลยีสารสนเทศที่เข้ามาใหม่ ป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพในการพยาบาลแก่ผู้ป่วยต่อไป (Silapavitayatorn & Bunpitcha, 2020)

ตามความหมายของสถาบันด้านสุขภาพสากล (Global Wellness Institute [GWI], 2014) ได้กล่าวไว้ว่าการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หมายถึง การเดินทางที่แสวงหาการบำรุงและส่งเสริมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเป็นหนึ่งในแนวโน้มที่เติบโตอย่างรวดเร็วในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความแข็งแกร่งของวัฒนธรรม เป็นจุดแข็งที่ภาครัฐและเอกชนจำเป็นต้องร่วมมือผลักดันให้กลายเป็นจุดขาย เพื่อขับเคลื่อนการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพให้กลายเป็นรายได้หลักของประเทศในอนาคต ความสามารถในการแข่งขันทางด้านตลาดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของประเทศไทยโดยพบว่าการเติบโตไปในทิศทางบวก อย่างไรก็ตามยังเป็นแนวโน้มที่ค่อนข้างใหม่ ส่วนในสาขานิติวิทยาศาสตร์ไทยทางสุขภาพ สำนักงานการสุขภาพแห่งชาติ กล่าวว่า เป็นองค์ความรู้ที่ผ่านกระบวนการศึกษา สังคมประสบการณ์ และสืบทอดมาจากบรรพบุรุษ เพื่อนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือการส่งเสริม สุขภาพตามวิถีชีวิตและวัฒนธรรมในแต่ละท้องถิ่นได้อย่างเหมาะสม การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพฯ แสดงให้เห็นถึงโอกาสและศักยภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในปี 2019 พบว่า ได้มีบทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างดี เกิดการศึกษาวิจัย รื้อฟื้นองค์ความรู้ดั้งเดิมเพื่อนำมาใช้อย่างเร่งด่วน เช่น ยาฟ้าทะลายโจร ยากระชาย ตำรับยาดั้งเดิม เช่น ยาจันทลีลา ยาเบญจโลกวิเชียร (ยาห้าาราก) ตำรับยาขาว ตำรับยาตรีผลา ฯลฯ ซึ่งแสดงให้เห็นบทบาทของกลุ่มและเครือข่ายวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ก็ยังคงเป็นสาขาที่เพิ่งเป็นที่สนใจหลังการระบาดของโรคโควิด 19 (National Health Agency, 2024) กายภาพวิทย์ เป็นการฟื้นฟู และเสริมสร้างความสามารถในการใช้ร่างกายด้วยเทคนิคต่าง ๆ เช่น การดึง นวด ประคบ ร่วมกับการบริหารร่างกายสำหรับผู้ได้รับบาดเจ็บ มีอาการปวดหรือได้รับผลข้างเคียงจากอาการเจ็บป่วยจนทำกิจวัตรประจำวันได้ไม่เต็มที่ ซึ่งมีนักกายภาพบำบัดเป็นวิชาชีพ ส่วนสาขาเศรษฐศาสตร์สุขภาพ คือ การศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์หลักเศรษฐศาสตร์เพื่อกำหนดนโยบาย การวางแผน และการจัดบริการสาธารณสุข เพื่อให้ทรัพยากรที่ใช้ในการจัดบริการสาธารณสุขเกิดประโยชน์สูงสุด ต่อสุขภาพอนามัยของ

ประชาชน หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ การใช้หลักเศรษฐศาสตร์มาประกอบการตัดสินใจใช้งบประมาณและจัดสรรทรัพยากร เพื่อให้ผลต่อสุขภาพของประชาชนและต่อการสาธารณสุขมากที่สุด สาขาทั้ง 5 สาขา เป็นสาขาที่พยาบาลอาจไม่คุ้นเคย ไม่มีตัวอย่างให้เห็นได้ในสังคม จึงอาจทำให้นิสิตสนใจหลักสูตรนี้ในระดับปานกลาง เนื่องจากปัจจัยสภาพทางสังคมที่ยังค่อนข้างใหม่

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำเสนอผู้บริหารของคณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างหลักสูตร Sandbox ในสาขาการพยาบาล
2. ควรทำการสำรวจความต้องการของนิสิตพยาบาล ทุก 4-5 ปี เนื่องจากความต้องการในหลักสูตรการจัดการศึกษาที่แตกต่างจากมาตรฐานการอุดมศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงไปได้ ขึ้นอยู่กับสภาพสังคมในแต่ละช่วงเวลา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณการสนับสนุนทุนวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และขอขอบคุณการให้ข้อมูลจากนิสิตในทุมมหาวิทยาลัย

References

- Aree, S., Niemted, W., Choosuan, R., & Chookemnerd, W. (2022). Sandbox: Principles and concepts for application in teaching and learning that focus on analytical thinking. *Journal of MCU Nakhondhat*, 9(1), 166-181.
- Dongthipsirikul, S., & Sirisamutr, T. (2024). The analysis of emergency medicine research management of the national institute for emergency medicine during fiscal years 2017-2023. *Journal of Emergency Medical Services of Thailand*, 4(1), 87-100.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). (2021). Situation of Thai Elderly 2020. Nakorn Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- Global Wellness Institute. (2014). The global wellness tourism economy 2013. Retrieved From <http://www.globalwellnesssummit.com>.
- Hfocus, (2019). Ethics of palliative care and the right to euthanasia of hopeless patients. Retrieved from <https://www.hfocus.org/content/2019/05/17152>
- Herrmann, M. Boehme, P., Mondritzki, T, Ehlers, J. P., Kavadias, S., & Truebel, T. H. (2018). Digital transformation and disruption of the health care sector: Internet-based observational study. *Journal of Medical Internet Research*, 20(3), e104
- Kanchanachari, O., Sirapo-ngam, Y., & Monkong, S. (2017) Roles and needs of caregivers for patients with end of life in a specific setting for palliative care. *Rama Nurse Journal*, 23(2), 328-343.

- Kongsepan, M. (2013). *Effects of an evidence-based nursing care training program on knowledge, Attitudes, and practices of professional nurses: A case study in the coronary unit at Surattthani hospital*. The 3rd STOU Graduate Research Conference. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat OpenUniversity.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Kunaviktikul, W. (2019). Occupational health nursing: A challenged role. *Nursing Journal CMU*, 46(1), 1-4.
- Leelarasamee, N. (1974). *Critical shortage in the public sector, urging the Ministry of Public Health position in order to move forward with primary care work*. Hfocus Retrieved from: <https://www.hfocus.org/content/2017/09/14623>.
- National Emergency Medicine. (2023). Master Plan, No.3.1, 2019-2021. Retrieved from: <https://www.niems.go.th/1/Ebook/Detail/7998?group=79>
- National Health Agency. (2024). *Promoting and supporting the use and development of local wisdom in health and Thai traditional medicine. Folk medicine and other alternative medicine*. <https://www.nationalhealth.or.th>.
- National Policy for Higher Education, Science, Research and Innovation, (2023). Look at 6 latest sanbox course! ready to build manpower answering the countries questions.
- Nitikarun, S. & Upakdee†, N. (2020). The distribution of community pharmacies in the context of health need in Thailand. *Journal of Health Systems Research*, 14(1), 71-87
- Nuansri, M., Pantuworakul, K., Jariyapan, N., Onyon, N., Boontham, S., Somsamran, S., & Suttiwan, W. (2021). A needs assessment to develop the instructional management of students of valaya alongkorn Rajabhat University under the royal patrona. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 6(6), 34-51.
- Office of the State Enterprise Policy committee. (2020). Manual for evaluating state enterprise performance according to the new State Enterprise evaluation system. Assessment Model: SE-AM 2563.
- Pathumnakul, S. (2022) “Sanbox” course does not escape the standards for developing countries outside the framework. Ministry of Higher Education Science, Research and Innovation. Retrieved from: <https://www.mhesi.go.th/index.php/news/4969-2021-10-28-07-39-49.html#> Office of the Permanent Secretary, Ministry of Higher Education.
- Phaktoop, M., & Saradhuldhath, G. (2018). Shortage and retention of nurse educators in education institutions. *Journal of Nursing and Education* 11(3), 1-9.
- Ruangrattanatrai, W., & Sawaengdee, K. (2019). Financial compensation for professional nurses working in hospitals under ministry of public health in 8 provinces. *Journal of Health Science of Thailand*, 28(1), 177-187.

- Saeheng, S. & Chamkrajang, K. (2022). A study on undergraduates demands for social services activities by the faculty of arts, Chulalongkorn University (Academic Year 2021). *Journal of Social Synergy*, 13(2), 14-30.
- Saiphrraraj, T., Saengprajuk, S., & Saengprajuk, N. (2022). Discrepancies in the provision of emergency medical services for fall among the elderly in Thailand. *Journal of Emergency Medical Services of Thailand*, 2(1), 58-65.
- Silapavitayatorn, B. & Bunpitcha, C. (2020). The use of health information technology in nursing for patient safety. *Journal of Nursing and Health Care*, 38(2), 6-14.
- Srikaew, C. (2024). *Thai nursing crisis, high shortage of 51,420, of nurse accelerating production 2 and a half year*. Retrieved from <https://www.hfocus.org/content/2024/02/29813>.
- The Nursing and Midwifery Council (2024). *Proposes guidelines for solving the nursing shortage problem in the country. Thailand systematically to the Ministry Through the Permanent Secretary of the Ministry of Public health*. Retrieved from <https://www.tnmc.or.th/news/1155>.
- Tourism Authority of Thailand. (2024). *Health tourism When good health is an opportunity travel*. Retrieved from <https://tatacademy.com/th/articles/article/1f96f700-896a-4f19-845f-f39e00ccf650>.
- Unahalekhaka, A. (2022). Obstacles and needs of first responders in northern region: A mixed methods study. *Journal of Emergency Medical Services of Thailand*, 2(1), 3-16.
- Witkin, B. R., & Altschuld, J. W. (1995). Planning and conducting needs assessments: A practical guide. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Wonganantnont, P. (2014). Nursing informatics. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 81-85.
- Wongwanich, S. (2015). *Need assessment research*. (3rd printing). Bangkok: V.Print (1991).

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม

วนิดา อินทราชา, พย.ม.¹ พัทธนันท์ วิวรากานนท์, Ph.D.^{2*}, พชรพล คำงาม, พย.บ.²

ดยารัตน์ พุทธิมณี, พย.ม.²

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนได้จากการสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 30 คน ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมมวลกล้ามเนื้อประยุกต์ใช้แนวคิดตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย การส่งเสริมรับรู้สมรรถนะแห่งตน การให้คู่มือการปฏิบัติตัวโรคข้อเข่าเสื่อม และบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องนาน 6 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อและสมรรถนะทางกายก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 กลุ่มตัวอย่างมีมวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) จาก 16.83 kg (SD = 7.45) เป็น 20.61 kg (SD = 2.99) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของมวลกล้ามเนื้อ พบว่ามวลกล้ามเนื้อรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .04$) โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ยในสัปดาห์ที่ 4 เท่ากับ 2.59 กิโลกรัม และเพิ่มขึ้นเฉลี่ยในสัปดาห์ที่ 6 เมื่อเปรียบเทียบกับสัปดาห์ที่ 4 เท่ากับ 1.19 กิโลกรัม ด้านสมรรถนะทางกายโดยภาพรวมพบว่า หลังการใช้โปรแกรมสมรรถนะทางกายของกลุ่มทดลอง 6 สัปดาห์ดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้โปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยการลุกยืนจากเก้าอี้ภายใน 30 วินาที ดีขึ้นเฉลี่ย 15.61 ครั้ง (SD = 7.22) การเดินย่ำเท้าอยู่กับที่ใน 2 นาทีดีขึ้นเฉลี่ย 148.17 ครั้ง (SD = 28.15) การลุกนั่งจากเก้าอี้ไป-กลับใช้เวลาลดลง 10.46 วินาที (SD = 5.02) และการทรงตัวทำได้ดีขึ้นเฉลี่ย 11.67 วินาที (SD = 26.56) ผลการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ให้มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและคงสมรรถนะทางกาย ชะลอความเสื่อมของข้อเข่า

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม การสร้างเสริมมวลกล้ามเนื้อ สมรรถนะทางกาย

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้เขียนหลัก e-mail: Phatchanun.v@mail.bcnlp.ac.th

Effectiveness of a Muscle Mass Enhancement Program in Elderly with Osteoarthritis

Wanida Inthracha, M.N.S.¹, Phatchanan Vivarakanon, Ph.D.², Patcharapon Khamngam, B.N.S.²,
Tayarat Phuttimanee, M.N.S.²

Abstract

This quasi-experimental study aimed to assess the effectiveness of a muscle mass enhancement program for elderly individuals with osteoarthritis. A sample of 30 elderly participants with osteoarthritis was selected through Simple Random Sampling based on specific inclusion criteria. The six-week program promoted self-efficacy, provided a self-care guide for osteoarthritis management and encouraged participants to maintain an activity log. Data were analyzed using descriptive statistics and repeated measures ANOVA to compare changes in muscle mass and physical performance before and after the intervention.

The results indicated a significant increase in muscle mass ($p < .05$), rising from an average of 16.83 kg (SD = 7.45) pre-intervention to 20.61 kg (SD = 2.99) post-intervention at six weeks. A significant gain of 2.59 kg in muscle mass was observed by week four, with an additional increase of 1.19 kg by week six ($p = .04$). Physical performance also improved significantly ($p < .05$), with participants showing an average increase of 15.61 repetitions (SD = 7.22) in the 30-second chair stand test, 148.17 repetitions (SD = 28.15) in the two-minute step test, a 10.46-second reduction (SD = 5.02) in the time up-and-go test, and an 11.67-second improvement (SD = 26.56) in the balance test.

These findings suggest that nurses can effectively implement this program to promote self-care among elderly individuals with osteoarthritis, improving muscle strength and physical function, and potentially delaying further joint degeneration.

Key words: Elderly with Osteoarthritis, Muscle Mass Enhancement, Physical Performance

¹ Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

² Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

* Corresponding author e-mail: Phatchanun.v@mail.bcnlp.ac.th

บทนำ

วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งความเสี่ยงของร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ โรคกระดูกและข้อเป็นปัญหาสุขภาพที่พบมากในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะโรคข้อเข่าเสื่อม (Knee osteoarthritis) เป็นโรคเรื้อรัง ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 75 ปีขึ้นไป พบข้อเข่าเสื่อมถึง ร้อยละ 80 (Allen & Golightly, 2015) ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดทางกายภาพนำไปสู่ภาวะเปราะบางและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง การส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายทั้งการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (Resistance exercise) แบบแอโรบิก (Aerobic exercise) และการส่งเสริมภาวะโภชนาการจะช่วยชะลอการลดลงของมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ โดยการออกกำลังกายชนิดนี้จะได้ผลดีแก่ผู้ที่มีอายุมากซึ่งอาจจะใช้เวลานานกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 6 สัปดาห์ และควรทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง (Chomwattanachai et al., 2019) จากผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิกและแบบแรงต้านในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ การปั่นจักรยานและออกกำลังกายในน้ำ ส่งผลดีมากที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้มีแรงพุงตัว ทำให้ข้อเข่ารับน้ำหนักน้อยขณะออกกำลังกาย (Defossez, Kongsin, Charoenpeng & Chanbut, 2024) การสร้างมวลกล้ามเนื้อควรส่งเสริมการออกกำลังกายและการได้รับสารอาหาร ในผู้สูงอายุหญิงชาวญี่ปุ่นที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยพบว่าการส่งเสริมการออกกำลังกายร่วมกับการให้สารอาหารทดแทน (Amino acid supplementation) มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีความแข็งแรงและมีมวลของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น

ในจังหวัดลำปางประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จากสถิติเฉพาะถิ่นของโรงพยาบาลลำปาง ปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อมและเสี่ยงล้ม ในภาพรวมเป็นอันดับที่ 3 ของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรงพยาบาลลำปาง, 2565) ผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อมยังคงมีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ การลดลงของความสามารถในการเคลื่อนไหว คุณภาพชีวิตลดลง และปัญหาสุขภาพจิต (Thurapra, Chaiwongsa, Namphaisan, & Chaiwongsa, 2024; Sirikamonsathian, Wongkumpun, Nathalang, & Chailarp, 2024) การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพเป็นหลักสำคัญของการเสริมสร้างมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมในการทำกิจกรรมหรือปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวข้องกับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดำเนินการหรือทำพฤติกรรมหนึ่ง ๆ ได้สำเร็จ สามารถอธิบายได้จากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) มาช่วยส่งเสริมความมั่นใจในการออกกำลังกายและการรักษามวลกล้ามเนื้อ มุ่งเน้นถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุมและปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการอย่างต่อเนื่อง มีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Performance Accomplishments) ในผู้สูงอายุสามารถผ่านการใช้ความรู้และการฝึกฝนที่ทำให้ผู้สูงอายุ ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจ และความสำเร็จในการปฏิบัติตัวดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมั่นใจ ส่งผลต่อความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (Damayanti et al., 2024; Mihalko et al., 2019) การเรียนรู้จากต้นแบบ (Vicarious experience) ช่วยให้ผู้อื่นที่มีปัญหาข้อเสื่อมสามารถดูแลตนเองได้สำเร็จและเห็นผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมได้สำเร็จเช่นกันจึงเป็นการสร้างแบบอย่างที่มีพลัง การสนับสนุนทางอารมณ์และคำแนะนำ (Verbal Persuasion) การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัวสามารถสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเอง อีกทั้งสภาวะทางอารมณ์และกายภาพ (Physiological and Emotional States) การจัดการความเจ็บปวดและความกลัวจากโรคข้อเสื่อม โดยเฉพาะการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม เช่น การใช้ยาหรือการบำบัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจและมั่นใจมากขึ้นในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (Damayanti et al., 2024)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อม โดยมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการปฏิบัติตนตามโปรแกรม ประกอบด้วย การส่งเสริมการออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกาย และการส่งเสริมภาวะโภชนาการ เพื่อส่งเสริมการเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ

ทำให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงมากขึ้น และจะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

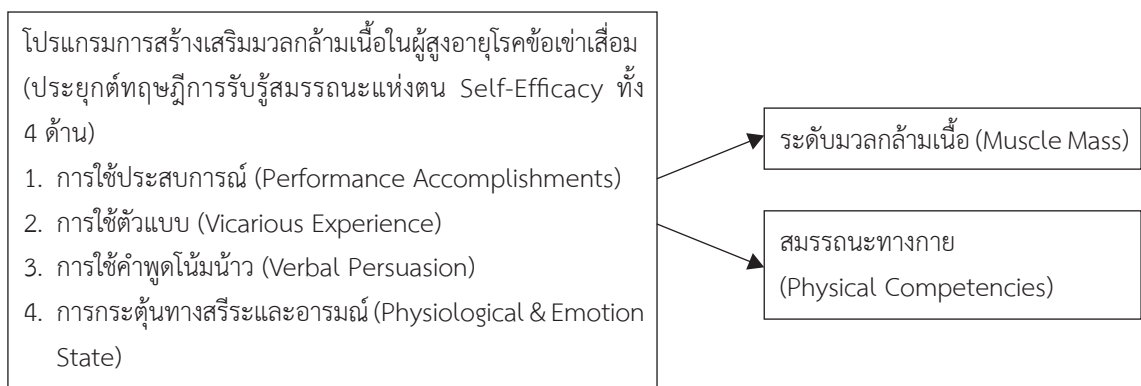
1. เพื่อเปรียบเทียบระดับมวลกล้ามเนื้อก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
2. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะทางกายก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับมวลกล้ามเนื้อผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมมวลกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุมีมวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนใช้โปรแกรม
2. สมรรถนะทางกายผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมมวลกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุมีสมรรถนะทางกายดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้โปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล ซึ่งทำให้บุคคลนั้นเกิดความอดทน เชื่อมั่นในตนเอง และสามารถบรรลุเป้าหมายของการกระทำได้ ซึ่งประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (Performance accomplishments) โดยการสาธิตวิธีการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกาย 2) การใช้ตัวแบบ (Vicarious experience) จากการสังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ จากสื่อวีดิทัศน์และคู่มือการปฏิบัติตน 3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) ให้ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม สาเหตุและผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และ 4) การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and emotional state) การจัดบรรยากาศการเรียนรู้ที่ผ่านคลายเป็นกันเอง ระบายความรู้สึกภายหลังการปฏิบัติกิจกรรม การใช้โทรศัพท์ติดตาม และการให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน จะส่งผลต่อระดับมวลกล้ามเนื้อ (Muscle Mass) และสมรรถนะทางกาย (Physical Competencies) ในผู้สูงอายุได้ดังแสดงภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม แบบกลุ่มเดียวโดยใช้การวัดผลแบบก่อน-หลังการทดลอง (One Groups Pre-Posttest Design) ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุในชุมชนบ้านม่อนจำศีล ตำบลต้นมัน อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง และมารับบริการตรวจรักษาที่ รพ.สต.บ้านต้นมัน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณค่า G*Power program โดยมีค่า effect size = 0.5, alpha = 0.05, และ power = 0.80 ได้ตัวแทนประชากรเท่ากับ 27 คน และป้องกันการสูญหาย 10% ได้เท่ากับ 30 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยพิจารณาจากเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1) อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นเพศชายหรือเพศหญิง, 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมร่วมกับการมีอาการแสดง ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 2.1 ปวดบริเวณข้อเข่า 2.2 ข้อเข่าฝืดหลังตื่นนอนตอนเช้าอย่างน้อย 30 นาที 2.3 เสียงดังกรอบแกรบในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว, 3) มีระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เมื่อประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยแบบประเมินอาการปวดข้อเข่าและประสิทธิภาพในการทำกิจวัตรจากเครื่องมือ Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC), 4) ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินหรือการมองเห็น สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้, 5) สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้สะดวก, 6) มีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

1) เคยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือตามหลักของอาการข้อเข่าเสื่อม, 2) มีแผลเปิดหรือแผลอักเสบบริเวณข้อเข่า, 3) กระดูกปรี หัก แตก ร้าวบริเวณข้อเข่า, 4) เข่าบวมหรือน้ำในข้อเข่ามีมาก, 5) เป็นโรคเกาต์ (Gouty Arthritis)/ข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid Arthritis), 6) มีอาการแพ้สมุนไพร, 7) ใช้ยาฉีดสเตียรอยด์ (Steroid), 8) มีอาการปวด บวม แดง ร้อน ที่บริเวณข้อเข่า

ระยะเวลาการวิจัย

เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566 - ธันวาคม พ.ศ. 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ซึ่งอธิบายได้ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนักตัว ส่วนสูง อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว จำนวนข้อเข่าเสื่อม ระยะเวลาที่เป็นที่มีอาการข้อเข่าเสื่อม อาการของโรคข้อเข่าเสื่อม และประวัติการรักษาข้อเข่าเสื่อม

1.2 การทดสอบสมรรถนะทางกาย โดยเป็นการประเมินศักยภาพทางกายของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยแบ่งออกเป็น 4 การประเมิน ดังนี้

1) การลุกยืนจากเก้าอี้ (30 Second sit to stand test) เพื่อทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ สะโพก, ต้นขาด้านหน้าและต้นขาด้านหลังในการลุกขึ้นยืนแล้วนั่งเก้าอี้ เริ่มการทดสอบโดยลุกขึ้นยืนตรง แล้วนั่งลงทันที พยายามทำอย่างต่อเนื่องและให้ได้จำนวนครั้งมากที่สุดภายในเวลา 30 วินาที การนับจำนวนครั้ง ให้นับช่วงที่ลุกขึ้นยืนตรง

การแปลผล

เพศหญิง

อายุ (ปี)	60 - 69 ปี	70 - 79 ปี	80 - 89 ปี
ดีมาก	22 ครั้งขึ้นไป	20 ครั้งขึ้นไป	17 ครั้งขึ้นไป
ดี	20 - 21	18 - 19	15 - 16
พอใช้	15 - 19	13 - 17	10 - 14
ค่อนข้างต่ำ	13 - 14	11 - 12	8 - 9
ต่ำ	12 ลงมา	10 ลงมา	7 ลงมา

เพศชาย

อายุ (ปี)	60 - 69 ปี	70 - 79 ปี	80 - 89 ปี
ดีมาก	25 ครั้งขึ้นไป	22 ครั้งขึ้นไป	20 ครั้งขึ้นไป
ดี	23 - 24	20 - 21	18 - 19
พอใช้	18 - 22	15 - 19	13 - 17
ค่อนข้างต่ำ	16 - 17	13 - 14	11 - 12
ต่ำ	15 ลงมา	12 ลงมา	10 ลงมา

2) การเดินย่ำเท้าอยู่กับที่ 2 นาที (2 Minutes Step Test) เพื่อทดสอบความทนทานแบบแอโรบิก (Cardiopulmonary Endurance) ให้สัญญาณหรือคำสั่ง “เริ่ม” ให้ผู้สูงอายุเริ่มยกขาสูงอยู่กับที่ (ไม่ให้ง่วง) ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ภายใน 2 นาที ใช้เครื่องมือกดนับเฉพาะครั้งที่ขาข้างขวาสูงถึงเป้าหมาย ถ้าระดับการยกขาไม่ถึงเป้าหมายให้ผู้สูงอายุยกขาข้างล่าง หรือหยุดจนกว่าจะทำได้ถึงเป้าหมาย แต่ต้องทำให้ได้ภายใน 2 นาทีที่ทดสอบ

การแปลผล มากกว่าหรือเท่ากับ 65 ครั้ง/ 2 นาที หมายถึง ไม่มีความเสี่ยงหรือความทนทานของระบบหัวใจและหายใจปกติ
< 65 ครั้ง/ 2 นาที หมายถึง มีความเสี่ยงหรือความทนทานของระบบหัวใจและหายใจต่ำ

3) การลุกเดินจากเก้าอี้ไป-กลับ (Time Up and Go Test, TUGT) เพื่อประเมินความสามารถในการเดินและความเสี่ยงในการหกล้ม (Fall risk) ของผู้สูงอายุ วิธีการคือ เริ่มจับเวลาเมื่อให้ผู้ป่วยลุกจากเก้าอี้เดินตรงไป 3 เมตร กลับตัวแล้วเดินกลับมาที่นั่งที่เก้าอี้ตามเดิม หน่วยเวลาที่ได้เป็นวินาที (Second)

การแปลผล น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 วินาที หมายถึง ปกติ
11 - 20 วินาที หมายถึง เสี่ยงต่อการล้มปานกลาง
>20 วินาที หมายถึง เสี่ยงต่อการล้มสูง

4) การทรงตัวขณะอยู่หนึ่ง (Single-Leg Standing) โดยการทดสอบการจับเวลาเมื่อผู้ถูกทดสอบเริ่มยืนบนขาเดียว แขนแนบลำตัวและส้นเท้าและหยุดเวลาหากเท้าแตะพื้นหรือมือจับ

