

ที่ปรึกษา (Consultants)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภารัตน์ วังศรีคุณ	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Assistant Professor Dr. Suparat Wangsrikhun	Dean, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร. พนิดา จันทโสภีพันธ์	รองคณบดี
Associate Professor Dr. Phanida Juntasopeepun	Associate Dean

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ (Editorial Advisors)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ	อดีตนายกสภาการพยาบาล
Professor Emeritus Dr. Wichit Srisuphan	Former President of Thailand Nursing and Midwifery Council
ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์	ผู้ทรงคุณวุฒิ สภาการพยาบาล
Professor Dr. Pranom Othaganont	Thailand Nursing and Midwifery Council Expert
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล	ผู้ทรงคุณวุฒิ สภาการพยาบาล
Professor Emeritus Dr. Somchit Hanucharurnkul	Thailand Nursing and Midwifery Council Expert
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิภาดา คุณาวิกติกุล	สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
Professor Emeritus Dr. Wipada Kunaviktikul	Panyapiwat Institute of Management

บรรณาธิการ (Editor)

รองศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ กันธรักษา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Kannika Kantaruksa	Faculty of Nursing, Chiang Mai University

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

รองศาสตราจารย์ ดร.วีระพร ศุทธากรณ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Weeraporn Suthakorn	Faculty of Nursing, Chiang Mai University

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

ศาสตราจารย์ ดร.ดาราพรรณ ต๊ะปินตา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
Professor Dr. Darawan Thapinta	Faculty of Nursing, Burapha University
ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
Professor Dr. Phechnoi Singchugcha	Faculty of Nursing, Christian University
ศาสตราจารย์ ดร.รัชนีวรรณ รอส	School of Nursing, The University of Louisville, USA
Professor Dr. Ratchneewan Ross,	Ph.D, RN, FTNSS, FAAN
	School of Nursing, The University of Louisville, USA
	Ph.D, RN, FTNSS, FAAN
รองศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
	โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
Associate Professor Dr. Supreeda Monkong	Ramathibodi School of Nursing, Faculty of
	Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University
รองศาสตราจารย์ ดร.อรวมน ศรียุกตศุทธ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Associate Professor Dr. Aurawamon Sriyuktasuth	Faculty of Nursing, Mahidol University

รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำป็น	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Associate Professor Dr. Sunee Lagampan	Faculty of Public Health, Mahidol University
รองศาสตราจารย์ ดร.นฤมล เอื้อมณีกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Assoc. Prof. Dr. Naruemon Auemaneekul	Faculty of Public Health, Mahidol University
รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Associate Professor Dr. Areewan Oumtanee	Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรณัฐ ห้านิรัตติชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
Associate Professor Dr. Teeranut Harnirattisai	Faculty of Nursing, Thammasat University
รองศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
Associate Professor Dr. Chanokporn Jitpanya	Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing
รองศาสตราจารย์ ดร.อัจนรา สุคนธสรวรพ์	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
Associate Professor Dr. Achara Sukonthasarn	School of Nursing, Panyapiwat Institute of Management
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิศเรศ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
Associate Professor Dr. Wannee Deoisres	Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University
รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ ธีรานูตร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Associate Professor Dr. Ampornpan Theeranut	Faculty of Nursing Khon Kaen University
รองศาสตราจารย์ ดร.มาริสา ไกรฤกษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Associate Professor Dr. Marisa Krairiksh	Faculty of Nursing Khon Kaen University
รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธีรังสี	สำนักการศึกษาและนวัตกรรมการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Assoc. Prof. Dr. Wandee Suttharangsee	Education and Innovative Learning Academy, Prince of Songkla University
รองศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Associate Professor Dr. Ploenpit Thaniwattananon	Faculty of Nursing, Prince of Songkla University
รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิกันต์ กาละ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Associate Professor Dr. Sasikarn Kala	Faculty of Nursing, Prince of Songkla University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นาตา ลัคหนทัย	Johns Hopkins University, School of Nursing Ph.D, MSN, RN, FANN
Assistant Professor Dr. Nada Lukkahatai,	Johns Hopkins University, School of Nursing Ph.D, MSN, RN, FANN
รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรสุนีย์ ทั่งเจริญกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Petsunee Thungjaroenkul	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์ภาภรณ์ กลั่นกลิ่น	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Pimpaporn Klunklin	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม สร้อยวงศ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Pratum Soivong	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.นงศ์คราญ วิเศษกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Nongkran Viseskul	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐยานันต์ สุวรรณคฤหาสน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Assistant Professor Dr. Nattaya Suwankruhasn	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญพนมพร ธรรมไทย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Assistant Professor Dr. Kwaunpanomporn Thummathai	Faculty of Nursing, Chiang Mai University

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี
Assistant Professor Dr. Piyaporn Prasitwattanaseree
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณธรณ์ จงรุ่งโรจน์สกุล
Assistant Professor Dr. Waruntorn Jongrungrotsakul
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตตวดี เจริญทอง
Assistant Professor Dr. Jittawadee Rhiantong
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรีyakมล ไกรกิจราษฎร์
Assistant Professor Dr. Preeyakamon Krikirat

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University

เจ้าหน้าที่กองบรรณาธิการ (Editorial Staff)

นางอัมพิกา สุวรรณบุตร
Ampika Suwannabut
MR. Michael Cote

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University

นางสาวพรธิดา คำมงคล
Pornthida Kummongkol
นางสาวนิตยา มะโนคำ
Nittaya Manokam
นางจิราภรณ์ คุณวุฒิ
Jiraporn Koonawoot

(Editorial office) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ 50200
Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai 50200 Thailand
<http://www.TCI-Thaijo.org/index.php/cmunursing>

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำหรับผู้เขียนบทความวิจัยและบทความวิชาการ

พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ชื่อเดิม วารสารพยาบาลสาร: Nursing Journal) ดำเนินการโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการทางด้านพยาบาลศาสตร์ และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ โดยเปิดรับบทความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา และผู้สนใจ วารสารมีระบบการจัดการแบบออนไลน์ มีการประเมินคุณภาพบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง จำนวนอย่างน้อย 3 ท่าน จากหลากหลายสถาบัน การประเมินคุณภาพเป็นแบบปกปิดสองทาง (Double-blind peer review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนจะไม่ทราบข้อมูลของกันและกัน

วัตถุประสงค์ (Aims)

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการด้านพยาบาลศาสตร์ และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ
2. เพื่อเป็นแหล่งค้นคว้าความรู้ทางด้านพยาบาลศาสตร์และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือทางด้านวิชาการ ระหว่างพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา และผู้สนใจ

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์ (Type of Article)

1. **บทความวิจัย (Research article)** หมายถึง งานเขียนที่นำเสนอข้อมูลการวิจัยที่กระชับ อย่างเป็นระบบตามขั้นตอน ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน บทคัดย่อ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย การอภิปรายผล ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และรายการอ้างอิง ความยาวบทความ 10-15 หน้า
2. **บทความวิชาการ (Academic article)** หมายถึง งานเขียนที่นำเสนอแนวคิดจากองค์ความรู้ โดยเรียบเรียงเนื้อหาจากผลงานวิชาการในลักษณะการวิเคราะห์วิจารณ์ และนำเสนอประสบการณ์ของผู้เขียน หรือนำเสนอแนวคิดใหม่ เพื่อกระตุ้นให้ผู้อ่านเกิดการพัฒนาความคิด และได้แนวทางในการนำความคิดนั้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่สังคม บทความประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน บทคัดย่อ บทนำ เนื้อหาสาระ บทสรุป และรายการอ้างอิง ความยาวบทความ 10-15 หน้า

กำหนดการตีพิมพ์เผยแพร่ (Publication Frequency)

- วารสารมีกำหนดออก ปีละ 4 ฉบับ
- ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มีนาคม
 - ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน-มิถุนายน
 - ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม-กันยายน
 - ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม-ธันวาคม

จำนวนบทความที่ตีพิมพ์ต่อฉบับ ประมาณ 20 เรื่อง ประกอบด้วย บทความภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

จริยธรรมในการเผยแพร่ผลงาน (Publication Ethics)

บทบาทหน้าที่ของบรรณาธิการ (Duties of Editors)

1. คัดกรองบทความให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของวารสาร
2. พิจารณาเลือกผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพบทความที่เหมาะสมในแต่ละเรื่อง และกำกับดูแลการประเมินในรูปแบบ Double blind peer review
3. กำกับดูแลกระบวนการประเมินคุณภาพของบทความในทุกกระบวนการ ก่อนการตีพิมพ์เผยแพร่
4. หากมีประเด็นปัญหาสำคัญเกิดขึ้นในกระบวนการประเมินคุณภาพของบทความ จะนำเรื่องเข้าพิจารณาในกองบรรณาธิการ เพื่อขอความเห็นร่วมกัน
5. ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้วิจัยหรือผู้ทรงคุณวุฒิ และไม่นำบทความหรือผลงานทางวิชาการไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจ หรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง
6. ไม่นำความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาทางวิชาการ มาตัดสินใจรับหรือปฏิเสธบทความ
7. หากตรวจพบว่าบทความที่ส่งตีพิมพ์ได้รับการเผยแพร่มาก่อน ทำการคัดลอก หรือทำซ้ำ มีสิทธิ์ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความนั้น ๆ เพื่อป้องกันการประพฤติผิดจริยธรรมทางวิชาการและการตีพิมพ์เผยแพร่
8. พัฒนาคุณภาพของวารสารอย่างต่อเนื่อง

บทบาทหน้าที่ของผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Duties of Reviewer)

1. ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interest) และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียน
2. ประเมินคุณภาพบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติ หรือความคิดเห็นส่วนตัว
3. ไม่แสวงหาผลประโยชน์ จากบทความที่ตนเองได้รับมอบหมายให้ทำการประเมิน
4. หากพิจารณาตรวจสอบแล้วพบว่าบทความที่รับมอบหมายให้ประเมินนั้น เป็นบทความที่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อน และทำการคัดลอก หรือทำซ้ำผลงานของบุคคลอื่น ต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบทันที เพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนการเผยแพร่
5. ไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความให้ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับรู้
6. ประเมินบทความตามระยะเวลาที่กำหนด

บทบาทหน้าที่ของผู้เขียน (Duties of Authors)

1. บทความที่ส่งมาเพื่อเสนอพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ ต้องเป็นผลงานที่ไม่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อน และต้องแน่ใจว่าผลงานดังกล่าวไม่ได้ทำการคัดลอก หรือทำซ้ำผลงานของบุคคลอื่น และของตนเอง รวมทั้งไม่ตีพิมพ์ผลงานเดียวกันต่างภาษา
2. ไม่ส่งบทความเพื่อเสนอพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ พร้อมกันกับส่งที่วารสารอื่น

3. หากมีการนำผลงานหรือข้อความอ้างอิงผลงานของผู้อื่นในเนื้อหา ต้องจัดทำรายการเอกสารอ้างอิงไว้ท้ายบทความเสมอ และอ้างอิงอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ
4. ตรวจสอบการเขียนบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบข้อกำหนดของวารสาร ดังคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ
5. รายนามของผู้วิจัยทั้งหมดที่ปรากฏในบทความวิจัย ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย
6. ปรับแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างเหมาะสม ภายในระยะเวลาที่กำหนด
7. ในกรณีที่ต้องการถอนบทความ ต้องแจ้งบรรณาธิการทราบทันที
8. ผลงานวิจัยในมนุษย์ จะต้องแนบหนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และระบุหมายเลขหรือรหัสการรับรองในบทความ และแสดงรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยที่คำนึงถึงหลักจริยธรรมตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัย ของ Declaration of Helsinki ครบคลุมรายละเอียดต่อไปนี้
 - 1) โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสถาบันใด และเลขที่ของโครงการที่ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย
 - 2) กระบวนการขอความยินยอมดำเนินการอย่างไร มีการให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างไร
 - 3) ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยง
 - 4) กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเปราะบางหรือไม่ และมีการปกป้องอย่างไร
 - 5) การป้องกันการลบล้างความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ

กระบวนการพิจารณาประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review Process)

บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ จะได้รับการพิจารณาและตรวจสอบความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลและสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 3 ท่านต่อ 1 บทความ โดยมีการดำเนินการปกปิดแบบ 2 ทาง (Double blinded) ทั้งชื่อของผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนการพิจารณาประเมินบทความ

การพิจารณาประเมินบทความทุกขั้นตอน ดำเนินการผ่านทางระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ระบบเว็บไซต์ Thai Journal Online (ThaiJO) เพื่อให้การทำงานของพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นไปตามมาตรฐานสากล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้เขียนส่งไฟล์บทความไปยังระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ของพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในเว็บไซต์ Thai Journals Online (ThaiJO) URL: <https://www.tci-thaijo.org>
2. บรรณาธิการรับบทความ และแจ้งให้ผู้วิจัยทราบว่าได้รับไฟล์บทความเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

3. กองบรรณาธิการดำเนินการตรวจคัดกรองเบื้องต้น ในส่วนของเนื้อหาของบทความ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตสาขาวิชาของวารสาร รูปแบบการจัดพิมพ์ รูปแบบการอ้างอิง ประเด็นทางจริยธรรม การคัดลอกผลงาน (Plagiarism) รวมทั้งประโยชน์ในเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติ

4. ในกรณีบทความมีคุณภาพไม่ผ่านการตรวจคัดกรองเบื้องต้น บรรณาธิการจะดำเนินการแจ้งผู้เขียนให้ปรับแก้ไขบทความให้ถูกต้องภายใน 4 สัปดาห์ หากผู้เขียนไม่สามารถปรับแก้ไขบทความได้ในระยะเวลาที่กำหนด จะถือว่าสิ้นสุดการรับพิจารณาบทความ โดยบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนรับทราบและลบบทความออกจากระบบ

5. ในกรณีบทความผ่านการตรวจคัดกรองเบื้องต้นแล้ว กองบรรณาธิการจะดำเนินการส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้องประเมินคุณภาพของบทความ แบบปกปิดสองทาง (Double blind review) โดยไม่เปิดเผยชื่อผู้เขียนบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิทราบ และไม่เปิดเผยชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้ผู้เขียนทราบ และกองบรรณาธิการไม่เปิดเผยทั้งชื่อผู้วิจัยและชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้บุคคลอื่นทราบเช่นกัน

6. เมื่อบทความได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะดำเนินการตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

6.1 กรณีมีความเห็นให้ตอบรับการตีพิมพ์ (Accept Submission) กองบรรณาธิการจะแจ้ง ผู้เขียนให้ทราบ และดำเนินการส่งไฟล์บทความเข้าสู่ขั้นตอนการปรับแก้ไขต้นฉบับ การพิสูจน์อักษร และการจัดรูปแบบเอกสารตามต้นฉบับบทความของวารสาร ก่อนนำไปตีพิมพ์เผยแพร่

6.2 กรณีมีความเห็นให้ผู้เขียนแก้ไขบทความ (Revision Require) กองบรรณาธิการจะส่งข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ผู้เขียน เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขบทความ พร้อมทั้งส่งแบบฟอร์มตารางแสดงการแก้ไขให้กับผู้เขียน เพื่อให้ผู้เขียนจัดทำตารางสรุปผลการแก้ไข โดยระบุข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1, 2 และ 3 ในทุกหัวข้อ และส่งกลับมายังกองบรรณาธิการ โดยรายละเอียดการแก้ไขบทความมีดังต่อไปนี้

6.2.1 กรณีให้ปรับปรุงแก้ไขบทความเพียงเล็กน้อย (Minor Revision) เมื่อผู้เขียนแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ให้ส่งบทความกลับคืนมายังบรรณาธิการ ภายใน 2 สัปดาห์ เพื่อกองบรรณาธิการจะได้ตรวจสอบผลการแก้ไข ก่อนนำไปตีพิมพ์เผยแพร่

6.2.2 กรณีให้ปรับปรุงแก้ไขบทความในประเด็นสำคัญค่อนข้างมาก (Major Revision) เมื่อผู้เขียนแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ให้ส่งบทความกลับคืนมายังบรรณาธิการ ภายใน 4 สัปดาห์ เพื่อกองบรรณาธิการจะได้ส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิรอบที่ 2 (round 2) เพื่อตรวจสอบผลการแก้ไข ซึ่งหากยังต้องมีการแก้ไขอีก กองบรรณาธิการจะดำเนินการส่งกลับไปยังผู้เขียนเพื่อแก้ไข หลังจากนั้น จะตรวจสอบผลการแก้ไขจนกว่าบทความมีคุณภาพที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ได้ ซึ่งจำนวนครั้งของการแก้ไขไม่ควรเกิน 3 ครั้ง

หากผู้เขียนไม่สามารถปรับแก้ไขบทความได้ในระยะเวลาที่กำหนดโดยไม่มีเหตุผล กองบรรณาธิการจะขอลบบทความออกจากระบบ และขอให้ผู้เขียนดำเนินการส่งบทความเข้ามาใหม่ เพื่อ

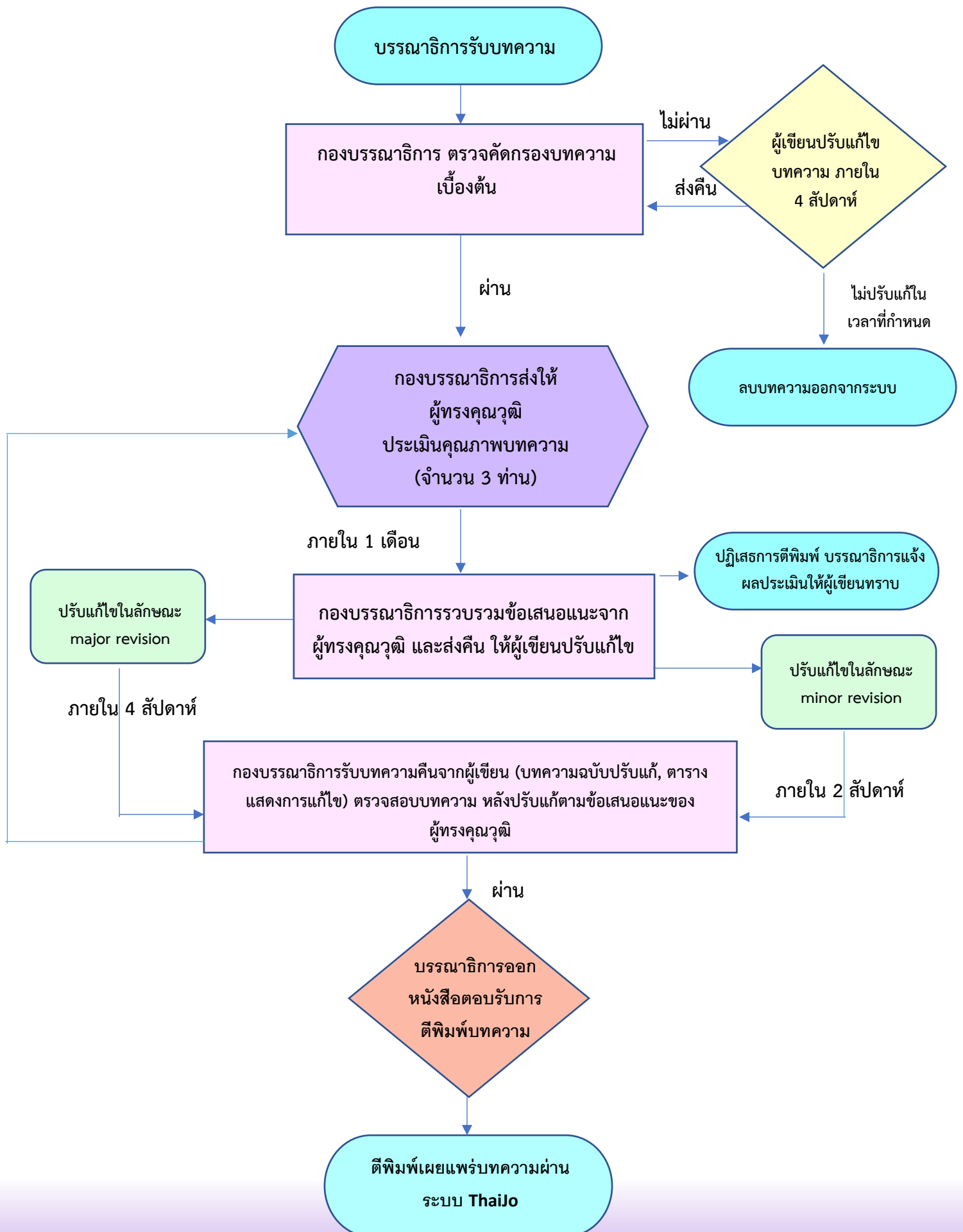
กองบรรณาธิการจะได้ดำเนินการประเมินคุณภาพบทความใหม่ในทุกขั้นตอน และผู้เขียนต้องเสียค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์อีกครั้ง

6.3 กรณีมีความเห็นให้ปฏิเสธการรับตีพิมพ์ (Decline Submission) บรรณาธิการ จะแจ้งผลการประเมินดังกล่าวให้ผู้เขียนบทความรับทราบ พร้อมทั้งเหตุผลโดยผ่านระบบวารสารออนไลน์ของระบบ ThaiJO

ตัวอย่างตารางการแก้ไขบทความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

หัวข้อประเมิน	คำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ	การแก้ไข/คำชี้แจง
ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ	ผู้ทรงคุณวุฒิ 1: ผู้ทรงคุณวุฒิ 2: ผู้ทรงคุณวุฒิ 3:	
ความชัดเจนและความครอบคลุมของบทคัดย่อและ Abstract	ผู้ทรงคุณวุฒิ 1: ผู้ทรงคุณวุฒิ 2: ผู้ทรงคุณวุฒิ 3:	
ความชัดเจนและความกระชับของความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	ผู้ทรงคุณวุฒิ 1: ผู้ทรงคุณวุฒิ 2: ผู้ทรงคุณวุฒิ 3:	
ความชัดเจนและความกระชับของวัตถุประสงค์การวิจัย	ผู้ทรงคุณวุฒิ 1: ผู้ทรงคุณวุฒิ 2: ผู้ทรงคุณวุฒิ 3:	
ความชัดเจนและความกระชับของคำถามการวิจัย	ผู้ทรงคุณวุฒิ 1: ผู้ทรงคุณวุฒิ 2: ผู้ทรงคุณวุฒิ 3:	
อื่น ๆ (ระบุ)	...	

ขั้นตอนการพิจารณาบทความ
พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



การเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (Article Processing Charges)

วารสารเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ เพื่อเป็นค่าดำเนินการและเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิ

- บทความภาษาไทย 4,000 (สี่พันบาทถ้วน) ต่อ บทความ
- บทความภาษาอังกฤษ 5,000 (ห้าพันบาทถ้วน) ต่อ บทความ

ทางวารสารจะเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ เพียงครั้งเดียว เมื่อบทความผ่านการตรวจคัดกรองเบื้องต้นจากบรรณาธิการเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งจะส่งต้นฉบับให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพ

การชำระเงินผ่านบัญชีธนาคารกรุงเทพ ชื่อบัญชี "วารสารพยาบาลสาร" เลขที่บัญชี 968-0-08702-1 ทั้งนี้ พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ ไม่ว่ากรณีใด ๆ

- หมายเหตุ:** - อาจารย์และบุคลากรในสังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จะได้รับการยกเว้นค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์
- พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ไม่มีนโยบายในการรับตีพิมพ์บทความแบบเร่งด่วน

การจัดเตรียมต้นฉบับ

1. สมัครเป็นสมาชิกของพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผ่านระบบวารสารออนไลน์ของระบบ ThaiJO โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

2. พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (Microsoft Word) โดยใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 ทั้งอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (single space) พิมพ์บนกระดาษสีขาวขนาดกระดาษ A4 (21×29.7 ซม.) โดยเว้นระยะขอบกระดาษบน 3.81 ซม. ขอบล่าง 2.54 ซม. ขอบซ้าย 3.81 ซม. และขอบขวา 2.54 ซม. ความยาวต้นฉบับรวมการอ้างอิง 10-15 หน้า

3. การใช้ภาษาไทยให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน โดยใช้ภาษาไทยเป็นหลัก และใช้ภาษาอังกฤษในกรณีที่ไม่มีคำสะกดในภาษาไทย การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน สำหรับการใช้อักษรย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ในการเขียนครั้งแรก และใช้คำย่อที่เป็นมาตรฐาน

ส่วนที่ 1 หน้าแรกของบทความวิจัยและบทความวิชาการ

ชื่อเรื่อง (Title) ต้องระบุทั้งภาษาอังกฤษ และภาษาไทย พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ความยาวไม่เกิน 120 ตัวอักษร สำหรับชื่อเรื่องภาษาอังกฤษพิมพ์พยัญชนะตัวแรกของทุกคำโดยใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำเชื่อม ตัวอย่างเช่น Components of Innovative Work Behavior Among First-line Nurse Managers in Private Hospitals and Government Hospitals

ชื่อผู้เขียน (Author Name) ต้องระบุชื่อผู้เขียนทั้งภาษาอังกฤษ และภาษาไทย ไม่ใส่ยศหรือตำแหน่งวิชาการ ในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 1 คน ให้เรียงชื่อตามลำดับของการมีส่วนร่วม พร้อมทั้งแสดงสังกัดหน่วยงานของผู้เขียนทุกคน สำหรับ e-mail ระบุเฉพาะผู้รับผิดชอบหลักของบทความ (Corresponding author) นอกจากนี้ให้ใส่เครื่องหมายดอกจัน (*) ต่อส่วนท้ายนามสกุลผู้เขียน และต่อท้ายชื่อเรื่องในกรณีเป็นวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา

วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาให้ระบุชื่อหลักสูตร รวมทั้งสาขาวิชา ทั้งภาษาอังกฤษ และภาษาไทย

ตัวอย่างเช่น

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ (Abstract) เขียนแยกภาษาอังกฤษ และภาษาไทย โดยบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่ควรเกิน 300 คำ และภาษาไทยไม่ควรเกิน 400 คำ เนื้อหาบทคัดย่อภาษาอังกฤษและภาษาไทยต้องสอดคล้องกัน การใช้ภาษาให้เหมาะสมเป็นประโยชน์สื่อความหมายได้ชัดเจนอย่างกระชับ และไม่มีการอ้างอิงในบทคัดย่อ

บทความวิจัย เขียนบทคัดย่อพอสังเขปเกี่ยวกับ ความสำคัญ รูปแบบการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย (กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย และประโยชน์ของงานวิจัย

บทความวิชาการ เขียนบทคัดย่อพอสังเขปเกี่ยวกับ เนื้อหาสาระที่สำคัญ วัตถุประสงค์ของการเขียนบทความ และบทสรุป

คำสำคัญ (Keywords) เป็นคำที่กำหนดขึ้นเพื่อช่วยในการสืบค้นเข้าถึงบทความ ควรเป็นคำที่สั้น กระชับ ได้ใจความ และมีความหมาย ระบุทั้งภาษาอังกฤษ และภาษาไทย จำนวน 3-5 คำ

ส่วนที่ 2 ส่วนเนื้อหาของบทความ

บทความวิจัย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัตถุประสงค์การวิจัย

สมมติฐานการวิจัย (การวิจัยเชิงทดลอง)

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
การเก็บรวบรวมข้อมูล
การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

การอภิปรายผล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

บทความวิชาการ

บทนำ (Introduction)

เนื้อหา

บทสรุป (Conclusions)

ส่วนที่ 3 การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง (Citation and References lists)

1. การอ้างอิงใช้ตามรูปแบบของ American Psychological Association (APA) ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 (7th ed.) โดยมีการอ้างอิงในเนื้อหา และการอ้างอิงในเอกสารอ้างอิงท้ายบท
2. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ หรือตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎี หรือปรัชญา
3. รายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้ปรับเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ แล้วให้ระบุคำว่า (in Thai) ไว้ท้ายรายการ
4. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 30 รายการ
5. ผู้เขียนมีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงตามรูปแบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 อย่างเคร่งครัด

การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation)

การเขียนอ้างอิงชื่อบุคคลในเนื้อหา ในกรณีที่เป็นคนไทยให้ระบุชื่อ ตามด้วยนามสกุล เป็นภาษาไทยไว้นอกวงเล็บ และภายในวงเล็บให้ระบุเฉพาะนามสกุลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น กรรณิการ์ กันธะรักษา (Kantaruksa, 2022) หากผู้ถูกอ้างอิงเป็นชาวต่างประเทศให้ระบุเฉพาะนามสกุล เช่น แบน ดูรา (Bandura, 1977) เป็นต้น

การเขียนอ้างอิงท้ายบท (References list)

1. การเรียงลำดับเอกสารอ้างอิง ให้เรียงนามสกุลของผู้เขียนตามลำดับพยัญชนะ A ถึง Z
2. กรณีผู้เขียนคนแรกเป็นคนเดียวกันและมีผลงานหลายเรื่อง ให้เรียงลำดับผลงานตามลำดับปีที่พิมพ์ โดยเริ่มจากปีที่พิมพ์ก่อน

3. เรียงลำดับผลงานที่มีผู้เขียนคนเดียวก่อนผลงานที่มีผู้เขียนร่วมถึงแม้จะพิมพ์ก่อน โดยเรียงลำดับตามอักษรของนามสกุล

4. กรณีมีผู้เขียนหลายคน ให้เรียงลำดับตามอักษรของนามสกุลผู้เขียนคนแรกและคนต่อ ๆ ไปตามลำดับ

5. การอ้างอิงผู้เขียนคนเดียวหรือหลายคนที่มีผลงานหลายเรื่องในปีเดียวกัน ให้เรียงลำดับตามอักษรของชื่อเรื่อง (ไม่รวมคำว่า A หรือ The) โดยใช้อักษร a, b, c ตามลำดับปีที่พิมพ์

ตัวอย่างรูปแบบการเขียนอ้างอิงท้ายบทจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ มีดังนี้

1. การเขียนอ้างอิงจากวารสาร

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารเชิงวิชาการที่เป็นรูปเล่ม

Krikitrat, P., & Sriarporn, P. (2022). Encouraging fathers to support breastfeeding: The role of nurse-midwife. *Nursing Journal CMU*, 49(1), 329-339. (in Thai)

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารวิชาการออนไลน์ที่ระบุหมายเลขรหัส doi

Robinson, P. (2021). Long COVID and breathlessness: An overview. *British Journal of Community Nursing*, 26(9), 438-443. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2021.26.9.438>

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารวิชาการออนไลน์ที่ไม่ได้ระบุหมายเลขรหัส doi

World Health Organization. (2022). *WHO Coronavirus (COVID-19) dashboard*. <https://covid19.who.int/>

ตัวอย่างการอ้างอิงในกรณีที่มีผู้เขียนมากกว่า 19 คน (ให้ระบุผู้เขียนคนที่ 1-19 ทุกคน หลังจากนั้นให้ใส่สัญลักษณ์จุด ... สามจุด โดยเว้นระยะ 1 ช่วงตัวอักษรในตำแหน่งหน้าจุดและหลังจุด และปิดท้ายด้วยชื่อผู้เขียนคนสุดท้าย)

Wang, X., Li, Y., O'Brien, K. L., Madhi, S. A., Widdowson, M. A., Byass, P., Omer, S. B., Abbas, Q., Ali, A., Amu, A., Azziz-Baumgartner, E., Bassat, Q., Brooks, W. A., Chaves, S. S., Chung, A., Cohen, C., Echavarria, M., Fasce, R. A., Gentile, A., ... Respiratory Virus Global Epidemiology Network. (2020). Global burden of respiratory infections associated with seasonal influenza in children under 5 years in 2018: A systematic review and modelling study. *The Lancet Global Health*, 8(4), e497–e510.

2. การเขียนอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม

Murdaugh, C. L., Pender, N. J., & Parsons, M. A. (2019). *Health promotion in nursing practice* (8th ed.). Pearson.

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงหนังสือที่มีบรรณาธิการ

Cunningham, F., Leveno, K. J., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Spong, C. Y., & Casey, B. M. (Eds.). (2022). *Williams Obstetrics* (26th ed.). McGraw Hill.

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงบทในหนังสือที่มีบรรณาธิการ

Suwonnaroop, N., Piyopasakul, W., & Panitrat., R. (2016). Thailand: Nursing theory and theory-based education, practice, and research. In J. J. Fitzpatrick & A. L. Whall (Eds.), *Conceptual models of nursing: Global perspectives* (5th ed., pp. 198-212). Pearson Education.

3. การเขียนอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงวิทยานิพนธ์ที่ได้จากเว็บไซต์

Axford, J. C. (2007). *What constitutes success in Pacific Island community conserved areas?* [Doctoral dissertation, University of Queensland, Brisbane, Australia]. <http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:158747>

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงวิทยานิพนธ์ที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์

Knight, A. (2001). *Exercise and osteoarthritis of the knee* [Unpublished master's thesis]. Auckland University of Technology.

4. การอ้างอิงจากรูปภาพหรือแผนภาพ

รูปภาพหรือแผนภาพควรเป็นต้นฉบับที่ผู้เขียนจัดทำเอง หากนำมาจากแหล่งอื่น ควรได้รับอนุญาตจากเจ้าของ และอ้างอิงแหล่งที่มาตามรูปแบบ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 สำหรับคำบรรยายให้พิมพ์ได้ภาพ

การส่งบทความต้นฉบับ

1. ผู้เขียนต้องลงทะเบียน (Register) เป็นสมาชิกของระบบ ThaiJo หรือหากเป็นสมาชิกของระบบThaiJo แล้วสามารถ log in เข้าสู่ระบบได้ และปฏิบัติตามคู่มือการใช้งานระบบ เพื่อดำเนินการส่งบทความผ่านเว็บไซต์พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามขั้นตอน โดยสามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำการใช้งานระบบวารสารของผู้เขียนของระบบ ThaiJo ได้

2. ดาวโหลดแบบฟอร์มการขอส่งบทความ ผ่านทางเว็บไซต์ระบบ ThaiJo ของ
พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ URL: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing>
โดยกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

3. ผู้เขียนส่งเอกสารผ่านทางเว็บไซต์ระบบ ThaiJo ดังนี้

3.1 บทความต้นฉบับเป็นไฟล์ word นามสกุล (.docx)

3.2 แบบฟอร์มการนำส่งบทความของวารสาร

3.3 สำหรับบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ ผู้เขียนต้องส่งสำเนาเอกสารรับรอง
โครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

กองบรรณาธิการพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เลขที่ 110/406 ถนนอินทวโรรส ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

เบอร์ติดต่อ 053-949100

Effects of a Long COVID Literacy Enhancement Program on Reducing the Severity of Post-Infection COVID-19 Behaviors of Elderly in Communities, Bangkok Metropolitan Area	1-13
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ต่อโควิดต่อพฤติกรรมลดความรุนแรงของอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร	
Kaewta Hlanden แก้วตา หลานเด็น	
Yupa Jewpattanakul ยุพา จิวพัฒนกุล	
Rukchanok Koshakri รักษ์ชนก คชไกร	
Nursing Practice Environment and Resilience of Nurses in General Hospitals, Naypyitaw, the Republic of the Union of Myanmar	14-26
สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลและความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป กรุงเนปีดอว์ สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา	
Thein Nandar Soe เต็ง นันดาร์ โซ**	
Or-Anong Wichaikhum อรอนงค์ วิชัยคำ***	
Kulwadee Abhicharttibutra กุลวดี อภิชาติบุตร	
Predicting Factors of the Preparation for Active Aging Among Workers in an Industrial Area, Chonburi Province	27-39
ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพของแรงงานในพื้นที่อุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี	
ประวิทย์ บุญแสงส่ง Prawit Boonsaengsong**	
นิสกร กรุงไกรเพชร Nisakorn Krungkraipetch***	
ชนัญชิดาคุชฎี ทูลศิริ Chananchidadussadee Toonsiri	
The Factors Related to Blood Pressure Control Behaviors Among Rubber Farmers with Uncontrolled Hypertension	40-55
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของเกษตรกรสวนยางพาราในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้	
สิริภา ัญญผลพลากร** Siripa Tunyapolparakorn**	
วนลดา ทองใบ*** Wanalada Thongbai***	
ปรียกมล รัชกุล**** Pregamol Rutchanagul	

Factors Related to Electronic Cigarette Smoking Among Female Vocational Students in Chachoengsao Province				56-71
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา				
คุณัญญา	เชิดสุข	Khunanya	Cherdsook	
พรนภา	หอมสินธุ์	Pornnapa	Homsin	
รุ่งรัตน์	ศรีสุริยเวศน์	Rungrat	Srisuriyawet	
Emotional Labor and Job Stress Among Nurses in Private Hospitals				72-87
การแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานและความเครียดจากการทำงาน ในพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน				
ปณตพร	อิสสาวณิชย์	Panodporn	Issavanich	
วันเพ็ญ	ทรงคำ	Wanpen	Songkham	
วีระพร	ศุทธากรณ์	Weeraporn	Suthakorn	
Effect of the Health Literacy Promoting Program on Self-Management Behaviors Among Older Persons with Uncontrolled Hypertension				88-103
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้				
เอมพร	บัวทองจันทร์	Amporn	Buathongchan	
เดชา	ทำดี	Decha	Tamdee	
ณัฐธยาน์	สุวรรณคฤหาสน์	Nattaya	Suwankruhasn	
Hydration Literacy and Fluid Intake Among Older Persons with Chronic Diseases				104-118
ความรู้ด้านความต้องการน้ำและปริมาณสารน้ำที่ได้รับในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง				
มันทนา	อนุจา	Mantana	Anuja	
จิตตวดี	เหรียญทอง	Jittawadee	Rhiantong	
ศิริรัตน์	ปานอุทัย	Sirirat	Panuthai	

Factors Predicting COVID-19 Vaccination Intention of Unvaccinated Older Adults in Phetchabun Province	119-132

ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของผู้สูงอายุที่ยังไม่เคยฉีดวัคซีนในจังหวัดเพชรบูรณ์

สุกัญญา	ตุลพงษ์	Sukanya	Tullapong
พนิดา	จันทโสภีพันธ์	Phanida	Juntasopeepun
โรจน์	จินตนาวัฒน์	Rojanee	Jintanawat

Effects of Technology-Based Education on Health Literacy Among Elderly Monks with Hypertension	133-145

ผลของการสอนโดยใช้เทคโนโลยีเป็นฐานต่อความรู้ด้านสุขภาพในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ชาตรี	สีดาคำ	Chatree	Seedacam
จิตตวดี	เหรียญทอง	Jittawadee	Rhiantong
ศิริรัตน์	ปานอุทัย	Sirirat	Panuthai

Effectiveness of Home-Based Continuing Care Programs on Burden Among Caregivers of Stroke Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis	146-165

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตา

วิมลพร	ศรีโชติ	Wimonporn	Srichote
นาฏอนงค์	พิชญะกุล	Nadanong	Pitchayakoon

Effect of a Nurses' Self-Efficacy Enhancement Program on Screening and Stimulating Development of Early-stage Children with Developmental Problems at a Sub-District Health Promoting Hospital in Nakhon Sawan Province	166-179

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลต่อการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครสวรรค์

วาสนา	เรืองจุติโพธิ์พาน	Wassana	Rungchutiphopan
ธัญฉมา	ภัยพยบ	Tanatcha	Paipayob
ฐิติรัตน์	พันธุ์เขียน	Thitirat	Phankhian
ศรีวัฒนา	เพชรรัตน์	Sriwatana	Phetcharat

Application of the Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score for Prevention of Pulmonary Hypertensive Crisis in Pediatric Patients with Congenital Heart Disease after Open-Heart Surgery	180-193
การประยุกต์ใช้เครื่องมือ Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินจากความดันโลหิตเล็ดลอดปอดสูงในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด หลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด	
สุชาดา ไชยพรหมมา	Suchada Chaipromma
นงลักษณ์ อินตา	Nonglak Inta
Factors Predicting Job Satisfaction Among Nurses in General Hospitals, Health Region 11	194-207
ปัจจัยทำนายความพึงพอใจในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 11	
จิราภรณ์ โสมแก้ว	Jiraporn Somkaew
กุลวดี อภิชาติบุตร	Kulwadee Abhicharttibutra
อรอนงค์ วิชัยคำ	Orn-anong Wichaikhum
Health Service Needs Among Teenage Mothers at a Secondary Hospital in Southern Thailand	208-223
ความต้องการบริการสุขภาพของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้	
เบญจวรรณ คงมณี	Benjawan Kongmunee
ชุตีวรรณ ปุรินทรภิบาล	Shutiwan Purinthrapibal
ศศิธร ลายเมฆ	Sasithorn Laimek
Adolescent Depression and Suicide Risk in Vientiane, the Lao People's Democratic Republic	224-236
ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในนครหลวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว	
เกตุขณา จันทะวง	Ketsana Chanthavong
สมบัติ สกุลพรรณ	Sombat Skulphan
हररषष ढरषष	Hunsa Sethabouppha

A Study of the Current Situation, Problems, and Teaching Methods regarding Sexual Harassment Prevention for Autistic Students in Grades 4-6 at Government Bangkok Metropolitan Inclusive Schools		237-250	
การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางในการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในนักเรียนออทิสติก ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนเรียนรวมสังกัดกรุงเทพมหานคร			
ศิรธันย์	ชัยธรรนาวัฒน์	Sirathan	Chaithornthanawat
ชนิดา	มิตรานันท์	Chanida	Mitranun
ศิริพันธ์	ศรีวันยงค์	Siriparn	Sriwanyong
Factors Predicting Postpartum Weight Retention		251-265	
ปัจจัยทำนายน้ำหนักคงค้างหลังคลอด			
ทัศนวรรณ	สุนันตะ	Tatsawan	Sunanta
สุรัชย์	เฉนียง	Surachai	Chaniang
Predicting Factors of Perceived 21st Century Competency Among Nursing Students		266-279	
ปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21ของนักศึกษาพยาบาล			
จิตรประภา	รุ่งเรือง	Jitprapa	Rungruang
ศิริลักษณ์	สุวรรณวงษ์	Siriluk	Suwannawung

Concept Mapping: A Tool for Critical Thinking Development in Nursing

280-290

ผังมโนทัศน์: เครื่องมือพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณทางการพยาบาล

สุมนา

โสทธิพลอนันต์

Sumana

Sottipolanun



สารจากบรรณาธิการ

พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2567 เป็นฉบับสุดท้ายของปีที่ 51 วารสารได้ดำเนินการเผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการ โดยพัฒนาปรับปรุงให้มีคุณภาพตลอดมา วารสารฉบับนี้ได้นำเสนอบทความที่หลากหลายและน่าสนใจ จำนวน 20 เรื่อง ที่เป็นประโยชน์กับผู้อ่าน

บทความจำนวน 20 เรื่อง เป็นบทความวิจัย 19 เรื่อง และบทความวิชาการ 1 เรื่อง สำหรับบทความวิจัย เป็นบทความภาษาอังกฤษจำนวน 2 เรื่อง ดังเช่น Effects of a Long COVID Literacy Enhancement Program on Reducing the Severity of Post-Infection COVID-19 Behaviors of Elderly in Communities, Bangkok Metropolitan Area เป็นต้น และบทความวิจัยภาษาไทย จำนวน 17 เรื่อง เป็นบทความด้านเวชปฏิบัติชุมชนและอาชีวอนามัย จำนวน 4 เรื่อง ดังเช่น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของเกษตรกรสวนยางพาราในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ บทความด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจำนวน 5 เรื่อง ดังเช่น ผลของการสอนโดยใช้เทคโนโลยีเป็นฐานต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น บทความด้านการพยาบาลเด็ก จำนวน 2 เรื่อง ดังเช่น ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลต่อการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครสวรรค์ เป็นต้น บทความด้านการบริหารทางการพยาบาล จำนวน 2 เรื่อง ดังเช่น ปัจจัยทำนายความพึงพอใจในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 11 เป็นต้น บทความด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 2 เรื่อง ดังเช่น ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในนครหลวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เป็นต้น บทความด้านการผดุงครรภ์ จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ ปัจจัยทำนายน้ำหนักรกค่างหลังคลอด บทความด้านการศึกษาพยาบาล จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ ปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล สำหรับบทความทางวิชาการในฉบับนี้มีจำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ ผังโมทัศน์: เครื่องมือพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณทางการพยาบาล บทความทั้งหมดนี้ ผู้สนใจสามารถ download ได้ในระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์

กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณ ผู้อ่านที่ให้ความสนใจ ผู้เขียนบทความที่ให้เกียรติส่งบทความมาตีพิมพ์เผยแพร่ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความกรุณากลั่นกรองบทความตลอดจนให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และในโอกาสส่งท้ายปีเก่า พ.ศ. 2567 และต้อนรับปีใหม่ พ.ศ. 2568 ทางกองบรรณาธิการขออำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านนับถือ จงคุ้มครองให้ทุกท่านมีสุขภาพที่แข็งแรง และประสบแต่ความสุข ตลอดไป

รองศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ กันธะรักษา

บรรณาธิการ



Effects of a Long COVID Literacy Enhancement Program on Reducing the Severity of Post-Infection COVID-19 Behaviors of Elderly in Communities, Bangkok Metropolitan Area*

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ลองโควิดต่อพฤติกรรมลดความรุนแรงของอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร*

Kaewta	Hlanden**	แก้วตา	หลานเด็น**
Yupa	Jewpattanakul***	ยุพา	จิ๋วพัฒนกุล***
Rukchanok	Koshakri****	รักชนก	คชไกร****

Abstract

Long COVID symptoms in elderly with COVID-19 affect their lives. Enhancing health literacy can reduce the severity of Long COVID symptoms. This randomized controlled trial explored the effects of a Long COVID literacy enhancement program on reduction of the severity of post-infection COVID-19 behaviors of elderly in Bangkok communities. The two-group pretest-posttest design applied Nutbeam's health literacy as a conceptual framework. Sixty four elderly Bangkok residents, aged 60-80 years with COVID-19 for five days to two months were randomly assigned, by multi-stage random sampling with a computer, to an experimental group or a control group with 32 per group. The experimental group received the Long COVID literacy enhancement programme consisting of healthy dietary instruction; demonstrations on selecting online sources of knowledge about Long COVID via Google, Facebook, and YouTube; lung exercises; and breathing exercises for relaxing from stress. The participants were instructed to engage in lung and breathing exercises at home once a day and document their exercise for 12 weeks. Pretest and posttest data were analyzed with independent t-test and paired t-test statistics.

The findings showed that the experimental group had a significantly higher mean score for reducing severity of post-infection COVID-19 behaviors after the experiment ($M = 74.44$, $SD = 5.93$) than before the experiment ($M = 52.00$, $SD = 9.64$, $t = 9.78$, $p < .001$). Moreover, the experimental group had a significantly higher mean score for reducing severity of post-infection COVID-19 behaviors after the experiment ($M = 74.44$, $SD = 5.93$) than the control group ($M = 50.38$, $SD = 7.96$, $t = 13.70$, $p < .001$).

These findings provide a guideline for community nurse practitioners, professional nurses, and health teams to reduce the severity of symptoms of post-infection COVID-19 patients.

Keywords: Health literacy; Long COVID; Severity of symptoms; Elderly

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Mahidol University

** Graduate student of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Mahidol University

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University;
email: yupa.jew@mahidol.ac.th

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University

Received 15 June 2024; Revised 20 October 2024; Accepted 11 November 2024



Effects of a Long COVID Literacy Enhancement Program on Reducing the Severity of Post-Infection COVID-19 Behaviors of Elderly in Communities, Bangkok Metropolitan Area

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ลองโควิดต่อพฤติกรรมลดความรุนแรง
ของอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

อาการหลังติดเชื้อโควิดระยะยาวในผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโควิด-19 กระทบกับการดำเนินชีวิต การเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยลดความรุนแรงของอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ลองโควิดต่อพฤติกรรมลดความรุนแรงของอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร การวิจัยสองกลุ่มวัดผลก่อนการทดลองและหลังการทดลองครั้งนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทปิมมาเป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-80 ปี จำนวน 64 คน ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคโควิด-19 ครบ 5 วัน ถึง 2 เดือน กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มแบบหลายขั้นตอนโดยใช้คอมพิวเตอร์ เป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ลองโควิด ซึ่งประกอบด้วยการสอนการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ สาธิตการเลือกสื่อความรู้เกี่ยวกับลองโควิดผ่านสื่อ Google, Facebook และ You Tube ฝึกบริหารปอดและฝึกหายใจเพื่อคลายเครียด แล้วให้กลุ่มตัวอย่างบริหารปอดและหายใจที่บ้านวันละ 1 ครั้ง พร้อมจดบันทึกการออกกำลังกายเป็นเวลา 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ independent t-test และ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมลดความรุนแรงของอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 หลังการทดลอง ($M = 74.44$, $SD = 5.93$) มากกว่าก่อนการทดลอง ($M = 52.00$, $SD = 9.64$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.78$, $p < .001$) นอกจากนั้นยังพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมลดความรุนแรงของอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 หลังการทดลอง ($M = 74.44$, $SD = 5.93$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 50.38$, $SD = 7.96$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.70$, $p < .001$)

ผลการวิจัย ให้แนวทางสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พยาบาลวิชาชีพ และทีมสุขภาพ ในการลดความรุนแรงของอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วย

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ลองโควิด ความรุนแรงของอาการ ผู้สูงอายุ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล email: yupa.jew@mahidol.ac.th

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ 15 มิถุนายน 2567 วันที่แก้ไขบทความ 20 ตุลาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 11 พฤศจิกายน 2567



Effects of a Long COVID Literacy Enhancement Program on Reducing the Severity of Post-Infection COVID-19 Behaviors of Elderly in Communities, Bangkok Metropolitan Area

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ต่อพฤติกรรมลดความรุนแรงของอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร

Background and significance

Post-acute COVID symptoms can begin from infection and persist for over three weeks. Long COVID symptoms persist more than 12 weeks after COVID-19 infection, having been present for at least two months. These symptoms may be new symptoms after COVID-19 infection or old symptoms continuing after recovery from COVID-19 infection (World Health Organization, 2022). Long COVID is found in 30-50% of patients. Symptoms frequently encountered in elderly patients consist of weakness, coughing, dyspnea, dizziness, headaches, loss of scent, loss of taste, and chest discomfort. The etiology of Long COVID-19 remains unclear, but behaviors can be adjusted to reduce symptom severity (Phuaphae et al., 2021).

Long COVID symptoms in elderly patients with COVID-19 affect their lives physically, psychologically, socially, and economically. Without proper care, these patients may experience weakness, muscle aches, insomnia, chronic diseases, and complications, causing a country's medical expenses to rise (Retornaz et al., 2022). Behavioral modifications among elderly patients with COVID-19 can reduce the risk of Long COVID symptoms. Therefore, offering advice on healthy food selection, lung exercises, and breathing exercises to relax from stress is necessary (Al-Jabr et al., 2022).

Thailand is one of numerous countries which has had many COVID-19 infections. The number of patients increased from 2,839 patients in 2020 to 4,740,865 patients in 2023 with a total of 34,232 deaths (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2023). Currently, Thailand's elderly population, aged above 60 years, constitutes 18.94% of the overall population. Of this number, 5.37% have been infected with COVID-19. This percentage is higher than that for younger adults and children (Department of Elderly Affairs, 2023). When elderly people become infected with COVID-19, symptoms can be significant. Even though the body's immunity increases to the point of eliminating the virus, immunity and inflammation may not return to normal conditions (Saenprasarn et al., 2022).

According to Thailand's statistics from a total of 77 provinces, 253,896 elderly people aged 60 years and up were found to have been infected with COVID-19, including 23,279 in Bangkok (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2023), the highest in the country. Eastern Bangkok was found to have 7,345 elderly patients who were infected while the area itself had the highest number of infections in Bangkok. Post-COVID-19 and Long COVID elderly patients increased from 235 patients in 2020 to 769 in 2023, higher than other areas in Bangkok (Public Health Center 69 Kannayao, 2023).

From the literature review, previous research has explored only the effect of programs on reducing COVID-19 symptoms in COVID-19 patients (Legacy et al., 2022). Almost all was experimental research using self-management support theory as a guideline to reduce symptoms in patients groups of various ages who were infected with COVID-19. Previous activities were mainly focused on exercise. Although self-management concepts can encourage patients to practice better self-care and reduce COVID-19 symptoms, sustainable management skills are



Effects of a Long COVID Literacy Enhancement Program on Reducing the Severity of Post-Infection COVID-19 Behaviors of Elderly in Communities, Bangkok Metropolitan Area

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ต่อโควิด-19 ต่อพฤติกรรมลดความรุนแรง
ของอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร

limited. On the other hand, Nutbeam's health literacy concept emphasizes overall self-learning (Nutbeam, 2008). Therefore, this concept will provide deeply trustworthy knowledge, wise decision making, and continuous sustainable management skills for those infected with COVID-19 (Liu et al., 2021).

The researcher, therefore, will apply Nutbeam's health literacy concept as part of a Long COVID literacy enhancement program on behavior to reduce the severity of COVID-19 symptoms, post-infection, for the elderly in communities. The implications of the findings will benefit community nurse practitioners, professional nurses, and health teams in designing programs to reduce the severity of symptoms, post-infection, of COVID-19 patients in the Next Normal era.

Research objectives

1. To compare differences in mean scores of reduction the severity of post infected COVID-19 behaviors between before and after intervention of the experimental group.
2. To compare differences in mean scores of reduction the severity of post infected COVID-19 behaviors after intervention between the experimental and the control group.

Research hypotheses

1. Mean scores for reduction of the severity of post-infection COVID-19 behaviors of the experimental group before and after intervention demonstrate a significant difference.
2. Mean scores for reduction of the severity of post-infection COVID-19 behaviors after the intervention between the experimental and the control groups demonstrate a significant difference.

Conceptual framework

The researcher applied Nutbeam's health literacy conceptual framework (2008) to develop the Long COVID literacy enhancement program. Health literacy refers to the intellectual and social skills that determine motivation and a person's ability to access, understand, and use information to achieve good health; it is classified into three levels. Level one, functional health literacy, includes skills in reading, writing, and thinking in order to be able to convey information about health to use in one's daily life to maintain health status. The second level, interaction health literacy, refers to participatory learning, and using communication skills such as speaking, reading, or writing to communicate with others for understanding, including the application of modern information to change health conditions. The third level, critical health literacy includes the ability to apply information and to achieve social changes.

As part of the Long COVID literacy enhancement program, functional health literacy activities were organized to increase information access skills in order to help post-COVID-19 elderly to have the ability to select sources of health information about severity reduction behaviors for Long COVID-19 symptoms. By demonstrating how to select reliable health information on this topic from online sources such as Google, Facebook, and YouTube, elderly individuals who have recovered from COVID-19 can improve their digital literacy skills. In addition,



Effects of a Long COVID Literacy Enhancement Program on Reducing the Severity of Post-Infection COVID-19 Behaviors of Elderly in Communities, Bangkok Metropolitan Area

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ลองโควิดต่อพฤติกรรมลดความรุนแรง
ของอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร

participants can practice on mobile phones using word card games with Long COVID search terms to develop their search skills regarding these severity reduction behaviors. Regarding functional health literacy activities, participants were provided with a basis for communicative skills. They exchanged information on Long COVID-19 symptoms, healthy dietary behavior, lung exercises, and breathing exercises. Their information access skills and communicative skills helped them to have better decision-making skills related to Long COVID-19 symptom severity reduction behaviors. Therefore, elderly participants will have increased in Long COVID-19 symptom severity reduction behaviors critical health literacy skills.

Methodology

This randomized controlled trial research with a two-group pretest-posttest design provided activities for 12 weeks. The experimental group was given the Long COVID literacy enhancement program while the control group received routine care, but did not undergo the program.

Population and sample

The population included 23,279 elderly people aged 60-80 years who were diagnosed with COVID-19 and living in the Bangkok area.

The sample in this study was elderly people aged 60-80 years who were diagnosed with COVID-19 for five days to two months and lived at home in nine districts in Eastern Bangkok.

Sample size was calculated using the G * power 3.1.9.7 program (Faul, 2007) with the alpha value set at 0.05, and power of the test set at 0.80. An effect size of 0.68 was obtained from a previous study (Chuaboonchai et al., 2022) where the experimental group had a mean posttest COVID-19 prevention behavior score of 62.05 points with a standard deviation of 5.88 while the control group had a mean score of 58.21 points with a standard deviation of 5.33. The G * power calculation was replaced and a sample size of 29 subjects per group, or a total of 58 subjects, was obtained. To prevent the risk of sample loss, the sample size was enlarged by ten percent (Polit & Hungler, 1999) resulting in a sample size for this study of 64 subjects, with 32 subjects each assigned to the experimental group and the control group.

The sample was selected by computer using multi-stage sampling. Inclusion criteria included elderly people aged 60-80 years who were diagnosed with COVID-19 for between five days and two months and lived at home with family members aged 18-59 years in Eastern Bangkok. Potential participants were also required to have a body weight below 70 kgs, or BMI 18.5-24.9 kg/m², and have ability to speak, read, and write in Thai. Moreover, they had to have a smart phone with the LINE application and Internet access. The exclusion criteria were having lung disease, respiratory disease, heart disease, hypertension, uncontrolled diabetes mellitus, chronic kidney disease, or cancers as well as having disability, being bed-ridden, or having mental disorders.



Effects of a Long COVID Literacy Enhancement Program on Reducing the Severity of Post-Infection COVID-19 Behaviors of Elderly in Communities, Bangkok Metropolitan Area

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ต่อพฤติกรรมลดความรุนแรงของอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร

Research instruments

1. The data collection instruments, developed by the researcher from the literature review and the related research for post COVID-19 elderly patients, were as follows:

1.1 The demographic data questionnaire had 13 questions concerning gender, age, weight, height, level of education, occupation, family income, concomitant diseases, symptoms while infected with COVID-19, and treatment received.

1.2 The Long COVID literacy questionnaire had 19 questions on six components: information access skills, knowledge and understanding skills, communication skills, self-management skills, media literacy skills, and decision-making skills. Responses were on a 5-level rating scale ranging from “Never Practiced” (1 point) to “Practiced Every Time” (5 points). The questionnaire had a score range of 19-95 points. High scores meant excellent Long COVID literacy.

1.3 The Long COVID-19 symptom severity reduction behavior questionnaire had 20 questions with responses on a 5-level rating scale ranging from “Never Practiced” (1 point) to “Practiced Every Time” (5 points). The questionnaire had a score range of 20-100 points. High scores meant elderly patients had excellent symptom severity reduction behaviors.

1.4 The post-COVID-19 symptoms questionnaire consisted of 10 questions on post-COVID-19 elderly patients’ symptoms, including weakness, dyspnea/hyperventilation, coughing, insomnia, headaches, hair loss, dizziness, anxiety/stress, short memory, and chest pain. Responses were on a 5-level rating scale ranging from “No Symptoms” (1 point) to “Had Symptoms for 6-7 Days/Week (5 points). The score range was 10-50 points with higher scores indicating many post-COVID symptoms.

2. The instrument used in the experiment was the Long COVID literacy enhancement program created from Nutbeam’s health literacy concept.

2.1 Functional health literacy enhancement included the following activities: 1) health literacy enhancement manual distribution; 2) group activities with demonstrations and feedback demonstrations on selection of knowledge about Long COVID-19 symptom severity reduction behaviors in media from online sources via Google, Facebook, and You Tube.

2.2 Communicative/interactive health literacy enhancement involved the following activities: communication by speaking, reading, or writing about self-care behaviors within the group and communicating via the Line application.

2.3 Critical health literacy enhancement consisted of the following activities: 1) credible online media selection; 2) an activity for elderly patients to exchange benefits regarding Long COVID-19 symptom severity reduction behaviors to create shared knowledge.

Ethical considerations

Study protocol conformed to the Declaration of Helsinki and was approved by the Institutional Review Board, Faculty of Nursing, Mahidol University, No. IRB – NS 2023/29.0105, approval date: July 18, 2023. The participants read and signed an informed consent form before participating in the study.



Effects of a Long COVID Literacy Enhancement Program on Reducing the Severity of Post-Infection COVID-19 Behaviors of Elderly in Communities, Bangkok Metropolitan Area

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ลองโควิดต่อพฤติกรรมลดความรุนแรงของอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร

Data collection

This research was conducted over a period of 12 weeks in 2023.

Experimental Group: The participants in this group had online meetings via the Line application with VDO calls for one hour per group. The experimental group was divided into two groups of 16 subjects each. Activity details were as follows.

1. On the first day in week 1, participants completed the demographic data questionnaire, the long COVID literacy questionnaire, the Long COVID-19 symptom severity reduction behavior questionnaire, and the post-COVID-19 symptoms questionnaire. Participants were presented with Long COVID online sources, searching Long COVID information via phones by using a word card game, and discussing this knowledge within the group. Moreover, they watched a Long COVID incidence video, and were taught about Long COVID-19 symptom severity reduction behaviors.

In addition, they were shown four lung exercise positions to prevent Long COVID, as follows, repeating each 10 times: 1) practice inhaling deeply and slowly through the nose and exhaling by the mouth; 2) join both hands at the back of the head and inhale through the nose; 3) stretch arms outwards with arms raised up to be joined at the front; inhale through the nose and stretch both arms out to the sides; exhale fully and return to the original pose; and finally, 4) sit up straight in a chair, spreading the legs slightly; place both hands on the waist and inhale through the nose, and exhale through the mouth; then, turn left and alternately turn right. After completing all four positions, elderly patients were directed to rest and advised to practice once a day at home.

2. In week 3, an online meeting activity was hosted on the topic of communication skills by using participatory learning. 1) Elderly patients were directed to review healthy dietary intake, lung exercises, and breathing exercises for relaxation. 2) They were asked to exchange Long COVID knowledge and participate in expressions of opinion by using communication through speaking, reading, or writing skills on the topics of Long COVID, Long COVID-19 symptom severity reduction behaviors, and communicate for others to understand by using participatory learning.

3. During week 4 to week 10, participants were reminded about healthy dietary intake, lung exercises, and relaxation exercises via the Line application. In addition, they were directed to note the dates and time spent doing lung exercises and breathing exercises for relaxation at home in the manual along with sending the recording forms once a week.

4. In week 11, an online meeting was held focusing on media literacy and decision-making skills. 1) Elderly patients received demonstrations of methods for determining media trustworthiness from trustworthy websites. 2) They were directed to analyze and determine if the media was accurate or trustworthy along with reporting methods for checking media reliability or accuracy. 3) They were directed to share trustworthy beneficial information concerning Long COVID symptom severity reduction behaviors in the group.

5. In week 12, participants were directed to exchange knowledge about practices with effects on Long COVID-19 symptom severity reduction behaviors within the group. Moreover, on



Effects of a Long COVID Literacy Enhancement Program on Reducing the Severity of Post-Infection COVID-19 Behaviors of Elderly in Communities, Bangkok Metropolitan Area

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ลงโควิดต่อพฤติกรรมลดความรุนแรง
ของอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร

the last day, elderly patients were directed to complete two questionnaires including the Long COVID-19 symptom severity reduction behavior questionnaire and the post-COVID-19 symptoms questionnaire.

Control Group: The participants in this group had online meetings via the Line application with VDO calls, as follows: 1) In week 1, participants compiled the demographic data questionnaire, the Long COVID literacy questionnaire, the Long COVID-19 symptom severity reduction behavior questionnaire, and the post-COVID-19 symptoms questionnaire. Moreover, they learned about COVID-19 and Long COVID incidence. 2) In week 12, they were directed to complete the Long COVID literacy questionnaire, the Long COVID-19 symptom severity reduction behavior questionnaire, and the post-COVID-19 symptoms questionnaire.

Data analysis

Data were analyzed with the SPSS computer program as follows: 1) Demographic data of the participants were analyzed using descriptive statistics by determining frequency distribution, percentages, mean scores, and standard deviation. 2) Differences in the demographic data of the experimental group and the control group were compared using the chi-square test. 3) Differences in mean scores for Long COVID-19 symptom severity reduction behaviors among participants were compared between the experimental group which received the program and the control group, after the program, using independent sample t-test statistics. 4) Differences in mean scores for Long COVID-19 symptom severity reduction behaviors among participants in the experimental group were compared before and after the program using paired sample t-test.

Results

The demographic data characteristics of the post-COVID-19 elderly participants were similar across both the experimental group and the control group. Most of the participants were female and had completed their education at the elementary level. Most were unemployed, had an income lower than 5,000 baht, and suffered from hypertension as a concomitant disease more than other diseases (Table 1).

Table1. Participant characteristics of the experimental and control group analyzed by chi-square test (n = 64)

Characteristics	Experimental group		Control group		p-value
	n = 32	n(%)	n = 32	n(%)	
Gender					0.12
Female	18	56.30	18	56.30	
Male	14	43.80	14	43.80	
Education					0.41
Unlettered	3	9.40	2	6.30	



Effects of a Long COVID Literacy Enhancement Program on Reducing the Severity of Post-Infection COVID-19 Behaviors of Elderly in Communities, Bangkok Metropolitan Area

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ต่อโควิด-19 ต่อพฤติกรรมลดความรุนแรง
ของอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร

Table1. Participant characteristics of the experimental and control group analyzed by chi-square test (n = 64) (Continue)

Characteristics	Experimental group		Control group		p-value
	n = 32	n(%)	n = 32	n(%)	
Elementary	16	50.00	15	46.90	0.38
Secondary	8	25.00	11	34.40	
Certificate	3	9.40	2	6.30	
Bachelor	2	6.30	2	6.30	
Occupation					
Unemployment	15	46.90	16	50.00	0.58
General employed	7	21.90	7	21.90	
Trade	4	12.50	6	18.80	
Company employee	4	12.50	2	6.30	
Government official	2	6.30	1	3.10	
Income (baht)					0.12
Lower than 5,000	15	46.90	16	50.00	
5,000-10,000	9	28.10	9	28.10	
10,001-15,000	8	25.00	7	21.90	0.12
Chronic disease					
No	3	9.40	3	9.40	
Hypertension	16	50.00	17	53.10	
Diabetes	11	34.40	10	31.30	0.12
Dyslipidemia	2	6.30	2	6.30	

After the program, the mean score for Long COVID-19 health literacy of the experimental group which received the Long COVID literacy enhancement program ($M = 73.25$, $SD = 8.38$) was higher than that of the control group ($M = 53.96$, $SD = 7.33$) at 19.29 points, which was a statistically significant difference ($t = 9.78$, $p < .001$). The mean score for Long COVID-19 symptom severity reduction behaviors of the experimental group after participation in the Long COVID literacy enhancement program ($M = 74.44$, $SD = 5.93$) was higher than before participation in the program ($M = 52.00$, $SD = 9.64$) at 22.44 points, which was a statistically significant difference ($p < .001$) (Table 2).



Effects of a Long COVID Literacy Enhancement Program on Reducing the Severity of Post-Infection COVID-19 Behaviors of Elderly in Communities, Bangkok Metropolitan Area

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ต่อโควิด-19 ต่อพฤติกรรมลดความรุนแรงของอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร

Table 2. Comparison of mean scores and standard deviation of Long COVID health literacy scores and Long COVID-19 symptom severity reduction behaviors before and after the program for the experimental and control groups (n = 64)

	Experimental		Control		T	p-value
	M	SD	M	SD		
Long COVID health literacy scores						
- Before	54.44	12.37	59.94	9.67	-1.98	.050
- After	73.25	8.38	53.96	7.33	9.78	.000
Long COVID-19 symptom severity reduction behaviors						
- Before	52.00	9.64	53.28	8.28	-.57	.570
- After	74.44	5.93	50.38	7.96	13.70	.000

After the program, the mean score for Long COVID-19 symptom severity reduction behaviors of the experimental group (M = 74.44, SD = 5.93) was higher than that of the control group (M = 50.38, SD = 7.96) at 24.06 points, which is a statistically significant difference ($t = 13.70$, $p < .001$) (Table 3).

Table 3. Comparison of mean scores and standard deviation of Long COVID health literacy scores and Long COVID-19 symptom severity reduction behaviors after the program between the experimental and control groups (n = 64)

	Experimental		Control		t	p-value
	M	SD	M	SD		
Long COVID health literacy scores	73.25	8.38	53.96	7.33	9.78	.000
Long COVID-19 symptom severity reduction behaviors	74.44	5.93	50.38	7.96	13.70	.000

Discussion

Issue 1: Regarding mean scores for Long COVID-19 symptom severity reduction behaviors among post-COVID-19 patients in the experimental group, they had an higher average severity of symptoms behavioral score after the program with statistical significance ($p < .001$). The reason for this may be that the elderly participants exchanged opinions on Long COVID-19. After exchanging their experiences within the group, the experimental group were found to have higher Long COVID-19 symptom severity reduction behaviors than before the experiment. This was consistent with a study conducted by Hirunnu et al. (2021) in which the experimental group were encouraged to analyze and exchange opinions within a group about the severity of Long COVID



Effects of a Long COVID Literacy Enhancement Program on Reducing the Severity of Post-Infection COVID-19 Behaviors of Elderly in Communities, Bangkok Metropolitan Area

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ต่อโควิด-19 ต่อพฤติกรรมลดความรุนแรงของอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร

symptoms and presented on the potential complications. After six weeks, the experimental group had higher COVID-19 prevention behaviors than before with statistical significance at 0.05.

Issue 2: Elderly participants in the experimental group had higher mean score for reducing severity of post-infection COVID-19 behaviors than the control group after participation in the program with statistical significance ($p < .001$) which may be due to the following three reasons:

1. The experimental group may have increasing health literacy level from the program. On the otherhand, the control group did not got these health literacy activities. The six health literacy components which included several types of activities may have provided the experimental group patients with lessons learned, real-time learning, and access to self-care information while they were infected with COVID-19. These activities may help experimental group to be more COVID-19 knowledge for reducing severity of post-infection COVID-19 than the control group. As a result, the experimental group had fewer COVID symptoms than the control group. This is consistent with the Nutbeam's concept of health literacy (2008).

2. The experimental group may have had more self-confidence than the control group. This self-confidence could have been received from the lung exercise and breathing exercise demonstrations. These exercises are easy, not complicated, and can be practiced once a day. Moreover, their exercise record help to increase their self-confidence. In addition, participants took photos and sent them via the Line application once a week. These activities helped participants improve their self-confidence, resulting in them having fewer COVID symptoms than the control group, consistent with Thepin et al. (2019) in which a program was provided to develop health literacy in patients with uncontrolled blood pressure. It was found that the experimental group of hypertensive patients had significantly higher mean scores for health literacy and self-confidence than the control group ($p < .05$).

3. The experimental group knew the benefit of good nutrition, lung exercises, and breathing exercises from the program. This was likely an important factor that helped those in the experimental group to recognize the beneficial effects of eating, lung exercise, and breathing exercises. Therefore, this useful knowledge helped the experimental group participants reduce the severity of symptoms after being infected with COVID-19 better than the control group. These findings are consistent with the research of Ganbenyapa et al. (2023) in which a yoga exercise program was provided to patients after being infected with COVID-19. It was found that the experimental group perceived the benefits of the yoga exercise at a higher level than the control group. Therefore, the experimental group showed significant increases in chest expansion and lung function compared with the control group ($p < .001$).

Recommendations

1. Community nurse practitioners and health teams should implement the Long COVID literacy enhancement program as a guideline for the care of post-COVID-19 elderly patients to reduce the severity of post-COVID-19 symptoms. This program should be used in elderly schools



Effects of a Long COVID Literacy Enhancement Program on Reducing the Severity of Post-Infection COVID-19 Behaviors of Elderly in Communities, Bangkok Metropolitan Area

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ต่อโควิดต่อพฤติกรรมลดความรุนแรง
ของอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร

for learning about management of other issues.

2. Long COVID-19 symptom severity reduction behavior monitoring time should be increased to three to six months after the end of the program to better assess Long COVID-19 symptom severity reduction behaviors.

Recommendations for future research

The Long COVID literacy enhancement program should be used with COVID-19 patients in other target groups, such as working-aged participants or those with other chronic diseases.

References

- Al-Jabr, H., Windle, K., Thompson, D. R., Jenkins, Z. M., Castle, D. J., & Ski, C. F. (2022). Long COVID Optimal Health Program (LC-OHP) to enhance psychological and physical health: Protocol for a feasibility randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 11(5), e36673. <https://doi.org/10.2196/36673>
- Chuaboonchai, I., Sutawanatcha, S., & Kankarn, W. (2022). Effects of social support combined with the health literacy enhancement program on stress and prevention behavior of coronavirus disease 2019 among village health volunteers in Ubon Ratchathani Province. *Srinagarind Medical Journal*, 37(3), 254-260. (in Thai)
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2023). *Statistics on COVID-19 patients*. <https://ddc.moph.go.th>
- Department of Elderly Affairs. (2023). *Statistics on elderly people infected with COVID-19 in Thailand*. <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/857>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Ganbenyapa, S., Udomputtachat, J., & Pongnaratorn, P. (2023). Effectiveness of yoga on chest expansion and lung function in post-COVID-19 infection patients at Kumpawapi Hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 31(3), 346-355. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/267033/182191> (in Thai)
- Hirunnu, S., Krajangpho, S., & Nukulkit, P. (2021). Effectiveness of health belief program to preventive behavior with COVID-19 of public health volunteers in Pathumthani Province. *Huachiew Chalermprakiet Science and Technology Journal*, 7(2), 61-70. (in Thai)
- Legacy, M., Seely, D., Conte, E., Psihogios, A., Ramsay, T., Fergusson, D. A., Kanji, S., Simmons, J. G., & Wilson, K. (2022). Dietary supplements to reduce symptom severity and duration in people with SARS-CoV-2: Study protocol for a randomised, double-blind, placebo controlled clinical trial. *BMJ Open*, 12(3), e057024. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057024>



Effects of a Long COVID Literacy Enhancement Program on Reducing the Severity of Post-Infection COVID-19 Behaviors of Elderly in Communities, Bangkok Metropolitan Area

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ต่อโควิดต่อพฤติกรรมลดความรุนแรงของอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร

- Liu, Z., Qiao, D., Xu, Y., Zhao, W., Yang, Y., Wen, D., Li, X., Nie, X., Dong, Y., Tang, S., Jiang, Y., Wang, Y., Zhao, J., & Xu, Y. (2021). The efficacy of computerized cognitive behavioral therapy for depressive and anxiety symptoms in patients with COVID-19: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 23(5), e26883. <https://doi.org/10.2196/26883>
- Nutbeam, D. (2008). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Phuaphae, J., Wirojratana, V., & Boonchun, N. (2021). Management of Long COVID in older adults. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*, 20(3), 81-86. <https://journalggm.org/view-article-80/> (in Thai)
- Polit, D. F., & Hungler, P. B. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Public Health Center 69 Kannayao. (2023). *Statistics of COVID patients*. <https://webportal.bangkok.go.th/healthcenter69/index?cover=1>
- Retornaz, F., Rebaudet, S., Stavris, C., & Jammes, Y. (2022). Long-term neuromuscular consequences of SARS-Cov-2 and their similarities with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: Results of the retrospective. *Journal of Translational Medicine*, 20(1), 429. <https://doi.org/10.1186/s12967-022-03638-7>
- Saenprasarn, P., Chaleoykitti, S., & Ounjaichon, S. (2022). Nurses' role in long COVID-19 nursing care. *Journal of The Police Nurses*, 14(1), 214-221. (in Thai)
- Thepin, K., Moolsart, S., & Jantacumma, N. (2019). Effectiveness of a health literacy developmental program in patients with uncontrolled hypertension. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 11(1), 197-212. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/184785/130058> (in Thai)
- World Health Organization. (2022). *Post COVID-19 condition (Long COVID)*. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/post-COVID-19-condition>



Nursing Practice Environment and Resilience of Nurses in General Hospitals,
Naypyitaw, the Republic of the Union of Myanmar*
สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลและความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาล
ในโรงพยาบาลทั่วไป กรุงเนปิดอร์ สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา*

Thein	Nandar Soe**	เต็ง	นันทาร์ โซ**
Or-Anong	Wichaikhum***	อรอนงค์	วิชัยคำ***
Kulwadee	Abhicharttibutra****	กุลวดี	อภิชาติบุตร****

Abstract

Nurses are confronted with increasing levels of adversity in their workplace and experience many stressors. Resilience can help nurses avoid or lower the adverse effects caused by these stressors, leading to retention of nurses. This descriptive-correlational research aimed to describe the nursing practice environment and resilience, and to examine their relationship among nurses in general hospitals in Naypyitaw, Myanmar. A stratified random sampling method was used to select 155 nurses from general hospitals in Naypyitaw. The research tools utilized were the Practice Environment Scale of Nursing Work Index (PES-NWI) and the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-25). The Cronbach alpha coefficients of the tools were .82 and .91, respectively. Descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient were employed to analyze the data.

The findings were as follows:

1. The nursing practice environment as perceived by nurses was favorable ($M = 2.61$, $SD = 0.24$).
2. The mean score for resilience in nurses was 71.71 ($SD = 12.46$), with the first, second, third, and fourth quartiles being 0-65 (25.80%), 66-73 (25.16%), 74-81 (24.52%), and 82-100 (24.52%), respectively.
3. The nursing practice environment had a significantly positively moderate relationship with the resilience of nurses ($r = 0.33$, $p < 0.001$).

This study's findings can provide vital evidence for nurse administrators, hospital administrators, and policymakers to strengthen and maintain a favorable nursing practice environment; design in-service training programs for professional competence; organize adequate facilities, flexible working schedules, and regular staff meetings to tackle the foundations of stress; and seek collaborative outcomes for enhancing nurses' resilience.

Keywords: Resilience; Nurses; Nursing practice environment; General hospitals

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate student of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
e-mail: ornwchai@gmail.com

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 29 February 2024; Revised 24 April 2024; Accepted 24 May 2024



บทคัดย่อ

พยาบาลต้องเผชิญกับความยากลำบากในสถานที่ทำงานเพิ่มขึ้น และประสบกับความกดดันต่าง ๆ ความแข็งแกร่งในชีวิตสามารถช่วยให้พยาบาลหลีกเลี่ยงหรือลดผลข้างเคียงต่าง ๆ ที่เกิดจากความเครียดเหล่านั้นได้ และนำไปสู่การคงอยู่ของพยาบาล การศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลและความแข็งแกร่งในชีวิต และหาความสัมพันธ์ของทั้งสองตัวแปรของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป กรุงเนปิดอว์ สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา เลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 155 คน โดยใช้การสุ่มแบบชั้นภูมิจากโรงพยาบาลทั่วไป กรุงเนปิดอว์ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบวัดสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติของดัชนีการพยาบาล และแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตของคอนเนอร์ และเดวิดสัน ค่า Cronbach's alpha coefficients ของเครื่องมือ เท่ากับ .82 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pearson's correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า

1. สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ ($M = 2.61$, $SD = 0.24$)
2. คะแนนเฉลี่ยของความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาลเท่ากับ 71.71 ($SD = 12.46$) โดยที่ ควอร์ไทล์ที่ 1 ควอร์ไทล์ที่ 2 ควอร์ไทล์ที่ 3 และควอร์ไทล์ที่ 4 มีค่า 0-65 (25.80%), 66-73 (25.16%), 74-81 (24.52%), และ 82-100 (24.52%) ตามลำดับ
3. สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความแข็งแกร่งในชีวิตในพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.33$, $p < 0.001$)

ผลการวิจัยนี้ สามารถให้หลักฐานที่สำคัญสำหรับผู้บริหารพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้กำหนดนโยบายในการเสริมสร้างและรักษาสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานพยาบาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ ออกแบบโปรแกรมการฝึกอบรมสำหรับสมรรถนะด้านวิชาชีพ จัดสรรสิ่งอำนวยความสะดวกให้เพียงพอ มีตารางเวรที่ยืดหยุ่น มีการประชุมร่วมกับบุคลากรเป็นประจำเพื่อจัดการกับอาการที่เป็นผลมาจากความเครียด และแสวงหาความร่วมมือในการเพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับพยาบาล

คำสำคัญ: ความแข็งแกร่งในชีวิต พยาบาล สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ email: ornwichai@gmail.com

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



Background and significance

Nurses are the pillar of the healthcare system, the first contact point for patients, and vital in achieving Sustainable Development Goals and Universal Health Coverage. However, they face many stressful situations (Stewart et al., 2023). In Myanmar, nursing personnel density is less than 10 per 10,000 people, which is under the World Health Organization (WHO) criteria of 49:10,000 (World Health Organization, 2020). The nurse-to-patient ratio was up to 1:25-44 at general hospitals, more excessive than the universal nursing staff norms by Sharma and Rani (2020).

Moreover, nurses confront verbal and physical violence at the workplace and receive low protection and management (Win, 2021). In addition, Myanmar healthcare workers' regular weekly work hours are longer than the universal labor norm of 40 hours a week (Luther, 2023). Saw et al. (2019) stated that the Myanmar health workforce, including nurses, has heightened pressures and job dissatisfaction with excessive workloads, limited resources, and stress, pushing more staff to quit. Studies have found that nurses' resilience directly impacts stress and burnout (Di Giuseppe et al., 2021) and retaining them (Cooper et al., 2020). For these reasons, nurse retention is urgently needed for the healthcare system's recovery and rebuilding, and one of the approaches is to enhance nurses' resilience in Myanmar's healthcare contexts.

Resilience refers to the personal qualities that enable one to thrive in the face of adversity, also viewed as a measure of successful stress-coping ability (Connor & Davidson, 2003). A higher level of resilience increases overall job satisfaction, job performance, professional commitment, and quality of care and prevents adverse psychological outcomes (Cooper et al., 2020). Additionally, nursing scarcity will grow unless actions support nurses' resilience, leading to lower-quality healthcare for patients (Cooper et al., 2020).

Multiple studies have examined resilience among nurses using different methods (Afshari et al., 2021; Alameddine et al., 2021; Wai, 2021). Although these studies have applied the same instrument, results have been inconsistent. Moreover, the study by Wai (2021) in Myanmar interpreted the resilience mean score differently through item averaging. Therefore, a study on resilience among Myanmar nurses at other general hospitals is still needed to generalize for the wider nursing population.

During the ongoing crisis of the COVID-19 pandemic in Myanmar, nurses confronted several issues regarding the practice environment, which affected their resilience. Tabakakis et al. (2019) found that the nursing practice environment (NPE) can influence nurses' resilience. In addition, Cusack et al. (2016) have described how supporting and developing workplace environments leads to nurses' competence, professionalism, and well-being, which in turn promotes their resilience. NPE means the organizational characteristics of a work setting that facilitate or constrain professional nursing practice (Lake, 2002). NPE had a low to high positive correlation with nurses' resilience (Montgomery & Patrician, 2022; Park & Jang, 2022; Tabakakis et al., 2019; Ying et al., 2021); however, these studies were conducted among a diverse nurse population and utilized different tools while results were also inconsistent.



Nursing Practice Environment and Resilience of Nurses in General Hospitals, Naypyitaw, the Republic of the Union of Myanmar

สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลและความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาล ในโรงพยาบาลทั่วไป กรุงเนปิดอว์ สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา

In Myanmar, especially in Naypyitaw, nurses in general hospitals are likely to have high stress and erratic workloads, as the average number of outpatients per day is 2451, while the average of inpatients per day is 1275 (Ministry of Health, 2020). Besides this, the nursing shortage in Naypyitaw was 61.81%, the highest compared to other states and regions. Moreover, only 4.42% of nurses have attended specialty training courses (Phyo, 2019). Many nurses do not take pride in being in the profession and perceive that their jobs are meaningless (Wai, 2020). These situations will impact nurses' resilience at general hospitals in Naypyitaw. Additionally, research on the association between NPE and the resilience of nurses has not yet been conducted in Myanmar. Investigating NPE, resilience, and their association could result in an effective approach to creating strategies for healthcare system salvage and rebuilding.

Objectives

1. To describe the nursing practice environment and resilience of nurses in general hospitals in Naypyitaw, Myanmar.
2. To examine the relationship between the nursing practice environment and the resilience of nurses in general hospitals in Naypyitaw, Myanmar.

Conceptual framework

According to the Health Service Workplace Environmental Resilience Model (HSWERM), workplace environmental factors impact nurses' resilience and workplace outcomes. Supporting and developing workplace environmental factors promotes nurses' competence, professionalism, and well-being, increasing their resilience (Cusack et al., 2016). This study's conceptual framework comes from the HSWERM model, and NPE reflects the workplace environment factors, in addition to resilience, reflecting personal resilience. NPE refers to the organizational characteristics of a work setting that facilitates or constrains professional nursing practice, which consists of nurse participation in hospital affairs, nursing foundations for quality of care, nurse manager ability, leadership and support of nurses, staffing and resource adequacy, and collegial nurse-physician relations (Lake, 2002). Resilience refers to the personal qualities that enable one to thrive in the face of adversity and is also viewed as a measure of successful stress-coping ability. Resilience factors include 1) personal competence, high standards, and tenacity; 2) trust in one's instincts; tolerance of negative affect and strengthening effects of stress; 3) positive acceptance of change and secure relationships; 4) control, and 5) spiritual influences (Connor & Davidson, 2003). Thus, this study aimed to describe the NPE and resilience, and examine the relationship between the two among nurses at general hospitals in Naypyitaw, Myanmar.

Methodology

This study employed a descriptive correlational research design.



Population and sample

The study population was 211 trained nurses and staff nurses who had served for at least six months at three general hospitals (the 1000-bed Naypyitaw General Hospital, 300-bed Pobbathiri General Hospital, and 200-bed Pyinmana General Hospital) in Naypyitaw. A trained nurse refers to a newly appointed nurse after graduation while a staff nurse is a senior nurse who is promoted after serving as a trained nurse for at least 2-3 years.

The sample size was determined utilizing Yamane (1967), setting the p-value at 0.05, and the final sample size was 166 after adding 20% for possible loss. The inclusion criteria were trained nurses and staff nurses working for at least six months at the target hospitals, while nurse managers and nurses on holiday or leave for more than one month were omitted from this study.

This study utilized stratified random sampling to gather the nurses. There are three general hospitals in Naypyitaw. First, the required number of nurses from each hospital was calculated proportionally setting the hospitals as the first strata. Then, the researcher picked the units of each hospital as the second strata, and the required number of nurses from each unit of every hospital was determined and selected using a lottery method based on the inclusion criteria.

Research instruments

This study's questionnaires comprised three parts. Each questionnaire's copyright holder offered their permission to use it.

1. A demographic information sheet was created by the researcher to acquire participants' age, marital status, gender, job position, years of experience, education level, monthly average night shift, working unit, and attendance in the in-service training program, and data was collected using open- and close-ended questions.

2. The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) (Lake, 2002) was translated into a Burmese version by Zar (2017). It included 31 items with five dimensions: nurse participation in hospital affairs; nursing foundations for quality of care; nurse manager ability, leadership, and support for nurses; staffing and resource adequacy; and collegial nurse-physician relations, and was assessed on a 4-point Likert scale ranging from 1 (strongly disagree) to 4 (strongly agree). A value of 2.5 and above indicated the goodness of features of that subscale, and less than 2.5 reflected an unfavorable subscale (Lake, 2002). The NPE was classified as unfavorable (0 or 1 subscale mean score exceeds 2.5), mixed (2 or 3 subscales mean score exceeds 2.5), and favorable (4 or 5 subscales mean score exceeds 2.5) (Lake & Friese, 2006).

3. The Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC-25) (Connor & Davidson, 2003) was translated into a Burmese version by Wai (2021). This scale involves 25 items and utilizes 5-point Likert responses of (0) not true at all to (4) true nearly all the time. Total scores vary from 0 to 100, with higher scores representing superior resilience. The developers recommend categorizing the participants according to their scores: low (scores in the 1st quartile), moderate (scores within the 2nd and 3rd quartiles), and high (scores in the 4th quartile), to strengthen the interpretation of the results.



The PES-NWI's scale content validity was .85 (Zar, 2017). The CD-RISC-25 was assured using convergent and divergent validity and proved a satisfactory correlation between the resilience measure and other variables (Connor & Davidson, 2003). This study applied both instruments without modifications and did not examine the validity again. The internal consistency Cronbach's alpha coefficients of the PES-NWI, each subscale of the PES-NWI (nurse participation in hospital affairs; nursing foundations for quality of care; nurse manager ability, leadership, and support for nurses; staffing and resource adequacy; and collegial nurse-physician relations), and the CD-RISC-25 were .82, .80, .80, .83, .87, .81, and .91, respectively.

Ethical considerations

The Research Ethics Review Committees of the Faculty of Nursing, Chiang Mai University (Approval No. 077/2023), and the University of Public Health, Myanmar (UPH-IRB: 2023/ Research/ 4) approved this study. The hospitals' executives gave their approval to collect data. All participants signed the informed consent sheet after receiving data on the research aims, processes, instruments, confidentiality and anonymity, and their right to deny participation in this research.

Data collection

The researcher and research coordinators from each hospital delivered the questionnaire packages to the participants in open envelopes. Participants took around 20 minutes to complete the questionnaires and returned them in separate sealed envelopes to the designated mailboxes at the units within two weeks. The research coordinators collected the returned questionnaire packages and returned them to the researcher. The questionnaires completed for data analysis included 155 out of the total of 166 (93.37%).

Data analysis

The data were distributed normally and analyzed employing descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation test. A correlation coefficient (r) less than 0.3 was regarded as a weak relationship, $0.30 \leq r \leq 0.50$ as a moderate relationship, and (r) value greater than 0.50 as a strong relationship (Gray et al., 2017).

Results

Most participants (95.48%) were female, around half of them were single (56.13%), and most of them (62.58%) had diploma degrees, with an average age of 32.13 ± 6.79 . 69.68% of the nurses had more than or equal to 5 years' experience in nursing; 34.19% were trained nurses while the rest (65.81%) were staff nurses. The average monthly night shift was 7.17 ± 2.58 , and 72.90% of nurses did not attend the in-service training program.

Regarding the NPE, the mean score of nurse participation in hospital affairs was 2.76 ± 0.30 ; nursing foundation for quality of care was 2.78 ± 0.30 ; nurse manager ability, leadership, and support of nurses was 2.73 ± 0.47 ; staffing and resource adequacy was 2.02 ± 0.40 ; and collegial nurse-physician relations was 2.83 ± 0.37 . The overall NPE mean score was 2.6 ± 0.24 . Four dimensions of NPE were above the mean score of 2.5, and the NPE was favorable for nurses in



Nursing Practice Environment and Resilience of Nurses in General Hospitals,
Naypyitaw, the Republic of the Union of Myanmar
สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลและความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาล
ในโรงพยาบาลทั่วไป กรุงเนปีดอว์ สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา

the current study.

The overall resilience mean score was 71.71 ± 12.46 . Nurses' resilience scores within the first quartile (0-65) (25.80%) were low while in the second quartile (66-73) (25.16%), and the third quartile (74-81) (24.52%), they were moderate; scores in the fourth quartile (82-100) (24.520%) were at a high level (Table 1).

Table 1 Mean, Standard Deviation, Quartile, Frequency, Percentage, and Level of Resilience of Nurses (n = 155)

Resilience	Quartile	Frequency	Percentage	Level
Mean = 71.71	First quartile (0-65)	40	25.80	Low
SD = 12.46	Second quartile (66-73)	39	25.16	Moderate
	Third quartile (74-81)	38	24.52	Moderate
	Fourth quartile (82-100)	38	24.52	High

This study's findings proved a significantly moderate and positive relationship between the NPE and resilience ($r = 0.33$, $p < 0.001$) among nurses in general hospitals in Naypyitaw, Myanmar. All dimensions of NPE were positively associated with resilience at a weak level: nurse participation in hospital affairs ($r = 0.21$, $p < 0.01$); nursing foundation for quality of care ($r = 0.21$, $p < 0.01$); nurse manager ability, leadership, and support of nurses ($r = 0.19$, $p < 0.05$); staffing and resources adequacy ($r = 0.25$, $p < 0.01$); and collegial nurse-physician relation ($r = 0.29$, $p < 0.001$) (Table 2).

Table 2 Pearson's Correlation Coefficient between overall and each dimension of the NPE and resilience of nurses (n = 155)

NPE	Resilience (r)	p-value
Overall	0.33	0.000
Nurse Participation in Hospital Affairs	0.21	0.009
Nursing Foundation for Quality of Care	0.21	0.008
Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurses	0.19	0.021
Staffing and Resources Adequacy	0.25	0.002
Collegial Nurse-Physician Relations	0.29	0.000

Discussion

The findings revealed that the NPE of nurses in general hospitals in Naypyitaw, Myanmar, was favorable, similar to previous studies by Zar (2017). The favorable NPE of this study could be due to the Myanmar MOH's ongoing efforts to strengthen the country's healthcare system through enhancing service delivery, human resources, infrastructure, and health financing systems following the national health plan (Ministry of Health, 2019). Another reason could be the job position,



Nursing Practice Environment and Resilience of Nurses in General Hospitals,
Naypyitaw, the Republic of the Union of Myanmar
สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลและความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาล
ในโรงพยาบาลทั่วไป กรุงเนปีดอว์ สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา

where 65.81% are staff nurses. Higher-ranking nurses have superior managerial skills, more significant opportunities to pursue further nursing education, and can contribute to hospitals' internal affairs and show higher satisfaction with their practice environment (Lai et al., 2023).

Regarding the dimensions of the NPE, nurse participation in hospital affairs; nursing foundation for quality of care; nurse management ability, leadership, and support of nurses; and collegial nurse-physician relations had favorable features. Possible reasons could be that the Myanmar MOH considered the extent of decentralization and upgraded leadership and management responsibilities of staff to be more effective and efficient during the healthcare system reform (Ministry of Health, 2019). They prioritized nursing professionals' development, listened to the voices of nurses, and created additional administrative positions for their career development. In addition, a 1-year Bachelor of Nursing (B.N.Sc) Bridge course (On-campus) and a 2-year B.N.Sc Bridge course (Off-campus) were established to provide professional opportunities for diploma nurses (Ministry of Health, 2019).

Additionally, inter-professional education (IPE) was introduced into the curriculum of doctors, nurses, and allied professionals, resulting in a team of health workforce members who are ready for collaborative practice (Ministry of Health, 2019); thus, health professionals understand each other and improve communication and collaboration among themselves. However, the mean score for staffing and resource adequacy was 2.02 ± 0.40 and was unfavorable across the five dimensions. Possible reasons could be that nursing scarcity peaked in Naypyitaw (Phyo, 2019), and the current global nursing shortfall is 30 million, especially in low- and middle-income countries (Stewart et al., 2023). Additionally, Myanmar is dealing with the migration of medical personnel to other nations that offer better pay and working conditions (Saw et al., 2019), and this study found that staffing and resources were inadequate.

The mean score for resilience in nurses was 71.71 (SD = 12.26) (Table 1). Comparing this study's resilience score with that of nurses in other contexts, such as China and Korea (Davidson, 2022), it revealed a higher resilience level. The mean score for resilience in nurses in China was 63.77 ± 12.80 (Guo et al., 2017). Korean nurses who are working at long-term care hospitals had a resilience mean score of 62.2 ± 12.2 (Park & Jung, 2021). Nurses in general hospitals in Naypyitaw, Myanmar, had a higher successful coping ability to thrive in the face of adversity than nurses in several Eastern countries.

A possible reason could be the spiritual influence, as most Burmese people are Buddhist, and according to Buddhist teaching, they maintain a stable mindset and practice mindfulness, self-awareness, self-compassion, and self-love to become mentally strong and can return quickly back to typical situations or remain unshaken when facing adversity (Vimala, 2019). These activities enhance nurses' positive emotions, reduce stress, increase well-being, and improve resilience.

Another reason may be support. The MOH, Myanmar, have offered special financial allowances and appreciation for nurses' enthusiastic work through social media and official television news. Individuals who receive practical support feel cared for and have a sense of belong-



ing, strengthening their resilience (Han et al., 2023). Myanmar has had civil unrest since 2021, which has contributed to enhancing the adaptability of the individual and refined internal resources to build patience and perseverance. When people face difficulties, they typically develop robust, previously unknown, undiscovered, and unacknowledged qualities that allow them to endure adversity (Cooper et al., 2020). Thus, Myanmar nurses have shown higher resilience levels than nurses in several Eastern countries despite multiple crises in their workplace.

However, this study's resilience score revealed a lower level compared to nurses in the Western context, in which Australian nurses had a resilience mean score of 75.9 and US critical care nurses' had high resilience scores of 92 and above (Davidson, 2022). A possible reason could be the sample population's distinct life experiences and cultural features. The locus of control has been identified as a critical disparity between the Eastern and Western cultures; Western people had more internal locus of control at work than Eastern people, and individuals with an internal locus of control are more confident in their ability to shape their future and more resilient in the face of hardship (Spector et al., 2004).

Furthermore, 25.80% of nurses had low resilience, 49.68% had moderate resilience, and 24.52% had high resilience in this study. Following these findings, special attention is crucial for vulnerable nurses who display a low level of resilience and should be offered opportunities to practice mindfulness-based stress-reducing exercises and meditation, annual leave for self-care, and opportunities for work-life balance. In addition, enhancing nurses' professional knowledge, operational expertise, and soft skills such as collaboration and communication, will help in building clinical experiences, which ensures resilience development (Han et al., 2023).

This study found a significantly positive and moderate correlation between the NPE and resilience among nurses in general hospitals ($r = 0.33$, $p < 0.001$) (Table 2), which is consistent with a previous study by Park and Jang (2022) among new nurses in Korea ($r = 0.35$, $p < 0.001$). A favorable NPE leads to a higher nurse resilience level in general hospitals. Supporting and developing workplace environment factors promotes nurses' competence, professionalism, and well-being, which in turn increases their resilience (Cusack et al., 2016).

In addition, the current study proved that there was a weak positive correlation between nurse participation in hospital affairs and resilience (Table 2). Organizations that support decision-making authority at the workforce level enable nurses to be more responsible and to have ownership of their professions, which increases trust within the organization and boosts nurses' organizational loyalty, job satisfaction, and empowerment, promoting their resilience (Cooper et al., 2022). A positive weak relationship was found between the nursing foundation for quality of care and the resilience of nurses (Table 2). Professional competence through continuing education, studying, and making advancements at work plays a vital role in the growth of nurses' resilience. Improvement in professional knowledge, skills, and decision-making in daily practice is related to the development of resilience (Han et al., 2023).



Nursing Practice Environment and Resilience of Nurses in General Hospitals, Naypyitaw, the Republic of the Union of Myanmar

สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลและความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาล ในโรงพยาบาลทั่วไป กรุงเนปิดอว์ สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา

Nurse managers' ability, leadership, and support of nurses also had a weak positive relation with resilience (Table 2). Nurse managers who provide excellent leadership and demonstrate an interest in nurses during their hardships help reduce stress and sustain nurses' resilience (Cooper et al., 2022). Staffing and resource adequacy were statistically linked to resilience at a weak level in this study (Table 2), which is consistent with Tabakakis et al. (2019). Having enough staff and resources will lead to a lower workload, lower stress levels, and higher nurse resilience (Cooper et al., 2022). There was also a positive association between the collegial nurse-physician relation and the resilience of nurses (Table 2). Collaboration among coworkers during challenging times was critical in enhancing resilience as they offered practical help, guidance, and emotional support that could reduce stress and psychological issues (Han et al., 2023).

Implications of research findings

Nursing and hospital administrators can emphasize strengthening interprofessional collaboration among health professionals in units and at hospitals to enhance nurses' resilience. They should support and encourage nurses to pursue advanced education as well as conduct in-service training programs for the professional competence of nurses, which, in turn, can lead to higher resilience. In addition, nurse managers should help nurses to feel protected and well taken care of by creating adequate facilities, flexible working schedules, regular staff meetings to tackle the foundations of stress and seek collaborative outcomes, while offering time-out occasions following challenging experiences, for the improvement of nurses' resilience.

In addition, administrators should enhance nurses' capability to operate within their full scope of practice to promote the ownership of their jobs and increase trust within the organization, which in turn boosts their resilience. Nursing shortages are a severe issue in Myanmar, and the nursing workforce should be strengthened. Sufficient numbers of nurses on nursing care teams would result in an acceptable nurse-to-patient ratio, further improving nurses' resilience.

Recommendations for further research

Additional studies should be done at specialty, township, and station hospitals and with other nursing populations in Myanmar. In addition, further studies should investigate other influencing factors of nurses' resilience.

Acknowledgments

The authors genuinely thank the participants and others who helped with this study. The first author sincerely thanks the Thailand International Cooperation Agency (TICA) for providing a TIPP scholarship to complete this study.



References

- Afshari, D., Nourollahi-Darabad, M., & Chinisaz, N. (2021). Demographic predictors of resilience among nurses during the COVID-19 pandemic. *Work*, 68(2), 297-303. <https://doi.org/10.3233/wor-203376>
- Alameddine, M., Clinton, M., Bou-Karroum, K., Richa, N., & Doumit, M. A. A. (2021). Factors associated with the resilience of nurses during the COVID-19 pandemic. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 18(6), 320-331. <https://doi.org/10.1111/wvn.12544>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Cooper, A. L., Brown, J. A., Rees, C. S., & Leslie, G. D. (2020). Nurse resilience: A concept analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(4), 553-575. <https://doi.org/10.1111/inm.12721>
- Cooper, A. L., Leslie, G. D., & Brown, J. A. (2022). Defining the influence of external factors on nurse resilience. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(6), 1523-1533. <https://doi.org/10.1111/inm.13059>
- Cusack, L., Smith, M., Hegney, D., Rees, C. S., Breen, L. J., Witt, R. R., Rogers, C., Williams, A., Cross, W., & Cheung, K. (2016). Exploring environmental factors in nursing workplaces that promote psychological resilience: Constructing a unified theoretical model. *Frontiers in Psychology*, 7, 600. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00600>
- Davidson, J. R. (2022). *Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) manual*. Unpublished. 10-01-22.
- Di Giuseppe, M., Nepa, G., Prout, T. A., Albertini, F., Marcelli, S., Orrù, G., & Conversano, C. (2021). Stress, burnout, and resilience among healthcare workers during the COVID-19 emergency: The role of defense mechanisms. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5258. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105258>
- Gray, J. R., Grove, K. S., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (8th ed.). Elsevier.
- Guo, Y. F., Cross, W., Plummer, V., Lam, L., Luo, Y. H., & Zhang, J. P. (2017). Exploring resilience in Chinese nurses: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 25(3), 223-230. <https://doi.org/10.1111/jonm.12457>
- Han, P., Duan, X., Jiang, J., Zeng, L., Zhang, P., & Zhao, S. (2023). Experience in the development of nurses' personal resilience: A meta-synthesis. *Nursing Open*, 10(5), 2780-2792. <https://doi.org/10.1002/nop2.1556>
- Lai, W., Jin, R., He, R., & Ding, X. (2023). Current situation and influencing factors of the nursing practice environment in five tertiary general hospitals in Shenzhen: A cross-sectional study. *Journal of Public Health*, 31(2), 213-220. <https://doi.org/10.1007/s10389-021-01490-5>



Nursing Practice Environment and Resilience of Nurses in General Hospitals,
Naypyitaw, the Republic of the Union of Myanmar
สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลและความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาล
ในโรงพยาบาลทั่วไป กรุงเนปีดอว์ สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา

- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing and Health*, 25(3), 176-188. <https://doi.org/10.1002/nur.10032>
- Lake, E. T., & Friese, C. R. (2006). Variations in nursing practice environments: Relation to staffing and hospital characteristics. *Nursing Research*, 55(1), 1-9. <https://doi.org/10.1097/00006199-200601000-00001>
- Luther. (2023). *Memo: Myanmar Employment Law*. https://www.luther-lawfirm.com/fileadmin/user_upload/PDF/Broschueren/Geschaeftsaktivitaeten_im_Ausland/Myanmar/Memo-Myanmar_Employment_Law_V13.pdf
- Ministry of Health. (2019). *Achievements from April 1, 2016 to March 31, 2019*. Ministry of Health: The Republic of the Union of Myanmar.
- Ministry of Health. (2020). *Hospital statistics report (2017-18)*. Ministry of Health, Myanmar.
- Montgomery, A. P., & Patrician, P. A. (2022). Work environment, resilience, burnout, intent to leave during COVID pandemic among nurse leaders: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 30(8), 4015-4023. <https://doi.org/10.1111/jonm.13831>
- Park, B. M., & Jung, J. (2021). Effects of the resilience of nurses in long-term care hospitals during on job stress COVID-19 pandemic: Mediating effects of nursing professionalism. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10327. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910327>
- Park, K., & Jang, A. (2022). Factors affecting the resilience of new nurses in their working environment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5158. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095158>
- Phyo, A. (2019). *Nursing workforce analysis in Myanmar* [Unpublished master's thesis]. University of Nursing, Mandalay.
- Saw, Y. M., Than, T. M., Thaung, Y., Aung, S., Wen-Shuan Shiao, L., Win, E. M., Khaing, M., Tun, N. A., Iriyama, S., Win, H. H., Sakisaka, K., Jimba, M., Hamajima, N., & Saw, T. N. (2019). Myanmar's human resources for health: Current situation and its challenges. *Heliyon*, 5(3), e01390. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01390>
- Sharma, S. K., & Rani, R. (2020). Nurse-to-patient ratio and nurse staffing norms for hospitals in India: A critical analysis of national benchmarks. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(6), 2631-2637. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_248_20
- Spector, P. E., Sanchez, J. I., Siu, O. L., Salgado, J., & Ma, J. (2004). Eastern versus western control beliefs at work: An investigation of secondary control, socio-instrumental control, and work locus of control in China and the US. *Applied Psychology*, 53(1), 38-60. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2004.00160.x>
- Stewart, D., Cipriano, P., & Catton, H. (2023). International Nurses Day 2023 report: Our nurses, Our future. *International Council of Nurses*. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-07/ICN_IND_2023_Report_EN.pdf



Nursing Practice Environment and Resilience of Nurses in General Hospitals,
Naypyitaw, the Republic of the Union of Myanmar
สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลและความแข็งแกร่งในชีวิตของพยาบาล
ในโรงพยาบาลทั่วไป กรุงเนปิดอร์ สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา

- Tabakakis, C. K., McAllister, M., Bradshaw, J., & To, Q. G. (2019). Psychological resilience in New Zealand registered nurses: The role of workplace characteristics. *Journal of Nursing Management*, 27(7), 1351-1358. <https://doi.org/10.1111/jonm.12815>
- Vimala, V. (2019). *Meditation in Myanmar: The theory and practice, management, and key successes* [Disseration, Mahachulalongkornrajavidyalaya University]. <https://shorturl.asia/LDCt5>
- Wai, C. T. (2020). *Professional values, job satisfaction and job performance of nurses in (1000) bedded general hospital, Naypyitaw* [Unpublished master's thesis]. University of Nursing, Mandalay.
- Wai, P. (2021). *Relationship between perceived managerial support, workplace resilience, and burnout among nurses* [Unpublished master's thesis]. University of Nursing, Yangon.
- Win, N. S. (2021). *Workplace violence and influencing factors among nurses* [Unpublished master's thesis]. University of Nursing, Yangon.
- World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs, and leadership*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
- Yamane, T. (1967). *Statistics: An introductory analysis* (2nd ed.). Harper and Row.
- Ying, L. Y., Ramoo, V., Ling, L. W., Nahasaram, S. T., Lei, C. P., Leong, L. K., & Danaee, M. (2021). Nursing practice environment, resilience, and intention to leave among critical care nurses. *Nursing in Critical Care*, 26(6), 432-440. <https://doi.org/10.1111/nicc.12551>
- Zar, P. E. E. (2017). *The relationship between work environment and nurses' outcomes* [Unpublished master's thesis]. University of Nursing, Mandalay.



Predicting Factors of the Preparation for Active Aging Among Workers in an Industrial Area, Chonburi Province*

ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพของแรงงาน
ในพื้นที่อุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี*

ประวิทย์	บุญแสงส่ง**	Prawit	Boonsaengsong**
นิสกร	กรุ่ไกรเพชร***	Nisakorn	Krungkraipetch***
ชนัญชิดาคุณุฎี	ทูลศิริ****	Chananchidadussadee	Toonsiri****

Abstract

Preparing the working-age population for quality aging can significantly reduce their long-term dependency in communities. This predictive correlational study aimed to investigate readiness for quality aging and its predictors, including personal, economic, social, and environmental factors. The sample consisted of 151 working-age individuals aged 40-59 years from industrial areas in Chonburi Province, selected through cluster random sampling. The research instrument was a questionnaire comprising six sections: 1) personal information, 2) work conditions, 3) attitudes toward aging, 4) health threats, 5) workplace policies, and 6) readiness for quality aging. The questionnaire demonstrated content validity indices of .88, .86, .97, and .82, with reliability coefficients of .88, .75, .88, and .93, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The findings revealed that the overall readiness for quality aging among the workers was high ($M = 3.88$, $SD = 1.10$). Economic preparedness was the most prominent, followed by social, physical health, and mental health aspects. The significant predictors of readiness for quality aging were workplace policies ($\beta = -0.197$) and job position ($\beta = 0.195$), collectively accounting for 8.0% of the variance in readiness ($R^2 = 0.080$, $F = 6.452$, $p < 0.01$).

Therefore, community health nurses or occupational health nurses can apply these findings by promoting exemplary readiness behaviors among supervisory staff and organizing activities that support physical and mental health preparedness for aging individuals in the workforce.

Keywords: Preparation; Active aging; Workforce; Industrial area

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

** Graduate student of Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University;
e-mail: Nisakorn@buu.ac.th

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

Received 9 July 2024; Revised 23 September 2024; Accepted 15 October 2024



บทคัดย่อ

การเตรียมความพร้อมในวัยทำงานให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ สามารถลดภาระพึ่งพิงในระยะยาวในชุมชนได้ การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ และปัจจัยทำนาย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยแรงงานที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ในพื้นที่อุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี จำนวน 151 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลสภาพงาน 3) ทักษะต่อการเป็นผู้สูงอายุ 4) สิ่งคุกคามทางสุขภาพ 5) นโยบายของสถานประกอบการ และ 6) การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ โดยแบบสอบถามมีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .88, .86, .97, และ .82 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88, .75, .88 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติ stepwise multiple regression analysis

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มแรงงานมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.88$, $SD = 1.10$) โดยมีการเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านสังคม ด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ตามลำดับ ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมฯ คือ นโยบายของสถานประกอบการ ($\beta = -0.197$) และตำแหน่งงาน ($\beta = 0.195$) ร่วมกันทำนายการเตรียมความพร้อมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้ร้อยละ 8.0 ($R^2 = 0.080$, $F = 6.452$, $p < 0.01$)

ดังนั้น พยาบาลชุมชน หรือพยาบาลประจำสถานประกอบการ สามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้ โดยส่งเสริมให้พนักงานในตำแหน่งหัวหน้างาน ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ และจัดกิจกรรมสนับสนุนการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของแรงงาน

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อม ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ วัยแรงงาน พื้นที่อุตสาหกรรม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา e-mail: Nisakorn@buu.ac.th

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทุกประเทศทั่วโลกก้าวสู่สังคมสูงวัย องค์การสหประชาชาติรายงานว่ามีประชากรสูงอายุ (65 ปี) ร้อยละ 10.3 ของประชากรโลก (United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2022) สำหรับประเทศไทย มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 19.21 (Department of Elderly Affairs Ministry of Social Development and Human Security, 2021) และจังหวัดชลบุรี มีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.76 ซึ่งมากกว่าสถิติระดับโลก โดยจังหวัดชลบุรี จัดอยู่ในเขตเศรษฐกิจพิเศษของประเทศ มีจำนวนสถานประกอบการและมีพื้นที่อุตสาหกรรมจำนวนมาก มีจำนวนประชากรมากเป็นจังหวัดต้น ๆ โดยเป็นผู้กำลังมีงานทำ (อายุ 15 ปีขึ้นไป) อยู่ในเขตพื้นที่อุตสาหกรรมจังหวัดชลบุรี จำนวนทั้งสิ้น 1,031,280 คน โดยแรงงานอายุ 40-59 ปี มีจำนวนทั้งสิ้น 235,431 คน (Labour Force Survey, 2019) ซึ่งจะกลายเป็นผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกาย มีภาวะโรคเรื้อรัง ต้องพึ่งพิงผู้อื่น จากรายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2019) รายงานว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 71 เจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 28 ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 14.5 มีภาวะสมองเสื่อม จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมวัยแรงงานเพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยการลดภาวะเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้

แนวคิดผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ (Active aging) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) เป็นแนวคิดที่นิยมประยุกต์ใช้ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพมากที่สุด ประกอบด้วย 1) ความมั่นคงด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต พึ่งพาตนเองได้ในชีวิตประจำวัน ไม่มีภาวะทุพพลภาพ และคงภาวะสุขภาพที่ดีของตนเองในแต่ละช่วงชีวิตได้ 2) การมีส่วนร่วมทางสังคม คงการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและมีส่วนร่วมทางสังคมไว้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ และ 3) ความมั่นคงด้านความปลอดภัยให้กับตนเอง ความมั่นคงด้านทรัพย์สินตามอัตภาพของตนเอง รวมถึงสร้างสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการดำรงชีวิตของตนเองในบั้นปลาย การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าวัยแรงงานเตรียมความพร้อมด้านสังคมค่อนข้างดี แต่ยังไม่ได้เตรียมความพร้อมด้านสุขภาพกาย จิตใจ การออม และที่อยู่อาศัย เนื่องจากยังไม่เห็นความจำเป็น (Seetangkham & Nilvarangkul, 2018; Onthaisong et al., 2020) ภาพรวมของการเตรียมความพร้อมฯ อยู่ในระดับมาก (M 3.55-3.97, SD .40-.80) (Kiattayan & Rojanatrakun, 2021; Onthaisong et al., 2020) การศึกษาในวัยทำงาน (40-59 ปี) ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประชากรทั่วไป (Onthaisong et al., 2020; Kiattayan & Rojanatrakun, 2021) และแรงงานนอกระบบ (Bunyasena & Panna-rong, 2020)

ประชากรวัยแรงงานที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม อาจมีการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพ และ/หรือทำงานในสภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ต้องเผชิญกับความเครียด ความกดดันของสภาพชีวิตการทำงานในภาคอุตสาหกรรม จนอาจเกิดโรคและอุบัติเหตุจากการทำงาน เกิดการบาดเจ็บ ทุพพลภาพ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระยะยาวจนถึงวัยสูงอายุ สถานประกอบการหลายแห่งมีนโยบายและการดำเนินการโครงการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดองค์กรแห่งความสุข (happy workplace) ส่งเสริมสุขภาพกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ของแรงงานแต่อย่างไรก็ดี ยังไม่พบการศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพของวัยแรงงานที่ทำงานในสถานประกอบการภาคอุตสาหกรรม ซึ่งการศึกษานี้มุ่งศึกษาการเตรียมพร้อมด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ โดยแยกเป็นด้านสุขภาพกาย และด้านสุขภาพจิต เพื่อให้เห็นการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพจิตที่ชัดเจนของแรงงานที่อาจมีความเครียดสะสมจากสภาพการใช้ชีวิตและการทำงานในปัจจุบัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ ตามแนวคิดผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยสภาพแวดล้อม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ที่อายุมากกว่า 35 ปี มีการเตรียมความพร้อมฯ มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่าในทุกด้าน



(Ingkapakorn & Bhanthumnavin, 2019; Sanguanchue et al., 2018) ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปจะส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมฯ ได้มากกว่าระดับการศึกษาน้อย (Tipwong & Suppakitiporn, 2017) สถานภาพสมรส (Sanguanchue et al., 2018) จะช่วยกันหารายได้เพื่อเลี้ยงครอบครัว ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะทำให้มีการเตรียมความพร้อมฯ ได้ดีกว่า และการมีทัศนคติที่ดีต่อการสูงอายุ จะทำให้มีการเตรียมความพร้อมฯ ได้ดีกว่าทัศนคติในเชิงลบ (Pichitkultham et al., 2019) สำหรับปัจจัยด้านเพศ (Pichitkultham et al., 2019) โรคประจำตัวและการตรวจสุขภาพประจำปี (Meechana et al., 2017) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ

ปัจจัยสภาพงาน ซึ่งจัดเป็นปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ตำแหน่งงาน (Tipwong & Suppakitiporn, 2017) รายได้และความเพียงพอของรายได้ (Meechana et al., 2017) มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมฯ นอกจากนี้ นโยบายของสถานประกอบการ มีผลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพของแรงงาน (Ingkapakorn & Bhanthumnavin, 2019) ปัจจัยสภาพแวดล้อม ได้แก่ สิ่งคุกคามทางสุขภาพต่าง ๆ ในการทำงาน การทำงานเป็นช่วงเวลา จำนวนชั่วโมงการทำงาน ที่อาจจะส่งผลต่อสุขภาพและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้ ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ จึงศึกษาการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพของแรงงาน ในพื้นที่อุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ และนำปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ตามแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม มาศึกษาอำนาจทำนายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพของแรงงานทั้ง 4 ด้าน คือ การเตรียมความพร้อมฯ ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ เพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศต่อไป ซึ่งพยาบาลชุมชนสามารถนำไปวางแผนการส่งเสริมสุขภาพแรงงาน เพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรงทั้งกายและใจ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม และการออม เพื่อให้แรงงานเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพของแรงงานในพื้นที่อุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพของแรงงาน ในพื้นที่อุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ ประยุกต์แนวคิดผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ หรือแนวคิดพัฒนาขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ประกอบด้วยสามเสาหลักเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ได้แก่ 1) สุขภาพ 2) การมีส่วนร่วม และ 3) การมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การศึกษานี้ จึงศึกษาการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ทั้ง 3 องค์ประกอบ โดยแยกการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ เป็นด้านสุขภาพกาย และด้านสุขภาพจิต เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับสุขภาพจิตของแรงงานในภาคอุตสาหกรรมที่เผชิญกับความเครียด ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ประสบการณ์การทำงาน ทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ 2) ปัจจัยสภาพงาน ซึ่งจัดเป็นปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ตำแหน่งงาน ช่วงเวลาการทำงาน จำนวนชั่วโมงการทำงาน 3) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ สิ่งคุกคามทางสุขภาพ นโยบายของสถานประกอบการ ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพของแรงงาน



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research)

ประชากร คือ ประชากรวัยแรงงานทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เป็นแรงงานในระบบ ซึ่งเป็นผู้กำลังมีงานทำ อยู่ในเขตจังหวัดชลบุรี จำนวนทั้งหมด 1,023,427 คน (Labour Force Survey, 2019) ประชากรกลุ่มเป้าหมาย จำนวนทั้งหมด 235,431 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยแรงงานทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เป็นพนักงานในสถานประกอบการ ในเขตนิคมอุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี จำนวนทั้งหมด 155 คน เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ทำงานในฝ่ายผลิตของสถานประกอบการ และพักอาศัยรอบเขตพื้นที่อุตสาหกรรมตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และเกณฑ์การคัดออก คือ มีอาการเจ็บป่วยระหว่างให้ข้อมูล

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป $G * Power$ เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลสำหรับตัวแปรต้น 10 ตัวแปร ที่กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ = .05 ค่าอำนาจทดสอบ = 0.80 คำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (Type I error) และชนิดที่ 2 (Type II error) และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Polit & Beck, 2016) ด้วยค่า Estimated population ($R^2 = .17$) เนื่องจากกลุ่มประชากรมีลักษณะคล้ายคลึงกัน จากงานวิจัยของ วิไลพร วงศ์คณี (Wongkinee et al., 2013) หลังจากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป $G * Power$ ได้กลุ่มตัวอย่าง 129 คน แต่เพื่อเป็นการป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 จำนวน 26 คน ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น จำนวน 155 คน หลังจากผู้วิจัยเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลพบว่า มีแบบสอบถามจำนวน 4 ฉบับ ไม่มีความสมบูรณ์ของข้อมูล จึงเหลือแบบสอบถามนำไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปจำนวนทั้งหมด 151 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 97.4 จากจำนวนแบบสอบถามทั้งหมด

วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนดังนี้ เลือกหน่วยงานตรวจสอบสุขภาพในจังหวัดชลบุรี โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายแบบแบ่งกลุ่มด้วยวิธีจับสลาก (cluster random sampling) จากศูนย์ตรวจสอบสุขภาพในเขตจังหวัดชลบุรี โดยจำแนกเป็น 2 กลุ่มของสถานที่ตรวจสอบสุขภาพที่มีอยู่ในเขตจังหวัดชลบุรี ดังนี้ กลุ่มที่ 1 จำนวน 3 หน่วย ได้แก่ 1) หน่วยงานตรวจสอบสุขภาพ โรงพยาบาลบางละมุง 2) ศูนย์เวชศาสตร์อุตสาหกรรม เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภาอากาศไทย 3) แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มที่ 2 จำนวน 3 หน่วย ได้แก่ 1) ศูนย์เวชศาสตร์การเดินทางท่องเที่ยวและวัคซีน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา 2) หน่วยงานตรวจสอบสุขภาพ โรงพยาบาลชลบุรี และ 3) หน่วยตรวจสอบสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านบึง ผลของการเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ 1 คือ ศูนย์เวชศาสตร์อุตสาหกรรม เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภาอากาศไทย กลุ่มที่ 2 คือ ศูนย์เวชศาสตร์การเดินทางท่องเที่ยวและวัคซีน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จากนั้นคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนแรงงานที่มารับบริการรายปีของแต่ละศูนย์ กลุ่มที่ 1 ได้จำนวน 104 คน กลุ่มที่ 2 ได้จำนวน 51 คน จากนั้นสุ่มอย่างง่ายแบบกำหนดช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 09.00 น. ถึง 12.00 น. ของทุกวันจันทร์ วันพุธ และ วันศุกร์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามมี 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ประสพการณ์ทำงาน และประสพการณ์การได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวนทั้งหมด 6 ข้อ



ส่วนที่ 2 ข้อมูลสภาพงาน ประกอบด้วย ข้อมูลสภาพการทำงาน ตำแหน่งงาน ลักษณะงาน ช่วงเวลาการทำงาน จำนวนชั่วโมงการทำงาน การทำงานล่วงเวลา แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวนทั้งหมด 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการสูญเสียด้านจิตสังคม ด้านการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และด้านการพัฒนาทางด้านจิตสังคม โดยใช้แบบสอบถามทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุของ วิไลพร วงศ์คินี และคณะ (Wongkinee et al., 2013) ซึ่งแปลมาจากแบบสอบถามทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ (Attitudes toward aging questionnaire) จำนวน 24 ข้อ 5 ระดับตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เป็นแบบมาตราประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 24-120 คะแนน ซึ่งคะแนนมาก หมายถึง มีทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุเชิงบวกมากกว่าคะแนนน้อย

ส่วนที่ 4 สิ่งคุกคามทางสุขภาพ สอบถามเกี่ยวกับการได้รับสัมผัสสิ่งที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ 5 ด้าน ที่อาจทำให้เกิดโรค ทุพพลภาพหรือเสียชีวิต ได้แก่ ด้านการยศาสตร์ ด้านกายภาพ ด้านเคมี ด้านชีวภาพ และด้านจิตสังคม ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยได้รับสัมผัส (1 คะแนน) ถึงได้รับสม่ำเสมอ (5 คะแนน) จำนวน 21 ข้อ คะแนนมาก หมายถึง สัมผัสสิ่งคุกคามทางสุขภาพในระดับสูง แปลผลโดยใช้เกณฑ์เฉลี่ย ระหว่าง 1.00-2.00 หมายถึง สัมผัสสิ่งคุกคามทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ 2.01-3.00 หมายถึง สัมผัสสิ่งคุกคามทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 3.01-4.00 หมายถึง สัมผัสสิ่งคุกคามทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามนโยบายของสถานประกอบการ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ตามแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพสถานประกอบการ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านนโยบายแผนงานหรือโครงการของสถานประกอบการ ด้านการส่งเสริมสุขภาพกาย ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตใจ ด้านการส่งเสริมการออม และด้านการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันในสังคม จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า ตั้งแต่ไม่มีผล (1 คะแนน) ถึงมีผลมาก (4 คะแนน) คะแนนมาก หมายถึง นโยบายมีผลมาก และการแปลผลโดยใช้เกณฑ์เฉลี่ย ระหว่าง 1.00-2.33 หมายถึง มีผลต่อการเตรียมความพร้อมน้อย ระหว่าง 2.34-3.66 หมายถึง มีผลต่อการเตรียมความพร้อมปานกลาง ระหว่าง 3.67-4.00 มีผลต่อการเตรียมความพร้อมมาก

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในหน่วยงานของ ชนัญญา ปัญจพล (Panajapol, 2015) ได้แก่ การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม จำนวน 34 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย ตั้งแต่ไม่มีผล (1 คะแนน) ถึงมีผลมาก (5 คะแนน) และการแปลผลโดยใช้คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง มีการเตรียมความพร้อมฯ ระดับน้อยที่สุด 1.51-2.50 หมายถึง มีการเตรียมความพร้อมฯ ระดับน้อย 2.51-3.50 หมายถึง มีการเตรียมความพร้อมฯ ระดับปานกลาง 3.51-4.50 หมายถึง มีการเตรียมความพร้อมฯ ระดับมาก 4.51-5.00 หมายถึง มีการเตรียมความพร้อมฯ ระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ถ้อยคำสำนวนจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยส่วนที่ 3 ถึง ส่วนที่ 6 มีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .88, .86, .97, และ .82 ตามลำดับ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ณ แผนกงานอาชีวอนามัย โรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 ราย และนำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วย Cronbach's alpha coefficient



ได้เท่ากับ .88, .75, .88, และ .93

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอโครงการวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสจริยธรรมเลขที่ G-HS081/2565 ลงวันที่ 4 พฤศจิกายน 2565 และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภาวิชาชีพพยาบาล รหัสจริยธรรมเลขที่ 032/2566 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2566 ดำเนินการเก็บข้อมูลในศูนย์ตรวจสุขภาพ 2 แห่ง พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถออกจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบ และสามารถหยุดให้ข้อมูลวิจัยได้ตลอดเวลา และจะทำลายข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นการศึกษาและมีการเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับพิจารณารับรองจริยธรรมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา แสดงความจำนงค์ขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทั้ง 2 แห่ง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าศูนย์ตรวจสุขภาพ 2 แห่ง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการแจกแบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูลจากวัยแรงงานตามจำนวนที่กำหนด โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ในการตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจทำนายระหว่างตัวแปรทำนายทั้งหมดกับการเตรียมความพร้อมด้วย สถิติ stepwise multiple regression analysis โดยกำหนดตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นแบบนามบัญญัติ/เรียงลำดับ (nominal scale/ordinal scale) ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ ตำแหน่งงาน ช่วงเวลาการทำงานเป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) ดังนี้ ความเพียงพอของรายได้ กำหนดตัวแปร คือ (0) ไม่เพียงพอและไม่เหลือเก็บ และ (1) เพียงพอและเหลือเก็บ, และเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ตำแหน่งงาน กำหนดตัวแปรคือ (0) พนักงานฝ่ายผลิต/พนักงานระดับปฏิบัติการ และ (1) หัวหน้างานฝ่ายผลิต และช่วงเวลาการทำงาน กำหนดตัวแปรคือ (0) ทำงานสลับช่วงเวลา และ (1) ทำงานเฉพาะช่วงเวลาเช้าและได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยพหุคูณแล้ว

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.5) มากกว่าเพศชายเล็กน้อย (ร้อยละ 45.5) มีอายุเฉลี่ย 46.59 ปี (SD = 4.56) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 37.8) รองลงมา คือ ระดับอนุปริญญาหรือระดับปวส. (ร้อยละ 35.1) ประสบการณ์การทำงานอยู่ระหว่าง 10-20 ปี ร้อยละ 49.70 (M = 4.25, SD = 4.02) และกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง มีความเพียงพอของรายได้และเหลือเก็บ (ร้อยละ 50.3) รองลงมา มีความเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 41.1) และพบว่า ที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นบ้านของตนเอง/คู่สมรส หรือญาติ (ร้อยละ 76.8)

ส่วนใหญ่เป็นพนักงานระดับปฏิบัติการ (ร้อยละ 75.5) เป็นพนักงานประจำของบริษัท (ร้อยละ 62.3) รองลงมา เป็นพนักงานจ้างเหมารายปีและจ้างแบบเหมาชั่วคราว (ร้อยละ 37.3) ทำงานแบบสลับช่วงเวลา (ร้อยละ 58.9) และมีการสลับช่วงเวลาแบบ 8 ชั่วโมง (ร้อยละ 41.1) กลุ่มตัวอย่าง มีจำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 49.35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (SD = 9.59) โดยทำงานล่วงเวลาตั้งแต่ 2 กะ ของการทำงานขึ้นไป (ร้อยละ 19.9)



Predicting Factors of the Preparation for Active Aging Among Workers in an Industrial Area, Chonburi Province

ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพของแรงงาน ในพื้นที่อุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 11.9) จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ ระหว่าง 1-4 ครั้ง (ร้อยละ 77.8) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 10.6) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 9.3) ภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 4.6) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 3.3) และโรคอื่น ๆ (ร้อยละ 4.0)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.2) รองลงมา มีทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุระดับมาก (ร้อยละ 20.6) รับสัมผัสสิ่งคุกคามทางสุขภาพระดับปานกลาง (ร้อยละ 89.4) รองลงมา รับสัมผัสสิ่งคุกคามทางสุขภาพระดับสูง (ร้อยละ 9.3)

นโยบายสถานประกอบการ ต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.68$, $SD = 1.01$) มีนโยบายด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค, ชมรมกีฬา และการรณรงค์การออกกำลังกายมากที่สุด ($M = 3.31$, $SD = 0.81$) รองลงมา คือ นโยบายของสถานประกอบการเกี่ยวกับการรวมกลุ่ม จัดตั้งสหกรณ์ออมทรัพย์ กองทุนปันผล หรือการออมเงินรูปแบบต่าง ๆ ($M = 3.03$, $SD = 1.01$) กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ โดยรวม 4 ด้าน อยู่ในระดับมาก ($M = 3.88$, $SD = 1.10$) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยการเตรียมความพร้อมตามลำดับ ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ ($M = 4.02$, $SD = 1.08$) ด้านสังคม ($M = 3.87$, $SD = 1.11$) ด้านสุขภาพจิต ($M = 3.85$, $SD = 1.12$) และด้านสุขภาพกาย ($M = 3.83$, $SD = 1.10$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ
จำแนกรายด้าน ($n = 151$)

การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ	M	SD	ระดับ
ด้านเศรษฐกิจ	4.02	1.08	มาก
ด้านสังคม	3.87	1.11	มาก
ด้านสุขภาพจิต	3.85	1.12	มาก
ด้านสุขภาพกาย	3.83	1.10	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	3.88	1.10	มาก

ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นโยบายของสถานประกอบการ ($\beta = -.197$, $p < .05$) และตำแหน่งงาน ($\beta = .195$, $p < .05$) ร่วมอธิบายความแปรปรวนของการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพของแรงงานได้ร้อยละ 8.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 6.452$, $P < .01$) คือ เมื่อควบคุมตัวแปรทุกตัวแล้วหากคะแนนการมีนโยบายด้านองค์กรสร้างสุขเพิ่มขึ้น 1 คะแนน การเตรียมความพร้อมลดลง 0.197 หน่วย และหากแรงงานปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้างาน จะทำให้การเตรียมความพร้อมเพิ่มขึ้น 0.195 หน่วย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ($n = 151$)

ตัวแปรที่ศึกษา	b	SE	Beta	t	p-value
นโยบายของสถานประกอบการ	-.538	.216	-.197	-2.498	.011
ตำแหน่งงาน (หัวหน้างาน)	6.759	2.731	.195	2.475	.014
Constant (α) = 143.973, $R^2 = .080$, $R^2_{adj} = 0.68$, $F = 6.452$, $p < .01$					



อภิปรายผล

การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากทั้ง 4 ด้าน โดยมีการเตรียมความพร้อมฯ ด้านเศรษฐกิจมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านสังคม สุขภาพจิตและสุขภาพกาย ตามลำดับ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุ 40-59 ปี) มีวุฒิภาวะสมบูรณ์ มีความมั่นคงในการทำงานและการใช้ชีวิต (Kasemsuk & Bang-on, 2023) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการเตรียมเข้าสู่วัยเกษียณ มีการเก็บออมเงิน โดยกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.3) มีความเพียงพอของรายได้และเหลือเก็บ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยทำงานที่มีโอกาสพบปะสังสรรค์กับบุคคลต่าง ๆ ในการเข้าร่วมกลุ่ม ชมรม โดยเฉพาะชมรมในสถานประกอบการ ซึ่งทำให้เกิดการยอมรับ เห็นคุณค่าในตนเอง จึงมีการเตรียมความพร้อมฯ ด้านสังคม อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างยังมีการเตรียมความพร้อมฯ ด้านสุขภาพทั้งกายและใจรวมกันไปกับการเตรียมความพร้อมด้านอื่น ๆ เนื่องจากเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานภายในร่างกาย อาจทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง มีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจจากการเริ่มสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเตรียมความพร้อมฯ ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำงานในสถานประกอบการนี้ ยังเป็นการปฏิบัติตามนโยบายสร้างเสริมคุณภาพชีวิตกับการทำงานอย่างมีความสุขของสถานประกอบการ ซึ่งมีองค์ประกอบของการมีสุขภาพดี สังคมดี ผ่อนคลายดี พลอดดี เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่างมีหลักประกันทางสุขภาพของสถานประกอบการที่จัดให้เป็นสวัสดิการ มีบัตรประกันชีวิต ($M = 3.75$, $SD = 1.32$) และมีการตรวจสุขภาพประจำปีของสถานประกอบการ ($M = 4.34$, $SD = 0.93$) มีห้องพยาบาลในสถานประกอบการ ($M = 4.01$, $SD = 1.10$) มีการจัดกิจกรรมคลายเครียด หรือแข่งขันกีฬาภายในสถานประกอบการ (Health Organization Center, Health Promotion Foundation, 2013) การเตรียมความพร้อมนี้สอดคล้องกับแนวคิดผู้สูงอายุที่มีคุณภาพของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชนัญญา ปัญจพล (Panajapol, 2015) ที่มีการเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจมากกว่าด้านอื่น และสอดคล้องกับการศึกษาการเตรียมความพร้อมฯ ของวัยแรงงาน ในเขตนิคมอุตสาหกรรมกบินทร์บุรี ที่พบว่า การเตรียมความพร้อมฯ ด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับมากเช่นกัน (Sanguanchue et al., 2018)

ปัจจัยที่สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพของแรงงาน คือ 1) นโยบายของสถานประกอบการ และ 2) ตำแหน่งงาน ร่วมกันทำนายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพของแรงงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .0.080$, $F = 6.452$, $p < .01$) สามารถอภิปรายได้ดังนี้

นโยบายของสถานประกอบการ มีผลในทิศทางตรงกันข้ามต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพของกลุ่มตัวอย่าง ($\beta = -.197$, $p < .05$) เนื่องจากสถานประกอบการในพื้นที่อุตสาหกรรมภาคตะวันออกมีนโยบายตามแนวทางการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข ที่เป็นการพัฒนาคนทำงานอย่างมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ เน้นการจัดการคนโดยใช้ความสุขพื้นฐาน 8 ประการ ที่มีความเกี่ยวข้องทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม และการจัดการด้านการเงิน (Health Organization Center, Health Promotion Foundation, 2013) พนักงานในสถานประกอบการทุกคนต้องเข้าร่วมกิจกรรมที่สถานประกอบการจัดขึ้น ได้แก่ การปลูกฝังนิสัยอดออม ใช้จ่ายที่จำเป็น การจัดตั้งสหกรณ์ออมทรัพย์ในสถานประกอบการ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย และการกำหนดรายการอาหารกลางวันที่ดีต่อสุขภาพ การส่งเสริมกิจกรรมเพื่อความสงบทางใจ เหล่านี้อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมั่นใจว่าการปฏิบัติตามนโยบายของสถานประกอบการทำให้ตนเองอยู่ดี มีสุข มีเงินออม เป็นการเตรียมพร้อมฯ อยู่แล้ว จึงไม่ต้องเตรียมความพร้อมฯ เพิ่มเติมอีก

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีผลต่อปัจจัยของสถานประกอบการที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมฯ ของตนเอง คือ การส่งเสริมสุขภาพ ชมรมกีฬา การออกกำลังกายมากที่สุด ($M = 3.31$, $SD = 0.81$) รองลงมา คือ การรวมกลุ่ม จัดตั้งสหกรณ์ออมทรัพย์ กองทุนปันผล หรือการออมเงินรูปแบบต่าง ๆ ($M = 3.03$, $SD = 1.01$)



ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ ชันญญา ปัญจพล (Panajapol, 2015) ที่พบว่า นโยบายแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน มีผลทางบวกต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของหน่วยงาน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้อาจกล่าวได้ว่า การมีนโยบายของสถานประกอบการ ส่งผลทางอ้อมต่อการเตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง ให้มีการเตรียมความพร้อมโดยปริยายไปพร้อมกับการปฏิบัติตามนโยบายของสถานประกอบการที่ตนเองทำงานอยู่ ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสุขภาพ

ตำแหน่งงาน สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ($\beta = .195, p < .05$) โดยพนักงานในตำแหน่งระดับหัวหน้างาน จะมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ มีการวางแผนการออมได้ดีกว่าพนักงานฝ่ายผลิต พนักงานทั่วไป อีกทั้งพนักงานระดับหัวหน้างาน จะต้องเป็นแบบอย่างที่ดีแก่พนักงานในระดับทั่วไป เนื่องจาก หัวหน้างานมีความมั่นคงทางการเงินมากกว่าพนักงานระดับปฏิบัติการ และมีการทำงานช่วงเวลากลางวัน มากกว่าการสลับช่วงเวลาในการทำงาน จึงอาจจะทำให้เกิดการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุมากกว่าพนักงานทั่วไป ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดผู้สูงอายุที่มีคุณภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ที่เสนอว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม มีผลต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยตำแหน่งงานจัดเป็นปัจจัยด้านสังคม สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (Tipwong & Suppakitiporn, 2017) ที่พบว่า ตำแหน่งงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ

ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพของแรงงาน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ประสบการณ์การทำงาน ช่วงเวลาการทำงาน จำนวนชั่วโมงการทำงานทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ และสิ่งคุกคามทางสุขภาพ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

อายุ ไม่สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพของแรงงาน สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง ยังสามารถปฏิบัติงานได้ มีรายได้มั่นคง เหมือนกันในทุกช่วงอายุ จึงมีการเตรียมความพร้อมไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลพร วงศ์คีรี และคณะ (Wongkinee et al., 2013) ที่พบว่า อายุไม่สามารถทำนายภาวะพลัมพลังของประชากรวัยก่อนสูงอายุได้

ระดับการศึกษา ไม่สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพของแรงงาน สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในสถานประกอบการเดียวกัน มีระดับการศึกษาหลากหลาย และอยู่ภายใต้นโยบายสถานประกอบการเดียวกัน เช่น นโยบายด้านสุขภาพ และด้านการออม ได้ศึกษาอบรม และเรียนรู้ จากสถานประกอบการอยู่เสมอ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในปัจจุบันมีมากขึ้น มีการศึกษาแนวทางการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน แต่มีการเตรียมความพร้อมไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นลินี ทิพย์วงศ์ และ ศิริลักษณ์ ศุภพิติพร (Tipwong & Suppakitiporn, 2017) ที่พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ

ความเพียงพอของรายได้ ไม่สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพของแรงงาน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่า การมีหลักประกันทางสุขภาพ มีบัตรประกันชีวิต ของสถานประกอบการที่ได้รับเป็นสวัสดิการ ทำให้มีความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีความเพียงพอของรายได้แตกต่างกัน มีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณุวัฒน์ มีชนะ และคณะ (Meechana et al., 2017) ที่พบว่า ความเพียงพอของรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ

ประสบการณ์การทำงาน ไม่สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพของแรงงานได้ เนื่องจากสถานประกอบการ มีการอบรมความปลอดภัยในสถานประกอบการในการทำงาน มีการบริหารจัดการด้านอาชีวอนามัย มีการอบรมเกี่ยวกับการใส่อุปกรณ์ป้องกัน ทำให้ลดการเกิดโรคจากการทำงานได้ จึงทำให้



กลุ่มตัวอย่าง มีความตระหนักถึงความปลอดภัยมากขึ้น จึงไม่สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ นลินี ทิพย์วงศ์ และ ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร (Tipwong & Suppapitiporn, 2017)

ทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ ไม่สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพของแรงงานได้ จากการศึกษาพบว่า วัยแรงงานมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย ดังนั้น ทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุลดลง และจากการศึกษายังพบว่า ทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.2) แต่ไม่สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพได้ (Pichitkultham et al., 2019)

ช่วงเวลาของการทำงาน และจำนวนชั่วโมงการทำงาน ไม่สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานทั้งในช่วงเวลากลางวัน กลางคืน หรือต้องทำงานล่วงเวลา ซึ่งช่วงดังกล่าว เป็นช่วงเวลาควรมีปฏิสัมพันธ์ด้านครอบครัวหรือทำกิจกรรมร่วมกัน หรือควรช่วงเวลาในพักผ่อน การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย จึงอาจจะส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ และ/ หรือการทำงานสลับ กลางวัน กลางคืน (switch shift) ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต รวมถึงด้านสังคม นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง มีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ โดยสถานประกอบการหรือบริษัทจัดขึ้นอยู่แล้ว ทั้งในเวลางานและเวลานอกการทำงาน จึงทำให้ช่วงเวลาการทำงาน และจำนวนชั่วโมงการทำงาน ไม่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ นลินี ทิพย์วงศ์ และ ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร (Tipwong & Suppapitiporn, 2017)

สิ่งคุกคามทางสุขภาพ ไม่สามารถทำนายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพได้ เนื่องจากในปัจจุบันสถานประกอบการ มีการจัดบริการอาชีวอนามัยที่ดี ดังนั้น สิ่งคุกคามทางสุขภาพ จึงไม่ส่งผลต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับผลกระทบจนต้องมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิมลพรรณ บุญยะเสนา และ สุขุม พันธุ์รงค์ (Bunyasena & Pannarong, 2020) ที่พบว่า สิ่งคุกคามทางสุขภาพ ไม่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่ศึกษาในแรงงานนอกระบบ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต น้อยกว่าการเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม ดังนั้นพยาบาลชุมชนควรจัดกิจกรรม สร้างความตระหนักในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของแรงงานในพื้นที่อุตสาหกรรม
2. พยาบาลชุมชน หรือพยาบาลประจำสถานประกอบการ ควรส่งเสริมให้พนักงานในตำแหน่งหัวหน้างาน ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของแรงงานต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยการให้สถานประกอบการเป็นหลัก ในการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมฯ และกำหนดให้หัวหน้างานร่วมกันเป็นกำลังสำคัญในการกระตุ้น สิ่งเสริมการเตรียมความพร้อมฯ



References

- Bunyasena, P., & Pannarong, S. (2020). Preparation for elder life of informal workers in Chiang Mai Province. *Journal of Social Science Srinakharinwirot University*, 23(1), 101-118. <https://ejournals.swu.ac.th/index.php/JOS/article/view/12903> (in Thai)
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2019). *Occupational diseases and environmental diseases control act B.E. 2562 (2019)*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/14120220209073708.pdf> (in Thai)
- Department of Elderly Affairs Ministry of Social Development and Human Security. (2021). *Statistics on the elderly in Thailand, 77 Provinces as of 31 December 2020*. https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1615079086-335_0.pdf (in Thai)
- Health Organization Center, Health Promotion Foundation. (2013). *123 Towards being an organization of happiness*. Happy Workplace Center. <https://happy8workplace.thaihealth.or.th/books-videos/books/180>
- Ingkapakorn, A., & Bhanthumnavin, N. (2019). Factors influencing the preparation for elderly of working people: A case study of Sai Mai District, Bangkok. *Journal of Health Science of Thailand*, 28(1), 22-36. <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/5906> (in Thai)
- Kasemsuk, K., & Bang-on, R. (2023). Health promotion of middle adulthood development: Nurses' roles. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 17(1), 368-380. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/260913/178439> (in Thai)
- Kiattiyon, K., & Rojanatrakun, T. (2021). The preparation for entering the aging society: A case study of Wat Sai Subdistrict, Mueang Nakhon Sawan District, Nakhon Sawan Province. *Journal of Modern Learning Development*, 6(2), 59-74. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/jomld/article/view/247278/168281> (in Thai)
- Labour Force Survey. (2019). *Population aged 15 years and over by sex, labour force status and quarterly: 2019 – 2020*. National Statistical Office. https://www.nso.go.th/nsoweb/downloadFile/stat_main_nso/aTCb/file_th
- Meechana, P., Khansakorn, N., Silawan, T., Rawiworakul, T., & Phijaisanit, p. (2017) Readiness of pre-aging population for quality aging society in Nongyasai Sub-district, Nongyasai District, Suphanburi Province. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 11(1), 259-271. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/74350/68165> (in Thai)
- Onthaisong, C., Sonkla, K., Suansant, S., & Phromsawon, W. (2020). The preparing for the aging society of the population in Mueang District, Surin Province. *Journal of Nursing and Health Care*, 38(2), 53-62. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/220803/165467> (in Thai)
- Panajapol, C. (2015) *Preparing for the old age: A case study from office of the permanent secretary, Ministry of Public Health (Central)*. [Unpublished master's thesis]. Thammasat University. (in Thai)



- Pichitkultham, P., Thunsiri, C., & Hormsin, P. (2019). Factors predicting health preparation for aging society among community-dwelling people in Wangchan District, Rayong Province. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 27(1), 89-99. <https://ojs.lib.buu.ac.th/index.php/nursing/article/view/6394> (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016) *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Sanguanchue, A., Detboon, P., Arsa, R., Srithon, P., Nuanthes, S., & Kongman, N. (2018). Factors relating with the preparation for aging among work-force age in industrial factory areas Kabinburi District, Prachinburi Province. *Journal of The Department of Medical Services*, 43(4), 105-109. (in Thai)
- Seetangkham, S., & Nilvarangkul, N. (2018). Situation of working-age persons' readiness for aging. *Journal of Nursing and Health Care*, 35(4), 204-213. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/111878> (in Thai)
- Tipwong, N., & Suppapitiporn, S. (2017). Quality of life and preparation for quality aging, society of registered nurses of private hospital, Bangkok Metropolis. *Chulalongkorn Medical Journal*, 61(1), 103-115. <https://he05.tci-thaijo.org/index.php/CMJ/article/view/418> (in Thai)
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2022). *World population prospects 2022: Summary of results*. UN DESA/POP/2022/TR/NO. 3. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf
- Wongkinee, W., Jintanawat, R., & Sukhamwang, K. (2013). Factors predicting active ageing among population of Mueang District, Chiang Mai Province. *Nursing Journal*, 40(4), 91-99. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/18873> (in Thai)
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. <https://iris.who.int/handle/10665/67215>



The Factors Related to Blood Pressure Control Behaviors Among Rubber Farmers with Uncontrolled Hypertension*

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของเกษตรกรสวนยางพารา
ในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้*

สิริภา	ฉัญญผลพลากร**	Siripa	Tunyapolparakorn**
วนลดา	ทองใบ***	Wanalada	Thongbai***
ปรียกมล	รัชกุล****	Pregamol	Rutchanagul****

Abstract

Blood pressure control among rubber farmers is quite difficult due to their lifestyle, which primarily involves working at night. Working at night is a significant factor affecting blood pressure control because insufficient rest makes blood pressure control difficult. The objective of this descriptive correlational research design was to examine the factors related to blood pressure control behavior among rubber farmers with uncontrolled hypertension in Nan province, Thailand. The PRECEDE framework was applied as the conceptual framework for this study. A total of 136 rubber farmers with uncontrolled hypertension were recruited using multi-stage cluster sampling. Data was collected using a 7-part questionnaire on the following: 1) demographic characteristics; 2) knowledge about hypertension; 3) attitude towards blood pressure control; 4) perception towards blood pressure control; 5) access to health services; 6) social support; and 7) blood pressure control behavior. It was validated by three experts, achieving a CVI of .96. Cronbach's alpha coefficient was used to test reliability, yielding a value of .88. Data was analyzed using descriptive statistics, Spearman's rank correlation, and point biserial correlation.

The results revealed that the average score of blood pressure control behavior amongst the participants was at a good level ($M = 62.94$, $SD = 4.65$). The following factors related to blood pressure control behavior among the participants demonstrated statistical significance: gender ($r_{pb} = 0.290$, $p\text{-value} = .001$); knowledge about hypertension ($r_s = 0.381$, $p\text{-value} = .001$); attitude towards blood pressure control ($r_s = 0.414$, $p\text{-value} = .001$); perception towards blood pressure control ($r_s = 0.523$, $p\text{-value} = .001$); access to health services ($r_s = 0.302$, $p\text{-value} = .001$); and social support ($r_s = -0.186$, $p\text{-value} = .037$).

The study recommends that changing the blood pressure control behavior of rubber plantation farmers should focus on promoting awareness of their ability to control blood pressure, along with changing attitudes towards disease management, and providing comprehensive knowledge about the condition.