การแปลผล <5 วินาที หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม
5 - 10 วินาที หมายถึง มีปัญหาการทรงตัวขณะอยู่หนึ่ง
>10 วินาที หมายถึง มีการทรงตัวขณะอยู่หนึ่งดี

1.3 เครื่องมือวัดมวลกล้ามเนื้อ (Body Component) โดยใช้ DEXA Scan เป็นเครื่องมือวัดองค์ประกอบของร่างกาย สำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบของร่างกาย โดยผู้วิจัยจะกดข้อมูลผู้รับบริการที่เครื่อง เพื่อประมวลผลเฉพาะบุคคล ผู้รับบริการจับแขนของเครื่องโดยให้หัวแม่มือสัมผัสกับจุดสีดำ และยืนนิ่ง ๆ บนเครื่องประมาณ 5 นาที เครื่องวัดองค์ประกอบของร่างกาย จะวิเคราะห์และประมวลผล พร้อมพิมพ์ข้อมูล

การแปลผล

มวลกล้ามเนื้อ (Muscle Mass) ภาวะปกติ เพศชาย (อายุ 61 - 80 ปี) = 33.0 - 38.7%

เพศหญิง (อายุ 61 - 80 ปี) = 24.0 - 29.8%

การตรวจสอบหาคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) การเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป 2) การทดสอบสมรรถนะทางกาย 3) เครื่องวัดมวลกล้ามเนื้อ ประกอบด้วย การหาความน่าเชื่อถือ (Reliability) นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยไปทดลองใช้ในกลุ่มใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมส่งเสริมมวลกล้ามเนื้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดาราศาสตร์ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามทฤษฎีการเรียนรู้ สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของ Bandura (1997) ซึ่งโปรแกรมการส่งเสริมมวลกล้ามเนื้อประกอบด้วย 4 ด้าน

2.1 ด้านประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (Performance Accomplishments) โดยให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตวิธีการออกกำลังกาย และการมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งจะเป็นประสบการณ์ที่ฝึกปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จ โดยมีการใช้สมุดบันทึกกิจกรรมในการบันทึกการปฏิบัติตน

2.2 ด้านการได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experiences) โดยให้กลุ่มตัวอย่าง สังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ จากสื่อวีดิทัศน์และคู่มือการปฏิบัติตน คู่มือการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม สาเหตุและผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต วิธีการออกกำลังกายโดยการฝึกเดิน และการเพิ่มแรงต้านโดยใช้ยางยืด การรับประทานอาหารที่เพิ่มมวลกล้ามเนื้อ และการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม

2.3 ด้านการใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม สาเหตุและผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต การสาธิตวิธีการออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายและให้คำแนะนำเรื่องอาหาร โดยใช้จากสื่อวีดิทัศน์ และชี้ให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ร่วมกับการอภิปรายกลุ่มถึงปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติตัวและวิธีการแก้ไข้ปัญหา

2.4 ด้านการกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and emotional arousal) ผู้วิจัยจัดบรรยายภาคการเรียนรู้ที่ผ่อนคลายเป็นกันเอง เปิดโอกาสและให้กลุ่มตัวอย่างโรคข้อเข่าเสื่อมได้พูดระบายความรู้สึกภายหลังการปฏิบัติกิจกรรม กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติและซักถาม ถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน

การตรวจสอบหาคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการสร้างเสริมมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งโดยหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องเชิงเนื้อหาที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (IOC) ได้ค่า .79 - 1.00 และนำไปหาความน่าเชื่อถือ (Reliability) โดยการทดลองใช้ในกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน

จริยธรรมการวิจัยวิธีการพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร/กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำโครงการวิจัยในครั้งนี้ นำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่จริยธรรม E2566/072 วันที่รับรอง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 กลุ่มได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล และการสอบถามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการ

เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการรับบริการ เป็นไปด้วยความสมัครใจ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ จะไม่ถูกเปิดเผยเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น โดยไม่ระบุชื่อของบุคคลที่ให้ข้อมูล อาสาสมัครวิจัยสามารถหยุดหรือยกเลิกในการให้ข้อมูลได้ทุกครั้ง หากไม่ประสงค์ที่จะให้ข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ตามโปรแกรมการสร้างเสริมมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยใช้เวลาในการดำเนินการ 6 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมกลุ่ม (55 นาที) ดำเนินการประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ได้แก่

- 1) สอบถามข้อมูลทั่วไป โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 5 นาที
- 2) วัดมวลกล้ามเนื้อของร่างกายโดยใช้เครื่อง DEXA scan ทดสอบเป็นรายบุคคลโดยใช้ระยะเวลาทั้งหมดประมาณ 10 นาที เพื่อประเมินผลของมวลกล้ามเนื้อ (Muscle Mass) บริเวณแขนซ้าย (Leg Arm Muscle: LAM) บริเวณแขนขวา (Right Arm Muscle: RAM) บริเวณขาซ้าย (Left Leg Muscle: LLM) และบริเวณขาขวา (Right Leg Muscle: RLM)

- 3) ทดสอบสมรรถนะทางกาย ทดสอบเป็นรายบุคคลโดยใช้ระยะเวลาประมาณ 8 นาที แบ่งเป็นการประเมินทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ การลุกยืนจากเก้าอี้ 30 วินาที (30 second sit to stand test) การเดินย่ำเท้าอยู่กับที่ 2 นาที (2 minute step test) และการลุกเดินจากเก้าอี้ไป-กลับ (Time Up & Go Test: TUGT) ประมาณ 5 นาที

- 4) ให้ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ใช้เวลาประมาณ 20 นาทีกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกาย และการส่งเสริมโภชนาการ โดยการออกกำลังกายเน้นยืดเหยียด (Stretching) การออกกำลังกายแอโรบิก (Aerobic Exercise) การฝึกการทรงตัว (Balance Exercise) โดยการจัดกิจกรรมเป็นกลุ่มในการให้ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองจากประสบการณ์เดิม

- 5) สาธิตและให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายแบบแรงต้านโดยใช้ยางยืด ใช้ระยะเวลาประมาณ 10 นาที และให้คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมไปปฏิบัติเองที่บ้าน พร้อมบันทึกกิจกรรมทุกวัน

สัปดาห์ที่ 2-3 กิจกรรมรายบุคคล (5-10 นาที) ผู้วิจัยใช้โทรศัพท์ติดตามที่บ้าน ทบทวนความรู้เรื่องการปฏิบัติตน ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัว ให้อกำลังใจและส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมกลุ่ม (20 นาที) นัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดตามผลการปฏิบัติตัว ทดสอบสมรรถนะทางกาย และวัดมวลกล้ามเนื้อของร่างกายโดยใช้เครื่อง DEXA scan

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมรายบุคคล (5-10 นาที) ผู้วิจัยใช้โทรศัพท์ติดตามที่บ้าน สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัว ให้อกำลังใจและส่งเสริมให้มีการปฏิบัติต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมกลุ่ม (20 นาที) นัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินผลโดยนักวิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัย โดยการทดสอบสมรรถนะทางกาย และวัดมวลกล้ามเนื้อของร่างกายโดยใช้เครื่อง DEXA scan เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ผลการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และนำไปสู่การปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติพื้นฐานการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อและสมรรถนะทางกายก่อนและหลังการทดลองโดยใช้โปรแกรมการสร้างเสริมมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (96.67%) มีอายุระหว่าง 71 - 80 ปี (46.67%) ส่วนใหญ่มีอาการปวดข้อเข่าทั้งสองข้าง (16.00%) ระยะเวลาเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่า 5 ปี (53.33%) ไม่เคยประสบอุบัติเหตุบริเวณข้อเข่า (96.67%) มีอาการปวดข้อเข่า (86.67%) การเดินไม่สะดวก การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง และการออกกำลังกายไม่ได้/ลดลง พบเท่ากันและมากที่สุด (96.67%) และไม่ได้รักษาโรคข้อเข่าเสื่อม (60.00%)

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อ และสมรรถนะทางกายก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง มวลกล้ามเนื้อรวม มีค่าเฉลี่ย 16.83 กิโลกรัม ($SD = 7.45$) มวลกล้ามเนื้อขาขวา มีค่าเฉลี่ย 4.99 กิโลกรัม ($SD = 1.05$) มวลกล้ามเนื้อขาซ้ายมีค่าเฉลี่ย 4.88 กิโลกรัม ($SD = 1.13$) **หลังการทดลอง 4 สัปดาห์** มวลกล้ามเนื้อรวม มีค่าเฉลี่ย 19.42 กิโลกรัม ($SD = 2.27$) มวลกล้ามเนื้อขาขวา มีค่าเฉลี่ย 4.73 กิโลกรัม ($SD = 0.89$) มวลกล้ามเนื้อขาซ้าย มีค่าเฉลี่ย 4.73 กิโลกรัม ($SD = 0.93$) **หลังการทดลอง 6 สัปดาห์** มวลกล้ามเนื้อรวมมีค่าเฉลี่ย 20.61 กิโลกรัม ($SD = 2.99$) มวลกล้ามเนื้อขาขวามีค่าเฉลี่ย 4.85 กิโลกรัม ($SD = 0.95$) มวลกล้ามเนื้อขาซ้าย มีค่าเฉลี่ย 4.89 กิโลกรัม ($SD = 0.92$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมวลกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังการทดลอง ($n = 30$)

องค์ประกอบร่างกาย	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง 4 สัปดาห์		หลังการทดลอง 6 สัปดาห์	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
มวลกล้ามเนื้อรวม	16.83	7.45	19.42	2.27	20.61	2.99
ขาขวา	4.99	1.05	4.73	0.89	4.85	0.95
ขาซ้าย	4.88	1.13	4.73	0.93	4.89	0.92

ส่วนที่ 3 ค่าเฉลี่ยสมรรถนะทางกายก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง การลุกยืนจากเก้าอี้ มีค่าเฉลี่ย 9.78 ครั้ง ($SD = 2.97$) การเดินย่ำเท้า 2 นาที มีค่าเฉลี่ย 117.74 ครั้ง ($SD = 56.24$) ลุกเดินจากเก้าอี้ไป-กลับ มีค่าเฉลี่ย 25.29 วินาที ($SD = 13.70$) และการทรงตัว มีค่าเฉลี่ย 7.93 วินาที ($SD = 9.29$) **หลังการทดลอง 4 สัปดาห์** การลุกยืนจากเก้าอี้ มีค่าเฉลี่ย 20.56 ครั้ง ($SD = 9.71$) การเดินย่ำเท้า 2 นาที มีค่าเฉลี่ย 126.26 ครั้ง ($SD = 28.15$) ลุกเดินจากเก้าอี้ไป-กลับ มีค่าเฉลี่ย 12.69 วินาที ($SD = 2.38$) และการทรงตัว มีค่าเฉลี่ย 13.56 วินาที ($SD = 12.56$) **หลังการทดลอง 6 สัปดาห์** การลุกยืนจากเก้าอี้ มีค่าเฉลี่ย 15.61 ครั้ง ($SD = 7.22$) การเดินย่ำเท้า 2 นาที มีค่าเฉลี่ย 148.17 ครั้ง ($SD = 28.15$) ลุกเดินจากเก้าอี้ไป-กลับมีค่าเฉลี่ย 14.83 วินาที ($SD = 5.02$) และการทรงตัว มีค่าเฉลี่ย 19.60 วินาที ($SD = 26.56$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสมรรถภาพทางกาย ก่อนและหลังการทดลอง ($n = 30$)

สมรรถภาพทางกาย	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง 4 สัปดาห์		หลังการทดลอง 6 สัปดาห์	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
การลุกยืนจากเก้าอี้ (จำนวนครั้ง)	9.78	2.97	20.56	9.71	15.61	7.22
การเดินย่ำเท้า 2 นาที (จำนวนครั้ง)	117.74	56.24	126.26	28.15	148.17	28.15
ลุกเดินจากเก้าอี้ไป-กลับ (วินาที)	25.29	13.70	12.69	2.38	14.83	5.02
การทรงตัว (วินาที)	7.93	9.29	13.56	12.56	19.60	26.56

ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของมวลกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางกาย

ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยแบ่งการวัดออกเป็นก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ พบว่ามวลกล้ามเนื้อรวม มวลกล้ามเนื้อขาขวา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ ($F = 4.80, p = .04$), ($F = 3.93, p = .03$) ส่วนสมรรถนะทางกายก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ พบว่า การลุกยืนจากเก้าอี้ ($F = 19.50, p < .05$) การเดินย่ำเท้า 2 นาที ($F = 3.81, p = .05$) การลุกเดินจากเก้าอี้ไป-กลับ ($F = 12.03, p = .00$) และการทรงตัว ($F = 4.52, p = .03$) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางแสดงผลการเปรียบเทียบ Test of Within-Subject Effect ของมวลกล้ามเนื้อ และสมรรถนะทางกาย ($n = 30$)

Test of Within-Subject Effect	Mean Square	F	Sig
1. มวลกล้ามเนื้อรวม	156.58	4.80	.04
1.1 มวลกล้ามเนื้อขาขวา	.41	3.93	.03
1.2 มวลกล้ามเนื้อขาซ้าย	.25	1.13	.32
2. สมรรถนะทางกาย			
2.1 ลุกยืนจากเก้าอี้ (จำนวนครั้ง)	1067.87	19.50	.00
2.2 เดินย่ำเท้า 2 นาที (จำนวนครั้ง)	9771.57	3.81	.05
2.3 ลุกเดินจากเก้าอี้ไป-กลับ (วินาที)	1937.204	12.03	.00
2.4 การทรงตัว (วินาที)	1078.048	4.52	.03

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของมวลกล้ามเนื้อ พบว่ามวลกล้ามเนื้อรวมในสัปดาห์ที่ 4 เทียบกับสัปดาห์ที่ 6 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.18 กิโลกรัม ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสมรรถนะทางกาย พบว่า การลุกยืนจากเก้าอี้ทำได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยก่อนทดลอง และหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ ดีขึ้นเฉลี่ย 5.83 ครั้ง ($p = .10$) การเดินย่ำเท้าทำได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยก่อนทดลอง และหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ ใช้เวลาลดลงเฉลี่ย 10.46 วินาที ($p = .01$) การทรงตัวทำได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยก่อนทดลอง และหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ ดีขึ้นเฉลี่ย 11.67 วินาที ($p = .03$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตารางแสดงผล Pairwise Comparisons ของมวลกล้ามเนื้อและสมรรถนะทางกายก่อนการทดลอง กับ
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ และ หลังการทดลอง 6 สัปดาห์

Pairwise Comparisons	ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง 4 สัปดาห์		หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ - หลังการทดลอง 6 สัปดาห์		ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง 6 สัปดาห์	
	MD	Sig	MD	Sig	MD	Sig
1. มวลกล้ามเนื้อรวม	2.60	.27	1.18	.02	3.78	.069
1.1 มวลกล้ามเนื้อขาขวา	.27	.01	.13	.06	.14	.62
1.2 มวลกล้ามเนื้อขาซ้าย	.15	.68	.16	.21	.02	1.00
2. สมรรถนะทางกาย						
2.1 ลูกยีนจากเก้าอี้ (จำนวนครั้ง)	10.78	.00	4.96	.00	5.83	.01
2.2 เดินย่ำเท้า (จำนวนครั้ง)	8.52	1.00	21.91	.00	30.44	.13
2.3 ลูกเดินจากเก้าอี้ไป-กลับ (วินาที)	12.60	.00	2.13	.05	10.47	.02
2.4 การทรงตัว (วินาที)	5.64	.12	6.04	.59	11.68	.03

การอภิปรายผล

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมมวลกล้ามเนื้อมีค่าเฉลี่ยระดับมวลกล้ามเนื้อมากกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน โดยเฉพาะหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ กับ 6 สัปดาห์ พบว่า มวลกล้ามเนื้อรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.18 กิโลกรัม จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสร้างเสริมมวลกล้ามเนื้อที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สามารถเพิ่มมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการฝึกการออกกำลังกายโดยใช้แรงต้าน พบว่าการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยใช้ยางยืดในผู้สูงอายุ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ทำซ้ำชุดละ 15-20 ครั้ง มีผลทำให้มวลกล้ามเนื้อ และความแข็งแรงกล้ามเนื้อมีค่าเพิ่มขึ้น (Straight, Fedewa, Toth, & Miller, 2020) และจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พบว่า การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมีประสิทธิภาพทำให้มวลกล้ามเนื้อและขนาดมีค่าเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (Liao et al., 2019) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจากกลุ่มที่ฝึกด้วยยางยืดหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 มีความแตกต่างกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Prayong, 2014) จากผลการศึกษาต่าง ๆ อธิบายได้ว่า การออกกำลังกายแบบมีแรงต้านเป็นการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric) และจัดเป็นการออกกำลังกายเพื่อฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Strength training exercise) ที่ทำให้เกิดกระบวนการขนส่งพลังงานไปยังกล้ามเนื้อ เพิ่มการสร้างกล้ามเนื้อ (Muscle protein synthesis) และเพิ่มความไวของอินซูลินในกล้ามเนื้อลายทำให้เกิดการขยายขนาดของกล้ามเนื้อ (Bersiner et al., 2023) ดังนั้นการฝึกกล้ามเนื้อให้แข็งแรงโดยการเพิ่มแรงต้านจึงเป็นวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุที่ส่งผลให้เกิดพยาธิของโรคข้อเข่าเสื่อมได้ง่าย และรุนแรงได้มากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยของมวลกล้ามเนื้อรวมมีค่าเพิ่มขึ้นและความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในระหว่างสัปดาห์ที่ 4 กับสัปดาห์ที่ 6 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระยะเวลาที่ใช้ในการสร้างเสริมมวลกล้ามเนื้อควรใช้เวลาไม่น้อยกว่า 6 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมมวลกล้ามเนื้อมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะทางกายมากกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะทางกายหลังการทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า การลุกยืนจากเก้าอี้ทำได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อีกทั้งพบว่าการลุกเดินจากเก้าอี้ไป-กลับ ใช้เวลาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมมวลกล้ามเนื้อ สามารถส่งเสริมสมรรถนะทางกายให้ดีขึ้นในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม สอดคล้องกับการออกกำลังกายแบบฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา (Quadriceps strengthening) ช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ทางกาย (Physical activity) ในผู้ที่เป็นโรคข้อเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญ (Sekhon et al., 2020) เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย พบว่าการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน มีผลทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อยืดเข่า (knee extension strength) และความสามารถด้านร่างกายเพิ่มขึ้น ทั้งด้านการลุกเดินไปกลับ (Time up and go test) และความเร็วของการเดิน (Gait speed) (Lu et al., 2021) การออกกำลังกายด้วยยางยืดประยุกต์สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่ามีผลทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมีค่าเพิ่มมากขึ้น ความยืดหยุ่นของข้อต่อเพิ่มขึ้น และมีความสามารถในการทรงตัวและมีความว่องไวเพิ่มขึ้น (Karaket, Potisat, & Chaisombut, 2022) จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การออกกำลังกายโดยใช้แรงต้านทำให้เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ทำให้ลดการยึดติดของข้อเข่าและความผิดปกติเคลื่อนไหวลดลง ทำให้ความสามารถในการเดินได้ดีขึ้น (Karaket et al., 2022) ในการศึกษาครั้งนี้การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยใช้แรงต้านมีผลทำให้สมรรถนะทางกายด้านการลุกนั่ง การเดิน มีประสิทธิภาพดีขึ้น ตั้งแต่ในสัปดาห์ที่ 4 ส่วนการทรงตัวจะเริ่มดีขึ้นเมื่อถึงสัปดาห์ที่ 6 โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของสมรรถนะร่างกายด้านการทรงตัว มีค่าเพิ่มขึ้นอย่างไม่เป็นนัยสำคัญในช่วงก่อนการทดลองกับหลังการทดลองใน 4 สัปดาห์ แต่ในสัปดาห์ที่ 6 มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นและแตกต่างกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่ากลุ่มทดลองที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนของการทรงตัวไม่เปลี่ยนแปลงในสัปดาห์ที่ 4 แต่เพิ่มขึ้น ในสัปดาห์ที่ 8 อาจเนื่องมาจากในช่วง 4 สัปดาห์แรกนั้น มีระยะเวลาในการฝึกไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อมมักจะมีอาการปวดข้อขณะใช้งาน จึงทำให้มีปัญหาการทรงตัว และผู้สูงอายุมักมีปัญหาการรับสัมผัสตำแหน่งและการเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง ทำให้การควบคุมการทรงตัวจึงยากลำบากกว่าผู้ที่ไม่ใช่ข้อเข่าเสื่อม (Karaket et al., 2022; Lu et al., 2021) การศึกษาครั้งนี้ยังส่งเสริมโภชนาการโดยซึ่งส่งผลทำให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงและมีมวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้รับสารอาหารโปรตีนเพิ่มขึ้นมีผลทำให้กล้ามเนื้อขาส่วนบน มีความแข็งแรงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Uritani, Koda, & Sugita, 2021) ดังนั้นการสร้างมวลกล้ามเนื้อด้วยการส่งเสริมโภชนาการจะได้ผลดีหากปฏิบัติควบคู่ไปกับการออกกำลังกายแบบแรงต้าน การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์ให้มีความเหมาะสมกับการทำกิจกรรม ดังนั้นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้สมรรถนะของตนเองที่นำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง และส่งผลให้ความรุนแรงของโรคข้อเสื่อมลดลง (Uritani et al., 2021) มีกิจกรรมทางกายและสมรรถนะทางกายเพิ่มขึ้น (Raikang & Wongkongdech, 2022) ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมกิจกรรมทางกายควรนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาใช้ในการออกแบบกิจกรรม เพื่อให้เกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องจนเกิดผลลัพธ์ทางกายที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ด้านบริการสุขภาพ สนับสนุนให้พยาบาลนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนเพื่อเสริมสร้างมวลกล้ามเนื้อขาและสมรรถนะทางกาย และการทำหน้าที่ทางกาย

ในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ด้านการศึกษา แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูราช่วยให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม มีความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการเดิน เพื่อสร้างความมั่นใจที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคยให้ประสบความสำเร็จ ด้านการวิจัย สามารถใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับการศึกษาในผู้สูงอายุสุขภาพดีเพื่อส่งเสริมมวลกล้ามเนื้อ และสมรรถนะทางกาย ใช้ในการพัฒนาแนวทางในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการออกกำลังกายแบบมีแรงต้านกับการออกกำลังกายแบบอื่น ร่วมกับการส่งเสริมภาวะโภชนาการ และวัดผลลัพธ์ทางคลินิกด้านโภชนาการเพิ่มเติมเพื่อให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ในกลุ่มที่มีภาวะก่อนเปาะบางและกลุ่มเปาะบาง

References

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bersiner, K., Park, S. Y., Schaaf, K., Yang, W. H., Theis, C., Jacko, D., & Gehlert, S. (2023). Resistance exercise: A mighty tool that adapts, destroys, rebuilds and modulates the molecular and structural environment of skeletal muscle. *Physical Activity and Nutrition*, 27(2), 78.
- Choi, M., Kim, H., & Bae, J. (2021). Does the combination of resistance training and a nutritional intervention have synergic effect on muscle mass, strength, and physical function in older adults?: A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 21, 1-16.
- Damayaniti, R., Juwita, C. P., Besral, B., Aras, D., Manik, J., & Nadeak, B. (2024). Enhancing physical exercise adherence by promoting self-efficacy in elderly with osteoarthritis knee. *Journal of Physical Education and Report*, 24(4), 1009-1015.
- Defosse, K., Kongsin, W., Charoenpeng, R., & Chanbut, P. (2024). The effects of self-management promotion in exercise on physical performance (Time Up and Go, 30-second chair stand, 4-stage balance) among older adults. *Journal of Environmental and Community Health*, 9(3), 376-384.
- Gielen, E., Beckwee, D., Delaere, A., De Breucker, S., Vandewoude, M., & Bautmans, I. (2021). Nutritional interventions to improve muscle mass, muscle strength, and physical performance in older people: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Nutrition Reviews*, 79(2), 121-147.
- Ho, K. K. W., Lau, L. C. M., Chau, W. W., Poon, Q., Chung, K. Y., & Wong, R. M. Y. (2021). End-stage knee osteoarthritis with and without sarcopenia and the effect of knee arthroplasty - A prospective cohort study. *BMC Geriatrics*, 21, 1-11.
- Karaket, S., Potisat, S., & Chaisombut, D. (2022). Positive effects of group exercises using a resistance band on trunk balance of elderly Thais in rural communities. *ASEAN J Rehabil Med*, 32, 11-20.
- Khamrangsi, N., & Jadsri, S. (2022). The effects of self-efficacy skill osteoarthritis care program of caregiver at po health promotion hospital, Wiankaen district, Chiangrai province. *Academic Journal of Community Public Health*, 8(2), 97-110.