Keywords: Blood pressure control behavior; Uncontrolled hypertension; Rubber farmers

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Thammasat University

** Graduate student of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Thammasat University

*** Corresponding author, Instructor, Faculty of Nursing, Thammasat University;
e-mail: Swanalada@gmail.com

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University

Received 15 July 2024; Revised 3 October 2024; Accepted 16 October 2024



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของเกษตรกรสวนยางพารา
ในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

บทคัดย่อ

การควบคุมความดันโลหิตของเกษตรกรสวนยางพาราค่อนข้างทำได้ยาก เนื่องจากเกษตรกรสวนยางพารามีวิถีชีวิตต้องทำงานเวลากลางคืนเป็นหลัก ซึ่งการทำงานกลางคืนเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการควบคุมโรคความดันโลหิต เนื่องจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ จึงทำให้การควบคุมความดันโลหิตเป็นไปได้ยาก การวิจัยเชิงพรรณนาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของเกษตรกรสวนยางพาราที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในจังหวัดน่าน โดยประยุกต์ใช้ PRECEDE Framework เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ประกอบอาชีพเกษตรกรสวนยางพาราที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จำนวน 136 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม 7 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 3) ทักษะต่อการควบคุมความดันโลหิต 4) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต 5) การเข้าถึงบริการสุขภาพ 6) แรงสนับสนุนทางสังคม และ 7) พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .96 และค่าความเชื่อมั่น ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ Spearman rank correlation และ point biserial correlation

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ($M = 62.94$, $SD = 4.65$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ($r_{pb} = 0.290$, $p\text{-value} = .001$) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ($r_s = 0.381$, $p\text{-value} = .001$) ทักษะต่อการควบคุมความดันโลหิต ($r_s = 0.414$, $p\text{-value} = .001$) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ($r_s = 0.523$, $p\text{-value} = .001$) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ($r_s = 0.302$, $p\text{-value} = .001$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($r_s = -0.186$, $p\text{-value} = .037$)

การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของเกษตรกรสวนยางพารา เน้นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ร่วมกับการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการควบคุมโรค ควบคู่กับการให้ความรู้กับโรคอย่างครบถ้วน

คำสำคัญ: พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เกษตรกรสวนยางพารา

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ email: Swanalada@gmail.com

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable diseases: NCDs) ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของทุกประเทศ และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชากรทั่วโลก โดยพบประชากรวัยผู้ใหญ่ 1.28 พันล้านคน ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้กว่า 1 พันล้านคน (World Health Organization (WHO), 2023) ซึ่งความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร มากกว่า 7.5 ล้านคนต่อปี (WHO, 2020)

ในประเทศไทย พบผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มากถึง ร้อยละ 62.63 เมื่อแยกการกระจายความชุกตามภาคพบว่า ภาคเหนือมีความชุกสูงที่สุด คือ ร้อยละ 32.6 เมื่อพิจารณาตามเขตบริการสุขภาพ ในปี 2564 พบว่า เขตบริการสุขภาพที่ 1 พบร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดีลดลงจาก ปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 54.23 เป็น ร้อยละ 51.19 ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ความชุกของการควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (Health Data Center (HDC), 2020) จังหวัดน่านเป็นหนึ่งในจังหวัดของเขตบริการสุขภาพที่ 1 ที่เผชิญกับปัญหาโรคความดันโลหิตสูง จากข้อมูลสถิติระดับจังหวัด พบอัตราการควบคุมความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2559 ร้อยละ 15.44 เป็น ร้อยละ 18.86 ในปี พ.ศ. 2564 และยังคงพบอัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ มีแนวโน้มลดลงในปี พ.ศ. 2563 และ 2564 จากร้อยละ 62.77 เป็นร้อยละ 57.06 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในประชากรวัยทำงาน โดยมีอัตราการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ สูงถึงร้อยละ 61.6 (เพศชาย ร้อยละ 34.6 และเพศหญิง ร้อยละ 27) และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรสวนยางพารา (Nan Provincial Public Health Office, 2019)

เกษตรกรสวนยางพารามีวิถีชีวิตต้องทำงานการเก็บเกี่ยวผลผลิตในเวลากลางคืน ลักษณะงานจึงเป็นการทำงานแบบกะดึกถาวร (fixed night shift) (Chusong & Doloh, 2017) มีการศึกษาพบว่า การทำงานกลางคืนเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการควบคุมโรคความดันโลหิต เนื่องจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ จะไปขัดขวางการทำงานของระบบไหลเวียนเลือดและระบบประสาท ทำให้การควบคุมความดันโลหิตทำได้ยาก (Manohar et al., 2017) นอกจากนี้ผู้ที่ทำงานกะดึกระยะยาว ยังพบปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมหลายด้าน เช่น การบริโภคอาหาร การพักผ่อนและการนอนหลับไม่เป็นเวลา ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จะทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และยังพบอีกว่าการทำงานกลางคืนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อให้เกิดความเครียดทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่มีประสิทธิภาพดีเท่าผู้ป่วยที่ทำงานในช่วงเวลากลางวัน (day shift) (Park et al., 2019)

จากการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ประกอบอาชีพเกษตรกรสวนยางพาราในพื้นที่ชนบท ในจังหวัดน่าน จำนวน 7 คน ระหว่างวันที่ 22-28 พฤศจิกายน 2564 พบปัญหาของเกษตรกรสวนยางพารา ดังนี้ การเลือกรับประทานอาหารจากความชอบและรสชาติเป็นหลัก อีกทั้งวิถีชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ ยังมีการรับประทานเมี่ยง หรือใบชาหมัก เนื่องจากให้ความรู้สึกสดชื่น และเชื่อว่าช่วยกระตุ้นความขยันในการทำงาน และแก้ง่วงได้ ซึ่งเมี่ยงนั้นคือการนำใบเมี่ยงที่หมักแล้วมาแผ่ใส่เกลือเม็ด จึงมีโอกาสบริโภคโซเดียมในปริมาณสูง ทุกครั้งที่บริโภคเมี่ยงผู้ป่วยมักสูบบุหรี่ด้วยเสมอ ผู้ป่วยทุกคนไม่ได้ออกกำลังกายเพิ่ม โดยคิดว่าการกรีดยางพาราเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว ผู้ป่วยทุกคนดื่มแอลกอฮอล์ และคิดว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นการคลายเหนื่อย และพบว่าผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงเวลา และมีผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเอง เพราะคิดว่าตนเองหายแล้ว เนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ รวมทั้งผู้ป่วยบางรายไม่ไปพบแพทย์ตามนัด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มเกษตรกรสวนยางพาราในประเทศไทยและต่างประเทศจำนวนน้อย (Donlavas &



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของเกษตรกรสวนยางพารา
ในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

Daensekaew, 2019; Sena et al., 2018) ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่มีบริบทของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกันกับเกษตรกรสวนยางพาราและกลุ่มวัยผู้ใหญ่ เพื่อรวบรวมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของเกษตรกรสวนยางพารา มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งพบหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ครอบคลุมตัวแปรที่พบจากการทบทวนวรรณกรรม ที่มีหลายระดับ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยที่นำมาศึกษา ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกของบุคคล ในกลุ่มประชากรที่บริบทการทำงานในช่วงเวลากลางคืน (night shift) เช่นเดียวกับเกษตรกรสวนยางพารา (Boonyagate & Taneepanichskul, 2017; Donlavas & Daensekaew, 2019; Merijanti et al., 2008; Tesfaye et al., 2017; Wang et al., 2011) ได้แก่ เพศ (Nunyapruk et al., 2019; Pantonglang et al., 2018) อายุ (Nunyapruk et al., 2019; Pantonglang et al., 2018) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (Jenjob & Kamsorn, 2019; Tungkum et al., 2019) ทศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (Jenjob & Kamsorn, 2019) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต (Nunyapruk et al., 2019) การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Jenjob & Kamsorn, 2019; Neelasri, 2016; Pongworin et al., 2023) แรงสนับสนุนทางสังคม (Jenjob & Kamsorn, 2019; Neelasri, 2016; Tungkum et al., 2019)

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทเช่นเดียวกับเกษตรกรสวนยางพารา เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ตามกรอบแนวคิด PRECEDE PROCEED Model ของ กรีน และ กรูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) ที่กล่าวว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ซึ่งจำแนกออกเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นก่อนพฤติกรรมซึ่งเป็นแรงจูงใจที่จะทำให้เกิดพฤติกรรม ในการศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้ในส่วนของ PRECEDE model ในขั้นที่ 3 การวิเคราะห์ด้านการศึกษาและนิเวศวิทยา (Educational and Ecological Assessment) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมจาก 3 กลุ่มปัจจัยหลัก ประกอบด้วยปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และอายุ ส่วนปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) คือ แรงเสริม หรือแรงกระตุ้นที่ทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมนั้นเกิดเป็นจริงเป็นทรัพยากรที่จำเป็นต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของเกษตรกรสวนยางพาราที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ในจังหวัดน่าน ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัย สามารถนำไปเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนให้บริการและการกำหนดนโยบายด้านบริการสาธารณสุข หากสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง 1) ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ได้แก่ เพศ อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต 2) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และ 3) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของเกษตรกรสวนยางพาราที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ในจังหวัดน่าน

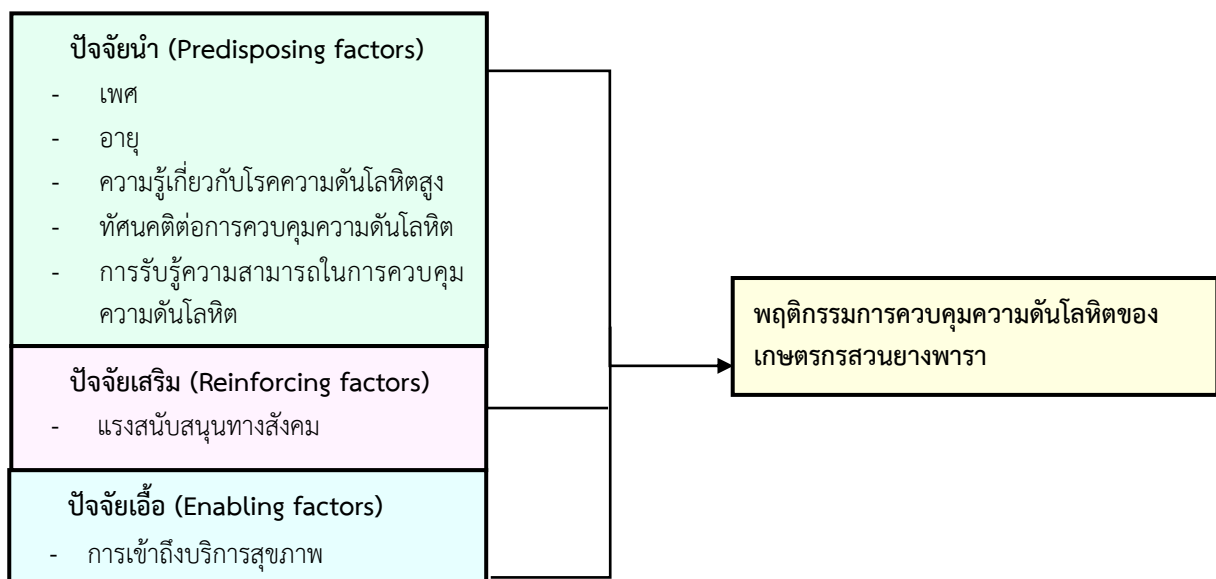


ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของเกษตรกรสวนยางพารา
ในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ PRECEDE PROCEED Model ของ กรีน และ กรูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) โดยมีแนวคิดที่ว่า ปัญหาสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลาย ๆ ปัจจัย ที่ต้องได้รับการประเมินอย่างถูกต้อง จึงจะสามารถกำหนดกลวิธีและวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง สำหรับการ ศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้ PRECEDE Framework ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาองค์ประกอบด้านการศึกษาและนิเวศวิทยา ในขั้นตอนนี้เป็นการประเมินเพื่อหาปัจจัย ที่เป็นทั้งปัจจัยภายในบุคคลและภายนอกบุคคล ที่กล่าวว่าพฤติกรรม สุขภาพจะเกิดขึ้นได้ต้องมีปัจจัยหลายประการร่วมกัน

ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ หากเกษตรกรสวนยางพารามีความรู้ที่ดีเกี่ยวกับโรคความดันโลหิต สูงก็จะมีพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตสูงที่ดีไปด้วย หากมีความรู้ที่ไม่ดีหรือไม่เพียงพอจะทำให้พฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตนั้นไม่ดีไปด้วย ทักษะต่อการควบคุมความดันโลหิต หากเกษตรกรสวนยางพารามีทักษะที่ดี เกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิต จะมีแนวโน้มมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตที่ดีไปด้วย การรับรู้ ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต โดยเมื่อเกษตรกรสวนยางพารารับรู้เชื่อมั่นว่าตนสามารถควบคุมตนเอง ในการกระทำพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตจะทำให้มีความมั่นใจตัดสินใจ และแสดงพฤติกรรมเพื่อให้ ตนเองสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในที่สุด รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และอายุ เนื่องจากอายุมากขึ้น และป่วยเป็นความดันโลหิตสูงมาระยะเวลาหนึ่ง ย่อมได้รับประสบการณ์ คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้การควบคุมความดันโลหิตนั้นดีกว่าคนที่อายุน้อย ส่วนปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ได้แก่ แรง สนับสนุนทางสังคม หากเกษตรกรได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการได้รับคำแนะนำจากบุคลากร ทางแพทย์ การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจและกำลังใจ เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการ ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำที่ถูกต้องจากบุคคลในครอบครัว ดังนั้นสังคมครอบครัวรวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ล้วน มีส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ได้แก่ การเข้าถึง บริการสุขภาพ พฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการสนับสนุนด้านต่าง ๆ หากมีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดี เข้าถึง บริการสุขภาพได้ง่าย ย่อมทำให้เกิดพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตได้ ในทางตรงกันข้าม หากมีการเข้าถึง บริการสุขภาพที่ไม่ดี ไม่มีความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทำให้มีแนวโน้มที่พฤติกรรมการควบคุมความ ดันโลหิตไม่ดี ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ รวบรวมข้อมูลระหว่าง ธันวาคม พ.ศ. 2566-มกราคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ประกอบอาชีพเกษตรกรสวนยางพารา ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ในจังหวัดน่าน ประชากร จำนวน 13,184 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ประกอบอาชีพเกษตรกรสวนยางพารา ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี อาศัยอยู่ในจังหวัดน่าน อย่างน้อย 1 ปี เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) คือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง ที่ความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg อย่างน้อย 2 ครั้ง ภายใน 2 เดือน (James et al., 2014) 2) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ 3) สามารถ พูด ฟัง อ่าน และเขียน ภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) คือ 1) มีโรคประจำตัวเป็น โรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ 4 ขึ้นไป

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G * power version 3.1 โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) = .95 (Polit & Back, 2008) ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.323 (Jenjob & Kamsorn, 2019) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 118 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลหรือมีข้อมูลสูญหาย (missing data) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดอัตราเพื่อป้องกันการตอบกลับข้อมูลไม่ครบถ้วน เพิ่มกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาในอดีตของ วิชาญ แป้นทอง (Pantong, 2021) ที่พบการตอบกลับของแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ 15% ดังนั้น การวิจัยนี้จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 136 คน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stages cluster sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยสุ่มอำเภอ โดยแบ่งพื้นที่ลักษณะทางภูมิศาสตร์ของจังหวัดน่าน เป็นน่านทิศเหนือ และน่านทิศใต้

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยสุ่มเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จากน่านทิศเหนือ และน่านทิศใต้ พื้นที่ละ 1 ตำบล โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (simple random sampling without replacement) น่านทิศเหนือ ได้ รพ.สต. ตาลชุม อำเภอท่าวังผา และน่านทิศใต้ ได้ รพ.สต. สันทะ อำเภอนาน้อย หลังจากนั้น นำรายชื่อของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ประกอบอาชีพเกษตรกรสวนยางพารา ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต. แต่ละแห่ง โดย ในแต่ละ รพ.สต. เลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน

ขั้นตอนที่ 3 เลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนในแต่ละ รพ.สต. ที่สุ่มได้ ดังตารางที่ 1 สุ่มจากรายชื่อของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ประกอบอาชีพเกษตรกรสวนยางพาราที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคเรื้อรัง

ตารางที่ 1 แสดงการแบ่งสัดส่วนประชากรกลุ่มตัวอย่าง

รพ.สต.ที่สุ่มได้	จำนวนประชากร (คน)	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (คน)
รพ.สต.ตาลชุม	10,329	93
รพ.สต.สันทะ	2,855	43



เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มี 7 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเกษตรกรสวนยางพารา ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดเป็นแบบเลือกตอบ และปลายเปิดแบบเติมข้อความในช่องว่าง โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนย่อย คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และ 3) ประสบการณ์การควบคุมความดันโลหิต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ถูก-ผิด โดยคะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-22 แปลผลโดยแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ บลูม (Bloom, 1976)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการควบคุมความดันโลหิต จำนวน 15 ข้อ โดยครอบคลุมทั้ง 7 พฤติกรรม โดยมีข้อคำถามด้านบวก 3 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบวัดแบบลิเกิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ (1 = ไม่เห็นด้วย ถึง 4 = เห็นด้วยมาก) โดยคะแนนที่เป็นไปได้คือ 15-60 โดยคะแนนมาก หมายถึง มีทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมความดันโลหิต

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต จำนวน 13 ข้อ แบบสอบถามแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 10 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (1 = มั่นใจน้อย ถึง 3 = มั่นใจมาก) คะแนนที่เป็นไปได้ คือ 13-130 แปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีความมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิตมากที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยแบบสอบถามมีทั้งหมด 8 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (1= น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด) คะแนนที่เป็นไปได้ คือ 8-40 คะแนน แปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดี

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ 5 ข้อ และ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว 5 ข้อ เป็นแบบ 2 ตัวเลือก (1 = ได้รับ และ 0 = ไม่ได้รับ) คะแนนที่เป็นไปได้ คือ 0-10 แปลผล คะแนนมาก หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต จำนวน 25 ข้อ โดยครอบคลุมทั้ง 7 พฤติกรรม 1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร 5 ข้อ 2) พฤติกรรมออกกำลังกาย 2 ข้อ 3) พฤติกรรมการเผชิญและการจัดการกับความเครียด 2 ข้อ 4) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ 4 ข้อ 5) พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ 4 ข้อ 6) พฤติกรรม การรับประทานยา 6 ข้อ และ 7) การติดตามอาการตามนัด 2 ข้อ โดยมีข้อคำถามด้านบวก 13 ข้อ และมีข้อคำถามด้านลบ จำนวน 12 ข้อ แบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ 1 = ไม่เคยปฏิบัติ ถึง 3 = ปฏิบัติประจำ) คะแนนที่เป็นไปได้ คือ 25-75 แปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตที่ดี

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน และ พยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .96 และตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประกอบอาชีพเกษตรกรสวนยางพารา ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .88



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2566 (COA No. 093/2566) รหัสโครงการวิจัย 66NU080 และให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยแจ้งสิทธิที่พึงได้รับขณะเข้าร่วมโครงการวิจัย เข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยหรือขอยกเลิกข้อมูลที่ได้ให้ไว้ในกรวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ การบันทึกข้อมูลใช้รหัสแทนการใช้ชื่อนามสกุล การนำเสนอผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยส่งหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ พร้อมทั้งเอกสารโครงร่างวิทยานิพนธ์ เครื่องมือในการวิจัย หนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน ถึง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันทะ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุม หลังจากนั้นผู้วิจัย ได้เข้าพบเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ รพ.สต. ทั้ง 2 แห่ง เพื่อให้เป็นผู้ช่วยวิจัย จากนั้นอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย และแบบสอบถาม รวมทั้งได้ทดสอบความเข้าใจในเอกสารทุกส่วนแก่ผู้ช่วยวิจัยอย่างชัดเจนและมีความเข้าใจตรงกัน

หลังจากนั้น ผู้ช่วยวิจัยทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ช่วยผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัยและเครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร หลังจากนั้นจึงทำการเก็บข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในช่วงการรอพบแพทย์ โดยจัดให้ตอบแบบสอบถามครั้งละ 5 ราย ภายในห้องที่เป็นสัดส่วนแยกจากการจัดบริการของสถานพยาบาล อาภาศถ่ายเทสะดวก มีความเป็นส่วนตัว ไม่ถูกรบกวนด้วยเสียงอีกที หรือคนพลุกพล่าน เพื่อให้ความเป็นส่วนตัวขณะทำแบบสอบถาม แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย และแจกแบบสอบถามที่ละชุด โดยแต่ละชุดใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 5 นาที รวมทั้งสิ้นไม่เกิน 35 นาที หากมีข้อสงสัย ผู้ช่วยวิจัยได้อธิบายจนเข้าใจในแต่ละส่วนอย่างชัดเจนระหว่างการตอบแบบสอบถาม หลังทำแบบสอบถามเสร็จแล้วนำมาส่งคืนให้ผู้ช่วยวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ สำหรับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะคิดต่อการควบคุมความดันโลหิต การรับรู้ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต การเข้าถึงบริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ก่อนวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Pearson product moment correlation coefficient สำหรับตัวแปรที่มีการวัดอยู่ในมาตราวัดช่วงมาตราและอัตราส่วนมาตรา โดยค่าสถิติ Kolmogorov-Sminov พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้สถิติ Spearman rank correlation coefficient ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะคิดต่อการควบคุมความดันโลหิต การรับรู้ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต การเข้าถึงบริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และใช้สถิติ point biserial correlation coefficient วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ กับ พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของเกษตรกรสวนยางพารา
ในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นเกษตรกรสวนยางพาราอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุระหว่าง 36-59 ปี ($M = 51.88$ ปี, $SD = 5.49$) แบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 39.0 และเพศหญิง ร้อยละ 61.0 อาศัยอยู่ในพื้นที่ประกอบอาชีพเกษตรกรสวนยางพารา 1-15 ปี ($M = 16.22$ ปี, $SD = 11.15$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 79.4 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1-10 ปี ($M = 8.25$ ปี, $SD = 3.65$) มีโรคร่วมเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 18.4 รองลงมา มีโรคไขมันในเลือดสูงและโรคเบาหวานร่วม ร้อยละ 14.0

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 62.94$, $SD = 4.65$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($M = 10.88$, $SD = 1.28$) และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($M = 3.70$, $SD = .974$) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการเผชิญและการผ่อนคลายความเครียด ($M = 4.78$, $SD = 1.04$) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($M = 10.55$, $SD = 1.36$) พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ($M = 10.66$, $SD = 1.78$) พฤติกรรมการรับประทานยา ($M = 16.69$, $SD = 2.06$) และการติดตามอาการตามนัด ($M = 5.64$, $SD = .626$) อยู่ในระดับดี

3. ผลการศึกษาปัจจัยนำพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 17.19$, $SD = 2.29$) ทักษะคิดต่อการควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 44.11$, $SD = 8.25$) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับสูง ($M = 33.21$, $SD = 5.08$) ปัจจัยเสริมคือ แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 9.23$, $SD = 1.37$) แยกเป็นแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับสูง ($M = 4.23$, $SD = 1.37$) และแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง ($M = 5$, $SD = .00$) และปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($M = 36.32$, $SD = 4.10$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ($n = 136$)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่เป็นจริง	(M)	(SD)	ระดับ
ปัจจัยนำ (predisposing factors)					
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	0-22	11-22	17.19	2.29	ปานกลาง
ทักษะคิดต่อการควบคุมความดันโลหิต	15-60	22-58	44.11	8.25	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต	13-130	43-116	95.03	16.67	สูง
ปัจจัยเสริม (reinforcing factors)					
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	0-10	0-10	9.23	1.37	สูง
- บุคคลในครอบครัว	0-5	0-5	4.23	1.37	สูง
- บุคลากรทางการแพทย์	0-5	5-5	5	.00	สูง
ปัจจัยเอื้อ (enabling factors)					
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	8-40	23-40	36.32	4.10	สูง

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม 1) ปัจจัยนำพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r = .290$) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะคิดต่อการควบคุมความดันโลหิต มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ กับพฤติกรรมการควบคุม



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของเกษตรกรสวนยางพารา
ในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r = .381, .414$ ตามลำดับ) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r = .523$) ส่วนอายุพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต 2) ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบ ระดับต่ำมาก กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($r = -.186$) และ 3) ปัจจัยเอื้อ พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r = .302$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต

ปัจจัย	r	p-value
ปัจจัยนำ (predisposing factors)		
เพศ	.290 ^a	.001**
อายุ	.058 ^a	.394
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	.381 ^b	.001**
ทัศนคติต่อการควบคุมความดันโลหิต	.414 ^b	.001**
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต	.523 ^b	.001**
ปัจจัยเสริม (reinforcing factors)		
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว	-.186 ^b	.037*
ปัจจัยเอื้อ (enabling factors)		
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	.302 ^b	.001**

หมายเหตุ: a หมายถึง point biserial correlation coefficient (rpb) * $p < .05$ ** $p < .001$.

b หมายถึง Spearman rank correlation coefficient (rs)

การอภิปรายผล

เพศ จากการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.290, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภพร บวรทิพย์ และคณะ (Bovorntip et al., 2023) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา นุ่นยะพริก และคณะ (Nunyapruk et al., 2019) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อควบคุมความดันโลหิต ซึ่งพบว่าเพศชายมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อควบคุมความดันโลหิตดีกว่าเพศหญิง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เซอร์แฟนและคณะ (Cherfan et al., 2020) ที่ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิง เช่นเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบกลุ่มตัวอย่างจำนวน 57 ราย และส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีพฤติกรรมไม่เคยลดหรืองดการดื่มแอลกอฮอล์เลย แสดงให้เห็นว่าหากเกษตรกรสวนยางพารามีความแตกต่างทางด้านปัจจัยส่วนบุคคลทางเพศ ก็ทำให้พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของเพศหญิงและชายแตกต่างกันไปส่งผลให้ควบคุมความดันโลหิตได้ต่างกัน



ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.381, p < .01$) อธิบายว่า ความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคล ซึ่งก่อให้เกิดแรงจูงใจ หรือยับยั้งในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หากบุคคลมีระดับความรู้ดีจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในการดูแลสุขภาพ (Green & Kreuter, 2005) ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน ขณะมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ทำให้มีความรู้ ส่งผลให้มีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ วริศรา ปันทองกลาง และคณะ (Pantonglang et al., 2018) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สิตาพร ถุงคำ และคณะ (Tungkum et al., 2019) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้

ผลการวิจัยครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราวรรณ เจนจบ และ สุพัฒนา คำสอน (Jenjob & Kamsorn, 2019) ที่พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยในจังหวัดกำแพงเพชร เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการทุกคนจะได้รับความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวทุกครั้ง ซึ่งเป็นความรู้เรื่องเดิมซ้ำๆ เป็นระยะเวลาอันยาวนานอาจทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย เนื่องจากในบางครั้งความรู้ที่ได้รับอาจไม่ตรงกับปัญหาของผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ ราชกุนา และ โรเมท (Rajkumar & Romate, 2020) ที่พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่จะทำให้แสดงพฤติกรรม การที่มีความรู้ที่ต่างกันจะทำให้การแสดงออกของพฤติกรรมที่ต่างกัน คนที่มีความรู้ที่ดีเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจะมีพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตสูงที่ดีไปด้วย หากมีความรู้ที่ไม่ดีหรือไม่เพียงพอก็จะทำให้พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตนั้นไม่ดีไปด้วย ส่งผลทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ถึงแม้ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ (Fielding, 2022)

ทัศนคติต่อการควบคุมความดันโลหิต จากการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.414, p < .01$) อธิบายได้ว่า ทัศนคติมีผลต่อแนวโน้มของจิตใจ เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง เป็นผลมาจากประสบการณ์และความเชื่อสะสมกันมา ผ่านการประเมินคุณค่าเป็นผลเชิงบวกหรือเชิงลบจากบุคคลนั้น ๆ (Green & Kreuter, 2005) กล่าวได้ว่า หากเกษตรกรสวนยางพารามีทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมความดันโลหิต มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตไปในทิศทางที่เหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราวรรณ เจนจบ และ สุพัฒนา คำสอน (Jenjob & Kamsorn, 2019) ที่พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หากมีทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมความดันโลหิต อาจกล่าวได้ว่า การปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตเป็นไปในทิศทางที่ดีด้วย

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต จากการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .523, p < .01$) เป็นไปตามตามแนวคิดของ กรีน และ กรูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) ที่อธิบายว่า เมื่อบุคคลรับรู้ถึงความสามารถในการกระทำ พฤติกรรมการควบคุมโรคก็จะทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจ เชื่อมั่นว่าตนเองจะกระทำพฤติกรรมนั้นได้ บุคคลก็จะพยายามพัฒนาทักษะพฤติกรรมขึ้นเพื่อให้ตนเองใช้ในการที่จะแสดงพฤติกรรมการควบคุมโรคออกมาในที่สุด



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของเกษตรกรสวนยางพารา
ในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา นุ่นยะพรัก และคณะ (Nunyapruk et al., 2019) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิตและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายเพื่อควบคุมความดันโลหิตที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ต่ำกว่าหรือมีการรับรู้ต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชาญ เป้นทอง (Pantong, 2021) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เมื่อบุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะสามารถกระทำได้ตามเป้าหมายอย่างมั่นใจ เชื่อมั่นในตนเอง และจะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมและพึงพอใจ ด้วยความมุ่งมั่นและไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค (Pantonglang et al., 2018) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ แบนดูรา (Bandura, 2006) ที่กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงร่วมกับการคาดหวังในผลลัพธ์ที่สูง บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นอย่างแน่นอน เพราะการรับรู้ความสามารถตนเองมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคล

แรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบ ระดับต่ำมาก กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.186, p < .05$) นั้น หมายความว่า การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมาก จะทำให้มีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตที่ไม่ดี เป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ และส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ซึ่งเป็นวัยมีอิสระจากการควบคุมของพ่อแม่ พอใจกับแนวคิดของตนในเรื่องชีวิต เลือกที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ ไม่ถูกครอบงำความคิดของคนอื่น ๆ รู้ว่าตนทำอะไรได้บ้าง (Kasemsuk & Rithudom, 2023)

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 136 ราย ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ครบทุกข้อคำถามร้อยละ 100 เมื่อนำไปแยกหาความสัมพันธ์จึงไม่สามารถหาค่าความสัมพันธ์ได้ ผลการศึกษาครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พรนภา พงศ์วินทร์ และคณะ (Pongworin et al., 2023) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

การเข้าถึงบริการสุขภาพ จากการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .302, p < .01$) การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย สามารถเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง เนื่องจากปัจจุบันการเดินทางมีความสะดวกเพิ่มขึ้น แหล่งบริการสุขภาพเป็นระดับปฐมภูมิ อยู่ใกล้ที่พักอาศัยของกลุ่มตัวอย่าง การเดินทางสะดวก ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับ 3 การศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ การศึกษาของ พรนภา พงศ์วินทร์ และคณะ (Pongworin et al., 2023) ที่พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กล่าวว่าการสามารถในการเข้าถึงสถานพยาบาล มีผลต่อการควบคุมระดับแรงดันเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการศึกษาของ อัจฉราภรณ์ นิละศรี (Neelasri, 2016) ที่พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการศึกษาของ จิราวรรณ เจนจบ และ สุพัฒนา คำสอน (Jenjob & Kamsorn, 2019) ที่พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของเกษตรกรสวนยางพารา
ในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

อายุ จากการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของเกษตรกรสวนยางพาราที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ในจังหวัดน่าน อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างทุกช่วงอายุมีลักษณะการทำงานและยังมีวิถีชีวิตแบบเดียวกัน เป็นการทำงานแบบกะดึกถาวร (Chusong & Doloh, 2017) ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันคล้ายคลึงกัน จึงมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิตที่ไม่แตกต่างกัน กล่าวได้ว่า เกษตรกรสวนยางพาราที่มีอายุมากขึ้นทำให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งอายุเป็นปัจจัยนำส่วนบุคคลที่มีผลโดยตรงกับพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวได้ว่านอกจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นอาจต้องพิจารณาถึงพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ด้วย เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมความดันโลหิตของเกษตรกรสวนยางพารา

แม้อายุอาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ แต่ก็ไม่ใช่ปัจจัยหลักที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ยังมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น การเข้าถึงอาหารที่มีประโยชน์ การรักษาพยาบาล การเข้าถึงบริการสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่มีมากขึ้นอยู่กับแรงจูงใจส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคม (Schoenborn & Adams, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ แมคนอทตัน และคณะ (McNaughton et al., 2014) ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพประจำวัน พฤติกรรมการรับประทานยา และการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เหมาะสม ทำให้เมื่ออายุมากขึ้นจะควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผลการวิจัยครั้งนี้ ไม่สอดคล้องการศึกษาของ ภัทพร บวรทิพย์ และคณะ (Bovorntip et al., 2023) ที่พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เนื่องมาจากประสบการณ์ของการเจ็บป่วย การมารับการรักษา และการได้รับสุขศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีแนวโน้มพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และบุคลากรทางด้านสาธารณสุขสามารถนำผลการวิจัยในครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเน้นให้ความรู้ อาหารพื้นถิ่น เช่น เมี่ยง ซึ่งเป็นวิถีชีวิตของคนในภาคเหนือ รวมทั้ง ส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ข้อจำกัดของการนำผลวิจัยไปใช้

การนำผลการวิจัยไปใช้ต้องคำนึงถึงระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร เนื่องจากระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร เป็นเพียงความสัมพันธ์ Univariate Analysis ดังนั้นควรศึกษาเพิ่มเติมระดับความสัมพันธ์แบบ Multivariate Analysis การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างหลายตัวแปร สามารถช่วยควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความเชื่อ วัฒนธรรม ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ในกลุ่มเกษตรกรสวนยางพารา โดยการศึกษาเชิงคุณภาพ รวมถึงศึกษาอุปสรรคปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมได้ เพื่อการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม



References

- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (Vol. 5, pp. 307-337). Information Age Publishing.
- Bloom, B. S. (1976). *Human characteristic and school learning*. McGraw-Hill Book.
- Boonyagate, K., & Taneepanichskul, N. (2017). Effect of sleep quality on blood pressure and heart rate among shift nurses in a public hospital in Bangkok, Thailand. *Journal of Health Research*, 31(Suppl. 1), S51-S56. (in Thai)
- Bovorntip, P., Ungwattana, S., & Sripetcharawandee, N., (2023). Relationships between personal factors, health literacy, and health behaviors of uncontrolled hypertensive patients in Mueang District, Chiang Mai Province. *Nursing Journal CMU*, 50(1), 284-299. (in Thai)
- Cherfan, M., Vallee, A., Kab, S., Salameh, P., Goldberg, M., Zins, M., & Blacher, J. (2020). Unhealthy behaviors and risk of uncontrolled hypertension among treated individuals-The CONSTANCES population-based study. *Scientific Reports*, 10(1), 1925. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-58685-1>
- Chusong, T., & Doloh, M. (2017). *The relationship between sleep quality and the incidence of hypertension in night-shift rubber farmers* [Master's thesis, Prince of Songkla University]. PSU Knowledge Bank. <http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2016/11717>
- Donlavas, P., & Daensekaew, S. (2019). Self-management among rubber tree farmer with hypertension. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(3), 183-191. (in Thai)
- Fielding, J. E. (2022). *Health program planning, implementation, and evaluation: Creating behavioral, environmental, and policy change*. JHU Press.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (Vol. 4). McGraw-Hill.
- Health Data Center (HDC). (2020). Percentage of patients with diabetes and high blood pressure that are controlled, Health Zone 1, Nan Province, fiscal year 2021. https://nan.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.phpc%09at_id=cf7d9da207c0f9a7ee6c4fe3f09f67dd&id=df9a12ff1c86ab1b29b3e47118bcd535
- James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., Lackland, D. T., LeFevre, M. L., MacKenzie, T. D., Ogedegbe, O., Smith, S. C. Jr., Svetkey, L. P., Taler, S. J., Townsend, R. R., Wright, J. T. Jr., Narva, A. S., & Ortiz, E. (2014). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the eighth Joint National Committee (JNC 8). *Journal of the American Medical Association*, 311(5), 507-520. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.284427>



- Jenjob, J., & Kamsorn, S. (2019). Factors related to blood pressure control behaviors of patients with essential hypertension of Ban Keskasorn Sub-district health promotion Hospital Lankrabue District, Kamphaeng Phet Province. *Naresuan Research Conference 12: Research and Innovation for Country Development*, 721-734. http://110.164.147.155/kmhealth_new/Document/blood/research/10.pdf (in Thai)
- Kasemsuk, K., & Rithudom, B. (2023). Promoting the development of middle-aged adults: The role of nurses. *Journal of Health Promotion and Environmental Health*, 17(1), 368-380.
- Manohar, S., Thongprayoon, C., Cheungpasitporn, W., Mao, M. A., & Herrmann, S. M. (2017). Associations of rotational shift work and night shift status with hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Hypertension*, 35(10), 1929-1937. <https://doi.org/10.1097/hjh.0000000000001442>
- McNaughton, C. D., Jacobson, T. A., & Kripalani, S. (2014). Low literacy is associated with uncontrolled blood pressure in primary care patients with hypertension and heart disease. *Patient Education and Counseling*, 96(2), 165-170. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.007>
- Merijanti, L. T., Samara, D., Tandean, R., & Harrianto, R. (2008). The role of night shift work on blood pressure among healthy female nurses. *Universa Medicina*, 27(2), 65-71. <https://doi.org/10.18051/UnivMed.2008.v27.65-71>
- Nan Provincial Public Health Office. (2019). *Public health action plan of Nan Provincial Office for the fiscal year 2019*. <https://www.nno.moph.go.th/nanhealth/phocadownloadpap/userupload/Piakung/95-104.pdf>
- Neelasri, A. (2016). Factors affecting blood pressure control in patients with hypertension health promoting hospital Tambon Wang Nam Khieo, Kamphaeng Saen District, Nakhon Pathom Province. *Journal of Medical Region 4-5*, 35(2), 77-88. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/125079> (in Thai)
- Nunyapruk, C., Therawiwat, M., Kaeodumkoeng, K., & Imamee., N. (2019). Factors related to blood pressure control behaviors among hypertensive patients in Ranod Hospital, Songkhla Province. *Journal of Health Education*, 42(1), 190-203.
- Pantong, V., (2021). Factors related to blood pressure control behavior in hypertensive patients. *Buddhachinaraj Medical Journal*, 38(2), 247-255. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/BMJ/article/view/251831> (in Thai)
- Pantonglang, W., Nampolkrang, P., & Duangsaenchun, W., (2018). Factors influencing the health behaviors of uncontrolled hypertensive patients. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(4), 152-165. (in Thai)
- Park, J., Shin, S. Y., Kang, Y., & Rhie, J. (2019). Effect of night shift work on the control of hypertension and diabetes in workers taking medication. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 31, e27. <https://doi.org/10.35371/aoem.2019.31.e27>



- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Pongworin, P., Amnatsatsue, K., & Kerdmongkol, P., (2023). Factors predicting blood pressure control behaviors among patients with uncontrolled hypertension in Bangphli District, Samutprakan Province. *Journal of Public Health Nursing*, 37(2), 18-31. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/263705/179665> (in Thai)
- Rajkumar, E., & Romate, J. (2020). Behavioural risk factors, hypertension knowledge, and hypertension in rural India. *International Journal of Hypertension*, 2020, 8108202. <https://doi.org/10.1155/2020/8108202>
- Schoenborn, C. A., & Adams, P. E. (2010). Health behaviors of adults: United States, 2005–2007. *Vital Health Statistics*, (245), 1-132.
- Sena, W., Nilvarangkul, K., Saranrittichai, K., Smith, J. F., Phajan, T., & Seetangkham, S. (2018). Using action research to prevent work-related illness among rubber farmers in Northeastern Thailand. *Public Health Nursing*, 35(6), 466-472. <https://doi.org/10.1111/phn.12526>
- Tesfaye, B., Haile, D., Lake, B., Belachew, T., Tesfaye, T., & Abera, H. (2017). Uncontrolled hypertension and associated factors among adult hypertensive patients on follow-up at Jimma University teaching and specialized hospital: Cross-sectional study. *Research Reports in Clinical Cardiology*, 8, 21-29. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/RRCC.S132126>
- Tungkum, S., Danyutthasin, C., & Siripornpaiboon, T. (2019). Factors predicting behaviors to control and prevent essential hypertension among patients with uncontrolled blood pressure in Phrae Province. *Journal of Nursing and Health*, 13(3), 65-79. (in Thai)
- Wang, X. S., Armstrong, M. E. G., Cairns, B. J., Key, T. J., & Travis, R. C. (2011). Shift work and chronic disease: The epidemiological evidence. *Occupational Medicine*, 61(2), 78-89. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqr001>
- World Health Organization. (2020). *Improving hypertension control in 3 million people: Country experiences of programme development and implementation*. <https://www.who.int/publications/i/item/improving-hypertension-control-in-3-million-people-country-experiences-of-programme-development-and-implementation>
- World Health Organization. (2023). *Hypertension*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>



Factors Related to Electronic Cigarette Smoking Among Female
Vocational Students in Chachoengsao Province*
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง
จังหวัดฉะเชิงเทรา*

คุณัญญา	เชิดสุข**	Khunanya	Cherdsook**
พรนภา	หอมสินธุ์***	Pornnapa	Homsin***
รุ่งรัตน์	ศรีสุริยเวศน์****	Rungrat	Srisuriyawet****

Abstract

The rate of adolescents smoking electronic cigarettes is continuously increasing. This research aimed to study the rate of e-cigarette smoking and factors related to e-cigarette smoking among female vocational school students. The participants were 196 female vocational students studying at three vocational colleges under the Office of Vocational Education Commission, Chachoengsao province. Data were collected with self-answered questionnaires that included questions on demographic data, alcohol drinking and cigarette smoking, perceived ability to avoid e-cigarette smoking, stress, attitude towards e-cigarette smoking, and access to e-cigarette advertising which demonstrated reliability via Cronbach's correlation coefficient of .81, .93, .87, and .80 respectively. Descriptive statistics and binary logistic regression were used for data analysis.

The results of the study found that female vocational school students had an e-cigarette smoking rate of 48.5%, and the average age of starting e-cigarette smoking was 14.9 years (SD = 1.4). The results also showed that female vocational school students' e-cigarette smoking was significantly associated with several factors, including perceived ability to avoid smoking (AOR = 2.37, 95% CI = 1.125-5.022), alcohol drinking (AOR = 4.77, 95% CI = 2.240-10.196), attitudes towards e-cigarette smoking (AOR = 3.89, 95% CI = 1.836-8.257), and peer e-cigarette smoking (AOR = 3.26, 95% CI = 1.469-7.270).

The result of this research will be beneficial to public health personnel and those involved in developing effective programs to prevent e-cigarette smoking among adolescents.

Keywords: Factors; Electronic cigarette smoking; Female vocational students

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

** Graduate student of Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University;
e-mail: phomsin09@gmail.com

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

Received 18 May 2024; Revised 31 July 2024; Accepted 7 August 2024



บทคัดย่อ

อัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) วิทยาลัยอาชีวศึกษา สังกัดคณะกรรมการการอาชีวศึกษาของรัฐบาล จังหวัดฉะเชิงเทรา 3 แห่ง จำนวน 196 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเองซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ความเครียด ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และการเข้าถึงโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า มีค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่า Cronbach's correlation coefficient ได้เท่ากับ 81, .93, .87, และ .80 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ binary logistic regression

ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนอาชีวศึกษาหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 48.5 อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าคือ 14.9 ปี ($SD = 1.4$) และผลการวิจัยยังพบว่า การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนหญิงอาชีวศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ($AOR = 2.37, 95\% CI = 1.125-5.022$) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($AOR = 4.77, 95\% CI = 2.240-10.196$) ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ($AOR = 3.89, 95\% CI = 1.836-8.257$) และเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้า ($AOR = 3.26, 95\% CI = 1.469-7.270$)

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มวัยรุ่นต่อไป

ความสำคัญ: ปัจจัย การสูบบุหรี่ไฟฟ้า นักเรียนอาชีวศึกษาหญิง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา e-mail: phomsin09@gmail.com

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์หรือทั่วไปเรียกว่าบุหรี่ไฟฟ้า (Electric cigarette) เป็นที่นิยมในหมู่วัยรุ่น จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในปี ค.ศ. 2012-2021 พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในปัจจุบันของวัยรุ่นแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.3 เป็น ร้อยละ 11.8 (Jane Ling et al., 2023) ในประเทศไทยมีการสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กอายุ 13-15 ปี จำนวน 6,700 คน ล่าสุดปี พ.ศ. 2565 พบสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด จากปี พ.ศ. 2558 พบร้อยละ 3.3 แต่ปี พ.ศ. 2565 สูงถึงร้อยละ 17.6 ซึ่งเพิ่มเกือบ 3 เท่า (Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, 2024) และพบว่า เป็นกลุ่มผู้หญิงที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้นอย่างน่าเป็นห่วง

เยาวชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ศึกษาในสายอาชีพสังกัดอาชีวศึกษา มีการเรียนการสอนที่ค่อนข้างอิสระ จึงมีแนวโน้มการสูบบุหรี่มากกว่าสายสามัญ ในปี พ.ศ. 2561 มีการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนอาชีวศึกษาปี 2 ทั่วประเทศ จำนวน 48 โรงเรียน พบว่า เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 17.5 และภายใน 30 วัน ก่อนการสำรวจเกือบครึ่งสูบบุหรี่ไฟฟ้า 1-2 วันต่อสัปดาห์ (Centre for Alcohol Studies, 2018) จังหวัดฉะเชิงเทราเป็นจังหวัดที่มีการพัฒนาอย่างรวดเร็วเพื่อรองรับการขยายตัวของกรุงเทพฯ ทั้งยังมีพื้นที่ติดชายแดน พบปัญหาการลักลอบนำบุหรี่เข้ามาขายมากขึ้น (Siamrath Online, 2020) ทำให้มีปัญหการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นหญิงไม่ต่างจากพื้นที่อื่น และจากการศึกษาของ เสาวลักษณ์ มะเหศวร และคณะ (Mahasuan et al., 2018) พบว่า นักเรียนหญิงระดับ ปวส. ในจังหวัดฉะเชิงเทรา มีการทดลองสูบบุหรี่แล้วร้อยละ 15.7 และมีทัศนคติเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 50.4 แต่ยังไม่พบการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นหญิงในจังหวัดฉะเชิงเทรา

วัยรุ่น เป็นวัยที่ต้องเผชิญกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายที่เจริญเติบโตขึ้น ด้านอารมณ์ที่แปรปรวน ชอบการเสี่ยงภัย ไม่กลัวอันตราย ด้านสังคม ชอบแสวงหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นมากขึ้นต้องการเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน รับฟังเพื่อนมากกว่าพ่อแม่ และด้านสติปัญญา คือ อยากรู้อยากลอง (Phothithawil, 2016) วัยรุ่นหญิงตอนปลาย เป็นวัยที่มีอิสระในการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ มากขึ้น จะใช้เวลากับเพื่อนค่อนข้างมาก และช่วงวัยนี้การพัฒนาของสมองส่วนหน้ายังเจริญเติบโตได้ไม่เต็มที่ การตัดสินใจและการควบคุมอารมณ์จึงยังไม่รอบคอบ (Sutcharitphong & In-iw, 2016) ทำให้มีโอกาสก้าวเข้าสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ รวมทั้งการสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่ายมากขึ้น

ปัจจุบัน ผู้หญิงกลายเป็นเป้าหมายของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด กลยุทธ์โฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าที่เจาะกลุ่มผู้หญิงโดยตรง เช่น บุหรี่ไฟฟ้ามีน้ำหนักรเบา ขนาดเล็ก พกพาง่าย วิธีใช้ไม่ยุ่งยาก น้ำยาบุหรี่ไฟฟ้ามีให้เลือกหลายกลิ่นหลายรสชาติ เช่น องุ่น บลูเบอร์รี่ มันท เมื่อสูบจะรู้สึกสดชื่น ไม่มีกลิ่นปาก และความปลอดภัยเมื่อเข้าสู่ร่างกายจึงเหมาะกับผู้หญิง (TRC, 2023) อีกทั้งการซื้อขายที่สะดวกในสื่อสังคมออนไลน์ไม่มีข้อจำกัดด้วยของผู้ซื้อ จำหน่ายในราคาหลักร้อยบาท (TRC, 2019) ยิ่งทำให้บุหรี่ไฟฟ้าได้รับความนิยมและแพร่หลายขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานที่เพียงพอจะสนับสนุนว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีความปลอดภัยน้อยกว่าบุหรี่ดั้งเดิม ผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าที่มีต่อร่างกายทำให้ผิวหนังเหี่ยวลง ผมหงอกแก่ก่อนวัย ซึ่งพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย มีกลิ่นปาก ลมหายใจเหม็นและริมฝีปากดำ ลดความมั่นใจผู้หญิงลงไปอีก ยังส่งผลให้มีบุตรยากและเกิดภาวะแท้งคุกคาม (Sripairoj, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มวัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศเกือบทั้งหมด (Piñeiro et al., 2016; Rodríguez-Bolaños et al., 2019; Wong & Fan, 2018) ในประเทศไทยไม่พบการศึกษาที่หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นหญิง แต่มีการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปทั้งชายและหญิง หรือเฉพาะในชายเท่านั้น ได้แก่ การศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (Jumpajan et al., 2023; Maneekun et al., 2023; Mungmai et al., 2023; Panaschai, 2023;



Seeherunwong et al., 2023; Suwatpinyo et al., 2021) การศึกษาในระดับอุดมศึกษา (Kochsiripong & Pitirattanaworranat, 2021; Onmoy et al., 2022; Rasiri, 2022) การศึกษาในนักเรียนอาชีวศึกษา (Konkaew & Konkaew, 2022; Ruanphet et al., 2022) และปัจจัยที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น พหุปัจจัย (multiple factors) ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม และปัจจัยทางสังคม ที่มีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อม (Kochsiripong & Pitirattanaworranat, 2021; Lee & Thrul, 2021; Mahasuan et al., 2018; Piñeiro et al., 2016; Rodríguez-Bolaños et al., 2019; Wong & Fan, 2018)

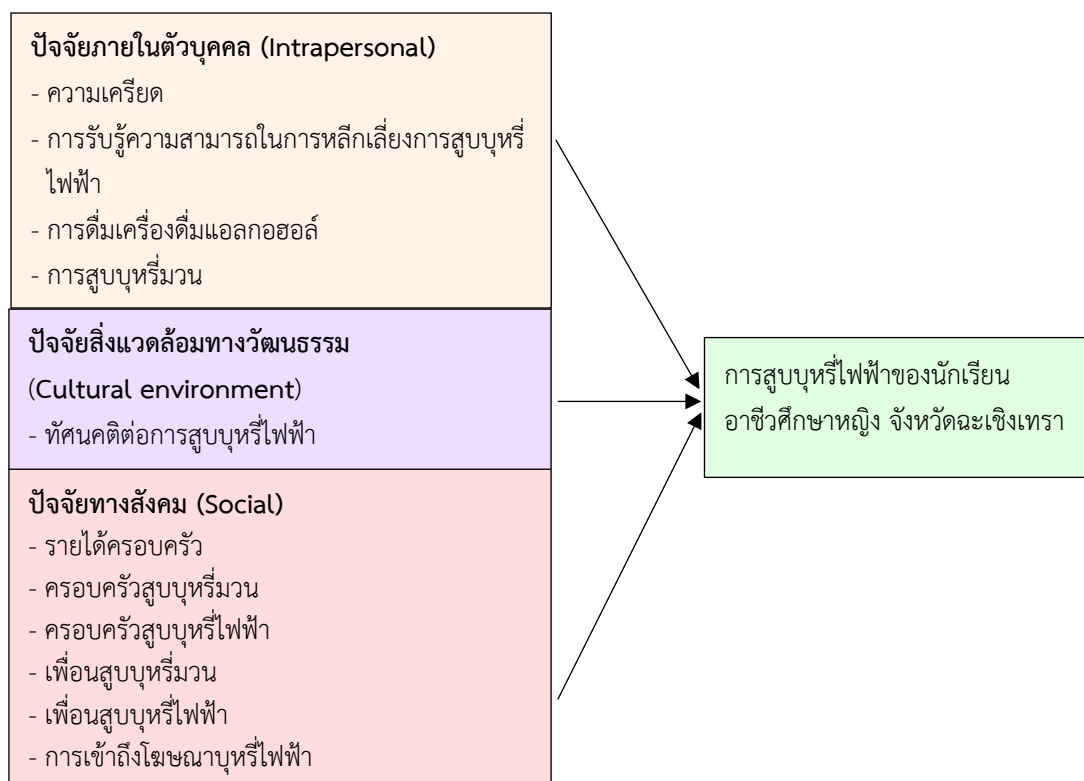
การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงจังหวัด ฉะเชิงเทรา ซึ่งอาจมีบริบทและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าแตกต่างจากเพศชาย โดยใช้กรอบแนวคิด ทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (The Theory of Triadic Influence: TTI) (Flay et al., 2009) เป็นกรอบแนวคิดในการ จัดกลุ่มปัจจัยที่ศึกษา ครอบคลุมปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม และปัจจัยทางสังคม ผลการศึกษาจะเป็นแนวทางแก่บุคลากรสาธารณสุข และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาและป้องกันแก้ไขปัญหา การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นหญิงไทย ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และศึกษาปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม และ ปัจจัยทางสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงในจังหวัดฉะเชิงเทรา

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ ได้นำทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (The Theory of Triadic Influence: TTI) (Flay et al., 2009) และจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ มาเป็นกรอบแนวคิดในการจัดกลุ่มปัจจัยที่คัดสรร แบ่ง ออกเป็น 3 กลุ่มปัจจัย คือ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intrapersonal) เป็นอิทธิพลที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมและ ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ความเครียด (Piñeiro et al., 2016) การรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ไฟฟ้า (Mahasuan et al., 2018) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่มวน (Wong & Fan, 2018) 2) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม (Cultural environment) เป็นอิทธิพลที่เกี่ยวข้องกับบริบททางวัฒนธรรมและ สิ่งแวดล้อมกว้างๆโดยทั่วไป ได้แก่ ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (Rodríguez-Bolaños et al., 2019) และ 3) ปัจจัยทางสังคม (Social) เป็นอิทธิพลจากบุคคลอื่นหรือบริบทสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวของบุคคลนั้น โดยเฉพาะ อย่างยิ่งบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ รายได้ครอบครัว (Lee & Thrul, 2021) ครอบครัวสูบบุหรี่มวน (Kochsiripong & Pitirattanaworranat, 2021) ครอบครัวสูบบุหรี่ไฟฟ้า (Piñeiro et al., 2016) เพื่อนสูบบุหรี่มวน (Rodríguez- Bolaños et al., 2019) เพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้า (Piñeiro et al., 2016) และการเข้าถึงโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า (Rodríguez-Bolaños et al., 2019) การมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีความซับซ้อนไม่สามารถเกิดจากปัจจัยใด ปัจจัยหนึ่งแต่เป็นผลมาจากทั้ง 3 กลุ่ม ปัจจัยที่ส่งผลทั้งตรงและทางอ้อมทำให้นักเรียนอาชีวศึกษาหญิงสูบบุหรี่ ไฟฟ้า ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 1-3 ในวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีการศึกษา 2564 จำนวน 7 แห่ง ได้แก่ วิทยาลัยเทคนิคฉะเชิงเทรา วิทยาลัยเทคนิคจุฬาภรณ์ (ลาดขวาง) วิทยาลัยอาชีวศึกษาฉะเชิงเทรา วิทยาลัยเกษตรและเทคโนโลยีฉะเชิงเทรา วิทยาลัยสารพัดช่างฉะเชิงเทรา วิทยาลัยการอาชีพพนมสารคาม และวิทยาลัยการอาชีพบางปะกง จำนวน 1,951 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 1-3 สังกัดสำนักคณะกรรมการการอาชีวศึกษาของรัฐบาล จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 196 คน

เกณฑ์คัดเข้า คือ ต้องมีโทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถทำแบบสอบถามผ่าน google form ได้ เกณฑ์คัดออก เป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นข้อจำกัดของการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ โรคปอดอักเสบ โรคหอบหืด และโรคหัวใจ เป็นต้น คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรที่ใช้ในการสำรวจเพื่อประมาณสัดส่วน (Parell, 1973) กำหนดสัดส่วนของนักศึกษาหญิงที่มีการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จากการศึกษาของ พัชญา คงสิริพงษ์ และ พร้อม-พิริยา พิธีรัตนวรรณ (Kochsiripong & Pitirattanaworranat, 2021) จึงมีค่าเท่ากับ 0.15 และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 196 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

สถานศึกษาที่สังกัดสำนักคณะกรรมการการอาชีวศึกษาของรัฐบาล (สอศ.) จังหวัดฉะเชิงเทรา มีทั้งหมด 7 แห่ง มี 3 สถานศึกษา ที่มีนักเรียนหญิงเป็นส่วนใหญ่ จึงเลือกศึกษาใน 3 สถานศึกษาดังกล่าว ใน 3 แห่งนั้นมีการจัดการเรียนการสอนในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 1-3 จึงสุ่มอย่างง่าย (simple random



sampling) เลือก 1 ชั้นปีในแต่ละสถานศึกษา ทำให้ได้ตัวแทนแต่ละชั้นปี ดังนี้ ชั้นปีที่1 (สถานศึกษาที่ 1) ชั้นปีที่ 2 (สถานศึกษาที่ 2) และชั้นปีที่ 3 (สถานศึกษาที่ 3) ในแต่ละชั้นปีดังกล่าวได้สุ่มกลุ่มตัวอย่าง อย่างง่ายที่ละห้อง นักเรียนในห้องทั้งหมดถือเป็นกลุ่มตัวอย่าง หากไม่เพียงพอทำการสุ่มห้องเรียนเพิ่มที่ละห้องจนกว่าจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนที่คำนวณไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา รายได้ครอบครัว รวมทั้งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่มวนและการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้า สาเหตุที่เริ่มสูบ แหล่งที่มาของบุหรี่ไฟฟ้า เป็นต้น

2. แบบสอบถามการสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัวและของเพื่อน เป็นข้อคำถามถึงการสูบบุหรี่มวน/สูบบุหรี่ไฟฟ้าของเพื่อน และสมาชิกในครอบครัว ตัวเลือกตอบคือ มี และไม่มี

3. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เป็นข้อคำถามถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิเสธการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยใช้แบบวัดความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของ ฟอร์ด และคณะ (Ford et al., 2009) เป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า (rating scales) จำนวน 4 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 4-16 คะแนน ให้เลือกตอบตั้งแต่มั่นใจมาก มั่นใจ ไม่มั่นใจ และไม่นับใจเลย แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ การรับรู้ฯ สูงมีคะแนนมากกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม (12-16 คะแนน) และการรับรู้ฯ ต่ำมีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของกลุ่ม (0-11 คะแนน)

4. แบบสอบถามความเครียด เป็นข้อคำถามถึงอาการนอนไม่หลับ ขาดสมาธิ หงุดหงิด เบื่อและไม่อยากพบปะผู้คนในระยะเวลา 1 เดือน วัดโดยใช้แบบสอบถามความเครียดกรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, 2016) เป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า จำนวน 5 ข้อ ให้เลือกตอบ คือ แทบไม่มี บางครั้ง บ่อยครั้ง ประจำ มีคะแนนตั้งแต่ 0-15 คะแนน แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม ใช้เกณฑ์คะแนนกรมสุขภาพจิต คือ ความเครียดน้อย (0-7 คะแนน) และความเครียดมาก (8-15 คะแนน)

5. แบบสอบถามทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เป็นข้อคำถามถึงความคิดเห็นว่า เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ทั้งที่เป็นประโยชน์และผลกระทบจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ จำนวน 24 ข้อ ให้เลือกตอบ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง-เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ค่าคะแนน 1-4 ในข้อคำถามเชิงบวก และให้คะแนน 4-1 ในคำถามเชิงลบ คะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 24-96 คะแนน แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ เห็นด้วยกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า คะแนนมากกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม (57-96 คะแนน) ไม่เห็นด้วยกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของกลุ่ม (0-56 คะแนน)

6. แบบสอบถามการเข้าถึงโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า เป็นข้อคำถามถึงข้อมูลที่รับรู้เกี่ยวกับโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าจากสื่อต่าง ๆ ได้แก่ Facebook, Instagram, YouTube เว็บไซต์ออนไลน์ต่าง ๆ ในระยะเวลา 1 เดือน เป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า จำนวน 7 ข้อ ให้เลือกตอบ 4 ระดับ คือ ทุกวัน บ่อย นาน ๆ ครั้ง และไม่เลย ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ เข้าถึงสื่อมาก คะแนนมากกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม (8-21 คะแนน) เข้าถึงสื่อน้อย คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของกลุ่ม (0-7คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเองโดยผู้วิจัย ได้แก่ แบบสอบถามทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ได้รับการตรวจสอบความตรงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า CVI เท่ากับ 1 และแบบสอบถามที่มีหลายข้อคำถาม ได้แก่ แบบสอบถามความเครียด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไฟฟ้า แบบทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และแบบสอบถามการเข้าถึงโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า นำไปทดลองใช้ (try



out) กับนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงที่มีคุณสมบัติและสภาพแวดล้อมคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด จำนวน 40 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามด้วย Cronbach's alpha Coefficient มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81, .93, .87 และ .80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษารั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาผลจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ ระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ IRB3-114/2565 ผู้วิจัยได้รับความยินยอมเข้าร่วม วิจัยจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการศึกษาวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยกว่า 18 ปี โดยผู้วิจัยชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างด้วยตัวเอง และขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยเป็นความ สมัครใจ กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองได้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรภายในประมาณ 1 สัปดาห์ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้น ที่สามารถเข้าถึงข้อมูล การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมไม่ระบุตัวบุคคล หรือเจาะจงวิทยาลัยใด กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้ทุกกรณีและไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลการตอบ แบบสอบถามถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยและได้ถูกตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการวิทยาลัย และประสานงานกับอาจารย์ประจำชั้นของ นักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย แจกเอกสารขอความยินยอม เข้าร่วมวิจัยและขอให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างนำไปให้ผู้ปกครองลงนาม และนำมาคืนในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูลที่ วิทยาลัย ผู้วิจัยนำ QR Code ให้กลุ่มตัวอย่างในห้องเรียนเพื่อสามารถเข้าถึงแบบสอบถามออนไลน์ (Google form) เพื่อตอบแบบสอบถามผ่านโทรศัพท์มือถือด้วยตนเอง และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ binary logistic regression

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามที่รวบรวมได้มีจำนวนทั้งสิ้น 196 ฉบับ มีความครบถ้วนสมบูรณ์ทั้งหมด ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นตอนกลางร้อยละ 81.1 อายุสูงสุด 20 ปี อายุต่ำสุด 15 ปี อายุเฉลี่ย 16.5 (SD = 0.9) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.8 การศึกษาอยู่ในระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 1, 2 และ 3 พอ ๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 37.2, 34.7 และ 28.1 ตามลำดับ มีรายได้ครอบครัวเพียงพอเหลือเก็บร้อยละ 42.9 รองลงมารายได้ครอบครัวเพียงพอไม่เหลือเก็บร้อยละ 37.2 รายได้สูงสุดของครอบครัว 60,000 บาท รายได้ ของครอบครัวต่ำสุด 2,000 บาท เฉลี่ย 17,515.8 บาท (SD = 11528.5)

เมื่อพิจารณาข้อมูลของบิดามารดาพบว่า บิดามารดาอยู่ร่วมกันร้อยละ 50.5 หย่าหรือแยกกันอยู่ ร้อยละ 37.2 บิดาและมารดาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 26.5 และร้อยละ 24.0 ตามลำดับ บิดาประกอบ อาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 40.8 รองลงมาประกอบอาชีพลูกจ้างบริษัท ร้อยละ 20.9 และมารดาประกอบ อาชีพลูกจ้างบริษัทมากที่สุด ร้อยละ 34.7 รองลงมาประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 26.5

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง คือ ร้อยละ 48.5 มีประสบการณ์สูบบุหรี่ไฟฟ้า และการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในช่วง 30 วันที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 76.0 รองลงมาสูบบุหรี่ไฟฟ้า 1 หรือ 2 วัน ร้อยละ 9.2 และ สูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 8.7 โดยเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าในช่วงอายุ 14-17 ปี ร้อยละ 84.3 อายุที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ไฟฟ้าต่ำสุด



คือ 9 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าเท่ากับ 14.9 ปี ($SD = 1.4$) สาเหตุที่เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่ คือ อยากทดลอง ร้อยละ 88.4 โดยแหล่งที่มาของบุหรี่ไฟฟ้าได้มาจากการซื้อในอินเทอร์เน็ตมากที่สุด ร้อยละ 32.6 รองลงมาคือ ขอ/ขอยืมจากคนอื่น ร้อยละ 29.5

3. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดน้อย ร้อยละ 74.0 มีการรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไฟฟ้าต่ำ ร้อยละ 52.6 ต้มเครื่องต้มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 57.7 สูบบุหรี่มวน ร้อยละ 12.2 กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 53.1 มีรายได้ครอบครัวเพียงพอ ร้อยละ 80.1 และมีคนในครอบครัวสูบบุหรี่มวน ร้อยละ 59.7 สูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 31.6 มีเพื่อนสูบบุหรี่มวน ร้อยละ 37.2 สูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 50.0 และกลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าน้อย ร้อยละ 59.7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยที่ศึกษา ($n = 196$)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ความเครียด		
เครียดน้อย (0- 7 คะแนน)	145	74.0
เครียดมาก (8-15 คะแนน)	51	26.0
Min, Max = 0, 14; M 5.9; SD = 2.95		
การรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไฟฟ้า		
การรับรู้ต่ำ (0-11 คะแนน)	103	52.6
การรับรู้สูง (12-16 คะแนน)	93	47.4
Min, Max = 4, 16; M 10.9; SD = 3.88		
การต้มเครื่องต้มแอลกอฮอล์		
ไม่ต้ม	83	42.3
ต้ม	113	57.7
การสูบบุหรี่มวน		
ไม่มี	172	87.8
มี	24	12.2
ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า		
เห็นด้วย (57-96 คะแนน)	104	53.1
ไม่เห็นด้วย (0-56 คะแนน)	92	46.9
Min, Max = 24, 96; M 55.8; SD = 11.51		
รายได้ครอบครัว		
เพียงพอ	157	80.1
ไม่เพียงพอ/ไม่เหลือเก็บ	39	19.9
ครอบครัวสูบบุหรี่มวน		
ไม่มี	79	40.3
มี	117	59.7



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยที่ศึกษา (n = 196) (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ครอบครัวยุติการสูบบุหรี่ไฟฟ้า		
ไม่มี	134	68.4
มี	62	31.6
เพื่อนสูบบุหรี่มวน		
ไม่มี	123	62.8
มี	73	37.2
เพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้า		
ไม่มี	98	50.0
มี	98	50.0
การเข้าถึงโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า		
เข้าถึงเล็กน้อย (0-7 คะแนน)	117	59.7
เข้าถึงสื่อมาก (8-21 คะแนน)	79	40.3

Min, Max = 0, 21; M 7; SD = 4.67

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความเครียด การรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่มวน 2) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ได้แก่ ทักษะการต่อต้านการสูบบุหรี่ไฟฟ้า 3) ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ รายได้ครอบครัว ครอบครัวสูบบุหรี่มวน ครอบครัวสูบบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อนสูบบุหรี่มวน เพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้า และการเข้าถึงโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า

ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะการต่อต้านการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยกลุ่มตัวอย่างที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเกือบ 5 เท่า (AOR = 4.77, 95% CI = 2.240-10.196) ของกลุ่มที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้าเกือบ 4 เท่า (AOR = 3.89, 95% CI = 1.836-8.257) ของกลุ่มที่ไม่มีทักษะการเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าประมาณ 3 เท่า (AOR = 3.26, 95% CI = 1.469-7.270) ของกลุ่มที่ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้า และกลุ่มตัวอย่างที่การรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไฟฟ้าต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็น 2.3 เท่า (AOR = 2.37, 95% CI = 1.125-5.022) ของกลุ่มที่การรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูง ดังตารางที่ 2



Factors Related to Electronic Cigarette Smoking Among Female
Vocational Students in Chachoengsao Province
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง
จังหวัดฉะเชิงเทรา

ตารางที่ 2 Crude และ Adjusted Odds Ratio ปัจจัยต่าง ๆ ต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (n = 196)

ปัจจัยที่ศึกษา	Crude OR	95%CI	Adjusted OR	95%CI
ความเครียด				
เครียดน้อย ^(R)	1.00			
เครียดมาก	0.83	0.439-1.580	0.44	0.189-1.040
การรับรู้ความสามารถในการ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไฟฟ้า				
การรับรู้มาก ^(R)	1.00			
การรับรู้่น้อย	3.59**	1.989-6.486	2.37*	1.125-5.022
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม ^(R)	1.00			
ดื่ม	5.60**	2.987-10.505	4.77**	2.240-10.196
ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า				
ไม่เห็นด้วย ^(R)	1.00			
เห็นด้วย	6.09**	3.272-11.356	3.89**	1.836-8.257
รายได้ครอบครัว				
เพียงพอ ^(R)	1.00			
ไม่เพียงพอ/ไม่เหลือเก็บ	1.48	0.735-3.018	1.47	0.575-3.797
ครอบครัวสูบบุหรี่มวน				
ไม่มี ^(R)	1.00			
มี	1.30	0.746-2.347	1.23	0.572-2.669
ครอบครัวสูบบุหรี่ไฟฟ้า				
ไม่มี ^(R)	1.00			
มี	1.20	0.658-2.196	1.21	0.523-2.809
เพื่อนสูบบุหรี่มวน				
ไม่มี ^(R)	1.00			
มี	2.82**	1.549-5.150	1.32	0.570-3.090
เพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้า				
ไม่มี ^(R)	1.00			
มี	4.06**	2.243-7.377	3.26**	1.469-7.270
การเข้าถึงโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า				
เข้าถึงสื่อน้อย ^(R)	1.00			
เข้าถึงสื่อมาก	1.49	0.841-2.650	1.040	0.495-2.186

p < 0.05* p < 0.01** ^(R) กลุ่มอ้างอิง



การอภิปรายผล

ผลการศึกษาวัยครั้งนี้ พบอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงระดับ ปวช. ชั้นปีที่ 1-3 ร้อยละ 48.5 และอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าน้อยสุดเท่ากับ 9 ปี ใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ กิตติพงษ์ เรือนเพชร และคณะ (Ruanphet et al., 2022) ซึ่งทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าใน นักเรียนอาชีวศึกษาชาย จึงสะท้อนให้เห็นว่า ปัจจุบันวัยรุ่นหญิงหันมาสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงขึ้นและมีอัตราสูงเกือบเท่า วัยรุ่นชาย ในขณะที่อัตราการสูบบุหรี่รวมในผู้หญิงลดลงโดยพบเพียงร้อยละ 1.3 (TRC, 2023) ทั้งนี้เนื่องจาก วัยรุ่นหญิงให้ความหมายของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าไปในทางด้านบวกมากกว่าด้านลบ ทั้งการสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศและมีความเท่าเทียมกับเพศชาย เมื่อสูบทำให้รู้สึกเท่และเก่งเหมือนผู้ชาย (Charupash, 2021) อีกทั้งปัจจุบันกลยุทธ์โฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าเจาะกลุ่มผู้หญิงมากขึ้น เช่น รูปลักษณ์ที่ทันสมัย พกพาสะดวก บุหรี่ไฟฟ้าใช้งานง่าย มีกลิ่นหอม สูบแล้วไม่เป็นอันตรายเหมาะกับผู้หญิง (TRC, 2023)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี อิทธิพลสามทาง (The Theory of Triadic Influence) (Flay et al., 2009) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น มีความซับซ้อนไม่สามารถเกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งได้ แต่เป็นผลมาจากหลายปัจจัยเชื่อมโยงกันทั้ง 1) ปัจจัย ภายในตัวบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และ 3) ปัจจัยทางสังคมหรือระหว่างบุคคล ได้แก่ เพื่อนสูบบุหรี่รวม ดังนี้

นักเรียนอาชีวศึกษาหญิงที่มีการรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ต่ำ มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่านักเรียนฯ ที่มีการรับรู้ สูง เนื่องจากการรับรู้ทักษะของตนเองที่จะทำ พฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ (Perceived skills) ทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจหรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ (Flay et al., 2009; Homsin, 2015) ดังนั้น นักเรียนฯที่มีการรับรู้ฯ ต่ำ จึงมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ปาร์ค และคณะ (Park et al., 2016) และ เดอร์คิน และคณะ (Durkin et al., 2021) ที่พบว่านักเรียนอาชีวศึกษาหญิงที่ดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่า นักเรียนฯ ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์มีเอทิลแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม เช่น เหล้า เบียร์ แต่ละชนิดจะมีปริมาณแอลกอฮอล์แตกต่างกัน เมื่อ เข้าสู่อวัยวะจะออกฤทธิ์กับระบบประสาทส่วนกลางทำให้วัยรุ่นมีอาการเคลิบเคลิ้ม ขาดความยับยั้งชั่งใจ มีความ กล้ามากขึ้น จนไปถึงขาดการควบคุมตนเอง (Thai health Resource Center, 2014) ทำให้มีความเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่ายมากขึ้น สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา (Hughes et al., 2015; Pinkas et al., 2019; Rodríguez-Bolaños et al., 2019; Song et al., 2023)

นักเรียนอาชีวศึกษาหญิงที่มีทัศนคติเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่านักเรียนฯ ที่มีทัศนคติไม่เห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ทั้งนี้เนื่องจากทัศนคติ คือ ความรู้ ความเข้าใจ หรือความคิดเห็นที่มีต่อ สิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นผลมาจากประสบการณ์หรือสิ่งแวดล้อม ที่ทำให้บุคคลแสดงปฏิกิริยากระทำต่อสิ่งนั้น ๆ ในทาง สนับสนุนหรือปฏิเสธ (Sukontaviroj & Tunsakul, 2017) ดังนั้น บุคคลที่มีทัศนคติเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จึงมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ (Konkaew & Konkaew, 2022; Kristina et al., 2020; Maneekun et al., 2023; Mungmai et al., 2023; Onmoy et al., 2022)

นักเรียนอาชีวศึกษาหญิงที่มีเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้า มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่านักเรียนฯ ที่ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้า เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่อยากรู้อยากลอง อยากรับประสบการณ์ ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเพื่อนและ



ได้รับการยอมรับ วัยรุ่นบางคนสูบบุหรี่เพราะเพื่อนสูบ หากไม่สูบจะเข้ากับเพื่อนไม่ได้ วัยรุ่นที่มีเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้าย่อมมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ตามเพื่อนด้วย (Kongto, 2015) สอดคล้องกับการศึกษาในไทยของ พงษ์ศักดิ์ อันมอย และคณะ; กิตพงษ์ เรือนเพชร และคณะ; และ พรทิพา สุวัฒน์ภิญโญ และคณะ (Onmoy et al., 2022; Ruanphet et al., 2022; Suwatpinyo et al., 2021)

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ ความเครียด รายได้ครอบครัว ครอบครัวสูบบุหรี่มวนและครอบครัวสูบบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อนสูบบุหรี่มวน และการเข้าถึงโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า เนื่องจากความเครียดเป็นภาวะอารมณ์หรือความรู้สึกที่รับรู้ได้และมีการตอบสนองต่อร่างกายออกมา เมื่อวัยรุ่นรู้สึกเครียดอาจมีวิธีจัดการความเครียดได้โดยไม่ต้องพึ่งการสูบบุหรี่ เช่นการออกกำลังกาย ดูหนัง เล่นดนตรี เป็นต้น ดังนั้นวัยรุ่นที่มีความเครียดอาจไม่ใช้การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อแก้ปัญหา (Mental Health Foundation, 2023) สำหรับรายได้ครอบครัว จากผลการวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งที่ไม่ต้องซื้อบุหรี่ไฟฟ้าสูบบุหรี่ด้วยตนเอง โดยได้รับบุหรี่ไฟฟ้าจากการขอ/ขอยืมจากคนอื่น ร้อยละ 29.5 คนอื่นให้ ร้อยละ 9.5 จึงทำให้รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ในส่วนครอบครัวสูบบุหรี่มวนและครอบครัวสูบบุหรี่ไฟฟ้า ไม่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เนื่องจากช่วงวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและอารมณ์ มีความสนใจในตนเองมากขึ้น จะให้ความสำคัญกับผู้ใหญ่น้อยลง หรือการมีบุคลิกแบบต่อต้าน วัยรุ่นอาจเลือกการสูบบุหรี่เป็นการต่อต้านพ่อแม่หรือแสดงออกว่าการสูบบุหรี่ทำให้เป็นผู้ใหญ่มากขึ้น (Kongto, 2015)

การมีหรือไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่มวนไม่ได้เป็นปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นหญิงสูบบุหรี่ไฟฟ้า ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มวัยรุ่นหญิงไม่นิยมสูบบุหรี่มวนเพราะหากเปรียบเทียบกับ การสูบบุหรี่มวนภาพลักษณ์ของบุหรี่ไฟฟ้ามีความทันสมัยมากกว่า (Prachuaplap, 2019) ดังนั้นการมีเพื่อนสูบบุหรี่มวนจึงไม่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่น สำหรับการเข้าถึงโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าอาจเป็นการได้ข้อมูลทั้งเชิงบวกที่ชักชวนหรือกระตุ้นความสนใจให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า ในขณะที่เดียวกันก็อาจได้รับข้อมูลเชิงลบที่ต่อต้านหรือรณรงค์ไม่ให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า (ECIGELM, 2019) ดังนั้นการเข้าถึงโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรปรับเปลี่ยนทัศนคติเรื่องการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นโดยผ่านกิจกรรมให้ความรู้ที่สนุก และสร้างสรรค์กิจกรรมรูปแบบต่าง ๆ ที่ดึงดูดความสนใจของวัยรุ่นเป็นสิ่งสำคัญ
2. ควรเสริมสร้างทักษะความสามารถของวัยรุ่นในการปฏิเสธการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อให้สามารถลดทอนอิทธิพลจากเพื่อนทั้งทางตรง (เพื่อนชักชวน) และทางอ้อม (เห็นเพื่อนสูบ)
3. ควรมีการติดตามเฝ้าระวังกลุ่มวัยรุ่นหญิงที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยเชิงป้องกัน (Protective factor) ที่สำคัญ เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความฉลาดทางอารมณ์ และควรมีการศึกษาติดตามระยะยาวเพื่อให้สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเชิงเหตุผลได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนวิจัยจากโครงการวิจัยเพื่อการควบคุมยาสูบประจำปี พ.ศ. 2566 ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)



References

- Centre for Alcohol Studies. (2018). *The fourth surveillance of alcohol, tobacco, substance use and health-risk behaviors among high school students in Thailand in 2018*. <https://cas.or.th/?p=6453> (in Thai)
- Charupash, R. (2021). The experiences smoking e-cigarette among teenage girls in higher education institutions in Khon Kaen Province. *Journal of The Office of ODPC 7 Khon Kaen*, 28(3), 121-130. (in Thai)
- Department of Mental Health. (2016). *Stress assessment form (ST5)*. <https://env.anamai.moph.go.th/th/cms-of-87/download/?did=191892&id=37464&reload=> (in Thai)
- Durkin, K., Williford, D. N., Turiano, N. A., Blank, M. D., Enlow, P. T., Murray, P. J., Banvard-Fox, C., & Duncan, C. L. (2021). Associations between peer use, costs and benefits, self-efficacy, and adolescent e-cigarette use. *Journal of Pediatric Psychology*, 46(1), 112-122.
- ECIGELM. (2019). *10 advantages and 6 disadvantages of e-cigarettes that users should know*. <https://www.ecigelm.com/pros-and-cons-of-vaping/> (in Thai)
- Flay., Snyder, F., & Petraitis, J. (2009). The theory of triadic influence. In R. J. DiClemente, R. A. Crosby, & M. C. Kegler (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research* (2nd ed., pp. 451–510). Jossey-Bass/Wiley.
- Ford, K. H., Diamond, P. M., Kelder, S. H., Sterling, K. L., & McAlister, A. L. (2009). Validation of scales measuring attitudes, self-efficacy, and intention related to smoking among middle school students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(2), 271-278.
- Homsin, P. (2015). *Concepts and theories for practice: Smoking and alcohol drinking prevention among adolescents*. Chonburi printing. (in Thai)
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., McHale, P., Bennett, A., Ireland, R., & Pike, K. (2015). Associations between e-cigarette access and smoking and drinking behaviors in teenagers. *BMC Public Health*, 15, 244. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1618-4>
- Jane Ling, M. Y., Abdul Halim, A. F. N. A., Ahmad, D., Ahmad, N., Safian, N., & Nawi, A. M. (2023). Prevalence and associated factors of e-cigarette use among adolescents in Southeast Asia: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 3883. <https://doi.org/10.3390/ijerph20053883>
- Jumpajan, J., Thawongna, S., Yakamsee, N., Mueangkhong, P., Khantee, N., Wontaisong, N., Talkul, W., Phoolawan, P., & Surinrach, A. (2023). Factors related to knowledge and attitude on electronic cigarette of students in Sakon Nakhon Rajabhat University. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 17(2), 631-644. (in Thai)
- Kochsiripong, P., & Pitirattanaworranat, P. (2021). Attitudes and perceptions toward electronic cigarettes among undergraduate health science students, Rangsit University, Thailand. *Songklanakarin Journal of Science and Technology*, 43(1), 31-36. <https://www.thaiscience.info/Journals/Article/SONG/10993202.pdf>



- Kongto, O. (2015). *Cigarettes and (mental health) teenagers*. <https://www.thailandquitline.or.th/site/news/view/23> (in Thai)
- Konkaew, P., & Konkaew, K. (2022). Perception, attitude, accessing the electronic cigarette and intention to use the electronic cigarette among youths in education system in the Northern Region. *Disease Control Journal*, 48(3), 551-562. (in Thai)
- Kristina, S. A., Rosyidah, K. A., & Ahsan, A. (2020). Trend of electronic cigarette use among students in Indonesia. *International Journal of Pharmaceutical Research*, 12(3), 657-661.
- Lee, J., & Thrul, J. (2021). Trends in opioid misuse by cigarette smoking status among US adolescents: Results from national survey on drug use and health 2015–2018. *Preventive Medicine*, 153, 106829. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106829>
- Mahasuan, S., Homsin, P., & Srisuriyawet, R. (2018). *Factors related to smoking initiation among female vocational students in Chachoengsao Province* [Master's thesis, Burapha University]. <https://buuir.buu.ac.th/bitstream/1234567890/7857/1/Fulltext.pdf> (in Thai)
- Maneekun, C., Homsin, P., & Srisuriyawet, R. (2023). Factors related to the early electric smoking stage among secondary school students in Chachoengsao Province. *Nursing Journal CMU*, 50(4), 158-169. (in Thai)
- Mental Health Foundation. (2023). *Smoking and mental health*. <https://www.mentalhealth.org.uk/explore-mental-health/a-z-topics/smoking-and-mental-health>
- Mungmai, A., Rodpipat, S., & Sarayuthpitak, J. (2023). Relationship among information exposure, perception, attitudes, and trends in electronic cigarette smoking behaviors in secondary school students. *Academic Journal of Thailand National Sports University*, 15(3), 311-323. (in Thai)
- Onmoy, P., Buarueang, A., Paponngam, C., Janrun-grueang, T., Lao-noi, N., & Boonrawd, A. (2022). Factors associated with electronic cigarette smoking behaviors of adolescents in Uttaradit Province, Thailand. *Journal of Health Science*, 31(2), S197-S205. (in Thai)
- Panaschai, P. (2023). Prevalence and factors related to electronic cigarette smoking behavior among high school students in Samut Prakan Province. *PTU Journal of Science and Technology*, 4(2), 8-21. (in Thai)
- Parel, C. P. (1973). Sampling design and procedures. *Paper for the research training program of the Philippine Social Science Council*. McGraw-Hill Book.
- Park, J. Y., Seo, D. C., & Lin, H. C. (2016). E-cigarette use and intention to initiate or quit smoking among US youths. *American Journal of Public Health*, 106(4), 672-678.
- Phothithawil, T. (2016). Physical development conditions of teenagers. In P. Napee (Ed.), (2016) *Adolescent development*: (1st ed., Unit 1, pp.1-55). Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai)



- Piñeiro, B., Correa, J. B., Simmons, V. N., Harrell, P. T., Menzie, N. S., Unrod, M., Meltzer, L. R., & Brandon, T. H. (2016). Gender differences in use and expectancies of e-cigarettes: Online survey results. *Addictive Behaviors*, 52, 91-97. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.09.006>
- Pinkas, J., Kaleta, D., Zgliczyński, W. S., Lusawa, A., Wrześniewska-Wal, I., Wierzbą, W., Gujski, M., & Jankowski, M. (2019). The prevalence of tobacco and e-cigarette use in Poland: A 2019 nationwide cross-sectional survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4820. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234820>
- Prachuaplap, P. (2019). "Child poll" reveals that children and teenagers misunderstand that e-cigarettes can help them quit smoking regular cigarettes. <https://shorturl.asia/bTAMK> (in Thai)
- Rasiri, T. (2022). Predicting factors of e-cigarettes use behavior among higher education students in Phitsanulok Province. *Disease Control Journal*, 48(1), 132-142. (in Thai)
- Rodríguez-Bolaños, R., Arillo-Santillán, E., Barrientos-Gutiérrez, I., Zavala-Arciniega, L., Ntansah, C. A., & Thrasher, J. F. (2019). Sex differences in becoming a current electronic cigarette user, current smoker and current dual user of both products: A longitudinal study among Mexican adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 196. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010196>
- Ruanphet, K., Homsin, P., & Leelukkanaveera, Y. (2022). Factors related to electric smoking among male vocational students in Buriram Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 23(2), 531-539. (in Thai)
- Seeherunwong, A., Muangsakul, W., Angsukiattitavorn, S., Tipayamongkholgul, M., & Ondee, P. (2023). Association between personal factors, beliefs, and attitudes towards e-cigarettes and cigarettes use among Thai Youths in Central Region, Bangkok and its perimeter. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 50(3), 579-594.
- Siamrath Online. (2020). *Arrested a smuggling gang importing large quantities of illegal cigarettes to sell in Paet Riu city*. <https://siamrath.co.th/n/191735> (in Thai)
- Song, H., Yang, X., Yang, W., Dai, Y., Duan, K., Jiang, X., Huang, G., Li, M., Zhong, G., Liu, P., & Chen, J. (2023). Cigarettes smoking and e-cigarettes using among university students: A cross-section survey in Guangzhou, China, 2021. *BMC Public Health*, 23(1), 438. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15350-2>
- Sripairoj, A. (2019). *Cigarettes...harm to teenagers*. https://pharm.tu.ac.th/uploads/pharm/pdf/articles/20190328_03.pdf (in Thai)
- Sukontaviroj, O., & Tunsakul, K. (2017). *Generation Y's attitude toward service usage intention of hostels in Bangkok* [Unpublished master's thesis]. Bangkok University. (in Thai)
- Sutcharitphong, S., & In-iw, S. (2016). Physical development. The brain and intelligence of teenagers. In P. Napee (Ed.), *Adolescent development*: (1st ed., Unit 3, pp.1-44). Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai)



Factors Related to Electronic Cigarette Smoking Among Female Vocational Students in Chachoengsao Province

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง
จังหวัดฉะเชิงเทรา

-
- Suwatpinyo, P., Kengganpanich, M., & Kengganpanich, T. (2021). Factors related to e-cigarette smoking among senior high school students in Bangkok metropolitan area. *Thai Journal of Health Education*, 44(2), 88-101. (in Thai)
- Thai health Resource Center. (2014). *Alcohol is a drug!* Thai Health Resource Center. (in Thai)
- Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (TRC.). (2019). *Report on the situation of tobacco consumption in Thailand 2019*. Sintaveekit Printing. (in Thai)
- Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (TRC.). (2023). Protect youth from tobacco business strategies. *TRC Research Update*, 12(3), 15-18. <https://shorturl.asia/fqvER> (in Thai)
- Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (TRC). (2024). *WHO issues statement calling for strict measures "E-cigarettes" a threat to children and youth*. <https://www.trc.or.th/th/attachments/article/831/Press%20Release.pdf> (in Thai)
- Wong, D. N., & Fan, W. (2018). Ethnic and sex differences in e-cigarette use and relation to alcohol use in California adolescents: The California health interview survey. *Public Health*, 157, 147-152. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.01.019>



Emotional Labor and Job Stress Among Nurses in Private Hospitals*

การแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานและความเครียดจากการทำงาน
ในพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน*

ปณตพร	อิสสวณิชย์**	Panodporn	Issavanich**
วันเพ็ญ	ทรงคำ***	Wanpen	Songkham***
วีระพร	ศุทธากรณ์****	Weeraporn	Suthakorn****

Abstract

Emotional labor and job stress among nurses are significant in relation to their quality of life and work performance. This descriptive correlational research aimed to investigate emotional labor, job stress, and the association between emotional labor and job stress among nurses working in two private hospitals in Bangkok. The study included 386 participants. A simple random sampling technique was used to reach the study sample according to the proportion of nurses in each hospital. The research instruments consisted of two questionnaires: the Emotional Labor Scale for Nurses and the Korean Occupational Stress Scale-Short Form (KOSS-SF), translated into Thai. These instruments were tested for reliability, with results of .84 and .94, respectively. Data analysis was done using descriptive statistics and the point biserial correlation coefficient.

The results revealed that the overall level of emotional labor among the sample group was moderate (80.31%), ($M = 61.82$, $SD = 5.52$). Regarding specific aspects of emotional labor, the sample group also showed a moderate level of emotional labor in terms of emotional pretense by norms, patient-focused emotional suppression, and emotional control effort in profession, with percentages of 84.20%, 82.64%, and 76.94%, respectively. Regarding job stress, the sample group experienced high stress levels ($M = 57.80$, $SD = 5.54$). When examining specific dimensions of job stress, the highest average scores were found for job demand ($M = 81.76$, $SD = 1.44$) followed by job insecurity ($M = 72.52$, $SD = 1.61$). There was a significant positive correlation between overall emotional labor and job stress at a low level ($r = 0.176$, $p < 0.001$). When considering specific dimensions, emotional control effort in profession and patient-focused emotional suppression showed a significant positive low-level correlation with job stress ($r = 0.241$, $p < 0.001$, $r = 0.134$, $p < 0.001$, respectively).

The results of this study indicate that occupational health nurses and related personnel should recognize the development of awareness about emotional labor and job stress among nurses in private hospitals with appropriate mental health promotion activities. This can lead to improved efficiency in their work performance and overall well-being.

Keywords: Emotional labor; Job stress; Nurses; Private hospitals

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Occupational Health Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate student of Nursing Science Program in Occupational Health Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
e-mail: wanpen.songkham@cmu.ac.th

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 5 January 2024; Revised 26 April 2024; Accepted 24 May 2024



บทคัดย่อ

การแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานและความเครียดจากการทำงานในพยาบาล มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต และคุณภาพการทำงานของพยาบาล การวิจัยเชิงพรรณนารั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงาน ความเครียดจากการทำงาน และความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานและความเครียดจากการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 2 แห่ง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ตามสัดส่วนของพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาล ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 386 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานสำหรับพยาบาล และแบบวัดความเครียดจากการทำงาน ฉบับย่อของประเทศเกาหลี ฉบับภาษาไทย ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัด ได้ค่า .84 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ point biserial correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.31 ($M = 61.82$, $SD = 5.52$) สำหรับการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานรายด้านพบว่า ด้านการเสริมสร้างแสดงออกทางอารมณ์ตามบรรทัดฐาน ด้านการระงับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย และด้านความพยายามควบคุมอารมณ์ในวิชาชีพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.20, 82.64 และ 76.94 ตามลำดับ ส่วนความเครียดจากการทำงานพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 57.80$, $SD = 5.54$) เมื่อพิจารณาความเครียดจากการทำงานรายด้านพบว่าอยู่ในระดับสูงเช่นกัน โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านข้อเรียกร้องจากงาน ($M = 81.76$, $SD = 1.44$) รองลงมาคือ ด้านความไม่มั่นคงในงาน ($M = 72.52$, $SD = 1.61$) การแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเครียดจากการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.176$, $p < 0.001$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์เป็นรายด้านพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานด้านความพยายามควบคุมอารมณ์ในวิชาชีพและด้านการระงับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเครียดจากการทำงาน ($r = 0.241$, $p < 0.001$ และ $r = 0.134$, $p < 0.001$ ตามลำดับ)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า พยาบาลอาชีวอนามัยรวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญในการเสริมสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงาน และความเครียดจากการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนโดยจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม เพื่อให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงาน ความเครียดจากการทำงาน พยาบาล โรงพยาบาลเอกชน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: wanpen.song@cmu.ac.th

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลเอกชน เป็นสถานพยาบาลทางเลือกของผู้ป่วยที่ต้องการความรวดเร็วในการใช้บริการและสามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นได้ การศึกษาของ ปรียานุช แก้วบริสุทธิ์ (Kaewborisut, 2019) เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณภาพการบริการ ในด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ (tangible) และด้านการเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ (empathy) กล่าวคือ การให้บริการที่เต็มใจ ยิ้มแย้มแจ่มใสของผู้ให้บริการ การแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการ มีผลอย่างมากต่อความพึงพอใจในการใช้บริการของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะการให้บริการ มีความยิ้มแย้มแจ่มใส ความสุภาพอ่อนน้อม ความกระตือรือร้น และการให้ความสนใจผู้มารับบริการ (Ruangnam, 2015)

การทำงานภายใต้ความคาดหวังของผู้รับบริการ การแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงาน (emotional labor) จึงเป็นหนึ่งในกระบวนการจัดการทางอารมณ์ที่พยาบาลนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการทำงาน พยาบาลต้องจัดการอารมณ์ที่แสดงออกในขณะทำงาน เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับรู้ทางสีหน้าและท่าทางอย่างเหมาะสม และสร้างบรรยากาศให้ผู้รับบริการประทับใจ (Grandey & Sayre, 2019) และให้การทำงานเป็นไปได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ (Jintarat & Sittisarunkul, 2021) โดยการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานตามแนวคิดของ ฮอดส์-ชาย (Hochschild, 1983) เป็นการจัดการกับความรู้สึกที่แสดงออกมาให้ผู้อื่นได้รับรู้ทางสีหน้าและท่าทาง เป็นสิ่งที่คนทำงานพึงปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือบรรทัดฐานที่คนในองค์กรเห็นพ้องต้องกันว่าเป็นสิ่งที่ต้องประกอบด้วย การสร้างแสดงความรู้สึก (surface acting) และการปรับความรู้สึกภายใน (deep acting) โดยการสร้างแสดงความรู้สึกจะเป็นการควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ให้เป็นไปตามข้อกำหนดขององค์กร ซึ่งต้องอาศัยการจัดการอารมณ์ที่ขัดแย้งภายในจิตใจของผู้ให้บริการกับสิ่งที่แสดงออก ในขณะที่การปรับความรู้สึกภายในจะมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนความรู้สึกภายในใจให้ไปเป็นตามความรู้สึกที่จะต้องแสดงออก

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลจัดอยู่ในกลุ่มอาชีพที่มีแนวโน้มมีการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงาน เพราะนอกจากวิชาชีพพยาบาลมีลักษณะการให้บริการ และถูกสังคมคาดหวังในการปฏิบัติหน้าที่แล้ว ยังต้องทำตามมาตรฐานจรรยาบรรณที่องค์กรวิชาชีพกำหนดไว้ ทำให้พยาบาลต้องแสดงบทบาทให้เหมาะสมตามสถานการณ์ (Jintarat & Sittisarunkul, 2021) ด้วยเหตุนี้ การแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานของพยาบาลทั้งการสร้างแสดงความรู้สึก และการปรับความรู้สึกภายในจึงมักแสดงออก 3 ด้านหลัก คือ ความพยายามควบคุมอารมณ์ในวิชาชีพ (emotional control effort in profession) การระงับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย (patient-focused emotional suppression) และการสร้างแสดงออกทางอารมณ์ตามบรรทัดฐาน (emotional pretense by norms) (Hong & Kim, 2018)

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงาน ได้แก่ เพศ อายุ และบุคลิกภาพ โดยพบว่าเพศหญิงจะสามารถปฏิบัติงานที่ต้องใช้การแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานได้ดีกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงสามารถจัดการอารมณ์ของตนเองได้ดีกว่าขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้มารับบริการ (Hassan, 2017) ในขณะที่อายุจะมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การทำงาน โดยพบว่า คนที่มีอายุแตกต่างกันจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ทำงานที่แตกต่างกันด้วย (Dahling & Perez, 2010) นอกจากนี้ ยังพบว่าบุคลิกภาพแบบไม่มั่นคงทางอารมณ์ (neuroticism) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสร้างแสดงความรู้สึก เนื่องจากบุคลิกภาพแบบไม่มั่นคงทางอารมณ์จะทำให้คนทำงานไม่เป็นตัวของตัวเอง ไม่มั่นใจในการสร้างความสัมพันธ์จึงเกิดความกดดันทางอารมณ์ต่อตนเอง ทำให้ไม่สามารถแสดงอารมณ์เชิงบวกออกมาได้นัก (Hassan, 2017)

การแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงาน ถือเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาตัวบุคคลและความเป็นวิชาชีพของพยาบาล อีกทั้งมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล รวมถึงการสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม (Jintarat & Sittisarunkul, 2021) ในแง่บุคคล การปฏิบัติงานด้วยการใช้รูปแบบอารมณ์ให้สอดคล้อง

กับเงื่อนไขการทำงานเพื่อให้งานนั้นประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย และได้ผลการทำงานที่มีประสิทธิภาพ สามารถเพิ่มการรับรู้ความสามารถของบุคคลได้ (self-efficacy) (Mann, 1997) ในแง่ขององค์กร การมีคนที่มีความสามารถในการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม จะมีส่วนสนับสนุนให้องค์กรประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ อาทิ จัดการกับข้อร้องเรียนของผู้รับบริการได้ง่ายขึ้น เพิ่มความผูกพันและอยากกลับมาใช้บริการซ้ำของผู้รับบริการ (Westbrook et al., 2007) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมจะเป็นประโยชน์ทั้งต่อบุคคลและองค์กร แต่ในทางกลับกัน การที่คนทำงานต้องควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานให้เหมาะสมเป็นระยะเวลาต่อเนื่องยาวนาน ล้วนส่งผลด้านลบต่อสุขภาพ เช่น เกิดความอ่อนล้าทางกาย ความอ่อนล้าทางจิต เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ความเครียดจากการทำงาน ภาวะซึมเศร้า โรคตื่นตระหนก ความทุกข์ทางจิตใจ จนถึงความไม่พอใจในการทำงานของตนเอง (Kim, 2020; Rafique et al., 2017)

ความเครียดจากการทำงาน (job stress) เป็นปัญหาสำคัญด้านอาชีวอนามัยที่พบได้ในพยาบาลทั่วโลก (McVicar, 2003) การศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่า พยาบาลเป็นหนึ่งในสามกลุ่มอาชีพที่มีความเครียดมากที่สุด (Health and Safety Executive, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าวิชาชีพพยาบาลเป็น 1 ใน 40 อาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานในระดับสูง (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2014) โดยความเครียดจากการทำงานหมายถึง การรับรู้สภาพแวดล้อมการทำงานที่ส่งผลให้เกิดความเครียด ประกอบด้วย ข้อเรียกร้องจากงาน การขาดอิสระในงาน ความขัดแย้งระหว่างบุคคล ความไม่มั่นคงในงาน ระบบขององค์กร การขาดการให้รางวัล และบรรยากาศในการทำงาน (Chang et al., 2005) ในบริบทการทำงานของพยาบาลที่ต้องปฏิบัติโดยตรงต่อผู้รับบริการพบว่า มีลักษณะการทำงานที่มีข้อเรียกร้องจากงานสูง การให้บริการจำเป็นต้องวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ และปฏิบัติการพยาบาลด้วยความรอบคอบ ไม่ให้เกิดความผิดพลาด ร่วมกับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่หลากหลาย (Sachin et al., 2019)

ในบริบทของโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนเป็นหนึ่งในกลุ่มธุรกิจที่มีแนวโน้มขยายตัวสูงขึ้น มีการจัดระบบมาตรฐานในการดำเนินงาน โดยมีการประกันคุณภาพที่เข้มงวดตามมาตรฐานระดับสากล ได้แก่ JCI (Joint Commission International Accreditation) ISO (International Organization for Standardization) เพื่อเป็นการรับรองว่าโรงพยาบาลมีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ และบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง บ่งชี้ถึงความใส่ใจในการบริการประชาชน ซึ่งกระบวนการในการทำงานตามมาตรฐานดังกล่าว เป็นหนึ่งในปัจจัยที่สามารถเพิ่มภาระในการทำงาน และเป็นหนึ่งในข้อเรียกร้องจากงานที่เพิ่มขึ้นจากภาระหน้าที่ด้านวิชาชีพ จากการศึกษาของ ธัญธรณ์ ทองแก้ว (Thongkaew, 2016) พบว่า ปัจจัยด้านภาระงาน โดยเฉพาะการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดจากการทำงาน

การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการแสดงออกทางอารมณ์และความเครียดจากการทำงานที่ผ่านมา มีกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ให้บริการหลากหลายด้าน เช่น พนักงานขายปลีก (Kim & Jung, 2021) พนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน (Chuaychoo & Tunjoy, 2022) และบุคลากรโรงพยาบาลประเทศเกาหลี โดยมีการศึกษาความเครียดจากการทำงานและกลไกการแสดงออกทางอารมณ์ในบุคลากรโรงพยาบาลประเทศเกาหลี พบว่าบุคลากรโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยตรงมีความเครียดจากการทำงานสูงกว่าบุคลากรที่ไม่ได้ทำหน้าที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยตรง และพบว่า ความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.447$) (Sohn et al., 2018)

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลอาชีวอนามัย มีบทบาทในการดูแลสุขภาพคนทำงาน จึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงาน และความเครียดจากการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากพยาบาลกลุ่มดังกล่าวมักถูกคาดหวังสูงในเรื่องของการบริการจากลูกค้าที่มาใช้บริการ และเป็นวิชาชีพที่ต้องใช้การแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงาน ซึ่งข้อมูลที่ได้จะสามารถนำไปวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาการแสดงออก

ทางอารมณ์ขณะทำงาน และความเครียดจากการทำงานให้กับพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน
2. เพื่อศึกษาความเครียดจากการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานและความเครียดจากการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานของ ฮอดส์ชาย (Hochschild, 1983) ที่ระบุว่า เป็นการจัดการกับความรู้สึกที่แสดงออกมาให้ผู้อื่นได้รับรู้ทางสีหน้าและท่าทางของพยาบาลในระหว่างทำงาน เป็นสิ่งที่พยาบาลพึงปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือบรรทัดฐานที่คนในองค์กรเห็นพ้องต้องกันว่าเป็นสิ่งที่ดีงาม โดยแสดงออกมาใน 3 ด้าน คือ ความพยายามควบคุมอารมณ์ในวิชาชีพ การระงับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย และการแสดงออกทางอารมณ์ตามบรรทัดฐาน โดยการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อด้านลบกับพยาบาล ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สอดคล้องทางอารมณ์ มีการปรับตัวที่ไม่ดีเกี่ยวกับการทำงาน ส่งผลทำให้เกิดความเครียดจากการทำงาน ซึ่งความเครียดจากการทำงานอธิบายโดยใช้กรอบแนวคิดของ ชาง และคณะ (Chang et al., 2005) ที่ระบุว่าความเครียดจากการทำงาน หมายถึง การรับรู้สภาพแวดล้อมการทำงานที่ส่งผลให้เกิดความเครียดในพยาบาล ประกอบด้วย 7 ด้าน คือ ข้อเรียกร้องจากงาน การขาดอิสระในงาน ความขัดแย้งระหว่างบุคคล ความไม่มั่นคงในงาน ระบบขององค์กร การขาดการให้รางวัล และบรรยากาศในการทำงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งหมด 12,750 คน (Health Resources Geographic Information System, 2022)

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ในเขตกรุงเทพมหานคร คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ เครจซี่ และ มอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 375 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายหรือได้รับกลับคืนไม่ครอบคลุมหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2003) รวมเป็น 450 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี 2) ปฏิบัติงานในการให้บริการโดยตรงกับผู้ป่วย 3) ยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าแผนก 2) อยู่ระหว่างการลาป่วย ลาคลอด หรือลาศึกษาต่อในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) โดยสุ่มเลือกโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 2 แห่ง จากทั้งหมด 10 แห่ง จากนั้นคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจากแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนของจำนวนพยาบาลในโรงพยาบาลนั้น ๆ แล้วทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยใช้วิธีจับสลากแบบไม่แทนที่ตามรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 450 ราย ตามที่คำนวณไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ส่วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการทำงาน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา บุคลิกภาพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ แผนกที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาการทำงาน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดและให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานสำหรับพยาบาล (Emotional Labor Scale for Nurses) ที่พัฒนาโดย ฮอง และ คิม (Hong & Kim, 2018) ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้แปลเป็นฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 16 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ความพยายามควบคุมอารมณ์ในวิชาชีพ (7 ข้อ) การระงับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย (5 ข้อ) และการแสดงออกทางอารมณ์ตามบรรทัดฐาน (4 ข้อ) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด มีคำตอบให้เลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 โดย 1 คือ ไม่จริงเลย และ 5 คือ จริงที่สุด

ผลคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานคิดจากค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้งหมด ซึ่งมีคะแนนระหว่าง 16-80 คะแนน คะแนนแต่ละด้านที่สูง หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานด้านนั้น ๆ สูงด้วย ในส่วนของการแปลผลจะใช้การจัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงาน โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ เกณฑ์ $M \pm 1SD$ และแบ่งการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานออกเป็น 3 ระดับ (Hong & Kim, 2018) คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเครียดจากการทำงานฉบับย่อของประเทศเกาหลี (Korean Occupational Stress Scale-Short Form, KOSS-SF) ที่พัฒนาโดย ชาง และคณะ (Chang et al., 2005) ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้แปลเป็นฉบับภาษาไทยประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 24 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบความเครียดจากการทำงาน 7 ด้าน ได้แก่ ข้อเรียกร้องจากงาน (4 ข้อ) การขาดอิสระในงาน (4 ข้อ) ความขัดแย้งระหว่างบุคคล (3 ข้อ) ความไม่มั่นคงในงาน (2 ข้อ) ระบบขององค์กร (4 ข้อ) การขาดการให้รางวัล (3 ข้อ) และบรรยากาศในการทำงาน (4 ข้อ) ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด มีข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 12, 13, 21, 22, 23 และ 24 และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19 และ 20 มีคำตอบให้เลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 โดย 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก และ 4 คือ เห็นด้วยอย่างมาก

คะแนนเฉลี่ยความเครียดจากการทำงานมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน คะแนนแต่ละด้านที่สูง หมายถึง มีความเครียดจากการทำงานในด้านนั้น ๆ สูงด้วย หลังจากนั้น นำคะแนนเฉลี่ยที่ได้มาจัดระดับความเครียดจากการทำงาน โดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับ (Chang et al., 2005) คือ คะแนนเฉลี่ย 50.01-100 หมายถึง มีความเครียดจากการทำงานระดับสูง และคะแนนเฉลี่ย 0-50.00 หมายถึง มีความเครียดจากการทำงานระดับต่ำ

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานสำหรับพยาบาล และแบบวัดความเครียดจากการทำงานฉบับย่อของประเทศเกาหลี มีดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .96 และ .82 ตามลำดับ เมื่อได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือและใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับ ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการทดสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ แต่ได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับพยาบาลเอกชนที่มีลักษณะและบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่ไม่ได้ถูกคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในระดับที่ยอมรับได้ คือ .84 และ .94 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 122/2565 รวมทั้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในโรงพยาบาลอีก 2 แห่งที่เข้าทำการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูล และขอคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนรวบรวมข้อมูลสำหรับการลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอิเล็กทรอนิกส์ กลุ่มตัวอย่างได้กดปุ่มยินยอมที่แสดงว่าอาสาสมัครลงชื่อเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งที่ 1 และแห่งที่ 2 เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย รวมถึงรายละเอียดสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยและใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยอิเล็กทรอนิกส์ พร้อมทั้งอธิบายถึงวิธีการเข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนการตอบแบบสอบถามและลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอิเล็กทรอนิกส์ ในหน้าแรกของ Google form โดยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลได้มอบหมายให้ผู้ที่มิหน้าที่รับผิดชอบส่ง QR Code เข้าไปในกลุ่ม line ของพยาบาล เมื่อผู้สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย scan QR code อ่านและทำความเข้าใจในข้อความอย่างชัดเจนและยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจแล้ว จึงกดปุ่มยืนยันเพื่อเข้าร่วมโครงการ

ผู้วิจัยทำการติดตามการตอบกลับเมื่อครบกำหนด 2 สัปดาห์ โดยเข้าไปตรวจสอบในกูเกิ้ลไดรฟ์ ได้แบบสอบถามที่ถูกต้องสมบูรณ์ 386 ชุด (ร้อยละ 85.78) ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างเกินจำนวนขั้นต่ำที่กำหนดไว้อย่างน้อย 375 ราย จึงยุติการรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ข้อมูลการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานและความเครียดจากการทำงาน นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานและความเครียดจากการทำงานวิเคราะห์โดยการหาความสัมพันธ์ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ point biserial correlation กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.89 เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 24-58 ปี (อายุเฉลี่ย 33.08 ปี, SD = 6.274) ร้อยละ 82.90 และมีอายุน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 61.40 มีสถานภาพอยู่คนเดียว (โสด/หย่าร้าง/แยกกันอยู่) และร้อยละ 38.60 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 94.04 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 59.84 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,000-50,000 บาท ส่วนความเพียงพอของรายได้ต่อเดือนร้อยละ 55.18 มีรายได้ที่เพียงพอ และมีเงินออม อีกร้อยละ 33.94 มีรายได้เพียงพอ แต่ไม่มีเงินออม ส่วนด้านลักษณะบุคลิกภาพร้อยละ 40.16 เป็นผู้ที่มิระเบียบวินัย มีความรับผิดชอบสูง รู้จักหน้าที่ของตนเอง อีกร้อยละ 24.35 มีบุคลิกภาพชอบเข้าสังคม ช่างพูดคุย ช่างเจรจา เปิดเผยตัวเอง ร้อยละ 66.32 ทำงานในแผนกผู้ป่วยใน และร้อยละ 33.68 ทำงานในแผนกผู้ป่วยนอก ส่วนระยะเวลาการทำงานอยู่ระหว่าง 1-34 ปี (ระยะเวลาเฉลี่ย 8.32 ปี, SD = 5.975) โดยร้อยละ 75.91 มีระยะเวลาการทำงาน 1-10 ปี อีกร้อยละ 18.91 มีระยะเวลาการทำงาน 11-20 ปี

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลโรงพยาบาลเอกชนมีคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานเท่ากับ 61.82 (SD = 5.52) และพบว่า มีการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.31 สำหรับการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานรายด้านพบว่า มีการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานอยู่ใน



ระดับปานกลางทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานที่ต้องใช้ความพยายามควบคุมอารมณ์ในวิชาชีพ มีคะแนนเฉลี่ย 29.46 ($SD = 2.78$) คิดเป็นร้อยละ 76.64 การแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานด้านการรับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ย 18.73 ($SD = 2.42$) คิดเป็นร้อยละ 82.64 และการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานด้านการสร้างแสดงออกทางอารมณ์ตามบรรทัดฐาน มีคะแนนเฉลี่ย 13.62 ($SD = 2.00$) คิดเป็นร้อยละ 84.20 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายด้าน ($n = 386$)

ระดับการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
โดยรวม		
ต่ำ (< 56 คะแนน)	35	9.07
ปานกลาง (56-67 คะแนน)	310	80.31
สูง (68-80 คะแนน)	41	10.62
พิสัย = 31-80, $M (SD) = 61.82 (5.52)$		
รายด้าน		
ความพยายามควบคุมอารมณ์ในวิชาชีพ		
ต่ำ (13-26 คะแนน)	38	9.85
ปานกลาง (27-32 คะแนน)	297	76.94
สูง (33-35 คะแนน)	51	13.21
พิสัย = 13-35, $M (SD) = 29.46 (2.78)$		
การรับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย		
ต่ำ (10-15 คะแนน)	32	8.29
ปานกลาง (16-21 คะแนน)	319	82.64
สูง (22-25 คะแนน)	35	9.07
พิสัย = 10-25, $M (SD) = 18.73 (2.42)$		
การสร้างแสดงออกทางอารมณ์ตามบรรทัดฐาน		
ต่ำ (8-11 คะแนน)	42	10.88
ปานกลาง (12-16 คะแนน)	325	84.20
สูง (17-20 คะแนน)	19	4.92
พิสัย = 8-20, $M (SD) = 13.62 (2.00)$		

ในส่วนของความเครียดจากการทำงานพบว่า พยาบาลโรงพยาบาลเอกชนมีคะแนนเฉลี่ยจากความเครียดจากการทำงานเท่ากับ 57.80 ($SD = 5.54$) และพบว่า มีความเครียดจากการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามีความเครียดจากการทำงานอยู่ในระดับสูง 5 ด้าน โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านข้อเรียกร้องจากงาน 81.76 (1.44) รองลงมาคือ ด้านความไม่มั่นคงในงาน 72.52 (1.61) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ความเครียดจากการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 386)

ความเครียดจากการทำงาน	คะแนนเฉลี่ย (SD)	ระดับความเครียด
โดยรวม	57.80 (5.54)	สูง
รายด้าน		
ข้อเรียกร้องจากงาน	81.76 (1.44)	สูง
การขาดอิสระในงาน	45.43 (1.44)	ต่ำ
ความขัดแย้งระหว่างบุคคล	47.25 (1.38)	ต่ำ
ความไม่มั่นคงในงาน	72.52 (1.61)	สูง
ระบบขององค์กร	50.66 (1.97)	สูง
การขาดการให้รางวัล	50.05 (1.36)	สูง
บรรยากาศในการทำงาน	59.74 (2.11)	สูง

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานและความเครียดจากการทำงานพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเครียดจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.176$, $p < 0.001$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์เป็นรายด้านพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานด้านความพยายามควบคุมอารมณ์ในวิชาชีพและด้านการระงับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเครียดจากการทำงาน ($r = 0.241$, $p < 0.001$, $r = 0.134$, $p < 0.001$ ตามลำดับ) ส่วนด้านการแสดงออกทางอารมณ์ตามบรรทัดฐานไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงาน ($r = -0.020$, $p > 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่า point biserial correlation ระหว่างการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงาน และความเครียดจากการทำงาน (n = 386)

การแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงาน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
	ความเครียดจากการทำงาน		
การแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานโดยรวม	0.176*	< .001	ต่ำ
รายด้าน			
ด้านความพยายามควบคุมอารมณ์ในวิชาชีพ	0.241*	< .001	ต่ำ
ด้านการระงับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย	0.134*	< .001	ต่ำ
ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ตามบรรทัดฐาน	-0.020	> .05	ไม่มี
			ความสัมพันธ์

* p-value < 0.05

การอภิปรายผล

1. การแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน

ผลการวิจัยพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนอยู่ในระดับปานกลาง ระดับของการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานในการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วู และคณะ (Wu et al., 2018) ที่ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานของพยาบาลในประเทศจีนที่พบว่า กลุ่มตัวอย่าง

มีคะแนนเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของพยาบาลในประเทศเกาหลีที่พบว่า อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน การที่กลุ่มตัวอย่างมีการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากมีปัจจัยด้านบุคคลที่ส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ และลักษณะบุคลิกภาพ

จากการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานของ ราฟิคว และคณะ (Rafique et al., 2017) พบว่า เพศหญิงมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ดีกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงสามารถจัดการอารมณ์ของตนเองได้ดีกว่า ขณะที่ปฏิสัมพันธ์กับผู้มารับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุง และ แทง (Cheung & Tang, 2010) ที่พบว่า เพศหญิงจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานด้านการปรับความรู้สึกภายในมากกว่าการแสดงแสดงความรู้สึก จึงทำให้สามารถควบคุมและจัดการกับอารมณ์ได้ดี ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.89 เป็นเพศหญิง

ในส่วนของอายุพบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้คนทำงานมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ และมีประสบการณ์การเรียนรู้ในการเผชิญการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เพิ่มขึ้น (Ilmarinen, 2006) รวมทั้งสามารถบริหารจัดการอารมณ์ได้ดีกว่า (van de Vijfeijke et al., 2013) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า คนทำงานที่มีอายุมากจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานต่ำกว่าคนอายุน้อย (Dahling & Perez, 2010) โดยเฉพาะคนทำงานที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี ขึ้นไป (Lee et al., 2019) ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุไม่เกิน 40 ปี (ค่าเฉลี่ย 33.08 ปี, SD = 6.27) นอกจากนี้ยังพบว่า บุคลิกภาพมีส่วนสำคัญต่อการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงาน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า บุคลิกภาพแบบไม่มั่นคงทางอารมณ์ (neuroticism) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงาน เนื่องจากบุคลิกภาพแบบไม่มั่นคงทางอารมณ์ ทำให้คนทำงานไม่เป็นตัวของตัวเอง ไม่มั่นใจในการสร้างความสัมพันธ์จึงเกิดความกดดันทางอารมณ์ต่อตนเอง ทำให้ไม่สามารถแสดงอารมณ์เชิงบวกออกมาได้ดี (Rafique et al., 2017) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 5.70 ที่มีบุคลิกภาพแบบไม่มั่นคงทางอารมณ์และพบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 40.16) มีลักษณะบุคลิกภาพเป็นผู้ที่มีระเบียบวินัย มีความรับผิดชอบสูง รู้จักหน้าที่ของตัวเอง จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานรายด้านพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความพยายามควบคุมอารมณ์ในวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ย 29.46 (SD = 2.78) ด้านการระงับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ย 18.73 (SD = 2.42) และด้านการแสดงแสดงออกทางอารมณ์ตามบรรทัดฐาน มีคะแนนเฉลี่ย 13.62 (SD = 2.00) โดยองค์ประกอบด้านความพยายามควบคุมอารมณ์ในวิชาชีพสามารถสะท้อนองค์ประกอบการปรับความรู้สึกภายใน (deep acting) ส่วนด้านการระงับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยและด้านการแสดงแสดงออกทางอารมณ์ตามบรรทัดฐานสามารถสะท้อนองค์ประกอบการแสดงแสดงความรู้สึก (surface acting) (Hong & Kim, 2018)

ดังนั้น แม้ว่าการศึกษานี้จะใช้แบบวัดที่มีองค์ประกอบแตกต่างจากการศึกษาของ แบงก์ชาติ จินตรัตน์ และ พรชัย สิทธิศรีณกุล (Jintarat & Sittisarunkul, 2021) ที่ศึกษาในโรงพยาบาลรัฐ โดยใช้แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานของ บราเทอร์ริดจ์ และ ลี (Brotheridge & Lee, 2003)แต่ยังสามารถนำผลการศึกษามาเปรียบเทียบกันได้โดยพบว่า พยาบาลโรงพยาบาลรัฐมีการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานด้านการแสดงแสดงความรู้สึกต่ำกว่าพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน แต่มีการปรับความรู้สึกภายในสูงกว่าพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน ทั้งนี้อาจเพราะลักษณะการให้บริการของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน ผู้รับบริการมีความคาดหวังต่อการบริการค่อนข้างมาก ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะการให้บริการ มีความยิ้มแย้มแจ่มใส ความสุภาพอ่อนน้อม ความกระตือรือร้น การให้ความสนใจผู้มารับบริการ (Ruangnam, 2015) ซึ่งส่งผลให้มีการแสดงแสดงความรู้สึกสูงกว่า

การให้บริการในภาครัฐ รวมทั้งต้องมีการปรับความรู้สึกภายในเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการด้วย

2. ความเครียดจากการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน

ผลการวิจัยพบว่า ความเครียดจากการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 57.80 (SD = 5.54) เมื่อพิจารณาความเครียดจากการทำงานรายด้านพบว่า มีความเครียดจากการทำงานอยู่ในระดับสูงเกือบทุกด้าน โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านข้อเรียกร้องจากงาน (คะแนนเฉลี่ย 81.76 (SD = 1.44) และด้านความไม่มั่นคงในงาน (คะแนนเฉลี่ย 72.52) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ นาฏยา มณีรุ่ง (Manirung, 2015) ที่ศึกษาความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดจากการทำงานอยู่ในระดับสูงเช่นกัน รวมถึงการศึกษาของ พัทธราวัลย์ เรืองศรีจันทร์ และ ศิริลักษณ์ ศุภปิณฑิร (Raungsrijan & Suppakitiporn, 2012) ที่ศึกษาความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนระดับอินเตอร์เนชั่นแนล พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดเกี่ยวกับอาชีพอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก

การที่คะแนนเฉลี่ยความเครียดจากการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเครียดจากการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน โดยเฉพาะปัจจัยด้านบุคคลจากการศึกษา ได้แก่ อายุ และประสบการณ์การทำงาน การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลที่มีอายุน้อยมีส่วนความเครียดจากการทำงานสูงกว่าพยาบาลที่มีอายุมาก (Chatzigianni et al., 2018; Thitaree & Chaiwong, 2019) ซึ่งสันนิษฐานว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยมักเป็นบุคลากรระดับปฏิบัติการที่อายุน้อย และมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาหน้างานน้อย ทำให้มีโอกาสเกิดความเครียดจากการทำงานได้มากกว่า (Siangpror et al., 2014) ในขณะที่วัยที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้บุคลากรมีการพัฒนาด้านวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในงาน และสามารถบริหารจัดการอารมณ์ด้านลบได้ดีกว่า (Ilmarinen, 2006; van de Vijfeijke et al., 2013)

นอกจากนี้ในการศึกษาของ ชัดชใจเจียนนี และคณะ (Chatzigianni et al., 2018) พบว่า ภาวะที่ส่งผลต่อความเครียดมากที่สุดในพยาบาล ได้แก่ การเผชิญหน้ากับความสูญเสียและความตาย ซึ่งเป็นสภาวะที่ต้องอาศัยประสบการณ์และการใช้ชีวิตในการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึก อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อายุ และระยะเวลาในการทำงานมีผลต่อความเครียดในงาน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุไม่เกิน 40 ปี (ค่าเฉลี่ย 33.08 ปี, SD = 6.27) และมีประสบการณ์การทำงาน 1-10 ปี ร้อยละ 75.91 จึงอาจส่งผลให้ความเครียดจากการทำงานอยู่ในระดับสูง

นอกจากปัจจัยส่วนบุคคลแล้ว ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานก็มีผลต่อการเกิดความเครียดในงานได้เช่นกัน โดยพบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนมีความเครียดจากการทำงานอยู่ในระดับสูงเกือบทุกด้าน อาทิเช่น ด้านข้อเรียกร้องจากงาน และด้านความไม่มั่นคงในงาน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดจากการทำงานด้านข้อเรียกร้องจากงาน และความไม่มั่นคงในงานสูง อาจเนื่องจากรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในอนาคตในความไม่มั่นคงขององค์กร และการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่ไม่พึงประสงค์ขององค์กร โดยเฉพาะองค์กรที่เป็นโรงพยาบาลเอกชน จึงอาจส่งผลให้พยาบาลมีความเครียดจากการทำงานอยู่ในระดับสูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานและความเครียดจากการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน

ผลการวิจัยพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเครียดจากการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.176, p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ บราเทอร์-

ริจ และ ลี (Brotheridge & Lee, 2003) ที่ระบุว่า การแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเครียดจากการทำงาน หมายถึง เมื่อการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานมีค่าสูง ความเครียดจากการทำงานก็จะมีค่าสูงไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพพิตาลีและปากีสถานที่พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดจากการทำงาน (Kinman & Leggetter, 2016; Kumar & Jin, 2022) นอกจากนี้การศึกษาในกลุ่ม บุคลากรทางการแพทย์ก็พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเครียดในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (Satyaningrum & Djastuti, 2020; Sohn et al., 2018) โดยการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานที่ขัดแย้งกับความรู้สึกภายในสามารถนำไปสู่ความเครียดในการทำงาน (Kinman & Leggetter, 2016) การศึกษาที่ผ่านมายังระบุว่า ความสัมพันธ์ดังกล่าวมีทั้งในทางบวกและทางลบ กล่าวคือ แม้ว่าจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานในวิชาชีพ แต่ผลกระทบมักขึ้นกับกลไกและวิธีการจัดการกับการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานของแต่ละบุคคล (Pugliesi, 1999) จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้พบความสัมพันธ์ของสองตัวแปรอยู่ในระดับต่ำ

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานรายด้านและความเครียดจากการทำงาน พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานด้านความพยายามควบคุมอารมณ์ในวิชาชีพและด้านการระงับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเครียดจากการทำงาน ($r = 0.241$, $p < 0.001$, $r = 0.134$, $p < 0.001$ ตามลำดับ) ส่วนด้านการแสดงออกทางอารมณ์ตามบรรทัดฐานไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงาน ($r = -0.020$, $p > 0.05$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากบริบทของงานพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน จะต้องมีความคิดเชิงบวกต่อการให้บริการ ความกระตือรือร้นใส่ใจผู้รับบริการ ต้องให้บริการด้วยความเต็มใจ และเข้าใจธรรมชาติของผู้รับบริการ มีบุคลิกภาพที่สร้างความประทับใจ และมีความสามารถในการบริหารจัดการ ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลที่พยาบาลโรงพยาบาลเอกชน แม้ว่าจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานแต่ก็สามารถปรับตัวและเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้ (Leung et al., 2015) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า แม้ว่าการแสดงออกทางอารมณ์จะส่งผลทำให้เกิดความเครียดในการทำงาน แต่หากบุคคลสามารถปรับความรู้สึกภายในให้ยอมรับในสถานการณ์ดังกล่าว ก็สามารถลดความเครียดจากการทำงานลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chuaychoo & Tunjoy, 2022) จึงอาจเป็นสาเหตุทำให้การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงออกทางอารมณ์ตามบรรทัดฐานและความเครียดจากการทำงาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ที่แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์การ แสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานและความเครียดจากการทำงานที่ควรได้รับความสนใจและตระหนักรู้ โดยมีการ จัดกิจกรรมอบรม พัฒนา และสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อช่วยให้พยาบาลลดความเครียดจากการทำงาน
2. ผลการวิจัยสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายในการสร้างความตระหนักรู้ และใช้เป็น แนวคิดในการกำหนดนโยบายพัฒนารูปแบบเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานของพยาบาลที่ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน เพื่อให้พยาบาลสามารถจัดการอารมณ์ตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถ ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ผลการวิจัยที่พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานด้านความพยายามควบคุมอารมณ์ในวิชาชีพ และด้านการระงับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงาน สามารถ นำไปใช้ในการวางแผนการจัดการศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมในการแสดงออกทางอารมณ์และการจัดการ ความเครียดจากการทำงานของพยาบาลในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงาน เช่น ภาวะหมดไฟ ที่ส่งผลต่อความเครียด จากการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน เพื่อให้เห็นภาพของการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงานกับตัวแปรอื่น ๆ
2. ควรมีการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ขณะทำงาน และความเครียดจากการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐบาล ซึ่งมีบริบทการทำงาน สภาพแวดล้อม และระบบนโยบายสนับสนุนที่แตกต่างกัน

References

- Brotheridge, C. M., & Lee, R. T. (2003). Development and validation of the Emotional Labour Scale. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76(3), 365–379. <https://doi.org/10.1348/096317903769647229>
- Chang, S. J., Koh, S. B., Kang, D. M., Kim, S. A., Kang, M. G., Lee, C. G., Chung, J. J., Cho, J. J., Son, M., Chae, C. H., Kim, J. W., Kim, J. I., Kim, H. S., Roh, S. C., Park, J. B., Woo, J. M., Kim, S. Y., Kim, J. Y., Ha, M., ... Son, D. K. (2005). Developing an occupational stress scale for Korean employees. *Korean Journal of Occupational and Environment Medicine*, 17(4), 297–317. <https://doi.org/10.35371/kjoem.2005.17.4.297>
- Chatziagianni, D., Tsounis, A., Markopoulos, N., & Sarafis, P. (2018). Occupational stress experienced by nurses working in a Greek Regional Hospital: A cross-sectional study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(6), 450-457.
- Cheung, F. Y. L., & Tang, C. S. K. (2010). Effects of age, gender, and emotional labor strategies on job outcomes: Moderated mediation analyses. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 2(3), 323-339.
- Chuaychoo, I., & Tunjoy, R. (2022). The influence of emotional labor on job stress and satisfaction among flight attendants in full-service airlines based in Thailand. *ABAC Journal*, 42(1), 160-178.
- Dahling, J. J., & Perez, L. A. (2010). Older worker, different actor? Linking age and emotional labor strategies. *Personality and Individual Differences*, 48(5), 574–578.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2014). *People's mental health 2002-2003*. Commercial News Agency. (in Thai)
- Grandey, A. A., & Sayre, G. M. (2019). Emotional labor: Regulating emotions for a wage. *Current Directions in Psychological Science*, 28(2), 131–137. <https://doi.org/10.1177/0963721418812771>
- Hassan, Q. (2017). Antecedents and consequences of emotional labor: A review. *Bulletin of Business and Economics*, 6(4), 157-165.
- Health and Safety Executive. (2020). *Work-related stress, anxiety or depression statistics in Great Britain*. https://www.tuc.org.uk/sites/default/files/stress_0.pdf
- Health Resources Geographic Information System. (2022). *Information on medical and public health personnel in private hospitals in Thailand*. <http://gishealth.moph.go.th/healthmap/gmap.php?code=00128>



- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. University of California Press.
- Hong, J., & Kim, O. (2018). Development and validation of an emotional labour scale for nurses. *Journal of Nursing Management*, 27(3), 509-516.
- Ilmarinen, J. (2006). The ageing workforce--challenges for occupational health. *Occupational Medicine*, 56(6), 362-364.
- Jintarat, B., & Sittisarunkul, P. (2021). Emotional labor and burnout in nursing profession. *Journal of the Preventive Medicine Association of Thailand*, 11(2), 435-446. (in Thai)
- Kaewborisut, P. (2019). *Factors influencing the satisfaction of service recipients at a large private hospital that has received JCI standards, outpatient internal medicine department*. In Bangkok [Master's thesis, Mahidol University]. CMMU Digital Archive. <https://archive.cm.mahidol.ac.th/handle/123456789/3413>
- Kim, J. S. (2020). Emotional labor strategies, stress, and burnout among hospital nurses: A path analysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(1), 105-112.
- Kim, J., & Jung, H. S. (2021). The linkage between emotional labor and stress effects on retail sales workers. *Journal of Distribution Science*, 19(10), 99-109.
- Kinman, G., & Leggetter, S. (2016). Emotional labour and wellbeing: What protects nurses? *Healthcare*, 4(4), 89. <https://doi.org/10.3390/healthcare4040089>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Kumar, N., & Jin, Y. (2022). Impact of nurses' emotional labour on job stress and emotional exhaustion amid COVID-19: The role of instrumental support and coaching leadership as moderators. *Journal of Nursing Management*, 30(7), 2620-2632. <https://doi.org/10.1111/jonm.13818>
- Lee, Y. H., Lee, S. H. B., & Chung, J. Y. (2019). Research on how emotional expressions of emotional labor workers and perception of customer feedbacks affect turnover intentions: Emphasis on moderating effects of emotional intelligence. *Frontiers in Psychology*, 9, 2526. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02526>
- Leung, M. Y., Bowen, P., Liang, Q., & Famakin, I. (2015). Development of a job-stress model for construction professionals in South Africa and Hong Kong. *Journal of Construction Engineering and Management*, 141(2), 04014077. [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)CO.1943-7862.0000934](https://doi.org/10.1061/(ASCE)CO.1943-7862.0000934)
- Manirung, N. (2015). *Stress from work and personality of professional nurses at the operating level in a private hospital* [Unpublished master's thesis]. Chulalongkorn University. (in Thai)
- Mann, S. (1997). Emotional labour in organizations. *Leadership & Organization Development Journal*, 18(1), 4-12.
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 633-642.



- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2003). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Lippincott Williams and Wilkins.
- Pugliesi, K. (1999). The consequences of emotional labor: Effects on work stress, job satisfaction, and well-being. *Motivation and Emotion*, 23(2), 125–154. <https://doi.org/10.1023/A:1021329112679>
- Rafique, T., Tasleem, S., Hassan, Q., Tariq, A., & Mumtaz, S. (2017). Antecedents and consequences of emotional labor: A review. *Bulletin of Business and Economics*, 6(4), 157-165. https://www.researchgate.net/publication/343878609_Antecedents_and_Consequences_of_Emotional_labor_A_review#full-text
- Raungsrijan, P., & Suppakitporn, S. (2012). Stress of nurses, attitude for development to be a magnet hospital and factors associated with stress of registered nurses in private international hospital. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 56(4), 425-436. (in Thai)
- Ruangnam, K. (2015). A Comparative study of medical service between public and private hospitals. *Journal of Nakhonratchasima College*, 9(2), 64-75. http://journal.nmc.ac.th/th/admin/Journal/2558Vol9No2_10.pdf (in Thai)
- Sachin, K., Hengudomsap, P., & Wattanasindhu, D. (2019). Factors influencing mental health status of professional nurses in a private hospital. *Journal of Health and Nursing Research*, 35(3), 98-111. (in Thai)
- Satyaningrum, D. I., & Djastuti, I. (2020). Relationship between emotional labor, work stress, employee creativity, and turnover intention: Study on Indonesian bank frontliners. *Diponegoro International Journal of Business*, 3(1), 1-16.
- Siangpror, P., Rawiworrakul, T., & Kaewboonchoo, O. (2014). Factors correlated to job stress among nurses in specialised cancer hospitals, central region of Thailand. *Journal of Health Science Research*, 8(1), 17-27. (in Thai)
- Sohn, B. K., Park, S. M., Park, I. J., Hwang, J. Y., Choi, J. S., Lee, J. Y., & Jung, H. Y. (2018). The relationship between emotional labor and job stress among hospital workers. *Journal of Korean Medical Science*, 33(39), e246. <https://doi.org/10.3346/jkms.2018.33.e246>
- Thitaree, K., & Chaiwong, W. (2019). A study on prevalence of work-related stress and relating factors among staff in a private hospital. *Thammasat Medical Journal*, 19(1), 115-132. (in Thai)
- Thongkaew, T. (2016). *Stress in the workplace and related factors among registered nurses at outpatient department of a hospital in Bangkok* [Unpublished master's thesis]. Chulalongkorn University. (in Thai)
- van de Vijfeijke, H., Leijten, F. R. M., Ybema, J. F., van den Heuvel, S. G., Robroek, S. J. W., van der Beek, A. J., Burdorf, A., & Taris, T. W. (2013). Differential effects of mental and physical health and coping style on work ability: A 1-year follow-up study among aging workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55(10), 1238–1243. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3182a2a5e1>



- Westbrook, D., Kennerly, H., & Kirk, J. (2007). *Cognitive behavior therapy: Skill and applications*. SAGE Publication.
- Wu, X., Li, J., Liu, G., Liu, Y., Cao, J., & Jia, Z. (2018). The effects of emotional labor and competency on job satisfaction in nurses of China: A nationwide cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(4), 383-389.



Effect of the Health Literacy Promoting Program on Self-Management Behaviors Among Older Persons with Uncontrolled Hypertension*

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง
ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้*

เอมพร	บัวทองจันทร์**	Amporn	Buathongchan**
เดชา	ทำดี***	Decha	Tamdee***
ณัฐยานันท์	สุวรรณคฤหาสน์****	Nattaya	Suwankruhasn****

Abstract

Self-management behaviors are important for older persons with uncontrolled hypertension in order to control their disease. This quasi-experimental research with two groups measured results, before and after the experiment, aiming to study the results of a health literacy promotion program on self-management behaviors among older persons with uncontrolled hypertension. The participants included older persons diagnosed with hypertension and uncontrolled hypertension who received services at the health-promoting hospital in Nakae district, Nakhon Phanom province. A total of 48 participants were randomly selected and assigned to either the experimental or control group (24 in each). The experimental group participated in the health education program, while the control group received routine care. The tools used in the study consisted of two parts: 1) a health literacy promotion program and 2) a data collection tool, including a personal and illness data recording form, and a measurement of self-management behaviors among older persons with uncontrolled hypertension. The health literacy promotion program was checked for content validity by six experts. Regarding the measurement tool for self-management behavior, the researcher tested the internal consistency and obtained a Cronbach's correlation coefficient of .91. Data were analyzed by descriptive statistics, independent t-test statistics, and dependent t-test statistics.

The research results found that the experimental group had a higher self-management behaviors mean score ($M = 93.25$, $SD = 5.23$) than before participating in the intervention ($M = 70.67$, $SD = 7.46$), with a statistically significant difference ($t = 22.75$, $p < .001$) as well as a higher mean score than that of the control group ($M = 74.04$, $SD = 4.71$), with a statistically significant difference ($t = 13.37$, $p < .001$).

Healthcare providers can apply this model for promoting health literacy as a guideline for health education in older persons with uncontrolled hypertension to improve their self-management.

Keyword: Health literacy promoting program; Older persons; Uncontrolled hypertension; Self-management

* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate student of Nursing Science program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
e-mail: decha.t@cmu.ac.th

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 26 December 2023; Revised 25 March 2024; Accepted 19 April 2024



Effect of the Health Literacy Promoting Program on Self-Management Behaviors Among Older Persons with Uncontrolled Hypertension

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการจัดการตนเอง เป็นพฤติกรรมสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้สามารถควบคุมการเจ็บป่วยได้ การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ในอำเภอเกาะช้าง จังหวัดนครพนม คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 48 ราย สุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 24 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามี 2 ส่วน ดังนี้ 1) โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และ 2) เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย และแบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน และแบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผู้วิจัยได้นำไปทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน ได้ค่า Cronbach's correlation coefficient เท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ independent t-test และ dependent t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($M = 93.25$, $SD = 5.23$) สูงกว่าก่อนทดลอง ($M = 70.67$, $SD = 7.46$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 22.75$, $p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 74.04$, $SD = 4.71$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.37$, $p < .001$)

บุคลากรด้านสุขภาพ สามารถนำรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีการจัดการตนเองดีขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
การจัดการตนเอง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: decha.t@cmu.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 26 ธันวาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ 25 มีนาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 19 เมษายน 2567



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2020) พบว่าประชากรผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีเพียง 1 ใน 5 หรือร้อยละ 20 เท่านั้นที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ส่วนอีก 4 ใน 5 หรือร้อยละ 80 คือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (World Health Organization [WHO], 2020) สำหรับในประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2559 พบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่องมีจำนวนที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ สอดคล้องกับฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2559-2560 พบประชากรผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้สูงถึงร้อยละ 85.86 และยังพบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้สูงถึงร้อยละ 45 (Thai Hypertension Society, 2019)

จากการสำรวจ การควบคุมระดับความดันโลหิตตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไปของกรมการแพทย์ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 พบว่า กลุ่มผู้ที่มีช่วงอายุ 70-79 ปี ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตมากที่สุดร้อยละ 28.35 รองลงมาคือช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 26.3 (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2017) จึงเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้มากที่สุด ทั้งนี้ ในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา โดยภาวะแทรกซ้อนจะเกิดขึ้นแบบช้า ๆ และค่อย ๆ เกิดความผิดปกติขึ้นทีละน้อย ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบบ่อย คือ ภาวะแทรกซ้อนที่สมอง หัวใจ ไต และ ตา (Thai Hypertension Society, 2019) ส่วนสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตนั้น เกิดจากการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่เหมาะสมทำให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ดังนั้น การส่งเสริมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ให้สามารถจัดการตนเองเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นความสามารถในการใช้ทักษะในการจัดการภาวะความเจ็บป่วย ซึ่งบุคคลมีส่วนร่วมรับผิดชอบดูแลตลอดช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วย (Lorig & Holman, 2003) โดยใช้ทักษะความสามารถจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพ ที่ได้รับความรู้หรือการพัฒนาจากทีมบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น ประกอบไปด้วยการจัดการตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการตนเองด้านการแพทย์ หรือด้านการรักษา (medical management) ได้แก่ การใช้ยาตามแผนการรักษา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก และการงดสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ 2) การจัดการตนเองด้านการปรับพฤติกรรม หรือบทบาท (behavioral or role management) เป็นการควบคุมปรับเปลี่ยนสร้างพฤติกรรมบทบาทชีวิตใหม่ ๆ โดยจะต้องประยุกต์การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมของโรคความดันโลหิตสูงให้เข้ากับสถานการณ์วิถีชีวิตของตนเอง และ 3) การจัดการตนเองด้านอารมณ์ (emotion management) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้อาจเจอกับภาวะเครียด ความโกรธ ความกลัว ความคับข้องใจ และภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม มีการออกกำลังกายที่ไม่เป็นแบบแผน และเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาไม่มีการสอบถามข้อสงสัยกับบุคลากรด้านสุขภาพ (Somjai et al., 2022) นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ เป็นผลให้การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรด้านสุขภาพลดลง การแก้ไขปัญหา รวมทั้งการตัดสินใจลดลง นำไปสู่การมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม (Daemayu et al.,



Effect of the Health Literacy Promoting Program on Self-Management Behaviors Among Older Persons with Uncontrolled Hypertension ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

2020)

ปัจจัยสำคัญในการจัดการพฤติกรรมตนเองให้ดีขึ้น และเป็นปัจจัยที่สามารถส่งเสริมให้เปลี่ยนแปลงได้ คือ ปัจจัยด้านความรู้ทางด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นทักษะทางปัญญา (cognitive skill) และทักษะทางสังคม (social skill) ที่ขึ้นทำให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยทักษะทั้ง 6 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access skill) 2) ทักษะความรู้ความเข้าใจ (Understanding skill) 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) 4) ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) 5) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill) (Nutbeam, 2008)

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความสามารถและทักษะทั้ง 6 ทักษะ เนื่องจากการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ทักษะ เป็นสิ่งสำคัญ (World Health Organization, 2020) หากผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ รวมถึงทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ที่จะทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลสุขภาพในการจัดการความเจ็บป่วยอย่างถูกต้อง ผู้สูงอายุจะสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายและเข้าใจความรู้/ ข่าวสารทางสุขภาพ สามารถตัดสินใจเลือกข้อมูลทางสุขภาพและสามารถนำความรู้มาสู่การดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมได้ ส่งผลให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้นและยั่งยืน (Limrernsakul et al., 2022)

งานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเบาหวานในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งไม่สามารถนำมาอ้างอิงในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผู้สูงอายุอยู่ช่วงวัยที่มีข้อจำกัดด้านความสามารถในการอ่าน การเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ รวมทั้งการแสวงหาข้อมูลเพื่อพิจารณาเลือกใช้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพ เพราะมีความเสื่อมถอยของร่างกาย นอกจากนี้จากการศึกษาโปรแกรมฯ ที่ผ่านมามักจะมีข้อจำกัดและยังไม่ครอบคลุมทักษะครบทั้ง 6 ทักษะ ของความรู้ด้านสุขภาพ เช่น การเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจ ซึ่งในปัจจุบันมีเทคโนโลยีการติดต่อสื่อสารที่เจริญก้าวหน้าทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องจำนวนมาก (Limrernsakul et al., 2022) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีค่ามากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ



2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่ามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) ซึ่งประกอบด้วยทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ทักษะความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) ทักษะการตัดสินใจ และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Nutbeam, 2008) ซึ่งการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ทักษะ จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ นำไปสู่การตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้การแลกเปลี่ยนข้อมูลจากการสื่อสารและการอภิปรายร่วมกันเป็นการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และมีการติดต่อกับบุคลากรด้านสุขภาพในการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางด้านสุขภาพ จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะสืบค้นหาข้อมูลทางด้านสุขภาพได้ด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ตลอดจนสามารถวิเคราะห์ข้อมูลและตัดสินใจเลือกข้อมูลทางด้านสุขภาพเพื่อนำไปใช้ได้ ซึ่งการเพิ่มขึ้นของความรอบรู้ด้านสุขภาพ นำไปสู่การเกิดกระบวนการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้นทั้ง 3 ด้านตามแนวคิดของ ลอริก และ ฮอร์แมน (Lorig & Holman, 2003) ประกอบด้วย 1) การจัดการด้านการแพทย์ ได้แก่ การใช้ยาตามแผนการรักษา การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ 2) การจัดการด้านบทบาท ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบทบาทที่เป็นผู้ป่วย และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์และความเครียด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มและวัดผลสองครั้ง (two group pretest-posttest design) คือ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่น้อยกว่า 6 เดือน และมีระดับความดันโลหิตที่วัดครั้งล่าสุดในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยวัดเอง มีค่ามากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และได้รับการรักษาด้วยการใช้ยา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่น้อยกว่า 6 เดือน และมีระดับความดันโลหิตที่วัดครั้งล่าสุดในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยวัดเอง มีค่ามากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระซอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านดงอินา อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) มีดังนี้

1. มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Medical Sciences, 2014) ที่ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ต้องได้คะแนน 12 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 20 คะแนน

2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ประเมินโดยใช้แบบประเมินสติปัญญารูทคิดฉบับสั้น (the Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) ของ ไพฟ์เพอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Chiang Mai Province Public Health Office, 2018) โดยมีคะแนนตั้งแต่



Effect of the Health Literacy Promoting Program on Self-Management Behaviors Among Older Persons with Uncontrolled Hypertension ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

8 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

4. ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลสามารถใช้สมาร์ทโฟนหรือแท็บเล็ตได้

5. มีความสนใจ เต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

6. มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ โดยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพที่ใช้ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ สุวิดา ลิ้มเริ่มสกุล และคณะ (Limrernsakul et al., 2022) มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่า 40.8 คะแนน โดยมีคะแนนรวมเต็ม 68 คะแนน

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่

1. ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) มากกว่า 180 mmHg และระดับความดันไดแอสโตลิก (DBP) มากกว่า 110 mmHg และ/หรืออยู่ในภาวะวิกฤตของโรค

เกณฑ์ในการพิจารณาเพื่อยกกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย มีดังนี้

1. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในรูปแบบผู้ป่วยใน (IPD)

2. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามจำนวนครั้งที่กำหนด (มากกว่า 2 ครั้ง)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มประชากรโดยโปรแกรม $G * power$ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อาศัยอำนาจการทำนาย (power) ที่ .80 และคำนวณกำหนดขนาดของความสัมพันธ์ที่ต้องการศึกษา (effect size) จากการศึกษาก่อน เบญจมาศ ถาดแสง และคณะ (Thatsaeng et al., 2012) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากมีตัวแปรที่ศึกษาเหมือนกัน ได้คำนวณอิทธิพลเท่ากับ .82 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 19 คน และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ตามเกณฑ์ (attrition rate) เพิ่มในอัตราร้อยละ 20 ดังนั้นในการศึกษานี้จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เพื่อเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอนาแก จังหวัดนครพนมที่มีทั้งหมด 20 รพ.สต. ได้มา 2 รพ.สต. คือ รพ.สต.พระซอง และ รพ.สต.บ้านดงอินา ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยแยกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการสุ่มอย่างง่าย โดยจากการจับสลากสุ่มได้กลุ่มทดลองเป็น รพ.สต.พระซอง และกลุ่มควบคุมเป็น รพ.สต.บ้านดงอินา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดในแต่ละส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

1. แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (SPMSQ) ของ ไฟฟ์เพอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Chiang Mai Province Public Health Office, 2018) ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน จะต้องมีความรู้มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

2. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Medical Sciences, 2014) ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ การเคลื่อนย้ายตัวเอง (transfer), การเดิน (mobility), การใช้ห้องน้ำ (toilet use), การล้างหน้า (grooming),



การถ่ายปัสสาวะ (bladder), การถ่ายอุจจาระ (bowels), การอาบน้ำ (bathing), การรับประทานอาหาร (feeding), การใส่เสื้อผ้า (dressing) และการเดินลงบันได (stairs) จะต้องมีความถี่มากกว่าหรือเท่ากับ 12 ครั้ง จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน

3. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพที่ใช้ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ สุวิดา ลิ้มเริ่มสกุล และคณะ (Limrermtrakul et al., 2022) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ แบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 6 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การสื่อสารสุขภาพ และการจัดการตนเอง 10 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้งและไม่ได้ปฏิบัติ ในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ แต่ละด้านมีคะแนนรวมเต็ม 10 คะแนน ส่วนการสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง แต่ละด้านมีคะแนนรวมเต็ม 15 คะแนน

ตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 3 ข้อ โดยการให้คะแนนเป็นไปตามการเลือกปฏิบัติ คือ 4 คะแนน สำหรับข้อที่ปฏิบัติในระดับถูกต้องที่สุด 3 คะแนน สำหรับข้อที่ปฏิบัติในระดับถูกต้องรองลงมา 2 คะแนน สำหรับข้อที่ปฏิบัติในระดับพอใช้ และ 1 คะแนน สำหรับข้อที่ปฏิบัติในระดับควรปรับปรุง

คะแนนรวมของแบบสอบถามเต็ม 68 คะแนน ค่าคะแนนที่สูงหมายถึงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ดี เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนน น้อยกว่า 40.8 มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 40.8-47.5 มีความรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง คะแนน 47.6-54.3 มีความรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

ส่วนที่ 2 ชุดเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดดังนี้

1. แผนการสอนเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในประเด็นการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ได้แก่ การรับประทานอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายอารมณ์และความเครียด ซึ่งใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) ซึ่งประกอบด้วยทักษะความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ทักษะ โดยมีการให้ความรู้ผ่านสื่อเพาเวอร์พอยท์โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และมีการมอบคู่มือส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเปิดทบทวนความรู้ได้ขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อเพิ่มทักษะความรู้ความเข้าใจ ร่วมกับการได้รับการฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพโดยการฝึกการสืบค้นข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต

ทั้งนี้ ผู้สูงอายุมีการฝึกทักษะการตัดสินใจ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ โดยการใช้สื่อออนไลน์ ได้แก่ วิดีโอโฆษณาอาหารเสริมลดความดันโลหิตสูง โฆษณาวิตามินลดความดันโลหิตสูง วิดีโอการบริหารลดความดันโลหิตสูง และวิดีโอเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เพื่อให้ผู้สูงอายุฝึกวิเคราะห์และสามารถตัดสินใจเลือกสื่อที่มีความน่าเชื่อถือได้ รวมทั้งมีการฝึกทักษะการจัดการตนเองโดยให้ผู้สูงอายุกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของตนเอง โดยการตั้งเป้าหมายจะช่วยให้เกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคให้สำเร็จตามเป้าหมาย

2. คู่มือส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับ



ความดันโลหิต ได้แก่ การรับประทานอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายอารมณ์และความเครียด

3. สื่อให้ความรู้ในรูปแบบ Power Point Presentation เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ได้แก่ การรับประทานอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายอารมณ์และความเครียด โดยมีเนื้อหาตรงกับคู่มือส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค โรคร่วมอื่นที่ได้รับการวินิจฉัยร่วมด้วย ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จำนวนยารักษาโรคที่ได้รับ แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2. แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ของ เบญจมาศ ถาดแสง และคณะ (Thatsaeng et al., 2012) โดยคงคำถามเดิมไว้ทุกประการ มีจำนวนคำถาม 26 ข้อ ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ ด้านการรับประทานอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง 7 ข้อ ด้านการรับประทานยา 7 ข้อ ด้านการจัดการอารมณ์ 3 ข้อ และด้านการประสานความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุกับบุคลากรสุขภาพและการมาตรวจตามนัด 4 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก 1-4 โดย 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย 2 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง 3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และ 4 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ คะแนนรวม 104 คะแนน อยู่ในช่วงคะแนน 26-104 คะแนน แปลผลคะแนน โดยแบ่งคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 26.00-52.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำ 52.01-79.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับระดับปานกลาง และ 79.01-104.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเชื่อมั่นของเครื่องมือการวิจัย ดังนี้

1. ความตรงตามเนื้อหา (content validity)

1.1. โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ประกอบด้วย แผนการสอนตามกรอบแนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) คู่มือส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และ Power point ส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยเครื่องมือทั้ง 3 เครื่องมือ มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุและการจัดการตนเอง 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 ท่าน จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้จริง

1.2. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของ เบญจมาศ ถาดแสง และคณะ (Thatsaeng et al., 2012) ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา CVI = .81 ผู้วิจัยไม่ได้มีการดัดแปลงเนื้อหา จึงไม่ได้มีการทดสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ



Effect of the Health Literacy Promoting Program on Self-Management Behaviors Among Older Persons with Uncontrolled Hypertension ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

2. ความเชื่อมั่น (reliability)

แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของ เบญจมาศ ถาดแสง และคณะ (Thatsaeng et al., 2012) นำไปทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย นำมาคำนวณค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าเท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการนำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยเลขที่ 038/2566 รหัสโครงการ 2566-EXPO12 และได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมชี้แจงให้ทราบถึงการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างในการรักษาพยาบาลอยู่ในปัจจุบัน ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ และเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มควบคุม ภายหลังการดำเนินการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้มอบคู่มือและสื่อให้ความรู้ในรูปแบบ Power Point Presentation ให้แก่กลุ่มควบคุมทุกคน แบบสอบถามเก็บไว้เป็นเวลา 5 ปี จึงจะทำลาย และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเพื่อเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย คัดกรองคุณสมบัติตามเกณฑ์ จากนั้นรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย แล้วประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยผู้ช่วยวิจัย เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ครบตามที่กำหนดแล้ว ดำเนินการกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลตามปกติที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในเขตบริการ ร่วมกับได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน แต่ละกลุ่มจัดกิจกรรมเหมือนกัน จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 45-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง วันเว้นวันในแต่ละสัปดาห์ เป็นเวลา 2 สัปดาห์ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ทักษะ คือ มีการให้ความรู้ผ่านสื่อเพาเวอร์พอยท์โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และมีการมอบคู่มือส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเปิดทบทวนความรู้ได้ขณะอยู่ที่บ้าน เป็นการเพิ่มทักษะความรู้ความเข้าใจ ร่วมกับการได้รับการฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ โดยการฝึกการสืบค้นข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต ทั้งนี้มีการฝึกทักษะการตัดสินใจ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ โดยการใช้สื่อออนไลน์ ได้แก่ วิดีโอโฆษณาอาหารเสริมลดความดันโลหิตสูง โฆษณาวิตามินลดความดันโลหิตสูง วิดีโอการบริหารลดความดันโลหิตสูง และวิดีโอเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เพื่อให้ผู้สูงอายุฝึกวิเคราะห์และสามารถตัดสินใจเลือกสื่อที่มีความน่าเชื่อถือได้ รวมทั้งมีการฝึกทักษะการจัดการตนเองโดยการให้ผู้สูงอายุกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของตนเอง

ในสัปดาห์ที่ 3 มีการจัดกิจกรรมที่ รพ.สต.พระทอง โดยมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพรายบุคคลในประเด็นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม พร้อมกับจะมีการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ในกรณีที่มีการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คือ มีคะแนนความรู้รอบรู้ต่ำกว่า 40.8 คะแนน ผู้วิจัยได้ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ทักษะ ให้กับกลุ่มตัวอย่างที่ยังขาดความ



Effect of the Health Literacy Promoting Program on Self-Management Behaviors Among Older Persons with Uncontrolled Hypertension ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ชัดเจนหรือความกระจำ ใช้เวลาครั้งละ 15-30 นาที โดยจัดกิจกรรมที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

ในสัปดาห์ที่ 6 และ 8 ได้โทรศัพท์ติดตามเพื่อกระตุ้นเตือน 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 10-15 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยใช้เวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ มีรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ด้านการรับประทานอาหาร และการรับประทานยา โดยจะมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ทักษะ ดังกิจกรรมที่ได้กล่าวมาข้างต้น

สัปดาห์ที่ 2 ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ด้านการออกกำลังกาย และการผ่อนคลายอารมณ์และความเครียด โดยจะมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ทักษะ ดังกิจกรรมที่ได้กล่าวมาข้างต้น

สัปดาห์ที่ 3 ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพรายบุคคล ในประเด็นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม พร้อมกับการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ในกรณีที่มีการประเมินความรู้ด้านสุขภาพแล้วผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คือมีคะแนนความรู้ต่ำกว่า 40.8 คะแนน ได้สอนซ้ำอีกรอบ หลังจากสอนซ้ำ มีการตรวจสอบความรู้ด้านสุขภาพด้วยแบบประเมินซ้ำอีกครั้ง จนกว่ามีค่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพมากกว่า 40.8 คะแนน

สัปดาห์ที่ 4-8 กลุ่มตัวอย่างนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติใช้ในการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน

สัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 8 โทรศัพท์ติดตามเพื่อกระตุ้นเตือน ครั้งละ 10-15 นาที เป็นการติดตามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามกิจกรรมที่ได้รับความรู้ในสัปดาห์ที่ 1-2 และเป็นการกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

สัปดาห์ที่ 9 นัดเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยผู้ช่วยวิจัย ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1-8 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 ที่ดำเนินการโดย รพ.สต.บ้านดงอินน้ำ และสัปดาห์ที่ 9 นัดหมายกลุ่มควบคุมมาที่ รพ.สต.บ้านดงอินน้ำ คนละเวลากับกลุ่มทดลอง ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัย ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลังจากนั้นได้มอบคู่มือและสื่อให้ความรู้ในรูปแบบ Power Point Presentation ให้แก่กลุ่มควบคุมทุกคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยข้อมูลที่เป็นสัดส่วน หรือจำนวนและร้อยละ ได้แก่ เพศ อายุ คะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค จำนวนยารักษาโรคที่ได้รับ โรคร่วมอื่นที่ได้รับการวินิจฉัย ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และแหล่งข้อมูลสุขภาพ ทดสอบด้วย Chi-square test ส่วนข้อมูลระดับการศึกษา ทดสอบด้วย Fisher's exact test และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลต่อเนื่อง ได้แก่ อายุ คะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ด้วย independent t-test สำหรับจำนวนยารักษาโรคที่ได้รับ ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย independent t-test



4. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและ
หลังการทดลอง ด้วย paired t-test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.30 ของกลุ่มทดลอง และร้อยละ 70.80 ของกลุ่มควบคุม) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 70.54 ปี (SD = 9.29) และกลุ่มควบคุม 71 ปี (SD = 7.26) โดยมากกว่าครึ่งของกลุ่มทดลอง และครึ่งของกลุ่มควบคุมเป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 54.20 ของกลุ่มทดลอง และร้อยละ 50.00 ของกลุ่มควบคุม) ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 95.80 ของกลุ่มทดลอง และร้อยละ 100.00 ของกลุ่มควบคุม) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

สำหรับข้อมูลการเจ็บป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 6.46 ปีของกลุ่มทดลอง (SD = 5.06) และ 6.08 ปีของกลุ่มควบคุม (SD = 4.20) โดยพบว่า เกินครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 54.2 ของกลุ่มทดลอง และร้อยละ 58.3 ของกลุ่มควบคุม) ครึ่งหนึ่งของกลุ่มทดลองและหนึ่งในสามส่วนของกลุ่มควบคุม มีโรคร่วมอื่นที่ได้รับการวินิจฉัยร่วมด้วย (ร้อยละ 50.00 ของกลุ่มทดลอง และร้อยละ 29.20 ของกลุ่มควบคุม) ในส่วนของแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 100 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 91.7 ในกลุ่มควบคุม) และมากกว่าครึ่งได้รับข้อมูลจากพยาบาล (ร้อยละ 62.5 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 70.8 ในกลุ่มควบคุม) ทั้งนี้ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 70.8 ของกลุ่มทดลอง และร้อยละ 79.2 ของกลุ่มควบคุม) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพบว่า ข้อมูลการเจ็บป่วยด้านระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค โรคอื่นที่ได้รับการวินิจฉัยร่วมด้วย แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้พบว่า เกือบครึ่งของกลุ่มทดลองมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41.7) ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 87.5) อีกทั้งยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้ยาเฉลี่ย 2.21 ชนิด (SD = 1.22) ในกลุ่มทดลอง และ 1.46 ชนิด (SD = 0.83) ในกลุ่มควบคุมโดยพบว่า เกือบครึ่งของกลุ่มทดลองใช้ยามากกว่า 2 ชนิด (ร้อยละ 45.8) ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ใช้ยาเพียง 1-2 ชนิด (ร้อยละ 87.5) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพบว่า ข้อมูลด้านภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและจำนวนยารักษาโรคที่ได้รับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

2. ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม ($M = 93.25$, $SD = 5.23$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 74.04$, $SD = 4.71$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.37$, $p < .001$) ดังตารางที่ 1



Effect of the Health Literacy Promoting Program on Self-Management Behaviors Among Older Persons with Uncontrolled Hypertension

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
ของผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน	Mean	SD	Mean	SD	
คะแนนโดยรวม					
ก่อนการทดลอง	70.67	7.46	73.67	5.13	.060
หลังการทดลอง	93.25	5.23	74.04	4.71	< .001
ด้านการออกกำลังกาย					
ก่อนการทดลอง	12.29	2.91	13.08	1.74	.259
หลังการทดลอง	16.83	2.37	13.25	1.57	< .001
ด้านการรับประทานอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง					
ก่อนการทดลอง	18.67	2.46	18.17	2.39	.479
หลังการทดลอง	24.17	2.38	18.13	2.06	< .001
ด้านการรับประทานยา					
ก่อนการทดลอง	21.04	1.76	21.33	1.09	.493
หลังการทดลอง	27.83	0.56	21.08	1.21	< .001
ด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด					
ก่อนการทดลอง	4.10	0.84	4.10	0.92	.837
หลังการทดลอง	10.00	0.72	8.67	1.30	< .001
ด้านการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพและการมาตรวจตามนัด					
ก่อนการทดลอง	11.58	1.96	12.38	1.10	.090
หลังการทดลอง	14.41	0.88	12.42	1.14	< .001

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน ($M = 93.25$, $SD = 5.23$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 70.67$, $SD = 7.46$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 22.75$, $p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
กลุ่มทดลอง	70.67	7.46	93.25	5.23	<.001
กลุ่มควบคุม	73.67	5.13	74.04	4.71	.220

การอภิปรายผล

ผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐาน ได้ดังต่อไปนี้

สมมติฐานที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)



สมมติฐานที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งโดยรวมและรายด้าน มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

แสดงให้เห็นว่าเมื่อมีความรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น จะส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเอง ที่ดีขึ้น ทั้งนี้ยังพบว่า ในกลุ่มทดลองมีการใช้ยามากกว่า 2 ชนิดสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 45.8 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 12.5 ในกลุ่มควบคุม) และยังพบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า กลุ่มควบคุม (ร้อยละ 41.7 ในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มควบคุมพบเพียงร้อยละ 12.5) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความ ตระหนักในการดูแลตนเองมากขึ้น โดยมีการแสวงหาความรู้ในการดูแลตนเองจากแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็น ประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้น (Chasuwan et al., 2022)

นอกจากนี้ การที่กลุ่มทดลองสามารถจัดการตนเองได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อมีความรู้ด้านสุขภาพ มากขึ้น เป็นผลเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้ แนวคิดของ Nutbeam (2008) ซึ่งประกอบด้วยทักษะความรู้ด้านสุขภาพ 6 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ โดยมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อ ควบคุมระดับความดันโลหิต ได้แก่ การรับประทานอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยา การ ออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์และความเครียด โดยมีการให้ความรู้ผ่านสื่อเพาเวอร์พอยท์ และมีการมอบ คู่มือส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองฯ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเปิดทบทวนความรู้ได้ขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อ เป็นการเพิ่มทักษะความรู้ความเข้าใจ ร่วมกับการได้รับการฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ โดย ฝึกการสืบค้นข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต ทั้งนี้มีการฝึกทักษะการตัดสินใจ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ โดยการใช้สื่อ ออนไลน์ ได้แก่ วิดีโอโฆษณาอาหารเสริมลดความดันโลหิตสูง โฆษณาวิตามินลดความดันโลหิตสูง วิดีโอทำบริหาร ลดความดันโลหิตสูง และวิดีโอเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เพื่อให้ผู้สูงอายุฝึกวิเคราะห์และสามารถตัดสินใจ เลือกสื่อที่มีความน่าเชื่อถือได้ รวมทั้งมีการฝึกทักษะการจัดการตนเอง โดยการให้ผู้สูงอายุกำหนดเป้าหมายและ วางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของตนเอง โดยการตั้งเป้าหมายจะช่วยให้เกิดความมุ่งมั่นในการ ปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคให้สำเร็จตามเป้าหมาย (Seesawang et al., 2022)

โปรแกรมฯ นี้ มีการให้ความรู้รายบุคคลในประเด็นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 1 ครั้ง ครั้งละ 15- 30 นาที เพื่อพูดคุยซักถาม ตอบข้อกังขาของผู้สูงอายุและบุคลากรสุขภาพช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์ ทำให้ผู้สูงอายุ กล้าแสดงความคิดเห็น กล้าสอบถาม เพื่อสร้างความเข้าใจและเพิ่มความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง (Tachanan et al., 2023) นอกจากนี้ ได้มีการกระตุ้นเตือนโดยการติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ครั้งละ 10-15 นาที ซึ่งการกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสุขภาพภายหลังที่ผู้สูงอายุนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติแล้วระยะ หนึ่ง เป็นการช่วยเตือนความจำผู้สูงอายุให้ได้ทบทวนความรู้ต่าง ๆ ที่ได้รับ ตลอดจนทำให้ไม่ลืมนแนวทางปฏิบัติใน การดูแลตนเอง เป็นการช่วยสร้างให้เกิดแรงจูงใจ ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นทำให้ผู้สูงอายุเกิดความร่วมมือและปฏิบัติ พฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี

ในกรณีที่ผู้สูงอายุทำได้อย่างถูกต้อง จะได้รับคำชมเชยและเสริมสร้างกำลังใจ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกดีที่ได้รับการเอา ใจใส่ดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ เป็นการสร้างความมั่นใจให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจมีกำลังใจที่จะดูแลตนเอง ได้อย่างต่อเนื่อง (Suebpan et al., 2021) ซึ่งกระบวนการทั้งหมดเป็นไปตามกรอบแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ เจตคติ แรงจูงใจ เจตนาในการกระทำและทักษะความรู้ด้าน สุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยทักษะ 6 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Limrermasakul et al., 2022) จากผลการศึกษาและเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น จึงสรุปได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุโรค



ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามกรอบแนวคิดของ Nutbeam (2008) จะสามารถเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพได้ และทำให้การจัดการตนเองในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 ของ สุวิดา ลิ้มเริ่มสกุล และคณะ (Limrermtrakul et al., 2022) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามกรอบแนวคิดของ Nutbeam (2008) หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปในทางเดียวกันกับการศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของ รัตนารณ กัลารบ และคณะ (Klarob et al., 2021) ที่ใช้กรอบแนวคิดของ Nutbeam มาเป็นแนวคิดหลักในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกันกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สมุนไพรต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ของ นัฐธิญา จันทรดอน และ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (Jundon & Methakajanasak, 2023) ซึ่งมีการใช้กรอบแนวคิดของ Nutbeam มาเป็นแนวคิดหลักในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังนั้นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) จึงเป็นรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองให้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรด้านสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเพิ่มทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น สามารถตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลได้ นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองให้ดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพื่อติดตามผลในระยะยาวของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อประเมินการคงอยู่ของพฤติกรรมการจัดการตนเอง
2. ควรศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิต

References

- Chasuwan, K., Tongdee, J., Phanlek, N., & Dissara, W. (2022). Self-management of older persons with hypertension. *Journal of Health Research and Innovation*, 5(2), 14-27. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri/article/view/259881> (in Thai)
- Chiang Mai Province Public Health Office. (2018). *Community level elderly screening form*. https://www.chiangmaihealth.go.th/detail_article.php?info_id=4197



Effect of the Health Literacy Promoting Program on Self-Management Behaviors Among Older Persons with Uncontrolled Hypertension ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

- Daemayu, A., Panuthai, S., & Juntasopeepun, P. (2020). Correlation between health literacy and self-management amongst older Thai Muslims with hypertension. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 35(3), 87-107.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2017). *Campaign message for World Hypertension Day 2017*. Department of Disease Control, Ministry of Public Health.
- Department of Medical Sciences. (2014). *Screening/Assessment manual for the elderly*. Office of the Veterans Organization. (in Thai)
- Jundon, N., & Methakajanasak, N. (2023). Effects of a herb usage health literacy program on health literacy and health behavior in persons with chronic kidney disease stage 3-4. *Journal of Nursing Practice and Thai Midwifery*, 10(1), 86-103. (in Thai)
- Klarob, R., Sikaow, O., & Prasertsong, C. (2021). The effect of health literacy program for uncontrolled type 2 diabetes mellitus patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 22(3), 274-283. (in Thai)
- Limrermasakul, S., Saneha, C., Wattanakitkrileart, D., & Buranasupkajorn, P. (2022). Effects of a health literacy development program on self-care behaviors in elderly with type 2 diabetes mellitus. *Nursing Science Journal of Thailand*, 40(1), 84-98. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/248877> (in Thai)
- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7. http://www.doi.org.10.1207/S15324796ABM2601_01
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441. <http://www.doi.org.10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x>
- Seesawang, J., Thongtaeng, P., Vichitragoonthavon, S., & Chaiwuth, S. (2022). The effects of perceived personal risk for developing cardiovascular diseases enhancement program among older adults with hypertension. *Nursing Science Journal of Thailand*, 40(3), 42-59. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/252233> (in Thai)
- Somjai, C., Chintanawat, R., & Juntasopeepun, P. (2022). Health literacy and self-management among black tai older persons with hypertension. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*, 33(1), 153-166. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pnc/article/view/255249> (in Thai)
- Suebpan, J., Boonyamalik, P., & Kerdmongkol, P. (2021). Effects of a health literacy promotion program on health behaviors in older adults with uncontrolled type 2 diabetes. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 14(1), 109-124.