- Liao, C. D., Chen, H. C., Kuo, Y. C., Tsao, J. Y., Huang, S. W., & Liou, T. H. (2020). Effects of muscle strength training on muscle mass gain and hypertrophy in older adults with osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis. *Arthritis Care & Research*, 72(12), 1703-1718.
- Lu, L., He, X., MA, L., Liu, Y., & Chen, N. (2022). Effects of vibration training vs. conventional resistance training among community-dwelling older people with sarcopenia: Three-arm randomized controlled trail protocol. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 14, 905460.
- Mihalko, S. L., Cox, P., Beavers, D. P., Miller, G. D., Nicklas, B. J., Lyles, M., ...& Messier, S. P. (2019). Effect of intensive diet and exercise on self-efficacy in overweight and obese adults with knee osteoarthritis: The IDEA randomized clinical trail. *Translational Behavioral Medicine*, 9(2), 227-235.
- Olaniyan, E. T., O'Halloran, F., & McCarthy, A. L. (2021). Dietary protein considerations for muscle protein synthesis and muscle mass preservation in older adults. *Nutrition Research Reviewers*, 34(1), 147-157.
- Raikang, P., & Wongkongdech, R. (2022). The effects of using physical activity among elderly person, ROI-ET province. *Research and Development Health System Journal*, 15(3), 1-14.
- Somboonthanakij, S. (2022). Effectiveness of a self - and family management support program among older people with diabetic retinopathy and visual impairment: A randomized controlled trail. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 27(1), 105-120.
- Sirikamonsathian, B., Wongkumpun, S., Nathalang, R., & Chailarp, K. (2024). Epidemiology of frailty, sarcopenia, dementia among community-dwelling older persons in Lak Si district, Bangkok. *The Journal of Chulabhom Royal Academy*, 6(2), 63-74.
- Sithichoksakulchai, S., Chen, M. C., & Chen, K. M. (2022). Walking promotes physical fitness of community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 38(2), 101-109.
- Sekhon, A. A., Harrison, L. M., Kong, J. J., Sirois, A. C., Brown, F. K., & Khodabandeh, C. M. (2020). Strength and aerobic exercise for the treatment of osteoarthritis symptoms. *The Health & Fitness Journal of Canada*, 13(2), 46-50.
- Straight, C. R., Fedewa, M. V., Toth, M. J., & Miller, M. S. (2020). Improvements in skeletal muscle fiber size with resistance training are aged-dependent in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Applied Physiology*, 129(2), 292-403.
- Uritani, D., Koda, H., & Sugita, S. (2021). Effects of self-management education programs on self-efficacy for osteoarthritis of the knee: A systematic review of randomized controlled trials. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 22(1), 515.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และความสำเร็จ ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาครรภ์แรกที่ไม่ได้คลอด แบบวางแผนล่วงหน้า

สุภาพรณ วรผล, พย.ม.¹ สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, Dr.P.H.^{2*} ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, Dr.P.H.³

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาครรภ์แรกที่ไม่ได้คลอดแบบวางแผนล่วงหน้า กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรกที่ไม่ได้คลอดแบบวางแผนล่วงหน้าและพักฟื้นที่หอผู้ป่วยหลังคลอดของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 52 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 26 ราย และกลุ่มทดลอง 26 ราย เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบประเมินทักษะการให้นมแม่ และแบบบันทึกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 2 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Mann-Whitney U test และ Chi-square test

ผลวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนทักษะในการให้นมแม่ที่ 72 ชั่วโมงหลังคลอด และคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ 2 สัปดาห์หลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ 72 ชั่วโมงหลังคลอด และอัตราของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 2 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .087$, $p = .465$) ดังนั้น พยาบาลและผดุงครรภ์ควรส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดาหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความเชื่อมั่น และประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

¹ นิสิตปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

Effects of Breastfeeding Promoting Program on Breastfeeding Self-Efficacy and Success of Breastfeeding among First-Time Mothers Having a Planned Cesarean Birth

Supapun Woraphon, M.N.S.¹, Supit Siriarunrat, Dr.P.H.^{2*}, Tatirat Tachasaksri, Dr.P.H.³

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effects of a breastfeeding promotion program on breastfeeding self-efficacy and success among first-time mothers undergoing planned cesarean section. The sample consisted of 52 first-time mothers who had scheduled cesarean births and were recovering in the obstetric postpartum ward at Phrapokklao Hospital in Chanthaburi Province. Participants were purposively sampled and divided into an experimental group ($n = 26$) and a control group ($n = 26$). Research instruments included the Breastfeeding Promotion Program, the Breastfeeding Self-Efficacy Questionnaire, the Breastfeeding Success Record Form, and the 2-Week Exclusive Breastfeeding Assessment. Data were analyzed using descriptive statistics, Mann-Whitney U tests, and Chi-square tests.

The results showed that the experimental group demonstrated significantly higher breastfeeding skills within 72 hours postpartum and higher perceived breastfeeding self-efficacy at two weeks postpartum compared to the control group ($p < .001$, $p < .001$). However, no significant differences were observed between the groups in perceived breastfeeding self-efficacy at 72 hours postpartum or in the rate of exclusive breastfeeding at two weeks ($p = .087$, $p = .465$). These findings suggest that nurses and midwives should continue to promote breastfeeding self-efficacy in postpartum women to enhance their confidence and success in breastfeeding.

Key words: perceived breastfeeding self-efficacy, breastfeeding promoting program, successful breastfeeding

¹ Graduate Student, Master of Nursing Program, Burapha University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

³ Associated Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

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

ความเป็นมาและความสำคัญ

น้ามนมมีความสำคัญต่อทารกโดยช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการ และมีภูมิคุ้มกันโรค กระทรวงสาธารณสุขส่งเสริมให้โรงพยาบาลต่าง ๆ เป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก ตั้งแต่ พ.ศ. 2534 โดยกำหนดให้ดำเนินการตามนโยบายบันได 10 ขั้น เพื่อเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกและองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ ได้ตั้งเป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 50 ภายใน พ.ศ. 2568 จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 พบว่า อัตราการให้นมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรก ได้เพียงร้อยละ 14.0 ลดลงจาก พ.ศ. 2559 ที่ได้ร้อยละ 23.1 ล่าสุดในปี พ.ศ. 2565 พบว่าอัตราการให้นมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรก เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 29 แต่สถิติดังกล่าวก็ยังห่างจากเป้าหมายที่วางไว้ (National Statistical Office of Thailand, 2020) สะท้อนให้เห็นปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของประเทศไทย และการที่มารดาประสบปัญหาการให้นมแม่แก่ทารกไม่เพียงพอ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารก มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อและเจ็บป่วยได้มากขึ้น อาจมีน้ำหนักเกินเกณฑ์ และเกิดภาวะอ้วน ได้ถึงร้อยละ 26 รวมถึงเข้ร้ปัญหาของเด็กกลดลง (National Statistical Office of Thailand, 2020) ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทราบสาเหตุและส่งเสริมให้มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรกสูงขึ้น เพื่อป้องกันผลกระทบดังกล่าว

สาเหตุที่ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ประสบความสำเร็จมีหลายสาเหตุ แต่สาเหตุสำคัญที่ยังมีการศึกษาน้อย คือ การผ่าตัดคลอด ผลกระทบจากการได้รับยาระงับความรู้สึก ทำให้หลังผ่าตัดคลอดมารดาไม่ตื่นตัว การตอบสนองไม่เต็มที่ ทำให้ทารกดูดนมครั้งแรกล่าช้า ภายหลังการผ่าตัดคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก มารดาจะต้องได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลทารก ความอ่อนเพลียจากการผ่าตัดและการงดน้ำงดอาหาร การปวดแผลผ่าตัด การคลื่นไส้อาเจียนจากผลข้างเคียงของยาแก้ปวด ภาวะเหล่านี้ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดเริ่มให้ลูกดูดนมได้ช้าลง ส่งผลให้การกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ามนมล่าช้า ความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นทำให้มารดาวิตกกังวล และเกิดความเครียด ส่งผลให้การหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซินลดลง (Kontrakan & Wongwisut, 2011) การมีน้ามน้อย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มารดาให้นมผสมแก่ทารก (Sawatpanich, Yimyam, & Chaloumsuk, 2019)

การผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้าและการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน มีผลกระทบเชิงลบต่อการดูดนมครั้งแรกและระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โดยมารดาที่ผ่าตัดคลอดไม่ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และไม่ได้ให้ลูกดูดนมครั้งแรกหลังคลอดมีมากกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด นอกจากนี้มารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้าประสบความสำเร็จก่อนกลับบ้านน้อยกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มารดาผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้าประสบความสำเร็จยากลำบากและไม่สุขสบาย และมีแนวโน้มที่จะหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อน 12 สัปดาห์หลังคลอด (Hobbs et al., 2016) และมารดาครั้งแรกที่หยุดให้นมลูกใน 10 สัปดาห์หลังคลอดเกิดจากการประสบปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่ได้รับช่วยเหลือจากพยาบาลขณะอยู่ในโรงพยาบาล และไม่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลที่ดูแลเด็ก ทำให้มารดาขาดความมั่นใจ (Hauck et al., 2016) นอกจากนี้มารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้าจะมีระยะเวลาน้ามนมเต็มเต้ามากกว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน (Intarasukum, 2014) ดังนั้น มารดาที่ผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้าและเป็นครั้งแรก จึงต้องได้รับการดูแลและให้ความสำคัญมากยิ่งขึ้นเพื่อส่งเสริมให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จ

การส่งเสริมความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีหลายวิธี แต่วิธีที่มีประสิทธิภาพ คือ การส่งเสริมให้มารดา มีความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยสร้างความมั่นใจให้มารดาหลังคลอดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูง มีแนวโน้มที่จะเริ่มให้นมแม่เร็ว และให้นมแม่ต่อไปในช่วงเวลานานกว่า สามารถจัดการกับความท้าทายในการให้นมแม่ได้ดีกว่า และเพิ่มความถี่ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาผ่าตัดคลอดได้ (Lakornket, & Jirapeat,

2017) จากแนวคิดของเดนนิส (Dennis, 1999) พบว่า การส่งเสริมความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
ทำให้มารดามีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน

สถิติจากทะเบียนผู้คลอด โรงพยาบาลพระปกเกล้า พ.ศ. 2563 พบว่ามีมารดาครรภ์แรกที่ทำคลอดแบบวางแผน
ล่วงหน้า ร้อยละ 25 และจากการเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยสูติกรรม พบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดร้อยละ 70 ไม่ได้ให้ทารก
ดื่มนมทุก 2-3 ชั่วโมง และร้อยละ 50 ยังมีย่านมน้อยในวันที่ 4 หลังคลอด และเมื่อกลับมาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์
พบว่ามีมารดาร้อยละ 50 เริ่มให้นมแม่ร่วมกับนมผสม เพราะคิดว่าย่านนมไม่พอ จากการทบทวนวรรณกรรม แม้ใน
ประเทศไทยจะมีการศึกษาการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่เป็นการศึกษาในมารดา
ที่ทำคลอดโดยไม่แยกประเภทการผ่าตัดคลอด และโปรแกรมจะเริ่มหลังผ่าตัดคลอดแล้ว ยังไม่พบการนำโปรแกรม
การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามแนวคิดของเดนนิส มาใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาครรภ์แรก
ที่ทำคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า หรือการศึกษาความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะ 2 สัปดาห์แรก
หลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การประสบปัญหาจากการให้นมส่งผลให้มารดาหยุดให้นม
ลูก ดังนั้นการติดตามเพื่อให้คำแนะนำแก่มารดาจนสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้ ทำให้มีการรับรู้จากความสำเร็จ
ด้วยตนเอง เกิดความมั่นใจ และรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น ทั้งนี้การรับรู้ความสามารถ
ของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ 72 ชั่วโมงหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการให้นมที่นานขึ้น (Otsuka
et al., 2022) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับสูงโดยเฉพาะที่ระยะ 2 สัปดาห์
หลังคลอด สามารถทำนายถึงความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน (De Jager, Broadbent,
Fuller-Tyszkiewicz, & Skouteris, 2014; Semenik, Loiselle, & Gottlieb, 2008) นอกจากนี้การได้รับความรู้
เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ การสนับสนุนและการให้กำลังใจจากพยาบาลนับเป็นปัจจัยสำคัญ
ในความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่นเดียวกับการส่งเสริมจากครอบครัว

การศึกษานี้จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อการรับรู้ความสามารถ
ของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาครรภ์แรกที่ทำคลอดแบบ
วางแผนล่วงหน้า โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของเดนนิส (Dennis, 1999)
ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะได้รูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสม สามารถนำไป
ใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาครรภ์แรกที่ทำคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า ซึ่งจะส่งผลให้มารดา
ที่ทำคลอดมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน
ยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาครรภ์แรกที่ทำคลอดแบบ
วางแผนล่วงหน้าต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ 72 ชั่วโมงและ 2 สัปดาห์หลังคลอด
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาครรภ์แรกที่ทำคลอดแบบ
วางแผนล่วงหน้าต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 - 2.1 ทักษะการให้นมแม่ที่ 72 ชั่วโมงหลังคลอด
 - 2.2 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 2 สัปดาห์

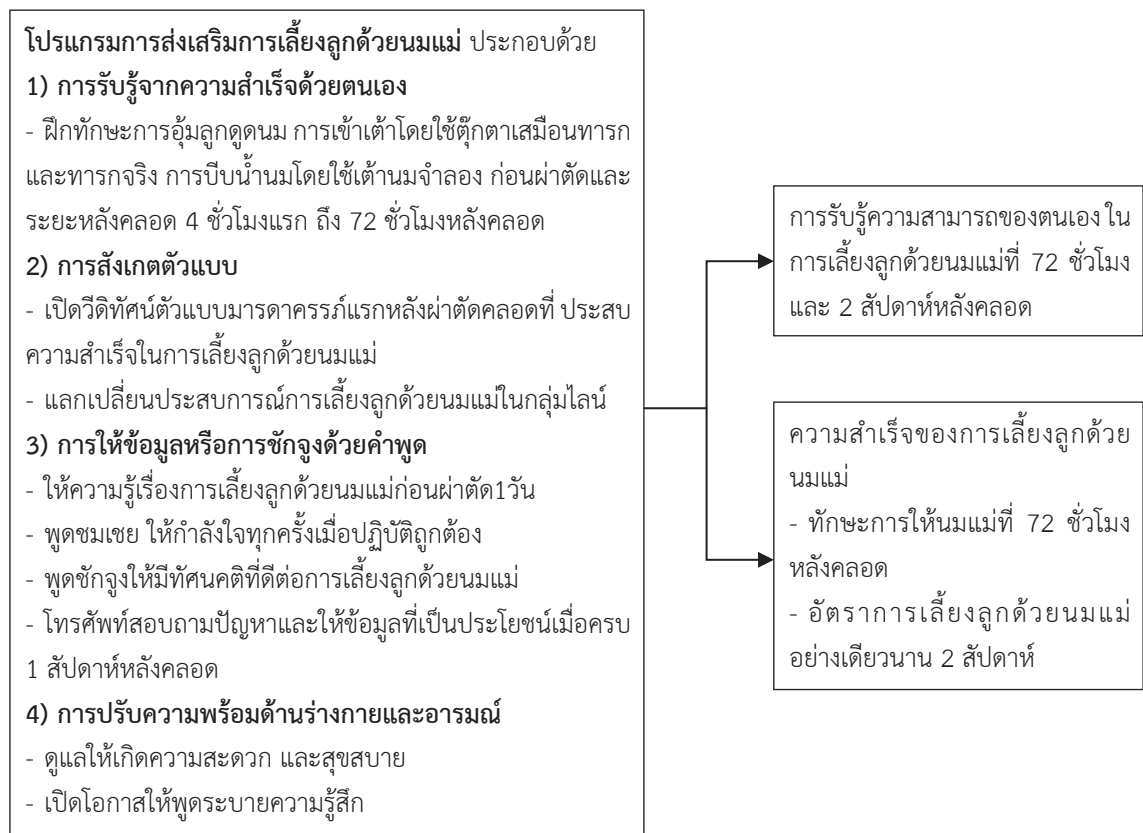
สมมติฐานการวิจัย

มารดาครรภ์แรกที่ทำคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
1) มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ 72 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังคลอด 2) มีทักษะ

การให้นมแม่ที่ 72 ชั่วโมงหลังคลอด และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 2 สัปดาห์มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดการส่งเสริมความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Breastfeeding self-efficacy theory) ของ Dennis (1999) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยการส่งเสริมความสามารถผ่านแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การรับรู้จากความสำเร็จด้วยตนเอง 2) การสังเกตตัวแบบ 3) การให้ข้อมูลหรือการชักจูงด้วยคำพูด และ 4) การปรับความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง (Posttest only design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาครั้งแรกที่ผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาครั้งแรกที่ผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า ในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี และพักฟื้นหลังคลอดที่หอผู้ป่วยหลังคลอดสูติกรรม เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) มารดาไทย ที่แพทย์นัดมาผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า 1 วัน 2) ตั้งครรภ์เพียงครั้งแรก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และไม่ขัดห้ามในการให้

นมแม่ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเอดส์ วัณโรค เป็นต้น 3) เต้านมทั้ง 2 ข้างและหัวนมปกติ 4) ทารกมีสุขภาพแข็งแรง และนำมาอยู่กับการดื่มนมหลังคลอด 2-4 ชั่วโมง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นการอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เกณฑ์คัดออก ดังนี้ 1) มารดามีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงภายหลังเข้าร่วมการวิจัยจนไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ เกณฑ์การถอนตัว ดังนี้ 1) มารดาขอถอนตัวจากการวิจัย 2) มารดาไม่เข้าร่วมกิจกรรมตามที่กำหนดติดต่อกันอย่างน้อย 1 ครั้ง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยของ สุภาพันธุ์ จันทศิริเจริญชัย วงศ์วัฒนกิจ และ อนุตา หนูนการคำ (Chansiri, Wongwatkit, & Noonkanka, 2021) ใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจทดสอบโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power วิเคราะห์ข้อมูลสถิติ t-test คำนวณค่าเฉลี่ยสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 มีขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ เท่ากับ .80 โดยกำหนดอำนาจการทดสอบที่ .80 ได้ขนาดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 21 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติ โดยคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่สนใจเข้าร่วมวิจัยตามโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ ตรวจสอบคุณสมบัติจากสมุดคู่มือสุขภาพแม่และเด็ก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 26 ราย จากนั้นจึงคัดเข้ากลุ่มทดลอง 26 ราย เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ ประกอบด้วย 1) แผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามแนวคิดของเดนนิส 2) แผนการสอนเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด 3) คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (e-book) 4) วิดีทัศน์ตัวแบบ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดื่มนมหลังผ่าตัดคลอดที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา 5) วิดีทัศน์การแก้ปัญหาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่พบได้บ่อยในระยะหลังคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์

2.2 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของเบญจมาศ ทศนะสุภาพ (Thussanasupap, 2006) แปลจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ฉบับย่อของเดนนิส (Dennis, 2003) มีจำนวน 14 ข้อ มาตรฐานค่า 5 ระดับ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 14-70 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก

2.3 แบบประเมินทักษะการให้นมแม่ ใช้แบบประเมิน LATCH score แปลเป็นภาษาไทยโดย กุสุมา ชูศิลป์ (Chusin, 2012) มีจำนวน 5 ข้อ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-10 คะแนน โดยคะแนนรวม มากกว่า 8 คะแนน หมายถึง มารดามีความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2.4 แบบประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 2 สัปดาห์ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 ปัจจุบันท่านเลี้ยงลูกด้วยอาหารชนิดใด เลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง 1) เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 2) เลี้ยงลูกด้วยนมแม่และนมผสม 3) เลี้ยงลูกด้วยนมผสมอย่างเดียว การแปลผล หากตอบ 1 คือ ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 2 สัปดาห์หลังคลอด ตอบ 2 หรือ 3 หมายถึง ไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 2 สัปดาห์ ข้อ 2 เริ่มให้อาหารอื่นนอกจากนมแม่ เมื่อทารกอายุกี่วัน และ ข้อ 3 ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับเต้านม หัวนม หรือลานนม หรือไม่ถ้ามี ให้ระบุปัญหา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) การศึกษานี้มีเครื่องมือวิจัยที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ และแบบประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดีย 2 สัปดาห์ นำโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนี ความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทดลองใช้ (Try out) กับมารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93 และแบบประเมินทักษะการให้นมแม่ (LATCH score) ตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธี Inter-rater reliability โดยพยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 2 ท่าน นำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 30 ราย แล้วนำมาเปรียบเทียบกัน ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 83.33%

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 26 คน จากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มทดลอง ดำเนินตามโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ครั้งที่ 1 ระยะเตรียมผ้าตัดคลอด 1 วัน ใช้เวลา 60 นาที เริ่มจากประเมินความพร้อมของร่างกาย และอารมณ์ คุวิดีโอตัวแบบมารดาครั้งแรกหลังผ้าตัดคลอดที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการให้คุวิดีโอ สาธิตและฝึกทักษะการอุ้มลูกดูนมด้วยตุ๊กตา และการอุ้มลูกเข้าเต้า

ครั้งที่ 2 ระยะหลังคลอด 2-4 ชั่วโมง ใช้เวลา 60 นาที สอบถามอาการทั่วไปและช่วยบรรเทาอาการปวด จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนตัว ช่วยเหลือมารดาในการให้นมลูกท่านอนตะแคง แนะนำให้ปฏิบัติตามหลัก 3 ดู ตัวอย่างต่อเนื่อง พูดชมเชยเมื่อมารดาสามารถให้นมลูกได้ถูกต้อง

ครั้งที่ 3 ระยะหลังคลอด 24 ชั่วโมง ใช้เวลา 60 นาที ประเมินความพร้อมของร่างกาย อารมณ์ และสภาพแวดล้อม ช่วยเหลือและฝึกทักษะให้มารดาอุ้มลูกดูนมท่าฟุตบอล และท่าขวางบนตัก แนะนำให้ปฏิบัติตามหลัก 3 ดูกกล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องและให้กำลังใจ

ครั้งที่ 4 ระยะหลังคลอด 48 ชั่วโมง ใช้เวลา 60 นาที สอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์และปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และให้คำแนะนำในการแก้ไข ฝึกทักษะการบีบน้ำนม ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น ช่วยจัดหาอาหารบำรุงน้ำนม ให้กำลังใจเมื่อพบอุปสรรค

ครั้งที่ 5 ระยะหลังคลอด 72 ชั่วโมง ใช้เวลา 60 นาที ทบทวนความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดีย 6 เดือน มอบ QR code E-book คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาผ้าตัดคลอด และเชิญเข้ากลุ่มไลน์ เพื่อเป็นช่องทางติดต่อขอคำปรึกษา ส่งเสริมให้ครอบครัวสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น ช่วยจัดหาอุปกรณ์ในการบีบน้ำนม การปั๊มนมลูก และการประคบเต้านม เป็นต้น ประเมินความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตามแบบประเมิน LATCH Score และให้ตอบแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ครั้งที่ 6 ระยะหลังคลอด 1 สัปดาห์ ใช้เวลา 30 นาที โทรสอบถามปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแนะนำการแก้ไขปัญหา ส่งวิดีโอการแก้ปัญหาเต้านมคัด หัวนมแตก ท่อน้ำนมอุดตัน ให้ทางไลน์ ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียอย่างน้อย 6 เดือน

ครั้งที่ 7 ระยะหลังคลอด 2 สัปดาห์ ใช้เวลา 30 นาที โทรสอบถามความรู้สึกเหนื่อย ความเครียด ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แนะนำการแก้ไขปัญหาและส่งวิดีโอให้ทางไลน์ เพื่อให้มารดาแก้ไขได้ด้วยตนเอง ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียอย่างน้อย 6 เดือน และให้มารดาตอบแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2 สัปดาห์

กลุ่มควบคุม ให้การดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลตามปกติ โดยวันแรกได้รับใหม่ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หลังคลอดให้ความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และฝึกทักษะการอุ้มลูกให้นมในท่าต่าง ๆ การบีบ เก๊บน้ำนม และให้คำแนะนำเมื่อมีปัญหา โดยให้มารดาในกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) แล้วทดสอบความแตกต่าง ของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test กรณีที่ข้อมูลมีระดับการวัดเป็น Ratio หรือ Interval scale และมีการแจกแจงปกติ หากมีการแจกแจงไม่ปกติ หรือมีระดับการวัดเป็น Nominal หรือ Ordinal scale วิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher exact เปรียบเทียบคะแนนความสำเร็จของการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ 72 ชั่วโมง และ 2 สัปดาห์หลังคลอด ทักษะการให้นมแม่ที่ 72 ชั่วโมงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Man Whitney U test และเปรียบเทียบ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วย Chi-square test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส G-HS004/2567 วันที่ 26 เมษายน 2567 และจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลพระปกเกล้า รหัส 009/67 วันที่ 30 เมษายน 2567 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยอย่างละเอียด มีอิสระในการ ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ สามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า การยกเลิก การเข้าร่วมการศึกษาไม่มีผลต่อการบริการดูแลรักษา การบันทึกข้อมูลจะไม่ระบุชื่อ ข้อมูลจะเป็นความลับ และจะทำลาย เอกสารทั้งหมดหลังจากสิ้นสุดการวิจัยภายใน 1 ปี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 29.42 ปี (SD = 5.24) อายุครรภ์เฉลี่ย 37.81 (SD = .69) ระดับการศึกษา พบมากที่สุดคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/อนุปริญญา (ร้อยละ 61.54) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 96.15) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 19.23) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 44,230.77 บาท (SD = 17,417.93) เหตุผลที่ผ่าตัดคลอดมีสาเหตุจากการอยู่ในท่าผิดปกติ พบมากที่สุด (ร้อยละ 26.92) ได้รับความรู้ เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์จากสื่อสังคมออนไลน์ มากที่สุด (ร้อยละ 23.08) ลักษณะครอบครัวขยาย (ร้อยละ 57.69) ทุกคนตั้งใจให้ลูกกินนมแม่ (ร้อยละ 100) นาน 6 เดือน (ร้อยละ 84.62) และ 12 เดือน (ร้อยละ 15.38) มีมารดาและน้าเป็นบุคคลที่ช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากที่สุด (ร้อยละ 19.23)

กลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 30.23 ปี (SD = 4.33) อายุครรภ์เฉลี่ย 37.62 (SD = .69) ระดับการศึกษา พบมากที่สุด คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/อนุปริญญา (ร้อยละ 46.15) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 96.15) ประกอบ อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ พบมากที่สุด (ร้อยละ 23.06) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 44,423.08 บาท (SD = 19,355.97) เหตุผลที่ผ่าตัดคลอดมีสาเหตุจากศีรษะทารกและเชิงกรานแม่ผิดปกติส่วน พบมากที่สุด (ร้อยละ 42.31) ได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในระยะตั้งครรภ์จากสื่อสังคมออนไลน์ มากที่สุด (ร้อยละ 23.08) ลักษณะ ครอบครัวขยาย (ร้อยละ 69.23) คนตั้งใจให้ลูกกินนมแม่ (ร้อยละ 100) นาน 6 เดือน (ร้อยละ 80.77) และ 12 เดือน (ร้อยละ 19.23) มีมารดาเป็นบุคคลที่ช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากที่สุด (ร้อยละ 26.92)

ทดสอบความแตกต่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ข้อมูล ส่วนบุคคลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ 72 ชั่วโมงหลังคลอด และ 2 สัปดาห์หลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่ที่ 72 ชั่วโมงหลังคลอด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .087$) ส่วนคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ 2 สัปดาห์หลังคลอด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2 สัปดาห์หลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่ 72 ชั่วโมงหลังคลอด และ 2 สัปดาห์หลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			Mann-Whitney U	
	N	mean	median	N	mean	median	Z	One-tailed p
72 ชั่วโมง หลังคลอด	26	61.15	64.50	26	60.08	63.00	1.36	.087
2 สัปดาห์ หลังคลอด	26	58.58	60.50	26	53.50	55.00	3.26	<.001

3. เปรียบเทียบคะแนนทักษะการให้นมแม่ที่ 72 ชั่วโมงหลังคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะการให้นมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนทักษะการให้นมแม่ที่ 72 ชั่วโมงหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			Mann-Whitney U	
	N	mean	median	N	mean	median	Z	One-tailed p
ทักษะการให้นมแม่ที่ 72 ชั่วโมงหลังคลอด	26	8.85	9.00	26	7.38	8.00	4.48	<.001

4. เปรียบเทียบอัตราของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย้อยละ 88.46 ส่วนกลุ่มควบคุมมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย้อยละ 76.92 และทั้งสองกลุ่มไม่มีการเลี้ยงลูกด้วยนมผสมอย่างเดียวย เมื่อเปรียบเทียบอัตราของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นาน 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ถึงแม้ว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยิ่งสูงกว่ากลุ่มทดลอง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการทางสถิติ พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .465$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 2 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียวย 2 สัปดาห์	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
นมแม่อย่างเดียว	23	88.46	20	76.92	1.20	.465
นมแม่ร่วมกับนมผสม	3	11.54	6	23.08		
รวม	26	100.00	26	100.00		