Effect of the Health Literacy Promoting Program on Self-Management Behaviors Among Older Persons with Uncontrolled Hypertension ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

- Tachanan, A., Tamdee, D., & Panuthai, S. (2023). Effects of a health literacy promotion program on self-management in elderly breast cancer patients who received radiation. *Nursing Journal CMU*, 50(1), 159-174. (in Thai)
- Thai Hypertension Society. (2019). *Thai guidelines on the treatment of hypertension 2015 update 2019*. <http://www.thaihypertension.org>
- Thatsaeng, B., Lasuka, D., & Khampolsiri, T. (2012). Effects of a self-management supporting program on self-management behaviors and blood pressure among elders with hypertension. *Nursing Journal*, 39(4), 124-137. (in Thai)
- World Health Organization. (2020). *Hypertension*. World Health Organization.



Hydration Literacy and Fluid Intake Among Older Persons with Chronic Diseases*

ความรู้ด้านความต้องการน้ำและปริมาณสารน้ำที่ได้รับในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง*

มณฑนา

อนุจา**

Mantana

Anuja**

จิตตวดี

เหริญทอง***

Jittawadee

Rhiantong***

ศิริรัตน์

ปานอุทัย****

Sirirat

Panuthai****

Abstract

Hydration literacy can help older persons with chronic diseases analyze their own daily water consumption. They can also make decisions to increase or decrease their daily water intake to maintain an appropriate level for their health condition. This descriptive correlation research aimed to describe hydration literacy, fluid intake, and the association between hydration literacy and fluid intake among older persons with chronic diseases. The participants consisted of 213 older persons with chronic diseases who received healthcare service from sub-district Health Promotion Hospitals in Mueang Lamphun district, Lamphun province. The participants were selected using proportional stratified random sampling. The research tools included a demographic and illness data recording form, a water intake record form, and a hydration literacy interview measurement. The hydration literacy interview measurement was tested for reliability, and an acceptable coefficient of .93 was obtained. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The results showed that the older persons with chronic diseases had a moderate level of hydration literacy. The average daily fluid intake was 2,413.97 milliliters (SD = 760.69), which was above the standard criteria. Hydration literacy had a significant positive correlation with fluid intake ($r = .514$, $p < .01$).

The results of this research can be used as information for healthcare professionals involved in caring for older persons with chronic diseases, in promoting hydration literacy and fluid intake among this population.

Keywords: Hydration literacy; Fluid intake; Chronic diseases; Older persons

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate student of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;

e-mail: jittawadee.r@cmu.ac.th

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



บทคัดย่อ

ความรู้ด้านความต้องการน้ำ สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังวิเคราะห์ปริมาณน้ำที่บริโภคต่อวันของตนเองได้ และสามารถตัดสินใจในการเพิ่มหรือลดปริมาณน้ำที่บริโภคต่อวัน เพื่อให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านความต้องการน้ำและปริมาณสารน้ำที่ได้รับ และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านความต้องการน้ำและปริมาณน้ำที่ได้รับในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง จำนวน 213 ราย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรในแต่ละตำบล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยแบบบันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับ และแบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านความต้องการน้ำมีความเชื่อมั่น เท่ากับ .93 และ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pearson's correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความรู้ด้านความต้องการน้ำระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยปริมาณสารน้ำที่ได้รับต่อวันคือ 2,413.97 มิลลิลิตร (SD = 760.69) ซึ่งอยู่ในระดับมากกว่าเกณฑ์ ความรู้ด้านความต้องการน้ำและปริมาณสารน้ำที่ได้รับในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .514, p < .01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในการส่งเสริมความรู้ด้านความต้องการน้ำและปริมาณสารน้ำที่ได้รับในผู้สูงอายุกลุ่มนี้

คำสำคัญ: ความรู้ด้านความต้องการน้ำ ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ โรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: jittawadee.r@cmu.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ทั่วโลกและประเทศไทย ปัจจุบันมีประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องส่งผลให้โลกกำลังก้าวเข้าสู่ศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทย กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (complete aged society) ส่งผลให้ความต้องการ การใช้บริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากการมีจำนวนผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นด้วย โดยพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป มีภาวะโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค ในขณะที่ร้อยละ 68 มีตั้งแต่สองโรคขึ้นไป (National Council on Aging, 2021) ในประเทศไทยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าประชากรวัยอื่น โดยการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ตามลำดับ ซึ่งอุบัติการณ์ของโรคเรื้อรังดังกล่าวสูงขึ้นมากกว่าการสำรวจในปี พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2557 ส่วนโรคเรื้อรังทางกายอื่น ๆ ที่พบอุบัติการณ์ไม่สูงแต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ โรคหลอดเลือดหัวใจหรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคอัมพาต อัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคถุงลมโป่งพอง/โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเกาต์ โรคไตเรื้อรัง และโรคมะเร็ง (Ekkapalakorn et al., 2021)

โรคเรื้อรัง หมายถึง ภาวะเจ็บป่วยที่มีระยะเวลานาน รักษาติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน แล้วยังไม่หาย และพยาธิสภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างช้า ๆ โรคในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อ (non-infectious disease) หรือเรียกว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non communicable disease: NCD) เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต โรคหัวใจ โรคหืด หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ถุงลมพอง ตับแข็ง มะเร็ง โรคภูมิแพ้ ปวดข้อเรื้อรัง เป็นต้น นอกจากนี้โรคติดต่อเรื้อรัง (chronic infectious disease) เช่น วัณโรค ก็จัดอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรังเช่นเดียวกัน (World Health Organization, 2014) โรคเรื้อรัง เป็นความเจ็บป่วยที่สร้างผลกระทบต่อนักป่วยอย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพที่ไม่สามารถรักษาให้กลับมาปกติได้ (Ministry of Public Health, 2014)

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดภาวะขาดน้ำจากหลายสาเหตุ เช่น การรักษาด้วยยาขับปัสสาวะในผู้ป่วยโรคหัวใจหรือโรคไต ทำให้เสียน้ำไปกับปัสสาวะ (Mentes, 2006) การพร่องความสามารถในการทำกิจกรรมจากโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคพาร์กินสัน ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงน้ำได้ด้วยตนเอง (Manz & Wentz, 2008) อาการและอาการแสดงของโรคระบบทางเดินอาหารที่ทำให้เสียน้ำ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการปัสสาวะบ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคสมองเสื่อมหรือผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และการรับรู้ อาจมีอาการหลงลืมหรือการไม่รับรู้ความรู้สึกกระหายน้ำจึงทำให้ไม่ได้รับน้ำ

จากการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะสุดท้ายที่อยู่ในสถานดูแลจะเสียชีวิตด้วยภาวะขาดน้ำประมาณร้อยละ 35.2 (Koopmans et al., 2007) อย่างไรก็ตาม ในผู้สูงอายุอาจมีปัจจัยด้านความเสื่อมตามอายุ ได้แก่ ความไวต่อการกระหายน้ำลดลงทำให้การรับรู้ความรู้สึกกระหายน้ำลดลง (Kenney & Chiu, 2000; Mentes, 2006) มวลกล้ามเนื้อที่ลดลงทำให้ปริมาณน้ำในร่างกายทั้งหมดลดลง (Bennett et al., 2004) ความสามารถของไตในการเก็บน้ำได้ลดลง (Silva, 2005) จึงทำให้มีการเสียน้ำออกมากับปัสสาวะมากขึ้น ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ทำให้ปัสสาวะบ่อยมีโอกาสดังกล่าว (Abdallah et al., 2009) และการเข้าถึงน้ำได้ยากจากข้อจำกัดด้านความสามารถของร่างกาย ปัจจัยที่กล่าวมาส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะขาดน้ำได้ง่าย (Manz & Wentz, 2008) ซึ่งอุบัติการณ์ของภาวะขาดน้ำในผู้สูงอายุสูงมากกว่าประชากรวัยอื่น โดยพบว่าอุบัติการณ์ของผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีภาวะขาดน้ำร้อยละ 6-30 (Xiao et al., 2004) ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานดูแลและผู้สูงอายุพบอุบัติการณ์ขาดน้ำสูงถึงร้อยละ 88 (O'Neill, 1990) และผู้สูงอายุในชุมชนพบอุบัติการณ์ขาดน้ำ ร้อยละ 60 (Stokey et al., 2005)

ภาวะขาดน้ำ นำมาซึ่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทั้งด้านร่างกาย เช่น การเสียสมดุลอิเล็กโทรไลต์ จากการมีสารน้ำในระบบไหลเวียนลดลงจึงส่งผลให้อิเล็กโทรไลต์ เช่น โซเดียม มีความเข้มข้นสูงขึ้น นอกจากนั้นภาวะ

ขาดน้ำยังนำมาซึ่งภาวะสับสนเฉียบพลันจากปริมาณเลือดไหลเวียนไปสมองลดลง (Hooper et al., 2014; Menten, 2006; Schols et al., 2009) และการมีระดับความดันโลหิตที่ต่ำลง เมื่อเกิดภาวะขาดน้ำอาจส่งผลให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย (Hooper et al., 2014; Menten, 2006; Schols et al., 2009) ส่วนผลกระทบด้านสติปัญญาและการรับรู้ (cognitive performance) ได้แก่ ความจำ สมาธิ การคิดคำนวณลดลง จากปริมาณเลือดไหลเวียนไปสมองลดลง (Wittbrodt & Millard-Stafford, 2018) นอกจากนี้ ภาวะขาดน้ำยังมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราการเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล และระยะเวลานอนโรงพยาบาล (El-Sharkawy et al., 2014)

ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ หมายถึง จำนวนสารน้ำทุกชนิดที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังบริโภคต่อวัน ซึ่งสารน้ำที่บริโภคประกอบด้วย 1) เครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์ ได้แก่ น้ำดื่ม น้ำแร่ น้ำผลไม้ น้ำเชื่อม น้ำอัดแก๊ส เครื่องดื่มอื่น ๆ เช่น นม ชา กาแฟ 2) เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ได้แก่ กลุ่มสุรา กลุ่มเบียร์ และกลุ่มไวน์ 3) เครื่องดื่มเสริมอาหาร ได้แก่ เครื่องดื่มชูกำลัง เครื่องดื่มสำหรับกีฬา เครื่องดื่มเสริมความงาม และสารน้ำในอาหาร ได้แก่ น้ำซุพ น้ำแกงจืด น้ำแกงประเภทต่าง ๆ ซึ่งปริมาณสารน้ำที่ควรได้รับต่อวันในผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีข้อจำกัด ไม่ได้มีเกณฑ์กำหนดที่แน่นอน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ของหน่วยงานตรวจสอบความปลอดภัยด้านอาหารแห่งสหภาพยุโรป (European Food Safety Authority: EFSA) และสมาคมโภชนาการและการเผาผลาญทางคลินิกแห่งสหภาพยุโรป (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism: ESPEN) ซึ่งเสนอแนะว่าเพศชายและเพศหญิงควรได้รับน้ำ 2.5 และ 2 ลิตรต่อวัน ซึ่งการที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจะกำหนดปริมาณน้ำที่บริโภคต่อวันให้เหมาะสม ต้องอาศัยการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของตนเองและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสารน้ำเป็นอย่างดี ซึ่งปัจจัยที่เป็นความรู้ความเข้าใจดังกล่าว คือ ความรู้ด้านความต้องการน้ำ

ความรู้ด้านความต้องการน้ำ (hydration literacy) ตามแนวคิดของ พิคETTI และคณะ (Picetti et al., 2017) หมายถึง ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับชนิดและปริมาณของสารน้ำที่ควรบริโภค ความสำคัญของสถานะน้ำที่สมดุลต่อสุขภาพ สาเหตุของภาวะขาดน้ำหรือน้ำเกิน อาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำหรือภาวะน้ำเกิน และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับภาวะขาดน้ำหรือน้ำเกิน (Picetti et al., 2017) โดยการที่บุคคลจะมีความรอบรู้เกี่ยวกับความต้องการน้ำได้ต้องอาศัยทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงข้อมูล เช่นเดียวกับทักษะของความรู้ด้านสุขภาพ (Sørensen et al., 2012)

การที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความรอบรู้ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการน้ำ คือ การมีความรอบรู้ที่เกี่ยวข้องกับชนิดและปริมาณน้ำดื่มที่ควรบริโภคเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความรอบรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการและอาการแสดง และปัญหาจากภาวะขาดน้ำหรือน้ำเกิน ซึ่งความรู้ดังกล่าว จะส่งผลให้บุคคลสามารถตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคน้ำของตนเองได้จนสามารถบริโภคน้ำได้ในปริมาณที่เหมาะสม ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความรอบรู้ด้านความต้องการน้ำในทุกด้านจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถวิเคราะห์ถึงความเพียงพอปริมาณน้ำที่บริโภคต่อวันของตนเองได้ และสามารถตัดสินใจในการเพิ่มหรือลดปริมาณน้ำที่บริโภคต่อวันเพื่อให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านความต้องการน้ำและปริมาณสารน้ำในผู้สูงอายุ พบการศึกษาในประเทศเพียงเรื่องเดียวแต่ไม่พบการศึกษานี้ในประเทศไทย องค์ความรู้ดังกล่าวไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านความต้องการน้ำและปริมาณสารน้ำที่ได้รับในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในประเทศไทยได้ เนื่องจากบริบทของแต่ละประเทศไม่เหมือนกัน ปัจจัยส่วนบุคคล วัยสูงอายุในแต่ละประเทศ มีทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมแตกต่างกัน ที่อาจส่งผลให้รูปแบบความสัมพันธ์มีความแตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านความต้องการน้ำและปริมาณสารน้ำที่ได้รับในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้บริโภคสารน้ำมากขึ้นเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านความต้องการน้ำและปริมาณสารน้ำที่ได้รับในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านความต้องการน้ำและปริมาณสารน้ำที่ได้รับในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาความไม่สมดุลน้ำทั้งภาวะขาดน้ำและภาวะน้ำเกิน คือ ปริมาณน้ำดื่มอาจมากกว่าหรือน้อยกว่าที่ต้องการ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ จากการทบทวนวรรณกรรม เกณฑ์ปริมาณสารน้ำที่บริโภคต่อวันในผู้สูงอายุ สถาบันความปลอดภัยด้านอาหารแห่งสหภาพยุโรป (EFSA) และสมาคมโภชนาการและการเผาผลาญทางคลินิกแห่งสหภาพยุโรป (ESPEN) เสนอแนะว่าเพศชายและเพศหญิงควรได้รับน้ำ 2.5 และ 2 ลิตรต่อวันตามลำดับ สอดคล้องกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในประเทศไทยดื่มน้ำอย่างน้อย 8 แก้วต่อวัน ควรดื่มน้ำประมาณวันละ 8-10 แก้ว (2,000-2,500 มิลลิลิตร)

การที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จะบริโภคสารน้ำให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายหรือเหมาะสมกับสภาพร่างกายหรือไม่ ขึ้นกับปัจจัยด้านความรู้ด้านความต้องการน้ำ ตามแนวคิดของ พิคETTI และคณะ (Picetti et al., 2017) หมายถึง ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับชนิดและปริมาณของสารน้ำที่ควรบริโภค ความสำคัญของสถานะน้ำที่สมดุลต่อสุขภาพ สาเหตุของภาวะขาดน้ำหรือน้ำเกิน อาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำหรือภาวะน้ำเกิน และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับภาวะขาดน้ำหรือน้ำเกิน ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต้องมีความรู้ความเข้าใจในการเลือกทั้งชนิดและปริมาณสารน้ำให้เหมาะสม เช่นเดียวกับความรู้ด้านสาเหตุที่ทำให้มีภาวะขาดน้ำหรือน้ำเกิน และอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำหรือน้ำเกิน เพื่อให้สามารถกำหนดปริมาณหรือจำกัดปริมาณสารน้ำได้เหมาะสมและติดตามประเมินอาการได้ถูกต้อง นอกจากนั้นผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ยังต้องมีความรู้ด้านปัญหาที่เกิดขึ้นมาจากการมีภาวะขาดน้ำหรือน้ำเกิน เพื่อวางแผนป้องกันและแก้ไขได้ทันที่ ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความรู้ด้านความต้องการน้ำ จะส่งผลต่อการกำหนดปริมาณสารน้ำที่ตนเองควรบริโภคต่อวันไม่ให้มากเกินไปหรือน้อยกว่าที่กำหนดได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (correlational descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป นับตั้งแต่วันสัมภาษณ์เป็นต้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรัง ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไข ครั้งที่ 10 (Strategy and planning division of Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, 2016)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป นับตั้งแต่วันสัมภาษณ์ เป็นต้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ข้ออักเสบ มะเร็ง โรคทางสมอง โรคจิต หลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคตับและโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน โดยมีคุณสมบัติตามที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) มีสติปัญญาและการรับรู้ปกติ โดยมีคะแนนจากแบบประเมินสติปัญญา การรู้คิดฉบับสั้น (the Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) ของ ไฟฟ์-เฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทย ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ 8 คะแนน ขึ้นไป 2) สามารถรับประทานอาหารและดื่มน้ำทางปากได้ 3) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ 4) มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีแผนการรักษาให้จำกัดปริมาณสารน้ำหรือเพิ่มสารน้ำ 2) ได้รับการวินิจฉัยโรคที่มีแผนการรักษาให้จำกัดปริมาณสารน้ำ ได้แก่ โรคไตวายเรื้อรัง และโรคหัวใจล้มเหลว 3) ได้รับน้ำทางสายยางจมูก (NG tube) หรือทางหลอดเลือด 4) ถอนคำยินยอม ไม่ต้องการร่วมงานวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.80 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) 0.2 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับต่ำ (Cohen, 1988) นำไปเข้าโปรแกรม G power แบบ exact คือ correlation: bivariate normal model ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 193 ราย และผู้วิจัยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการไม่ยินยอมตอบคำถามในบางข้อคำถาม ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ 213 ราย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) ผู้วิจัยเลือกศึกษา 1 อำเภอ ที่มีขนาดประชากรผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูง จาก 8 อำเภอ ในจังหวัดลำพูน คือ อำเภอเมือง สุ่มเลือกตำบลด้วยวิธีการจับสลากมา 3 ตำบล จากอำเภอเมืองที่สุ่มได้ ถ้าตำบลที่สุ่มได้มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มากกว่า 1 รพ.สต. ผู้วิจัยสุ่มเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมา 1 รพ.สต. รวมทั้งหมดศึกษาใน 3 รพ.สต. ได้แก่ รพ.สต.ต้นธง รพ.สต.เหมืองง่า และรพ.สต.อุโมงค์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (SPMSQ) ของ ไฟฟ์เพอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Chiang Mai Provincial Public Health Office, 2018) มีข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย ความจำ การรับรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล การคิด คำนวน การมีสมาธิจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และการคิดตัดสินใจ ลักษณะคำตอบเป็นการตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย อาชีพปัจจุบัน รายได้ตนเองเฉลี่ยต่อเดือน และข้อมูลความเจ็บป่วย ได้แก่ โรคเรื้อรังและระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเรื้อรัง จำนวนยาที่ใช้รักษาโรคเรื้อรัง การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรัง ในรอบ 1 ปี แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพและสถานบริการสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้

2.2 แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านความต้องการน้ำ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้ทางด้านความต้องการน้ำ ที่พัฒนาโดย พิคETTI และคณะ (Picetti et al., 2017) ประกอบด้วย ความรู้ด้านชนิดและปริมาณของสารน้ำที่ควรบริโภค ความรู้ด้านความสำคัญของสถานะน้ำที่สมดุลต่อสุขภาพ สาเหตุของภาวะขาดน้ำหรือน้ำเกิน ความรู้ด้านอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำหรือภาวะน้ำเกิน และความรอบรู้ด้านผลกระทบจากภาวะขาดน้ำหรือน้ำเกิน ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นการเลือกตอบ ในแต่ละข้อคำถามที่คำตอบให้เลือกตั้งแต่ 3 ตัวเลือก จนถึง 8 ตัวเลือก โดยคำตอบที่ถูกมีได้มากกว่า 1 ข้อ ในแต่ละข้อคำถาม ถ้าตอบถูกในข้อที่ถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดในข้อที่ถูกได้ 0 คะแนน โดยช่วงคะแนนเท่ากับ 0-40 คะแนน

การแปลผลคะแนน คือ คะแนนยิ่งมากความรู้ด้านความต้องการน้ำยิ่งสูง โดยความรู้ด้านความต้องการน้ำแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้สูตรภาคพื้น ได้แก่ ความรู้ด้านความต้องการน้ำระดับต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-13.33 คะแนน ความรู้ด้านความต้องการน้ำระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 13.34-26.67 คะแนน ความรู้ด้านความต้องการน้ำระดับสูง คะแนนอยู่ระหว่าง 26.68-40.00 คะแนน



ผู้วิจัยและคณะ นำแบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านความต้องการน้ำฉบับภาษาอังกฤษที่พัฒนาโดย พิคETTI และคณะ (Picetti et al., 2017) มาแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย โดยใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับ ของ Brislin (Brislin, 1970) และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วคำนวณหาความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ (internal consistency) โดย Kuder Richardson (K-R20) โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นที่ .93

2.3 แบบบันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับ เป็นแบบบันทึกชนิดและปริมาณสารน้ำทุกชนิดที่กลุ่มตัวอย่าง บริโภคในแต่ละวัน ซึ่งโดยระยะเวลาการบันทึก 7 วัน และนำจำนวนที่บันทึกทั้ง 7 วัน มาหาค่าเฉลี่ยต่อวัน มีหน่วย เป็นมิลลิลิตร โดยผู้บันทึกคือกลุ่มตัวอย่าง การแปลผลปริมาณน้ำที่เหมาะสม โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของ หน่วยงานตรวจสอบความปลอดภัยด้านอาหารแห่งสหภาพยุโรป (EFSA) และสมาคมโภชนาการและการเผาผลาญ ทางคลินิกแห่งสหภาพยุโรป (ESPEN) ซึ่งเพศชายควรได้รับน้ำ 2.5 ลิตรต่อวัน และเพศหญิงควรได้รับน้ำ 2 ลิตร ต่อวัน การแปลผล เป็นไปตามเกณฑ์ มากกว่าเกณฑ์ หรือน้อยกว่าเกณฑ์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอโครงการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ และ เอกสารข้อมูลการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และ ผ่านการรับรองจริยธรรมโครงการการวิจัยเอกสาร เลขที่ 041/2566 Study code: 2566-EXP011 ผู้วิจัย ส่งหนังสือ ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่งในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน เพื่อประชาสัมพันธ์ถึง โครงการวิจัยและให้ผู้สูงอายุที่สนใจลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการวิจัย ก่อนการสัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการทำวิจัย และแจ้งให้ กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ระหว่างเข้าร่วมวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างมีความไม่สบายใจที่จะตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง สามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ในขั้นตอนของการสัมภาษณ์และเซ็นเอกสารให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยป้องกันการแพร่กระจายของไวรัสโควิด-19 อย่างเคร่งครัดโดย การสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาการ สัมภาษณ์ การเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร จัดให้มีเจลแอลกอฮอล์ล้างมือ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยทั้งหมด ถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลได้ทำเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่าง ยินยอมเข้าร่วมโครงการได้เซ็นเอกสารให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่างด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย และได้รับหนังสืออนุญาตให้ ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน และให้ผู้สูงอายุที่สนใจลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นรวบรวมรายชื่อผู้สูงอายุที่สนใจ โครงการวิจัย นำรายชื่อมาสุ่มจนได้ครบตามจำนวนที่กำหนดและคัดกรองคุณสมบัติ เมื่อผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัย นัดหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและนัดหมายเพื่อเก็บข้อมูลในสัปดาห์ถัดไป โดยเก็บข้อมูลที่บ้าน หรือที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง

ในวันนัดหมาย ผู้วิจัยได้อธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และอ่านข้อคำถามที่ละข้อด้วยตนเองและให้ กลุ่มตัวอย่างตอบ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที เริ่มจากการสัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการ เจ็บป่วย แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านความต้องการน้ำ หลังจากนั้นผู้วิจัยมอบเหยือกตวงน้ำดื่ม แก้วน้ำดื่ม และ แบบบันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับให้กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมอธิบายวิธีการตวงสารน้ำและการบันทึกลงในแบบ บันทึกให้กับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

การตวงและการบันทึกเครื่องดื่มที่เป็นน้ำเปล่า ในวันแรกของการบันทึก เริ่มต้นเวลา 06.00 น. เติมน้ำเปล่า ใส่ในเหยือกน้ำที่เตรียมไว้ในปริมาณ 2 ลิตร และการเติมน้ำเปล่าให้เทน้ำจากเหยือกใส่แก้วเท่านั้น สำหรับวัน



ต่อ ๆ ไป เวลา 06.00 น. จดบันทึกปริมาณน้ำที่เหลือในภาชนะ และลงบันทึกปริมาณน้ำที่เหลือในแบบบันทึก หลังจากนั้นเติมน้ำเปล่าให้เต็มเหยือก 2 ลิตร เพื่อใช้ดื่มระหว่างวัน

การตวงและการบันทึกเครื่องดื่มประเภทอื่น ๆ เครื่องดื่มที่ไม่ได้บรรจุในภาชนะที่ระบุปริมาณ ก่อนดื่มให้เทใส่แก้วที่ระบุปริมาณเพื่อระบุปริมาณ และเมื่อดื่มเสร็จให้เทน้ำในเหยือกน้ำเปล่าทิ้งเท่ากับปริมาณเครื่องดื่มที่ดื่มแล้ว แล้วจดบันทึกลงในแบบบันทึกทุกครั้งภายหลังการดื่ม เครื่องดื่มที่บรรจุในกล่องที่ระบุปริมาณ เมื่อดื่มหมดแล้วให้เทน้ำเปล่าในเหยือกทิ้งเท่ากับปริมาณที่ดื่มไป แล้วจดบันทึกลงในแบบบันทึกทุกครั้งภายหลังการดื่ม การตวงและการบันทึกสารน้ำในอาหาร เมื่อบริโภคอาหารประเภทที่มีน้ำ เช่น แกง ต้มจืด ต้มยำ ให้ตักน้ำแกงใส่ถ้วยในปริมาณที่ต้องการบริโภคและเมื่อบริโภคเสร็จให้เทน้ำในเหยือกทิ้งเท่ากับปริมาณน้ำแกงที่บริโภคและบันทึกลงในแบบบันทึกทุกครั้งภายหลังการบริโภค

กลุ่มตัวอย่างบันทึกสารน้ำเป็นระยะเวลา 7 วัน ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลทั้ง 213 ฉบับ แล้วจึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลปริมาณสารน้ำที่ได้รับ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการหาค่าเฉลี่ยต่อวัน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ
3. ข้อมูลความรู้ด้านความต้องการน้ำ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ
4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ด้านความต้องการน้ำและปริมาณสารน้ำ โดยการนำคะแนนรวมของความรู้ด้านความต้องการน้ำและค่าเฉลี่ยจากปริมาณสารน้ำในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับต่อวัน ไปทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test (KS) พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ จึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson product-moment correlation coefficient ทั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.20 มีอายุเฉลี่ย 67.81 ปี (SD = 5.43) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.60 มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.44 และรองลงมามีสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง ร้อยละ 27.23 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.10 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพในปัจจุบัน ร้อยละ 40.40 รองลงมามีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 20.20 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 73.24 อาศัยอยู่กับคู่สมรส/บุตรหลาน ร้อยละ 79.81 รองลงมาอาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 11.27

การเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.50 รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 21.80 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 18.40 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังคือ 1-10 ปี ร้อยละ 74.20 ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีอายุที่รับประทานประจำ 1-5 ชนิด ร้อยละ 96.20 กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรัง ในรอบ 1 ปี ร้อยละ 6.60 แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่ส่วนใหญ่ได้รับมาจากบุคคลากรโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 97.18 สถานบริการสุขภาพที่เข้าถึงได้คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 65.30 รองลงมาคือโรงพยาบาลประจำจังหวัด ร้อยละ 25.40



ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านความต้องการน้ำในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและปริมาณสารน้ำที่ได้รับในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ด้านความต้องการน้ำอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 68.54 มีความรู้ด้านความต้องการน้ำระดับต่ำร้อยละ 18.31 และมีความรู้ด้านความต้องการน้ำระดับสูงร้อยละ 13.15 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ด้านความต้องการน้ำ (n = 213)

ตัวแปร	คะแนน	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด-สูงสุด)	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ด้าน ความต้องการน้ำ	0-40	7.00-38.00		
ระดับต่ำ		0-13.33	39	18.31
ระดับปานกลาง		13.34-26.67	146	68.54
ระดับสูง		26.68-40.00	28	13.15

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านความต้องการน้ำเฉลี่ยเท่ากับ 19.36 คะแนน (SD = 6.24) อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรู้ด้านความต้องการน้ำของกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังน้ำ (n = 213)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ระดับ
ความรู้ด้านความต้องการน้ำ	19.36	6.24	ปานกลาง

กลุ่มตัวอย่าง ได้รับปริมาณน้ำต่อวันอยู่ระหว่าง 1,000-4,721 มิลลิลิตร ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2,413.97 มิลลิลิตร (SD = 760.69) อยู่ในระดับมากกว่าเกณฑ์ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับปริมาณสารน้ำที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับต่อวัน (n = 213)

ปริมาณสารน้ำ		ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD)	ระดับ
ตัวแปร	ต่อวัน (ต่ำสุด-สูงสุด)			
ปริมาณสารน้ำต่อวัน	1,000-4,721	2413.97	760.69	มากกว่าเกณฑ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้รับปริมาณสารน้ำอยู่ในระดับมากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 59.62 น้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 38.03 และเป็นไปตามเกณฑ์ร้อยละ 2.35 โดยแยกกลุ่มตัวอย่างเพศชายได้รับปริมาณสารน้ำอยู่ในระดับน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 49.42 มากกว่าเกณฑ์ร้อยละ 47.13 และเป็นไปตามเกณฑ์ ร้อยละ 3.45 กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงอยู่ในระดับมากกว่าเกณฑ์ร้อยละ 68.25 น้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ 30.16 เป็นไปตามเกณฑ์ร้อยละ 1.59 ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ร้อยละ ระดับปริมาณสารน้ำที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับต่อวันจำแนกตามเพศ (n = 213)

ตัวแปร	ปริมาณสารน้ำ ต่อวัน (ต่ำสุด-สูงสุด)	น้อยกว่า เกณฑ์ (ร้อยละ)	ตาม เกณฑ์ (ร้อยละ)	มากกว่า เกณฑ์ (ร้อยละ)	ระดับ
ปริมาณสารน้ำต่อวัน	1,000-4,721	38.03	2.35	59.62	มากกว่าเกณฑ์
เพศชาย	1,000-4,721	49-42	3.45	47.13	น้อยกว่าเกณฑ์
เพศหญิง	1,000-3,953	30.16	1.59	68.25	มากกว่าเกณฑ์

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านความต้องการน้ำและปริมาณสารน้ำในผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง

ความรอบรู้ด้านความต้องการน้ำของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปริมาณสารน้ำที่ได้รับในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .514, p < .01$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านความต้องการน้ำและปริมาณสารน้ำที่ได้รับในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ปริมาณสารน้ำ	ความรอบรู้ด้านความต้องการน้ำ	ระดับความสัมพันธ์
	.514	ปานกลาง

การอภิปรายผล

การศึกษาเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านความต้องการน้ำในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านความต้องการน้ำอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุเฉลี่ย 67.81 ปี ซึ่งในวัยผู้สูงอายุตอนต้นยังมีความสามารถเข้าใจและเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ดี เนื่องจากมีการรับรู้ความสามารถทางสติปัญญาลดลงเพียงเล็กน้อย สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ได้ ดังการศึกษาของ จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ (Ketsapichayawattana et al., 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยพบว่า อายุมีอิทธิพลในเชิงลบต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ กล่าวคือ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพน้อยลง (Ketsapichayawattana et al., 2020) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรรณศิริ นิลเนตร และคณะ (Nilnate et al., 2016) และการศึกษาของ โจวจิค ปราเนส และคณะ (Jovic-Vranes et al., 2011) ที่กล่าวว่า อายุ เป็นตัวแปรร่วมที่ส่งผลต่อระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ คือ บุคลากรด้านสุขภาพ สื่อออนไลน์ โทรศัพท์ การมีสมรรถนะด้านการรู้คิดที่ดี จะสามารถวิเคราะห์ความถูกต้องเหมาะสมของข้อมูลได้ ด้วยกลุ่มตัวอย่างมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อาจต้องอาศัยทักษะด้านการรู้คิดระดับการวิเคราะห์ (critical hydration literacy) เนื่องจากมีโอกาสที่จะเกิดภาวะขาดน้ำหรือภาวะน้ำเกินในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่เป็นอันตรายต่อความเจ็บป่วยและบางกลุ่มโรคมีความจำเป็นต้องจำกัดน้ำ บางกลุ่มโรคมีความจำเป็นต้องเพิ่มสารน้ำ ซึ่งผู้ป่วยต้องทำความเข้าใจว่าจะทำอย่างไร เพื่อให้ได้ปริมาณสารน้ำตามที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ อาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว ดังการศึกษาของ ธัญชนก ขุมทอง (Khumthong et al., 2016) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน และพบว่า ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีบทบาทเกื้อหนุน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่ มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงและเข้าใจ

อาจทำให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพอ ดังนั้นการศึกษาจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการศึกษาที่สูงขึ้นจะทำให้บุคคลมีทักษะด้านการรู้คิดสูงขึ้น (cognitive function) ดังผลการศึกษาของ วรณศิริ นวลเนตร และคณะ (Nilnate et al., 2016) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมศึกษา มีคะแนนความรู้ทางสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่จบการศึกษาต่ำกว่าหรือไม่ได้เรียนหนังสือ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ บริท และคณะ (Britt et al., 2017) ซึ่งเป็นการสำรวจสถานะด้านน้ำของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนจำนวน 66 คน โดยจัดกลุ่มเป็นผู้ที่อายุน้อยกว่า 50 ปี และผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะขาดน้ำโดยกำหนดปริมาณน้ำมากเกินกว่าที่ควรจะเป็น โดยสรุปความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมดุลน้ำของทั้งสองกลุ่มมีเท่า ๆ กัน

2. ปริมาณสารน้ำในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่าง ได้รับค่าเฉลี่ยปริมาณสารน้ำในระดับมากกว่าเกณฑ์ ซึ่งหมายความว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีค่าเฉลี่ยการดื่มน้ำในแต่ละวันมากกว่าระดับเป้าหมาย คือ ผู้ชาย 2.5 ลิตรต่อวัน (10 แก้ว: 1 แก้วเท่ากับ 250 มิลลิลิตร) และผู้หญิง 2 ลิตรต่อวัน (8 แก้ว: 1 แก้วเท่ากับ 250 มิลลิลิตร) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่สมรรถนะด้านร่างกายยังดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จึงสามารถเข้าถึงน้ำได้ด้วยตนเอง มีการประกอบอาชีพซึ่งเป็นกิจกรรมการทำงานโดยการมีกิจกรรมทำให้มีการสูญเสียน้ำออกจากร่างกาย ทำให้มีความกระหายน้ำมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ มาร์ติน และคณะ (Martín et al., 2017) ที่ศึกษาอิทธิพลของการออกกำลังกายต่อสถานะด้านน้ำ ผลการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายมากจะดื่มน้ำเปล่า นม และผลิตภัณฑ์จากนม น้ำผลไม้ ไวน์ และเครื่องดื่มที่หวาน ในปริมาณที่มาก

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวทำให้ได้รับการช่วยเหลือดูแลหรือกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างดื่มน้ำในปริมาณที่เหมาะสมได้ สำหรับผู้สูงอายุชายที่มีปริมาณสารน้ำต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานคือ ดื่มน้ำน้อยกว่า 2.5 ลิตรต่อวัน อาจเนื่องจากปัจจัยด้านอายุ ที่ทำให้ความกระหายน้ำลดลง จากประสิทธิภาพการทำงานของศูนย์กระหายน้ำลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุจึงไม่ค่อยกระหายน้ำ ทำให้ดื่มน้ำได้ลดลง และการศึกษาที่สอดคล้องกับความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับปริมาณน้ำดื่ม ซึ่งผลการวิจัยพบความสัมพันธ์ว่า การดื่มน้ำจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (Liu & Tsai, 2022)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านความต้องการน้ำและปริมาณสารน้ำในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ความรู้ด้านความต้องการน้ำและปริมาณสารน้ำในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง ($r = .514$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีความรู้ด้านความต้องการน้ำที่เพียงพอ จะได้รับปริมาณสารน้ำที่เหมาะสม ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับชนิดและปริมาณสารน้ำที่ควรได้รับ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกชนิดและกำหนดปริมาณของสารน้ำที่ควรบริโภคต่อวันได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามการที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจะได้รับน้ำอย่างเพียงพอและเหมาะสม จำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของสถานะในร่างกายที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เช่น ความรู้เกี่ยวกับมีภาวะน้ำเกินหรือน้ำขาดจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอย่างไร

นอกจากนี้ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้สถานะน้ำไม่สมดุล จะช่วยให้ผู้สูงอายุป้องกันหรือจัดการปัญหาสถานะน้ำไม่สมดุลได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุบริโภคน้ำได้อย่างเหมาะสม สำหรับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกว่าสถานะน้ำไม่สมดุล และอาจส่งผลต่อสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับน้ำอย่างเพียงพอเช่นกัน ซึ่งการติดตามสถานะน้ำของตนเอง ผ่านการสังเกตอาการและอาการแสดง ช่วยให้ผู้สูงอายุตัดสินใจในการเพิ่มหรือลดปริมาณน้ำของตนเองให้เหมาะสมได้ ดังนั้นเมื่อ



บุคคลมีความรอบรู้เกี่ยวกับความต้องการน้ำจะช่วยให้ผู้สูงอายุตัดสินใจในการบริโภคน้ำได้อย่างเหมาะสมทั้งชนิดและปริมาณได้

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาแรก ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านความต้องการน้ำกับปริมาณสารน้ำในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จึงไม่สามารถเปรียบเทียบกับผลการศึกษที่ผ่านมา แต่มีการศึกษาที่ใกล้เคียง คือ การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งความรู้ด้านความต้องการน้ำเป็นความรู้ด้านสุขภาพประเภทหนึ่ง และปริมาณน้ำดื่ม เป็นผลลัพธ์จากการมีพฤติกรรม การดื่มน้ำที่เป็นหนึ่งในพฤติกรรมสุขภาพ ดังการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เช่น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (Daemayu et al., 2020) โรคมะเร็งทางเดินอาหาร (Chareonsopakun et al., 2022) โรคไตวายเรื้อรัง (Kueasuk et al., 2022) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในทุกการศึกษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาล หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัย เป็นความรู้พื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมการบริโภคน้ำในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และส่งเสริมความรู้ด้านความต้องการน้ำและปริมาณสารน้ำที่ได้รับ ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายปริมาณสารน้ำที่ได้รับในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการสนับสนุนปริมาณสารน้ำที่ได้รับในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อไป

References

- Abdallah, L., Remington, R., Houde, S., Zhan, L., & Melillo, K. D. (2009). Dehydration reduction in community-dwelling older adults: Perspectives of community health care providers. *Research in Gerontological Nursing*, 2(1), 49-57. <https://doi.org/10.3928/19404921-20090101-01>
- Bennett, J. A., Thomas, V. & Rigel, B. (2004). Unrecognized chronic dehydration in older adults: Examining prevalence rate and risk factors. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(11), 22-28. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20041101-09>
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), 185-216. <https://doi.org/10.1177/135910457000100301>
- Britt, N. S., Hagopian, J. C., Brennan, D. C., Pottebaum, A. A., Santos, C. A. Q., Gharabagi, A., & Horwedel, T. A. (2017). Effects of recurrent urinary tract infections on graft and patient outcomes after kidney transplantation. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 32(10), 1758-1766. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfx237>
- Chiang Mai Provincial Public Health Office. (2018). *Health screening guide for the elderly health promotion*. Chiang Mai Provincial Public Health Office.
- Chareonsopakun, K., Panuthai, S., & Suwankruhasn, N. (2022). Health literacy and self-management among older persons with gastrointestinal cancer. *Nursing Journal CMU*, 49(4), 207-219. (in Thai)



- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2th ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Daemayu, A., Panuthai, S., & Jantasopeepan, P. (2020). Correlation between health literacy and self-management amongst older Thai Muslims with hypertension. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 35(3), 87-107. (in Thai)
- El-Sharkawy, A. M., Sahota, O., Maughan, R. J., & Lobo, D. N. (2014). Hydration in the older hospital patient-is it a problem? *Age and Ageing*, 43(suppl.1), i33. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu046.1>
- Ekkapalakorn, W., Phakcharoen, H., & Satiannoppakao, W. (2021). *Survey of Thai people's health by physical examination No.6 AD 2019-2020*. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5425?show=full&locale-attribute=en> (in Thai)
- Hooper, L., Bunn, D., Jimoh, J. O., & Fairweather-Tait, S. J. (2014). Water-loss dehydration and aging. *Mechanisms of Ageing Development*, 136-137, 50-58. <https://doi.org/10.1016/j.mad.2013.11.009>
- Jovic-Vranes, A., Bjegovic-Mikanovic, V., Marinkovic, J., & Kocev, N. (2011). Health literacy in a population of primary health-care patients in Belgrade, Serbia. *International Journal of Public Health*, 56(2), 201-207. <https://doi.org/10.1007/s00038-010-0181-0>
- Kenney, W. L., & Chiu, P. (2000). Influence of age on thirst and fluid intake. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(9), 1524-1532. <https://doi.org/10.1097/00005768-200109000-00016>
- Ketsapichayawattana, J., Wiwatwanich, S., & Wanwaja, C. (2020). Health literacy of older persons participating in senior clubs and learning centers in the Bangkok metropolitan Region. *Journal of Demography*, 36(2), 40-51. (in Thai)
- Khumthong, T., Potisir, W., & Kaedumkoeng, K. (2016). Factors influencing health literacy for people at risk of diabetes mellitus and hypertension of Uthai Thani and Ang Thong. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University*, 3(6), 67-85. (in Thai)
- Koopmans, R., Van der Sterren, K. J. M. A., & Van der Steen, J. T. (2007). The 'natural' endpoint of dementia: Death from cachexia or dehydration following palliative care? *Journal of the American Geriatrics Society*, 22(4), 350-355. <https://doi.org/10.1002/gps.1680>
- Kueasuk, C., Panuthai, S., & Tamdee, D. (2022). Correlation between health literacy and self-management among older persons with chronic kidney disease. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*, 16(2), 1-12.
- Liu, H., & Tsai, C. C. (2022). Factor analysis of improving water drinking for the elder people: An explorative study in China. *International Journal of Pharma Medicine and Biological Sciences*, 11(1), 20-25. <https://www.ijpmbs.com/uploadfile/2021/1220/20211220104004807.pdf>
- Manz, F., & Wentz, A. (2008). The importance of good hydration for the prevention of chronic diseases. *Nutrition Reviews*, 63(s1), S2-S5. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2005.tb00150.x>



- Martín, I. S. M., Garicano Vilar, E., Romo Orozco, D.A., Mendive Dubourdieu, P., Paredes Barato, V., Rincón Barrado, M., Valente, A., Bentancor, F., Morales Hurtado, A. D., & Garagarza, C. (2017). Hydration status: Influence of exercise and diet quality. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 13(4), 414-423. <https://doi.org/10.1177/1559827617711906>
- Mentes, J. (2006). Oral hydration in older adults: Greater awareness is needed in preventing, recognizing, and treating dehydration. *American Journal of Nursing*, 106(6), 40-49. <https://doi.org/10.1097/00000446-200606000-00023>
- Ministry of Public Health (Thailand). (2014). *Literature review: The current situation and care model of non-communicable diseases*. Art Qualified. <http://www.imrta.dms.moph.go.th/imrta/images/doc20141107.pdf>
- National Council on Aging (U.S.A.). (2021). *Age+Action 2021 Virtual Conference*. <https://www.ncoa.org/article/age-action-2021-virtual-conference>
- Nilnate, W., Hengpraprom, S., & Hanvoravongchai, P. (2016). Level of health literacy in Thai elders, Bangkok, Thailand. *Journal of Health Research*, 30(5), 315-21. (in Thai)
- O'Neill, J. (1990). The role of human capital in earnings differences between black and white men. *Journal of Economic Perspectives*, 4(4), 25-45. <https://doi.org/10.1257/jep.4.4.25>
- Picetti, D., Foster, S., Pangle, A. K., Schrader, A., George, M., Wei, J. Y., & Azhar, G. (2017). Hydration health literacy in the Elderly. *Nutrition and Healthy Aging*, 4(3), 227-237. <https://doi.org/10.3233/NHA-170026>
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441.
- Schols, J. M. G. A., De-Groot, C. P. G. M., van-der Cammen, T. J. M., & Rikkers, O. M. G. M. (2009). Preventing and treating dehydration in the elderly during periods of illness and warm weather. *Journal of Nutrition Health & Aging*, 13(2), 150-157. <https://doi.org/10.1007/s12603-009-0023-z>
- Silva, F. G. (2005). The aging kidney: A review--Part I. *International Urology and Nephrology*, 37(1), 187-205. <https://doi.org/10.1007/s11255-004-0873-6>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slons, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Stookey, J. D., Pieper, C. F., & Cohen, H. J. (2005). Is the prevalence of dehydration among community-dwelling older adults really low? Informing current debate over the fluid recommendation for adults aged 70+years. *Public Health Nutrition*, 8(8), 1275-1285. <https://doi.org/10.1079/PHN2005829>
- Strategy and planning division of Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health (Thailand). (2016). *ICD-10-TM 2016*. Srimuang Printing.
- Wittbrodt, M. T., & Millard-Stafford, M. (2018). Dehydration impairs cognitive performance: A meta-analysis. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 50(11), 2360-2368. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001682>



Hydration Literacy and Fluid Intake Among Older Persons with Chronic Diseases ความรู้ด้านความต้องการน้ำและปริมาณสารน้ำที่ได้รับในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

World Health Organization. (2014). *Noncommunicable diseases country profiles 2014*.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128038/9789241507509_eng.pdf

Xiao, H., Barber, J., & Campbell, E. S. (2004). Economic burden of dehydration among hospitalized elderly patients. *American Journal of Health System Pharmacy*, 61(23), 2534-2540. <https://doi.org/10.1093/ajhp/61.23.2534>



Factors Predicting COVID-19 Vaccination Intention of Unvaccinated Older Adults in Phetchabun Province*

ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของผู้สูงอายุที่ยังไม่เคยฉีดวัคซีน
ในจังหวัดเพชรบูรณ์*

สุกัญญา	ตุลพงษ์**	Sukanya	Tullapong**
พนิดา	จันทโสภีพันธ์***	Phanida	Juntasopeepun***
โรจน์	จินตนาวัฒน์****	Rojanee	Jintanawat****

Abstract

The COVID-19 pandemic is a global outbreak affecting people around the world. COVID-19 vaccines are a significant tool for protection against the disease, reducing serious illness and death rates. This predictive correlational descriptive study aimed to determine COVID-19 vaccination intention and identify factors predicting COVID-19 vaccination intention among unvaccinated older adults. Independent variables included perceived susceptibility to COVID-19, perceived seriousness of COVID-19, perceived benefits of COVID-19 vaccines, perceived barriers to COVID-19 vaccination, received recommendations from healthcare providers, and knowledge about COVID-19. The Health Belief Model was used as a theoretical framework. Participants were 120 unvaccinated older adults living in Chondaen district, Phetchabun province, who were recruited using convenience and snowball sampling approaches. Data were analyzed using logistic regression analysis.

Results demonstrated that the mean intention score of unvaccinated older adults was 3.57 (SD = 3.18), ranging from 0 to 10. Increased perceived susceptibility to COVID-19 was significantly associated with an increased possibility of COVID-19 vaccination intention among older adults (OR = 1.48, 95% CI = 1.02-2.13). Increased perceived benefits of COVID-19 vaccines were significantly associated with an increase in the likelihood of COVID-19 vaccination intention among older adults (OR = 1.33, 95% CI = 1.01-1.77). Perceived severity of COVID-19, perceived barriers to COVID-19 vaccination, received recommendations from health care providers, and knowledge about COVID-19 did not predict COVID-19 vaccination intention among older adults.

Findings from this study provide basic information and direction for nurses and healthcare providers in designing health services to promote the uptake of COVID-19 vaccines among unvaccinated or incompletely vaccinated older adults to reduce severe illness and deaths.

Keyword: Health belief model; Intention of COVID-19 vaccination; Older adults; Predicting factors

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science Program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: sktullapong@gmail.com

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 25 September 2023; Revised 24 December 2023; Accepted 17 January 2024



บทคัดย่อ

โรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดที่ส่งผลกระทบต่อารดำรงชีวิตของประชากรทั่วโลก วัคซีนโควิด-19 เป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกัน ลดความรุนแรง และลดอัตราการตายจากโรค การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 และศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในผู้สูงอายุที่ยังไม่เคยฉีดวัคซีนโควิด-19 ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 การรับรู้อุปสรรคของการได้รับวัคซีนโควิด-19 การได้รับคำแนะนำเรื่องการได้รับวัคซีนโควิด-19 จากบุคลากรทางการแพทย์ และความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ยังไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในอำเภอชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 120 ราย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวกและการบอกต่อแบบสโนว์บอลล์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ logistic regression analysis

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของผู้สูงอายุที่ยังไม่เคยฉีดวัคซีน เท่ากับ 3.57 (SD = 3.18) จากคะแนน 0 ถึง 10 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด-19 ที่มากขึ้น มีความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.48, 95% CI = 1.02-2.13) และผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 ที่มากขึ้น มีความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.33, 95% CI = 1.01-1.77) และในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้ความรุนแรงของโควิด-19 การรับรู้อุปสรรคของการได้รับวัคซีนโรคโควิด-19 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 รวมทั้งการได้รับคำแนะนำเรื่องการได้รับวัคซีนจากบุคลากรทางการแพทย์ ไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในผู้สูงอายุได้

ผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้บุคลากรทางด้านสุขภาพได้ข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมการฉีดวัคซีนในผู้สูงอายุ โดยเน้นการประชาสัมพันธ์เรื่องความเสี่ยงในการเกิดโรคโควิด-19 และประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 ให้มารับการฉีดวัคซีนโควิด-19 เพื่อลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ผู้สูงอายุ ปัจจัยทำนาย

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: sktullapong@gmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคโควิด-19 เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเกิดจากเชื้อไวรัสอุบัติใหม่ (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2: SAR-COV-2) พบครั้งแรกที่ประเทศจีน ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 จากนั้นมีการระบาดของโรคไปยังประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกอย่างรุนแรง (World Health Organization Thailand, 2020) เชื้อโควิด-19 สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนโดยผ่านสารคัดหลั่งโดยเฉพาะละอองน้ำลายหรือน้ำมูกเป็นหลัก (Sela et al., 2021) บุคคลส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อนี้จะมีอาการทางระบบทางเดินหายใจเล็กน้อยถึงวิกฤติ อาการและอาการแสดงมักพบภายใน 14 วัน หลังสัมผัสเชื้อ อัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มสูงอายุที่มีโรคร่วมนั้นสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น และมีแนวโน้มที่จะพบการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่รุนแรง (Yanez et al., 2020)

จากข้อมูลของกรมควบคุมโรค ในประเทศไทยมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ต่ำกว่าในหลายประเทศ แต่พบว่า ผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคร่วมหรือกลุ่มผู้สูงอายุ (Department of Disease Control, 2021) เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ บุคคลทั่วไปยังไม่มีภูมิคุ้มกัน ทำให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจำนวนมาก มาตรการต่าง ๆ ที่ใช้ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การรักษาระยะห่างทางสังคม การกักตัว เป็นต้น ถูกนำมาใช้ โดยวิธีการที่สามารถควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคได้ดีที่สุด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ คือ การได้รับวัคซีน หลายประเทศทั่วโลกจึงได้มีการคิดค้นพัฒนาวัคซีนขึ้นเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การแพร่ระบาดของเชื้อ รวมไปถึงลดความรุนแรงจากการติดเชื้อโควิด-19 โดยการฉีดวัคซีนให้กับประชากรจำนวนมาก ทำให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่

ผู้ที่ควรได้รับวัคซีนโควิด-19 ควรเป็นกลุ่มผู้สูงอายุมากที่สุด เพื่อลดโอกาสป่วยที่จะมีอาการรุนแรงและเสียชีวิต แต่ปัจจุบันยังมิใช่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ฉีดวัคซีนโควิด-19 อีกจำนวนมาก ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค ณ วันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2566 พบว่า ประเทศไทยยังมีผู้สูงอายุที่ไม่ได้ฉีดวัคซีนโควิด-19 จำนวน 1,949,533 คน จากจำนวนผู้สูงอายุ 12,711,943 คน คิดเป็นร้อยละ 15.34 (Department of Disease Control, 2023) การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการฉีดวัคซีนโควิด-19 ส่วนมากเป็นการศึกษาในต่างประเทศ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ การศึกษาในประเทศไทยมีน้อยมาก จึงมีความพยายามที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในผู้สูงอายุ โดยศึกษาทั้งหมด 6 ตัวแปรที่มีผลต่อความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19

ความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 หมายถึง ความมุ่งมั่นของบุคคลในการตัดสินใจปรับการฉีดวัคซีนโควิด-19 เพื่อป้องกัน ลดความรุนแรง และลดอัตราการตายจากการติดเชื้อโควิด-19 (Ajzen, 1991) ความตั้งใจในการฉีดวัคซีนเป็นพฤติกรรมสุขภาพแบบหนึ่ง หากบุคคลใดมีความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในระดับที่สูง คาดว่าบุคคลนั้นจะปรับการฉีดวัคซีนโควิด-19 สูงตามไปด้วย มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 และการพัฒนาวัคซีน ซึ่งเป็นงานวิจัยที่รวบรวมข้อมูลใน 33 ประเทศ ผลการศึกษาพบว่า ประเทศที่ประชากรมีอัตราความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 สูงคือ ประเทศเอกวาดอร์ (ร้อยละ 97.00) ประเทศมาเลเซีย (ร้อยละ 94.30) ประเทศอินโดนีเซีย (ร้อยละ 93.30) และประเทศจีน (ร้อยละ 91.30) และประเทศที่ประชากรมีอัตราความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ต่ำคือ ประเทศคูเวต (ร้อยละ 23.60) และประเทศจอร์แดน (ร้อยละ 28.40) (Sallam, 2021)

ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยตามองค์ประกอบหลักของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) (Rosenstock, 1974) ซึ่งเป็นแบบจำลองที่ใช้แพร่หลายในการอธิบายการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค (Duangkaew & Sirasoonthorn, 2017) โดยเฉพาะพฤติกรรมการณ์ฉีดวัคซีน โดยองค์ประกอบหลักได้แก่ 1) ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล (individual perceptions) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลแปลความหมายเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยตัวแปรที่เลือกศึกษา ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 การรับรู้ประโยชน์ในการฉีด



ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของผู้สูงอายุที่ยังไม่เคยฉีดวัคซีน
ในจังหวัดเพชรบูรณ์

วัคซีนโควิด-19 และการรับรู้อุปสรรคของการได้รับวัคซีนโควิด-19 2) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (cues to actions) หมายถึง เหตุการณ์หรือกิจกรรมที่เป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ตัวแปรที่เลือกศึกษาได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ และ 3) ปัจจัยร่วม (modifying factors) หมายถึง สิ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ตัวแปรที่เลือกศึกษาได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ซึ่งมีการศึกษาในหลายประเทศที่พบว่า ส่งผลต่อความตั้งใจในการฉีดวัคซีน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปรที่ศึกษาดังต่อไปนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด-19 หมายถึง สิ่งที่บุคคลแปลความหมายเกี่ยวกับโอกาสของตนเองในการติดเชื้อโควิด-19 หากบุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับความเสี่ยงของตนเองต่อการเป็นโรคโควิด-19 บุคคลนั้นจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความตั้งใจในการฉีดวัคซีนสูง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด-19 มากกว่ากลุ่มที่มีความตั้งใจต่ำ (OR = 1.16, 95% CI = 1.87-2.45) (Malesza & Wittmann, 2021)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 หมายถึง สิ่งที่บุคคลแปลความหมายเกี่ยวกับผลกระทบทางลบของการติดเชื้อโควิด-19 ต่อสุขภาพของตนเอง ความรุนแรงของโรคนี้อาจนำไปสู่การเสียชีวิต หรือการเจ็บป่วยที่ต้องใช้เวลาในการรักษานานและรักษายาก อาจส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เป็นต้น บุคคลกลุ่มที่มีความตั้งใจในการฉีดวัคซีนสูง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 มากกว่ากลุ่มที่มีความตั้งใจต่ำ (OR = 2.45, 95% CI = 1.48-4.06) (Huynh et al., 2021)

การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 หมายถึง สิ่งที่บุคคลแปลความหมายเกี่ยวกับผลทางบวกของการได้รับวัคซีนโควิด-19 เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพก็ต่อเมื่อบุคคลรับรู้ประสิทธิภาพและประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น โดยเชื่อว่าสามารถป้องกัน ลดระดับความรุนแรง และลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคนั้นได้ บุคคลกลุ่มที่มีความตั้งใจในการฉีดวัคซีนสูง มีการรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 มากกว่ากลุ่มที่มีความตั้งใจต่ำ (OR = 3.14, 95% CI = 2.05-4.83) (Lin et al., 2020)

การรับรู้อุปสรรคของการได้รับวัคซีนโควิด-19 หมายถึง สิ่งที่บุคคลแปลความหมายเกี่ยวกับสิ่งขัดขวางในการรับวัคซีนโรคโควิด-19 หากบุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพถูกคุกคามและเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะช่วยป้องกันการเกิดโรค ลดระดับความรุนแรง และลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคนั้น อุปสรรค จะหมายถึงสิ่งที่ป้องกันไม่ให้บุคคลนั้นปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ (Rosenstock, 1974) บุคคลกลุ่มที่มีความตั้งใจในการฉีดวัคซีนสูง มีการรับรู้อุปสรรคของวัคซีนโควิด-19 น้อยกว่ากลุ่มที่มีความตั้งใจต่ำ (OR = 0.29, 95% CI = 0.20-0.42) (Mahmud et al., 2021)

การได้รับคำแนะนำเรื่องการได้รับวัคซีนโควิด-19 จากบุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง การที่บุคคลได้รับการชี้แจงจากแพทย์ เภสัชกร พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และประโยชน์จากการรับวัคซีน หากผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำในการรับวัคซีนจากบุคลากรทางการแพทย์ จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยการรับวัคซีนมากขึ้น การได้รับคำแนะนำเรื่องการได้รับวัคซีนโควิด-19 จากบุคลากรทางการแพทย์สามารถทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.25, p < 0.001$) (Fernandes et al., 2021)

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 หมายถึง สิ่งที่สั่งสมจากการศึกษาและประสบการณ์ ของบุคคลเกี่ยวกับ การแพร่เชื้อโควิด-19 อาการและอาการแสดง และการป้องกันและการรักษาโรคโควิด-19 หากผู้สูงอายุมีความรู้ในการป้องกันโรคโควิด-19 สูง จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยการรับวัคซีนมากขึ้น ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น สามารถทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.311, p = 0.001$) (Ruiz & Bell, 2021)



ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของผู้สูงอายุที่ยังไม่เคยฉีดวัคซีน
ในจังหวัดเพชรบูรณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ส่วนใหญ่พบว่า เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีบริบทในด้านของพื้นที่และปัจจัยต่าง ๆ ที่แตกต่างจากประเทศไทย การศึกษาในประเทศไทยมีน้อยมากและส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มวัยผู้ใหญ่มากกว่า ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้อ้างอิงในการอธิบายในผู้สูงอายุของประเทศไทยได้ นอกจากนี้ จากสถานการณ์โรคโควิด-19 มีการระบาดมาเป็นระยะเวลานานแล้ว การพัฒนาวัคซีนมีมาประมาณสามปี การทำวิจัยในช่วงแรกอาจมีวัคซีนทางเลือกน้อยกว่าในปัจจุบัน ทำให้บริบทในขณะที่ศึกษาต่างกับปัจจุบัน จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจในการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของผู้สูงอายุที่ยังไม่เคยฉีดวัคซีนในจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อให้บุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้ความรู้พื้นฐานและแนวทางในการออกแบบการให้บริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีน ให้มารับการฉีดวัคซีนโควิด-19 เพื่อลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในผู้สูงอายุที่ยังไม่เคยฉีดวัคซีนโควิด-19
2. เพื่อศึกษาอำนาจทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 การรับรู้อุปสรรคของการได้รับวัคซีนโควิด-19 การได้รับคำแนะนำเรื่องการได้รับวัคซีนโควิด-19 จากบุคลากรทางการแพทย์ และความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุที่ยังไม่เคยฉีดวัคซีนโควิด-19

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974) ที่พัฒนาขึ้นมาเพื่ออธิบายพฤติกรรมป้องกันสุขภาพของบุคคล ซึ่งองค์ประกอบหลักได้แก่ (1) ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล (individual perceptions) ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค (2) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (cues to actions) และ (3) ปัจจัยร่วม (modifying factors) โดยความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 เป็นพฤติกรรมสุขภาพซึ่งบุคคลจะตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยการรับรู้ของบุคคล (individual perceptions) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (cues to actions) และปัจจัยร่วม (modifying factors) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของผู้สูงอายุที่ยังไม่เคยฉีดวัคซีนในจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยมีตัวแปรต้น ประกอบด้วย ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล (individual perceptions) ซึ่งมี 4 ตัวแปรได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนป้องกันโควิด-19 การรับรู้อุปสรรคของการได้รับวัคซีนโควิด-19 ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (cues to action) ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเรื่องการได้รับวัคซีนจากบุคลากรทางการแพทย์ และปัจจัยร่วม (modifying factor) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 จะเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความตั้งใจในการไปฉีดวัคซีนมากขึ้น รวมตัวแปรทั้งสิ้น 6 ตัวแปร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational descriptive research)



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่ยังไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ยังไม่ได้ฉีดวัคซีนโควิด-19 ที่มีภูมิลำเนาอยู่จริงในอำเภอชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. สามารถเข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

2. มีการรับรู้ที่ปกติ ผ่านการคัดกรองโดยใช้แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ของ ไฟฟ์เฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทยของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Chiangmai Provincial Public Health Office, 2018) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน กลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป

3. สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางการแพทย์ ที่ไม่สามารถรับการฉีดวัคซีนโควิด-19 ได้แก่ โรคเรื้อรังที่มีอาการของโรคไม่คงที่ ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ได้รับยาเคมีบำบัด ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เคยมีประวัติแพ้วัคซีนอื่นหรือส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้ 1 ตัวแปรต่อขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 เท่า (Austin & Steyerberg, 2017) ในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนตัวแปรต้นที่ศึกษาเท่ากับ 6 ตัวแปร เมื่อคำนวณแล้วได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 120 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวกและการบอกต่อ (convenience and snowball samplings) ผู้วิจัยดำเนินการประกาศรับสมัครกลุ่มตัวอย่างผ่านโรงพยาบาลชนแดน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 13 แห่ง ในอำเภอชนแดน โดยติดโปสเตอร์ที่บริเวณพื้นที่สาธารณะ ในพื้นที่อำเภอชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ เช่นที่ป้ายประชาสัมพันธ์โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วัด ศาลาประชาคมหมู่บ้าน นอกจากนี้ยังขอให้ผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้ฉีดวัคซีนโควิด-19 ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วช่วยประชาสัมพันธ์ให้กับผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้ฉีดวัคซีนโควิด-19 ให้เข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ผู้ประสงค์เข้าร่วมโครงการวิจัยแจ้งความจำนงค์ผ่านจุดประชาสัมพันธ์โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. หรือแจ้งผ่านเบอร์โทรศัพท์ที่ระบุในโปสเตอร์ได้ โดยผู้วิจัยทำการนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลวิจัยจนครบจำนวน 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ของ ไฟฟ์เฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทยของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Chiangmai Provincial Public Health Office, 2018) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยความจำ การรับรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล การคิด คำนวณ การมีสมาธิจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และการคิดตัดสินใจ ลักษณะคำถามเป็นการตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยคือ แบบสอบถาม โดยในส่วนที่ 1-4 เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งมีข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรสปัจจุบัน ศาสนา อาชีพปัจจุบัน และรายได้เฉลี่ยของครอบครัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพทั่วไป สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 และการได้รับวัคซีนโควิด-19 ซึ่งมีข้อคำถามเกี่ยวกับประวัติโรคประจำตัว การได้รับการตรวจหาเชื้อโควิด-19 การติดเชื้อโควิด-19 ประวัติคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวที่เคยติดเชื้อโควิด-19 การไต่ยนหรือทราบเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 และประวัติคนในครอบครัว



ที่เคยได้รับวัคซีนโควิด-19

ส่วนที่ 3 การได้รับคำแนะนำให้ไปฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 จากบุคลากรทางการแพทย์ ประเมินจากข้อคำถาม 1 ข้อ “ท่านเคยได้รับคำแนะนำให้ไปฉีดวัคซีนโควิด-19 จากบุคลากรทางการแพทย์หรือไม่?” โดยให้ผู้ป่วยเลือกคำตอบจาก 2 ตัวเลือก (1) เคย หรือ (2) ไม่เคย ถ้าผู้สูงอายุเลือกตอบเคย ให้ระบุประเภทของบุคลากรทางการแพทย์ที่แนะนำให้ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอื่น ๆ

ส่วนที่ 4 ความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ประเมินจากข้อคำถาม 1 ข้อ “ท่านตั้งใจที่จะไปรับการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ภายใน 6 เดือนนี้ มากน้อยแค่ไหน?” โดยให้ผู้สูงอายุทำเครื่องหมายในช่องตัวเลขที่ตรงกับ ความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ซึ่ง 0 หมายถึง ไม่ตั้งใจรับวัคซีนเลย 10 หมายถึง ตั้งใจรับวัคซีนมากที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเชื่อสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 (COVID-19 Health Belief Scale) ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ชมเกลลี (Shmueli, 2021) ซึ่งพัฒนาตามกรอบแนวคิดของ HBM ประกอบด้วย 11 ข้อคำถาม ที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีนโควิด-19 ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด-19 (perceived susceptibility of COVID-19) จำนวน 2 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (perceived seriousness of COVID-19) จำนวน 3 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการได้รับวัคซีนโรคโควิด-19 จำนวน 3 ข้อ (perceived benefits to COVID-19 vaccines) และการรับรู้อุปสรรคของการได้รับวัคซีนโรคโควิด-19 (perceived barriers to COVID-19 vaccination) จำนวน 3 ข้อ คำตอบเป็นมาตรวัดแบบ 4-point Likert Scale

แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านโควิด-19 และด้านพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าเฉลี่ย I-CVI = .95 ในการศึกษารั้งนี้ได้ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .86 ในแต่ละ sub scale ได้ค่าความเชื่อมั่นของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด-19 เท่ากับ .84 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 เท่ากับ .82 การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 เท่ากับ .83 และการรับรู้อุปสรรคของการได้รับวัคซีนโรคโควิด-19 เท่ากับ .81

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแบบสอบถามความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของ ญัฏฐวรรณ คำแสน (Khumsaen, 2021) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามของ ซอง และคณะ (Zhong et al., 2020) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด และไม่ทราบ แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยเจ้าของเครื่องมือได้ค่า CVI = .92 และในการศึกษารั้งนี้ได้ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR 20 ได้เท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอโครงการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์และเอกสารข้อมูลการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และผ่านการรับรองจริยธรรมโครงการการวิจัย เลขที่ 111/2565 ผู้วิจัยส่งหนังสือไปยังโรงพยาบาลชนแดน สาธารณสุขอำเภอชนแดน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในเขตพื้นที่โรงพยาบาลชนแดน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 13 แห่ง ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า สามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล โดยข้อมูลทุกอย่างถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวมเชิงวิชาการพร้อมทั้งนำเสนอประโยชน์ไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น ขณะทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้ก่อนการวิจัยสิ้นสุด โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรืออธิบาย



ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของผู้สูงอายุที่ยังไม่เคยฉีดวัคซีน
ในจังหวัดเพชรบูรณ์

หากมีข้อสงสัยหรือคำถามต่าง ๆ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือลงในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยส่งหนังสือไปยังโรงพยาบาลชนแดน สาธารณสุขอำเภอชนแดน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยในพื้นที่

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว โดยผู้วิจัยติดประกาศรับสมัครผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้ฉีดวัคซีนโควิด-19 ที่สนใจเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่โรงพยาบาลชนแดน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 13 แห่ง ในพื้นที่อำเภอชนแดน และในชุมชนเช่น ศาลาวัด ศาลาประชาคมหมู่บ้าน และขอให้ผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้ฉีดวัคซีนโควิด-19 ที่อาสาเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย แจ้งความจำนงค์ในการอาสาเป็นกลุ่มตัวอย่างกับประชาสัมพันธ์โรงพยาบาล บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือผู้วิจัยโดยตรง

3. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการนัดหมายเก็บข้อมูล จนครบ 120 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ได้มีทั้งกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่ตัวอำเภอ และตำบลที่ห่างไกลอำเภอ ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างวิจัย หรือพื้นที่สาธารณะ ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และคัดกรองคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น

4. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย สอบถามความสมัครใจและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทางผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือในเอกสารแสดงความยินยอม

5. ผู้วิจัยเป็นผู้ทำการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้ฟังทีละข้อ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบเริ่มจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพทั่วไปและสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 และการได้รับวัคซีนโควิด-19 การได้รับคำแนะนำให้ไปฉีดวัคซีนโควิด-19 จากบุคลากรทางการแพทย์ ความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 แบบสอบถามความเชื่อสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ตามลำดับ ใช้เวลา 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลสุขภาพทั่วไป และสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 ความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 การได้รับคำแนะนำให้ไปฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 จากบุคลากรทางการแพทย์ ความเชื่อสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบสองตัวแปร (bivariate analysis) ระหว่างตัวแปรต้นทั้ง 6 ตัว และตัวแปรตาม คือ ความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ผู้วิจัยนำข้อมูลไปตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้การทดสอบ Komogorov-Smirnov Test เป็นการตรวจสอบการแจกแจงข้อมูล (normality test) พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติ Mann-Whitney U Test และสถิติ Chi-Square ในการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของตัวแปรต้นทั้ง 6 ตัว ผู้วิจัยใช้สถิติ logistic regression analysis โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการทำการวิเคราะห์ข้อมูลว่า ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันหรือไม่เกิดปัญหา multicollinearity



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพทั่วไป และข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19

กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 74.11 ปี (SD = 8.73) โดยมีสัดส่วนผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย คือ ร้อยละ 61.70 และร้อยละ 38.30 ตามลำดับ ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาสูงสุด คือระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 62.50 รองลงมาไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 35 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 45 รองลงมา คือ หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 44.20 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพพบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 50 รองลงมา คือ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 24.20 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวพบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ที่ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 48.30 รองลงมา คือ รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 23.30 บาท ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.70 มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 51.70 รองลงมา คือ โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 31.70

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 61.70 ส่วนใหญ่ไม่เคยติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 81.70 คนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวไม่เคยติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 61.70 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยได้ยินหรือทราบเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 และทราบเรื่องวัคซีนโควิดจากสื่อสาธารณะ ร้อยละ 91.70 รองลงมา คือ ทราบจากครอบครัวหรือเพื่อน ร้อยละ 86.70 คนในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างเคยฉีดวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 91.70 และคนในครอบครัวแนะนำให้ฉีดวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ให้ฉีดวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 95.00 โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ ร้อยละ 64.17 รองลงมา คือ พยาบาลแนะนำ ร้อยละ 62.50

2. ความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 คะแนนความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย มีค่าเฉลี่ยเพียง 3.57 (SD = 3.18) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และคะแนนสูงสุด 10 คะแนน เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ย จะจำแนกเป็นกลุ่มโดยใช้จุดตัดคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจที่ 3.57 เป็นจุดแบ่งระหว่างระดับความตั้งใจสูงและต่ำ แบ่งเป็นระดับความตั้งใจต่ำ (คะแนน 0-3) จำนวน 62 คน (ร้อยละ 51.70) ระดับความตั้งใจสูง (คะแนน 4-10) จำนวน 58 คน (ร้อยละ 48.30)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 การรับรู้อุปสรรคของการได้รับวัคซีนโควิด-19 การได้รับคำแนะนำเรื่องการได้รับวัคซีนจากบุคลากรทางการแพทย์ และความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 กับความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ต่ำ มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด-19 ($U = 1,310.00, p = 0.01$) และการรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 ($U = 1,334.50, p = 0.01$) น้อยกว่ากลุ่มที่มีความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 สูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ต่ำ และกลุ่มที่มีความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 สูง จำแนกตามตัวแปรต้นที่ศึกษา (n = 120)

ตัวแปรต้น	ความตั้งใจ ในการฉีด วัคซีนต่ำ (n = 62)	ความตั้งใจ ในการฉีด วัคซีนสูง (n = 58)	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด-19	52.63	68.91	0.01*
การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19	58.35	62.80	0.47*



ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของผู้สูงอายุที่ยังไม่เคยฉีดวัคซีน
ในจังหวัดเพชรบูรณ์

ตารางที่ 1 ความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ต่ำ และกลุ่มที่มีความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 สูง จำแนกตามตัวแปรต้นที่ศึกษา (n = 120) (ต่อ)

ตัวแปรต้น	ความตั้งใจ ในการฉีด วัคซีนต่ำ (n = 62)	ความตั้งใจ ในการฉีด วัคซีนสูง (n = 58)	p-value
การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19	53.02	68.49	0.01*
การรับรู้อุปสรรคของการได้รับวัคซีนโควิด-19	63.16	57.66	0.38*
การได้รับคำแนะนำเรื่องการได้รับวัคซีนจากบุคลากร ทางการแพทย์			0.45**
ได้รับคำแนะนำ	58	56	
ไม่ได้รับคำแนะนำ	4	2	
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19	58.63	62.50	0.53*

* Mann-Whitney U Test

**Chi-square Test

4. อำนาจทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ระหว่าง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 การรับรู้อุปสรรคของการได้รับวัคซีนโควิด-19 การได้รับคำแนะนำเรื่องการได้รับวัคซีนจากบุคลากรทางการแพทย์ และความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผลการวิเคราะห์ค่า Wald Test (ตารางที่ 2) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด-19 ($p = 0.04$) และการรับรู้ประโยชน์ของการได้รับวัคซีนโรคโควิด-19 ($p = 0.04$) สามารถทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์ odd ratio พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีคะแนนความตั้งใจในการฉีดวัคซีนสูง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด-19 มากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนความตั้งใจในการฉีดวัคซีนต่ำเป็น 1.48 เท่า (95% CI = 1.02-2.13) และผู้สูงอายุกลุ่มที่มีคะแนนความตั้งใจในการฉีดวัคซีนสูงมีการรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 มากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนความตั้งใจในการฉีดวัคซีนต่ำเป็น 1.33 เท่า (95% CI = 1.01-1.77) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกเชิงพหุปัจจัยทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของผู้สูงอายุ (n = 120)

ปัจจัย	OR (95%CI)	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด-19	1.48 (1.02-2.13)	0.04*
การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19	1.00 (0.77-1.31)	0.99
การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19	1.33 (1.01-1.77)	0.04*
การรับรู้อุปสรรคของการได้รับวัคซีนโควิด-19	1.00 (0.76-1.31)	0.99
การได้รับคำแนะนำเรื่องการได้รับวัคซีนจากบุคลากรทาง การแพทย์	1.00 (0.11-3.89)	0.98
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.64 (1.02-2.13)	0.63



การอภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุมีความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพียง 3.57 (SD = 3.18) จากคะแนนเต็ม 10 ผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า การระบาดของโรคโควิด-19 ตลอดจนการรณรงค์ให้มีการฉีดวัคซีนในประชากรทุกคนทั่วโลก เกิดขึ้นตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 ขณะนี้เป็นระยะเวลาเกือบ 4 ปี แล้วที่มีการระบาดของเชื้อและการรณรงค์ให้มีการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกประกาศยุติภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของโลกของโรคโควิด-19 และประเทศไทยได้มีประกาศปรับโรคโควิด-19 ให้เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 (Department of Disease Control, 2022) เมื่อการระบาดของโรคโควิด-19 ลดระดับความรุนแรงลง ทำให้ความสนใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของประชาชนทั่วโลกลดลง การนำเสนอข่าวเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของสื่อสาธารณะต่าง ๆ ลดลง ตลอดจนการรณรงค์ให้มีการฉีดวัคซีนลดลง เมื่อการระบาดลดลงทำให้อัตราการติดเชื้ออาการป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 ลดลง ทำให้ประชาชนลดความสนใจ ลดความกลัวเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จึงอาจส่งผลต่อความสนใจของการฉีดวัคซีนโควิด-19 ที่ลดลงด้วย

นอกจากนี้ การรณรงค์ของกระทรวงสาธารณสุขให้มีการฉีดวัคซีนโควิด-19 เป็นวัคซีนประจำปี ปีละ 1 ครั้ง พร้อมกับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ (Ministry of Public Health, 2023) อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีนไม่สนใจที่จะฉีดวัคซีน เพราะเป็นกลุ่มที่ไม่ตั้งใจฉีดวัคซีนตั้งแต่ที่มีการระบาดของโรคในระยะแรก อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีนเลยและความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ต่ำ อาจทำให้ความเสี่ยงในการติดเชื้อและมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าเดิม ซึ่งอัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มสูงอายุที่มีโรคร่วมนั้นสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น และมีแนวโน้มที่จะพบการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่รุนแรงมาก (Yanez et al., 2020)

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีคะแนนความตั้งใจในการฉีดวัคซีนสูง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด-19 มากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนความตั้งใจในการฉีดวัคซีนต่ำเป็น 1.48 เท่า (OR = 1.48, 95% CI = 1.02-2.13) หมายความว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด-19 สูงมีความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 มากกว่าเป็น 1.48 เท่าของผู้ที่มีความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ต่ำ ผลการศึกษาสามารถอธิบายตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ว่า การรับรู้ของบุคคลทางด้านสุขภาพมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคหากผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นวัยที่มีโอกาสติดเชื้อโควิด-19 สูง รวมถึงรับรู้ว่าการติดเชื้อเกิดขึ้นจะมีโอกาสเสียชีวิตได้มากกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องโรคโควิด-19 และวัคซีนทางสื่อสาธารณะทุกช่องทางทั่วโลก ที่มีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของผู้สูงอายุเนื่องจากภูมิคุ้มกันที่ลดลง และการมีโรคประจำตัวในผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด-19 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จึงส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงของตนเองมากขึ้นกว่ากลุ่มวัยอื่น

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้รายงานว่า ได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่นทั้งบุคคลในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงจากบุคคลอื่นในช่วงรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีนโควิด-19 ในช่วงที่ผ่านมา ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ใหญ่ในหลายประเทศที่พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีคะแนนความตั้งใจในการฉีดวัคซีนสูง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด-19 มากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนความตั้งใจในการฉีดวัคซีนต่ำเป็น เช่น ประเทศเยอรมันนี (OR = 1.16, 95% CI = 1.87-2.45) (Malesza & Wittmann, 2021) ประเทศเวียดนาม (OR = 2.45, 95% CI = 1.48-4.06) (Huynh et al., 2021) และประเทศโปรตุเกส ($\beta = 0.07$, $p = 0.003$) (Fernandes et al., 2021)

ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีคะแนนความตั้งใจในการฉีดวัคซีนสูง มีการรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 มากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนความตั้งใจในการฉีดวัคซีนต่ำเป็น 1.33 เท่า (OR = 1.33, 95% CI = 1.01-1.77) หมายความว่า



ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของผู้สูงอายุที่ยังไม่เคยฉีดวัคซีน
ในจังหวัดเพชรบูรณ์

ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 สูง มีความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 มากกว่าเป็น 1.33 เท่าของผู้ที่มีความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ต่ำ ผลการศึกษาสามารถอธิบายตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้เช่นเดียวกันว่า การรับรู้ของบุคคลทางด้านสุขภาพมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมป้องกันการโรค หากผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีประโยชน์กับตนเองมาก ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมที่ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 สื่อสาธารณะทุกช่องทางทั่วโลกมีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 และรณรงค์ให้ประชากรทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุให้มารับการฉีดวัคซีนโควิด-19 ข้อมูลประโยชน์ของวัคซีนที่นำเสนอ ได้แก่ การได้รับวัคซีนจะช่วยป้องกันการติดเชื้อ ลดความรุนแรงของโรค ลดอัตราการตาย และลดการแพร่ระบาดของเชื้อ เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุที่เชื่อในประโยชน์ดังกล่าวของวัคซีน ตัดสินใจมารับการฉีดวัคซีน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ใหญ่ในหลายประเทศที่พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีคะแนนความตั้งใจในการฉีดวัคซีนสูง มีการรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 มากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนความตั้งใจในการฉีดวัคซีนต่ำเป็น เช่น ประเทศเยอรมนี (OR = 2.02, 95% CI = 1.18-2.86) (Malesza & Wittmann, 2021) ประเทศจีน (OR = 3.14, 95% CI 2.05-4.83) (Lin et al., 2020) และประเทศไทย (OR = 1.65, 95% CI = 1.01-2.70) (Ui-eng, 2022)

อย่างไรก็ตาม ในส่วนของการรับรู้ความรุนแรงของโควิด-19 การรับรู้อุปสรรคของการได้รับวัคซีนโรคโควิด-19 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการได้รับคำแนะนำเรื่องการได้รับวัคซีนจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในผู้สูงอายุได้ ในการศึกษาครั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุอาจมีปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อการตัดสินใจรับวัคซีน เช่น อายุ โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 74.11 ปี บางคนอาจต้องพึ่งพาลูกหลานหรือผู้ดูแลในการดูแลอาการหลังฉีดวัคซีน และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว แม้จะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ให้ฉีดวัคซีนแล้ว หรือแม้กระทั่งมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง แต่ผู้สูงอายุอาจจะกังวลว่าวัคซีนอาจจะมีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การระบาดของโรคลดระดับความรุนแรง การรณรงค์จากสื่อน้อยลง อาจส่งผลต่อความตั้งใจในการฉีดวัคซีนของผู้สูงอายุได้เช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบปัจจัยที่มีผลต่อการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมผู้สูงอายุให้มารับการฉีดวัคซีนโควิด-19 ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาตัวแปรอื่นที่มีผลต่อความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 เช่น ความกลัว การตระหนักรู้ ด้านครอบครัว ความไม่เชื่อมั่นต่อการรักษา
2. ควรติดตาม หรือศึกษาวิจัยกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเดิมเพื่อศึกษาว่าความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจในการรับวัคซีนโควิด-19 กับการไปรับการฉีดวัคซีนโควิด-19
3. ควรพัฒนาโปรแกรมในการรับวัคซีนโควิด-19 ในผู้สูงอายุ โดยนำปัจจัยทำนายที่ได้จากผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูล

References

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)



- Austin, P. C., & Steyerberg, E. W. (2017). Events per variable (EPV) and the relative performance of different strategies for estimating the out-of-sample validity of logistic regression models. *Statistical Methods in Medical Research*, 26(2), 796- 808. <https://doi.org/10.1177/0962280214558972>
- Chiangmai Provincial Public Health Office. (2018). *Health screening guide for the elderly health promotion*. Chiangmai Provincial Public Health Office. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2021). *Vaccine COVID-19*. Department of Disease Control. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2022). *COVID-19*. <https://ddc.moph.go.th/odpc5/news.php?news=28701&deptcode=odpc5> (in Thai)
- Department of Disease Control. (2023). *Situation COVID-19*. https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation_more.php (in Thai)
- Duangkaew, T., & Sirasoonthorn, P. (2017). An application of Marshall H. Becker's health belief model (HBM) in the study of hypertension patient in urban communities in Phitsanulok. *Journal of Community Development Research (Humanities and Social Sciences)*, 10(3), 101-113. <https://www.journal.nu.ac.th/JCDR/article/view/1951/> 1160 (in Thai)
- Fernandes, N., Costa, D., Costa, D., Keating, J., & Joana, A. (2021). Predicting COVID-19 vaccination intention: The determinants of vaccine hesitancy. *Vaccine* 2021, 9(10), 1161. <https://doi.org/10.3390/vaccines9101161>
- Huynh, G., Tran, T. T., Nguyen, T. N., & Pham, L. A. (2021). COVID-19 vaccination intention among healthcare workers in Vietnam. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*, 14(4), 159-164. <https://doi.org/10.4103/1995-7645.312513>
- Khumsaen, N. (2021). Knowledge, attitudes, and preventive behaviors of COVID-19 among people living in Amphoe U-thong, Suphanburi Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 4(1), 33-48. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/article/view/247955/168669> (in Thai)
- Lin, Y., Hu, Z., Zhao, Q., Alias, H., Danaee, M., & Wong, L. P. (2020). Understanding COVID-19 vaccine demand and hesitancy: A nationwide online survey in China. *PloS Neglected Tropical Diseases*, 14(12), e0008961. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008961>
- Mahmud, I., Kabir, R., Rahman, M. A., Al-Mohamed, A., Vinnakota, D., & Al-Mohaimed, A. (2021). The health belief model predicts intention to receive the COVID-19 vaccine in Saudi Arabia: Results from a cross-sectional survey. *Vaccines*, 9(8), 864. <https://doi.org/10.3390/vaccines9080864>
- Malesza, M., & Wittmann, E. (2021). Acceptance and intake of COVID-19 vaccines among older Germans. *Journal of Clinical Medicine*, 10(7), 1388. <https://doi.org/10.3390/jcm10071388>
- Ministry of Public Health. (2023). *COVID-19*. <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9238> (in Thai)



- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Ruiz, J. B., & Bell, R. A. (2021). Predictors of intention to vaccinate against COVID-19: Results of a nationwide survey. *Vaccine*, 39(7), 1080-1086. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X21000141>
- Sallam, M. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy worldwide: A concise systematic review of vaccine acceptance rates. *Vaccines*, 9(2), 160. <https://doi.org/10.3390/vaccines9020160>
- Sela, J., Ratcha, M., Surach, A., Nakju, S., & Samranjit, S. (2021). New normal lifestyle in prevention of COVID-19 pandemic among in Bangkok. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 24(2), 58-73. (in Thai)
- Shmueli, L. (2021). Predicting intention to receive COVID-19 vaccine among the general population using the health belief model and the theory of planned behavior model. *BMC Public Health*, 21(1), 804. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10816-7>
- Ui-eng, S. (2022). Factors affecting the decision to COVID-19 booster vaccine (third dose) among older people in area of Muang District, Songkhla. *Journal of Songkhla Hospital*, 1, 1-14. <https://www.skhospital.go.th/wp-content/uploads/2022/12/journal-20221223.pdf> (in Thai)
- World Health Organization Thailand. (2020). *COVID-19*. World Health Organization Thailand. (in Thai)
- Yanez, N. D., Weiss, N. S., Romand, J. A., & Treggiari, M. M. (2020). COVID-19 mortality risk for older men and women. *BMC Public Health*, 20(1), 1742. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09826-8>
- Zhong, B. L., Luo, W., Li, H. M., Zhang, Q. Q., Liu, X. G., Li, W. T., & Li, Y. (2020). Knowledge, attitudes and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: A quick online cross-sectional survey. *International Journal of Biological Sciences*, 16(10), 1745-1752. <https://doi.org/10.7150/ijbs.45221>



Effects of Technology-Based Education on Health Literacy Among Elderly Monks with Hypertension*

ผลของการสอนโดยใช้เทคโนโลยีเป็นฐานต่อความรู้ด้านสุขภาพ ในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*

ชาตรี	สีดาคำ**	Chatree	Seedacam**
จิตตวดี	เหรียญทอง***	Jittawadee	Rhiantong***
ศิริรัตน์	ปานอุทัย****	Sirirat	Panuthai****

Abstract

Hypertension has been found to have a high incidence among elderly monks. Technology-based education through a health literacy program may help elderly monks with hypertension to improve their health literacy. This experimental research aimed to study the effects of technology-based education on health literacy among this group. The sample group consisted of elderly monks diagnosed with hypertension who received care at Health Promoting Hospitals in Mueang Nakhon Sawan District, Nakhon Sawan Province. A total of 54 participants selected by simple random sampling were divided into a control group and an experimental group of 27 each. The experimental group received four sessions of group teaching and one session of individual teaching throughout a span of three weeks, while the control group received usual care. Data collection instruments included 1) an interview form on personal and illness data and 2) an interview form on health literacy for elderly monks with hypertension. The program on technology-based education for health literacy was checked for content validity by five experts. Regarding the measurement tool, an interview form on health literacy for elderly monks with hypertension, the researcher tested its internal consistency and obtained a Cronbach's correlation coefficient of .85. The data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, and dependent t-test.

The results showed that after receiving the technology-based education program, the experimental group had higher mean scores for health literacy ($M = 45.41$, $SD = 2.64$) than those of the control group who received usual care ($M = 19.93$, $SD = 3.03$) with a statistically significant difference ($t = 33.01$, $p < .001$) and a higher mean score than before receiving the program ($M = 20.74$, $SD = 3.21$) with a statistically significant difference ($t = -46.68$, $p < .001$).

In conclusion, the technology-based education program effectively improves health literacy. Healthcare professionals can apply the technology-based education program to promote health literacy promotion among elderly monks with hypertension.

Keywords: Technology-based education; Health literacy; Elderly monks; Hypertension

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate student of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;

e-mail: jittawadee.r@cmu.ac.th

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**บทคัดย่อ**

โรคความดันโลหิตสูงพบอุบัติการณ์สูงในพระสงฆ์สูงอายุ การสอนด้วยเทคโนโลยีเป็นฐาน อาจช่วยให้พระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ด้านสุขภาพดีขึ้น การวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสอนโดยใช้เทคโนโลยีเป็นฐาน ต่อความรู้ด้านสุขภาพในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง 54 ราย คัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย จากพระสงฆ์สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตบริการอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ สุ่มเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 27 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสอนด้วยเทคโนโลยีแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล จำนวน 5 ครั้ง ระยะเวลารวม 3 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย และ 2) แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยโปรแกรมการสอนด้วยเทคโนโลยีเป็นฐานเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน ได้ค่า Cronbach's correlation coefficient เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ independent t-test และ dependent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนด้วยเทคโนโลยีเป็นฐาน ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ($M = 45.41$, $SD = 2.64$) มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($M = 19.93$, $SD = 3.03$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 33.01$, $p < .001$) และมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M = 20.74$, $SD = 3.21$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -46.68$, $p < .001$)

สรุปได้ว่า การสอนด้วยเทคโนโลยีเป็นฐานช่วยส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ บุคลากรสุขภาพสามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมการสอนด้วยเทคโนโลยีเป็นฐานในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้

คำสำคัญ: การสอนด้วยเทคโนโลยีเป็นฐาน ความรู้ด้านสุขภาพ พระสงฆ์สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: jittawadee.r@cmu.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขทั่วโลก และพบอุบัติการณ์สูงในพระสงฆ์สูงอายุ จากสถิติของโรงพยาบาลสงฆ์ในปี พ.ศ. 2563 พบว่า พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ตามลำดับ (Department of Medical Services Priest Hospital, 2021) สอดคล้องกับรายงานคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2565 ที่พบว่า สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกในกลุ่มของพระสงฆ์ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ซึ่งพบมากถึง 16,816 รูป แสดงให้เห็นว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบได้มากในพระสงฆ์สูงอายุ นอกจากนั้นยังพบว่า พระสงฆ์สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้เพียงร้อยละ 37.12 เท่านั้น (Department of Health, 2022) ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงถ้าไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมายจะนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความเสียหายของหลอดเลือดจากการมีระดับความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานาน ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจ สมอ ไต และตา (Weber et al., 2014) ด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้เหมาะสม

ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญา (cognitive skills) และทักษะทางสังคม (social skills) ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลให้สามารถเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้เพื่อส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพที่ดีไว้ (Nutbeam, 2000) ได้แก่ 1) ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (basic/functional health literacy) คือความสามารถในการฟัง พูด อ่านและเขียน เพื่อใช้ในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง 2) ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (communicative/interactive health literacy) คือความสามารถในการฟัง พูด การติดต่อสื่อสาร การจัดการดูแลสุขภาพของตนเองที่เหมาะสม และ 3) ความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ (critical health literacy) คือ ความสามารถในการประเมินข้อมูลทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อต่าง ๆ เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์และตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม (Nutbeam, 2008)

จากการศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทยของ โกนิษฐ์ ศรีทอง และคณะ (Srithong et al., 2021) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 22.25 ที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ ขณะที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.75 มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ และจากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของ สุทธินันท์ คอดริงตัน และคณะ (Codrington et al., 2021) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์และการจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 86.36

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของ ญัฐพัชร จันทน์ฉาย และ วรณี เดียวอิสเรศ (Janchai & Deoisres, 2020) โดยงานวิจัยที่ทบทวนทั้งหมด 25 เรื่อง ซึ่งพบว่า ปัจจัยด้านอายุ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด โดยยิ่งอายุมาก ความรู้ด้านสุขภาพจะยิ่งต่ำลง ส่วนปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำจะพบว่า มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำหรือระดับพื้นฐานสำหรับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในปัจจัยที่พบว่า สามารถทำนายความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งมีการพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการสอนผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงหลากหลายรูปแบบ และมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อส่งเสริมกระบวนการสื่อสารระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง (Arahung et al., 2018; Darwis et al., 2021) โดยส่วนใหญ่รูปแบบหรือ



Effects of Technology-Based Education on Health Literacy Among Elderly Monks with Hypertension ผลของการสอนโดยใช้เทคโนโลยีเป็นฐานต่อความรู้ด้านสุขภาพ ในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

โปรแกรมการสอนเน้นการสอนด้วยวิธีการที่ผู้สอนกำหนดเนื้อหาขึ้นเอง ถึงแม้จะมีการทดสอบผลลัพธ์ของการสอน ทั้งผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย คือ ความรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ คือ ระดับความดันโลหิต แต่การกำหนดเนื้อหาการสอนเป็นการกำหนดโดยผู้สอนซึ่งเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่ไม่ได้เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยอาจส่งผลต่อความต่อเนื่องในระยะยาวของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

อย่างไรก็ตาม ได้มีการพัฒนารูปแบบการสอนผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (patient education for health literacy) โดยใช้หลักการสอนของ พิตส์ (PITS) เป็นสื่อกลางในการสอนให้ความรู้เพื่อให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูล การสอนโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำให้ผู้ป่วยเป็นผู้รู้หรือผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง (health-expert) ซึ่งข้อมูลที่แลกเปลี่ยนจะมีการจัดลำดับความเชื่อมโยงของข้อมูลอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย 1) พยาธิสรีรวิทยา 2) อาการและอาการแสดง 3) การรักษา และ 4) ข้อมูลการรักษาเฉพาะบุคคล การให้ข้อมูลตามหลักพิตส์ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยผ่านการแลกเปลี่ยนข้อมูล (information exchange) ซึ่งผู้ป่วยจะรับข้อมูลเข้าในความจำ (Ingestion) จากนั้นผู้ป่วยจะตีความข้อมูลที่ได้รับตามความเข้าใจ (individual interpretation) ซึ่งเป็นการทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ป่วย ผสมผสานระหว่างข้อมูลเก่ากับข้อมูล โดยผู้ป่วยจะมีการย่อยข้อมูล (digestion) เป็นส่วน ๆ ผสมผสานกับสิ่งที่มีความรู้ความเข้าใจเดิมของตนเอง กลายเป็นความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (personal definition) โดยกลยุทธ์ที่ใช้ในการถ่ายทอดเนื้อหาและการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วย คือ เทคนิคสะท้อนคิด (reflection) และการสอนกลับ (teach back) (Stewart, 2012)

การสะท้อนคิด เป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยใช้สติปัญญาในการคิดวิเคราะห์พิจารณาข้อมูลจนสามารถถ่ายทอดหรือสะท้อนออกมาได้ ผ่านการสอนกลับให้กับผู้ถ่ายทอดข้อมูลได้ตรวจสอบความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย ซึ่งถ้าผู้ป่วยสามารถถ่ายทอดความเข้าใจของตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหรือพยาธิสรีรวิทยาแล้วเชื่อมโยงสู่อาการและอาการแสดง และการรักษาได้ถูกต้อง แสดงว่าผู้ป่วยเป็นผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับตนเอง (self-expert) และเชี่ยวชาญด้านสุขภาพของตนเอง (health expert) เมื่อผู้ป่วยมีการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลและนำมาสู่กระบวนการสุดท้ายคือการตัดสินใจภายใต้ข้อมูล (information decision) เป็นการแสดงว่าผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพคือเกิดทักษะด้านปัญญาและทักษะด้านสังคมเพิ่มขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาที่เป็นการสอนตามหลักการสอนของพิตส์ ของ นาทยา ยากอง และคณะ (Yakong et al., 2022) ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยนำหลักการสอนพิตส์ (PITS model) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบรายกลุ่มและรายเดี่ยว กลุ่มทดลองได้รับการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 5 ครั้ง ระยะเวลารวม 3 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมากกว่าก่อนได้รับการให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการวิจัยแสดงถึงผลของการให้ความรู้ที่สามารถส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพได้

ในยุคที่มีการแพร่ระบาดของโควิด-19 ผู้รับบริการมีการเข้าถึงข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์ และผู้ให้บริการด้านสุขภาพได้มีการนำสื่อสังคมออนไลน์มาประกอบการให้บริการด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ รวมถึงรูปแบบการสอนที่มีการนำเทคโนโลยีมาช่วยให้เกิดการเรียนรู้ของผู้รับบริการได้ดีขึ้น เนื่องจากเทคโนโลยีการสอนจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีกว่าการเรียนรู้ผ่านการฟังเสียงจากการบรรยายของผู้สอนเพียงอย่างเดียว จากการศึกษาเพื่อพัฒนาและทดสอบผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยเทคโนโลยีในศูนย์การเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุของ ศรีไพร โชติจิรวัดนา และคณะ (Chotjirawatthana et al., 2021) ได้ใช้สื่อเทคโนโลยีประกอบการสอน คือ สมาร์ทโฟนและแท็บเล็ต ที่มีการใส่โปรแกรมการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ



ผลของการสอนโดยใช้เทคโนโลยีเป็นฐานต่อความรู้ด้านสุขภาพ ในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ทั้งภาพเคลื่อนไหว คลิปวิดีโอ ภาพนิ่ง และสามารถสแกนคิวอาร์โค้ดเพื่อเข้าถึงข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยเทคโนโลยีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการสอนร่วมกับการใช้เทคโนโลยีเป็นฐานจะสามารถส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพได้ ผ่านการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ง่ายมากขึ้นจากแหล่งออนไลน์ต่าง ๆ สามารถทบทวนข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพได้ตามที่ต้องการ นอกจากนี้ ยังสามารถทำความเข้าใจข้อมูลทางด้านสุขภาพเพื่อตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมผ่านช่องทางออนไลน์ได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาผลของการสอนผู้ป่วยตามหลักของพิทส์ที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวอาจไม่สามารถนำมาอ้างอิงในกลุ่มประชากรพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากพระสงฆ์มีกิจวัตรการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทั่วไป โดยเฉพาะการดำเนินกิจวัตรของพระสงฆ์ตามพระธรรมวินัย ซึ่งทำให้พระสงฆ์มีความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป นอกจากนี้ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ที่ส่งผลให้รูปแบบการให้ความรู้แบบเดิมไม่สามารถทำได้ ทำให้ต้องใช้เทคโนโลยีเข้ามาประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้กับผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของการสอนโดยใช้เทคโนโลยีเป็นฐานต่อความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้พระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการสอนโดยใช้เทคโนโลยีเป็นฐานกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการสอนโดยใช้เทคโนโลยีเป็นฐานระหว่างก่อนและหลังการสอน

สมมติฐานการวิจัย

1. พระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนโดยใช้เทคโนโลยีเป็นฐานมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. พระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนโดยใช้เทคโนโลยีเป็นฐานมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนได้รับการสอน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการสอนออนไลน์ผ่านโปรแกรมซูม (Zoom meeting) ในการให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีการสอนเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและส่งเสริมการเรียนรู้ คือ การใช้วิดีโอรูปแบบแอนิเมชันอินโฟกราฟิกในรูปแบบออนไลน์บนคลาวด์ ร่วมกับคู่มือความรู้ด้านสุขภาพ มีคำบรรยายประกอบภาพสี และมีภาพคิวอาร์โค้ดสำหรับใช้โทรศัพท์มือถือสแกนเป็นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ และประเมินผลการเรียนรู้โดยใช้แบบประเมินความเข้าใจของบุคคลผ่านทางออนไลน์

สำหรับรูปแบบการสอน ใช้หลักการสอนของ พิตส์ (PITS) (Stewart, 2012) เป็นรูปแบบวิธีให้ความรู้และกำหนดเนื้อหาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา อาการแสดงหรืออาการที่เป็นข้อบ่งชี้ การรักษา และข้อมูลเฉพาะบุคคล ทำให้เกิดการส่งผ่านข้อมูลสู่กลุ่มตัวอย่าง มีการสะท้อนคิด และการสอนกลับ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสะท้อนความเข้าใจข้อมูล



ทางด้านสุขภาพของตนเอง และให้กลุ่มตัวอย่างได้จัดหมวดหมู่ย่อยของข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อให้เข้าใจข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ตนเองมีอยู่ นำมาสู่กระบวนการตีความของผู้ป่วยจนเกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเป็นการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม จากระดับพื้นฐานคือการเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ไปสู่ทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านสุขภาพของตนเอง เพื่อนำไปสู่การปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้มีความเหมาะสมมากขึ้น จากการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรด้านสุขภาพในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ตลอดจนสามารถวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านสุขภาพเพื่อนำไปใช้ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นของความรอบรู้ด้านสุขภาพจนถึงระดับคิดวิเคราะห์หรือวิจารณ์ญาณ (Nutbeam, 2000)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พระสงฆ์ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่วัดในจังหวัดนครสวรรค์

กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่วัดในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ

1. อายุระหว่าง 60-80 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับความดันโลหิตชนิดรับประทาน เนื่องจากเป็นช่วงอายุที่มีพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่สุด

2. มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยมีคะแนนจากการประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Department of medical services, 2014) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

3. มีระดับสติปัญญาและการรับรู้ปกติ โดยมีคะแนนจากการประเมินด้วยแบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (the Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) ของ ไฟฟ์เฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทยของ สำนักงานสาธารณสุขเชียงใหม่ (Chiangmai Provincial Public Health Office, 2018) ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป

4. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง โดยมีคะแนนที่ประเมินด้วยแบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ของ สุทธินันท์ คอดริงตัน และคณะ (Codrington et al., 2021) อยู่ระหว่าง 14-42 คะแนน

5. สามารถอ่าน และสื่อสารภาษาไทยได้

6. สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้ เช่น โน้ตบุ๊ก คอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ ไอแพด เป็นต้น

7. สมารถใจและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตาราง โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) ที่ .80 และมีขนาดของความสัมพันธ์ที่ต้องการศึกษา (effect size) เท่ากับ .50 ซึ่งเป็นระดับปานกลางในงานวิจัยทางการแพทย์ (Burns & Grove, 2009) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 รูป ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย (drop-out rate) เพิ่มร้อยละ 20 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 รูป ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม



ผู้วิจัยเลือก อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ เป็นสถานที่วิจัยเนื่องจากมีประชากรพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากที่สุดในจังหวัดนครสวรรค์ จากนั้นผู้วิจัยติดต่อกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อประชาสัมพันธ์ด้วยการแจกใบเชิญชวนอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย โดยติดโปสเตอร์ไว้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากนั้นผู้วิจัยนำรายชื่อที่ได้จากการสมัครมาทำการสุ่มโดยการจับฉลากเพื่อให้ได้ตามจำนวนที่ต้องการ คือ 54 รูป และทำการคัดกรองคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ถ้าไม่ผ่านคุณสมบัติตามที่กำหนดทำการสุ่มแบบไม่แทนที่ทดแทน (sampling without replacement) จากนั้นทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการจับฉลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 แผนการสอนเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นครอบคลุมเนื้อหาพยาธิสรีรวิทยา อาการแสดงหรืออาการที่เป็นข้อบ่งชี้ การรักษา และข้อมูลการรักษาที่เฉพาะบุคคล ซึ่งสอนตามหัวข้อพิพม์ โดยใช้วิธีการสะท้อนคิด เทคนิคการสอนกลับ และประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาการสอนภายหลังการสอนทุกครั้งด้วยแบบประเมิน Understanding Personal Perception Scale (UPP scale) กิจกรรมการสอนจำนวน 5 ครั้ง โดยการสอนรายกลุ่ม 4 ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ร่วมกับการสอนรายบุคคล 1 ครั้ง ๆ ละ 15-30 นาที ต่อคน ระยะเวลารวม 3 สัปดาห์ โดยการใช้โปรแกรมซูม (Zoom meeting) ในการให้ข้อมูลแก่พระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1.2 คู่มือความรู้ด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นคู่มือให้ความรู้ในหัวข้อพยาธิสรีรวิทยา อาการแสดงหรืออาการที่เป็นข้อบ่งชี้ การรักษา และการจัดการตนเอง โดยคู่มือเป็นแบบรูปเล่มเอกสาร มีคำบรรยายประกอบภาพสี และมีภาพคิวอาร์โค้ด สำหรับใช้โทรศัพท์มือถือสแกนเพื่อเปิดดูวิดีโอให้ความรู้ และเปิดดูคู่มือฉบับที่เป็นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์

1.3 สื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นสื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในหัวข้อพยาธิสรีรวิทยา อาการแสดงหรืออาการที่เป็นข้อบ่งชี้ การรักษา และการจัดการตนเอง ลักษณะเป็นวิดีโอรูปแบบแอนิเมชันอินโฟกราฟิก ประกอบด้วยตัวละครที่มีการบรรยายเนื้อหาความรู้ ด้วยภาพเคลื่อนไหว ความยาว 5-10 นาที โดยวิดีโออยู่ในรูปแบบออนไลน์บนคลาวด์ ซึ่งสามารถเข้าดูวิดีโอได้โดยการใช้โทรศัพท์มือถือสแกนรูปคิวอาร์โค้ดในคู่มือ

1.4 แบบประเมินความเข้าใจของบุคคล (UPP scale) ของ สจ๊วต (Stewart, 2012) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย วิชาญ ใจมัลย์ ศิริรัตน์ ปานอุทัย โรจน์ จินตนาวัฒน์ และ พนิดา จันทโสภีพันธ์ (personal communication, August, 31, 2022) เป็นมาตรวัดแบบสัญลักษณ์ (visual feature of Likert scale) ได้แก่ รูปพระอาทิตย์แสดงถึงความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับข้อมูล และรูปก้อนเมฆแสดงถึงความสับสน แบ่งความเข้าใจเป็น 5 ระดับ ระดับที่ 1 คือเข้าใจข้อมูลชัดเจน จนถึงระดับที่ 5 คือข้อมูลขาดความชัดเจนโดยสิ้นเชิง โดยประเมินทุกครั้งหลังสอน หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกภาพหมายเลข 2-3 แสดงถึงความคลุมเครือและไม่เข้าใจบางส่วน ผู้วิจัยให้ข้อมูลในส่วนที่ไม่เข้าใจ แต่ถ้าเลือกภาพหมายเลข 4-5 คือไม่เข้าใจเป็นส่วนใหญ่ ผู้วิจัยจะมีการสอนซ้ำทั้งหมดอีกรอบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ แบบแผนการออกกำลังกาย และแบบแผนการบริโภคอาหาร และข้อมูลความเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค



ความดันโลหิตสูง ยาที่ใช้สำหรับลดระดับความดันโลหิต การควบคุมความดันโลหิตและโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2.2 แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ของ สุทธินันท์ คอตริงตัน และคณะ (Codrington et al., 2021) ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน จำนวน 5 ข้อ คำถามด้านบวก ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน จำนวน 5 ข้อ และความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ จำนวน 4 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง และบ่อยครั้ง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 14.00-28.00 หมายถึง มีความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ คะแนน 28.01-42.00 หมายถึง มีความรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง และคะแนน 42.01-56.00 หมายถึง มีความรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แผนการสอน คู่มือความรู้ด้านสุขภาพ และสื่อวีดิทัศน์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ด้านสุขภาพ 2 ท่าน พระสงฆ์ผู้มีสมณศักดิ์ จำนวน 1 ท่าน และแบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .96 และผู้วิจัยนำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน กับพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .85 ส่วนแบบประเมินความเข้าใจของบุคคล ผู้วิจัยใช้สำหรับติดตามกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น จึงไม่ได้มีการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือซ้ำ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินงานวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หนังสือรับรองเลขที่ 053/2566 ผู้วิจัยยื่นเอกสารเพื่อขอเก็บข้อมูลต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อประชาสัมพันธ์ถึงโครงการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษา ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ มีการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องให้การวิจัยสิ้นสุด พร้อมทั้งขอความยินยอมโดยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงมีการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้จัดกระทำสิ่งทดลองให้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง และจะมีผู้ช่วยวิจัย 1 คน ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งผู้ช่วยวิจัยจะไม่ทราบว่าคุณสมบัติของตัวอย่างอยู่ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง (single-blinding) โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. หลังจากได้รับอนุญาตการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประชาสัมพันธ์ด้วยการแจกเอกสารเชิญชวนอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย และนัดอาสาสมัครที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อคัดกรองคุณสมบัติ

2. ผู้วิจัยดำเนินการคัดกรองคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง หากไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบถึงเกณฑ์การเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ไม่ผ่าน และแจ้งว่าจะได้รับการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

เอกสารใบยินยอมและข้อมูลจากการคัดกรองเบื้องต้นถูกทำลาย รวมทั้งกล่าวขอบคุณพระสงฆ์สูงอายุที่สนใจเข้าร่วมโครงการฯ จากนั้นดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพิ่มจากรายชื่อของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่สมัครเข้าร่วมโครงการฯ

3. เมื่อผ่านการคัดกรองตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการจับฉลาก กลุ่มละ 27 รูป จากนั้น ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย การเก็บข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และสอบถามความสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. ผู้วิจัยดำเนินการเตรียมกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองสามารถใช้โน้ตบุ๊ก หรือคอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ หรือโอแพด ในการดำเนินการวิจัย เช่น การทดสอบความพร้อมใช้ของเทคโนโลยี ตรวจสอบการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต ทดสอบระดับความดังของเสียง และความสว่างของหน้าจอ เป็นต้น รวมทั้งการนัดหมายในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างการดำเนินการวิจัย โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองมีความพร้อมแล้วผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปยังวัดของตนเอง แล้วให้เข้าร่วมกิจกรรมผ่านรูปแบบออนไลน์ โดยใช้โปรแกรมซูม ตามเวลาที่กำหนดไว้

5. ดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 และ 2 เป็นการสอนแบบกลุ่ม ๆ ละ 9 รูป จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้เวลาประมาณครั้งละ 1 ชั่วโมง ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง และการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยมีการใช้เทคนิคสะท้อนคิดและการสอนกลับในการสอน ร่วมกับการตรวจสอบความเข้าใจโดยใช้แบบประเมินความเข้าใจของบุคคลภายหลังการสอนในแต่ละครั้ง และภายหลังการสอนกลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนเนื้อหาโดยการอ่านคู่มือและคู่มือวีดิทัศน์ และสัปดาห์ที่ 3 เป็นการสอนรายบุคคลเกี่ยวกับข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ใช้เวลา 15-30 นาทีต่อคน จำนวน 1 ครั้ง

6. ดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1-3 กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

7. นัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อการประเมินความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ช่วยวิจัยในสัปดาห์ที่ 4 โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับคู่มือ และให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จากนั้นผู้วิจัยจึงนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยข้อมูลไม่ต่อเนื่องและเป็นข้อมูลนามบัญญัติ ได้แก่ อายุ จำนวนยาที่ใช้สำหรับลดระดับความดันโลหิตและยาอื่น ๆ การควบคุมความดันโลหิต และโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ทดสอบด้วยการทดสอบ Chi-square test จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ทดสอบด้วยการทดสอบ Fisher's exact test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จากนั้นทดสอบการกระจายตัวของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test แล้วพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการสอน โดยใช้เทคโนโลยีเป็นฐาน ด้วยการทดสอบ paired t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพหลังการสอนโดยใช้เทคโนโลยีเป็นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการทดสอบ independent t-test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05



Effects of Technology-Based Education on Health Literacy
Among Elderly Monks with Hypertension
ผลของการสอนโดยใช้เทคโนโลยีเป็นฐานต่อความรู้ด้านสุขภาพ
ในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.08 และ 70.37 ตามลำดับ) เป็นพระสงฆ์สูงอายุตอนต้น มีอายุอยู่ในช่วง 60-64 ปี มากที่สุด มีอายุเฉลี่ย 64.04 ปี (SD = 3.45) ในกลุ่มควบคุม และ 64.30 ปี (SD = 3.67) ในกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีจำนวนพรรษา 6-10 ปี (ร้อยละ 66.67 ของกลุ่มควบคุม และ 70.37 ของกลุ่มทดลอง) ประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีการศึกษาทางโลกอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 44.45 ของกลุ่มควบคุม และ 48.15 ของกลุ่มทดลอง) ระดับการศึกษาทางธรรมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับนักธรรมชั้นเอก (ร้อยละ 81.49 ของกลุ่มควบคุม และ 85.18 ของกลุ่มทดลอง) แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพได้รับมาจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก (ร้อยละ 100) ในจำนวนนี้มีผู้ใช้แหล่งข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตรองลงมา (ร้อยละ 74.08 ของกลุ่มควบคุม และ 81.48 ของกลุ่มทดลอง)

สำหรับแบบแผนการออกกำลังกาย มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีการเคลื่อนไหวร่างกายจากการทำกิจวัตรต่อเนื่อง (ร้อยละ 66.67 ของกลุ่มควบคุม และ 55.56 ของกลุ่มทดลอง) และแบบแผนการบริโภคอาหาร มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีการหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มมากที่สุด (ร้อยละ 59.26 ของกลุ่มควบคุม และ 62.96 ของกลุ่มทดลอง) นอกจากนี้มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 9.0 ปี (SD = 4.32) และ 8.8 ปี (SD = 4.98) ตามลำดับ โดยประมาณสองในสามมีระยะเวลาอยู่ระหว่าง 1-10 ปี (ร้อยละ 62.96 ของกลุ่มควบคุม และ 66.67 ของกลุ่มทดลอง) ประมาณสองในสามมีจำนวนยาที่ใช้สำหรับลดระดับความดันโลหิตและยาอื่น ๆ มากกว่า 3 ชนิดขึ้นไป (ร้อยละ 62.96 ของกลุ่มควบคุม และ 70.38 ของกลุ่มทดลอง) โดยส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 85.19 ของกลุ่มควบคุม และ 77.78 ของกลุ่มทดลอง)

โรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ประมาณหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่างมีโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง) (ร้อยละ 22.22 ของกลุ่มควบคุม และ 25.93 ของกลุ่มทดลอง) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์คะแนนความรู้ด้านสุขภาพ

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ independent t-test ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง (M = 45.41, SD = 2.64) มีค่ามากกว่ากลุ่มควบคุม (M = 19.93, SD = 3.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 33.01, p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

คะแนนความรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มควบคุม (n = 27)			กลุ่มทดลอง (n = 27)			t	p-value
	range	M	SD	range	M	SD		
ก่อนการทดลอง	15-25	20.00	2.84	14-25	20.74	3.21	0.89	.373
หลังการทดลอง	16-27	19.93	3.03	42-52	45.41	2.64	33.01	.000*

*p < .001



Effects of Technology-Based Education on Health Literacy
Among Elderly Monks with Hypertension
ผลของการสอนโดยใช้เทคโนโลยีเป็นฐานต่อความรู้ด้านสุขภาพ
ในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ paired t-test ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลอง ($M = 45.41$, $SD = 2.64$) มีค่ามากกว่าก่อนการทดลอง ($M = 20.74$, $SD = 3.21$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -46.68$, $p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ($n = 27$)

คะแนนความรู้ด้านสุขภาพ	M	SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง	20.74	3.21	-46.68	.000*
หลังการทดลอง	45.41	2.64		

* $p < .001$

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนโดยใช้เทคโนโลยีเป็นฐาน มีค่ามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และ 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนโดยใช้เทคโนโลยีเป็นฐาน มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งผลการศึกษครั้งนี้สอดคล้องกับผลของการให้ความรู้ตามหลักพิทส์ต่อความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ นาทยา ยาก่อง และคณะ (Yakong et al., 2022) ที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิทส์ มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมากกว่าก่อนได้รับการให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การสอนโดยใช้เทคโนโลยีเป็นฐาน ซึ่งเป็นรูปแบบการสอนเพื่อให้ผู้ป่วยเป็นผู้ที่รอบรู้ด้านสุขภาพของตนเอง มีการให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพตามลำดับและเป็นหมวดหมู่ ตามแบบจำลองพิทส์ (The PITS Model) (Stewart, 2012) ได้แก่ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา 2) ข้อมูลเกี่ยวกับข้อบ่งชี้หรืออาการและอาการแสดง 3) ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา และ 4) ข้อมูลการรักษาเฉพาะบุคคล โดยเป็นการสอนรายกลุ่มและรายบุคคล รูปแบบการให้ข้อมูลที่เนื้อหาหรือข้อมูลถูกจัดเรียงลำดับ จากเหตุสู่ผล เช่น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเกิดโรคความดันโลหิตสูง นำมาสู่การปรากฏอาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยหรือบุคลากรสุขภาพสามารถตรวจพบได้ และเชื่อมโยงสู่การรักษาเพื่อจัดการกับอาการหรือการบรรเทาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

การจัดเรียงลำดับข้อมูลช่วยให้พระสงฆ์สูงอายุจดจำข้อมูลทางด้านสุขภาพได้อย่างเข้าใจผ่านกระบวนการสอน โดยการใช้เทคโนโลยีโปรแกรมซูม ในการให้ข้อมูลแก่พระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงผ่านรูปแบบออนไลน์ ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีการสอนเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและส่งเสริมการเรียนรู้ คือ การใช้วิดีโอรูปแบบแอนิเมชันอินโฟกราฟิก คู่มือความรู้ด้านสุขภาพที่เป็นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ และประเมินผลการเรียนรู้โดยใช้แบบประเมินความเข้าใจของบุคคลผ่านทางออนไลน์ภายหลังการสอนในแต่ละครั้ง ร่วมกับการอภิปรายร่วมกัน การซักถามโต้ตอบ การสะท้อนคิด การสอนย้อนกลับ และการทบทวนข้อมูลซ้ำ ๆ เมื่อพระสงฆ์มีการจดจำข้อมูล เข้าใจข้อมูลแล้วจะตามด้วยกระบวนการคิดวิเคราะห์และตีความข้อมูลความรู้ที่ได้รับโดยนำไปเปรียบเทียบกับความรู้หรือประสบการณ์เดิมของตนเอง ผ่านกระบวนการสะท้อนคิดซึ่งเป็นเทคนิคการสอนที่สำคัญของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพพระตบิวิจารณ์ญาณคือการคิดวิเคราะห์ เพื่อการตัดสินใจในการ



Effects of Technology-Based Education on Health Literacy Among Elderly Monks with Hypertension ผลของการสอนโดยใช้เทคโนโลยีเป็นฐานต่อความรู้ด้านสุขภาพ ในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

จากผลการวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นจึงสรุปได้ว่า เมื่อพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับการสอนโดยใช้เทคโนโลยีเป็นฐาน สามารถเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้ จากการจัดกิจกรรมดังกล่าวทำให้พระสงฆ์สูงอายุเกิดความเข้าใจข้อมูลทางด้านสุขภาพ สามารถวิเคราะห์ข้อมูล ที่ความข้อมูล จนกระทั่งตัดสินใจประยุกต์ใช้ข้อมูลความรู้เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น (Stewart, 2012) ดังนั้นการสอนโดยใช้เทคโนโลยีเป็นฐาน จึงเป็นรูปแบบการให้ความรู้ที่สามารถส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถนำแนวทางการสอนโดยใช้เทคโนโลยีเป็นฐานเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ไปประยุกต์ใช้ในการสอนแก่พระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้พระสงฆ์สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลของการสอนโดยใช้เทคโนโลยีเป็นฐานเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาวมากกว่า 12 สัปดาห์ เพื่อประเมินการคงอยู่ของความรู้ด้านสุขภาพ

References

- Arahung, R., Hoontrakul, S., & Roojanavech, S. (2018). The effects of health literacy enhancement program on hypertensive prevention behavior of pre-hypertension risk group at a community in Nakhon Pathom Province. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 45(3), 509-526. (in Thai)
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). Elsevier.
- Chiangmai Provincial Public Health Office. (2018). *Health screening guide for the elderly with health promotion*. Chiangmai Provincial Public Health Office. (in Thai)
- Chotjirawatthana, S., Tantrarungroj, P., & Suwanmonkma, S. (2021). Technology utilization model to promote health literacy in the learning resource center for the elderly. *Kasetsart Journal of Social Sciences*, 42(3), 535-541. (in Thai)
- Codrington, S., Panuthai, S., & Khampolsiri, T. (2021). Health literacy and self- management among elderly monks with hypertension. *Nursing Journal*, 48(4), 268-280. (in Thai)
- Darwis, S., Russeng, S. S., & Amiruddin, R. (2021). Intervention based on integration of health literacy and health outcomes in hypertension “a systematic review”. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(F), 486-491.
- Department of Health. (2022). *Health status of the group of monks and novices*. <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php> (in Thai)
- Department of Medical Services. (2014). *Guideline for screening/evaluating seniors*. Office of the Printing Service for the Veterans Organization.



Effects of Technology-Based Education on Health Literacy
Among Elderly Monks with Hypertension
ผลของการสอนโดยใช้เทคโนโลยีเป็นฐานต่อความรู้ด้านสุขภาพ
ในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

- Department of Medical Services Priest Hospital. (2021). *Annual report 2020 priest hospital*.
<https://www.priest-hospital.go.th/report/reportYear>
- Janchai, N., & Deoisres, W. (2020). Factors affecting health literacy in hypertensive elder adults: An integrative review. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 31(1), 17-26. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441.
- Srithong, K., Jearajit, C., Suksatit, B., & Promjittiphong, C. (2021). Health literacy situation of monks in Thai society. *Journal of MCU Peace Studies*, 9(5), 1793-1804.
<https://so03.tci-thaijo.org/index.php/journalpeace/article/view/254370> (in Thai)
- Stewart, M. N. (2012). *Practical patient literacy: The medagogy model*. McGraw-Hill Medical.
- Weber, M. A., Schiffrin, E. L., White, W. B., Mann, S., Lindholm, L. H., Kenerson, J. G., Flack, J. M., Carter, B. L., Materson, B. J., Ram, C. V., Cohen, D. L., Cadet, J. C., Jean-Charles, R. R., Taler, S., Kountz, D., Townsend, R. R., Chalmers, J., Ramirez, A. J., Bakris, G. L., ... Harrap, S. B. (2014). Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: A statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich)*, 16(1), 14-26. <https://doi.org/10.1111/jch.12237>
- Yakong, N., Panuthai, S., & Suwankruhasn, N. (2022). Effect of PITS-based education on health literacy among older persons with type-2diabetes. *Nursing Journal CMU*, 49(3), 70-82. (in Thai)



Effectiveness of Home-Based Continuing Care Programs on Burden Among Caregivers of Stroke Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง:
การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตา

วิมลพร ศรีโชติ* Wimonporn Srichote*
นาฏอนงค์ พิชญะกุล** Nadanong Pitchayakoon**

Abstract

When caring for stroke patients, caregivers must provide ongoing and long-term care, which directly impacts them physically, mentally, emotionally, socially and economically. Caregivers' perceived difficulties in performing caregiving activities lead to feelings of burden. Therefore, appropriate caregiver support is essential to help reduce their burden. This systematic review aimed to summarize knowledge about the effectiveness of home-based continuing care programs in alleviating caregiver burden for stroke patients. It follows the Joanna Briggs Institute's systematic review guidelines, focusing on studies published between 2014 and 2024. Randomized controlled trials and quasi-experimental studies examining the effectiveness of home-based care programs in reducing caregiver burden were included. Out of 4,327 studies, eight met the inclusion criteria and passed quality assessment. Homogeneous studies were analyzed using meta-analysis, while narrative summary was employed to interpret results from heterogeneous studies.

The review revealed that the most effective care model for reducing caregiver burden included a combination of educational components. This model included education on stroke, patient care, skill training, mental health promotion, and emotion regulation and behavior management. Skill training begins while the patient is hospitalized and continues throughout recovery at home, along with ongoing counseling and psychological support for caregivers. This model resulted in a statistically significant reduction in development of burden ($p < 0.00001$).

This review recommends further primary research to evaluate the effectiveness of home-based continuing care programs, aiming to generate more robust evidence to guide practical implementation.

Keywords: Systematic review; Home-based continuing care; Caregivers; Caregiver burden; Stroke

* Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** Corresponding author, Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College;

e-mail: nadanong.pitchayakoon@crc.ac.th



บทคัดย่อ

ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนานส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ ดังนั้นการสนับสนุนผู้ดูแลอย่างเหมาะสมเพื่อช่วยลดภาระของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญ การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แนวทางการทบทวนอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ สืบค้นงานวิจัยที่มีรายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2567 คัดเลือกงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม และงานวิจัยแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 4,327 เรื่อง ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและการประเมินคุณภาพจำนวน 8 เรื่อง โดยงานวิจัยที่มีความเป็นเอกพันธ์วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เมตา ส่วนรายงานวิจัยที่มีความแตกต่างกันใช้การวิเคราะห์สรุปความเชิงเนื้อหา

ผลการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ พบว่า รูปแบบการดูแลที่สามารถลดภาระของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ได้แก่ รูปแบบการให้ความรู้ ที่ประกอบไปด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วย การฝึกทักษะในการดูแล การส่งเสริมสุขภาพจิต และการส่งเสริมการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม และฝึกทักษะ โดยเริ่มตั้งแต่ขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และต่อเนื่องจนถึงช่วงเวลาที่กลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ร่วมกับการให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านจิตใจผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ลดภาระด้านการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00001$)

การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการศึกษาวิจัยปฐมภูมิเพิ่มขึ้นในการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: การทบทวนอย่างเป็นระบบ การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ดูแล ภาระของผู้ดูแล โรคหลอดเลือดสมอง

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย e-mail: nadanong.pitchayakoon@crc.ac.th



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคทางระบบประสาทที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเกือบทุกประเทศทั่วโลก สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนของปริมาณเลือดลดลงภายในสมอง เนื่องจากหลอดเลือดตีบอุดตันหรือแตก ทำให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลาย ส่งผลให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทยเมื่อแยกเป็นผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากหลอดเลือดตีบและสาเหตุจากหลอดเลือดแตกพบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ถึง 2565 มีอุบัติการณ์ในภาพรวมสูงขึ้นจาก 278.9 เป็น 330.72 ต่อแสนประชากร และอัตราการตายเพิ่มขึ้นจาก 47.1 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2561 เป็น 58.0 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2565 (Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2023) การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ มีผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพเหมือนคนปกติทั่วไป มีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลในครอบครัวหรือญาติที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งให้การดูแลโดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโดยไม่รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน (family caregiver) ส่วนใหญ่มักจะเป็นสามี ภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้อง ซึ่งทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (direct care service) เกี่ยวกับเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย รวมไปถึงการประเมินการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม การช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพ และการสนับสนุนด้านอารมณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ได้โดยอิสระตามขอบเขตความสามารถ (Roth et al., 2015)

การดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านในระยะยาว รวมทั้งต้องใช้ทักษะความชำนาญด้านต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ (Haley et al., 2015; Tiwari et al., 2021) เมื่อต้องมาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลจะต้องปรับเวลาเพื่อมาทำหน้าที่นี้ส่งผลให้ผู้ดูแลบางคนต้องออกจากงานหรืออาจจะต้องปรับเปลี่ยนงานใหม่ การที่สมาชิกในครอบครัวต้องปรับบทบาทอย่างทันทีทันใด เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยไม่ได้เตรียมตัวไว้ก่อน หากมีความรู้ไม่เพียงพอ รวมทั้งรับคำแนะนำเพียงเล็กน้อยในการให้การดูแลจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระในการดูแลหรือความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลซึ่งอาจกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยได้

ภาระในการดูแล (burden) เป็นความรู้สึกกดดันหรือผลกระทบเชิงลบ ที่ผู้ดูแลรับรู้จากบทบาทและความรับผิดชอบในการดูแลบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือ แบ่งเป็น 2 มิติ ได้แก่ 1) ภาระเชิงวัตถุวิสัย (objective burden) เป็นภาระที่สามารถวัดผลหรือระบุได้อย่างชัดเจน เช่น เวลาที่ต้องใช้ในการดูแล ความต้องการทางกายภาพของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น หรือการขาดโอกาสในชีวิตส่วนตัว เป็นต้น และ 2) ภาระเชิงอัตวิสัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกภายในของผู้ดูแล เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกสิ้นหวัง หรือความเหนื่อยล้าทางจิตใจ เป็นต้น ซึ่งเกิดจากการรับรู้ถึงภาระและความคาดหวังที่สูงเกินไป การรับรู้ถึงภาระในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละมิติส่งผลกระทบทางด้านลบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ (Zarit et al., 1980)

ผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลในระดับสูง ทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ เช่น วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า โรคหัวใจและหลอดเลือด และคุณภาพชีวิตลดลง (Caro et al., 2017; Dankner et al., 2016) จากการศึกษาของ ซิอาคา และคณะ (Tziaka et al., 2024) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักประสบกับสุขภาพร่างกายที่ทรุดโทรมลง ซึ่งแสดงออกโดยมีอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง การนอนหลับไม่เพียงพอ



และความเจ็บปวด กรณีที่ผู้ดูแลมีภาระของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางอารมณ์ซึ่งนำไปสู่ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ ภาระทางการเงินจากค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และการเปลี่ยนแปลงในการทำงานยังส่งผลให้ภาระของผู้ดูแลโดยรวมมีระดับสูงขึ้น นอกจากนี้ ภาระของผู้ดูแลยังส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ป่วย (Jaracz et al., 2024) ดังนั้น ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลในระยะยาวต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ ควรมีการจัดการที่มีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วิธีการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีวิธีการจัดการที่หลากหลาย เช่น การให้ความรู้ (Farahani et al., 2021) การให้สุขภาพจิตศึกษา (Mou et al., 2023) การให้สุขภาพจิตศึกษาและการให้ข้อมูลผ่านทางจดหมาย (Ostwald et al., 2014) การค้นหาประโยชน์ (Fu et al., 2022) การโค้ชด้านสุขภาพ (Lin et al., 2022) การนิเทศการฟื้นฟูสภาพแบบทางไกล (Chen et al., 2017) เป็นต้น ซึ่ง ผลลัพธ์ที่ได้จากวิธีการจัดการต่างกล่าวมามีความแตกต่างกัน และยังไม่พบข้อสรุปที่ชัดเจนถึงวิธีการที่เหมาะสมในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ยากต่อการนำผลการศึกษาไปใช้ในทางปฏิบัติ

นอกจากนี้ ยังไม่พบการทบทวนอย่างเป็นระบบหรือการวิเคราะห์เมตา (meta-analysis) มาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจทำการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ให้กับผู้ดูแลทั้งรายบุคคล (individual) และการดูแลแบบครอบครัว (family caregiver) ในการลดภาระของผู้ดูแลโดยใช้แนวคิดการทบทวนอย่างเป็นระบบของ สถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery [JBI], 2024) เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาวิธีการลดภาระของผู้ดูแลที่ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบจากรายงานการวิจัย ที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อหาองค์ความรู้และข้อสรุปเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยอาศัยกระบวนการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบโดย สถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2024) โดยคัดเลือกงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม หรืองานวิจัยกึ่งทดลอง ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่กำหนดผลลัพธ์เป็นภาระในการดูแลในด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแล ทำการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2567 (ค.ศ. 2014 ถึง ค.ศ. 2024)



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการตามแนวทางการทบทวนอย่างเป็นระบบของ สถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2024) ดังนี้

1. กำหนดปัญหาในการทบทวนพบว่า มีความหลากหลายของโปรแกรมสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน จึงนำมากำหนดเป็นจุดมุ่งหมายของการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้

2. กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (study selection) ดังนี้

2.1 คัดเลือกการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน ที่มีลักษณะครอบคลุมตามหลัก PICO ดังนี้

P (population) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง stroke informal caregiver*, stroke carer*, stroke family caregiver*

I (intervention) คือ โปรแกรมสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน home care intervention*, home based intervention*, home care program*, home based program*, home based training program*, home based training intervention*, HBI

C (comparison) คือ มีกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

O (outcome) คือ ภาระการดูแล Care Burden*, Caregiver Burden*, Care Giving Burden*, Caregiver Burnout*, Caregiver Exhaustion, time dependence burden, development burden, physical burden, emotional burden, social burden personal burden, role burden, individual burden, economic burden

2.2 เป็นรายงานการวิจัยตั้งแต่ เดือนมกราคม ปี พ.ศ. 2557 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 (ค.ศ. 2014 ถึง ค.ศ. 2024)

2.3 เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials: RCTs) และงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study)

3. สืบค้นงานวิจัย ดังนี้

3.1 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ โดยใช้หลัก PICO ดังข้อ 2.1

3.2 สืบค้นงานวิจัยตามคำสำคัญที่กำหนดจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 9 ฐานข้อมูล ได้แก่ PubMed, CINAHL, Cochrane Library, Embase, Scopus, SpringerLink, Wiley Online, Ovid และ ScienceDirect ได้งานวิจัยจำนวน 4,327 เรื่อง ดังภาพที่ 1

3.3 สืบค้นด้วยมือ (hand searching) จากห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย และห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยการสืบค้นจากวารสารทางการแพทย์และการพยาบาลในห้องสมุดตามชื่อเรื่องและคำสำคัญย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2567 (ค.ศ. 2014 ถึง ค.ศ. 2024) จากการสืบค้นไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.4 สืบค้นจากวรรณกรรมที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารที่มี Peer review (gray literature) ผ่าน google scholar และสืบค้นงานวิจัยที่อยู่ในระหว่างตีพิมพ์ผ่านฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ ProQuest, ThaiLIS Digital Collection (TDC), Mahidol e-thesis, CMU e-Theses ไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4. คัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัย 2 คน แยกกันอ่านรายงานการวิจัยที่สืบค้นได้อย่างอิสระ (independently) จากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ แล้วทำการคัดเลือกงานวิจัยเพื่อพิจารณาเบื้องต้น จากนั้นทีมผู้วิจัยแยกกันอ่านงานวิจัยฉบับเต็ม ทำการคัดเลือก แล้วนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกันซึ่งทีมผู้วิจัย



มีความเห็นตรงกันในการคัดเลือกงานวิจัยเข้าทบทวน ได้งานวิจัยจำนวน 15 เรื่อง

5. การประเมินคุณภาพงานวิจัย ผู้วิจัย 2 คน แยกกันอ่านงานวิจัยฉบับเต็มอย่างอิสระเพื่อประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยใช้แบบประเมิน ดังนี้

5.1 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอคติสำหรับงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (JBI critical appraisal tool for assessment of risk of bias for randomized controlled trials) (Barker et al., 2023) โดยทีมผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์สำคัญในการคัดเลือกงานวิจัยและกำหนดคะแนนในการคัดเข้างานวิจัย โดยกำหนดคะแนนในการคัดเข้าตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 13 คะแนน โดยมีเกณฑ์สำคัญที่ต้องประเมินผ่าน คือ ต้องมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างแท้จริง

5.2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอคติสำหรับงานวิจัยกึ่งทดลอง (JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for quasi-experimental studies) (Barker et al., 2024) โดยทีมผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์สำคัญในการคัดเลือกงานวิจัยที่มีคะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 9 คะแนน และต้องประเมินผ่านเกณฑ์ประชากรในกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะเหมือนกัน

หลังจากประเมินคุณภาพงานวิจัยได้งานวิจัยจำนวน 8 เรื่อง เพื่อนำไปสกัดข้อมูล

6. การรวบรวมข้อมูลโดยการสกัดข้อมูล ผู้วิจัย 2 คน แยกกันอ่านงานวิจัยฉบับเต็มจำนวน 8 เรื่อง อย่างละเอียด เพื่อสกัดข้อมูลและลงบันทึกในแบบบันทึกการสกัดข้อมูล (JBI Data Extraction Form for Review for Systematic Reviews and Research Syntheses) ผู้วิจัยดำเนินการสกัดข้อมูลแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสกัดข้อมูลลักษณะของงานวิจัยที่คัดเข้า ประกอบด้วย รายละเอียดของการอ้างอิง รูปแบบการวิจัย ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน จำนวนและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของการจัดกระทำ เครื่องมือประเมินภาระของผู้ดูแล ผลการศึกษา และ 2) การสกัดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลการวิจัย ได้แก่ ข้อมูลผลลัพธ์และขนาดอิทธิพล

7. การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสรุปรายงานวิจัยมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้โดยละเอียด ดังนี้

7.1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และนำเสนอในรูปแบบของความเรียงร่วมกับตาราง

7.2 รายงานวิจัยที่มีข้อมูลสถิติเพียงพอที่จะวิเคราะห์เมตา ได้นำมาคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพลของรูปแบบโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละรูปแบบ โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ReviewManager (RevMan) Version 5.4 ที่พัฒนาและเสนอโดย สถาบันคอเครนคอลลาบอเรชัน (The Cochrane Collaboration, 2020)

ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data) ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติส่วนต่างค่าเฉลี่ยมาตรฐาน (standardized mean difference: SMD) คำนวณค่าผลรวมของการวิเคราะห์เมตาโดยใช้โมเดลแบบสุ่ม (random effect model) หากการศึกษาแต่ละการศึกษาที่นำมาวิเคราะห์ต้องการประมาณค่าประสิทธิภาพของการดูแลรักษาที่มีความแตกต่างกันและใช้โมเดลแบบคงที่ (fixed effect model) หากการศึกษาแต่ละการศึกษาที่นำมาวิเคราะห์ต้องการประมาณค่าประสิทธิภาพของการดูแลรักษาเดียวกัน วิเคราะห์ความเป็นเอกพันธ์ (homogeneity) ของรายงานการวิจัยจากสถิติ Chi-square หรือพิจารณาจากร้อยละของความเป็นเอกพันธ์ (I^2) โดยกำหนดเกณฑ์นัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05 ค่า I^2 รายงานในรูปแบบของร้อยละ ถ้ามีค่ามากแสดงว่ามีความแตกต่างกันมาก โดย ถ้า I^2 มีค่าร้อยละ 0-30 แสดงว่า ความเป็นเอกพันธ์หรือมีความแตกต่างของงานวิจัยเพียงเล็กน้อย หากมีค่ามีค่าร้อยละ 31-60 แสดงว่าความแตกต่างที่พบนั้น อาจจะอยู่ในระดับปานกลาง หากมีค่าร้อยละ 61-75 แสดงว่าความแตกต่างที่พบนั้น อาจจะค่อนข้างชัดเจน แต่ถ้ามีค่ามากกว่าร้อยละ 75



แสดงว่าความแตกต่างที่พบนั้น ปรากฏอย่างชัดเจน (มีนัยสำคัญ) (Laopaiboon & Lumbiganon, 2009) หากรายงานการวิจัยมีความแตกต่างกัน (heterogeneity) ไม่สามารถวิเคราะห์เมตาได้ จะสรุปเป็นความเรียง (narrative summary)

7.3 ตรวจสอบอคติจากการตีพิมพ์โดยใช้กราฟ funnel plot โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป RevMan Version 5.4 (The Cochrane Collaboration, 2020) พบว่าการกระจายที่สมมาตรกัน แปลผลว่างานวิจัยที่คัดเข้าไม่มีอคติจากการตีพิมพ์

การคัดเลือกงานวิจัย ประเมินคุณภาพงานวิจัย การสกัดข้อมูล และการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการโดยผู้วิจัย 2 คน (WS & NP) ทำการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบคัดกรองงานวิจัย แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และแบบบันทึกการสกัดข้อมูล ดำเนินการประเมินแยกกันอย่างอิสระ แล้วนำผลการลงบันทึกมาเปรียบเทียบเพื่อหาความสอดคล้องกัน หากผู้วิจัยคนที่ 1 และผู้ร่วมวิจัย มีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันในแต่ละขั้นตอนจะปรึกษาที่ปรึกษางานวิจัยเพื่อหาข้อสรุป

8. นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรม โดยผู้วิจัยนำเสนอในรูปแบบของตาราง ดังตารางที่ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเชียงราย ตามเอกสารรับรองเลขที่ CRC.IRB No.016/2567 ลงวันที่รับรอง 5 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยตรวจสอบอคติจากการตีพิมพ์โดยใช้ funnel plot ไม่พบอคติจากการตีพิมพ์ และสามารถสรุปผลลัพธ์งานวิจัยได้ดังนี้

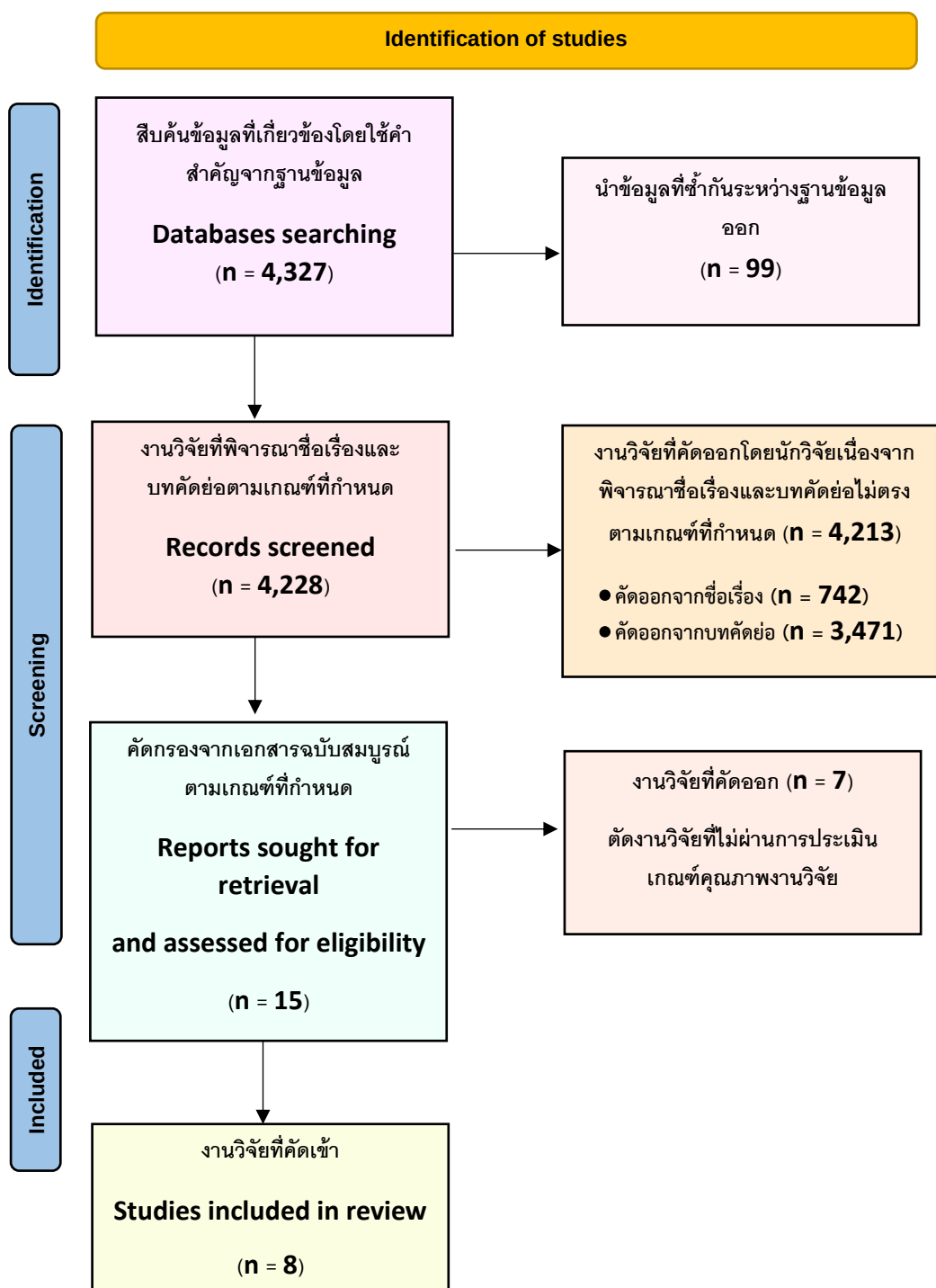
ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย จากรายงานการวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและประเมินคุณภาพจำนวน 8 เรื่อง พบว่า เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศร้อยละ 100 การออกแบบวิจัยเป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (RCTs) จำนวน 5 เรื่อง (Fu et al., 2022; Hosseini et al., 2022; Lin et al., 2022; Mou et al., 2023; Vluggen et al., 2021) คิดเป็นร้อยละ 62.5 และงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental studies) จำนวน 3 เรื่อง (Farahani et al., 2021; Hekmatpou et al., 2019; Wang et al., 2024) คิดเป็นร้อยละ 37.5 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นสมาชิกในครอบครัว จำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละงานวิจัยมีมากกว่า 60 คนขึ้นไป (ตารางที่ 1)

จากการประเมินเอกสารงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ตามแบบประเมินคุณภาพของสถาบันโจแอนนา-บริกส์ พบว่า ผลการประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าการทบทวนอย่างเป็นระบบ 5 เรื่อง ได้รับคะแนนเท่ากับ 10-12 คะแนน จากคะแนนเต็ม 13 คะแนน (ตารางที่ 2) และผลการประเมินคุณภาพงานวิจัยกึ่งทดลอง ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าการทบทวนอย่างเป็นระบบ 3 เรื่อง ได้รับคะแนนเท่ากับ 8-9 คะแนน จากคะแนนเต็ม 9 คะแนน (ตารางที่ 3)



Effectiveness of Home-Based Continuing Care Programs on Burden Among Caregivers of Stroke Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง:
การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตา



ภาพที่ 1 Review flowchart: The Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta Analyses (PRISMA) 2020 flowchart



Effectiveness of Home-Based Continuing Care Programs on Burden Among Caregivers of Stroke Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง:
การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตา

ตารางที่ 1 ลักษณะของรายงานวิจัยที่นำมาทบทวน (จำนวน 8 เรื่อง)

ชื่อผู้วิจัย, ปี, ประเทศ	รูปแบบการวิจัย/ ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน	จำนวนและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ลักษณะของการจัดกระทำ	ผลการศึกษา	คะแนนการประเมินคุณภาพ
1. Mou et al., 2023 จีน	RCT Level 1.c	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล จำนวน 162 คู่ กลุ่มทดลอง 81 คู่ กลุ่มควบคุม 81 คู่	กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ได้แก่ ให้ความรู้ การส่งเสริมสุขภาพจิต และการควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรม แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 จำนวน 3 ครั้ง 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 2) การจัดการดูแลตนเอง และ 3) การจัดการความเครียด ครั้งละ 60 นาที และระยะที่ 2 ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ครั้งละ 30 นาที 4 สัปดาห์ ร่วมกับวิดีโอให้ความรู้เมื่อกลับบ้าน กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปกติ ผู้ดูแลได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1-2 ครั้ง	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาระในการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมทันที และ เมื่อกลับบ้าน 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.026$, $p = 0.39$ ตามลำดับ) โดยมีขนาดอิทธิพลในระดับต่ำถึงปานกลาง คือ 0.43	11/13
2. Fu et al., 2022 จีน	RCT Level 1.c	ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 68 คน กลุ่มทดลอง 34 คน กลุ่มควบคุม 34 คน	กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรม “The benefit-finding program” โดยใช้รูปแบบการสอนแบบเสมือนจริง (scenario simulation) 4 สัปดาห์แรกได้รับความรู้เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 5-9 เริ่มกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ตามสถานการณ์ของแต่ละราย เช่น การฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น กลุ่มควบคุม 4 สัปดาห์แรกได้รับความรู้ สัปดาห์ที่ 5-9ได้รับการดูแลตามปกติ	คะแนนการรับรู้ภาระในการดูแลในกลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ช่วงเวลา 1 สัปดาห์ หลังการทดลอง ($p < .05$)	12/13
3. Lin et al., 2022 จีน	RCT Level 1.c	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล จำนวน 140 คู่ กลุ่มทดลอง 70 คู่ กลุ่มควบคุม 70 คู่	กลุ่มทดลอง โปรแกรม “Health coaching activity” ประกอบด้วยโปรแกรมให้ความรู้และการโค้ชด้านสุขภาพ จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ให้การช่วยเหลือผ่านทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์และกิจกรรมการโค้ชแบบตัวต่อตัวทุก 2 สัปดาห์ที่คลินิกผู้ป่วยนอกและติดตามจนครบ 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ	คะแนนการรับรู้ภาระในการดูแลกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ที่ 12 สัปดาห์และ 24 สัปดาห์	11/13
4. Hosseini et al., 2022 อิหร่าน	RCT Level 1.c	ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 72 คน กลุ่มทดลอง 36 คน กลุ่มควบคุม 36 คน	กลุ่มทดลอง การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ฝึกอบรมการดูแลและการให้คำปรึกษาจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญผ่านโทรศัพท์มือถือเมื่อกลับบ้าน อย่างน้อย 3 ครั้ง ในสัปดาห์แรกหลังการจำหน่าย ให้คำปรึกษาและการติดตามทางโทรศัพท์ตามความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล	คะแนนการรับรู้ภาระในการดูแลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)	10/13



Effectiveness of Home-Based Continuing Care Programs on Burden Among Caregivers of Stroke Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง:
การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตา

ตารางที่ 1 ลักษณะของรายงานวิจัยที่นำมาทบทวน (จำนวน 8 เรื่อง) (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย, ปี, ประเทศ	รูปแบบการวิจัย/ ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน	จำนวนและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ลักษณะของการจัดกระทำ	ผลการศึกษา	คะแนนการประเมินคุณภาพ
			ในช่วง 3 สัปดาห์ถัดไป ใช้ระยะเวลา 15-20 นาที/ ครั้ง กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ		
5. Vluggen et al., 2021 เนเธอร์แลนด์	RCT Level 1.c	ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 190 คน กลุ่มทดลอง 99 คน กลุ่มควบคุม 91 คน	กลุ่มทดลอง ให้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ โดยสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย การดูแล 3 โมดูล ได้แก่ 1) การรักษาแบบฟื้นฟูระบบประสาท ในหอผู้ป่วย 2) การฝึกการจัดการตนเองที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ และ 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ดูแลใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ	คะแนนการรับรู้ภาระในการดูแลกลุ่มทดลองมีผลในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อคะแนน Self-Rated Burden VAS scale ($p = .048$)	10/13
6. Farahani et al., 2021 อิหร่าน	quasi-experimental (Part of Mixed method study) Level 2.c	ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 116 คน กลุ่มทดลอง 58 คน กลุ่มควบคุม 58 คน	กลุ่มทดลอง โปรแกรมการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแล 2 ระยะ ระยะแรกให้ความรู้และฝึกทักษะ ให้ความรู้ การส่งเสริมสุขภาพจิต และการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ที่โรงพยาบาล จำนวน 2 ครั้ง ระยะที่ 2 ฝึกทักษะและฟื้นฟูร่างกายที่บ้านจำนวน 6 ครั้ง ในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลา 45-60 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ	คะแนนการรับรู้ภาระในการดูแลของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)	8/9
7. Wang et al., 2024 จีน	quasi-experimental Level 2.c	ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 90 คน กลุ่มทดลอง 45 คน กลุ่มควบคุม 45 คน	กลุ่มทดลอง ได้รับการให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการฟื้นฟูร่างกาย ร่วมกับการรับการฝึกอบรมเพิ่มเติมผ่านวิธีการสอนด้วยวิดีโอ ความต้องการของผู้ดูแลและสภาพของผู้ป่วย กลุ่มควบคุม ได้รับการให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลตามปกติ	คะแนนการรับรู้ภาระในการดูแลในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.001$)	8/9
8. Hekmatpou et al., 2019 อิหร่าน	quasi-experimental Level 2.c	สมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 6 ชม./วัน มาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน จำนวน 100 คน กลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มควบคุม 50 คน	กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการฟื้นฟูร่างกาย กลุ่มทดลอง ได้รับการฝึกอบรมแบบตัวต่อตัวเพิ่มเติม จำนวน 2 ครั้งในโรงพยาบาล ครั้งละ 1.5 ชั่วโมง การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์จำนวน 2 ครั้ง โดยมีช่วงห่างกัน 3 วัน การเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง พร้อมกับการฝึกปฏิบัติหลังจากการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ครั้งที่สอง 1 สัปดาห์ กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ	โปรแกรมการให้ความรู้สามารถลดเวลาการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)	9/9



Effectiveness of Home-Based Continuing Care Programs on Burden Among Caregivers of Stroke Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง:
การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตา

ตารางที่ 2 ผลการประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (JBI critical appraisal tool for assessment of risk of bias for randomized controlled trials) (Barker et al., 2023)