การอภิปรายผล

1. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

1.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ 72 ชั่วโมงหลังคลอด และ 2 สัปดาห์หลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าที่ 72 ชั่วโมงหลังคลอด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .087$) นั่นคือ โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่สามารถส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ 72 ชั่วโมงหลังคลอดได้ อธิบายได้ว่าระยะแรกหลังผ่าตัดคลอดถึง 72 ชั่วโมงหลังคลอด อาจมีตัวแปรกวน (confounding factors) เข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด การรับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และคาสายสวนปัสสาวะ ทำให้มีความยากลำบากในการให้นมทารก ส่งผลให้มีปัญหาในการให้นมที่ถูกวิธี รวมถึงปริมาณน้ำนมยังน้อยในช่วงแรก จึงทำให้มารดากลุ่มทดลองมีประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเองได้น้อย ซึ่งการมีประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเองถือว่าเป็นแหล่งที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการส่งเสริมความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มทดลองจึงขาดความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลให้การรับรู้ความสามารถของมารดากลุ่มนี้ไม่มากพอ จึงพบว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ 72 ชั่วโมงหลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

แต่อย่างไรก็ตาม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ 2 สัปดาห์หลังคลอด พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ 2 สัปดาห์หลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีคะแนนมากที่สุด ได้แก่ มีความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($M = 4.65$, $SD = .68$) รองลงมา คือ สามารถรับมือกับความจริงที่ว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นต้องใช้เวลา ($M = 4.58$, $SD = .70$) อาจเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการติดตามและให้คำแนะนำเมื่อมีปัญหากับการเลี้ยงลูกด้วยนมอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้าน ส่งผลให้มารดาสามารถให้นมทารกได้อย่างถูกต้องและปัญหาได้รับการแก้ไข จึงทำให้มารดามีความมั่นใจและส่งผลทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองมากยิ่งขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นพรัตน์ ธารณะ และรัตนภรณ์ ธนศิริจิรานนท์ (Tharana & Tanasirijiranont, 2019)

1.2 ทักษะการให้นมแม่ที่ 72 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่า กลุ่มทดลองมีทักษะการให้นมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยทักษะการให้นมแม่ที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ลักษณะหัวนมพุ่งขึ้นปกติ หลังถูกกระตุ้น ($M = 2.99$, $SD = .00$) รองลงมา คือ การอมหัวนมและลานนมของทารก ($M = 1.88$, $SD = .32$) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้มีประสบการณ์ ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการฝึกทักษะการอุ้มทำให้ทารกด้วยท่าต่าง ๆ ก่อนผ่าตัด 1 วัน และหลังผ่าตัดคลอด 2-4 ชั่วโมง ได้รับการสอนจากพยาบาล ทำให้เกิดความคุ้นเคยในการอุ้มทารก การเลือกท่าอุ้มที่เหมาะสม และรู้วิธีการเข้าเต้าที่ถูกต้อง ทำให้เกิดความมั่นใจว่าตนเองปฏิบัติถูกต้อง การประเมิน LATCH score อย่างต่อเนื่องทุกวัน ทำให้พยาบาลสามารถประเมิน ให้คำแนะนำ และแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มารดาปฏิบัติได้ถูกต้อง และทารกดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้กลุ่มทดลองได้มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ส่งผลให้เพิ่มโอกาสความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า โปรแกรมที่มีการประเมิน LATCH score อย่างต่อเนื่อง ทำให้ทารกดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ 48 ชั่วโมงหลังคลอด และได้รับนมแม่อย่างเดียว 1 เดือน มากกว่าทารกในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$, $p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา งามการ วรศันท์ ลิขิตวิวัฒนกุล ฐิติชญา พุกษานุศักดิ์ และ ศศิธรา น่วมภา (Ngamgarn, Leesirivattanagul, Perksanusak, & Nuampa, 2021)

1.3 อัตราของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 2 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 88.46 ส่วนกลุ่มควบคุมมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 76.92 และทั้งสองกลุ่มไม่มีการเลี้ยงลูกด้วยนมผสมอย่างเดียว เมื่อเปรียบเทียบอัตราของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 2 สัปดาห์ ระหว่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .465$) อาจเนื่องจาก กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำและความช่วยเหลือจากพยาบาลตามการพยาบาลปกติ โดยเป็นการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มีประสิทธิภาพระดับหนึ่ง ทำให้กลุ่มควบคุมมีความรู้และทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมถึงการประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะ 2 สัปดาห์ ซึ่งยังเป็นช่วงเวลาอันสั้น หลังการคลอด จึงยังพบการคงอยู่ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาที่เริ่มให้ลูกกินนมแม่ร่วมกับนมผสมในกลุ่มทดลองเฉลี่ย 10.5 วัน กลุ่มควบคุมเฉลี่ย 6 วัน และกลุ่มทดลองมีปัญหาจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่าควบคุม รวมถึงมีร้อยละของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองสามารถแก้ไขปัญหาจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม อาจเกิดจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ ทำให้ได้รับการติดตามต่อเนื่องและช่วยเหลือปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันเวลา เนื่องจากในระยะ 1 และ 2 สัปดาห์หลังคลอด มารดามักพบความยากลำบาก ความเหนื่อยล้าจากการดูแลทารก การปรับตัวภายหลังคลอด ทำให้เกิดความเครียด และบั่นทอนความเชื่อมั่นลดลง การโทรศัพท์ติดตามให้กำลังใจเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก และแนะนำในการแก้ไขปัญหา จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นและรับรู้ความสามารถของตนเองอย่างต่อเนื่อง และให้นมลูกต่อไปจนถึง 6 เดือนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของซีมินิ ลอยเซลเล และกอทท์ลิบ (Semenic, Loiselle, & Gottlieb, 2008) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับสูงโดยเฉพาะระยะ 2 สัปดาห์หลังคลอด สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านบริหารการพยาบาล ควรสนับสนุนให้บุคลากรด้านสุขภาพนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองไปใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาผ่าตัดคลอดบุตร
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลนำขั้นตอนของโปรแกรมไปปฏิบัติกับหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมตัวมาผ่าตัดคลอด เพื่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองและเกิดความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
3. ด้านการศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาลสามารถนำโปรแกรมนี้นี้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนให้แก่ นักศึกษาพยาบาล ให้มีความเข้าใจแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด รวมถึงการส่งเสริมครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ควรเป็นการศึกษาระยะยาว ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอด และมีการสุ่มตัวอย่างให้มีขนาดใหญ่ขึ้น

References

- Kontrakan, S., & Wongwisut, T. (2011). Basic knowledge for successful breastfeeding. In *Breastfeeding training center Faculty of medicine Siriraj hospital Mahidol university, Workshop on breastfeeding*. (p. 7-26). Bangkok: Mahidol University. [In Thai]
- Chansiri, S., Wongwatkit, C., & Noonkanka, A. (2021). The effects of self-efficacy promoting program on knowledge, perceived self-efficacy, efficiency of breastfeeding, and exclusive breastfeeding rate in first-time adolescent mothers. *Nursing Science Journal of Thailand*, 40(1), 50-68. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/248666>

- Chusin, K. (2012). Breastfeeding and infant health. In Mudtamra, S. (Ed.), *Breastfeeding textbook*. Bangkok: Iyara Publishing Company. [In Thai]
- De Jager, E., Broadbent, J., Fuller-Tyszkiewicz, M., & Skouteris, H. (2014). The role of psychosocial factors in exclusive breastfeeding to six months postpartum. *Midwifery*, 30(6), 657-666. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.008>
- Dennis, C. L. (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: A self-efficacy framework. *Journal of Human Lactation*, 15, 195-201.
- Dennis, C. L. (2003). The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32(6), 734-744.
- Hauck, Y. L., Fenwick, J., Dhaliwal, S. S., Butt, J., & Schmied, V. (2011). The association between women's perceptions of professional support and problems experienced on breastfeeding cessation: A Western Australian study. *Journal of Human Lactation*, 27(1), 49-57. <https://doi.org/10.1177/089033441038695>
- Hobbs, A. J., Mannion, C. A., McDonald, S. W., Brockway, M., & Tough, S. C. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 90. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1>
- Intarasukum, P. (2014). Onset of lactation after an uncomplicated cesarean delivery: A study between emergency cesarean delivery and elective cesarean delivery. *Journal of Health Science*, 23(6), 1058-1066. [In Thai]
- Lakornket, N., & Jirapeat, V. (2017). The effects of promoting breast feeding self-efficacy program on sufficient of breast milk supply and maintenance of lactation behavior in mothers of newborn after explore laparotomy. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18, 211-220. [In Thai]
- National Statistical Office of Thailand. (2020). *Thailand multiple indicator cluster survey 2019, survey findings report*. Bangkok, Thailand: National Statistical Office of Thailand. Retrieved from https://www.unicef.org/thailand/Thailand_MICS_Full_Report_EN.pdf. [In Thai]
- Ngamgarn, W., Leesiriwattanagul, W., Perksanusak, T., & Nuampa, S. (2021). Effect of a nursing program for continuous breastfeeding promotion with family support and early skin to skin contact on effective suckling breastfeed, neonatal jaundice, and exclusive breastfeeding at one month. *Journal Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, 38(1), 67-76. [In Thai]
- Otsuka, K., Takayanagi, T., Ueda, C., Kudo, K., Fujii, T., Ito, Y., Ohki, Y., & Ohgi, N. (2022). Breastfeeding self-efficacy at 72 hours postpartum is associated with longer breastfeeding duration : A longitudinal cohort study. *International Breastfeeding Journal*, 17(1), 1-7.
- Sawatpanich, A., Yimyan, S., & Chaloumsuk, N. (2019). Factors influencing exclusive breastfeeding at discharge among first-time mothers undergoing cesarean section. *Nursing Journal*, 46(3), 219-231.
- Semenic, S., Loiselle, C., & Gottlieb, L. (2008). Predictors of the duration of exclusive breastfeeding among first-time mothers. *Research in nursing & Health*, 31(5), 428-441.

- Tharana, N., & Tanasirijiranont, R. (2019). Effects of enhancing self-Efficacy programs on perceived self-efficacy, knowledge and satisfaction in breastfeeding practice among first-time postpartum mothers. *Nursing Journal*, 46(4), 70-82.
- Thussanasupap, B. (2006). *The effects of systematic instructional program on breastfeeding self-efficacy, nipple pain, nipple skin changes and incision pain of cesarean mothers*. Master's thesis, Nursing, Mahidol University. [In Thai]

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชาชน จังหวัดนครศรีธรรมราช

บุญประจักษ์ จันทรวิน, ส.ด.¹ สิงห์ กาญจนอารี, ศษ.ม.^{2*} วัลลภา ดิษสระ, พย.ม.¹ จิฑาภรณ์ ยกอิน, พย.ม.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยเอื้อ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชาชน และ 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชาชน จังหวัดนครศรีธรรมราช ตัวอย่าง 4,126 คน วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อหรือปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม มีค่าแอลฟาครอนบาช เท่ากับ 0.921 วิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา Odds ratio และ Multiple logistic regression

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.90 และ 50.97) ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 50.92) การเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารลดโซเดียม อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 58.41) แรงสนับสนุนทางสังคมในการลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.53) พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 55.45) เมื่อวิเคราะห์โดยการควบคุมตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชาชน ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา การประกอบอาหารรับประทาน การมีโรคประจำตัว การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม

ฉะนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชควรส่งเสริมให้ประชาชนมีการรับรู้การบริโภคอาหารที่มีโซเดียม และให้เครือข่ายในชุมชนสนับสนุนลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม

คำสำคัญ: พฤติกรรม การบริโภคอาหาร อาหารที่มีโซเดียม

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้เขียนหลัก e-mail: sing@bcnnakhon.ac.th

Factors Influencing the Dietary Sodium Consumption Behavior of the Population in Nakhon Si Thammarat Province

Boonprajuk Junwin, Dr.P.H.¹, Sing Kanchanaaree, M.E.^{2*}, Wanlapa Dissara, M.N.S.¹,
Jithaphon Yok-in, M.N.S.¹

Abstract

This cross-sectional survey aimed to investigate (1) key, supplementary, and facilitating factors related to sodium consumption behavior and (2) the factors affecting sodium consumption behavior among the population of Nakhon Si Thammarat Province. The study included a sample of 4,126 participants, selected through multi-stage sampling. Data were collected using a questionnaire consisting of four parts: leading factors, facilitating or supporting factors, additional factors, and behavior in consuming foods containing sodium. with a Cronbach's alpha reliability score of 0.81. Statistical analyses included descriptive statistics, odds ratios, and multiple logistic regression.

The findings revealed that perceptions of benefits (50.90%) and barriers (50.97%) were generally high, while self-efficacy regarding sodium reduction was low (50.92%). Access to low-sodium foods and products was limited (58.41%), but social support for reducing sodium intake was high (50.53%). Overall, a high proportion of the population exhibited behaviors associated with consuming sodium-rich foods (55.45%). After controlling for variables, factors influencing sodium consumption behavior included age, marital status, occupation, income adequacy, education level, home cooking practices, the presence of chronic diseases, perceptions of benefits and barriers, self-efficacy, and social support.

The results suggest that the Ministry of Public Health should enhance public awareness of sodium consumption and strengthen community networks to support efforts in reducing sodium intake.

Key words: Behavior, Food consumption, Sodium-rich foods

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² Registered Nurse Senior Professional, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author e-mail: sing@bcnnakhon.ac.th

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับประเทศและระดับโลกซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยสาเหตุสำคัญหนึ่งคือ พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ทำให้ได้รับสารอาหารบางอย่างมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย เช่น ไขมัน คาร์โบไฮเดรต เกลือ และอาหารที่มีโซเดียม เป็นต้น สำหรับหลักฐานวิชาการในปัจจุบันยืนยันว่าการบริโภคโซเดียมมากเกินไปเกินความต้องการมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และส่งผลต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Department of Disease Control, 2016) ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2017) ได้แนะนำไว้ว่า ไม่ควรบริโภคโซเดียมเกินวันละ 2,000 มิลลิกรัม หรือเกลือไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อคนต่อวัน หากได้รับมากเกินไปจะส่งผลเสียต่อสุขภาพและร่างกาย ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ประชากรทั่วโลกมีการบริโภคโซเดียมสูงเกินเกณฑ์ที่กำหนดอยู่ในช่วงระหว่าง 3,500 - 5,500 มิลลิกรัมต่อวัน (Grillo, Salvi, Coruzzi, Salvi, & Parati, 2019)

สถานการณ์การบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย จากการสำรวจอาหารและโภชนาการ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ในปี พ.ศ. 2562 ประชาชนไทยบริโภคโซเดียมเฉลี่ย 3,636 มิลลิกรัม หรือเท่ากับเกลือถึง 1.8 ช้อนชา ซึ่งเกินกว่าปริมาณที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ 1.5 - 2 เท่า และยังไม่มีความโน้มถ่วงลดลง (Non-Communicable Diseases Division, 2023) นอกจากนี้ค่าเฉลี่ยของการบริโภคโซเดียมในประเทศไทย พบว่า ในภาคใต้มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (4,107.8 มิลลิกรัม/วัน) รองลงมาคือ ภาคกลาง (3,759.7 มิลลิกรัม/วัน) ภาคเหนือ (3,562.7 มิลลิกรัม/วัน) กรุงเทพมหานคร (3,495.9 มิลลิกรัม/วัน) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (3,315.8 มิลลิกรัม/วัน) ตามลำดับ แหล่งของการได้รับโซเดียมจากการบริโภคอาหาร ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับโซเดียมจากการรับประทานอาหารที่ผ่านกระบวนการผลิตและการรับประทานอาหารนอกบ้าน แบ่งออกเป็น การเติมขณะปรุงอาหาร (ร้อยละ 71) อาหารตามธรรมชาติ (ร้อยละ 18) การปรุงรสเพิ่มบนโต๊ะอาหาร (ร้อยละ 11) (Non-Communicable Diseases Division, 2023) และผลสำรวจของกรมควบคุมโรคในปี พ.ศ. 2565 พบว่า ประมาณร้อยละ 72-80 ของประชาชนมีการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมมากกว่า 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน นอกจากนี้ ยังพบว่าในแต่ละภูมิภาคจะมีการบริโภคที่มีโซเดียมแตกต่างกัน ซึ่งพบกลุ่มผู้ชายมีการบริโภคที่มีโซเดียมต่อวันมากกว่ากลุ่มผู้หญิง, กลุ่มอายุ 20-29 ปี มีการบริโภคที่มีโซเดียมมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ซึ่งถ้าหากไม่มีการป้องกันและการลดการบริโภคในรุ่นอายุ (Age Cohort) จะมีแนวโน้มการบริโภคที่มีโซเดียมเพิ่มเมื่ออายุเพิ่มขึ้นในอนาคต และพบการเพิ่มการบริโภคที่มีโซเดียมเมื่อมีระดับดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับการศึกษาและระดับรายได้ที่เพิ่มสูงขึ้น สำหรับจังหวัดนครศรีธรรมราช ยังไม่พบข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมในภาพรวม มีเพียงการศึกษาในภาคใต้ 2 จังหวัด คือ ในปี พ.ศ. 2565 จังหวัดพัทลุง ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคที่มีโซเดียมต่อวัน 4,880.0 มิลลิกรัม และจังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งพบว่า ร้านอาหารส่วนใหญ่มีปริมาณโซเดียมคลอไรด์มากกว่า 0.71 มิลลิกรัมต่อ 100 มิลลิกรัม ซึ่งจัดอยู่ในระดับเค็ม (Non-Communicable Diseases Division, 2023) สำหรับจังหวัดนครศรีธรรมราช ยังไม่พบการสำรวจการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม แต่พบว่าประชาชนมีโรคประจำตัวที่เกิดจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ. 2565 - 2566 เช่น โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 14.60 เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.94) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 1.90 เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.91) โรคหลอดเลือดและหัวใจ (ร้อยละ 0.44 เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.45) และโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 0.41 เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.42) (Nakhon Si Thammarat Provincial Health Office, 2024) ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นภัยเงียบส่งผลต่อสุขภาพทำให้เกิดการเจ็บป่วย ความพิการ การสูญเสียสุขภาพ คุณภาพชีวิต และตายก่อนวัยอันควร โดยมีปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมร่วมที่สำคัญการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม (Strategy and Plans Group Bureau of Non-Communicable Diseases, 2017)

แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model) ตามแนวคิดของ Green & Kreuter (2005) เป็นโมเดลที่ถูกนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งในระยะที่ 3 เป็นระยะของการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียม ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ และองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับการบริโภคอาหาร สำหรับระยะที่ 4 เป็นการนำสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพจากระยะที่ 3 มาประเมินพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย (1) ปัจจัยนำ หมายถึง คุณลักษณะของบุคคลที่ติดตัวกับบุคคลเหล่านั้นมาก่อนแล้ว เช่น ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทศนคติ การรับรู้ เป็นต้น (2) ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน หมายถึง รางวัลหรือผลตอบแทน หรือการได้รับการลงโทษภายหลังที่ได้แสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา ซึ่งจะช่วยให้เกิดความมั่นคงของการเกิดพฤติกรรม การเสริมแรงจะได้รับจากครอบครัว กลุ่มเพื่อน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือสื่อมวลชน เป็นต้น (3) ปัจจัยเอื้อ หมายถึง คุณลักษณะของสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพ และสังคมวัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคลและหรือทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการนำแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ มาใช้ศึกษาพฤติกรรมบริโภคที่มีโซเดียมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีผลมาจากการบริโภคที่มีโซเดียม อาทิ การศึกษาของ Muangpe and Jariya (2023) ที่พบว่า ปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือและโซเดียม แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือและโซเดียม อาชีพรับจ้าง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือและโซเดียม และอายุ ทำนายได้ร้อยละ 29.00 ส่วนการศึกษา Kanhasura and Chupanit (2023) ที่พบว่า เพศ รายได้ ดัชนีมวลกาย ความรู้ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารที่มีโซเดียม มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงของผู้ใหญ่ แต่อย่างไรก็ตาม พบการศึกษาพฤติกรรมบริโภคที่มีโซเดียมในกลุ่มประชาชนน้อย อาทิ การศึกษาของ Thirakulpharit (2016) พบว่า อายุ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งอาหารบริการหรือแหล่งอาหาร และข่าวสาร/ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียมที่ส่งผลต่อสุขภาพ Komcheab (2013) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมบริโภคเกลือและโซเดียม การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมบริโภคเกลือและโซเดียม เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริโภคที่มีโซเดียมของประชาชน

ฉะนั้น ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการหาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชาชน จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งยังไม่มีการศึกษาในประเด็นการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม หากได้ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชาชน จังหวัดนครศรีธรรมราช จะสามารถนำข้อมูลไปวางแผน กำหนดมาตรการ และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นกับประชาชนจังหวัดนครศรีธรรมราชและพื้นที่ใกล้เคียงได้

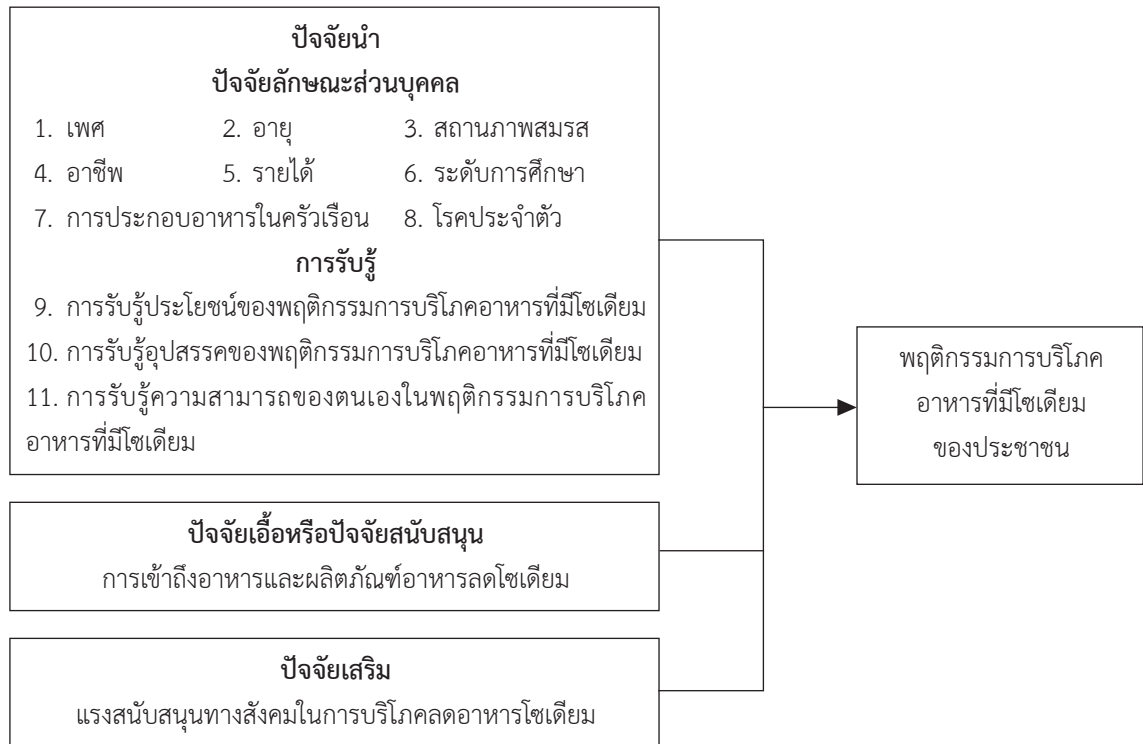
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชาชน จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชาชน จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชาชน จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model) ตามแนวคิดของ Green and Kreuter (2005) เพื่อศึกษาพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียมจะต้องประกอบด้วย (1) ปัจจัยนำ ได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และการรับรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม คือ การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรม

การบริโภคอาหารที่มีโซเดียม การรับรู้อุปสรรคพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม และการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม (2) ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารที่มีโซเดียม และ (3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม มาประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชาชน จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation Research) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 27 มิถุนายน - 25 กรกฎาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนที่มีอายุ 18-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราชจำนวน 785,633 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 3 เมษายน 2567) (Nakhon Si Thammarat Provincial Health Office, 2024)

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาจากจำนวนประชากร 70,000 คน ขึ้นไป ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 0.5 (Tirakanan, 1999) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 3,929 ตัวอย่าง เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 5 ได้ 197 ตัวอย่าง รวมทั้งหมด 4,126 ตัวอย่าง

สุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) โดยการหยิบลากอย่างง่าย โซนละ 1 อำเภอ จำนวน 6 โซน ดังนี้ โซนที่ 1 คือ อำเภออบพิดำ โซนที่ 2 คือ อำเภอหัวไทร โซนที่ 3 คือ อำเภอบางขัน โซนที่ 4 คือ อำเภอดงควาย โซนที่ 5 คือ อำเภอเมือง และโซนที่ 6 คือ อำเภอร่อนพิบูลย์

เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ (1) ประชาชนอายุ 18-59 ปี (2) สามารถตอบแบบสอบถาม Google form ได้ (3) อ่าน และสื่อสารภาษาไทยได้ และ (4) อาศัยอยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่น้อยกว่า 1 ปี

เกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ ประชาชนที่ไม่ได้พักในพื้นที่ขณะทำการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ข้อคำถามของ Muangpe & Jariya (2023) ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การศึกษา การประกอบอาหารในครัวเรือน และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ ดังนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม จำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 10 ข้อ คำถามเชิงลบ 2 ข้อ

2.2 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม จำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 7 ข้อ

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม จำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 8 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อหรือปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารที่มีโซเดียม มีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 6 ข้อ

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม มีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 8 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม จำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 1 ข้อ คำถามเชิงลบ 11 ข้อ

ทั้งนี้คำถามส่วนที่ 2-5 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จากมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ถึงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน สำหรับคำถามเชิงลบผู้วิจัยทำการกลับคะแนน กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับโดยใช้ค่าเฉลี่ย (Woraphongsathorn, 2015) ดังนี้

มากกว่าและเท่ากับค่าเฉลี่ย หมายถึง การรับรู้/พฤติกรรมอยู่ในระดับสูง
น้อยกว่าค่าเฉลี่ย หมายถึง การรับรู้/พฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ

ตัวแปร	M	SD	ระดับต่ำ	ระดับสูง
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม	3.79	.05	1.00 - 3.78	3.79 - 5.00
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม	2.8	.590	1.00 - 2.79	2.80 - 5.00
การรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม	3.69	.49	1.00 - 3.68	3.69 - 5.00
การเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารลดโซเดียม	3.05	.70	1.00 - 3.04	3.05 - 5.00
แรงสนับสนุนทางสังคมในการบริโภคอาหารลดโซเดียม	2.99	.91	1.00 - 2.98	2.99 - 5.00
พฤติกรรมการบริโภคที่มีโซเดียม	3.34	.68	1.00 - 3.33	3.34 - 5.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมเชิงภาษา จำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์กำหนดให้คะแนนผลการพิจารณา โดยค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ ระหว่าง 0.67-1.00 ภายหลังจากที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมเชิงภาษา นำไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) กับประชาชนอำเภอทุ่งสง จังหวัด นครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน โดยการคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's

Alpha Coefficient) ดังนี้ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม เท่ากับ 0.830, การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม เท่ากับ 0.774, การรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการบริโภคที่มีโซเดียม เท่ากับ 0.807, การเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์อาหาร เท่ากับ 0.782, แรงสนับสนุนทางสังคมในการบริโภคอาหารโซเดียมเท่ากับ 0.938, พฤติกรรมการบริโภคที่มีโซเดียม เท่ากับ 0.886 และทั้งฉบับ เท่ากับ 0.921

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลแบบ Online survey สำหรับประชาชนที่มีอายุ 18-59 ปี โดยผู้วิจัยส่งไปยังสาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ในพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ช่วยนักวิจัย และดำเนินการส่งต่อโดยใช้ Application line ไปยังประชาชนในเขตรับผิดชอบซึ่งเป็นพื้นที่วิจัย และเป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ภายหลังส่งแบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามของแต่ละอำเภอในทุก ๆ วัน เมื่อได้ข้อมูลครบ จึงยุติการรับแบบสอบถามและแสดงความขอบคุณไปยังสาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยใช้ Application line เช่นเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ใช้อธิบายข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อหรือปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistics) โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ($p < 0.05$) ซึ่งตัวแปรตามเป็นชนิดแจกแจง (Categorical variable) ชนิด 2 กลุ่ม (Dichotomous variable) จำแนกเป็นพฤติกรรมการบริโภคสูง (1) และพฤติกรรมการบริโภคลด (0) วิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ (Univariate analysis) ด้วยสถิติอย่างง่าย (Simple logistic regression) เพื่อพิจารณาคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value ของ Wald's test น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 ในการวิเคราะห์ตัวแปรพหุคูณ (Multivariate analysis) ด้วยสมการถดถอยโลจิสติกส์พหุคูณ (Multiple logistic regression) และทำการคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value มากกว่า 0.05 ออก จากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward elimination นำเสนอผลการศึกษาด้วยค่าสัดส่วนความเสี่ยง (Odds ratio: OR) และค่าร้อยละ 95 ของช่วงความเชื่อมั่น (95%CI Confidence interval: 95%CI) การแปลโดยพิจารณาจากค่า OR ในกรณีที่ค่า OR มีค่ามากกว่า 1 ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม และในกรณีที่ค่า OR มีค่าน้อยกว่า 1 ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยในเชิงป้องกันต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ Exc-07/2567 รับรองตั้งแต่วันที่ 24 มิถุนายน 2567 ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีการเผยแพร่หรือเกิดความเสียหายใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล พบว่า มากกว่า 4 ใน 5 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 88.17) มากกว่าครึ่งมีอายุระหว่าง 45-59 ปี (ร้อยละ 58.75) มากที่สุด มีอายุเฉลี่ย 44.66 ปี (SD = 10.38) อายุต่ำสุด 18 ปี อายุสูงสุด 59 ปี เกือบ 2 ใน 3 มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.09) ประมาณ 1 ใน 3 มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 34.63) เกือบ 2 ใน 4 มีรายได้พอใช้จ่าย (ร้อยละ 39.80) 1 ใน 3 จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 32.57) ประกอบอาหารเองทุกมื้อ และบางมื้อมีส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 46.53 และ 48.69) มากกว่า 2 ใน 3 มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 69.44) โดยเป็น

โรคความดันมากที่สุด (ร้อยละ 34.51) รองลงมาคือไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 24.19)

2. ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่มีโซเดียม พบว่า การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.90 และ 50.97) ยกเว้นการรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียม ที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 50.92) ปัจจัยเอื้อหรือปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารลดโซเดียม ส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 58.41) ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.53) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และระดับปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อหรือปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียม (n = 4,126)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	M (SD)
1 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียม			3.79 (0.50)
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 3.78)	2,026	49.10	
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.79 - 5.00)	2,100	50.90	
2 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียม			2.80 (0.59)
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.79)	2,023	49.03	
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.80 - 5.00)	2,103	50.97	
3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียม			3.69 (0.49)
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 3.68)	2,101	50.92	
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.69 - 5.00)	2,025	49.08	
4 การเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารลดโซเดียม			3.05 (0.70)
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 3.04)	2,410	58.41	
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.05 - 5.00)	1,716	41.59	
5 แรงสนับสนุนทางสังคมในการลดการบริโภคอาหารโซเดียม			2.99 (0.91)
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.98)	2,041	49.47	
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.99 - 5.00)	2,085	50.53	

3. พฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียม พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 55.45) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และระดับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียม (n = 4,126)

ระดับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เหมาะสม (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 3.33)	1,838	44.55
เหมาะสม (คะแนนเฉลี่ย 3.34 - 5.00)	2,288	55.45

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชาชน จังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อมีการควบคุมตัวแปร พบว่า ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 30-44 ปี และ 45-59 ปี มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียมเหมาะสมกว่า 2.17 ($OR_{Adj} = 2.17, 95\%CI = 1.68-2.80$) และ 3.41 เท่า ($OR_{Adj} = 3.41, 95\%CI =$

2.63-4.43) เมื่อเทียบกับอายุ ≤ 29 ปี

ประชาชนที่มีสถานภาพสมรส มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมเหมาะสมกว่า 1.27 เท่า ($OR_{Adj} = 1.27, 95\%CI = 1.03-1.57$) เมื่อเทียบกับสถานภาพโสด

ประชาชนที่มีอาชีพเกษตรกรรม ค่าขาย รับจ้างทั่วไป และนักเรียน/นักศึกษา มีโอกาสจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมที่เหมาะสมลดลง ร้อยละ 42 ($OR_{Adj} = 0.58, 95\%CI = 0.42-0.79$), 40 ($OR_{Adj} = 0.60, 95\%CI = 0.44-0.84$), 59 ($OR_{Adj} = 0.41, 95\%CI = 0.03-0.57$) และ 63 ($OR_{Adj} = 0.37, 95\%CI = 0.22-0.63$) เมื่อเทียบกับอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

ประชาชนที่มีรายได้ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมที่เหมาะสมลดลง ร้อยละ 27 ($OR_{Adj} = 0.73, 95\%CI = 0.62-0.86$) เมื่อเทียบกับมีรายได้พอใช้จ่าย

ประชาชนที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และปริญญาตรี มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมที่เหมาะสม เท่ากับ 1.25 ($OR_{Adj} = 1.25, 95\%CI = 1.03-1.51$) และ 1.32 เท่า ($OR_{Adj} = 1.32, 95\%CI = 1.05-1.67$) เมื่อเทียบกับระดับประถมศึกษา

ประชาชนที่ซื้ออาหารรับประทานทุกมื้อ มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมที่เหมาะสมลดลง ร้อยละ 32 ($OR_{Adj} = 0.68, 95\%CI = 0.46-0.99$) เมื่อเทียบกับการประกอบอาหารรับประทานเองทุกมื้อ

ประชาชนที่มีโรคประจำตัวมีโอกาที่จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมที่เหมาะสมลดลง ร้อยละ 34 ($OR_{Adj} = 0.66, 95\%CI = 0.56-0.77$) เมื่อเทียบกับการไม่มีโรคประจำตัว

ประชาชนที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมระดับสูงมีโอกาที่จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมที่เหมาะสม เท่ากับ 2.28 เท่า ($OR_{Adj} = 2.28, 95\%CI = 1.95-2.63$) เมื่อเทียบกับการรับรู้ประโยชน์ระดับต่ำ

ประชาชนที่มีการรับรู้อุปสรรคของการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมระดับสูงมีโอกาที่จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมที่เหมาะสม เท่ากับ 2.11 เท่า ($OR_{Adj} = 2.11, 95\%CI = 1.84-2.42$) เมื่อเทียบกับการรับรู้อุปสรรคระดับต่ำ

ประชาชนที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมระดับสูงมีโอกาที่จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมที่เหมาะสม เท่ากับ 1.56 เท่า ($OR_{Adj} = 1.56, 95\%CI = 1.33-1.83$) เมื่อเทียบกับการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับต่ำ

ประชาชนที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในการลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมระดับสูงมีโอกาที่จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมที่เหมาะสม เท่ากับ 1.20 เท่า ($OR_{Adj} = 1.20, 95\%CI = 1.01-1.43$) เมื่อเทียบกับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชาชน

ปัจจัย	พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม		Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
	ไม่เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)	เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					
ชาย	254 (52.05)	234 (47.95)	Ref.	Ref.	-
หญิง	1,584 (43.54)	2,054 (56.46)	1.41(1.17-1.70)	1.17(0.94-1.46)	0.149

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร ที่มีโซเดียม		Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
	ไม่เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)	เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)			
อายุ (ปี)					
≤ 29 ปี	364 (68.81)	165 (31.19)	Ref.	Ref.	-
30-44 ปี	570 (48.59)	603 (51.41)	2.33(1.88-2.90)	2.17(1.68-2.80)**	< 0.001
45-59 ปี	904 (37.29)	1,520 (62.71)	3.17(3.03-4.54)	3.41(2.63-4.43)**	< 0.001
สถานภาพการสมรส					
โสด	493 (57.13)	370 (42.87)	Ref.	Ref.	-
คู่	1,020 (39.19)	1,583 (60.81)	2.07(1.77-2.42)	1.27(1.03-1.57)*	0.025
หม้าย	214 (47.66)	235 (52.34)	1.46(1.16-1.84)	1.00(0.76-1.33)	0.983
หย่า/แยก	111 (52.61)	100 (47.39)	1.20(0.89-1.62)	0.82(0.58-1.16)	0.266
อาชีพ					
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	203 (42.38)	276 (57.62)	Ref.	Ref.	-
เกษตรกรกรรม	540 (37.79)	889 (62.21)	1.21(0.98-1.49)	0.58(0.42-0.79)**	0.001
ค้าขาย	233 (44.47)	291 (55.53)	0.90(0.72-1.18)	0.60(0.44-0.84)**	0.002
พนักงานบริษัท	306 (53.87)	262 (46.13)	0.63(0.49-0.81)	1.01(0.76-1.35)	0.927
รับจ้างทั่วไป	372 (49.67)	377 (50.33)	0.75(0.59-0.94)	0.41(0.30-0.57)**	< 0.001
ธุรกิจส่วนตัว	85 (35.42)	155 (64.58)	1.34(0.97-1.85)	0.88(0.61-1.27)	0.493
ประมง	6 (37.50)	10 (62.50)	1.23(0.44-3.43)	0.83(0.25-2.71)	0.7524
นักเรียน/นักศึกษา	93 (76.86)	28 (23.14)	0.22(1.14-0.35)	0.37(0.22-0.63)**	< 0.001
ความเพียงพอของรายได้					
พอใช้จ่าย	719 (43.79)	923 (56.21)	Ref.	Ref.	-
ไม่พอใช้จ่ายแต่ไม่มีหนี้สิน	109 (39.63)	166 (60.36)	1.19(0.91-1.54)	0.86(0.64-1.15)	0.309
พอใช้และเหลือใช้มีไว้เก็บ	241 (33.80)	472 (66.20)	1.53(1.27-1.83)	1.16(0.94-1.42)	0.163
ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน	769 (51.40)	727 (48.60)	0.74(0.64-0.85)	0.73(0.62-0.86)**	< 0.001
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	351 (42.49)	475 (57.51)	Ref.	Ref.	-
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	502 (37.35)	842 (62.65)	1.24(1.04-1.48)	1.25(1.03-1.51)*	0.026
อนุปริญญา/ปวส	361 (58.89)	252 (41.11)	0.52(0.42-0.64)	0.81(0.63-1.03)	0.086
ปริญญาตรี	511 (44.94)	626 (55.06)	0.91(0.76-1.09)	1.32(1.05-1.67)*	0.018
ปริญญาโทและสูงกว่า	50 (45.87)	59 (54.13)	0.87(0.58-1.30)	1.03(0.63-1.67)	0.909
กำลังศึกษา	63 (64.95)	34 (35.05)	0.40(0.26-0.62)	0.96(0.55-1.65)	0.872

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่มีโซเดียม		Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
	ไม่เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)	เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)			
การประกอบอาหารในครัวเรือน					
ประกอบอาหาร รับประทานเองทุกมื้อ	719 (37.45)	1,201 (62.55)	Ref.	Ref.	-
ประกอบอาหาร รับประทานเองบางมื้อ	976 (48.58)	1,033 (51.42)	0.63(0.56-0.72)	0.92(0.78-1.09)	0.314
ซื้ออาหารรับประทาน ทุกมื้อ	143 (72.59)	54 (27.41)	0.23(0.16-0.31)	0.68(0.46-0.99)*	0.044
การมีโรคประจำตัว					
ไม่มี	1,238 (43.21)	1,627 (56.79)	Ref.	Ref.	-
มี	600 (47.58)	661 (52.42)	0.84(0.73-0.96)	0.66(0.56-0.77)**	< 0.001
การรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรม					
ระดับต่ำ	1,195 (58.98)	831 (41.02)	Ref.	Ref.	-
ระดับสูง	643 (30.62)	1,457 (69.38)	3.26(2.87-3.70)	2.28(1.95-2.65)**	< 0.001
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภค					
ระดับต่ำ	1,194 (56.83)	907 (43.17)	Ref.	Ref.	-
ระดับสูง	644 (31.80)	1,381 (68.20)	2.82(2.49-3.21)	1.56(1.33-1.83)**	< 0.001
การเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารลดโซเดียม					
ระดับต่ำ	1,251 (51.91)	1,159 (48.09)	Ref.	Ref.	-
ระดับสูง	587 (34.21)	1,129 (65.79)	2.08(1.83-2.36)	1.06(0.90-1.26)	0.492
แรงสนับสนุนทางสังคมในการลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม					
ระดับต่ำ	1,092 (53.50)	949 (46.50)	Ref.	Ref.	-
ระดับสูง	746 (35.78)	1,339 (64.22)	2.07(1.82-2.34)	1.20(1.01-1.43)*	0.046

** นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

* นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อภิปรายผล

ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจาก ประชาชนที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 88.17) ซึ่งโดยลักษณะของเพศหญิงจะมีความตระหนักถึงประโยชน์เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตนเอง ทำให้ประชาชนมีการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า ข้อคำถามการรับรู้ประโยชน์ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมจะช่วยป้องกันไม่ให้เป็นโรคไตได้ (M = 4.18, SD = 0.74) รองลงมา

คือ พยายามลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงเพราะเห็นถึงอันตรายของโซเดียมที่มีต่อสุขภาพ ($M = 4.15$, $SD = 0.68$) สำหรับการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม จะมีความคิดเห็นว่า อาหารที่ใช้เครื่องปรุงรสสูตรลดโซเดียม รสชาติของอาหารมักจะไม่คมและไม่มีกลิ่นแบบโลหะ ($M = 3.19$, $SD = 0.81$) รองลงมาคือ เครื่องปรุงรสสูตรลดโซเดียมหาซื้อได้ไม่ยาก ($M = 2.93$, $SD = 0.91$) สอดคล้องกับการศึกษา Muangpe and Jariya (2023) ที่พบว่า ประชาชนมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนปัจจัยเอื้อหรือปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารลดโซเดียมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า ในปัจจุบันมีอาหารหรือผลิตภัณฑ์ที่ลดโซเดียมสูงที่หลากหลาย และบริษัทที่ผลิตมีชื่อเสียงและน่าเชื่อถือ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M = 3.35$, $SD = 0.88$; $M = 3.39$, $SD = 0.83$) ทำให้มีการเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์ที่ลดโซเดียมอยู่ในระดับสูง แต่ในการจำหน่ายอาหารและผลิตภัณฑ์สามารถซื้อได้จากร้านค้าในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า อาหารและผลิตภัณฑ์ลดโซเดียมถึงแม้จะมีความหลากหลายแต่ยังอาจมีการจำหน่ายที่ไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของ Thirakulpharit (2016) ที่พบว่า ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการหรือแหล่งอาหารที่อยู่ในระดับมาก แตกต่างกับ Muangpe and Jariya (2023) ที่พบว่า ประชาชนมีระดับการเข้าถึงอาหารและผลิตภัณฑ์สารทดแทนเกลือและโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ คือ สำหรับปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียม (ร้อยละ 50.92) แต่มีสัดส่วนใกล้เคียงกับระดับสูง (ร้อยละ 49.08) ซึ่งแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model) ได้กล่าวไว้ว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์จากการเรียนรู้แต่ละบุคคล ส่วนใหญ่แล้วมักจะเกิดจากมีความรู้ที่เปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติ และการเปลี่ยนแปลงทางค่านิยม จากงานวิจัยชิ้นนี้ พบว่า ความสามารถของตนเองที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรก เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองที่สามารถป้องกันตนเองไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพ ได้แก่ เชื่อมั่นว่าจะสามารถลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมโดยการปรุงอาหารกินเองที่บ้าน ($M = 4.10$, $SD = 0.63$) และเชื่อมั่นว่าสามารถลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมเพราะไม่อยากป่วยตาย จากโรคความดันโลหิตสูงและโรคไต ($M = 4.01$, $SD = 0.70$) สอดคล้องกับประชาชนที่ตอบแบบสอบถามพบว่า มีประกอบอาหารเองทุกมื้อและบางมื้อมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 46.53 และ 48.69) แต่ในขณะเดียวกันประชาชนที่ตอบแบบสอบถามยังไม่มีความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะตรวจสอบปริมาณโซเดียมในอาหารก่อนเลือกซื้อ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 3.24$, $SD = 0.80$) และไม่สามารถบริโภคอาหารที่มีโซเดียมได้เพราะบุคคลในครอบครัวมักจะบอกให้บริโภคอาหารที่มีโซเดียม ($M = 3.32$, $SD = 0.85$) ซึ่งจากประเด็นดังกล่าวอาจจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษา Muangpe and Jariya (2023) ที่พบว่า ประชาชนมีได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำ

ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมอยู่ในระดับต่ำ อาจจะเป็นเพราะว่า การลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมเป็นการรับรู้และการมีทัศนคติส่วนบุคคล เมื่อขาดแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งบุคคลในครอบครัว หรือชุมชนที่อยู่อาศัย อาจจะทำให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำก็เป็นได้ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำสุดมาจากชุมชนที่ยังไม่มีนโยบายในการจัดการร้านค้าจำหน่ายผลิตภัณฑ์หรืออาหารที่ลดโซเดียม ($M = 2.61$, $SD = 1.09$) ขาดการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมจากคนในชุมชน ($M = 2.81$, $SD = 1.11$) อีกส่วนเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่มาจาก อสม. ซึ่งประชาชนที่ตอบแบบสอบถามให้ข้อคิดเห็นว่า อสม. ได้ตรวจปริมาณโซเดียมในอาหารที่บริโภคต้องการ ($M = 2.75$, $SD = 1.09$) และมีการใช้เครื่องตรวจความเค็มในอาหารที่บริโภค ($M = 2.77$, $SD = 1.10$) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำเช่นกันสอดคล้องกับ Muangpe and Jariya (2023) ที่พบว่า ประชาชนมีการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือและโซเดียมอยู่ใน

ระดับสูง แตกต่างกับการศึกษาของ Thirakulpharit (2016) ที่พบว่า ระดับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในการบริโภคเกลือโซเดียมลดลงอยู่ในระดับดี

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชาชน จังหวัดนครศรีธรรมราช ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยได้มีการขับเคลื่อนนโยบายลดการบริโภคและโซเดียมในประเทศประเทศไทยปี พ.ศ. 2559-2568 การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขจึงมีการณรงค์ ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ ทั้งทางโทรทัศน์ วิทยุ แผ่นพับ และมีการตรวจอาหารที่มีโซเดียมในชุมชน ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการบริโภคที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ไม่กินอาหารจำพวกขนมกรุบกริบปริงรส มันฝรั่งทอดกรอบ ปลาเส้น สำหรับปริงรส ($M = 3.59$, $SD = 0.90$) รองลงมา คือ การอ่านฉลากโภชนาการก่อนเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูป ($M = 3.54$, $SD = 1.20$) อาจจะเนื่องมาจากว่า ประชาชนที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน ซึ่งไม่ค่อยรับประทานอาหารประเภทกินเล่นอยู่แล้ว และได้รับความรู้จากการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ ในการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม จึงทำให้มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แตกต่างกับ Kanhasura and Chupanit (2023) ที่พบว่า พฤติกรรมการบริโภคที่มีโซเดียมในของผู้ใหญ่ไม่เหมาะสม เช่นเดียวกับ Promkaew, Luansri, Khongyut, and Jaisoosuek (2022) ที่พบว่า พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง และ Thirakulpharit (2016) ที่พบว่า ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง และ Poonsri, Mounkum, and Masingboon (2024) ที่พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชาชน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การมีรายได้ที่เพียงพอ ระดับการศึกษา การประกอบอาหารในครัวเรือน การมีโรคประจำตัว ปัจจัยนำ และปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม สามารถอภิปรายได้ดังนี้

อายุ ระหว่าง 30-44 ปี และ 45-59 ปี ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมในทางบวกเมื่อเปรียบเทียบกับ ≤ 29 ปี อาจจะเป็นเพราะว่า ส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสอบถามอยู่ในวัยทำงาน ซึ่งวัยนี้เป็นวัยที่เป็นกำลังหลักของครอบครัวจึงจะต้องดูแลสุขภาพให้กับตนเองเพื่อไม่ให้เกิดโรคต่าง ๆ จึงต้องมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เพราะหากเกิดการเจ็บป่วย อาจจะทำให้ขาดรายได้ในการเลี้ยงดูครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Muangpe and Jariya (2023) ที่พบว่า อายุร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่นเดียวกับ Thirakulpharit (2016) พบว่า อายุ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม

สถานภาพการสมรส ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมทางบวกเมื่อเทียบกับสถานภาพสมรส โสด อาจจะเป็นเพราะว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่อาศัยกันเป็นครอบครัว ในการรับประทานอาหารมีการรับประทานอาหารร่วมกัน ซึ่งอาจจะมีการพูดคุย ตักเตือน เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมภายในครอบครัว จึงส่งผลในทางบวกต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม แตกต่างกับการศึกษาของ Kanhasura and Chupanit (2023) ที่พบว่า สถานภาพการสมรสไม่มีความสัมพันธ์ต่อการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม

อาชีพเกษตรกรรม ค้าขาย รับจ้างทั่วไป และนักเรียน/นักศึกษา ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมในทางลบเมื่อเปรียบเทียบกับข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ อาจจะเป็นเพราะว่า การทำงานของประชาชนที่มีอาชีพต้องใช้แรงงานหรืออยู่ในกลางแจ้ง จำเป็นต้องใช้พลังงานจากการอาหารที่รับประทานมากกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ที่ไม่ต้องใช้แรงงานมากนัก เนื่องจากส่วนใหญ่ทำงานในอาหารที่มีเครื่องปรับอากาศ สำหรับนักเรียน/นักศึกษา อาจจะยังมีพฤติกรรมที่ชอบกินอาหารขบเคี้ยวหรือขนมจุกจิที่มีโซเดียม จึงส่งผลต่อพฤติกรรมในด้านลบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Muangpe and Jariya (2023) ที่พบว่า อาชีพรับจ้างร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมทางบวกเมื่อเทียบกับการมีรายได้ที่เพียงพอ อาจจะเป็นเพราะผู้ที่มีรายได้ในกลุ่มนี้ จะต้องทำงานที่หนักและมากขึ้นเพื่อหารายได้มาดำเนินชีวิตและ

จำหน่ายสินค้า ทำให้ยังไม่ตระหนักถึงการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม และมีความจำเป็นที่จะต้องรับประทานอาหารที่รับประทานแล้วอึดท้องเป็นเวลานานและเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายของครอบครัวด้วย สอดคล้องกับ Kanhasura and Chupanit (2023) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงของผู้ใหญ่

การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และปริญญาตรีส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมทางบวกเมื่อเทียบกับระดับการศึกษาประถมศึกษาและต่ำกว่า แสดงให้เห็นว่า ประชาชนที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความรู้และเข้าใจถึงการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมและเห็นความสำคัญของการบริโภค ส่งผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมดีกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า แตกต่างกับการศึกษาของ Kanhasura and Chupanit (2023) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ต่อการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม

การซื้ออาหารรับประทานทุกมื้อ ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมทางลบเมื่อเทียบกับการปรุงอาหารรับประทานเองทุกมื้อ แสดงให้เห็นว่า ด้วยความเร่งรีบ ความสะดวกในการดำเนินชีวิต ประชาชนจึงมีความจำเป็นจะต้องซื้ออาหารมารับประทาน ซึ่งในการซื้ออาหารรับประทานทุกมื้อจะไม่สามารถกำหนดปริมาณโซเดียมที่มีอยู่ในอาหารได้ เนื่องจากกว่า ไม่ได้เป็นผู้ประกอบอาหารเอง จึงส่งผลต่อพฤติกรรมในทางลบ แตกต่างกับการศึกษาของ Muangpe and Jariya (2023) ที่พบว่า การซื้ออาหารรับประทานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม

การมีโรคประจำตัว ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมทางลบเมื่อเทียบกับการไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งคนที่มีโรคประจำตัว อาทิ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โดยมีปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมที่สำคัญ คือ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญ เพราะโดยพฤติกรรมของผู้ที่มีโรคประจำตัวข้างต้น มักจะชอบรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม สอดคล้องกับผลจากงานวิจัยที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามมีโรคประจำตัว 2 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 34.51) และโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 24.19) ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นภัยเงียบส่งผลต่อสุขภาพทำให้เกิดการเจ็บป่วย ความพิการ การสูญเสียสุขภาพะ คุณภาพชีวิต และตายก่อนวัยอันควร โดยมีปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมร่วมที่สำคัญการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม (Strategy and Plans Group Bureau of Non-Communicable Diseases, 2017) แตกต่างกับการศึกษาของ Muangpe and Jariya (2023) ที่พบว่า โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม

ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในระดับสูงส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมทางบวกเมื่อเทียบกับระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่า การรับรู้มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมที่เหมาะสม เพราะเมื่อประชาชนเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องแล้วย่อมจะเกิดความรู้สึกจนทำให้มีทัศนคติที่ดี ส่งผลต่อพฤติกรรมที่เหมาะสมที่สุดในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Muangpe and Jariya (2023) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมทำนายพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือและโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่นเดียวกับการศึกษา Komcheab (2013) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม

ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมทางบวกเมื่อเทียบกับระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่า บุคคลต่าง ๆ ที่อยู่รอบข้าง เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน แม้กระทั่งนโยบายของประเทศ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมเหมาะสม เพราะหากได้รับแรงกระตุ้นไม่ว่าจะเป็นการอบรมให้ความรู้ สื่อทางโทรทัศน์ วิทยุ หรือทางอินเทอร์เน็ต ย่อมจะทำให้ประชาชนเกิดการรับรู้ที่เหมาะสมและถูกต้อง จึงส่งผลต่อการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Muangpe and Jariya (2023) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมร่วมทำนายพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือและโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม ฉะนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช และกระทรวงสาธารณสุข ควรจะมีการณรงค์ส่งเสริมให้ประชาชนมีการรับรู้การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมให้มากขึ้น
2. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่พบว่า อายุ สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว อาชีพ รายได้ที่เพียงพอ ระดับการศึกษา และการซื้ออาหารรับประทาน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม ฉะนั้น ควรออกแบบโปรแกรมการรับประทานอาหารในกลุ่มวัยทำงาน เพื่อให้มีการบริโภคอาหารที่เหมาะสม
3. ควรสร้างเครือข่ายในชุมชนให้มีการสนับสนุนลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมการรับรู้และส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมที่เหมาะสมสำหรับประชาชนทั้งที่เป็นโรคและไม่เป็นโรคเรื้อรัง

References

- Department of Disease Control, Ministry of Health. (2016). *Strategy for reducing salt and sodium consumption in Thailand, 2016-2025*. Nonthaburi. [In Thai]
- Green, L. and Kreuter, M. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*. (4th ed.). New York: McGraw Hill.
- Grillo, A., Salvi, L., Coruzzi, P., Salvi, P., & Parati, G. (2019). *Sodium intake and hypertension*. *Nutrients*, 11(9), 1970. <https://doi.org/10.3390/nu11091970>.
- Intersalt Cooperative Research Group. (1988). Intersalt: An international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. *BMJ*. 297, 319-328.
- Kanhasura, S. and Chupanit, P. (2023). High sodium diet intake behavior and related factors among adults in Me-Aaung district, Udonthani province. *Academic Journal of Community Public Health*, 9(4), 154-165.
- Komcheab, J. (2013). *The relationship between knowledge, perception of barriers, perception of benefits of social support, perception of self-efficacy, and sodium salt consumption behavior of patients with heart failure*. Master's thesis in nursing science. Bangkok: Chulalongkorn University. [In Thai]
- Muangpe, P. and Jariya, W. (2023). Predictive factors of reducing salt and sodium consumption behavior among people with risk of hypertension in Nong Phai district, Phetchabun province. *Journal of Health Science*, 32(1), 19-30.
- Nakhon Si Thammarat Provincial Health Office. (2024). *Demographic data*. Nonthaburi: Ministry of Health. [In Thai]

- Non-Communicable Diseases Division. (2023). *Guidelines for implementing salt and sodium consumption reduction at the provincial level*. Department of Disease Control, Ministry of Health. [In Thai]
- Poonsri, Mounkum, S., & Masingboon, K. (2024). Factors influencing eating behavior among people with type 2 diabetes mellitus. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 32(1), 14-25.
- Promkaew, O., Luansri, M., Khrongyut, R., & Jaisoosuek, W. (2022). A study of assessing knowledge, awareness, and sodium consumption behavior of population in a village in Ubon Ratchathani province. *The Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima Journal*, 28(1), 5-15.
- Strategy and Plans Group Bureau of Non-Communicable Diseases. (2017). Department of Disease Control. *5-year national NCD prevention and control strategic plan (2017 - 2021)*. Bangkok, Emotion Art. [In Thai]
- Tirakanan, S. (1999). *Social science research methodology: Guidelines for implementation*. Bangkok: Chulalongkorn University. [In Thai]
- Thirakulpharit, P. (2016). Factors affecting sodium consumption behavior of households at Bangmak sub-district, Kantang district, Trang province. Trang: Sirindhorn College of Public Health, Trang. [In Thai]
- World Health Organization. (2017). *Best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Geneva: World Health Organization.
- Woraphongsathorn, S. (2015). *Research in health education*. Bangkok: Printing Section Ramkhamhaeng University.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก และความเข้มข้นของเลือดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ของโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

อมรเลิศ พันธวัตร, พย.ม.^{1*} กัญญาพัชญ์ จาอ้าย, ศษ.ม.² เจนนารา วงศ์ปาลี, พย.ม.¹

ชัชฎาภรณ์ นันทขว้าง, พย.ม.³ ศิริรัตน์ วรรณกิจบุตร, พย.บ.⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ศึกษาผลของโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 50 ราย คัดเลือกด้วยเทคนิคการสุ่มตามคุณสมบัติที่กำหนด สุ่มแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยาเป็น 2 กลุ่ม ตามวันที่มาฝากครรภ์ คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานในวันจันทร์ และวันพฤหัสบดี กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมา เป็นวันอังคาร วันพุธ และวันศุกร์ ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลเดือนมิถุนายนจนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา แผนการสอนคู่มือการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก และการติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก ค่าความเข้มข้นของเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติค่าที

ผลวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ยาเสริมธาตุเหล็กและค่าความเข้มข้นของเลือดหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.466, p < .05$) ($t = -3.53, p < .05$) นอกจากนี้หลังได้รับโปรแกรมมา กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ยาเสริมธาตุเหล็ก และความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.913, p < .05$) ($t = -2.680, p < .05$) จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลแผนกฝากครรภ์สามารถนำโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และยาเสริมธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้

คำสำคัญ: ภาวะซีดในสตรีตั้งครรภ์ โปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา ทัศนวิทยาพยาบาลโอเริ่ม การวิจัยกึ่งทดลอง

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

⁴ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการผู้คลอด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสันทราย

* ผู้เขียนหลัก e-mail: amornlert.p@gmail.com

Effects of self-care and medication promotion program on dietary and iron supplement consumption behavior and blood concentration in pregnant women with anemia at San Sai Hospital, Chiang Mai Province

Amornlert Phanvatr, M.N.S.^{1*}, Kanyapat Chaeye, Ed.M.², Jennara Wongpalee, M.N.S.¹,
Chachaporn Nuntakhang, M.N.S.³, Sirirat Wattakajatuporn, B.N.S.⁴

Abstract

This quasi-experimental study aimed to assess the effects of a self-care and medication promotion program on dietary habits, iron supplement consumption behavior, and hematocrit levels in pregnant women with anemia at San Sai Hospital, Chiang Mai Province. A total of 50 pregnant women diagnosed with anemia and attending antenatal care at the hospital were randomly selected and divided into two groups: an experimental group (25 participants) receiving the self-care and medication promotion program and a control group (25 participants) receiving routine antenatal care. The experimental group attended sessions on food and iron supplement consumption held on Tuesdays, Wednesdays, and Fridays, while the control group attended on Mondays and Thursdays. The study was conducted between June and October 2023.

The research tools included a nutrition promotion program with lesson plans, a food and iron supplement consumption manual, a Line application for follow-up, and a consumption behavior questionnaire. Hematocrit levels were also measured. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-tests, and paired t-tests.

The results found that a statistically significant increase in the mean score of food consumption behavior, iron supplements and hematocrit in the experimental group compared to the control group after the implementation of the program. ($t = -3.466, p < .05$) ($t = -3.537, p < .05$) The experimental group there was an average score of food consumption behavior, iron supplements and hematocrit increased after the implementation of the program. ($t = -6.913, p < .05$) ($t = -2.680, p < .05$). Research results show that self-care and medication promotion program helps promote dietary habits and iron supplements in women with anemia during pregnancy. Therefore, antenatal care nurses can use this program to care for pregnant women with iron deficiency anemia.

Key words: Anemia in pregnancy, self-care and medication promotion program, Orem theory of nursing, Quasi-experimental research

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, Mae Jo University

² Assistant Professor, McCormick Faculty of Nursing Payap University

³ Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

⁴ Registered Nurse, Delivery service, Nursing Department, Sansai Hospital

* Corresponding author e-mail: amornlert.p@gmail.com

บทนำ

ภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขและพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยพบสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางอายุ 15-49 ปี ร้อยละ 36.5 (World Health Organization [WHO], 2021) พบมากในแถบแอฟริกา อเมริกา และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2561, 2562 และ 2563 ประเทศไทยพบสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 16.05, 16.44 และ 15.08 อัตราสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายของงานอนามัยแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไม่เกินร้อยละ 10 (Department of Health, Ministry of Public Health, 2024) ภาคเหนือพบเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 16.00 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบความชุกภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 33.80 สูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะให้มีการเฝ้าระวังและให้การรักษภาวะโลหิตจางตั้งแต่เมื่อตรวจพบในครั้งแรก (Nantsuphawatt, 2020)

ภาวะโลหิตจางระหว่างการตั้งครรภ์ คือภาวะที่ระดับฮีโมโกลบิน ต่ำกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร (g/dl) หรือฮีมาโตคริต ต่ำกว่า 33% (Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health, 2013) ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดธาตุเหล็กซึ่งอาจมีปริมาณธาตุเหล็กต่ำมาก่อนการตั้งครรภ์ การมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ทำให้ร่างกายได้รับธาตุเหล็กไม่เพียงพอ การขาดสารฟอสเฟต หรือวิตามิน บี 12 รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของสตรีในระยะตั้งครรภ์จะมีปริมาณเลือดเพิ่มขึ้น ไม่ได้สัดส่วนของการเพิ่มขึ้นของปริมาณเม็ดเลือดแดง โรคเลือด การเสียเลือดเฉียบพลันและเรื้อรังจากพยาธิปากขอ หรือการตกเลือดก่อนคลอด (Tongsong & Wanapirak, 2021) นอกจากนี้ยังพบมากในสตรีที่มีประวัติเป็นโรคโลหิตจาง ตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี ตั้งครรภ์มากกว่าสามครั้งขึ้นไป ผ่าครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับน้อยถึงปานกลาง (Puwang, 2020) ซึ่งส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง มักจะมีอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย หากมีอาการรุนแรงจะมีอาการเหนื่อยง่าย ใจสั่น ซึม เพิ่มโอกาสการติดเชื้อ นำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะคลอด สำหรับระยะหลังคลอดอาจทำให้เกิดเสียเลือดและสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Tongsong & Wanapirak, 2021) อีกทั้งส่งผลกระทบต่อทารกเติบโตช้าในครรภ์ และคลอดน้ำหนักน้อย เพิ่มอัตราการตายปริกำเนิด และการคลอดก่อนกำหนดโดยเฉพาะในไตรมาสแรก การขาดธาตุเหล็กตั้งแต่แรกเกิดจนอายุสองปี จะส่งผลเสียต่อศักยภาพในเด็กปฐมวัยและเด็กวัยเรียนในด้านพัฒนาการทางสมองการเรียนรู้อย่างถาวร (Rahmati et al., 2017)

จากงานวิจัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมการป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ พบว่างานวิจัยได้สร้างโปรแกรมสุขศึกษาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล เช่น ทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมาย เป็นต้น ผลลัพธ์ในการวิจัย ได้แก่ พฤติกรรมในการป้องกันภาวะโลหิตจาง การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการดูดซึมของธาตุเหล็ก และหลีกเลี่ยงอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมของธาตุเหล็ก และมีข้อเสนอแนะให้วิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานเพื่อยืนยันผลลัพธ์ของการศึกษา (Techakamphonsarakit, Kantharaksa, & Saensiriphan, 2018) การศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ในสตรีตั้งครรภ์มุสลิมที่มีภาวะโลหิตจาง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม ผลพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีการพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น และมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และให้มีการติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดร่วมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการวิจัยครั้งต่อไป (Jeno, 2012) นอกจากการสนับสนุนและให้ความรู้ การสร้างความตระหนักในการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กและยาบำรุงธาตุเหล็กก็มีความสำคัญ เนื่องจากเมื่อสตรีตั้งครรภ์ใช้ชีวิตที่บ้านซึ่งแต่ละบุคคลมีบริบทสภาพแวดล้อมทางสังคมที่แตกต่างกันย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง การติดตามเยี่ยมจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความตระหนัก และคงไว้ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง ในต่างประเทศมีงานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แอปพลิเคชันผ่านโทรศัพท์มือถือ เพื่อให้ความรู้และคำปรึกษาเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ผลพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางในการตั้งครรภ์ และมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเสริมธาตุเหล็กเพิ่มสูงขึ้น (Abd Rahman,

Idris, Md Isa, & Abd Rahman, 2022) งานวิจัยที่ศึกษาผลของการให้ความรู้ผ่านสมาร์ตโฟนในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พบว่าสตรีตั้งครรภ์ปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารเสริมธาตุเหล็กเพิ่มสูงขึ้น และระดับฮีโมโกลบินหลังการทดลองเพิ่มขึ้น (Fatty & Ezzat, 2020) ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กครั้งนี้ โดยเพิ่มการกระตุ้นเตือนด้วยการติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง การจัดบันทึกอาหารที่รับประทาน เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม

ประเทศไทยใช้นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรฐานการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ภายใต้แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพแห่งชาติ โดยกำหนดกิจกรรมโครงการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีก่อนการตั้งครรภ์ โดยใช้กลยุทธ์การสื่อสารด้านสังคม เน้นการสร้างความรู้ความตระหนักการบริโภคอาหารที่อุดมด้วยธาตุเหล็ก รวมทั้งการสนับสนุนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจาง และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร (Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health, 2024) คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันทราย มีแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางเพื่อสอดคล้องกับนโยบายดังกล่าวมาโดยตลอด โดยเน้นการประเมินภาวะสุขภาพ ตรวจเลือดหาค่าความเข้มข้นของเลือดจากค่าฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริต แจ้งผลเลือดให้สตรีตั้งครรภ์รับทราบ และให้ยาธาตุเสริมธาตุเหล็กเพื่อการรักษา รวมทั้งให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการ อาหารที่มีธาตุเหล็กเป็นรายบุคคล บันทึกในสมุดสุขภาพแม่และเด็ก และรับยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อไปรับประทานต่อเนื่องที่บ้าน

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยาที่ประยุกต์มาจากทฤษฎีทางการพยาบาลการดูแลตนเองของโอเร็มครั้งนี้ โดยติดตามเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และยาเสริมธาตุเหล็ก และความเข้มข้นของเลือด เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของภาวะโลหิตจางในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ผลการศึกษานำไปใช้เพื่อวางแผนการดูแลที่ครอบคลุม หรือการพัฒนาระบบการดูแลระยะตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้คำแนะนำด้านโภชนาการแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และยาเสริมธาตุเหล็ก ค่าความเข้มข้นของเลือดในสตรีตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจางที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และยาเสริมธาตุเหล็ก ค่าความเข้มข้นของเลือดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทาน ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กค่าความเข้มข้นของเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน
2. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และยาเสริมธาตุเหล็ก ค่าความเข้มข้นของเลือด ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทาน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการทำวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ในการใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสภาวะของแต่ละบุคคล ตามขั้นตอนคือ การสร้างสิ่งแวดล้อม การให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุน และประเมินผลการพยาบาล โดยยึดจากการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อลดภาวะโลหิตจางต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์มุสลิม (Jeno, 2012) และเพิ่มการดูแลต่อเนื่องกระตุ้นเตือนทางแอปพลิเคชันเพื่อให้สอดคล้องกับยุคสมัย โดยโปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการด้านข้อมูลและการสนับสนุน ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูลและสนับสนุน ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง การประเมินผลการดูแลตนเอง และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการดูแลตนเอง ซึ่งจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก และค่าความเข้มข้นของเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางอยู่ในระดับปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบวัดก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design) ในลักษณะการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยาต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก และความเข้มข้นของเลือดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีค่าความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่าร้อยละ 33 ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ โดยสถิติข้อมูลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสันทราย (ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2563) มีจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางทั้งหมด 146 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 50 ราย โดยใช้คำนวณจาก ค่าขนาดอิทธิพล จากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน (Jeno M., 2012) โดยใช้ค่าขนาดอิทธิพลที่ .80 จากนั้น นำมาคำนวณด้วยโปรแกรม G power version 3.1.9.2 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.95 ค่าอำนาจทดสอบที่ระดับร้อยละ 80 ค่าขนาดอิทธิพลที่ระดับ 0.80 คำนวนได้ขนาดกลุ่มละ 21 คน รวมเป็น 42 คน แต่อาจมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 15 เท่ากับ 6.3 คิดเป็นจำนวน 7 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม จำนวน 25 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 25 คน รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 50 คน กำหนดไว้โดย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ตามวันที่สตรีตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในวันจันทร์ และวันพฤหัสบดี และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และยาเสริมธาตุเหล็กเป็นวันอังคาร วันพุธ และวันศุกร์ เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา ทั้งนี้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุ 20 ปี ขึ้นไป เป็นการตั้งครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ระหว่าง 16-20 สัปดาห์ ไม่เกิน 24 สัปดาห์ ผลการตรวจเลือดครั้งแรกมีภาวะโลหิตจาง ใช้เกณฑ์ระดับฮีโมโกลบิน ต่ำกว่า 11.00 g/dl หรือฮีมาโตคริต ต่ำกว่า 33.00% และในไตรมาสที่สองใช้เกณฑ์ระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 10.50 g/dl หรือ ฮีมาโตคริตต่ำกว่า 32.00% ไม่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น โรคกระเพาะอาหาร อาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างรุนแรง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ มีประวัติเลือดออกทางช่องคลอด เป็นต้น เข้าร่วมไม่ครบตามโปรแกรม มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ได้แก่ เลือดออกทางช่องคลอด อาเจียนรุนแรง และมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กที่เป็นอาการแพ้ยาอย่างรุนแรง เช่น มีผื่นคัน หายใจลำบาก แน่นหน้าอก หน้าหรือปากบวม เวียนศีรษะ ปวดท้องอย่างรุนแรง อูจาระมีเลือดปน อาเจียนมีเลือด เป็นต้น รวมทั้งสตรีตั้งครรภ์ที่โลหิตจางชนิดธาลัสซีเมีย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ เครื่องมือใช้ในการดำเนินการทดลองและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ

โปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา ผู้วิจัยปรับจากโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อลดภาวะโลหิตจางต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ (Jeno, 2012) โดยพัฒนาตามกรอบมโนทัศน์การดูแลตนเองของโอเร็ม ใช้แนวคิดในการใช้พลังความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลให้สตรีตั้งครรภ์เป็นผู้ตัดสินใจและนำไปปฏิบัติด้วยตนเองเมื่อกลับบ้าน ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการด้านข้อมูลและการสนับสนุน (ใช้เวลา 10 นาที) (สัปดาห์ที่ 1)

กิจกรรมกลุ่ม : สร้างสัมพันธภาพ และสนทนาแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กในขณะตั้งครรภ์ เพื่อประเมินความตั้งใจในการดูแลตนเอง และสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ประเมินปัญหาและความต้องการด้านข้อมูลและการสนับสนุน พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายในการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูลและสนับสนุน มีวิธีการ 3 วิธี ได้แก่

การอบรม พูดคุยถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิตรมาที่มีภาวะซีดขณะตั้งครรภ์ เช่น การแท้ง คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น เพื่อสร้างความตระหนักในการรับประทานอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก สาเหตุ อาการ ผลกระทบภาวะโลหิตจางต่อตนเอง ทารกในครรภ์ และการตั้งครรภ์ การรักษา และการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กขณะตั้งครรภ์ เป็นรายการกลุ่ม ตามแผนการสอนที่กำหนดไว้ ใช้เวลา 30 นาที

การชี้แนะ เป็นกิจกรรมการเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก และยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กที่ถูกต้อง จากเกมอาหารปลอดภัยท่ามกลางภาวะซีด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการตัดสินใจเลือกอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม และบ่งบอกถึงความสามารถในการใช้เหตุผลในการเลือกรับประทานอาหาร ใช้เวลา 10 นาที

การสนับสนุน กิจกรรมเป็นการแจกคู่มือการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก จากนั้นหลังการอบรม 1 สัปดาห์ ติดตามเยี่ยมผ่านทางไลน์แอปพลิเคชันทุกวัน ๆ ละ 1 ครั้ง เพื่อกระตุ้นเตือนให้สตรีตั้งครรภ์สามารถควบคุมและจัดการแบบแผนการรับประทานอาหารและยาของตนเองอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งให้กำลังใจ

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เป็นขั้นที่สตรีตั้งครรภ์มีการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กด้วยตนเองที่บ้าน ซึ่งติดตามโดยจากแบบบันทึกการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก เพื่อการปฏิบัติดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการดูแลตนเอง ขั้นนี้ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 2 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 2 และ 3) บันทึกการติดตามเยี่ยม ผู้วิจัยเข้าพบสตรีตั้งครรภ์ในขณะมาฝากครรภ์ตามนัด (สัปดาห์ที่ 4) เพื่อติดตามปัญหาและอุปสรรคในการบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กขณะตั้งครรภ์ พร้อมทั้งแก้ไขปัญหาละและอุปสรรคร่วมกัน (ใช้เวลา 30-40 นาที)

กิจกรรมสะท้อนคิด เป็นกิจกรรมในขั้นตอนที่ 4 เช่นกันซึ่งเกี่ยวกับการเสาะแสวงหาความรู้การบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กจากผู้ที่มีความรู้และแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ เพื่อประเมินกระบวนการทางความคิดและปัญญารวมทั้งความสามารถสนใจและเอาใจใส่ในการดูแลตนเอง และเก็บข้อมูล post-test ในวันที่สตรีตั้งครรภ์มาตรวจตามนัดและรับการตรวจเลือดครั้งที่ 2 ในการเก็บข้อมูล อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 5 หลังได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก ตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล

แผนการสอน เรื่องการส่งเสริมภาวะโภชนาการสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ใช้แนวคิดทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (education supportive) ของ Orem

คู่มือเรื่องการส่งเสริมภาวะโภชนาการสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กขณะตั้งครรภ์

การติดตามเยี่ยมผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน เพื่อกระตุ้นเตือนให้สตรีตั้งครรภ์สามารถควบคุมและจัดการแบบแผนการรับประทานอาหารและยาของตนเองอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งให้กำลังใจ วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 1 สัปดาห์ และโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเชื่อการรับประทานอาหาร จำนวนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ การวินิจฉัยเป็นภาวะโลหิตจางที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก และโดยการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กต่อวัน

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Jeno, 2012) เป็นแบบประเมินค่า (Likert scale) ให้เลือกตอบ 4 ระดับ จำนวน 18 ข้อ ตั้งแต่ระดับไม่ปฏิบัติจนถึงปฏิบัติเป็นประจำ

3. แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมทางกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์ มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน โดยการพูดคุยสอบถามปัญหาที่เกิดขึ้น การกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจ วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 1 สัปดาห์ และโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา แผนการสอน คู่มือเรื่องการส่งเสริมภาวะโภชนาการสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางและแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลภาคสูติศาสตร์ และนรีเวชวิทยา จำนวน 1 ท่าน สูติแพทย์ จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการประจำหน่วยบริการฝากครรภ์ จำนวน 1 ท่าน นำไปหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ได้ 0.93 และปรับปรุงเนื้อหา จากนั้นนำทดสอบกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ 0.68

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันทราย เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและการดำเนินการวิจัย ตลอดจนเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงในการเข้าร่วมวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และได้รับการแจ้งถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ทุกระบวนการตามความต้องการและสมัคร

ขั้นตอนการทดลอง มีลำดับขั้นตอนดังนี้

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก โดยมีขั้นตอนรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ครั้งที่ 1 (อายุครรภ์ 16-20 สัปดาห์) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล (pre-test) โดยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก เก็บข้อมูลความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ครั้งที่ 1 หลังจากนั้นให้การพยาบาลตามปกติ

2. ครั้งที่ 2 (อายุครรภ์ 32 สัปดาห์) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมหลังการทดลอง (post-test) โดยให้ตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก มอบคู่มือส่งเสริมโภชนาการสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ติดตามเก็บข้อมูลความเข้มข้นของเลือด ครั้งที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เมื่อมาฝากครรภ์ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ครั้งที่ 1 (อายุครรภ์ 16-20 สัปดาห์) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล (pre-test) โดยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก เก็บข้อมูลความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ครั้งที่ 1

2. ให้เข้าร่วมโปรแกรมตาม 4 ขั้นตอนที่กำลังกล่าวไว้ในข้างต้น

3. ติดตามเยี่ยมผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 1 สัปดาห์ และโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์

4. ครั้งที่ 2 (อายุครรภ์ 32 สัปดาห์) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมหลังการทดลองข้อมูล (post-test) โดยให้ตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก มอบคู่มือส่งเสริมโภชนาการสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ติดตามเก็บข้อมูลความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ครั้งที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธี การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเชื่อ การรับประทานอาหาร จำนวนการตั้งครรภ์ ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะโลหิตจางที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก และโดยการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กต่อวัน โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก และค่าความเข้มข้นของเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการด้วยสถิติทดสอบทีคู่ (Paired t-test)

4. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก และค่าความเข้มข้นของเลือดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานด้วยสถิติทดสอบทีอิสระ (Independent t-test)

5. เปรียบเทียบค่าความเข้มข้นของเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานด้วยสถิติทดสอบทีอิสระโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

จริยธรรมวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการขอรับรองการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการการทำวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Study Code: 2565 - FULL022 รหัสโครงการ 131 วันที่รับรอง 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ ความเสี่ยงในการเข้าร่วมวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และการแจ้งถึงสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ทุกกระบวนการตามความสมัครใจโดยไม่มีผลกระทบ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบอายุ ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเชื่อ การรับประทานอาหาร จำนวนการตั้งครรภ์ การวินิจฉัยเป็นภาวะโลหิตจางที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก และโดยการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กต่อวันของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน (N = 50)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ (n = 25)		กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน (n = 25)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ					.881 ^{ns}
ต่ำกว่า 35	21	84.00	20	80.00	
≥ 35	4	16.00	5	20.00	
	$(\bar{x} = 26.68$ ปี $SD = 6.93$, Range = 17-41 ปี)		$(\bar{x} = 28.72$ ปี $SD = 6.07$, Range = 18-38 ปี)		
ลักษณะครอบครัว					.771 ^{ns}
เดี่ยว	16	64.00	15	60.00	
ขยาย	9	36.00	10	40.00	
สถานภาพ					.440 ^{ns}
โสด	3	12.00	5	20.00	
สมรส	22	88.00	20	80.00	
ระดับการศึกษา					.073 ^{ns}
ไม่ได้เรียน	5	20.00	0	0.00	
ประถมศึกษา	7	28.00	8	32.00	
มัธยมศึกษา/ปวช.	9	36.00	15	60.00	
อุดมศึกษา/ปวส.	2	8.00	2	8.00	
ปริญญาตรี	2	8.00	0	0.00	
อาชีพ					.459 ^{ns}
รับจ้าง	15	60.00	12	48.00	
แม่บ้าน	7	28.00	6	24.00	
ค้าขาย	2	8.00	6	24.00	
นักเรียน	1	4.00	1	4.00	
รายได้					
เพียงพอ	25	100.00	25	100.00	
	$\bar{x} = 14,000$ บาทต่อเดือน ($SD = 14,221.46$, Range = 4,000 - 80,000 บาท)		$\bar{x} = 9,800$ บาทต่อเดือน ($SD = 3,265.98$, Range = 3,000 - 16,000 บาท)		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (n = 25)		กลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามมาตรฐาน (n = 25)		χ ²
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความเชื่อในการรับประทานอาหาร					.552 ^{ns}
ไม่มี	23	92.00	24	96.00	
มี	2	8.00	1	4.00	
จำนวนการตั้งครรภ์					.780 ^{ns}
1 ครั้ง	14	56.00	12	48.00	
2 ครั้ง	6	24.00	9	36.00	
3 ครั้ง	3	12.00	3	12.00	
≥ 4 ครั้ง	2	8.00	1	4.00	
การวินิจฉัย					
ภาวะโลหิตจางที่เกิด	25	100.00	25	100.00	
จากการขาดธาตุเหล็ก					
ระดับความเข้มข้นของเลือดชนิด					.549 ^{ns}
Severe (Hb ≤7 g/dl)			1	4.00	
Moderate (Hb 7-9 g/dl)					
Mild (Hb ≥9 g/dl)	3	12.00	2	8.00	
Asymptomatic (Hb ปกติ)	22	88.00	22	88.00	
การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก					.684 ^{ns}
1 เม็ดต่อวัน	22	88.00	21	84.00	
3 เม็ดต่อวัน	3	12.00	4	16.00	

ns = not statistically significant

จากตารางที่ 1 พบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ยาเสริมธาตุเหล็ก และความเข้มข้นของเลือด หลังได้รับโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ยาเสริมธาตุเหล็ก และความเข้มข้นของเลือด หลังได้รับโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน (N = 50)

กลุ่มตัวอย่าง	หลังการทดลอง		<i>t</i>	<i>p</i> -value
	$\bar{X}$	<i>SD</i>		
พฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก				
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ	1.90	0.15		
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน	1.71	0.21	-3.466	.001
ความเข้มข้นของเลือด				
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ	32.80	1.44		
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน	34.20	1.35	3.537	.001

($p < .05$)

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และยาเสริมธาตุเหล็กหลังได้รับโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.466, p < .05$) และยังมีความเข้มข้นของเลือดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.537, p < .05$)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ยาเสริมธาตุเหล็กและความเข้มข้นของเลือดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ยาเสริมธาตุเหล็กและความเข้มข้นของเลือด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ (N = 50)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		<i>t</i>	<i>p</i> -value
	$\bar{X}$	<i>SD</i>	$\bar{X}$	<i>SD</i>		
พฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก	1.71	0.22	1.90	0.15	-6.913	.001
ความเข้มข้นของเลือด	31.84	1.62	32.80	1.44	-2.680	.013

($p < .05$)

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ หลังได้รับโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และยาเสริมธาตุเหล็ก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.913, p < .05$) ยังมีความเข้มข้นของเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.680, p < .05$)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กหลังสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.913, p < .05$) รวมถึงมีความเข้มข้นของเลือดสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.680, p < .05$)

ทั้งนี้สามารถอธิบายได้จากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามกรอบโมเดลการดูแลตนเองของโอเร็มที่มุ่งจัดการกับปัญหาภาวะโลหิตจางในระยะตั้งครรภ์ โดยการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคโลหิตจาง การชี้แนะแหล่งอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง การสนับสนุนคู่มือการส่งเสริมภาวะโภชนาการ ซึ่งเป็นการส่งเสริมพลังความสามารถของสตรีตั้งครรภ์ให้มีการรับรู้ข้อมูลที่มีประโยชน์ในการดูแลตนเอง เพื่อให้สามารถเรียนรู้ในการดูแลและกำหนดความต้องการในการดูแลตนเอง และตัดสินใจด้วยตนเองได้ (Tümekaya, Eroğlu, & Karaçam, 2024) ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยสตรีตั้งครรภ์เป็นผู้เลือกกระทำตามความรู้ความเข้าใจ ทำให้โปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กที่กลุ่มที่ได้รับ เป็นโปรแกรมที่เป็นการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีขั้นตอนการประเมินปัญหาและความต้องการด้านข้อมูลและการสนับสนุน รวมทั้งให้การชี้แนะและสนับสนุนตามข้อมูลที่ได้รับ และมีคู่มือเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กใช้ในการทบทวนเมื่อกลับบ้าน ช่วยเพิ่มความสามารถของสตรีตั้งครรภ์ในการเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีแทนนินซึ่งมีผลต่อการดูดซึมธาตุเหล็ก รวมถึงการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีค่าความเข้มข้นของเลือดสูงขึ้น ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่ใช้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ในสตรีตั้งครรภ์ มุสลิมที่มีภาวะโลหิตจาง ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์มีการพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น และมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (Jeno, 2012) สอดคล้องกับการศึกษาผลการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีมาโตคริตในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และมีระดับฮีมาโตคริตสูงกว่าก่อนการทดลอง (Bunyaprapaphan, Saeng-in, & Sirirarunra, 2020) และสอดคล้องกับการศึกษาล่าสุดที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจาง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก และความเข้มข้นของเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานหลังได้รับบริการฝากครรภ์ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lamo, Yangwanichset, & Thitimapong, 2021)

นอกจากนี้แล้ว ในโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา ยังมีการใช้แอปพลิเคชันไลน์ซึ่งปัจจุบันเป็นเครื่องมือเทคโนโลยีดิจิทัลหนึ่งที่สามารถตอบสนอง เชื่อมต่อสื่อสารกันได้ดี (Silpawattayathorn, & Chitpakdee, 2020) และมีการนำไปใช้เป็นการสื่อสารทางสุขภาพอย่างกว้างขวาง โดยสามารถใช้สื่อสารเพื่อประเมินการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างรวดเร็ว สามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติม และกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์สะท้อนคิดในการปรับพฤติกรรมการรับประทานและยาบำรุงธาตุเหล็กได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการให้กำลังใจเมื่อสตรีตั้งครรภ์ปฏิบัติได้ถูกต้อง ในต่างประเทศมีงานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แอปพลิเคชันผ่านโทรศัพท์มือถือ เพื่อให้ความรู้และคำปรึกษาเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ผลพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางในการตั้งครรภ์ และมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเสริมธาตุเหล็กเพิ่มสูงขึ้น (Abd Rahman, Idris, Md Isa, & Abd Rahman, 2022) และพบว่าทำให้ความรู้ผ่านสมาร์ตโฟนในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ทำให้สตรีตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารเสริมธาตุเหล็กเพิ่มสูงขึ้นและระดับฮีโมโกลบินหลังการทดลองเพิ่มขึ้น (Fatthy, & Ezzat, 2020)

นอกจากนี้แล้วตามสมมติฐานที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และยาเสริมธาตุเหล็กหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($t = -3.466, p < .05$) และมีความเข้มข้นของเลือดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.537, p < .05$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมประกอบด้วยแผนการสอนที่ส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางเพิ่มขึ้นเน้นการฝากครรภ์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้โปรแกรมผู้วิจัยให้สตรีตั้งครรภ์เป็นผู้ตัดสินใจและนำไปปฏิบัติด้วยตนเองเมื่อกลับบ้าน รวมทั้งสนับสนุนคู่มือการดูแลตนเอง และกระตุ้นให้มีการตั้งเป้าหมายผ่านการจดบันทึกอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก นอกจากนี้ในขณะที่มารับบริการฝากครรภ์ ผู้วิจัยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินความต้องการ การให้ข้อมูลความรู้ ในการปฏิบัติการดูแลตนเอง และการประเมินการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ ทำให้ได้รับการดูแลที่ตรงกับความต้องการ รวมถึงการที่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม และติดตามเยี่ยมผ่านทางไลน์แอปพลิเคชันทุกวัน เป็นการกระตุ้นเตือนให้สตรีตั้งครรภ์สามารถควบคุมและจัดการแบบแผนการรับประทานอาหารและยาของตนเองอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งการสนับสนุนให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการให้ความรู้ผ่านสื่อการสอน ทำให้สตรีตั้งครรภ์เข้าใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอาบูจิบันและคณะ (Abujilban, Hatamleh, & Al-Shuqerat, 2019) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการความรู้และติดตามการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กมีความรู้ในการเลือกเมนูอาหารประจำวันและระดับค่าฮีโมโกลบิน (Hb) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อสตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามนัด ที่ห้องฝากครรภ์ ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อติดตามปัญหาและอุปสรรคในการบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก พร้อมทั้งแก้ไขปัญหาและอุปสรรคร่วมกันกับผู้วิจัยผ่านการสะท้อนคิด ทั้งนี้เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มั่นใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่จัดโปรแกรมที่ประกอบด้วย แบบบันทึกการรับประทานยาบำรุงธาตุเหล็ก แบบบันทึกการรับประทานอาหาร 3 วัน ซึ่งมีทั้งหมด 3 กระบวนการ คือ 1) ให้ความรู้ด้านโภชนาการ และธาตุเหล็กเสริม 2) ฝึกวางแผนมื้ออาหาร 3) โทรศัพท์ติดตาม พบว่าเมื่อให้โปรแกรมนีกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยามีค่าความเข้มข้นของเลือดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน (Seaharattanapatum et al., 2021)

ดังนั้นจากผลการใช้โปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา สรุปได้ว่าพยาบาลแผนกฝากครรภ์สามารถนำโปรแกรมนีไปใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กที่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการศึกษาพยาบาล

1.1 อาจารย์ผู้สอนควรนำโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา เพื่อส่งเสริมให้ไปใช้ในการวางแผนการจัดการเรียนการสอนให้แก่นักศึกษาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาพยาบาลเพื่อให้นักศึกษานำความรู้ไปใช้สอนสุศึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

2.1 พยาบาลหน่วยฝากครรภ์ที่ให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง สามารถนำขั้นตอนไปประยุกต์ใช้ได้

3. ด้านการบริหารทางการพยาบาล

3.1 ผู้บริหารควรสนับสนุนให้มีการใช้โปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

3.2 ผู้บริหารควรสนับสนุนการจัดอบรมการพยาบาลตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเองได้ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มชาวชาติพันธุ์ต่าง ๆ ที่เป็นผู้รับบริการในโรงพยาบาลสันทราย โดยปรับเปลี่ยนรูปแบบโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา แผนการสอน และสื่อการสอนให้เหมาะสม
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในการแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางของสตรีตั้งครรภ์ในชุมชน โดยการศึกษา ระบบและพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีบทบาทสำคัญเนื่องจากเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับสตรีตั้งครรภ์มากที่สุด
3. ควรมีการศึกษาวิจัยโปรแกรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการรับประทานยา ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น

References

- Abd Rahman, R., Idris, I. B., Md Isa, Z., & Abd Rahman, R. (2022). The effectiveness of a theory-based intervention program for pregnant women with anemia: A randomized control trial. *PLoS ONE* 17(12): e0278192. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278192>.
- Abujilban, S., Hatamleh, R., & Al-Shuqerat, S. (2019). The impact of a planned health educational program on the compliance and knowledge of Jordanian pregnant women with anemia. *Women & Health*, 59(7), 748-759. Retrieved from <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/book/194488>
- Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. (2024). *The 2nd National Reproductive Health Development Policy and Strategy (2017-2026) on the Promotion of Quality Birth and Growth*. Retrieved from <http://plan.psru.ac.th/index.php?module=policy&id=225>
- Bunyaprapaphan, T., Saeng-in, S., & Sirirunrat, S. (2020). Results of the support program and provide knowledge about behavior self-care and hematocrit levels in pregnant women with iron deficiency anemia. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 26(4), 40-50. [In Thai]
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2024). *Information system supporting health promotion and environmental health, Department of Health: Anemia in pregnant women Health district level*. Retrieved from <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/anemia?year=2023>
- Fatthy, A., & Ezzat, N. (2020). A smartphone-based health behavioral intervention for pregnant women with iron deficiency anemia. *Egyptian Journal of Health Care*, 11(2), 1163-1175.
- Jeno, M. (2012). *Results of the support and education program to reduce anemia on Self-care behavior of pregnant Muslim women*. Doctoral dissertation, Education, Prince of Songkla University. [In Thai]
- Khampila, W., Thitiyarnviroj, B., Raksee, S., Manadee, P., Tubsai, T., & Singsiricharoenkul, S. (2022). Caring for pregnant women with Iron deficiency anemia: The challenging role of nurses. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 30(2), 134-142. [In Thai]

- Lamo, S., Yangwanichset, S., & Thitimapong, B. (2021). Effects of the nutrition promotion program on food consumption behavior and Iron supplements and blood concentration in teenage pregnant women with anemia. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 31(1), 224-236. [In Thai]
- Nantsuphawatt, N. (2020). Anemia in pregnant foreign women who receive prenatal care and give birth at San Sai Hospital. Chiang Mai Province. *Journal of Primary Care and Family Medicine Systems*, 3(1), 36-45. [In Thai]
- Puwang, W. (2020). Prevalence and risk factors of anemia in pregnant women giving birth in hospitals. Nong Khai. *Journal of Nursing, Health and Education*, 18(3), 18-19. [In Thai]
- Rahman, R., Idris, I. B., Isa, Z., & Rahman, R. (2022). The effectiveness of a theory-based intervention program for pregnant women with anemia: A randomized control trial. *PloS ONE*, 17(12), e0278192. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278192>
- Rahmati, S., Delpishe, A., Azami, M., Hafezi-Ahmadi, M. R., & Sayehmiri, K. (2017). Maternal anemia during pregnancy and infant low birth weight: A systematic review and meta-analysis. *International Journal Reproductive Biomed*, 15(3), 125-134.
- Silpawittayathorn, B., & Chitpakdee, B. (2020). The use of health information technology in nursing for patient safety. *Journal of Nursing and Health Care*, 38(2), 6-14.
- Sueram, K. (2022). Application of Orem's theory in nursing children with pneumonia: A case study. *Journal of Nursing Science & Health Volume*, 45(3), 23-36.
- Seaharattanapatum, B., Sinsuksai, N., Phumonsakul, S., & Chansatitporn, N. (2021). Effectiveness of balanced diet-iron supplement program among pregnant women with anemia: A quasi-experimental study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(4), 653-665.
- Tümkaya, M.,N., Eroğlu, K., & Karaçam, Z. (2024). The effect of Orem's self-care deficit theory-based care during pregnancy and postpartum period on health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 29, e13300. 1-12. doi: 10.1111/ijn.13300.
- Techakamphonsarakit, L., Kantharaksa K., & Saensiriphan, N. (2018). Methods for promoting preventing anemia in pregnant women: A systematic review. *Nursing Journal*, 5(1), 62- 74. [In Thai]
- Tongsong, T., & Wanapirak, C. (2021). *Obstetrics* (6th ed.). Chiang Mai: Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University.
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Worldwide prevalence of anemia 2016 - 2019, WHO Global database on anemia*. Retrieved from https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia_in_women_and_children.

ผลการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชันต่อความสุขในการเรียน และความพึงพอใจต่อกิจกรรมการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล ในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง

ชลธิชา ชลสวัสดิ์, ศษ.ด.¹ พิมณวี จันทร์เพ็ญ, วท.ม.^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสุขในการเรียนและความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชันในสถาบันการศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่กำลังศึกษารายวิชาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปีการศึกษา 2566 จำนวน 104 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน-กรกฎาคม 2567 โดยได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยเทคนิคเกมมิฟิเคชันผ่านการใช้แอปพลิเคชันเกมออนไลน์แบบกลุ่มเป็นเวลา 11 สัปดาห์ ประเมินความรู้หลังจัดการเรียนการสอนใช้เวลาครั้งละ 30 นาที เมื่อสิ้นสุดการจัดกิจกรรมได้รับการประเมินด้วยเครื่องมือ แบบประเมินความสุขในการเรียน และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า เมื่อสิ้นสุดการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสุขในการเรียนหลังการทดลองเท่ากับ 4.64 (SD = 0.46) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M = 4.12, SD = 0.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.857, p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนด้วยเทคนิคเกมมิฟิเคชันเท่ากับ 4.62 (SD = 0.48) ผลการศึกษานี้เสนอแนะว่า ควรนำกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชันไปประยุกต์ใช้ในรายวิชานี้ต่อไป โดยมีการปรับเปลี่ยนเกมออนไลน์ให้น่าสนใจ สนุกสนาน และท้าทาย

คำสำคัญ: กิจกรรมการเรียนรู้ เกมมิฟิเคชัน ความสุข ความพึงพอใจ นักศึกษาพยาบาล

¹ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

* ผู้เขียนหลัก e-mail: pim.2506@hotmail.com

The Learning Happiness and Satisfaction Towards Teaching and Learning Activities using Gamification Techniques in the Course of Psychiatric and Mental Health Nursing among Nursing Students in a Private University

Chonticha Chonsawat, Dr. Ed.D.¹, Pimchawee Chanpen, M.Sc.^{1*}

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the impact of gamification techniques on learning happiness and satisfaction among nursing students in a Psychiatric and Mental Health Nursing course at a private university. The sample consisted of 104 third-year nursing students enrolled during the academic year 2023. These students participated in group-based online gamification activities integrated into their learning sessions over an 11-week period. Knowledge assessments were conducted post-activity for 30 minutes per session. The research instruments included a learning happiness assessment form and a satisfaction questionnaire on the gamified teaching and learning activities. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results revealed that the post-test learning happiness score ($M = 4.64$, $SD = 0.46$) was significantly higher than the pre-test score ($M = 4.12$, $SD = 0.57$), with a t -value of -7.857 ($p < .001$). Additionally, the average satisfaction score for the gamification-based teaching method was high ($M = 4.62$, $SD = 0.48$). These findings suggest that incorporating gamification into teaching strategies can enhance student engagement, learning happiness, and overall satisfaction. Further refinement of the gamification approach, including more interactive, enjoyable, and challenging game-based activities, is recommended for future applications in this subject.

Key words: Learning activity, gamification, happiness, satisfaction, nursing students

¹ Lecturer, Faculty of Bangkokthonburi University

* Corresponding author e-mail: pim.2506@hotmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเรียนรู้อย่างมีความสุข นับเป็นสภาวะการณ์ที่สำคัญอันจะช่วยให้ผู้เรียนสามารถก้าวไปสู่จุดหมายปลายทางในการเรียนได้โดยง่าย และสามารถมองเห็นคุณค่าจากสิ่งที่เรียนรู้ว่า ตนเองจะนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างไร Phoyen (2016) ให้ความหมายการเรียนรู้อย่างมีความสุข หมายถึงการที่ผู้เรียนไปสู่เป้าหมายในการเรียนได้โดยง่าย มีความพึงพอใจต่อสิ่งที่ตนกำลังจะเรียนรู้ เห็นคุณค่าจากสิ่งที่เรียนรู้ เกิดพฤติกรรมมีส่วนร่วมกับการกิจกรรมที่ผู้สอนพยายามจัดขึ้นอย่างเต็มใจ โดยที่ไม่ต้องบังคับ การสอนที่ทำให้ผู้เรียน เรียนอย่างมีความสุขจะสามารถทำให้ผู้เรียนได้รับความรู้ ทักษะ และเจตคติตามวัตถุประสงค์ของการจัดการเรียนการสอนในเนื้อหาวิชานั้น ๆ อย่างสมบูรณ์ (Pordee, 2021) พฤติกรรมการเรียนอย่างมีความสุขจะแสดงออกให้เห็นได้จากการเข้าห้องเรียนทุกครั้ง ตั้งใจเรียน มีความกระตือรือร้น สนใจใฝ่เรียนรู้ มีความรับผิดชอบ และสนุกสนาน เพลิดเพลินไปกับบทเรียน ดังนั้นความสุขในการเรียนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรเสริมสร้างให้เกิดกับนักศึกษาพยาบาล เพราะจะทำให้เกิดความสนใจใฝ่เรียนรู้ กระตือรือร้นในสิ่งที่เรียน ทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงขึ้น อีกทั้งความสุขยังช่วยให้นักศึกษามีสุขภาพจิตที่ดี (Bundasak, Chaowiang, & Jangasem, 2017)

คณาจารย์ในกลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มุ่งหวังให้นักศึกษามีความสุขในการเรียนในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี เพิ่มความสามารถในการจดจำ มองเห็นคุณค่าจากสิ่งที่เรียนรู้ ต้องการที่จะเรียนรู้เพิ่มขึ้นเพื่อจะนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ จากรายงานผลการประเมินการเรียนการสอนของรายวิชา นักศึกษาสะท้อนว่า เนื้อหาในรายวิชานี้ค่อนข้างเป็นนามธรรม เข้าใจยาก ซ้ำซ้อน การเชื่อมโยงความรู้ที่เรียนกับการนำไปใช้ได้ยากลำบาก เครียดในการเรียน บางครั้งไม่อยากเข้าเรียน แต่การนำเกมมาใช้ในการเรียนทำให้สนุกสนาน มีแรงจูงใจในการเรียน ตั้งใจเรียนเพิ่มมากขึ้น (Chonsawat, Kraiwong, & Kaewchant, 2024) แต่การศึกษาที่ผ่านมายังไม่ปรากฏชัดเจนว่ามีการศึกษาความสุขในการเรียนในรายวิชานี้ แม้ว่าจะมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความสุขในการเรียนหลายท่านแต่ส่วนใหญ่จะกล่าวถึงองค์ประกอบของความสุขในการเรียนของนักศึกษา อาทิ Nokmueang and Nuansri (2019) กล่าวถึงองค์ประกอบของความสุขในการเรียนของผู้เรียนประกอบด้วย ด้านผู้เรียน ผู้สอน สภาพแวดล้อม/สื่อและสิ่งสนับสนุน กลุ่มเพื่อนและบุคคลแวดล้อม และการสนับสนุนจากครอบครัว ขณะที่ Buranasinvattanakul (2019) ศึกษาการพัฒนาสื่อการเรียนรู้บอร์ดเกมเพื่อส่งเสริมความสามารถในการเรียนและมีความสุขในการเรียนของนิสิต ระบุองค์ประกอบของความสุขในการเรียนประกอบด้วย 1) ด้านผู้เรียน 2) ด้านผู้สอน 3) ด้านมนุษยสัมพันธ์ 4) ด้านการจัดการเรียนรู้ และ 5) ด้านสภาพแวดล้อม ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสุขในการเรียนของนักศึกษาผ่านกิจกรรมการจัดการเรียนการสอน โดยประยุกต์ใช้องค์ประกอบความสุขในการเรียนของ Buranasinvattanakul (2019) เนื่องจากสามารถจัดกระทำได้ในชั้นเรียน

แนวความคิดจัดกิจกรรมการเรียนโดยประยุกต์ใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชัน มีองค์ประกอบ 3 ประการ 1) กลไกของเกมมิฟิเคชัน เช่น แต้มคะแนน รางวัล กระดานผู้นำ 2) พลวัตของเกมมิฟิเคชัน เช่น ความต้องการรางวัลตอบแทนความสำเร็จ การแข่งขัน และ 3) อารมณ์ เช่น ดีใจ สนุกสนาน ทำให้บทเรียนน่าสนใจ ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจ มีส่วนร่วมในการเรียน มีความสุข สนุก ตื่นเต้นไปกับบทเรียน ซึมซับเนื้อหาที่เรียนผ่านกิจกรรม (Kapp, 2012) การใช้เกมมาประยุกต์ใช้ในรายวิชาร่วมกับเทคนิคเกมมิฟิเคชัน ไม่ได้เน้นถึงการแข่งขันอย่างเดียว เนื่องจากจะทำให้เกิดความเครียด แต่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นในเนื้อหาวิชาขณะเล่นเกม ช่วยให้ผู้เรียนเกิดประสบการณ์การเรียนรู้บทเรียนผ่านการเล่นเกมน่าสนใจ สนุกสนาน สร้างแรงจูงใจ ลดความน่าเบื่อหน่าย ได้ทบทวนความรู้ ช่วยสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในชั้นเรียน ส่งเสริมให้เกิดความสุขในการเรียน อันจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ และบรรลุวัตถุประสงค์ของการเรียน (Taspinar, Schidt, & Schuhbauer, 2016) สอดคล้องกับ Chaisiri (2019) ศึกษากลุ่มตัวอย่างระดับมัธยมศึกษา พบว่าการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบผสมผสานร่วมกับแนวคิดเกมมิฟิเคชัน ช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนสนุกสนานมีความสุขกับการเรียน

จากการทบทวนการใช้เกมในการเรียนการสอนดังกล่าว พบว่ากับคณะผู้วิจัยมีประสบการณ์การใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชันในการจัดการเรียนการสอนบางหัวข้อในรายวิชานี้ พบว่า นักศึกษาประเมินผลว่า เป็นการเรียนที่ไม่น่าเบื่อ ไม่ท้อถอย ทำหาย ได้ประเมินความรู้ของตนเองก่อนจบบทเรียน อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถระบุได้ว่านักศึกษามีความสุขต่อการเรียนหรือไม่ อย่างไรก็ตาม คณะผู้วิจัยจึงศึกษาผลการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชันต่อความสุขในการเรียน และความพึงพอใจต่อกิจกรรมการเรียนการสอน ทั้งนี้เพื่อนำผลไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