เกณฑ์การพิจารณา	ชื่อผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์)				
	Mou et al. (2023)	Fu et al. (2022)	Lin et al. (2022)	Hosseini et al. (2022)	Vluggen et al. (2021)
1. มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างแท้จริง	Y	Y	Y	Y	Y
2. มีการปกปิดการแบ่งกลุ่ม โดยการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม	Y	Y	Y	Y	Y
3. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะเหมือนกัน ณ จุดเริ่มต้น	N	Y	N	N	N
4. มีการปกปิดกลุ่มตัวอย่าง ไม่ให้ทราบว่าถูกสุ่มให้อยู่ในกลุ่มใด	Y	Y	Y	Y	N
5. มีการปกปิดไม่ให้ผู้จัดกระทำทราบว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มไหน คือกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม	N	N	N	N	N
6. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการปฏิบัติที่เหมือนกัน ต่างกันเฉพาะที่กลุ่มทดลองได้รับการจัดกระทำที่สนใจ	Y	Y	Y	Y	Y
7. มีการปกปิดผู้ประเมินผลลัพธ์ไม่ให้ทราบว่ากลุ่มไหน คือกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม	Y	Y	Y	N	Y
8. มีการวัดผลลัพธ์ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเหมือนกัน	Y	Y	Y	Y	Y
9. วิธีการวัดผลลัพธ์มีความน่าเชื่อถือ	Y	Y	Y	Y	Y
10. กลุ่มตัวอย่างมีการติดตามครบทุกราย หากไม่ครบทุกราย แต่ละกลุ่มมีการติดตามที่แตกต่างกัน และจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอในการอธิบายผลและวิเคราะห์ข้อมูล	Y	Y	Y	Y	Y
11. มีการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่ได้รับการสุ่มมา	Y	Y	Y	Y	Y
12. มีการใช้สถิติที่เหมาะสมในการวิเคราะห์ผล	Y	Y	Y	Y	Y
13. ระเบียบวิธีวิจัยมีความเหมาะสม หากมีบางประเด็นที่เบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานการทำวิจัยแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม มีการนำมาอธิบายกระบวนการทำและการวิเคราะห์ข้อมูล	Y	Y	Y	Y	Y
รวมคะแนน	11	12	11	10	10

หมายเหตุ

สัญลักษณ์ Y หมายถึง ผ่าน, เหมาะสม N หมายถึง ไม่ผ่าน, UN หมายถึง ข้อมูลไม่ชัดเจน, N/A หมายถึง ไม่เกี่ยวข้อง

การให้คะแนน Y ได้ 1 คะแนน และ N, UN และ N/A ไม่ได้คะแนน



ตารางที่ 3 ผลการประเมินคุณภาพงานวิจัยกึ่งทดลอง (JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for quasi-experimental studies) (Barker et al., 2024)

เกณฑ์การพิจารณา	ชื่อผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์)		
	Farahani et al. (2021)	Wang et al. (2024)	Hekmatpou et al. (2019)
1. มีการอธิบายสาเหตุและผลของการศึกษาอย่างชัดเจน	Y	N	Y
2. มีกลุ่มควบคุม	Y	Y	Y
3. ประชากรในกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะเหมือนกัน	Y	Y	Y
4. ประชากรในกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการปฏิบัติที่เหมือนกัน ต่างกันเฉพาะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการจัดกระทำที่สนใจ	Y	Y	Y
5. มีการวัดผลลัพธ์ซ้ำทั้งก่อนและหลังได้รับการจัดกระทำ	Y	Y	Y
6. มีการวัดผลลัพธ์ในประชากรในกลุ่มเปรียบเทียบเหมือนกัน	Y	Y	Y
7. วิธีการวัดผลลัพธ์มีความน่าเชื่อถือ	Y	Y	Y
8. กลุ่มตัวอย่างมีการติดตามครบทุกราย หากไม่ครบทุกราย แต่ละกลุ่มมีการติดตามที่แตกต่างกัน และจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอในการอธิบายผลและวิเคราะห์ข้อมูล	N	Y	Y
9. มีการใช้สถิติที่เหมาะสมในการวิเคราะห์ผล	Y	Y	Y
รวมคะแนน	8	8	9

หมายเหตุ

สัญลักษณ์ Y หมายถึง ผ่าน, เหมาะสม N หมายถึง ไม่ผ่าน, UN หมายถึง ข้อมูลไม่ชัดเจน, N/A หมายถึง ไม่เกี่ยวข้อง

การให้คะแนน Y ได้ 1 คะแนน และ N, UN และ N/A ไม่ได้คะแนน

ส่วนที่ 2 รูปแบบของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จากการพิจารณางานวิจัยที่คัดเข้าทุกเรื่องพบว่า มีรูปแบบหรือโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในการลดภาระของผู้ดูแล โดยเน้นการให้ความรู้เป็นหลักร่วมกับการใช้วิธีการอื่นสามารถจำแนกได้ ดังนี้

1. การให้ความรู้ร่วมกับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์พบว่า มีการวิจัย 2 เรื่อง ได้แก่ การศึกษาของ เมา และคณะ (Mou et al., 2023) ให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับครอบครัวแบบคู่ โดยให้ความรู้แบบตัวต่อตัว จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที และการศึกษาของ ฮอสเซินี และคณะ (Hosseini et al., 2022) ให้ความรู้โดยการฝึกอบรมและให้คำปรึกษาจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญผ่านโทรศัพท์มือถือเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านอย่างน้อย 3 ครั้ง ในสัปดาห์แรก และให้คำปรึกษาและการติดตามผลทางโทรศัพท์ตามความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลในช่วง 3 สัปดาห์ถัดไป (8.00-20.00 น. ระยะเวลา 15-20 นาที/ครั้ง)

2. การให้ความรู้ร่วมกับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน พบว่า มีการวิจัย 1 เรื่อง ได้แก่ การศึกษาของ เฮกมาทปู และคณะ (Hekmatpou et al., 2019) ให้การฝึกอบรมแบบตัวต่อตัวนอกเหนือจากการฝึกอบรมตามปกติ จำนวน 2 ครั้งในโรงพยาบาล ครั้งละ 1.5 ชั่วโมง การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์จำนวน 2 ครั้ง โดยมีช่วงห่างกัน 3 วัน การเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง พร้อมกับการฝึกปฏิบัติหลังจากการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ครั้งที่สอง 1 สัปดาห์

3. การให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะ พบว่า มีการวิจัย 3 เรื่อง 1) การให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะผ่านโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุในการจัดการตนเองที่บ้านแบ่งเป็น 3 โมดูล ให้การดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล และเมื่อกลับบ้าน (Vluggen et al., 2021) 2) การให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการทางอารมณ์ ทักษะการดูแลตนเองและให้คำปรึกษา จำนวน 8 ครั้ง (Farahani et al., 2021) และ 3) ให้ความรู้ร่วมกับการฝึกอบรมโดยใช้สื่อวิดีโอ (Wang et al., 2017) (ตารางที่ 1)

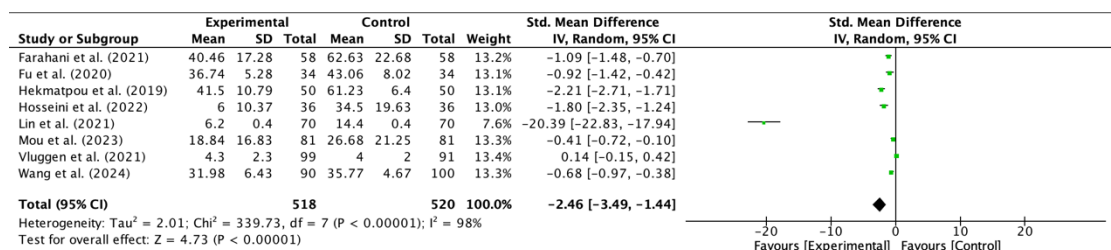
4. การให้ความรู้โดยใช้รูปแบบการสอนแบบเสมือนจริง (scenario simulation) ร่วมกับกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว ในแต่ละสัปดาห์มีกิจกรรมการให้ความรู้และสอดแทรกด้วยการปรับทัศนคติเชิงบวกในการดูแลผู้ป่วย (Fu et al., 2022) เป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ ๆ ละ 45 นาที

5. การให้ความรู้ร่วมกับการโค้ชด้านสุขภาพ (health coaching activity) พบงานวิจัย 1 เรื่อง ได้แก่ การศึกษาของ หลิน และคณะ (Lin et al., 2022) ระยะที่ 1 เป็นโปรแกรมการโค้ชด้านสุขภาพ ประกอบด้วยองค์ประกอบเฉพาะของการโค้ชด้านสุขภาพ 6 ประการ ได้แก่ เป้าหมายในการเปลี่ยนผ่านการดูแล การฝึกทักษะการดูแล ในด้านการจัดการดูแลตนเอง การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การใช้จ่าย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ระยะที่ 2 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการติดตาม 12 สัปดาห์ ให้การช่วยเหลือผ่านทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์และกิจกรรมการโค้ชแบบตัวต่อตัวทุก 2 สัปดาห์ ที่คลินิกผู้ป่วยนอก

ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพในการลดภาระของผู้ดูแล

สามารถสรุปผลลัพธ์หรือประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อภาระของผู้ดูแล ดังนี้

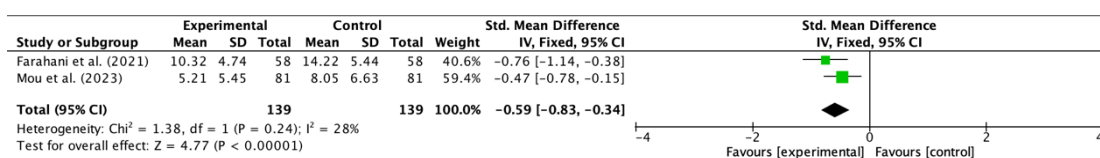
1. ประสิทธิภาพในการลดภาระของผู้ดูแลในภาพรวม งานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง มีการวัดประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในการลดภาระของผู้ดูแล โดยใช้เครื่องมือในการวัดผลลัพธ์การลดภาระของผู้ดูแล ได้แก่ Caregiver Burden Inventory (CBI) จำนวน 3 งาน (Farahani et al., 2021; Hosseini et al., 2022; Mou et al., 2023) Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI) จำนวน 3 งาน (Fu et al., 2022; Hekmatpou et al., 2019; Wang et al., 2024) The Modified Caregiver Strain Index (CSI) จำนวน 1 งาน (Lin et al., 2022) และ Self-Related Burden VAS scale จำนวน 1 งาน (Vluggen et al., 2021) แม้ว่าในแต่ละงานให้ผลลัพธ์การลดภาระที่ดีแต่จากการวิเคราะห์เมตาพบว่า งานวิจัยมีความแตกต่างกัน (heterogeneity) ในด้านรูปแบบหรือวิธีการวัดผลของการลดภาระ โดยในภาพรวมของการศึกษามีค่า I^2 เท่ากับร้อยละ 98 ค่า χ^2 เท่ากับ 339.73 (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 Forest plot ของการเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อลดภาระของผู้ดูแลโดยรวม จากงานวิจัยทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม จำนวน 8 เรื่อง

2. ประสิทธิผลในการลดภาระของผู้ดูแลรายด้าน โดยพิจารณาจากการผลลัพธ์ของเมตา พบผลลัพธ์ที่มีความเป็นเอกพันธ์ 1 ด้าน จากงานวิจัย 2 เรื่อง (Farahani et al., 2021; Mou et al., 2023) ได้แก่ ประสิทธิผลในการลดภาระด้านการพัฒนา ดังนี้

2.1 ประสิทธิผลในการลดภาระด้านการพัฒนา (development burden) พบรายงานการวิจัยที่มีความเป็นเอกพันธ์จำนวน 2 เรื่อง ใช้รูปแบบโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ได้แก่ การให้ความรู้ การส่งเสริมสุขภาพจิต การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมโดยให้ความรู้แบบตัวต่อตัว (Mou et al., 2023) และวิธีการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการจัดการ กับความโกรธและเทคนิคผ่อนคลาย และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย (Farahani et al., 2021) ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Caregiver Burden Inventory (CBI) ผลลัพธ์พบว่า ประสิทธิผลในการลดภาระด้านการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของงานวิจัยร้อยละ 59.4 ค่าช่วงความเชื่อมั่น (95% CI -0.78, -0.15) (Mou et al., 2023) ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของงานวิจัยร้อยละ 40.6 ค่าช่วงความเชื่อมั่น (95% CI -1.14, -0.38) (Farahani et al., 2021) ซึ่งผลลัพธ์จากวิธีการดังกล่าวทำให้ภาระด้านเวลาที่ต้องพึงพาลดลง (95% CI -0.83, -0.34) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00001$) (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 Forest plot ของการเปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้ความรู้เพื่อลดภาระด้านเวลาที่ต้องพึ่งพา จากงานวิจัยทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม จำนวน 2 เรื่อง

ประสิทธิผลในการลดภาระรายด้านอื่นจำนวน 7 ด้าน ผู้วิจัยจึงพิจารณาผลลัพธ์โดยใช้รูปแบบบรรยายเนื่องจากไม่มีความเป็นเอกพันธ์ ได้แก่

2.2 ประสิทธิผลในการลดภาระด้านเวลาที่ต้องพึ่งพา (time dependence burden) พบรายงานการวิจัยที่มีความเป็นเอกพันธ์จำนวน 2 เรื่อง ให้ผลลัพธ์ในการลดภาระด้านเวลาที่ต้องพึ่งพา (Farahani et al., 2021; Mou et al., 2023) ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Caregiver Burden Inventory (CBI) ใช้รูปแบบโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ได้แก่ การให้ความรู้ การส่งเสริมสุขภาพจิต การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมโดยให้ความรู้แบบตัวต่อตัว (Mou et al., 2023) และวิธีการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการจัดการ กับความโกรธและเทคนิคผ่อนคลาย และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย (Farahani et al., 2021) ซึ่งผลลัพธ์ทั้ง 2 เรื่องส่งผลทำให้ภาระด้านเวลาที่ต้องพึ่งพาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2.3 ประสิทธิผลในการลดภาระด้านร่างกาย (physical burden) ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Caregiver Burden Inventory (CBI) รายงานการวิจัยจำนวน 2 เรื่อง (Farahani et al., 2021; Mou et al., 2023) ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Caregiver Burden Inventory (CBI) ใช้รูปแบบโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ได้แก่ การให้ความรู้ การส่งเสริมสุขภาพจิต การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมโดยให้ความรู้แบบตัวต่อตัว (Mou et al., 2023) และวิธีการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการจัดการ กับความโกรธและเทคนิคผ่อนคลาย และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย (Farahani et al., 2021) ผลลัพธ์พบว่า วิธีการดังกล่าวทำให้ภาระด้านร่างกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)



2.4 ประสิทธิภาพในการลดภาระด้านอารมณ์ (emotional burden) พบรายงานการวิจัยจำนวน 3 เรื่อง ให้ผลลัพธ์ในการลดภาระด้านอารมณ์ (Farahani et al., 2021; Hekmatpou et al., 2019; Mou et al., 2023) โปรแกรมการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแล 2 ระยะ ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Caregiver Burden Inventory (CBI) จำนวน 1 เรื่อง (Farahani et al., 2021) โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา จำนวน 1 เรื่อง (Mou et al., 2023) ซึ่งผลลัพธ์ทั้ง 2 เรื่องส่งผลให้ภาระด้านสังคมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และวิธีการฝึกอบรมรวมกับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน และการฝึกทักษะ โดยให้การฝึกอบรมแบบตัวต่อตัวนอกเหนือจากการฝึกอบรมตามปกติ ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI) จำนวน 1 เรื่อง (Hekmatpou et al., 2019) ทำให้ภาระด้านอารมณ์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2.5 ประสิทธิภาพในการลดภาระด้านสังคม (social burden) พบรายงานการวิจัยจำนวน 3 เรื่อง ใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับครอบครัว โดยให้ความรู้แบบตัวต่อตัว และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Caregiver Burden Inventory (CBI) จำนวน 1 เรื่อง (Mou et al., 2023) และโปรแกรมการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแล 2 ระยะ จำนวน 1 เรื่อง (Farahani et al., 2021) ซึ่งผลลัพธ์ทั้ง 2 เรื่อง ส่งผลให้ภาระด้านสังคมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และวิธีการฝึกอบรมรวมกับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน และการฝึกทักษะ ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI) จำนวน 1 เรื่อง (Hekmatpou et al., 2019) ทำให้ภาระด้านสังคมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2.6 ประสิทธิภาพในการลดภาระส่วนตัว (personal burden) พบรายงานการวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Fu et al., 2022) ใช้รูปแบบการสอนแบบเสมือนจริง (scenario simulation) ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI) ซึ่งผลลัพธ์จากวิธีการดังกล่าวทำให้ภาระส่วนตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2.7 ประสิทธิภาพในการลดภาระด้านบทบาท (role burden) ไม่พบรายงานการวิจัยที่สามารถลดภาระด้านบทบาทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.8 ประสิทธิภาพในการลดภาระเฉพาะบุคคล (individual burden) และประสิทธิภาพในการลดภาระทางเศรษฐกิจ (economic burden) พบรายงานการวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Hekmatpou et al., 2019) ใช้วิธีการฝึกอบรมรวมกับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน และการฝึกทักษะ โดยให้การฝึกอบรมแบบตัวต่อตัว ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI) ซึ่งผลลัพธ์จากวิธีการดังกล่าวทำให้ภาระเฉพาะบุคคลและประสิทธิภาพในการลดภาระทางเศรษฐกิจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยคัดเลือกงานวิจัยทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม หรืองานวิจัยกึ่งทดลอง ทำการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ โดยนำเสนอเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ระยะเวลาย้อนหลัง 10 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2567 (ค.ศ. 2014 ถึง ค.ศ. 2024) จากผลการสืบค้นงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก คือ ศึกษาในกลุ่มประชากรที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการจัดกระทำและผ่านตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย เพื่อเข้าสู่การทบทวนอย่างเป็นระบบจำนวน



8 เรื่อง ผลการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า

รูปแบบของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นรูปแบบที่มีการจัดกระทำโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสมและครอบคลุมทุกมิติของปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีการจัดกระทำหลากหลายรูปแบบ จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่ารูปแบบการดูแลที่สามารถลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ได้แก่ รูปแบบการให้ความรู้และฝึกทักษะโดยเริ่มที่โรงพยาบาลและต่อเนื่องไปจนกลับบ้าน ร่วมกับการให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านจิตใจผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยต้องมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วย การฝึกทักษะในการดูแล การส่งเสริมสุขภาพจิต และการส่งเสริมการควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรม โดยให้ผลลัพธ์ในการลดภาระผู้ดูแลรายด้านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (Farahani et al., 2021; Mou et al., 2023)

ประสิทธิผลในการลดภาระของผู้ดูแลโดยรวม จากผลการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่างานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง ให้ผลลัพธ์ที่ดีในการจัดกระทำโดยมีผลต่อการลดภาระของผู้ดูแล แต่เนื่องจากความแตกต่างของรูปแบบการจัดกระทำ ช่วงเวลา และแบบวัดทำให้ไม่สามารถสรุปผลลัพธ์ในภาพรวมโดยใช้เมตาได้ โดยพบว่างานวิจัยของ หลิน และคณะ (Lin et al., 2022) มีค่าช่วงความเชื่อมั่น ไม่ทับซ้อนกับงานวิจัยอื่น เนื่องจากเป็นโปรแกรมให้ความรู้และการโค้ชด้านสุขภาพในระยะการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่มีพยาบาลเป็นผู้นำ โดยใช้ระยะเวลาการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และการโค้ชแบบตัวต่อตัวที่แผนกผู้ป่วยนอกทุก 2 สัปดาห์ ซึ่งการสอนและการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะบุคคลและปรับวิธีการดูแลให้เข้ากับบริบทของตนเอง ส่งผลให้มีการปรับตัวของผู้ป่วยและการลดภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ที่ 12 สัปดาห์

เมื่อพิจารณาประสิทธิผลในการลดภาระของผู้ดูแลรายด้าน ในการวิเคราะห์เมตาพบว่า การให้ความรู้ การส่งเสริมสุขภาพจิต ส่งเสริมการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง (Farahani et al., 2021; Mou et al., 2023) ให้ผลลัพธ์ที่ชัดเจนในการลดภาระด้านการพัฒนา โดยการให้ความรู้ช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและวิธีการดูแลที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมั่นใจและลดความวิตกกังวล อีกทั้งการให้ความรู้ยังช่วยให้ผู้ดูแลพัฒนาทักษะใหม่ ๆ ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ลดความเครียดและความรู้สึกหนักใจได้

การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือการสนับสนุนเชิงอารมณ์ ช่วยลดภาระทางด้านอารมณ์และสังคมของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลสามารถพูดคุยเกี่ยวกับความเครียดและปัญหาที่พบในการดูแลกับผู้ให้คำปรึกษาได้ ทำให้เกิดการผ่อนคลายและลดความรู้สึกโดดเดี่ยว การมีผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ลดความรู้สึกเหนื่อยล้าทางจิตใจได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เจิง และคณะ (Cheng et al., 2018) ที่พบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่ประกอบไปด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบตัวต่อตัว ร่วมกับการฝึกทักษะการแก้ปัญหาผ่านทางโทรศัพท์ ส่งผลให้คะแนนการรับรู้ภาระในการดูแลลดลง นอกจากนี้การฝึกทักษะช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการจัดการและดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น ซึ่งช่วยลดความเหนื่อยล้าทางกายจากการดูแล

สำหรับการลดภาระรายด้าน ในด้านประสิทธิผลในการลดภาระด้านเวลาที่ต้องพึงพา ประสิทธิผลในการลดภาระด้านร่างกาย ประสิทธิผลในการลดภาระด้านอารมณ์ ประสิทธิผลในการลดภาระด้านสังคม ประสิทธิผลในการลดภาระส่วนตัว ประสิทธิผลในการลดภาระเฉพาะบุคคล และประสิทธิผลในการลดภาระทางเศรษฐกิจ ประสิทธิผลในการลดภาระด้านบทบาท ยังมีข้อจำกัดของงานวิจัยปฐมภูมิทำให้ไม่สามารถสรุปรูปแบบได้



ชัดเจน

การทบทวนอย่างเป็นระบบนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้ผลลัพธ์ที่ดีในการลดภาระทั้งทางกายภาพ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แม้ว่าจะมีความหลากหลายในวิธีการจัดกระทำ แต่พบว่าทุกโปรแกรมมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงการสนับสนุนและสามารถรับมือกับภาระที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลในชุมชน ควรมุ่งเน้นที่การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุนทางอารมณ์ให้กับผู้ดูแล นอกจากนี้ การส่งเสริมทักษะการดูแลและการเป็นที่ปรึกษาอย่างต่อเนื่องขณะอยู่โรงพยาบาลจนกลับบ้าน โดยเฉพาะในระยะเปลี่ยนผ่านระหว่างโรงพยาบาลและบ้านให้ผลลัพธ์ที่ดีในการลดความเหนื่อยล้าและภาระที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในระยะยาว

2. ควรจัดอบรมพยาบาลและผู้ดูแลให้มีความรู้และทักษะที่เพียงพอในการจัดการกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน รวมถึงการใช้เทคโนโลยีเพื่อการให้คำปรึกษาทางไกล เช่น การติดตามผู้ดูแลผ่านโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชัน เป็นต้น เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในระยะที่ให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยปฐมภูมิเพิ่มขึ้น ในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่สามารถช่วยลดภาระการดูแลในด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ นอกจากนี้ ผลการวิจัยส่วนใหญ่มาจากการศึกษาในต่างประเทศ ดังนั้น การวิจัยครั้งต่อไปควรมุ่งเน้นไปที่การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมนี้นั้นในบริบทของประเทศไทย เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพสังคมและวัฒนธรรม และสามารถนำมาปรับใช้ได้เหมาะสม

References

- Barker, T. H., Habibi, N., Aromataris, E., Stone, J. C., Leonardi-Bee, J., Sears, K., Hasanoff, S., Klugar, M., Tufanaru, C., Moola, S., & Munn, Z. (2024). The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for quasi-experimental studies. *JBI Evidence Synthesis*, 22(3), 378-388. <https://doi.org/10.11124/jbies-23-00268>
- Barker, T. H., Stone, J. C., Sears, K., Klugar, M., Tufanaru, C., Leonardi-Bee, J., Aromataris, E., & Munn, Z. (2023). The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for randomized controlled trials. *JBI Evidence Synthesis*, 21(3), 494-506. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00430>
- Caro, C. C., Mendes, P. V. B., Costa, J. D., Nock, L. J., & Cruz, D. M. C. (2017). Independence and cognition post-stroke and its relationship to burden and quality of life of family caregivers. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 24(3), 194-199. <https://doi.org/10.1080/10749357.2016.1234224>



- Chen, J., Jin, W., Dong, W. S., Jin, Y., Qiao, F. L., Zhou, Y. F., & Ren, C. C. (2017). Effects of home-based telesupervising rehabilitation on physical function for stroke survivors with hemiplegia: A randomized controlled trial. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 96(3), 152–160. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000000559>
- Cheng, H. Y., Chair, S. Y., & Chau, J. P. C. (2018). Effectiveness of a strength-oriented psychoeducation on caregiving competence, problem-solving abilities, psychosocial outcomes and physical health among family caregiver of stroke survivors: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 87, 84–93. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.005>
- Dankner, R., Bachner, Y. G., Ginsberg, G., Ziv, A., Ben David, H., Litmanovitch-Goldstein, D., Chodick, G., Balicer, R., Tanne, D., & Greenberg, D. (2016). Correlates of well-being among caregivers of long-term community-dwelling stroke survivors. *International Journal of Rehabilitation Research*, 39(4), 326–330. <https://doi.org/10.1097/mrr.0000000000000192>
- Farahani, M. A., Ghezeljeh, T. N., Haghani, S., & Alazmani-Noodeh, F. (2021). The effect of a supportive home care program on caregiver burden with stroke patients in Iran: An experimental study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 346. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06340-4>
- Fu, B., Mei, Y., Lin, B., Guo, Y., Zhang, Z., Qi, B., & Wang, Y. (2022). Effects of a benefit-finding intervention in stroke caregivers in communities. *Clinical Gerontologist*, 45(5), 1317–1329. <https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1765062>
- Haley, W. E., Roth, D. L., Hovater, M., & Clay, O. J. (2015). Long-term impact of stroke on family caregiver well-being: A population-based case-control study. *Neurology*, 84(13), 1323–1329. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000001418>
- Hekmatpou, D., Baghban, E. M., & Dehkordi, L. M. (2019). The effect of patient care education on burden of care and the quality of life of caregivers of stroke patients. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 211–217. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S196903>
- Hosseini, A., Sharifi, N., Dehghanrad, F., & Sharifipour, E. (2022). Effect of telenursing on caregiver burden of care and incidence of some complications in patients with acute stroke discharged from neurological wards: A randomized control trial. *Shiraz E-Medical Journal*, 23(8), e123479. <https://doi.org/10.5812/semj-123479>
- Jaracz, K., Grabowska-Fudala, B., Jaracz, J., Moczko, J., Kleka, P., Pawlicka, A., & Górna, K. (2024). Caregiver burden after stroke: A 10-year follow-up study of polish caregivers for stroke patients. *BMC Nursing*, 23(1), 589. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02251-x>
- Joanna Briggs Institute. (2024). *JB I Manual for evidence synthesis*. <https://synthesismanual.jbi.global/>



Effectiveness of Home-Based Continuing Care Programs on Burden Among Caregivers of Stroke Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตา

- Laopaiboon, M., & Lumbiganon, P. (2009). *Research synthesis in healthcare*. Klugnanawittaya.
- Lin, S., Xiao, L. D., Chamberlain, D., Ullah, S., Wang, Y., Shen, Y., Chen, Z., & Wu, M. (2022). Nurse-led health coaching programme to improve hospital-to-home transitional care for stroke survivors: A randomised controlled trial. *Patient Education & Counseling*, 105(4), 917-925. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.020>
- Mou, H., Lam, S. K. K., & Chien, W. T. (2023). The effects of a family-focused dyadic psychoeducational intervention for stroke survivors and their family caregivers: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 143, 104504. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104504>
- Ostwald, S. K., Godwin, K. M., Cron, S. G., Kelley, C. P., Hersch, G., & Davis, S. (2014). Home-based psychoeducational and mailed information programs for stroke-caregiving dyads post-discharge: A randomized trial. *Disability and Rehabilitation*, 36(1), 55-62. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.777806>
- Roth, D. L., Fredman, L., & Haley, W. E. (2015). Informal caregiving and its impact on health: A reappraisal from population-based studies. *Gerontologist*, 55(2), 309-319. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu177>
- Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2023). *Public Health Statistics A.D. 2022*. https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9353?fbclid=IwY2xjawGL68ZleHRuA2FlbQIxMAABHb1z7cexeGRpxpSLYd6NmaXwmYjF3ZflPpiTG4CBEZPD1XZpfETL6OHLhg_aem_Wq2Y-iNodZJXx4OsKo7nUw (in Thai)
- The Cochrane Collaboration. (2020). *Review manager (revman) [Computer software]*. Version 5.4. The Cochrane Collaboration. <https://test-training.cochrane.org/online-learning/core-software-cochrane-reviews/review-manager-revman>
- Tiwari, S., Joshi, A., Rai, N., & Satpathy, P. (2021). Impact of stroke on quality of life of stroke survivors and their caregivers: A qualitative study from India. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 12(4), 680-688. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1735323>
- Tziaka, E., Tsiakiri, A., Vlotinou, P., Christidi, F., Tsiptsios, D., Aggelousis, N., Vadikolias, K., & Serdari, A. (2024). A holistic approach to expressing the burden of caregivers for stroke survivors: A systematic review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(5), 565. <https://doi.org/10.3390/healthcare12050565>
- Vluggen, T. P. M. M., van Haastregt, J. C. M., Tan, F. E., Verbunt, J. A., van Heugten, C. M., & Schols, J. M. G. A. (2021). Effectiveness of an integrated multidisciplinary geriatric rehabilitation programme for older persons with stroke: A multicentre randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 21(1), 134. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02082-4>



Effectiveness of Home-Based Continuing Care Programs on Burden Among Caregivers of Stroke Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตา

- Wang, F., Feng, W. M., Zhu, M., Sun, Q., Zhang, Y. M., Wang, B., Luo, X. Y., Shen, J. T., Fang, X. W., Zhang, T., & Cui, G. (2024). A study on the effect of using the video teach-back method in continuous nursing care of stroke patients. *Frontiers in Public Health*, 12, 1275447. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1275447>
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>



Effect of a Nurses' Self-Efficacy Enhancement Program on Screening and Stimulating Development of Early-stage Children with Developmental Problems at a Sub-District Health Promoting Hospital in Nakhon Sawan Province

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลต่อการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ในจังหวัดนครสวรรค์

วาสนา	เรืองจุติโพธิ์พาน*	Wassana	Rungchutipophon*
ธนัชฌา	ภักย์พยบ**	Tanatcha	Paipayob**
ฐิติรัตน์	พันธุ์เขียน***	Thitirat	Phankhian***
ศรีวัฒนา	เพชรรัตน์***	Sriwatana	Phetcharat***

Abstract

The self-efficacy of nurses in assessing and screening child development may help them accurately screen and stimulate children's development. This quasi-experimental one-group pretest-posttest research design aimed to study the effects of a nurses' self-efficacy enhancement program on screening and stimulating development of early-stage children using the Thai Early Developmental Assessment for Intervention (TEDA4I) assessment guide for early-stage children with developmental problems. The sample consisted of 40 nurses who participated in a three-session self-efficacy enhancement program. Data were collected using a self-efficacy assessment tool designed for screening and stimulating early childhood development, based on the TEDA4I assessment guide for early-stage children with developmental problems. The tool was validated with an Index of Item-Objective Congruence (IOC) of .89 and demonstrated high reliability with a Cronbach's alpha coefficient of .99. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test.

The results indicated that after participating in the self-efficacy enhancement program, the nurses had significantly higher average scores ($M = 85.45$, $SD = 9.30$) than before the program ($M = 71.98$, $SD = 12.59$, $t = 6.007$, $p < 0.01$).

The self-efficacy enhancement program could enhance nurses' self-efficacy in screening and stimulating child development with the TEDA4I, reflected by the higher average scores, which is likely to improve the effectiveness of developmental screening and stimulation in early childhood.

Keywords: Developmental stimulation; Screening; Self-efficacy; Children in early childhood; Sub-district health promoting hospital

* Lecturer, Baromarajonani College of Nursing Sawanpracharak Nakhonsawan, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Corresponding author, Lecturer, Baromarajonani College of Nursing Sawanpracharak Nakhonsawan, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute; e-mail: tanatcha@bcnsprnw.ac.th

*** Lecturer, Baromarajonani College of Nursing Sawanpracharak Nakhonsawan, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Received 19 June 2024; Revised 11 October 2024; Accepted 20 November 2024



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลต่อการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครสวรรค์

บทคัดย่อ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลในการประเมินและคัดกรองพัฒนาการเด็ก อาจช่วยให้สามารถตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กได้อย่างถูกต้อง งานวิจัยกึ่งทดลองศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลต่อการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจำนวน 40 คน เข้าร่วมโปรแกรม 3 ระยะ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กด้วย TEDA4I ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้วยค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามตามวัตถุประสงค์ เท่ากับ .89 และหาความเชื่อมั่นโดยการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .99 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ย ($M = 85.45$, $SD = 9.30$) มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($M = 71.98$, $SD = 12.59$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.007$, $p < 0.01$)

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I ของพยาบาล จากการมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น น่าจะส่งผลให้เด็กปฐมวัยได้รับการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: การกระตุ้นพัฒนาการ การตรวจคัดกรอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เด็กปฐมวัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก e-mail: tanatcha@bcnsprnw.ac.th

*** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลต่อการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครสวรรค์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลเด็กในช่วงปฐมวัยมีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีพัฒนาการทางด้านต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว และเป็นรากฐานพัฒนาการในช่วงวัยต่อไป ซึ่งเด็กวัยนี้ถ้าได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จะเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพและเป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติต่อไปในอนาคต การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กจึงเป็นภารกิจที่สำคัญของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ต้องปฏิบัติในการตรวจคัดกรอง ช่วยเหลือ และส่งเสริมพัฒนาการ โดยเฉพาะในเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย การช่วยเหลือเด็กเหล่านี้ที่สำคัญ คือ การกระตุ้นพัฒนาการโดยเร็วที่สุด

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยไว้ว่า กรณีที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำการประเมินพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) แล้วพบว่า เด็กมีพัฒนาการไม่สมวัย และได้ทำการส่งเสริมพัฒนาการแล้วเป็นเวลา 1 เดือนแล้วยังพบว่า เด็กยังไม่ผ่านทักษะที่เคยล่าช้าให้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้ TEDA4I เป็นระยะเวลา 3 เดือน จากการศึกษาผลของการใช้เครื่องมือ TEDA4I ต่อพัฒนาการของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า อายุ 0-5 ปี ในจังหวัดอุดรธานี โดยวิเคราะห์แบบเก็บข้อมูลย้อนหลังปี พ.ศ. 2561-2562 พบว่า เด็ก 0-5 ปี ที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าหลังการได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยโปรแกรม TEDA4I ในภาพรวมมีพัฒนาการดีขึ้นร้อยละ 68.50 (Leelawongkij, 2020) และการศึกษาผลการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I พบว่า ทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยตามเกณฑ์ทุกด้านร้อยละ 76.47 (Sutthithumthaworn, 2022) จากผลข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I จะช่วยส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอายุ 0-5 ปี ให้ดีขึ้นได้

ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2566 พบว่า เด็กอายุ 0-5 ปี ของประเทศไทยมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 79.51 ซึ่งน้อยกว่าค่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 86.00 เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 22.50 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ คือ ร้อยละ 20.00 แต่จากข้อมูลการตรวจคัดกรองพัฒนาการของจังหวัดนครสวรรค์ของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการประเมินพัฒนาการ ร้อยละ 91.16 เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 22.73 ซึ่งยังมีค่าสูงกว่าเกณฑ์และสูงกว่าของระดับประเทศไทย และได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ครบ ร้อยละ 57.48 ของกลุ่มที่ได้รับการประเมินพัฒนาการ และภายหลังการกระตุ้นแล้วมีพัฒนาการกลับมาสมวัยได้ ร้อยละ 26.03 แต่อย่างน้อยกว่าเกณฑ์ คือ ร้อยละ 35.00 (Health Data Center, 2023) จะเห็นได้ว่าการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I มีผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กได้จริง แต่ในบางสถานการณ์ยังพบว่า ไม่สามารถกระตุ้นพัฒนาการเด็กให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

การส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย โดยใช้การกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น พยาบาลถือเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญ สามารถตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I ให้ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด หากได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมให้พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I อย่างเพียงพอ อาจจะช่วยให้พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความมั่นใจในการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการให้แก่เด็กปฐมวัย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากแนวคิดของ แบนดูรา (Bandura, 1997) ที่เชื่อว่า หากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองหรือรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมนั้น และมีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (outcome expectation) บุคคลนั้นจะมีความอดสาเห กระตือรือร้น และเชื่อมั่นว่าตนจะสามารถจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมนั้นได้ ผู้วิจัยใช้



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลต่อการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครสวรรค์

แนวคิดนี้เป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลต่อการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครสวรรค์ เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะ มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กด้วย TEDA4I คาดว่าจะส่งผลให้เด็กปฐมวัยได้รับการช่วยเหลือโดยเร็วจากบุคลากรที่มีทักษะและความเชี่ยวชาญ ส่งเสริมเด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลต่อการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครสวรรค์

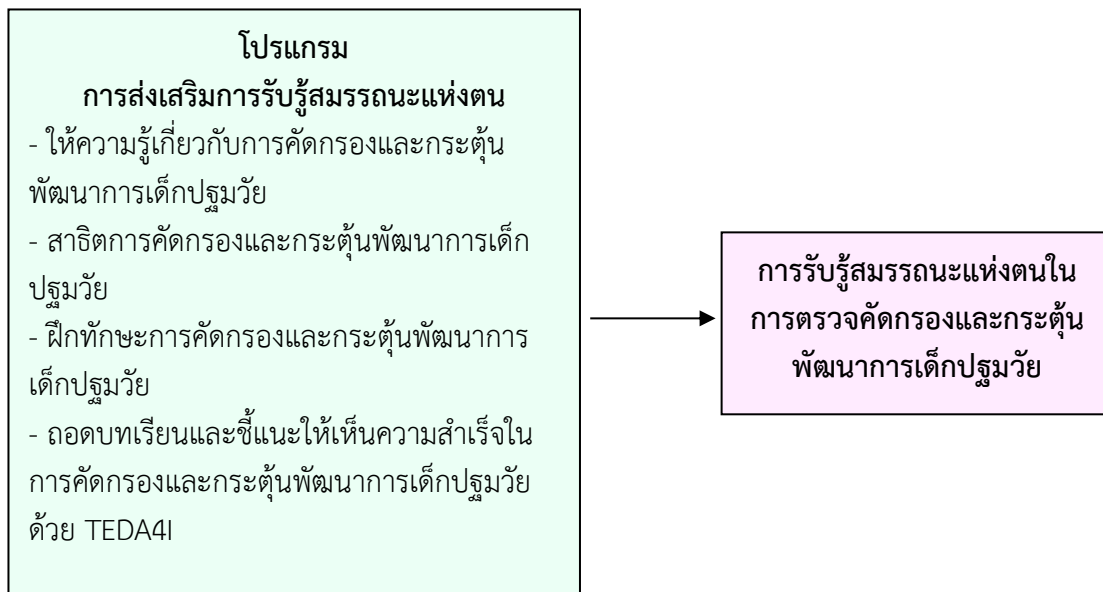
สมมติฐานการวิจัย

พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครสวรรค์ ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) ของ แบนดูรา (Bandura, 1997) ที่ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความสามารถของตนเองในการดำเนินการกิจกรรมบางอย่างเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งถ้าเชื่อว่าตนเองมีความสามารถทำได้จะส่งผลให้มีแรงจูงใจและพยายามที่จะทำสิ่งนั้นมากขึ้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถพัฒนาได้ผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ เช่น การประสบความสำเร็จ การเรียนรู้จากผู้อื่น หรือการได้รับกำลังใจ โดยแบนดูรา ได้เสนอแนะวิธีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไว้ 4 วิธี ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experiences): คือ การที่บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองที่เกิดจากการเรียนรู้ การฝึกทักษะหรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จนมีความรู้และกระทำจนประสบความสำเร็จ 2) ประสบการณ์โดยการสังเกต (vicarious experiences): คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองจากการดูหรือการสังเกตแบบอย่างที่ประสบความสำเร็จ 3) การได้รับคำแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion): คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองจากการได้รับคำแนะนำ คำอธิบาย ชักจูง ชื่นชมหรือกำลังใจจากบุคคลอื่น 4) สภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states): คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองจากการกระตุ้นจากสิ่งต่าง ๆ ทางบวก เช่น บรรยากาศที่เป็นมิตร หรือสิ่งกระตุ้นในทางลบ เช่น การเจ็บป่วย การพักผ่อนไม่เพียงพอ (Bandura, 1997)

ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยผ่าน 4 กิจกรรม ดังนี้ 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย 2) สาธิตการคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3) ฝึกทักษะการคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย และ 4) ถอดบทเรียนและชี้แนะให้เห็นความสำเร็จในการคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครสวรรค์

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป $G * Power$ โดยใช้ค่าอำนาจอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.50 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ (power of test) 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 34 คน และการสูญหายจากการติดตาม (drop out) ร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย 2) สนใจให้มีส่วนร่วมในการเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการตรวจคัดกรองและกระตุ้น พัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครสวรรค์ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ



Effect of a Nurses' Self-Efficacy Enhancement Program on Screening and Stimulating Development of Early-stage Children with Developmental Problems at a Sub-District Health Promoting Hospital in Nakhon Sawan Province

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลต่อการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครสวรรค์

แบนดูรา (Bandura, 1997) โดยโปรแกรมมี 3 ระยะ ทั้งหมด 4 กิจกรรม มีรายละเอียดดังนี้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I

ระยะ	กิจกรรม
ระยะที่ 1	กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการบรรยายจากแพทย์และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I ใช้เวลา 5 ชั่วโมง กิจกรรมที่ 2 สาธิตการคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยจากพยาบาลที่มีประสบการณ์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสังเกตจากประสบการณ์ของผู้อื่นพร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I เป็นรายกลุ่มย่อย กลุ่มละ 8 คน ใช้เวลา 8 ชั่วโมง
ระยะที่ 2	กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างใช้ TEDA4I กลับไปตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยในหน่วยงานของตนเอง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดตามผลการนำไปใช้จากการนำเสนอวิธีโอการคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่ได้รับการความยินยอมจากผู้ปกครองให้มีการเผยแพร่ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นรายกลุ่มย่อย กลุ่มละ 8 คน ร่วมกับวิทยากร และพยาบาลที่มีประสบการณ์ให้คำแนะนำ ชี้แนะ ชื่นชมเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสังเกตจากประสบการณ์ของผู้อื่น ใช้เวลา 6 ชั่วโมง
ระยะที่ 3	กิจกรรมที่ 4 ถอดบทเรียนและชี้แนะให้เห็นความสำเร็จในการคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I ผู้วิจัยติดตามผลการนำไปใช้หลังจากเข้ารับการอบรม 4 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างนำเสนอผลงานความก้าวหน้าและความสำเร็จในการคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I ในหน่วยงานของตนเอง ผู้วิจัยสนับสนุน ให้กำลังใจ ชี้แนะให้เห็นความก้าวหน้าและความสำเร็จ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

ส่วนที่ 2 คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) โดย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Department of Mental Health, 2020)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการประเมินพัฒนาการเด็ก จำนวน 4 ข้อ โดยผู้ตอบแบบสอบถามอ่านข้อคำถาม แล้วทำเครื่องหมายเติมข้อความลงในช่องว่าง ให้ครบถ้วนและตรงตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนบทความวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 30 ข้อ ลักษณะ



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลต่อการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครสวรรค์

แบบสอบถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ตัวเลือก คือ 1, 2, 3, 4, และ 5 มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 1 ไม่น่าใจ 2 น่าใจเล็กน้อย 3 น่าใจปานกลาง 4 น่าใจมาก และ 5 น่าใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัย ได้นำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และพยาบาลปฏิบัติงานในหน่วยกระตุ้นพัฒนาการที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (Index of-Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ .89 และนำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I ทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีคุณลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .99

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยใน มนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ เลขที่ SPRNW- REC 062/2023 ว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิและไม่เป็นอันตรายแก่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับเอกสารการรับรองแล้วผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลาที่นัดหมาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และรายละเอียดต่าง ๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย รวมถึงเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย หลังจากนั้นก็ถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการวิจัย พิจารณาตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมโครงการได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมให้ลงนามในใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาและการปฏิบัติการพยาบาลเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูลและรายละเอียดต่าง ๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย รวมถึงเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที
2. ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ตามรายละเอียดของโปรแกรมที่กล่าวไว้ข้างต้น โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 4 เดือน หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการตามโปรแกรม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ตรวจสอบความความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามและนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบ ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม โดยใช้สถิติ paired t-test



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลต่อการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครสวรรค์

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.50 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.50 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 42 (SD = 8.31) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 95.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระยะเวลาการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการประเมินพัฒนาการเด็กมานาน 1-5 ปี ร้อยละ 47.50 มีค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ของระยะเวลาการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการประเมินพัฒนาการเด็กเท่ากับ 7 ปี (MD = 6) และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการประเมินพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 62.50 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 40 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	2.50
หญิง	39	97.50
อายุ (M = 42; SD = 8.31)		
20-30 ปี	4	10.00
31-40 ปี	11	27.50
41-50 ปี	19	47.50
51-60 ปี	6	15.00
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	38	95.00
ปริญญาโท	2	5.00
ระยะเวลาการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการประเมินพัฒนาการเด็ก (IQR = 7; MD = 6)		
ไม่มีประสบการณ์	4	10.00
1 - 5 ปี	19	47.50
6 - 10 ปี	7	17.50
มากกว่า 10 ปี	10	25.00
การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการประเมินพัฒนาการเด็ก		
เคย	25	62.50
ไม่เคย	15	37.50

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการตรวจคัดกรองและ กระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการตรวจคัดกรองและ กระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 85.45 (SD = 9.30) มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมที่คะแนนเฉลี่ย 71.98 (SD = 12.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.007, p < 0.001$) ดังตารางที่ 3



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลต่อการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครสวรรค์

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I (n = 40 คน)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	Mean	SD	df	t	p-value*
ก่อนเข้าโปรแกรม	71.98	12.59	39	6.007	0.000
หลังเข้าโปรแกรม	85.45	9.30			

*P < .001

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นหลังการเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 42 ปี ถือว่าเป็นผู้ที่บรรลุนิติภาวะ มีวุฒิภาวะมากพอที่จะจัดการเรื่องราวหรือปัญหาต่าง ๆ ได้ ผ่านการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ หรือมีประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา และสังเกตเห็นแบบอย่างจากการกระทำจากบุคคลอื่นมาบ้างแล้ว มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป ซึ่งเป็นระดับการศึกษาที่พัฒนาบุคคลให้มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ การแสวงหาความรู้ และสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์กับตนเอง การมีประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการประเมินพัฒนาการเด็กของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญและสามารถสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้ สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและประสบการณ์ได้อย่างเต็มที่ (Pongboriboon, 2018) อีกทั้งการที่กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการประเมินพัฒนาการเด็กมาแล้ว ทำให้เข้าใจข้อมูลที่ยากและซับซ้อนได้ง่ายขึ้น ดังการศึกษาของ เคอเนีย และคณะ (Kurnia et al., 2019) ที่พบว่า ประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลในการประยุกต์ใช้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต และสอดคล้องกับงานวิจัยของ โซดากา และคณะ (Saudagar et al., 2015) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อมั่นในตนเองของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกในประเทศอิหร่าน ปี 2013 พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า มีผลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าพยาบาลที่ประสบการณ์น้อย

ผลการศึกษาครั้งนี้ สนับสนุนทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา (Bandura, 1997) ที่ว่าสมรรถนะแห่งตนเป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ โดยใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ด้วยความเชื่อมั่น เพื่อให้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง สามารถอภิปรายตามกรอบแนวคิดสมรรถนะแห่งตนของแบนดูราได้ ดังต่อไปนี้

1. การกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากการบรรยายของแพทย์และพยาบาลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I อย่างเป็นขั้นตอน ละเอียด ชัดเจน และเข้าใจง่าย ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ อีกทั้งผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้ลงมือปฏิบัติจริง พร้อมกับนำเสนอเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น ซึ่งเป็นการสร้างประสบการณ์ตรงให้กับกลุ่มตัวอย่าง และการได้รับคำชี้แนะ ทบทวนความรู้เพิ่มเติม และชื่นชมเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องจากผู้ที่มีประสบการณ์ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและมีความพยายามที่จะก้าวข้ามปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I มากขึ้น เป็นการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลต่อการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครสวรรค์

ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ แพรพรรณ ปราโมช ณ อยุธยา และคณะ (Pramoj Na Ayutthaya et al., 2011) ที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายช่วยเพิ่มความรู้และเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และสอดคล้องกับงานวิจัยของ อรุณข มกรภิรมย์ และ อันธิกา กระจวานิช (Makaraphirom & Karawanih, 2015) ที่พบว่า การที่พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น สามารถพัฒนาสมรรถนะตนเองของพยาบาล ส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้มากขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิราภรณ์ ปั่นอยู่ และคณะ (Punyoo et al., 2021) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเด็ก พบว่า การให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการศึกษาครั้งนี้ แตกต่างจากงานผลวิจัยของ กัลยา มั่นล้วน และ ณัฐพล ชัยหาญ (Munluan & Chaihan, 2023) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แม้จะมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการทำพินัยกรรมชีวิตในระดับสูง เนื่องจากพยาบาลรู้สึกลำบากใจที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย

2. การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) หรือสังเกตตัวแบบ (model) ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมโดยการเชิญพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I มาสาธิตพร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งการสาธิตจะทำให้เกิดการประมวลเนื้อหาที่ได้รับมาเป็นข้อมูลในการสร้างทักษะที่ถูกต้อง เกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจที่ตรงกัน และมั่นใจมากขึ้นว่าจะสามารถนำทักษะความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้จริง และการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แจก TEDA4I ซึ่งเป็นคู่มือมาตรฐานในการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยกรมสุขภาพจิตที่มีภาพประกอบคำบรรยายสั้น ๆ เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจพร้อมกับมีอุปกรณ์ที่ใช้จริงในการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I เพื่อศึกษาบทบาท ซึ่งมีส่วนช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสศึกษาและฝึกฝนเพิ่มเติมจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น และรับรู้สมรรถนะของตนเองในการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการมากขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จงกลณี อุตตะมะ และคณะ (Uttama et al., 2016) ที่พบว่า การที่พยาบาลได้เห็นประสบการณ์จากการกระทำของพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการประเมินอาการและจัดการอาการอ่อนเพลียจากเคมีบำบัดร่วมกับบิดามารดาและเด็กป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ส่งผลให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้โดยการเปรียบเทียบกับความสำเร็จของผู้อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนเอง ทำให้พยาบาลคิดและตัดสินใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมานั้นเหมาะสม เกิดความคิดคล้อยตามว่าตนเองน่าจะทำได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ เกศราพร เฟ่งพิศ และ เสาวมาศ คุณล้าน เกื่อนนาดี (Pengpist & Khunlan Theunadee, 2017) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะและพฤติกรรมของพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจพบว่า การได้ฝึกปฏิบัติในกิจกรรมป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและการมีคู่มือให้ความรู้ที่สามารถเรียนรู้เพิ่มเติมได้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความมั่นใจและมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐชนก บุญเมือง (Boonmuang, 2021) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกอบรมการใช้เครื่องช่วยหายใจในพยาบาล



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลต่อการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครสวรรค์

โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า การอบรมให้พยาบาลมีความรู้และมีการฝึกทักษะจะช่วยเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลมากขึ้น

3. การได้รับคำแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้นำเสนอการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้รับการชี้แนะ และชื่นชมจากผู้ที่มีประสบการณ์ ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จ และมีความพยายามที่จะก้าวข้ามปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (Langumong & Wongchum, 2022) ดังงานวิจัยของ วรณดี ภูภิรมย์ และคณะ (Phuphirom et al., 2018) ที่พบว่า การให้แนวทางการเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อที่ถูกต้อง การชมเชยให้กำลังใจเป็นระยะ ๆ รวมทั้งการให้รางวัลเป็นแรงจูงใจ ส่งผลให้พยาบาลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อได้อย่างถูกต้อง จะช่วยเพิ่มสมรรถนะจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยนำทักษะที่ได้รับการฝึกฝนมาใช้เก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัชชา แพทย์ชีพ และคณะ (Patchee et al., 2023) ที่พบว่า การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย และร่วมกันวิเคราะห์เหตุผลของการคัดแยกผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วย กลุ่มโรคสำคัญของพยาบาลมากขึ้น

4. สภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states) ผู้วิจัยได้ออกแบบและดำเนินการโปรแกรมอย่างเป็นขั้นตอน โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาประมาณ 4 เดือน ในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อม ไม่มีความเครียดหรือความกังวล การที่บุคคลมีสภาวะอารมณ์ที่ผ่อนคลาย จะส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น และถ้าบุคคลมีความเครียดหรือความกังวลจะทำให้บุคคลขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง (Phamornpon et al., 2021) นอกจากนี้ ในขณะที่ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้วิจัยได้ให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของกลุ่มตัวอย่าง ว่าสามารถทำตามกิจกรรมของโปรแกรมได้ มีผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภาวดี ทองเผือก และ เพลินตา เรืองสูง (Tongphuak & Raungsung, 2024) ที่พบว่า การที่บุคคลอื่นพูดว่าเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลนั้นว่าสามารถทำกิจกรรมที่กำหนดได้ จะทำให้บุคคลนั้นเลิกสงสัยในตัวเอง (self-doubts) ทำให้เกิดกำลังใจ มีความมั่นใจ และมีความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำกิจกรรมนั้นให้สำเร็จ ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนี้ สามารถพัฒนาให้พยาบาลมีความรู้และมีสมรรถนะในการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการเพิ่มขึ้น เนื่องจากพยาบาลได้รับความรู้ที่ละเอียด ชัดเจนและเข้าใจง่าย ได้เห็นการสาธิตและได้ลงมือปฏิบัติจริง พร้อมกับได้รับการชี้แนะจากผู้ที่มีประสบการณ์ อีกทั้งยังมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ภายใต้บรรยากาศที่ผ่อนคลาย เกิดเป็นกระบวนการคิดที่เชื่อมโยงความรู้กับการกระทำ นำไปสู่การปฏิบัติ โดยใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ด้วยความเชื่อมั่นในการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I ส่งผลให้เด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการได้รับการส่งเสริมพัฒนาการได้ทันช่วงที่มีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย ลดการเกิดปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจของทั้งตัวเด็กและผู้ปกครองที่เกิดจากความผิดปกติของพัฒนาการ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหาร ควรมีการเสนอโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ ในระดับจังหวัด เพื่อให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนในการพัฒนาพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีความรู้ ความสามารถในการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I ซึ่งจะช่วยให้



Effect of a Nurses' Self-Efficacy Enhancement Program on Screening and Stimulating Development of Early-stage Children with Developmental Problems at a Sub-District Health Promoting Hospital in Nakhon Sawan Province

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลต่อการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครสวรรค์

ลดอัตราการเกิดพัฒนาการล่าช้าในเด็กปฐมวัยของจังหวัด

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรจัดโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ ให้แก่พยาบาลทุกคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งและต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลมีความมั่นใจในสมรรถนะของตนในการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I ซึ่งจะช่วยให้เด็กปฐมวัยได้รับการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการได้อย่างแม่นยำ รวดเร็ว และส่งเสริมกระตุ้นหรือส่งต่อเพื่อให้เด็กมีพัฒนาการเหมาะสมตามวัยต่อไป

3. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาพยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาลให้มีความรู้ ความมั่นใจ สามารถตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I ได้อย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลต่อการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ ในระยะยาว เพื่อศึกษาความคงอยู่ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ

2. ควรศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลในการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย TEDA4I กับผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

References

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.
- Boonmuang, N. (2021). Effectiveness of the use of ventilator training program among nurses at Thungsong Hospital in Nakhon Si Thammarat Province. *Thai Journal of Nursing*, 70(2), 19–26. (in Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2020). *Thai early developmental assessment for intervention: TEDA4I*. <https://dmh-elibrary.org/items/show/262> (in Thai)
- Health Data Center, Ministry of Public Health. (2023). *Children develop delays that are stimulated by the TEDA4I criteria and are diagnosed with the disease*. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=8b1344d910043725179665c82c9d38d3 (in Thai)
- Kurnia, T. A., Trisyani, Y., & Prawesti, A. (2019). Factors associated with nurses' self-efficacy in applying palliative care in intensive care unit. *Jurnal Ners*, 13(2), 219–226. <https://doi.org/10.20473/jn.v13i2.9986>
- Langumong, N., & Wongchum, R. (2022). Effect of a participatory learning program on the knowledge and skills of practical roles among village health volunteers in Pratupa Subdistrict, Muang, Lamphun. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 15(3), 135–150. (in Thai)
- Leelawongkij, A. (2020). Effects of TEDA4I program on 0-5 years old children with developmental delays in Udonthani Province. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 28(1), 101–111 (in Thai)



- Makaraphirom, A., & Karawanih, A. (2015). The effects of the end of life care program on nurse's self-efficacy and holistic care for end of life patients. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, 32(4), 348-363. (in Thai)
- Munluan, K., & Chaihan, N. (2023). The relationship between knowledge, attitudes, and self-efficacy in promoting living wills of professional nurses working in an intensive care unit. *Nursing Journal CMU*, 50(2), 144-157. (in Thai)
- Patchee, N., Chaiaree, W., & Chueathong, N. (2023). The effects of competencies promotion program for triaging fast tract disease groups on knowledge and perceived self-efficacy of nurses, 19th Somdet Phra Sangkharat Hospital. *The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani College of Nursing, Chakiraj*, 3(2), E000552. (in Thai)
- Pengpist, K., & Khunlan Theunnadee, S. (2017). Effects of promoting perceived self-efficacy program on perceived self-efficacy and behavior of nurses to prevent ventilator-associated pneumonia. *Journal of Nursing Science & Health*, 40(2), 1-10. (in Thai)
- Phamornpon, S., Nooyam, B., & Kanjanasilp, P. (2021). Effect of self-efficacy-promoting programme on self-care ability of person with stoma. *The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 36(1), 52-70. (in Thai)
- Phuphirom, W., Chuaykarn, U., & Jantawee, N. (2018). Effects of the self-efficacy enhancement program on registered nurses' competencies in blood culture techniques and reducing blood culture contaminate rates. *Region 11 Medical Journal*, 32(3), 1189-1198. (in Thai)
- Pongboriboon, U. (2018). Being the preceptor: The challenge of nurse's self-efficacy. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(Suppl.), 22-30. (in Thai)
- Pramoj Na Ayutthaya, P., Monkong, S., & Intarasomba, P. (2011). The effect of a supportive educational end-of-life care program on knowledge and perceived self-efficacy of professional nurses. *Ramathibodi Nursing Journal*, 17(1), 141-156. (in Thai)
- Punyoo, J., Jongaramraung, J., Daramas, T., Buadong, D., Singhasai, L., Tunksakool, J., Saehoong, S., Panjatharakul, P., & Thungkaeorungrueang, A. (2021). Factors related to perceived self-efficacy for COVID-19 prevention in pediatric nursing staff. *Ramathibodi Nursing Journal*, 27(3), 415-429. (in Thai)
- Saudagar, S., Rambod, M., & Beheshtipour, N. (2015). Factors associated with nurses' self-efficacy in clinical setting in Iran, 2013. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(2), 226-231.
- Sutthithumthaworn, A. (2022). Effectiveness of developmental promotion model for children with developmental delay. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(3), 986-998. (in Thai)
- Tongphuak, P., & Raungsung, P. (2024). The effect of a self-efficacy promoting program focused on spousal support on contraceptive use among adolescent mothers in the community. *Journal of Health Sciences and Pedagogy*, 4(2), 87-99. (in Thai)



Effect of a Nurses' Self-Efficacy Enhancement Program on Screening and Stimulating Development of Early-stage Children with Developmental Problems at a Sub-District Health Promoting Hospital in Nakhon Sawan Province

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลต่อการตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการ
เด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครสวรรค์

Uttama, J., Kantawang, S., & Mesukho, J. (2016). Effects of educational program on nurses' knowledge and self-efficacy in caring for leukemic children with chemotherapy-induced fatigue. *Nursing Journal*, 43(3), 1-12. (in Thai)



Application of the Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score for Prevention
of Pulmonary Hypertensive Crisis in Pediatric Patients with
Congenital Heart Disease after Open-Heart Surgery
การประยุกต์ใช้เครื่องมือ Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score เพื่อป้องกัน
ภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด
หลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

สุชาดา
นงลักษณ์

ไชยพรหมมา*
อินตา**

Suchada
Nonglak

Chaipromma*
Inta**

Abstract

Pulmonary hypertensive crisis after congenital heart defect surgery is a life-threatening emergency that requires proper assessment and immediate treatment because it may lead to heart failure and death. This comparative retrospective and prospective study aimed to compare the prevalence of pulmonary hypertensive crisis occurrence and cardiopulmonary resuscitation after congenital heart defect surgery between an experimental group and a control group. The participants were 58 pediatric patients with non-cyanotic congenital heart defects of the left-to-right shunt type and preoperatively diagnosed with pulmonary hypertension, who were equally divided into each of the two groups. Regarding the control group, the researchers collected data retrospectively from the electronic medical records of the year 2019. The experimental group received assessment using the Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score (C-CHEWS) after their open-heart surgery and were managed based on the assessed scores. The research instrument included: 1) the data collection tools, including a general data form and pulmonary hypertensive crisis and cardiopulmonary resuscitation form; and 2) the intervention tool, the Modify C-CHEWS, with three dimensions: the behavioral assessment or neurological system; the cardiovascular system; and the respiratory system. Data were analyzed using descriptive statistics and the chi-square test.

The findings revealed that 24 patients (82.8%) in the control group had episodes of pulmonary hypertensive crisis, and one patient (3.40%) received cardiopulmonary resuscitation. The experimental group had episodes of neither pulmonary hypertensive crisis nor cardiopulmonary resuscitation. The prevalence of pulmonary hypertensive crisis between the two groups were statistically significantly different ($p < .001$); however, there was no statistically significant difference regarding the prevalence of cardiopulmonary resuscitation ($p = .31$).

The results of this study demonstrated that usage of the Modify C-CHEWS tool to assess signs and symptoms and manage deteriorated clinical conditions of congenital heart defect pediatric patients after their open-heart surgery helps prevent the occurrence of pulmonary hypertension crisis and decreases mortality rates. Therefore, it should be considered for use in the ward, for providing care to pediatric patients after heart surgery.

Keywords: Modify C-CHEWS tool; Pulmonary hypertensive crisis; Congenital heart disease;
Open-heart surgery

* Corresponding author, Registered Nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital;
e-mail: suchada.ch2078@gmail.com

** Advanced Practice Nurse (Pediatrics Nursing), Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

Received 28 August 2023; Revised 4 December 2023; Accepted 24 January 2024



Application of the Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score
for Prevention of Pulmonary Hypertensive Crisis in Pediatric Patients with
Congenital Heart Disease after Open-Heart Surgery
การประยุกต์ใช้เครื่องมือ Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score
เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด
หลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

บทคัดย่อ

ภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงหลังผ่าตัดหัวใจ เป็นภาวะฉุกเฉินที่คุกคามต่อชีวิต จำเป็นจะต้องได้รับการประเมินและรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว เนื่องจากเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การวิจัยกึ่งทดลองแบบเปรียบเทียบข้อมูลย้อนหลังและศึกษาไปข้างหน้า มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงและอัตราการช่วยฟื้นคืนชีพ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวที่มีเลือดล้นวงจรจากซ้ายไปขวา และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงก่อนได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 58 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัดส่วนเท่ากัน (กลุ่มละ 29 คน) โดยกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ปี พ.ศ. 2562 กลุ่มทดลองได้รับการประเมินโดยใช้เครื่องมือ Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score (C-CHEWS) หลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และจัดการตามคำแนะนำที่ประเมินได้ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไป และแบบเก็บข้อมูลการเกิดภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงและการช่วยฟื้นคืนชีพ 2) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือ Modify C-CHEWS ที่ประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมหรือระบบประสาท ด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด และด้านระบบหายใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ chi-square test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมเกิดภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูง 24 ราย (ร้อยละ 82.8) และได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ 1 ราย (ร้อยละ 3.40) กลุ่มทดลองไม่เกิดภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูง และไม่เกิดการช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งอัตราการเกิดภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สำหรับอัตราการช่วยฟื้นคืนชีพไม่แตกต่างกัน ($p = .31$)

ผลการศึกษา ทำให้เห็นว่าการใช้เครื่องมือ Modify C-CHEWS ประเมินอาการและจัดการอาการทางคลินิกที่ทรุดลงของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ช่วยป้องกันการเกิดภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงและช่วยลดอัตราการเสียชีวิต จึงควรนำมาพิจารณาใช้ในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ

คำสำคัญ: เครื่องมือ Modify C-CHEWS ภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูง โรคหัวใจแต่กำเนิด
การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

* ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาสารคาม เชียงใหม่ e-mail: suchada.ch2078@gmail.com

** พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (การพยาบาลเด็ก) โรงพยาบาลมหาสารคาม เชียงใหม่



Application of the Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score
for Prevention of Pulmonary Hypertensive Crisis in Pediatric Patients with
Congenital Heart Disease after Open-Heart Surgery
การประยุกต์ใช้เครื่องมือ Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score
เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด
หลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจแต่กำเนิด (congenital heart disease: CHD) เป็นโรคกลุ่มหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูง (pulmonary hypertension: PH) ซึ่งถูกจัดไว้ในกลุ่มของภาวะความดันหลอดเลือดแดงในปอดสูง (pulmonary artery hypertension: PAH) (Condon et al., 2019; Hansmann et al., 2019; Simonneau et al., 2019) ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดที่มีภาวะความดันของหลอดเลือดแดงในปอดสูงมักพบในกลุ่มโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว โดยเฉพาะกลุ่มที่มีเลือดลัดวงจรจากซ้ายไปขวา (left-to-right shunt) (Kira-withaya, 2019; Sangthaweesin, 2019) การรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดทำได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค (Bangkok Hospital, 2019; Story, 2017) การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาทางหนึ่งของผู้ป่วยโรคหัวใจแต่กำเนิด ซึ่งการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ (Bannister & Kendall, n.d.; Sornpirom, 2016; Srikaew, 2019) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงก่อนผ่าตัด มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูง (pulmonary hypertensive crisis: PHC) ซึ่งเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตและสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาหลังผ่าตัดหัวใจ (Jones et al., 2016.; Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, n.d.)

ภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูง (PHC) เป็นภาวะที่มีการเพิ่มขึ้นของค่าความดันเฉลี่ยหลอดเลือดแดงปอด (mean pulmonary arterial pressure: mPAP) และการมีค่าออกซิเจนในเลือดลดลง (oxygen desaturation) ร่วมกับมีภาวะปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง (low cardiac output) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการประเมินและรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (cardio circulatory collapse, arrest) ที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (Jones et al., 2016; Kaestner et al., 2016; Lertsapcharoen & Benchacholamas, 2013) ภาวะ PHC จะเกิดขึ้นเมื่อมีปัจจัยที่ทำให้เส้นเลือดปอดหดตัว (pulmonary vasoconstriction) ส่งผลให้แรงต้านภายในหลอดเลือดที่ไปปอด (pulmonary vascular resistance: PVR) สูงขึ้น (Brunner et al., 2014; Hengrasamee, 2013; Jones et al., 2016; Kaestner et al., 2016) อุบัติการณ์ของภาวะ PHC พบระหว่างร้อยละ 2 ถึงร้อยละ 5 ของโรคหัวใจแต่กำเนิด และจะสูงขึ้นในผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม (cardiopulmonary bypass: CPB) ในการผ่าตัด เมื่อเกิดภาวะ PHC ทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 22.2 ถึงร้อยละ 54.5 (Brunner et al., 2014)

การเกิดภาวะ PHC ภายหลังการผ่าตัดหัวใจ เนื่องจากการตอบสนองต่อการอักเสบจากการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม และการขาดเลือดจากการมี reperfusion (Ischaemia-Reperfusion Injury) ที่มีผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจและปอด ซึ่งส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของ PVR นอกจากนี้ ความเจ็บปวด ความไม่สบายจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การมีเสมหะในหลอดลม หรือการดูดเสมหะ อาจกระตุ้นให้ PVR สูงขึ้นอย่างเฉียบพลัน ทำให้เกิดภาวะ PHC และอาจนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้ (Kaestner et al., 2016) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลหลังผ่าตัดด้วยการติดตามสัญญาณชีพ เฝ้าระวังและกำจัดสิ่งกระตุ้นที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เส้นเลือดปอดหดตัว และส่งเสริมปัจจัยที่ทำให้เส้นเลือดปอดขยายตัวที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมหรือระบบประสาท ด้านระบบหัวใจ และด้านระบบหายใจ (Brunner et al., 2014; Hengrasamee, 2013; Jones et al., 2016; Kaestner et al., 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำเครื่องมือ Cardiac Children's Hospital Early Warning Score (C-CHEWS) (McLellan & Connor, 2013) มาใช้เป็นเครื่องมือที่ช่วยประเมินอาการและจัดการอาการที่รุดลงของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดก่อนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต C-CHEWS เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจาก Pediatric Early Warning Scores (PEWS) และ Children's Hospital Early Warning Score (CHEWS) ซึ่งคะแนนที่สูงขึ้นบ่งบอกถึง



Application of the Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score for Prevention of Pulmonary Hypertensive Crisis in Pediatric Patients with Congenital Heart Disease after Open-Heart Surgery

การประยุกต์ใช้เครื่องมือ Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด หลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

อาการที่ทรุดลง โดยมีการประเมินในด้านพฤติกรรมหรือระบบประสาท ด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด ด้านระบบหายใจ ความวิตกกังวลของทีมงานรักษาและความวิตกกังวลของครอบครัว

ในปี พ.ศ. 2562 ได้มีการทดสอบประสิทธิภาพของ C-CHEWS โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ อายุเฉลี่ย 6.5 ปี จำนวน 263 คน ในประเทศอิตาลี (Simeone et al., 2020) พบว่า C-CHEWS มีความไว 81.5% ความจำเพาะ 99.6% ความแม่นยำ 99.7% ค่าการทำนายเชิงบวก 86.7% ค่าการทำนายเชิงลบ 99.8% และค่า $p\text{-value} < 0.001$ สรุปได้ว่า C-CHEWS เป็นเครื่องมือที่ละเอียดอ่อน มีความเฉพาะ และน่าเชื่อถือในการใช้ประเมินอาการทางกายที่ทรุดลงของผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาล ยังไม่พบรายงานการศึกษานำ C-CHEWS มาใช้ในการประเมินภาวะ PHC ผู้วิจัยจึงสนใจนำ C-CHEWS มาประยุกต์ใช้ (Modify C-CHEWS) เพื่อป้องกันภาวะ PHC ในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

จากสถิติในปี พ.ศ. 2561 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจแต่กำเนิดเข้ารับการผ่าตัด จำนวนทั้งหมด 278 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูง จำนวน 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.86 (Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2018) และจากสถิติการช่วยฟื้นคืนชีพ (cardio-pulmonary resuscitation: CPR) และการเปิดหน้าอกฉุกเฉินในหอผู้ป่วย (open chest bed side) ของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทรวงอก หัวใจและหลอดเลือด ปี พ.ศ. 2561 พบว่า มีการช่วยฟื้นคืนชีพเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด จำนวน 9 ครั้ง จากภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูง จำนวน 7 ครั้งและมีการเปิดหน้าอกฉุกเฉินในหอผู้ป่วยในเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด จำนวน 14 ครั้ง จากภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูง จำนวน 13 ครั้ง

หอผู้ป่วยผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทรวงอก หัวใจและหลอดเลือด ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการประเมินภาวะ PHC อย่างเป็นระบบ หากพบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำ และมีการเพิ่มขึ้นของค่าความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง ร่วมกับมีความดันซิสโตลิกลดลง จากค่าปกติของแต่ละช่วงอายุ พยาบาลปฏิบัติโดยรายงานแพทย์ทันที บางครั้งผู้ป่วยเกิดภาวะ cardiac arrest ก่อนได้รับการรักษาภาวะ PHC เนื่องจากไม่มีเครื่องมือที่ใช้สำหรับประเมินและเฝ้าระวังภาวะ PHC ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินอย่างรวดเร็ว และการให้การดูแลอย่างเหมาะสม ทันทีที่ต่อภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงหลังผ่าตัดหัวใจ จึงได้นำเครื่องมือ C-CHEWS มาปรับให้เหมาะสมกับบริบทการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงจากสาเหตุที่ป้องกันได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

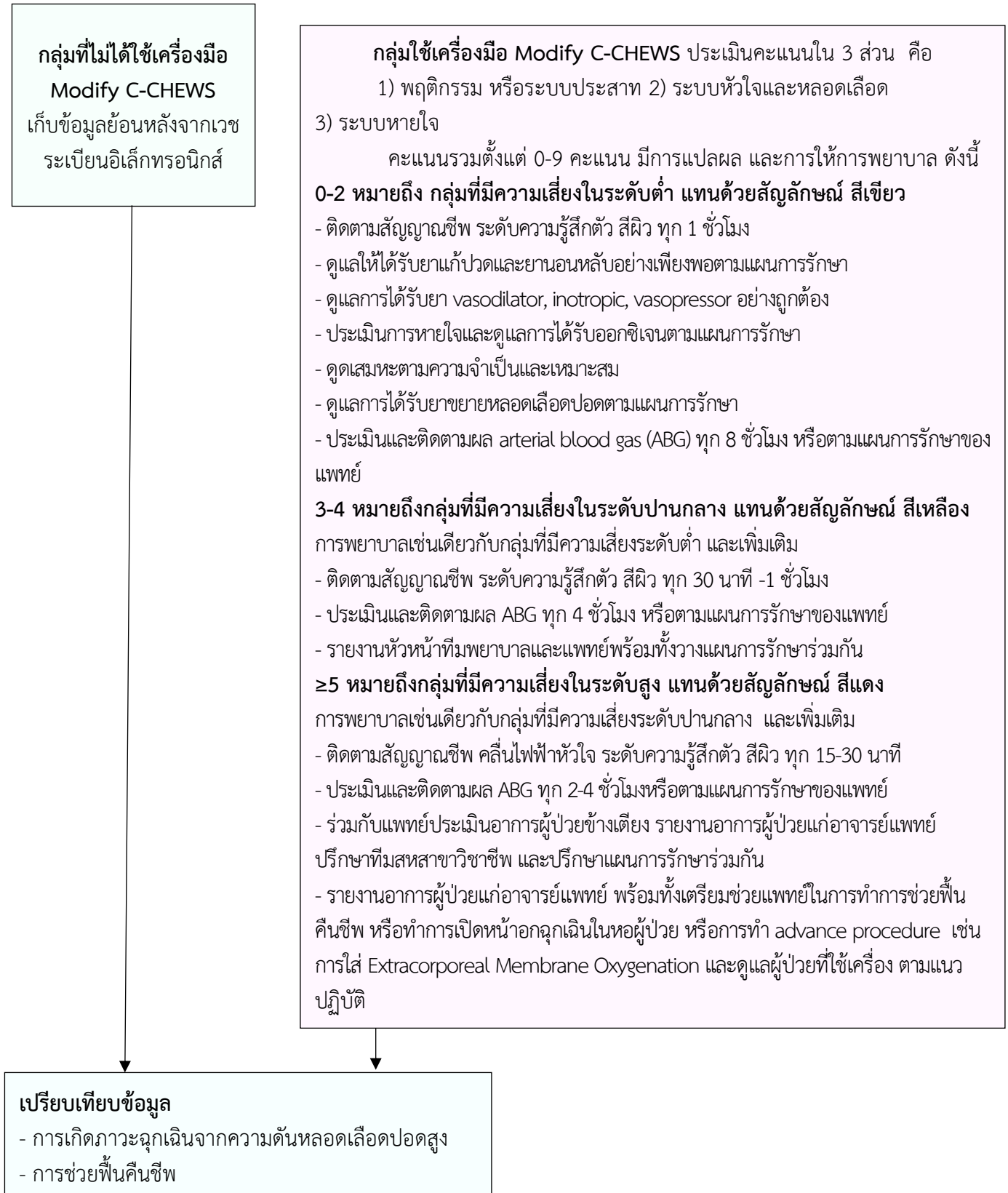
สมมุติฐานการวิจัย

1. อัตราการเกิดภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
2. อัตราการช่วยฟื้นคืนชีพ ในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม



Application of the Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score
for Prevention of Pulmonary Hypertensive Crisis in Pediatric Patients with
Congenital Heart Disease after Open-Heart Surgery
การประยุกต์ใช้เครื่องมือ Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score
เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด
หลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



Application of the Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score
for Prevention of Pulmonary Hypertensive Crisis in Pediatric Patients with
Congenital Heart Disease after Open-Heart Surgery
การประยุกต์ใช้เครื่องมือ Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score
เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด
หลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาทั้งทดลองแบบเปรียบเทียบข้อมูลย้อนหลังและศึกษาไปข้างหน้า (comparative retrospective and prospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเด็กทั้งชายและหญิงอายุตั้งแต่ 3 เดือน จนถึง 14 ปี ที่เป็นโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทรวงอก หัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในภาคเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทรวงอก หัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย แห่งหนึ่งในภาคเหนือ มีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) เป็นกลุ่มโรคหัวใจที่มีเลือดลัดวงจรจากซ้ายไปขวา (left-to-right shunt) และได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 2) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงก่อนได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G-Power Version 3.1 ในการหาค่า power analysis for proportions: two independent group จากงานวิจัยที่ผ่านมา (Mestrom et al., 2019) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 อำนาจทดสอบที่ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 58 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 29 ราย

กลุ่มควบคุมมีการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 จนครบ สำหรับกลุ่มทดลองเนื่องจากการวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลย้อนหลังจึงไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม แต่ผู้วิจัยเลือกจับคู่ (matching) กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองให้มีคุณลักษณะเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันกับกลุ่มควบคุม โดยมีการจับคู่ตามข้อมูลที่กำหนดในข้อมูลทั่วไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ มี 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือสำหรับรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ น้ำหนักตัว โรคร่วม ยาที่ได้รับก่อนผ่าตัด การใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนผ่าตัด การได้รับก๊าซไนตริกออกไซด์ (inhaled nitric oxide: iNO) หลังผ่าตัด ยาที่ได้รับทางหลอดเลือดดำหลังผ่าตัด ยารับประทานที่ได้รับหลังผ่าตัด และค่า Pressure gradient across ventricular septal defect

2) แบบเก็บข้อมูลการเกิดภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูง และการช่วยฟื้นคืนชีพจากสาเหตุของภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูง โดยระบุ เกิด/ ไม่เกิด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือ Modify Cardiac Children's Hospital Early Warning Score (Modify C-CHEWS) โดยผู้วิจัยได้ปรับมาจากเครื่องมือ C-CHEWS ซึ่งผู้วิจัยได้รับการอนุญาตในการใช้เครื่องมือจากเจ้าของเครื่องมือ คือ แม็คเลลแลน และ คอนเนอร์ (McLellan & Connor, 2013) อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่ง Modify C-CHEWS ประกอบด้วยการประเมินใน 3 ระบบ ตามรายละเอียด ดังนี้