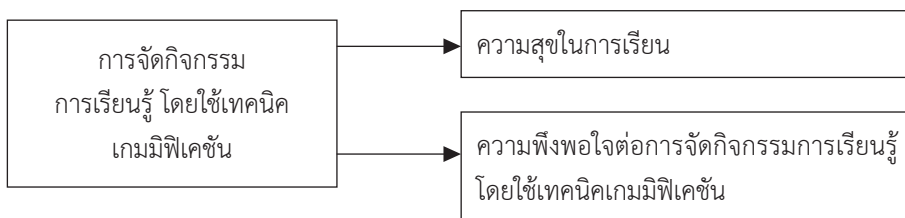
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชันในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล ต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชันในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดการจัดการกิจกรรมการเรียนรู้ โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชัน ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันเกมออนไลน์ที่สามารถเล่นเป็นทีมได้เพื่อให้สมาชิกในทีมร่วมกันตัดสินใจก่อนเลือกคำตอบโดยใช้เวลาข้อละ 20 วินาที แนวคิดหลักของเกมมิฟิเคชันนี้ประยุกต์จาก Kapp (2012) ประกอบด้วย 1) เป้าหมาย 2) กฎ 3) การแข่งขัน 4) เวลา 5) รางวัล 6) ผลป้อนกลับ 7) ระดับ และเพิ่มเติมของ Simões, Redondo, and Vilas (2013) อีก 2 องค์ประกอบคือ 8) คะแนนสะสม และ 9) กระดานผู้นำ เพื่อให้สอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอนในลักษณะเก็บคะแนนสะสมต่อเนื่อง ความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลประยุกต์จาก Buranasinvattanukul (2019) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 1) ด้านผู้เรียน 2) ด้านผู้สอน 3) ด้านมนุษยสัมพันธ์ 4) ด้านการจัดการเรียนรู้ และ 5) ด้านสภาพแวดล้อม สำหรับความพึงพอใจของการได้รับกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยเทคนิคเกมมิฟิเคชัน ประยุกต์จาก Chaisiri (2019) ประกอบด้วย ความพึงพอใจด้าน 1) ด้านกระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ 2) ด้านเครื่องมือและสื่อที่ใช้ในการจัดการเรียนรู้ 3) ด้านบรรยากาศในชั้นเรียน และ 4) ด้านความรู้

การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนโดยใช้เกมมิฟิเคชัน จะทำให้ผู้เรียนมีความรู้สึกรักสนุกสนานและมีความสุขในการเรียน ขณะเดียวกันจะทำให้ผู้เรียนรู้สึกพึงพอใจต่อกิจกรรมการเรียนรู้ ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบการศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-posttest designs)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง จำนวน 104 คน ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปีการศึกษา 2566

กลุ่มตัวอย่าง ศึกษาจากประชากรทั้งหมด เนื่องจากเป็นรายวิชาที่นักศึกษาต้องเรียนทุกคนจำนวน 104 คน เกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ เป็นนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปีการศึกษา 2566 เกณฑ์ในการคัดออกคือ 1) นักศึกษาที่ไม่สามารถให้ข้อมูลครบถ้วนตามกระบวนการวิจัย 2) ขาดถอนตัวจากโครงการวิจัย เนื่องจากเหตุผลส่วนตัวบางประการ เกณฑ์การยุติการวิจัย ในรายที่มีปัญหาทางสุขภาพไม่สามารถเข้าเรียนได้ครบตามระยะเวลาในการเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการทำวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ กิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชัน โดยประยุกต์ใช้เกมจากแอปพลิเคชันออนไลน์ และสร้างกิจกรรมการเรียนรู้ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

1.1 การให้ความรู้ เนื้อหาในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 11 สัปดาห์ ประกอบด้วยสาระการเรียนรู้ที่กำหนดไว้ในรายวิชาปกติ 11 ชุด ดังนี้ ชุดที่ 1 แนวคิดการพยาบาลจิตเวช ชุดที่ 2 ทฤษฎีทางการพยาบาลจิตเวช ชุดที่ 3 ความเครียดและพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ชุดที่ 4 การพยาบาลผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาและไฟฟ้า ชุดที่ 5 เครื่องมือที่ใช้ในการพยาบาลจิตเวช ชุดที่ 6 ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางจิตเวช ชุดที่ 7 วัยรุ่นติดเกม ติดการพนันและความผิดปกติด้านการกิน ชุดที่ 8 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท และซึมเศร้า ชุดที่ 9 การพยาบาลผู้ป่วย โรคจิตกักขัง ชุดที่ 10 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเนื่องจากใช้สารเสพติด และชุดที่ 11 การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาจิตเวช ใช้เวลาในแต่ละสัปดาห์ 2 ชั่วโมง 30 นาที

1.2 การจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชัน ให้นักศึกษาแบ่งกลุ่มละ 5-6 คน ตอบคำถามโดยใช้เนื้อหาที่เรียนมาเป็นพื้นฐานในการเล่นเกมน ระยะเวลา 11 สัปดาห์ ซึ่งมีคะแนนสะสมไว้ทุกครั้ง โดยข้อคำถามชุดละ 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบจำนวน 4 ตัวเลือก เพื่อประเมินความรู้หลังจัดการเรียนการสอน ในแอปพลิเคชันเกมออนไลน์ ในการเล่นเกม นักศึกษาจะรู้คะแนนของกลุ่มตนเอง

1.3 การแสดงตารางแต้มสะสมคะแนนของกลุ่มซึ่งเป็นคะแนนเก็บของรายวิชา ผู้วิจัยโพสต์ทุกสัปดาห์ ก่อนการแข่งขันจะทำให้ผู้เรียนแต่ละกลุ่มมองเห็นพัฒนาการของกลุ่ม และมีตารางแผนเพื่อพัฒนาของกลุ่มของตนเองให้มีคะแนนเพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้เรียนมีความรู้สึกผูกพันกับกลุ่มและมีความสุขที่ได้มีส่วนร่วมและเห็นพัฒนาการของกลุ่มตนเอง

1.4 จัดกิจกรรมมอบรางวัลสำหรับกลุ่มที่ได้คะแนนนำ 3 อันดับแรก ในสัปดาห์สุดท้าย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ

2.2 แบบประเมินความสุขจากการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินความสุขของ Buranasinvattanukul (2019) ที่รวบรวมข้อมูลจากการสังเคราะห์องค์ประกอบความสุขในการเรียนรู้สำหรับนักศึกษาปริญญาตรี ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับด้านผู้เรียน ด้านผู้สอน ด้านมนุษยสัมพันธ์ด้านการจัดการเรียนรู้ และด้านสภาพแวดล้อม รวม 31 ข้อคำถาม เป็นข้อคำถามเชิงบวก ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (มากที่สุด = 5, มาก = 4, ปานกลาง = 3, น้อย = 2, น้อยที่สุด = 1) คะแนนรวมมาก หมายถึงมีความสุขในการเรียนมาก

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจหลังได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชัน ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอนของ Chaisiri (2019) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับกระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เครื่องมือและสื่อที่ใช้ในการจัดการเรียนรู้ บรรยากาศในชั้นเรียน และความรู้ รวม 17 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (มากที่สุด = 5, มาก = 4, ปานกลาง = 3, น้อย = 2, น้อยที่สุด = 1) คะแนนรวมมาก หมายถึงมีความพึงพอใจในระดับมาก

เกณฑ์การให้คะแนนของแบบประเมินความสุข และแบบสอบถามความพึงพอใจ แปลความหมายของระดับ
ใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้ 4.51 - 5.00 ระดับมากที่สุด, 3.51 - 4.50 ระดับมาก, 2.51 - 3.50 ระดับปานกลาง, 1.51 - 2.50
ระดับน้อย และ 1.00 - 1.50 ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แบบประเมินความสุข และแบบสอบถามความพึงพอใจ
ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา และความ
สอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (Index of item objective congruence: IOC) ได้ค่า IOC อยู่
ระหว่าง 0.67 - 1.00 ผู้วิจัยได้มีการปรับเนื้อหาในแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทที่ศึกษาตาม
ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่มี
ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความสุข และ
แบบสอบถามความพึงพอใจ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า
เท่ากับ 0.99 และ 0.98 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม (Hair, Black, Babin,
& Anderson, 2014)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองโครงการจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิทยาศาสตร์
สุขภาพ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 16/2567 วันที่ 27 มีนาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจง
วัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัย ให้สิทธิในการยกเลิกเข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อวิชาที่กำลังเรียน
ในกรณีที่นักศึกษาไม่ได้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะจัดให้ทดสอบหลังเรียนแบบกลุ่มเช่นกัน ข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับและ
นำเสนอในภาพรวม ข้อมูลจะถูกทำลายหลังตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานแล้ว การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างลงนาม
ยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยส่งแบบประเมินความสุขในการเรียน ให้นักศึกษาพยาบาลตอบในรูปแบบ
ออนไลน์ สร้างไลน์ของกลุ่มวิชา และส่งลิงค์ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน นักศึกษาไม่ต้องใส่ชื่อ และรหัสนักศึกษา แต่ให้ใส่
หมายเลขเดียวกันทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยได้จากการจับฉลากซึ่งอาจารย์จะไม่ทราบว่าเป็นของนักศึกษาคนใด
เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

2. ระยะการทดลอง ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้แอปพลิเคชันเกมออนไลน์ที่สามารถประยุกต์ใช้เทคนิค
เกมมิฟิเคชันได้ นักศึกษารวมกลุ่มเล่นเป็นทีมได้ ประเมินความรู้หลังจัดการเรียนการสอน เป็นระยะเวลา 11 สัปดาห์
ดังต่อไปนี้

2.1 เตรียมนักศึกษาในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชัน และการใช้แอปพลิเคชัน
เกมออนไลน์ มอบหมายนักศึกษาจัดกลุ่มตามความต้องการกลุ่มละ 5-6 คน อธิบาย กฎ กติกา การสะสมแต้มซึ่งเป็น
คะแนนเก็บของรายวิชา และรางวัลที่จะได้เมื่อแข่งขันครบ 11 สัปดาห์ รายละเอียดการเล่นเกมหหลังสิ้นสุดการเรียนการสอน
ในแต่ละคาบที่กำหนดไว้ การรวบรวมคะแนนส่งของแต่ละกลุ่ม ให้ลองเล่นเกม เป็นเวลา 10 นาที เพื่อให้เกิดความเข้าใจ
ในวันปฐมนิเทศรายวิชา

2.2 ในแต่ละสัปดาห์ที่มีการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชันหลังเสร็จสิ้นการสอน ผู้สอนจะแสดงคะแนน
สะสมสูงสุด 3 อันดับแรกก่อนลงมือเล่นเกม ในขณะที่เล่นเกมกระตุ้นให้ทุกกลุ่มช่วยกันค้นหาคำตอบ ร่วมกันวิเคราะห์
คำตอบข้อละ 1-2 นาที รวมใช้เวลาเล่นเกมประมาณ 30 นาที เมื่อสิ้นสุดการเล่น แต่ละกลุ่มแคปหน้าจอเมื่อถือคะแนน
รวมที่ได้ของกลุ่มตนเองส่งในไลน์ของกลุ่มวิชาเพื่อให้ผู้วิจัยรวบรวมคะแนน

2.3 ผู้วิจัยสรุปคะแนนสะสมของแต่ละสัปดาห์ และโพสต์ตารางคะแนนแสดงลำดับของแต่ละกลุ่มจากคะแนนสูงสุดไปต่ำสุดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ก่อนแข่งขันครั้งต่อไป 1 วัน ผ่านช่องทางไลน์กลุ่มของรายวิชา

2.4 ผู้วิจัยสนทนาแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกับนักศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชัน ในชั้นเรียนหลังสอน ปัญหา อุปสรรค ประโยชน์ที่ได้รับ และการร่วมกันวิเคราะห์ข้อคำถามที่ตอบถูกและไม่ถูก เพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาให้ถูกต้อง ชื่นชม และให้กำลังใจนักศึกษาทุกกลุ่ม ตลอดระยะเวลาในการจัดกิจกรรม จนครบ 11 สัปดาห์ ตามสาระการเรียนรู้ที่กำหนด

2.5 สัปดาห์สุดท้ายของการจัดการเรียนการสอนรายวิชา ผู้วิจัยสรุปคะแนนสะสมซึ่งเป็นคะแนนเก็บของรายวิชา และจัดลำดับกระดานผู้นำให้นักศึกษาทุกกลุ่มทราบ มอบรางวัลโบนัสพิเศษให้กลุ่มที่มีคะแนนนำ 3 อันดับแรก รางวัลชมเชย 3 อันดับ เปิดโอกาสให้นักศึกษาแสดงความคิดเห็น

3. ระยะเวลาหลังการทดลอง ผู้วิจัยส่งแบบประเมินความสุข และความพึงพอใจหลังการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชัน ให้นักศึกษาพยาบาลในรูปแบบออนไลน์ ส่งลิงค์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มวิชา ใช้เวลาตอบประมาณ 15 นาที รวบรวมแบบสอบถามพร้อมตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปพรรณนาข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสุขระหว่างก่อนกับหลังกิจกรรมการเรียนรู้ โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชัน ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นักศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 104 คน เพศหญิง 97 คน (ร้อยละ 93.3) เพศชาย 7 คน (ร้อยละ 6.7) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-25 ปี (ร้อยละ 85.6)

2. การเปรียบเทียบความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลระหว่างก่อนกับหลังการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชัน พบว่าก่อนการใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชัน นักศึกษาพยาบาลมีความสุขในการเรียนอยู่ในระดับมาก ($M = 4.12$, $SD = 0.57$) และหลังทดลอง มีความสุขในการเรียนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.64$, $SD = 0.46$) ภายหลังได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชัน นักศึกษาพยาบาลมีความสุขในการเรียนมากกว่าก่อนการได้รับกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชัน ($t = -7.857$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หลังการทดลองนักศึกษาพยาบาลมีความสุขในการเรียนแต่ละด้านสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลระหว่างก่อนกับหลัง ได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชัน ($n = 104$)

ความสุขในการเรียน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
1. ด้านผู้เรียน	4.14	0.66	4.62	0.49	-7.285	< .001
2. ด้านผู้สอน	4.12	0.67	4.63	0.48	-7.601	< .001
3. ด้านมนุษยสัมพันธ์	4.11	0.69	4.66	0.47	-7.863	< .001
4. ด้านการจัดการเรียนรู้	4.06	0.79	4.66	0.47	-7.479	< .001
5. ด้านสภาพแวดล้อม	4.18	0.76	4.64	0.52	-6.027	< .001
ภาพรวม	4.12	0.57	4.64	0.46	-7.857	< .001

3. ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลหลังได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชันพบว่า ความพึงพอใจหลังการทดลองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.62$, $SD = 0.48$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 4 ด้าน โดยนักศึกษามีความพึงพอใจด้านเครื่องมือและสื่อที่ใช้ในการจัดการเรียนรู้มากที่สุด ($M = 4.64$, $SD = 0.51$) รองลงมาคือด้านบรรยากาศในชั้นเรียน และด้านความรู้มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน ($M = 4.62$, $SD = 0.50$; $M = 4.62$, $SD = 0.54$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจหลังได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยเทคนิคเกมมิฟิเคชัน ($n = 104$)

ความพึงพอใจ	mean	SD	การแปลผล
1. ด้านกระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้	4.58	0.51	มากที่สุด
2. ด้านเครื่องมือและสื่อที่ใช้ในการจัดการเรียนรู้	4.64	0.51	มากที่สุด
3. ด้านบรรยากาศในชั้นเรียน	4.62	0.50	มากที่สุด
4. ด้านความรู้	4.62	0.54	มากที่สุด
ภาพรวม	4.62	0.48	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

1. หลังการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชัน นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความสุขในการเรียนโดยรวมสูงกว่าก่อนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชัน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยแนวคิดเกมมิฟิเคชัน มีเป้าหมายหลัก คือสร้างแรงจูงใจให้ผู้เรียนอยากเข้ามาเรียนรู้ และเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ผู้สอนนำกลไกเกมมิฟิเคชัน ได้แก่เป้าหมาย กฎ ลักษณะการแข่งขัน การกำหนดระยะเวลาที่แน่นอน รวมถึงการมีรางวัลและผลป้อนกลับ ซึ่งจะทำให้ผู้เรียนรู้ระดับคะแนนของกลุ่มตนเอง รวมถึงมองเห็นระดับคะแนนของกลุ่มอื่น ๆ ในกระดานผู้นำ (Kapp, 2012; Simões, Redondo, & Vilas, 2013) ผู้เรียนจะเห็นผลลัพธ์ และความก้าวหน้าของกลุ่มตนเองในแต่ละครั้ง และสามารถตรวจสอบคะแนนสะสมได้ ในขณะเดียวกันในแง่พลวัตรของเกมมิฟิเคชัน คือมีการเลื่อนระดับขึ้น แสดงกระดานผู้นำทุกครั้งที่มีการแข่งขัน และด้านอารมณ์ นักศึกษาจะแสดงพฤติกรรมในการร่วมทำ

กิจกรรมของกลุ่มที่อาจารย์ผู้สอนกำหนดไว้ ซึ่งเป็นกิจกรรมการเรียนรู้ที่ส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้ที่สนุกสนาน กระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม ตื่นเต้นไปกับบทเรียน ผู้เรียนได้ร่วมกันเฉลยคำตอบทำให้ผู้เรียนซึมซับเนื้อหาที่เรียน ผ่านกิจกรรม (Baah, Govender, & Rontala Subramaniam, 2023) นักศึกษาให้ข้อมูลว่าชอบเรียนวิชานี้มากขึ้น มีสัมพันธภาพในกลุ่มเพื่อนมากขึ้น รักกันสามัคคีกัน รู้จักรับฟังความเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้ห้องเรียนมีชีวิตชีวา ลดความตึงเครียด และรู้สึกว่าการเล่นเกมทำให้ผู้เรียนจะได้ทั้งความรู้ ความสนุกสนาน (Simões, Redondo, & Vilas, 2013) และได้รับคะแนนสะสมของรายวิชา บรรยากาศดังกล่าวจึงส่งผลให้เกิดความสุขในการเรียนได้ สืบเนื่องจากพฤติกรรม เช่น นักศึกษาตื่นเต้นเมื่อเห็นตารางอันดับคะแนน ขณะเล่นเกมจะแสดงพฤติกรรมกระตือรือร้น หลีกเลี่ยงการไปนั่งรวมกับกลุ่มเพื่อน ส่งเสียงดังลุ้นคะแนน หัวเราะ ดีใจ ประทับมือ และร่วมเฉลยคำตอบที่ถูกอย่างสนุกสนาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Ratanaolarn, Sitthiworachart, and He (2024) พบว่าเกมมิฟิเคชันช่วยสร้างประสบการณ์เชิงบวกและทัศนคติที่ดีต่อการเรียน ส่งผลให้ผู้เรียน เรียนรู้ด้วยความเต็มใจและมีความสุข ทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ Chaisiri (2019) ที่พบว่าการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบผสมผสานร่วมกับแนวคิดเกมมิฟิเคชัน กระตุ้นให้ผู้เรียนสนุกสนาน มีความสุขกับการเรียน

2. ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยเทคนิคเกมมิฟิเคชัน มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากเกมมิฟิเคชันมุ่งหวังให้ผู้เรียนเพลิดเพลิน เพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ ผู้สอนใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชันในการเรียนการสอนจำนวน 11 สัปดาห์ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แข่งขัน มีปฏิสัมพันธ์ ร่วมกันทำงานเป็นกลุ่ม เกิดความสนุกสนาน ทำทนาย ในขณะที่เดียวกันก็แฝงเนื้อหาการเรียนรู้นักศึกษาจะตั้งใจเรียนเพื่อให้ตอบถูก และเร็วที่สุดเพื่อให้คะแนนติดอันดับ การเห็นความก้าวหน้าของกลุ่มตนเองในแต่ละครั้งทำให้มีความตั้งใจร่วมกันมากขึ้น ซึ่งเป็นกลไกตามแนวคิดเกมมิฟิเคชัน (Simões, Redondo, & Vilas, 2013) ในการเฉลยแต่ละครั้ง ผู้เรียนและผู้สอนจะร่วมกันวิเคราะห์คำตอบที่ถูกต้อง บอกเหตุผลในตัวเลือกที่กลุ่มตัดสินใจเลือก ผู้สอนมุ่งเน้นให้ผู้เรียนเกิดความสุขสนุกสนาน ไม่เครียดถ้าตอบไม่ถูก จนบางครั้งผู้เรียนคิดว่านั้นไม่ใช่การเรียนแต่เป็นการเล่น แต่ผลลัพธ์ที่ได้ คือได้ความรู้ ความเข้าใจ (Ardhan & Fakcharoenphol, 2022) ประเด็นที่น่าสนใจคือ ความพึงพอใจด้านเครื่องมือและสื่อที่ใช้ในการจัดการเรียนรู้ มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุด ทั้งนี้เพราะกลุ่มสามารถเลือกเครื่องมือสื่อสารที่ดีที่สุดของเพื่อนในกลุ่ม เป็นเครื่องมือหลักในการเล่นเพราะฉะนั้นนักศึกษาจึงไม่มีปัญหาในเรื่องเครื่องมือสื่อสารของตนเอง แต่จะใช้พลังในการร่วมคิดและตัดสินใจเลือกคำตอบที่เห็นว่าเหมาะสมที่สุด แม้ว่าคำตอบนั้นอาจไม่ถูกต้อง แต่จะได้รับการเฉลย และข้อมูลป้อนกลับจากเพื่อนกลุ่มอื่นและอาจารย์ ทำให้ได้เรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งจะสอดคล้องกับแนวคิดเกมมิฟิเคชัน คือการประยุกต์องค์ประกอบ หลักการของเกม ให้เข้ากับบริบท ที่ไม่ใช่เกม เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ (Kapp, 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของ Baah, Govender, and Rontala Subramaniam (2023) พบว่านักศึกษามีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้ด้วยเทคนิคเกมมิฟิเคชัน โดยความพึงพอใจส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ของผู้เรียน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้เกมมิฟิเคชันไปใช้ ควรนำไปใช้กับเนื้อหาในรายวิชาที่มีลักษณะเป็นนามธรรม และซับซ้อน และเน้นการทำงานเป็นทีมเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลในกลุ่ม เช่น รายวิชาทางการพยาบาล และการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล
2. ผู้สอนต้องมีส่วนร่วมกระตุ้นให้ผู้เรียนได้ร่วมกันวิเคราะห์คำตอบ สร้างบรรยากาศการแข่งขันที่สนุกสนาน ทำทนาย เพื่อให้ผู้เรียนซึมซับความรู้ด้วยการเล่นเกม และเน้นถึงประเด็นที่ทุกกลุ่มมีโอกาสขึ้นเป็นผู้นำของแต่ละครั้งที่แข่งขันจากคะแนนสะสม เพื่อสร้างความสุขในการเรียนอย่างมีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะเพื่อทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการประเมินทักษะการคิดวิเคราะห์ หรือผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาที่มีการใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยเทคนิคเกมมิฟิเคชัน
2. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมด้วยเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกถึงการพัฒนากิจกรรมการสอนโดยการนำเทคนิคเกมมิฟิเคชันไปใช้ ที่ช่วยสร้างความสุขในการเรียนตรงกับความต้องการของผู้เรียนอย่างต่อเนื่อง

References

- Ardhan, S., & Fakcharoenphol, W. (2022). The effect of gamification with scientific thinking online test bank for ninth grade students. *Journal of Education and Human Development Sciences*, 6(2), 61-83.
- Baah, C., Govender, I., & Rontala Subramaniam, P. (2023). Exploring the role of gamification in motivating students to learn. *Cogent Education*, 10(1), 1-18. <https://doi.org/10.1080/2331186X.2023.2210045>
- Buranasinvattanukul, K. (2019). *The development of instruction media in board game to enhance the capability in the development of Thai Textbook and the happiness in learning for undergraduate students*. Doctoral dissertation, Education, Srinakharinwirot University. [In Thai]
- Bundasak, T., Chaowiang, K., & Jangasem, N. (2017). Happily learning among nursing students. *Journal of MCU Peace Studies*, 5(1), 357-369. [In Thai]
- Chaisiri, D. (2019). *The enhancement of learning motivation by using blended learning with gamification for matthayomsueksa 4 students of Phudungnaree School*. Doctoral dissertation, Education, Rajabhat Maha Sarakham University. [In Thai]
- Chonsawat, C., Kraiwong, P., & Kaewchantr, M. (2024). The effects of learning activities using gamification on achievement motivation and opinion toward teamwork among nursing students in a private university. *Thai Journal of Nursing*, 73(2), 22-31. [In Thai]
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate data analysis* (7th ed.) New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Kapp, K. (2012). *The gamification of learning and Instruction: Game-based methods and Strategies for training and education*. United Kingdom: John Wiley & Sons.
- Nokmueang, Y., & Nuansri, M. (2019). Factors affecting on students' learning happiness, faculty of education, Valaya Alongkorn Rajabhat university under the Royal. Patronage. *Journal of Graduate Studies Valaya Alongkorn Rajabhat University*, 13(3), 101-112.
- Phoyen, K. (2016). Learning management for happiness of learning. *Journal of Education Silpakorn University*, 13(2). 121-131. [In Thai]
- Pordee, P. (2021). Happy learning model (FART). *Journal of Human Society*, 11(1), 78-90. [In Thai]

- Ratanaolarn, T., Sitthiworachart, J., & He, M. (2024). Exploration on the Impact of gamification evaluation on positive emotional engagement attitude and academic performance of computer majors in online learning. *Educational Administration: Theory and Practice*, 30(5), 7757-7766. Doi: 10.53555/kuey.v30i5.4237 [In Thai]
- Simoes, J., Redondo, R. D., & Vilas, A. F. (2013). A social gamification framework for a K-6 learning platform. *Computers in Human Behavior*, 29(2), 345-353.
- Taspinar, B., Schmidt, W., & Schuhbauer, H. (2016). Gamification in education: a board game approach to knowledge acquisition. *Procedia Computer Science*, 99, 101-116. DOI: 10.1016/j.procs.2016.09.104

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนในการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เป็นวารสารเพื่อเผยแพร่ความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการ สาขาการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่น ๆ รวมทั้งเผยแพร่ผลงานวิจัย อันเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล และการประชาสัมพันธ์วิชาชีพพยาบาล โดยผ่านการพิจารณาจากผูทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น จำนวน 3 ท่าน โดยผูทรงคุณวุฒิและผู้เขียนจะไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-Blind Review)

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ หรือ บทความวิจัย ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และ ลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
2. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ

การเตรียมต้นฉบับบทความ

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 โดยไม่นับรวม กับเนื้อหา) 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 และ ข้อเสนอแนะ
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 ยกเว้นกรณีจำเป็น และไม่ใช่คำย่อ นอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อเรื่องภาษาไทย ให้ใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยอักษรตัวพิมพ์ใหญ่

7. กรณีบทความภาษาอังกฤษ ใช้แบบ American English

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

9. กรณีที่ต้นฉบับเป็นวิทยานิพนธ์หรือดุษฎีนิพนธ์ จะต้องได้รับการรับรองจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ร่วมเขียนทุกคนตามแบบฟอร์มของวารสาร

การส่งบทความ

1. การส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ ต้องเสียค่าธรรมเนียม ตามระเบียบประกาศของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยส่งจ่ายณณัติในนาม “เหรียญกษาปณ์คณะพยาบาลศาสตร์ 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 ฝ่าวารสารขอสงวนสิทธิ์ในการคืนค่าใช้จ่ายดังกล่าว
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 ดังนั้นการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็กจึงต้องใช้ผู้อบรมเลี้ยงดูที่มีความรู้ความสามารถเข้าใจเด็กทั้งด้านชีวจิตสังคม 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>



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
169 ถนนลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131
โทร. 038-102-822 แฟกซ์ 038-393-476
e-mail: jnurse@nurse.buu.ac.th