1) พฤติกรรม หรือระบบประสาท (Behavior/ neurological system) มีการประเมิน 2 หัวข้อ ประกอบด้วย การมี Activity และการได้รับ Sedative drug โดยประเมินร่วมกัน มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน ดังนี้



Application of the Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score
for Prevention of Pulmonary Hypertensive Crisis in Pediatric Patients with
Congenital Heart Disease after Open-Heart Surgery
การประยุกต์ใช้เครื่องมือ Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score
เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด
หลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

- 0 คะแนน หมายถึง/ประกอบด้วย พักได้ ได้รับเฉพาะยาแก้ปวด ไม่ได้รับยานอนหลับ
- 1 คะแนน หมายถึง/ประกอบด้วย พักหลับได้ ได้รับยาแก้ปวดและยานอนหลับ 1 ชนิด
- 2 คะแนน หมายถึง/ประกอบด้วย พักหลับได้ ได้รับยาแก้ปวดและยานอนหลับ มากกว่า 1 ชนิด
- 3 คะแนน หมายถึง/ประกอบด้วย พักไม่ได้ หรือ มีอาการชัก เกร็ง กระตุก

2) ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular) มีการประเมิน 4 หัวข้อ ประกอบด้วย ลักษณะสีผิว ค่าความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central Venous Pressure: CVP) ค่าความดันซิสโตลิก (systolic blood pressure: BPs) และยาที่มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยประเมินร่วมกัน มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน ดังนี้

0 คะแนน หมายถึง/ประกอบด้วย สีผิวปกติ, CVP 6-12 mmHg, BPs >75 mmHg, ไม่ได้รับยาที่มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด

1 คะแนน หมายถึง/ประกอบด้วย สีผิวซีด, CVP 6-12 mmHg, BPs 70-75 mmHg, ได้รับยา Milrinone

2 คะแนน หมายถึง/ประกอบด้วย สีผิวคล้ำ, CVP > 12 mmHg, BPs 65-70 mmHg, ได้รับยา Milrinone และ Adrenaline

3 คะแนน หมายถึง/ประกอบด้วย สีผิวคล้ำและตัวลาย, CVP > 12 mmHg, BPs < 65 mmHg, ได้รับยา Milrinone, Adrenaline และ Norepinephrine

3) ระบบหายใจ (Respiratory) มีการประเมิน 5 หัวข้อ ประกอบด้วย การใช้แรงในการหายใจ (work of breathing: WOB) ค่าออกซิเจนในเลือด (PaO₂/ O₂Sat) ค่าความเป็นกรด-ด่างในเลือด (pH) การได้รับยาขยายหลอดเลือดปอด และความถี่ของความต้องการการดูดเสมหะ โดยประเมินร่วมกัน มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน ดังนี้

0 คะแนน หมายถึง/ประกอบด้วย หายใจปกติ ไม่มี retractions, O₂Sat > 94 % หรือ PaO₂ 80-100 mmHg, pH 7.35-7.45, ไม่ได้รับยาขยายหลอดเลือดปอด, ต้องการการดูดเสมหะ 1 ครั้ง/8 ชั่วโมง

1 คะแนน หมายถึง/ประกอบด้วย หายใจปึกจมูกบานหรือมี retractions, O₂Sat 90-94 % หรือ PaO₂ 60-80 mmHg, pH < 7.35, ได้รับยา Sildenafil หรือ Bosentan, ต้องการการดูดเสมหะ 2 ครั้ง/8 ชั่วโมง

2 คะแนน หมายถึง/ประกอบด้วย หายใจตื้น, O₂Sat 75-90 % หรือ PaO₂ 40-60 mmHg, pH < 7.35, ได้รับก๊าซไนตริกออกไซด์, ต้องการการดูดเสมหะทุก 2 ชั่วโมง

3 คะแนน หมายถึง/ประกอบด้วย หายใจแบบ paradoxical breathing, O₂Sat < 75 % หรือ PaO₂ < 40 mmHg, pH < 7.35, ได้รับการใส่ EcMO, ต้องการการดูดเสมหะทุก 1 ชั่วโมง

สำหรับวิธีการประเมินและให้คะแนน ให้ใช้หัวข้อที่มีค่าคะแนนมากที่สุดในการให้คะแนนในระบบนั้น ๆ ช่วงค่าคะแนนรวมทั้งหมด 0-9 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีอาการแย่ลง

การแปลผลเครื่องมือ Modify C-CHEWS และการให้การพยาบาล มีดังนี้

คะแนนรวม 0-2 หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงในระดับต่ำ แทนด้วยสัญลักษณ์ สีเขียว ให้การพยาบาลโดย ติดตามสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว สีผิว ทุก 1 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดและยานอนหลับอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา ดูแลการได้รับยา Vasodilator, Inotropic, Vasopressor อย่างถูกต้อง ประเมินการหายใจและดูแลการได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา ดูดเสมหะตามความจำเป็นและเหมาะสมดูแลการได้รับยาขยายหลอดเลือดปอดตามแผนการรักษา ประเมินและติดตามผล arterial blood gas ทุก 8 ชั่วโมง หรือตามแผนการรักษาของแพทย์



Application of the Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score for Prevention of Pulmonary Hypertensive Crisis in Pediatric Patients with Congenital Heart Disease after Open-Heart Surgery

การประยุกต์ใช้เครื่องมือ Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด หลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

คะแนนรวม 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงในระดับปานกลาง แทนด้วยสัญลักษณ์ สีเหลือง ให้การพยาบาลโดย ติดตามสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว สีผิว ทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมงดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดและยานอนหลับอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา ดูแลการได้รับยา Vasodilator, Inotropic, Vasopressor อย่างถูกต้อง ประเมินการหายใจและดูแลการได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา ดูแลเสมหะตามความจำเป็นและเหมาะสม ดูแลการได้รับยาขยายหลอดเลือดปอดตามแผนการรักษา ประเมินและติดตามผล arterial blood gas ทุก 4 ชั่วโมงหรือตามแผนการรักษาของแพทย์ รายงานหัวหน้าทีมพยาบาลและแพทย์พร้อมทั้งวางแผนการรักษาร่วมกัน

คะแนนรวม ≥ 5 หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงในระดับสูง แทนด้วยสัญลักษณ์ สีแดง ให้การพยาบาลโดย ติดตามสัญญาณชีพ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระดับความรู้สึกตัว สีผิว ทุก 15-30 นาที ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดและยานอนหลับอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา ดูแลการได้รับยา Vasodilator, Inotropic, Vasopressor อย่างถูกต้อง ประเมินการหายใจและดูแลการได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา ดูแลเสมหะตามความจำเป็นและเหมาะสม ดูแลการได้รับยาขยายหลอดเลือดปอดตามแผนการรักษา ประเมินและติดตามผล arterial blood gas ทุก 2-4 ชั่วโมงหรือตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับแพทย์ประเมินอาการผู้ป่วยข้างเตียง ปฏิบัติตามสหสาขาวิชาชีพ และปฏิบัติตามแผนการรักษาร่วมกัน รายงานอาการผู้ป่วยแก่อาจารย์แพทย์ พร้อมทั้งเตรียมช่วยแพทย์ในการทำการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) หรือทำการเปิดหน้าอกฉุกเฉินในหอผู้ป่วย หรือการทำ advance procedure เช่น การใส่ Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) และดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่อง ECMO ตามแนวปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือ Modify C-CHEWS ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและภาษา ภายหลังปรับภาษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จึงทดลองนำมาใช้เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของการใช้เครื่องมือ จากนั้นผู้วิจัยได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้สังเกต (interrater reliability) เพื่อให้ได้ค่าเท่ากับ 1 โดยแบ่งพยาบาลออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 3-4 คน และให้พยาบาลแต่ละกลุ่มใช้เครื่องมือ Modify C-CHEWS ประเมินผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างร่วมกัน พบการให้คะแนนไม่ตรงกันในเรื่องการประเมินค่า CVP และค่า pH ผู้วิจัยมีการทำความเข้าใจและอธิบายย้อนกลับระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มพยาบาลผู้ประเมินทุกคน ในแต่ละกลุ่ม และให้ทดลองประเมินซ้ำจำนวน 5 ครั้ง จึงได้ค่าสังเกตตรงกัน ได้ค่าเท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Study Code: NUR-2563-07341 เอกสารรับรองเลขที่ 271/2563 ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้แทนโดยชอบธรรมทราบถึงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนของการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการทำวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบโดยละเอียดถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย การปฏิเสธไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม หากยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย สำหรับกลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เมื่อโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์จากคณบดีคณะแพทยศาสตร์ โดยได้แนบแบบโครงร่างวิจัยที่ผ่านการพิจารณา และระบุว่าข้อมูลที่เก็บใช้รหัสแทนตัวบุคคล และข้อมูลที่นำไปวิเคราะห์และเผยแพร่ในภาพรวม



Application of the Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score for Prevention of Pulmonary Hypertensive Crisis in Pediatric Patients with Congenital Heart Disease after Open-Heart Surgery

การประยุกต์ใช้เครื่องมือ Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด หลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม ก่อนเพื่อสะดวกแก่การจับคู่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองให้เหมือนหรือใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมมากที่สุด ซึ่งมีวิธีเก็บข้อมูลดังนี้

กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ไม่ได้ใช้เครื่องมือ Modify C-CHEWS หลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ จากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมาแล้ว ตามแบบเก็บข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ น้ำหนักตัว โรคร่วม ยาที่ได้รับก่อนผ่าตัด การใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนผ่าตัด การได้รับก๊าซไนตริกออกไซด์หลังผ่าตัด ยาที่ได้รับทางหลอดเลือดดำหลังผ่าตัด ยารับประทานที่ได้รับหลังผ่าตัด และค่า Pressure gradient across ventricular septal defect และเก็บข้อมูลการเกิดภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูง และการช่วยฟื้นคืนชีพ ของกลุ่มตัวอย่าง จนครบ 29 ราย

กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ใช้เครื่องมือ Modify C-CHEWS มีวิธีดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยเลือกจับคู่ (matching) กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองให้มีคุณลักษณะเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันกับกลุ่มควบคุมตามที่ระบุไว้ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป
2. ก่อนนำเครื่องมือมาใช้ ผู้วิจัยได้อบรมการใช้เครื่องมือและทดสอบการหาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้สังเกต (interrater reliability) กับพยาบาลที่ใช้เครื่องมือทุกคน
3. หลังจากการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กลุ่มทดลองได้รับการประเมินโดยใช้เครื่องมือ Modify C-CHEWS เป็นช่วงเวลา คือ ขณะแรกรับไว้ในหอผู้ป่วย และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงในแต่ละระบบ โดยให้การพยาบาลตามค่าคะแนน Modify C-CHEWS ที่ประเมินได้ในแต่ละครั้ง และประเมินซ้ำหลังจากให้การพยาบาล 1 ชั่วโมง จนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการคงที่จึงประเมินทุก 8 ชั่วโมง (อย่างน้อย 1 ครั้ง/เวร) และให้การพยาบาลตามค่าคะแนนที่ประเมินได้จนกว่าผู้ป่วยจะย้ายออกจากหอผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม
4. เก็บข้อมูลการเกิดภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูง และการช่วยฟื้นคืนชีพ หลังการผ่าตัดจนกระทั่งผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วย จนครบ 29 ราย จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มโดยใช้สถิติ chi-square test, Fisher's exact test และ Mann-Whitney U test
2. เปรียบเทียบข้อมูลการเกิดภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูง และข้อมูลการช่วยฟื้นคืนชีพ ระหว่าง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ chi-square test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม อายุอยู่ในช่วง 3 เดือน ถึง 4 ปี และมีน้ำหนักอยู่ในช่วง 3-12 กิโลกรัม โดยตัวแปร อายุ น้ำหนักตัว โรคร่วม ยาที่ได้รับก่อนผ่าตัด การใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนผ่าตัด การได้รับก๊าซ nitric oxide หลังผ่าตัด ยาที่ได้รับทางหลอดเลือดดำหลังผ่าตัด และ ค่า Pressure gradient across ventricular septal defect ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ยารับประทานที่ได้รับหลังผ่าตัดแตกต่างกัน (ตารางที่ 1)



Application of the Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score
for Prevention of Pulmonary Hypertensive Crisis in Pediatric Patients with
Congenital Heart Disease after Open-Heart Surgery

การประยุกต์ใช้เครื่องมือ Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score
เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด
หลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 29)	กลุ่มควบคุม (n = 29)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ (Min-Max = 3 เดือน- 4 ปี)			.40 ^a
< 1 ปี	18 (62.1)	21 (72.4)	
> 1 ปี	11 (37.1)	8 (27.6)	
น้ำหนักตัว (Min-Max = 3-12 กิโลกรัม)			.35 ^b
1-5 กิโลกรัม	6 (20.7)	6 (20.7)	
6-10 กิโลกรัม	21 (72.4)	23 (79.3)	
11-15 กิโลกรัม	2 (6.9)	-	
เป็นโรค Down's syndrome	5 (17.2)	4 (13.8)	.72 ^b
ยาที่ได้รับก่อนผ่าตัด			.18 ^b
ไม่ได้รับยา	17 (58.6)	10 (34.5)	
ยา Sildenafil	10 (34.5)	15 (51.2)	
ยา Sildenafil และ Bosentan	2 (6.9)	4 (13.8)	
มีการใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนผ่าตัด	1 (3.4)	-	.31 ^b
ได้รับก๊าซ nitric oxide หลังผ่าตัด	1 (3.4)	2 (1.9)	.55 ^b
ยาที่ได้รับทางหลอดเลือดดำหลังผ่าตัด			.35 ^b
ไม่ได้รับยา	3 (10.3)	1 (3.4)	
ยา Vasodilator/ Milrinone	20 (69.0)	18 (62.1)	
ยา Vasodilator/ Milrinone และ Inotropic	6 (20.7)	10 (34.5)	
ยาปรับประทานที่ได้รับหลังผ่าตัด			.01 ^{a*}
ไม่ได้รับยา	17 (58.6)	7 (24.1)	
ยา Sildenafil	11 (37.9)	16 (55.2)	
ยา Sildenafil และ Bosentan	1 (3.4)	6 (20.7)	
ค่า Pressure gradient across ventricular septal defect	M(SD) = 28.38(17.41)	M(SD) = 22.79(11.55)	.30 ^d

a = chi square test, b = Fisher exact test, d = Mann-Whitney U test; * p < .05

เมื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าในกลุ่มทดลองไม่เกิดภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูง และไม่เกิดอุบัติการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพ ส่วนกลุ่มควบคุมเกิดภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูง 24 ราย (ร้อยละ 82.8) และเกิดอุบัติการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพ 1 ราย (ร้อยละ 3.40) โดยพบว่าอัตราการเกิดภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงระหว่างทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ส่วนอัตราการเกิดอุบัติการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพไม่แตกต่างกัน (p = .31) ดังตารางที่ 2



Application of the Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score for Prevention of Pulmonary Hypertensive Crisis in Pediatric Patients with Congenital Heart Disease after Open-Heart Surgery

การประยุกต์ใช้เครื่องมือ Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด หลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด	กลุ่มทดลอง (n = 29)	กลุ่มควบคุม (n = 29)	chi -square	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูง	0 (0.0)	24 (82.8)	40.94	<.001
การช่วยฟื้นคืนชีพ	0 (0.0)	1 (3.40)	1.02	.31

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. อัตราการเกิดภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยในกลุ่มทดลองที่ใช้เครื่องมือ Modify C-CHEWS ไม่พบการเกิดภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูง ส่วนกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้เครื่องมือ Modify C-CHEWS พบว่าการเกิดภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูง ร้อยละ 82.8

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า เครื่องมือ Modify C-CHEWS ซึ่งผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ C-CHEWS มาปรับเพื่อให้เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยเด็กหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เพื่อให้ใช้งานง่าย ประเมินได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ประกอบด้วยการประเมินด้านต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ ทำให้สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยแม้เพียงเล็กน้อยตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม มีประโยชน์มากในการสื่อสารระหว่างพยาบาลและแพทย์ผู้ให้การรักษา เนื่องจากคะแนนเหล่านี้จะแจ้งเตือนผู้ดูแลแม้อาการของผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย (McLellan et al., 2017) และการจัดการดูแลอย่างมีเป้าหมายจากการประเมินสัญญาณเตือนล่วงหน้า จะช่วยให้พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย สามารถทราบความผิดปกติและแจ้งเตือนทีมรักษาพยาบาลเพื่อให้มีการตอบสนองอย่างรวดเร็ว (Khalil et al., 2023)

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า กลุ่มที่ใช้เครื่องมือ Modify C-CHEWS ได้รับยาทางหลอดเลือดดำและยารับประทานหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้เครื่องมือ Modify C-CHEWS ถึง 2 เท่า ทำให้เห็นว่าเครื่องมือ Modify C-CHEWS สามารถใช้ประเมินในการป้องกันการเกิดภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงอันเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้ ทั้งนี้ จากการใช้เครื่องมือที่ประเมินด้านพฤติกรรม/ระบบประสาท อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวายจากความปวด หรือจากการมีเสมหะในหลอดลม หรือความไม่สุขสบายจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ จะกระตุ้นให้เกิดเส้นเลือดปอดหดตัว ส่งผลให้แรงต้านภายในหลอดเลือดที่ไปปอดเพิ่มขึ้น และเกิดภาวะ PHC ตามมา

ในด้านระบบหัวใจ การแสดงของสัญญาณที่ผิดปกติ ค่า CVP ที่เพิ่มขึ้นจากค่าปกติ หรือค่าความดันซิสโตลิกที่ลดลงจากช่วงอายุ แสดงถึงการมีความผิดปกติของระบบหัวใจ ที่แสดงให้เห็นว่ามีการเกิดภาวะ PHC ส่วนในด้านระบบหายใจ การแสดงลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ ค่าออกซิเจนในเลือดที่ต่ำลง ค่า pH ที่สูงขึ้นรวมถึงการมีความต้องการในการดูดเสมหะที่บ่อยครั้งเหล่านี้ เป็นการแสดงปัจจัยที่ทำให้เส้นเลือดปอดหดตัวอันนำไปสู่ภาวะ PHC ได้ (Kaestner et al., 2016) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ซิเมโอเน่ และคณะ (Simeone et al., 2020) ที่ได้ทดสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือ C-CHEWS โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจในประเทศอิตาลี พบว่า C-CHEWS เป็นเครื่องมือที่ละเอียดอ่อน มีความเฉพาะ และน่าเชื่อถือในการใช้ประเมินอาการทางกายที่



Application of the Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score
for Prevention of Pulmonary Hypertensive Crisis in Pediatric Patients with
Congenital Heart Disease after Open-Heart Surgery
การประยุกต์ใช้เครื่องมือ Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score
เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด
หลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

แย่งของผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาล ซึ่งเครื่องมือมีประโยชน์สำหรับแพทย์และพยาบาลในการ
ประเมินอาการผู้ป่วยได้ดี

2. อัตราการช่วยฟื้นคืนชีพ ในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กลุ่มทดลอง
น้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .31$) เนื่องจากการเกิดภาวะ PHC
จะทำให้เกิดหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน และเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ ซึ่งการช่วยชีวิตจะเป็นเรื่องยากอย่างยิ่ง
โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มี PVR สูงรุนแรง (Kaestner et al., 2016) แต่ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทรวงอก หัวใจและ
หลอดเลือด มีแพทย์และพยาบาลดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เมื่อเกิดภาวะ PHC หลังผ่าตัด เป้าหมายของการ
รักษาของแพทย์คือ การลด PVR การส่งเสริมการทำงานของหัวใจห้องล่างขวา และการส่งเสริมให้มีปริมาณเลือดที่
ออกจากหัวใจใน 1 นาที ที่เพียงพอ (Jones et al., 2016)

การดำเนินการรักษาที่มีประสิทธิภาพอย่างทันท่วงที จะป้องกันการพัฒนาไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง
และการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นซึ่งนำไปสู่การช่วยฟื้นคืนชีพได้ ในการศึกษาในกลุ่มควบคุมมีการช่วยฟื้นคืนชีพ 1
ราย ส่วนในกลุ่มทดลองไม่พบการช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งอาจไม่เพียงพอที่จะระบุชัดเจนว่าการใช้เครื่องมือ Modify
C-CHEWS สามารถป้องกันการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้โดยตรง แต่อย่างไรก็ตามสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะ
PHC ล่วงหน้า อาจช่วยป้องกันการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นที่จะเกิดขึ้นตามมา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การ
ใช้เครื่องมือ C-CHEWS แสดงสัญญาณเตือนล่วงหน้า (Early detection of warning signs) ของภาวะหัวใจ
หยุดเต้นในผู้ป่วยเด็กที่มีความแม่นยำที่เหมาะสมที่สุด (Khalil et al., 2023)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำเครื่องมือ Modify C-CHEWS มาใช้เพื่อเป็นสัญญาณเตือนในการป้องกันภาวะฉุกเฉินจากความ
ดันหลอดเลือดปอดสูงหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม และ
หอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม
2. สามารถนำไปขยายผลในการดูแลเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดอื่น เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะวิกฤตที่เป็น
อันตรายถึงชีวิต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความไว และความจำเพาะของเครื่องมือ Modify C-CHEWS
2. ควรศึกษาประสิทธิผลของเครื่องมือ Modify C-CHEWS ในกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มมากขึ้น โดยเครื่องมือต้อง
ได้รับความเห็นชอบจากทีมสหสาขาที่ร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย และควบคุมตัวแปรที่อาจมีผลต่อการรักษา เช่น
การศึกษาเฉพาะเจาะจงในช่วงวัยของผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น

References

- Bangkok Hospital. (2019). *Heart surgery*. <https://www.bangkokhospital.com> (in Thai)
- Bannister, D., & Kendall, S. (n.d.). *Side-effects and complications of heart surgery*.
<https://www.ctsnet.org/sites/default/files/images/Side-effects.pdf>
- Brunner, N., de Jesus Perez, V. A., Richter, A., Haddad, F., Denault, A., Rojas, V., Yuan, K.,
Orcholski, M., & Liao, X. (2014). Perioperative pharmacological management of pulmonary
hypertensive crisis during congenital heart surgery. *Pulmonary Circulation*, 4(1), 10-24.



Application of the Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score
for Prevention of Pulmonary Hypertensive Crisis in Pediatric Patients with
Congenital Heart Disease after Open-Heart Surgery
การประยุกต์ใช้เครื่องมือ Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score
เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด
หลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

- Condon, D. F., Nickel, N. P., Anderson, R., & Mirza, S. (2019). The 6th world symposium on pulmonary hypertension: What's old is new. *F1000Research*, 8, F1000 Faculty Rev-888. <https://doi.org/10.12688/f1000research.18811.1>
- Hansmann, G., Koestenberger, M., Alastalo, T. P., Apitz, C., Austin, E. D., Bonnet, D., Budts, W., D'Alto, M., Gatzoulis, M. A., Hasan, B. S., Kozlik-Feldmann, R., Kumar, R. K., Lammers, A. E., Latus, H., Michel-Behnke, I., Miera, O., Morrell, N. W., Pieles, G., Quandt, D., ... Zartner, P. (2019). 2019 Updated consensus statement on the diagnosis and treatment of pediatric pulmonary hypertension: The European pediatric pulmonary vascular disease network (EPPVDN), endorsed by AEPC, ESPR and ISHLT. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 38(9), 879–901.
- Hengrasamee, K. (2013). *Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension in Thailand, 2013*. www.thaiheart.org (in Thai)
- Jones, M. B., Naughton, C., Corcoran, J., Rummell, M., Blankenship, A., & Nieves, J. A. (2016). *Pulmonary hypertension in congenital heart disease neonate and pediatric patients*. <https://pcics.org/wp-content/uploads/Pediatric-Neonatal-Pulmonary-Hypertension.pdf>
- Kaestner, M., Schranz, D., Warnecke, G., Apitz, C., Hansmann, G., & Miera, O. (2016). Pulmonary hypertension in the intensive care unit: Expert consensus statement on the diagnosis and treatment of pediatric pulmonary hypertension. The European paediatric pulmonary vascular disease network, endorsed by ISHLT and DGPK. *Heart*, 102(Suppl. 2), ii57-ii66. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-307774>
- Khalil, M., Abbas, Q., Azhar, M. K., Aamir, F. B., Hashmi, S., Ali, S., & Malik, M. (2023). 1073: C-CHEWS versus IDO2 index for detection of early warning signs of deterioration after CHD surgery. *Critical Care Medicine*, 51(1), 531. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000910020.81369.91>
- Kirawithaya, T. (2019). *Non-cyanotic congenital heart disease*. The Royal College of Pediatricians of Thailand & Pediatric Society of Thailand.
- Lertsapcharoen, P., & Benchacholamas, W. (2013). *Congenital heart disease* (2nd ed.). Sukhumvit Printing. (in Thai)
- Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (2018). *Statistics of patients with congenital heart disease undergoing surgery in 2018*. Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (in Thai)
- McLellan, M. C., & Connor, J. A. (2013). The cardiac children's hospital early warning score (C-CHEWS). *Journal of Pediatric Nursing*, 28(2), 171-178. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2012.07.009>
- McLellan, M. C., Gauvreau, K., & Connor, J. A. (2017). Validation of the children's hospital early warning system for critical deterioration recognition. *Journal of Pediatric Nursing*, 32, 52-58. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.10.005>



Application of the Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score
for Prevention of Pulmonary Hypertensive Crisis in Pediatric Patients with
Congenital Heart Disease after Open-Heart Surgery
การประยุกต์ใช้เครื่องมือ Modify Cardiac-Children's Hospital Early Warning Score
เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินจากความดันหลอดเลือดปอดสูงในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด
หลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

- Mestrom, E., Bie, A. D., van de Steeg, M., Driessen, M., Atallah, L., Bexemer, R., Bouwman, R. A., & Korsten, E. (2019). Implementation of an automated early warning scoring system in a surgical ward: Practical use and effects on patient outcomes. *PLOS ONE*, 14(5), e0213402. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213402>
- Queen Sirikit Heart Center of the Northeast. (n.d.). *A guide to the care of patients with pulmonary arterial hypertension (PAH) for personnel*. <https://heart.kku.ac.th/images/PDF/conference/M-PAH.pdf> (in Thai)
- Sangthaweessin, C. (2019). *Congenital heart disease*. Department of Medical services, Ministry of Public Health.
- Simeone, S., Platone, N., Serra, N., Assanta, N., Guillari, A., Rea, T., Pucciarelli, G., Valle, P. D., Gargiulo, G., Baratta, S., & McLellan, M. (2020). Cardiac children's hospital early warning score: Italian validation. *Journal of Pediatric Nursing*, 51, e21-e26. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.06.011>
- Simonneau, G., Montani, D., Celermajer, D. S., Denton, C. P., Gatzoulis, M. A., Krowka, M., Williams, P. G., & Souza, R. (2019). Haemodynamic definitions and updated clinical classification of pulmonary hypertension. *The European Respiratory Journal*, 53(1), 1801913. <https://doi.org/10.1183/13993003.01913-2018>
- Sornpirom, S. (2016). Nursing care for critically ill patients after cardiovascular surgery. *Srinakarin Medical Journal*, 31(Suppl.), 46-52. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/68187/55550> (in Thai)
- Srikaew, S. (2019). *Pain in critically ill patients after open heart surgery*. Srimahasarakham Nursing College.
- Story, C. M. (2017). *Congenital heart disease*. <https://www.healthline.com/health/congenital-heart-disease#prevention>



Factors Predicting Job Satisfaction Among Nurses
in General Hospitals, Health Region 11*
ปัจจัยทำนายความพึงพอใจในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 11*

จิราภรณ์	โสเมแก้ว**	Jiraporn	Somkaew**
กุลวดี	อภิชาติบุตร***	Kulwadee	Abhicharttibutra***
อรอนงค์	วิชัยคำ****	Orn-anong	Wichaikhum****

Abstract

Job satisfaction is important to the performance of nurses. This research aimed to study job satisfaction and the predicting factors of job satisfaction among nurses at general hospitals in health region 11. The participants included 176 nurses selected by using a multi-stage sampling method. Research instruments include the Index of Work Satisfaction, the Job Demand Scale, the Job Control Scale, and the Perceived Organizational Support Questionnaire. The instruments' reliabilities, calculated by Cronbach's alpha coefficients, were .92, .91, .80, and .92 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

Results revealed that nurses' job satisfaction was at a high level ($M = 184.55$, $SD = 21.24$). Job demand ($\beta = -.255$, $p = 0.01$) and perceived organizational support ($\beta = .574$, $p = 0.0$) could predict job satisfaction at 57.90%.

Therefore, nursing administrators should enhance nurses' job satisfaction by providing organizational support and reducing demands on nurses' jobs.

Keywords: Job demand; Job control; Perceived organizational support; Job satisfaction; General hospitals

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate student of Nursing Science Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: kulwadee.a@cmu.ac.th

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**บทคัดย่อ**

ความพึงพอใจในงานมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจในงาน และปัจจัยทำนายความพึงพอใจในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 11 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลจำนวน 176 คน ที่คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยดัชนีความพึงพอใจในงาน แบบวัดการเรียกร้องจากงาน แบบวัดการควบคุมงาน และแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร เครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณค่า Cronbach's alpha coefficients ได้เท่ากับ .92, .91, .80, และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ multiple regression analysis

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในงานอยู่ในระดับมาก ($M = 184.55$, $SD = 21.24$) การเรียกร้องจากงาน ($\beta = -.255$, $p = 0.000$) และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ($\beta = .574$, $p = 0.000$) สามารถร่วมทำนายความพึงพอใจในงานได้ร้อยละ 57.90

ดังนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาลควรเสริมสร้างความพึงพอใจในงานของพยาบาล โดยให้การสนับสนุน และลดการเรียกร้องจากงานของพยาบาล

คำสำคัญ: การเรียกร้องจากงาน การควบคุมงาน การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ความพึงพอใจในงาน
โรงพยาบาลทั่วไป

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: kulwadee.a@cmu.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พยาบาล เป็นบุคลากรที่มีความสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพ การขาดแคลนพยาบาลพบในหลายประเทศ และเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืน (World Health Organization [WHO], 2016) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2559 พบการขาดแคลนกำลังคนด้านการพยาบาลจำนวน 24,100 คน โดยในโรงพยาบาลทั่วไปพบการขาดแคลนพยาบาลจำนวน 3,814 คน และยังพบว่า มีอัตราการลาออกของพยาบาลถึงร้อยละ 40.84 โดยการลาออกของพยาบาลนั้นมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน (Phengpanich et al., 2019) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นที่พบว่า พยาบาลร้อยละ 59.00 ไม่มีความพึงพอใจในการทำงานเกี่ยวกับคุณภาพการดูแล เนื่องจากขาดแคลนบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้พยาบาลมีภาระงานเพิ่มมากขึ้น และส่งผลต่อความตึงเครียดและความพึงพอใจในงานของพยาบาล (Dall'Ora et al., 2020)

ความพึงพอใจในงาน (job satisfaction) เป็นลักษณะของความรู้สึกทางบวกในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการได้รับการสนับสนุน ความสัมพันธ์ทางสังคม ภาระงาน สถานะทางวิชาชีพ สิ่งจูงใจ สภาพแวดล้อมในการทำงาน การบริหารงาน และควมมีอิสระในการทำงาน (Herzberg et al., 1959 as cited in Alshmemri et al., 2017) โดยความพึงพอใจในงานช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุข มีความคิดสร้างสรรค์ใหม่ ๆ ส่งเสริมความรู้สึกอยากอยู่ในองค์กร ช่วยลดการลา การมาสาย การโยกย้าย สิ่งสำคัญคือสามารถช่วยลดกระบวนการ และลดงบประมาณในการสรรหาผู้ปฏิบัติงานใหม่มาทดแทนหากมีการลาออก (Jing & Photchanachan, 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรม ความพึงพอใจในงานที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล มีการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล (Rerkluenrit & Kodchakri, 2019) โดยอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อตำแหน่งหรือหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายและเงินเดือนที่ได้รับเพิ่มขึ้นจึงทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน และมีการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีสถานภาพคู่สมมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงานมากกว่าสถานภาพโสด เนื่องจากการที่บุคคลที่มีสถานภาพคู่สมมีภาระหน้าที่รับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น จึงเห็นคุณค่าของงาน สามารถปรับตัวได้ดี ส่งผลต่อความพึงพอใจในงาน (Singh et al., 2021) นอกจากนี้ ความพึงพอใจในงานยังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการอบรมเฉพาะทาง (Chen et al., 2007) โดยการอบรมเฉพาะทางมีผลต่อความรู้ความสามารถ และความรู้สึกมีคุณค่าเพิ่มมากขึ้นในการทำงาน (Chen et al., 2007) และตามแนวคิดของ เฮิร์ซเบิร์ก และคณะ (Herzberg et al., 1959 as cited in Alshmemri et al., 2017) ได้กล่าวถึงปัจจัยจูงใจซึ่งเกี่ยวข้องกับลักษณะงาน ความสำเร็จของงาน หรือการได้รับการยอมรับ ส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจ และปัจจัยอนามัยซึ่งเกี่ยวกับนโยบายองค์กรหรือการบริหารงาน ที่ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พึงพอใจได้

จากแนวคิดของ เฮิร์ซเบิร์ก และคณะ (Herzberg et al., 1959 as cited in Alshmemri et al., 2017) ที่กล่าวว่า การเรียกร้องจากงาน (job demand) และการควบคุมงาน (job control) ถือเป็นปัจจัยจูงใจที่จะส่งผลต่อความพึงพอใจในงานได้ โดยการเรียกร้องจากงาน เป็นลักษณะงานที่ต้องใช้ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน เช่น ภาระงานที่หนักจนเกินไป หรือที่มากจนเกินไปจะส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกที่กดดัน และก่อให้เกิดความตึงเครียดในงาน ส่วนการควบคุมงาน เป็นลักษณะของความสามารถในการควบคุมการทำการกิจกรรมในแต่ละวัน หรือในการตัดสินใจในงานของผู้ปฏิบัติงาน (Karasek & Theorell, 1990) หากเกิดความไม่สมดุลระหว่างการเรียกร้องจากงานกับการควบคุมงานจะทำให้เกิดความตึงเครียดจากงาน (job strain) (Bakker & Demerouti, 2007) ทำให้ส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดี และความพึงพอใจในงาน (Bakker & Demerouti, 2007; Bourbonnais & Mondar, 2001)



จากการศึกษาพบว่า การเรียกร้องจากงานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความพึงพอใจในงาน ($r = -.24, p < .01$) (Zhang et al., 2021) ส่วนการควบคุมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพึงพอใจในงาน ($r = .40, p \leq .001$) (Karanika-Murray et al., 2017) นอกจากนี้ การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร (perceived organization support) ซึ่งเป็นการให้คุณค่าและการเอาใจใส่ต่อผู้ปฏิบัติงาน ให้ความเป็นธรรมเกี่ยวกับสวัสดิการและการจ่ายค่าตอบแทน (Eisenberger et al., 1986) ถือเป็นปัจจัยอนามัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในงาน จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การสนับสนุนจากองค์กรของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความพึงพอใจในงาน ($r = .93, p < .05$) (Al-Hussami, 2008) การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรเชิงบวกจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร เกิดความมุ่งมั่นต่อองค์กร (Rhoades & Eisenberger, 2002) และการสนับสนุนจากองค์กรที่สร้างความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ปฏิบัติงานจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับการเติมเต็มความต้องการทางอารมณ์สังคมที่ดี ได้รับการตอบสนองทางด้านสังคม อารมณ์ และความรู้สึกจึงส่งผลต่อความรู้สึกพึงพอใจในงาน (Kurtessis et al., 2015)

โรงพยาบาลทั่วไป เป็นโรงพยาบาลที่ต้องการการรักษาโรคที่ซับซ้อนหลากหลายสาขา ทั้งยังเป็นโรงพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาต่อ (Makornsan et al., 2014) ตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 20 ปี พยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 11 ต้องรับนโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรังแบบบูรณาการ การดูแลสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มวัย การรับส่งต่ออย่างครบวงจร รวมทั้งร่วมขับเคลื่อนตามแผนปฏิบัติการหลักเกี่ยวกับการสร้างความเข้มแข็งทั้งเครือข่ายบริการ (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2020) ส่งผลต่อภาระงานหนักเพิ่มขึ้น

จากข้อมูลพบว่า มีการลาออกของพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปเขตสุขภาพที่ 11 เช่น โรงพยาบาลทุ่งสง ลาออกจำนวน 6 คน โรงพยาบาลพังงาลาออกจำนวน 5 คน และ โรงพยาบาลกระบี่ลาออกจำนวน 6 คน (Krabi Hospital, 2022; Phang Nga Hospital, 2022; Thung Song Hospital, 2022a) ภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้น ร่วมกับการขาดแคลนบุคลากร อาจส่งผลให้เกิดความตึงเครียดต่อพยาบาล และส่งผลต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลได้ และจากการศึกษาความพึงพอใจในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป ในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งรวมโรงพยาบาลในเขต 11 ด้วยนั้นพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Rerkluenrit & Kodchakri, 2019) ซึ่งแสดงให้เห็นปัญหาความพึงพอใจของพยาบาล และความจำเป็นต้องปรับปรุงให้ดีขึ้น

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดของ เฮอร์ซเบิร์ก และคณะ (Herzberg et al., 1959 as cited in Alshmemri et al., 2017) พบว่า มีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาล แต่ยังคงขาดองค์ความรู้การร่วมทำนายของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ การเรียกร้องจากงาน การควบคุมงาน การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส และการได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทาง การศึกษาปัจจัยทำนายความพึงพอใจในงานของพยาบาลครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลในการสนับสนุนเพื่อพัฒนาความพึงพอใจในงานของพยาบาล ทำให้พยาบาลเกิดความสุขในการปฏิบัติงาน ลดการโยกย้ายและการลาออก ทั้งยังเพิ่มการให้บริการที่มีประสิทธิภาพของพยาบาลได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความพึงพอใจในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 11
2. ศึกษาปัจจัยทำนายความพึงพอใจในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 11 ได้แก่ การเรียกร้องจากงาน การควบคุมงาน การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร อายุ สถานภาพสมรส และการได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทาง



กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ นำมาจากแนวคิดของ เฮิร์ชเบิร์ก และคณะ (Herzberg et al., 1959 as cited in Alshmemri et al., 2017) ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจในงาน เป็นลักษณะของความรู้สึกทางบวกในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการได้รับการสนับสนุน ความสัมพันธ์ทางสังคม ภาระงาน สถานะทางวิชาชีพ สิ่งจูงใจ สภาพแวดล้อมในการทำงาน การบริหารงาน และความมีอิสระในการทำงาน ความพึงพอใจในงานเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ การเรียกร้องจากงาน ซึ่งเป็นลักษณะงานที่ต้องใช้ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน และการควบคุมงาน ซึ่งเกี่ยวข้องความสามารถในการควบคุมการทากิจกรรมหรือในการตัดสินใจในงานของผู้ปฏิบัติงาน ที่จะส่งผลให้เกิดความความตึงเครียดในงาน และส่งผลต่อความพึงพอใจในงาน (Bakker & Demerouti, 2007) ส่วนการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร เป็นการให้คุณค่าและการเอาใจใส่ต่อผู้ปฏิบัติงาน ความเป็นอยู่ สวัสดิการและการจ่ายค่าตอบแทน รวมถึงการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติงาน (Eisenberger et al., 1986) สามารถช่วยส่งเสริมแรงจูงใจและส่งผลต่อความพึงพอใจในงาน นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อตำแหน่งหรือหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ส่วนสถานภาพสมรสส่งผลให้มีความสามารถในการปรับตัว และการฝึกอบรมเฉพาะทางทำให้พยาบาลมีความรู้ความสามารถ และความรู้สึกมีคุณค่าเพิ่มมากขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนาย (predictive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 1,635 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โรงพยาบาลพังงา โรงพยาบาลทุ่งสง และโรงพยาบาลระนอง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กฎแห่งความชัดเจน (Rule of Thumb) โดยการศึกษาเชิงทำนายที่มีปัจจัยทำนายตั้งแต่ 6 ตัวขึ้นไป จะต้องมียกตัวอย่าง 10-30 คนต่อ 1 ตัวแปรทำนาย (VanVoorhis & Morgan, 2007) การศึกษานี้ ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 162 คน (6 ตัวแปรทำนาย x 27) และได้ทำการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Srisatidnarakul, 2010) รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 194 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในระดับปฏิบัติการและระดับชำนาญการที่ให้บริการโดยตรงแก่ผู้ป่วย มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 1 ปี ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ เป็นผู้บริหารทางการแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในระหว่างการลาศึกษาต่อ ลาป่วย และลาคลอดเกินกว่า 2 สัปดาห์

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) ดังนี้

1. สุ่มอย่างง่าย โดยได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 11 โดยใช้อัตราส่วน 2: 1 (Srisatidnarakul, 2010) ได้จำนวน 3 โรงพยาบาลคือ โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลพังงา และโรงพยาบาลทุ่งสง

2. สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) ตามสัดส่วนให้ได้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาล และงานการพยาบาลตามลำดับ

3. สุ่มตัวอย่างพยาบาลแต่ละงานการพยาบาลโดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ให้ได้ตามจำนวนพยาบาลที่คำนวณได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงานที่ปฏิบัติ หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และการได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทาง โดยคำถามเป็นลักษณะปลายปิดและปลายเปิด

ส่วนที่ 2 ดัชนีประเมินความพึงพอใจในงาน (Index of Work Satisfaction: IWS) ของ แสตมป์ (Stamps, 2012) ที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีสองปัจจัยของ เฮิร์ซเบิร์ก และคณะ (Herzberg et al., 1959) มีข้อความจำนวน 44 ข้อ ประกอบไปด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) รายได้จากการทำงาน 2) ความมีอิสระในการปฏิบัติงาน 3) ข้อกำหนดของงาน 4) นโยบายขององค์กร 5) สถานะทางวิชาชีพ 6) การมีปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลที่ดีต่อกัน และ 7) การมีปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลและแพทย์ โดยข้อความเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ ระดับ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ หรือเห็นด้วยน้อยที่สุด) จนถึง ระดับ 7 (เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง/เห็นด้วยมากที่สุด) ทำการกลับคะแนนข้อที่เป็นข้อความด้านลบ รวมผลคะแนนรายข้อ และแปลผลความพึงพอใจในงาน 4 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (44-112 คะแนน) ปานกลาง (113-180 คะแนน) มาก (181-248 คะแนน) และระดับมากที่สุด (249-308 คะแนน) (Stamps, 2012)

เครื่องมือนี้ ได้ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยผู้พัฒนาเครื่องมือ โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ คำนวณน้ำหนักคะแนนแต่ละองค์ประกอบมีค่าระหว่าง 0.63-0.86 (Ahmad & Yekta, 2010) ผู้วิจัยได้ใช้การแปลย้อนกลับโดยใช้กระบวนการแปลย้อนกลับ (Chen & Boore, 2009) และวิเคราะห์หาค่า Cronbach's alpha coefficient ของดัชนีประเมินความพึงพอใจในงานทั้งฉบับ ได้เท่ากับ .92

ส่วนที่ 3 แบบวัดการควบคุมงาน และแบบวัดการเรียกร้องจากงาน นำมาจากแบบวัดความเครียดจากงาน ฉบับภาษาไทย (Thai Job Content Questionnaire: TJCQ) ของ พิษญา พรหมทองสุข (Phakthongsuk, 2009) ที่พัฒนามาจากแนวคิดความตึงเครียดในงานของ โรเบิร์ต และ คาราเซก (Robert & Karasek, 1979) แบบวัดการควบคุมงานมีจำนวน 9 ข้อ และแบบวัดการเรียกร้องจากงานด้านจิตใจมีจำนวน 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราวัดประมาณค่า 4 ระดับ จาก ระดับ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) จนถึงระดับ 4 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) แปลผลคะแนนโดยค่าคะแนนมากหมายถึงการเรียกร้องจากงาน และความสามารถในการควบคุมงานสูง

แบบวัดนี้ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยผู้พัฒนาเครื่องมือ โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (RMSEA = 0.054, NFI = 0.51, AGFI = 0.71, GFI = 0.79 และ CFI = 0.55) ผู้วิจัยนำทั้ง 2 แบบวัดมาใช้โดยไม่มีการดัดแปลง ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์หาค่า Cronbach's alpha coefficient แบบวัดการควบคุมงานได้เท่ากับ .80 และแบบวัดการเรียกร้องจากงานได้เท่ากับ .91

ส่วนที่ 4 คือ แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรตามการรับรู้ของพยาบาล ของ ไอเซนเบอร์เกอร์ (Eisenberger et al., 1986) มีจำนวน 17 ข้อ แปลเป็นไทยโดย กนกวรรณ สังห์ธรณ์ และคณะ (Sanghon et al., 2017) ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราวัดประมาณค่า จากระดับ 0 (ไม่เห็นด้วยมากที่สุด) จนถึง 6 (เห็นด้วยมากที่สุด) คำนวณผลคะแนนโดยกลับคะแนนข้อที่เป็นด้านลบ และหาค่าคะแนนเฉลี่ย ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 0.00-6.00

เครื่องมือนี้ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยผู้พัฒนาเครื่องมือ โดยการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักคะแนนในแต่ละข้อ ได้ค่าน้ำหนักคะแนน 0.50-0.83 และพบว่ามีเพียง 1 องค์ประกอบ (single factor) (Eisenberger et al., 1986) ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาใช้โดยไม่มีการดัดแปลง และได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการวิเคราะห์หาค่า Cronbach's alpha coefficient ทั้งฉบับได้เท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัย ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 095/2565 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลพังงา (REC No 16/2565) ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยทำหนังสือชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการปฏิบัติงาน และชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นแบบภาพรวมในเชิงวิชาการและนำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลเมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลพังงา และโรงพยาบาลทุ่งสง สำหรับโรงพยาบาลกระบี่ และโรงพยาบาลพังงา ผู้วิจัยขอแต่งตั้งผู้ประสานงานการวิจัย ชี้แจงรายละเอียดและแนวทางการรวบรวมข้อมูล การแจกแบบสอบถามและกำหนดขอรับแบบสอบถามคืนจากผู้เข้าร่วมวิจัยภายใน 2 สัปดาห์ จากนั้นผู้ประสานงานการวิจัยรวบรวมแบบสอบถามส่งให้ผู้วิจัยทางไปรษณีย์ ส่วนโรงพยาบาลทุ่งสง ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถาม และเก็บคืนด้วยตนเองโดยขอรับแบบสอบถามคืนจากผู้เข้าร่วมวิจัยภายใน 2 สัปดาห์ โดยแจกแบบสอบถามทั้งสิ้น 194 ฉบับ ได้รับคืน 190 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 97.93 เป็นแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 177 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 93.15

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลการเรียกร้องจากงาน การควบคุมงาน และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร วิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด
3. ข้อมูลความพึงพอใจในงาน วิเคราะห์คะแนนรวม วิเคราะห์การทำนายโดยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า การกระจายของข้อมูลมีการแจกแจงโค้งปกติ ($skewness = -.01-.37$, $kurtosis = -.10-.23$) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ($VIF=1.24-1.73$) มีความแปรปรวนคงที่และพบว่า ความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร การเรียกร้องจากงาน อายุ และสถานภาพสมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (ตารางที่ 2) โดยสถานภาพสมรสนำมาสร้างเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) และวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยทำนายความพึงพอใจในงานโดยใช้สถิติ enter multiple regression analysis กำหนดค่าระดับความมีนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.73 มีอายุเฉลี่ย 40.87 ปี มีอายุอยู่ระหว่าง 21-40 ปี ร้อยละ 44.37 และระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 55.63 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.09 เป็นข้าราชการ ร้อยละ 96.41 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลี่ย 16.90 ปี โดยมีระยะเวลาปฏิบัติงาน 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.33 รองลงมา คือ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.32 และเคยเข้ารับการอบรมเฉพาะทาง คิดเป็นร้อยละ 45.45

ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 184.55 ($SD = 21.24$) ส่วนการเรียกร้องจากงาน การควบคุมงาน และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 ($SD = 0.46$) 3.34 ($SD = 0.34$) และ 3.46 ($SD = 0.92$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1



ปัจจัยทำนายความพึงพอใจในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 11

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุดของความพึงพอใจในงาน การเรียกร้องจากงาน การควบคุมงาน และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 176)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ระดับ
ความพึงพอใจในงานโดยรวม	184.55	21.24	252	122	มาก
ความพึงพอใจในงานรายด้าน					
รายได้จากการทำงาน	20.81	4.47	36	6	
ความมีอิสระในการปฏิบัติงาน	31.84	5.95	49	18	
ข้อกำหนดของงาน	21.23	3.92	31	11	
นโยบายขององค์กร	26.34	6.81	46	9	
สถานะทางวิชาชีพ	37.14	5.46	48	24	
การมีปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลที่มี	24.17	4.25	34	10	
ต่อกัน					
การมีปฏิสัมพันธ์ของพยาบาล	23.07	3.24	30	14	
และแพทย์					
การเรียกร้องจากงาน	2.88	0.46	4.00	1.46	
การควบคุมงาน	3.34	0.34	4.00	2.44	
การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร	3.46	0.92	5.76	0.47	

ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์กับการเรียกร้องจากงาน การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร อายุ และสถานภาพสมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของความพึงพอใจในงาน การเรียกร้องจากงาน การควบคุมงาน การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร สถานภาพสมรส และการได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทาง

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. ความพึงพอใจในงาน	1						
2. การเรียกร้องจากงาน	.51**	1					
3. การควบคุมงาน	.14	.17*	1				
4. การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร	.72**	-.45**	.20**	1			
5. อายุ	.23**	-.13	.19**	-.25**	1		
6. สถานภาพสมรส	.25**	-.12	-.07	-.23**	-.54**	1	
7. การได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทาง	.14	-.13	.21**	.08	.39**	-.12	1

หมายเหตุ * $p < .05$. ** $p < .01$.

การวิเคราะห์ โดยนำตัวแปรต้นทุกตัวเข้าสู่สมการแสดงให้เห็นว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอำนาจทำนายความพึงพอใจในงานมากที่สุด ($\beta = .574$) รองลงมาคือ การเรียกร้องจากงานมีอำนาจทำนายในทิศทางลบต่อความพึงพอใจในงาน ($\beta = -.255$) โดยการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร และการเรียกร้องจากงานร่วมกันทำนายความพึงพอใจในงานของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 57.90 ดังตารางที่ 3



สมการพยากรณ์ความพึงพอใจในงานของพยาบาลในโรงพยาบาล เขต 11 ได้แก่ ความพึงพอใจในงาน = $3.605 + .299$ การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร $-.264$ การเรียกร้องจากงาน

ตารางที่ 3 ค่าสมการถดถอยเชิงพหุในรูปคะแนนดิบ (b) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) ค่าคงที่ และค่าความคาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายความพึงพอใจในงาน

ตัวแปร	b	Std. Error	Beta	t	p-value
การเรียกร้องจากงาน	-.264	.062	-.255	.4.248	.000
การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร	.299	.032	.574	9.453	.000
อายุ	-.024	.063	-.025	-.382	.703
สถานภาพสมรส*	-.092	.060	-.093	-1.529	.128
a (Constant)	3.605	.321			

R = .761

Adjusted R Square = .564

F = 38.737

R Square = .579

Std. Error Square = .318

หมายเหตุ * กลุ่มอ้างอิง คือ สถานภาพสมรสโสด

การอภิปรายผล

ความพึงพอใจในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป

ผลการศึกษา พบความพึงพอใจในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 11 อยู่ในระดับมาก อาจเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลทั่วไปโดยส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ (ร้อยละ 96.41) ซึ่งมีความมั่นคงในเรื่องค่าตอบแทนและสวัสดิการ ทั้งเงินเดือน ค่าล่วงเวลา เงินเพิ่มเติมพิเศษ ค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในระดับชำนาญการ ยังสามารถได้รับเงินประจำตำแหน่ง และยังมีนโยบายเพิ่มเงินพิเศษสำหรับผู้ปฏิบัติงานในวันหยุด (Krabi Hospital, 2022; Phang Nga Hospital, 2022; Thung Song Hospital, 2022b) จึงทำให้รับรู้ว่าตนเองมีความพึงพอใจในงาน ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่า นโยบายองค์กรในด้านของรายได้ที่ได้รับในการทำงานที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องรวมทั้งสวัสดิการต่าง ๆ ที่พยาบาลได้รับจะทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Kriwong & Leenum, 2020)

นอกจากนี้ อาจเนื่องจากการที่พยาบาลรับรู้วิชาชีพการพยาบาล เป็นวิชาชีพที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ที่มีคุณค่าได้รับการยอมรับของสังคม ดังการศึกษาที่พบว่า ความสุขที่เกิดจากการทำงานของพยาบาล คือ การทำงานที่มีคุณค่าทั้งต่อตนเอง และต่อชีวิตมนุษย์ทุกช่วงวัยที่ได้รับความทุกข์ การได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงานและผู้ป่วย ทำให้พยาบาลเกิดความสุขและความพึงพอใจในงานที่ทำได้ (Wannapin & Wiserith, 2012) อีกทั้งอาจเนื่องจากการการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างแพทย์และพยาบาล เช่น ทีมดูแลและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Patient Care Team) หรือทีมพยาบาลในหน่วยงานหรือต่างหน่วยงานที่มีความสัมพันธ์อันดีระหว่างกัน สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีความสุข (Service System Development Phang Nga Hospital, 2022) จนทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในงาน ดังการศึกษาของ สุภัทรา พิจิตรศิริ และ ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์ (Phichitsiri & Pongrangsarn, 2020) ที่พบว่า ความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่นเป็นปัจจัยที่ทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ปัจจัยทำนายความพึงพอใจในงานของพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 11

ผลการศึกษาที่พบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรและการเรียกร้องจากงาน ร่วมกันทำนายความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 57.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อภิปรายได้ดังนี้

การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีอิทธิพลทางบวกต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาล อาจเนื่องจาก โรงพยาบาลทั่วไป ในเขตสุขภาพที่ 11 มีการดำเนินการเกี่ยวกับความเป็นธรรมด้านการเลื่อนขั้นเลื่อนเงินเดือน โดยมีการกำหนดนโยบายและชี้แจงการประเมินผลงานผ่านหัวหน้าหน่วยงาน และชี้แจงเกี่ยวกับการประเมินผลงานอย่างชัดเจน มีคณะกรรมการเป็นผู้พิจารณาความดีความชอบ หรือรางวัลต่าง ๆ มีการประกาศเพื่อให้ทุกฝ่ายรับทราบอย่างเป็นทางการผ่านหนังสือเวียนในแต่ละหน่วยงาน ทั้งนี้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถอุทธรณ์หรือโต้แย้งคัดค้านได้ ทำให้การประเมินผลงานมีความโปร่งใส (Krabi Hospital, 2022; Thung Song Hospital, 2022b; Phang Nga Hospital, 2022) และยังมีการสนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยงานได้รับการฝึกอบรมต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับเส้นทางอาชีพ โดยกำหนดให้บุคลากรสามารถเข้ารับการฝึกอบรมอย่างน้อย 10 วัน/คน/ปี และสามารถฝึกอบรมเฉพาะทางในสาขาที่สนใจ รวมทั้งมีการมอบหมายให้บุคลากรปฏิบัติงานตามความสามารถ (Thung Song Hospital, 2021)

นอกจากนี้ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 มีการจัดอัตรากำลังเสริมหมุนเวียนจากหน่วยงานต่าง ๆ จัดให้มีการพร้อมของอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ การจัดทีมในการสอนการใส่ชุด-ถอดชุดป้องกัน ให้การสนับสนุนด้านที่พักและอาหาร ชุดปฏิบัติงานเฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยโควิด เป็นต้น (Krabi Hospital, 2021; Thung Song Hospital, 2021) รวมถึงสนับสนุนเงินสวัสดิการและการประเมินเลื่อนขั้น แก่ผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 (Krabi Hospital, 2021; Thung Song Hospital, 2021) การได้รับการสนับสนุนดังกล่าวส่งผลให้พยาบาลสามารถทำงานอย่างมีความสุขเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ออล-ฮัสสะมิ (Al-Hussami, 2008) ที่พบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน ($r = .93, p < .05$)

การเรียกร้องจากงาน ผลการศึกษาพบว่า การเรียกร้องจากงานมีอิทธิพลทางลบต่อความพึงพอใจในงาน อาจเนื่องจากปัญหาการขาดแคลนพยาบาล เช่นโรงพยาบาลทุ่งสงขาดแคลนพยาบาลจำนวน 95 คน (Thung Song Hospital, 2022a) หรือการมีพยาบาล 15-20 ตำแหน่งที่ไปปฏิบัติหน้าที่อื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลโดยตรง (Krabi Hospital, 2022) แม้จะมีการบริหารอัตรากำลังให้เหมาะสมให้ได้มากที่สุด (Krabi Hospital, 2021; Thung Song Hospital, 2021) แต่พยาบาลจำเป็นต้องมีวันลาต่าง ๆ เช่น ลาพักร้อน ลาป่วย หรือบางครั้งลากิจ หรือแม้กระทั่งต้องไปอบรมทั้งระยะสั้น หรืออบรมเฉพาะทาง ส่งผลต่ออัตรากำลังที่เหลือ ทำให้ต้องมีภาระงานหนัก หรือจำนวนชั่วโมงต่อการสัปดาห์ที่สูง (Krabi Hospital, 2021; Phang Nga Hospital, 2021; Thung Song Hospital, 2021) ในขณะที่ผู้ป่วยหรือญาติต้องการการเอาใจใส่จากพยาบาล เช่น การให้ข้อมูล การเสริมพลังต่าง ๆ ซึ่งอาจกระตุ้นให้เกิดความตึงเครียดในการปฏิบัติงาน และทำให้ความพึงพอใจลดลง ดังการศึกษาของ จอง และคณะ (de Jonge et al., 2000) ที่พบว่า ลักษณะงานที่มีการเรียกร้องจากงานสูงและอำนาจในการควบคุมงานต่ำ จะทำให้ความพึงพอใจในงานลดลง และความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเรียกร้องจากงาน ($r = -.19, p \leq .001$)

การศึกษานี้พบว่า อายุ การควบคุมงาน และสถานภาพสมรส ไม่สามารถทำนายความพึงพอใจในงาน ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 มีการมอบหมายงานตามระดับของประสบการณ์ โดยผู้ที่มีประสบการณ์น้อยหรืออายุน้อยกว่า จะได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานตามความสามารถโดยมีพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่าคอยให้คำปรึกษาหรือชี้แนะจนทำงานสำเร็จ มีการจัดให้มีระบบที่เลี้ยงปฏิบัติงานเพื่อสอนงานให้พยาบาลใหม่ใน 2 เดือนแรก (Krabi Hospital, 2021; Phang Nga Hospital, 2021; Thung Song Hospital, 2021)

ส่วนการจัดเวรปฏิบัติงานทั่วไปในแต่ละเวร ต้องมีพยาบาลอาวุโสหรือที่มีประสบการณ์ที่สามารถปฏิบัติงานและบริหารจัดการในหน่วยงานได้ดี ให้ปฏิบัติงานควบคู่กับพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า ทั้งนี้การจัดพยาบาล

ทุกเวอร์ตต้องเป็นไปตามคู่มือการจัดตารางการปฏิบัติงานของพยาบาล (Krabi Hospital, 2021; Phang Nga Hospital, 2021; Thung Song Hospital, 2021) ดังนั้นพยาบาลที่อายุน้อยจึงได้รับการช่วยเหลือให้ปฏิบัติงานจนสำเร็จและจัดการงานได้เหมือนผู้ที่มีประสบการณ์สูงกว่า อายุ และการควบคุมงานจึงไม่มีผลต่อความพึงพอใจในงาน นอกจากนี้ แม้พยาบาลที่มีสถานภาพสมรสจะมีการกักตุนที่ต้องดูแลครอบครัว แต่สามารถวางแผน หรือบริหารจัดการได้โดยอาจได้รับความช่วยเหลือจากคู่สมรส หรือบุคคลในครอบครัวในการดูแลบุตร จึงทำให้ทั้งพยาบาลที่มีสถานภาพสมรสคู่และพยาบาลที่มีสถานภาพโสดไม่ส่งผลต่อความพึงพอใจในงาน เช่นเดียวกับการศึกษาของ นิตยา ไกรวงศ์ และ รัตนา หลินุ่ม (Kriwong & Leenum, 2020) ที่ศึกษาความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสงขลานครินทร์พบว่า สถานภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในงานในระดับมากและพบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของความพึงพอใจในงานของพยาบาล ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรเสริมสร้างความพึงพอใจในงานของพยาบาลโดยให้การสนับสนุน เช่น จัดสวัสดิการที่จำเป็น สนับสนุนให้เกิดความก้าวหน้าในอาชีพ กำหนดแผนพัฒนารายบุคคล มอบหมายงานตามความรู้ความสามารถ รวมทั้งให้รางวัลหรือให้การชื่นชม ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา รวมทั้งลดการเรียกร้องจากงาน โดยเฉพาะภาระงาน โดยการลดจำนวนพยาบาลให้เพียงพอต่อการให้บริการ และลดการปฏิบัติงานที่ไม่ใช่การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

การศึกษานี้พบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรและการเรียกร้องจากงานสามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจในงานของพยาบาลได้ร้อยละ 57.90 จึงควรศึกษาปัจจัยอื่นที่มีผลต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาล รวมทั้งศึกษาการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความพึงพอใจในงานของพยาบาลที่เป็นการสนับสนุนจากองค์กร และลดการเรียกร้องจากงาน

References

- Ahmad, Z. A., & Yekta, Z. A. (2010). Relationship between perceived organizational support, leadership behavior, and job satisfaction: An empirical study in Iran. *Intangible Capital*, 6(2). <https://doi.org/10.3926/ic.2010.v6n2.p162-184>
- Al-Hussami, M. (2008). Study of nurses' job satisfaction: The relationship to organizational commitment, perceived organizational support, transactional leadership, transformational leadership, and level of education. *European Journal of Scientific Research*, 22(2), 285-295.
- Alshmemri, S., Shahwan-Akl, L., & Maude, P. (2017). Herzberg's two - factor theory. *Life Science Journal*, 14(5), 12-16. <https://doi.org/10.7537/marslsj140517.03>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Bourbonnais, R., & Mondor, M. (2001). Job strain and sickness absence among nurses in the Province of Quebec. *American Journal of Industrial Medicine*, 39(2), 194-202. [https://doi.org/10.1002/1097-0274\(200102\)39:2%3C194::AID-AJIM1006%3E3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/1097-0274(200102)39:2%3C194::AID-AJIM1006%3E3.0.CO;2-K)



- Chen, H. Y., & Boore, J. R. (2009). Using a synthesised technique for grounded theory in nursing research. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16), 2251-2260.
- Chen, Y. M., Chen, S. H., Tsai, C. Y., & Lo, L. Y. (2007). Role stress and job satisfaction for nurse specialists. *Journal of Advanced Nursing*, 59(5), 497-509. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04339.x>
- Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: A theoretical review. *Human Resources for Health*, 18(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
- de Jonge, J., Bosma, H., Peter, R., & Siegrist, J. (2000). Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: A large-scale cross-sectional study. *Social Science & Medicine*, 50, 1317-1327.
- Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2020). *3-year government action plan (2020-2022)*. <https://shorturl.asia/fgYmR> (in Thai)
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500-507. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.71.3.500>
- Herzberg, F., Mausner, B., & Synderman, B. (1959). *The Motivation to Work* (2nd ed.). John Wiley & Sons.
- Jing, Z., & Photchanachan, S. (2021). The relationship between job satisfaction, organizational commitment, and turnover intention of doctoral lecturers: A case study of Universities in Mianyang, China. *Nimitmai Review Journal*, 4(1), 52-60.
- Karanika-Murray, M., Michaelides, G., & Wood, S. J. (2017). Job demands, job control, psychological climate, and job satisfaction: A cognitive dissonance perspective. *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance*, 4(3), 238-255.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work stress, productivity, and the reconstruction of working life*. DigitalPrint S.r.l.
- Krabi Hospital. (2021). *Regulations and procedures for personnel caring for patients with coronavirus disease 2019*. [Unpublished manuscript]. Krabi Hospital.
- Krabi Hospital. (2022). *Policy for the extra pay*. [Unpublished manuscript]. Krabi Hospital.
- Kriwong, N., & Leenum, R. (2020). Job satisfaction of nurses in Songklanagarind Hospital. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 12(2), 51-66.
- Kurtessis, J. N., Eisenberger, R., Ford, M. T., Buffardi, L. C., Stewart, K. A., & Adis, C. S. (2015). Perceived organizational support: A meta-analytic evaluation of organizational support theory. *Journal of Management*, 43(6), 1854-1884. <https://doi.org/10.1177/0149206315575554>
- Makornsan, C., Sangruam, S., & Anburi, S. (2014). Medical service system. In C. Makornsan (Ed.), *Thailand medical services profile 2011-2014*, (pp.2-1-2-3). Department of Medical Services. <https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report8.pdf>



- Phakthongsuk, P. (2009). Construct validity of the Thai version of the job content questionnaire in a large population of heterogeneous occupations. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 92(4), 564-572.
- Phang Nga Hospital. (2021). *Registered nurses of Phang Nga Hospital for the year 2022*. [Unpublished manuscript]. Phang Nga Hospital.
- Phang Nga Hospital. (2022). *List of registered nurses who resigned, relocate, died, fiscal year 2022*. [Unpublished manuscript]. Phang Nga Hospital.
- Phengpanich, W., Lertsakornsiri, M., & Chinoros, S. (2019). Relationships between job satisfaction, organizational commitment, and retention in organization of new graduate registered nurses in non-profit private hospitals, Bangkok Metopolis. *Thai Journal of Nursing*, 68(3), 30-38.
- Pichitsiri, S., & Pongrangsarn, P. (2020). *The relationship between exemplary leadership of head nurse and nurse job-satisfaction in lower Northern Regional Hospital Under Ministry of Public Health*. [Master Thesis, Faculty of Nursing], Naresuan University.
<https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/1998>
- Rerkluenrit, J., & Kodchakri, R. (2019). A study of the relationship between selected personal factor, professional practice environment and job satisfaction of registered nurses in Thailand. *Srinagarind Medical Journal*, 34(3), 287-292. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/187792/131858>
- Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 698-714. <https://doi.org/10.1037//0021-9010.87.4.698>
- Robert, A., & Karasek, J. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.
- Sanghon, K., Thungjaroenkul, P., & Nantsuupawat, A. (2017). Perceived organizational support and proactive work behavior among registered nurses. *Nursing Journal*, 44(4), 134-144.
- Service System Development Phang Nga Hospital. (2022). *Review form of the committee to drive and develop the health service system (service plan), Phang Nga Hospital*. [Unpublished manuscript]. Phang Nga Province.
- Singh, A., Chakradhar, R., & Joshi, N. (2021). Job satisfaction among nurses working in a tertiary level government hospital. *Medical Journal of Shree Birendra Hospital*, 20(1), 30-35.
<https://doi.org/10.3126/mjsbh.v20i1.28777>
- Srisatidnarakul, B. (2010). *Research methods in nursing science*. Chulalongkorn University Press (CU Print).
- Stamps, P. L. (2012). *Scoring workbook for the index of work satisfaction*. Market Street Research, Inc.
- Thung Song Hospital. (2021). Regulations and procedures for personnel caring for patients with coronavirus disease 2019. [Unpublished manuscript]. Thung Song Hospital.



- Thung Song Hospital. (2022a). *Registered nurses of Thung Song Hospital for the year 2022*. [Unpublished manuscript]. Thung Song Hospital.
- Thung Song Hospital. (2022b). *List of registered nurses who resigned, relocate, died, fiscal year 2022*. [Unpublished manuscript]. Thung Song Hospital.
- VanVoorhis, C. R. W., & Morgan, B. L. (2007). Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 3(2), 43-50. <https://doi.org/10.20982/tqmp.03.2.p043>
- Wannapin, T., & Wiserith, W. (2012). Happiness at work of professional nursing staffs in an autonomous university hospital. *Ramathibodi Nursing Journal*, 18(1), 9-23.
- World Health Organization. (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. <https://iris.who.int/handle/10665/250368>
- Zhang, S., Shi, Y., Liu, B., Wang, H., Zhao, X., Wang, X., & Sun, T. (2021). Job demands and resources and their relationship with satisfaction and thriving at work in a sample of Chinese doctors: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 11(11), e045745. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045745>



Health Service Needs Among Teenage Mothers at a Secondary Hospital in Southern Thailand*

ความต้องการบริการสุขภาพของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้*

เบญจวรรณ	คกงมณี**	Benjawan	Kongmune**
ชุติวรรณ	ปฐินทรภิบาล***	Shutiwan	Purinthrapibal***
ศศิธร	ลายเมฆ****	Sasithorn	Laimek****

Abstract

Teenage mothers are a vulnerable group requiring specific health services appropriate to their age, health status, and psychosocial contexts. The quality of health services for these mothers should be professional and standardized, responding to the receiver's needs congruently and appropriately. This qualitative descriptive research aimed to understand the need for health services among teenage mothers at a secondary hospital in southern Thailand. Participants were teenage mothers who visited this hospital for antenatal care, labor, and postpartum services, including young mothers referred from community hospitals and private clinics. Twenty-three participants were selected through purposive sampling. Data were gathered through documentation and individual in-depth interviews, and content analysis was the analysis method.

The findings included four main issues with 13 sub-issues regarding the need of health services among teenage mothers at a secondary hospital in southern Thailand, as follows:

1. The need for physical and psychosocial care, with seven sub-issues: 1) pain relief and intimate care in the delivery room; 2) presenting of parents or relatives in the delivery room; 3) providing information on care, treatment, progress of birth, and related infant care; 4) fostering a successful parturition; 5) family planning counseling; 6) advising and supporting in solving complicated life problems; and 7) adequate caring by skillful personnel.

2. Service behavioral needs, with two sub-issues: 1) receiving respect and acceptance of self and 2) non-stigmatized behavior.

3. The need for a support system, with two sub-issues: 1) having adequate access to modern medical equipment and 2) having mobile phone availability in the delivery room.

4. Environmental requirements, with two sub-issues: 1) proportional and uncrowded service areas and 2) a warm and relaxed environment in delivery room.

The study's findings can be basic information for administrators and healthcare providers to offer better services for teenage mothers in secondary hospital contexts and to develop specific competencies for caring for teenage mothers.

Keywords: Health service needs; Teenage mothers; Secondary hospital; Qualitative research

* Master's thesis, Master of Nursing Science in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

** Graduate student, Master of Nursing Science in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University; e-mail: shutiwan.p@psu.ac.th

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

Received 5 July 2024; Revised 10 August 2024; Accepted 13 August 2024



บทคัดย่อ

มารดาวัยรุ่น เป็นกลุ่มเปราะบางที่ต้องการบริการสุขภาพโดยเฉพาะ ที่สอดคล้องกับวัย ภาวะสุขภาพ และบริบทด้านจิตสังคม การจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพสำหรับมารดาวัยรุ่นนั้น ต้องเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างสอดคล้องและเหมาะสม งานวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจความต้องการบริการสุขภาพของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ผู้ให้ข้อมูลเป็นมารดาวัยรุ่นที่มารับบริการที่โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งนี้ ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ คลอด และหลังคลอด รวมถึงมารดาวัยรุ่นที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยบริการของเอกชน จำนวน 23 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง รวบรวมข้อมูลโดยการทบทวนเวชระเบียน และสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการบริการสุขภาพของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ มี 4 ประเด็นหลัก 13 ประเด็นย่อย คือ

1. ความต้องการการดูแลด้านร่างกายและจิตสังคม ประกอบด้วย 7 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) การบรรเทาปวดและดูแลใกล้ชิดในห้องคลอด 2) การมีพ่อแม่หรือญาติอยู่ด้วยขณะรอคลอด 3) การให้ข้อมูลการดูแล การรักษา ความก้าวหน้าของการคลอด และทารก 4) การประคับประคองให้คลอดสำเร็จ 5) การให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัว 6) การช่วยเหลือ แนะนำ ในการแก้ปัญหาชีวิตที่ซับซ้อน ยุ่งยาก และ 7) การดูแลโดยบุคลากรที่เชี่ยวชาญและมีจำนวนเพียงพอ

2. ความต้องการด้านพฤติกรรมบริการ ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) การให้เกียรติและยอมรับตัวตน และ 2) การไม่ตีตรา

3. ความต้องการระบบสนับสนุน ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) การมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและเพียงพอ และ 2) การมีโทรศัพท์มือถือใช้ในห้องพักคลอด

4. ความต้องการด้านสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) สถานที่เป็นส่วนและไม่แออัด และ 2) บรรยากาศในห้องคลอดอบอุ่น และผ่อนคลาย

ผลการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารและผู้ให้บริการ ใช้ในการพัฒนาบริการสำหรับมารดาวัยรุ่นที่มารับบริการในโรงพยาบาลทุติยภูมิที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน และเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะสำหรับพยาบาลที่ดูแลมารดาวัยรุ่น

คำสำคัญ: ความต้องการบริการสุขภาพ มารดาวัยรุ่น โรงพยาบาลทุติยภูมิ การวิจัยเชิงคุณภาพ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ email: shutiwan.p@psu.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มารดาวัยรุ่น เป็นกลุ่มเปราะบางที่ต้องการความจำเพาะในการบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับวัย ภาวะสุขภาพ และบริบทด้านจิตสังคม การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นปัญหาสำคัญทั้งทางสุขภาพและสังคมเนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่กำลังก้าวพ้นวัยเด็กและกำลังจะไปสู่กลุ่มวัยทำงาน (Department of Health, 2021) เป็นช่วงวัยที่ยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ ยังไม่มีวุฒิภาวะเพียงพอ เมื่อเผชิญกับบทบาทใหม่ที่กำลังจะเกิดขึ้น จึงไม่สามารถปรับตัวสู่บทบาทการเป็นแม่ได้อย่างเหมาะสม (Phoodaangau et al., 2013) นอกจากนี้การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ยังมีประเด็นเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำและโอกาสในการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน หลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์วัยรุ่นบางรายที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนวัยอันควรเป็นการถูกละเมิดสิทธิในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน (United Nations Population Fund, 2013) การไม่ยอมรับจากครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง และยังขาดความพร้อมทางเศรษฐกิจ เนื่องจากไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงมีผลในการดูแลบุตร ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมตามมา (Mekkamol & Wichienprapa, 2018)

ทั่วโลกเผชิญกับปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนารวมถึงประเทศไทย องค์การอนามัยโลกรายงานว่า วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี อย่างน้อย 10 ล้านคน มีการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ พบภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ และทำให้เกิดการเสียชีวิตของมารดาและทารกแรกเกิด อัตราการเกิดของมารดาวัยรุ่นทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 42.5 ต่อผู้หญิงวัยรุ่น 1,000 คน (World Health Organization [WHO], 2024) สำหรับประเทศไทย อัตราการคลอดมีชีพของมารดาวัยรุ่นต่อจำนวนประชากรหญิงในกลุ่มอายุเดียวกัน 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2562, 2563, 2564 และ 2565 มีจำนวน 32.4, 29.6, 25.3 และ 21.8 และในเขตสุขภาพที่ 12 มีอัตรา 27.2, 25.2, 21.9 และ 19.1 ตามลำดับ (Department of Health, 2021) ถึงแม้ในภาพรวมของประเทศและเขตสุขภาพที่ 12 จะพบสถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นมีแนวโน้มลดลง สำหรับงานสถิติกรรมของโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้พบว่า สถิติการคลอดของมารดาวัยรุ่น ปี พ.ศ. 2562, 2563, 2564 และ 2565 มีจำนวนและร้อยละการคลอดของมารดาวัยรุ่นต่อการคลอดทั้งหมด คือ 309 (9.88), 279 (8.91), 231 (7.97) และ 370 (10.78) รายตามลำดับ ปี พ.ศ. 2565 การคลอดในมารดาวัยรุ่นกลับเพิ่มขึ้นอีก (Medical Records Department, 2022)

การป้องกันตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการดูแลมารดาวัยรุ่นในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญมากขึ้นเป็นลำดับ โดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ได้ยกร่างพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 กรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน ที่เน้นการเตรียมพร้อมด้านกำลังคน และการสร้างศักยภาพของประชากรในทุกช่วงวัย โดยมีวิสัยทัศน์ของยุทธศาสตร์ คือ “วัยรุ่นมีความรู้ด้านเพศวิถีศึกษา มีทักษะชีวิตที่ดี สามารถเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรเป็นส่วนตัวรักษาความลับ และได้รับสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาค” มีพันธกิจ คือ ส่งเสริมสนับสนุนและประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ให้สามารถรองรับกับบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป (Office of Reproductive Health, 2017) มีการกำหนดแนวทางการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อคุณภาพบริการที่สอดคล้อง เฉพาะเจาะจง กับกลุ่มเป้าหมาย เช่น การเข้าถึงบริการได้ง่ายสะดวก สถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว ได้รับการปกปิดข้อมูลและการรักษาความลับ มีการประเมินปัญหาด้าน จิตใจ สังคม ให้การรักษาสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ให้คำปรึกษาด้านจิตใจ ส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมถึงการดูแลปัญหาทั้งด้านจิตใจและด้านสังคม (psychosocial service) ให้การดูแลที่ต่อเนื่อง เช่น การเยี่ยมบ้าน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคุมกำเนิด การประเมินพัฒนาการทารก และการดูแลให้ทารกได้รับวัคซีนตามวัยที่ครบถ้วน (Sriwongphanit, 2014)

โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านสูติกรรมทั้งกลุ่มมารดาทั่วไปและมารดาวัยรุ่น และเป็นแม่ข่ายของอีก 7 โรงพยาบาลในพื้นที่ ในกรณีมีโรงพยาบาลลูกข่ายพบปัญหาซับซ้อนและมี



ข้อจำกัดในการดูแลจะส่งต่อผู้ป่วยมาให้บริการ โรงพยาบาลนี้จัดบริการสูติศาสตร์โดยโดยสูติแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย และยังเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติของทั้งนักศึกษาแพทย์ และนักศึกษาพยาบาล การจัดพื้นที่บริการยังไม่มีแบ่งพื้นที่สำหรับมารดาวัยรุ่นโดยเฉพาะ โดยคลินิกฝากครรภ์ จัดบริการตรวจครรภ์และส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการในทุกวันทำการ ในวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 8.00-12.00 น. ผู้รับบริการเฉลี่ยต่อวัน 60 คน รวมกรณีส่งต่อมารดาในระยะตั้งครรภ์จากโรงพยาบาลลูกข่าย มีการจัดบริการโครงการโรงเรียนพ่อแม่ให้กับทั้งมารดาวัยรุ่นและมารดาทั่วไปร่วมกัน

ในส่วนห้องคลอด จัดบริการให้กับมารดาอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ เป็นต้นไป ที่ส่งต่อมาจากคลินิกฝากครรภ์ ทั้งของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย หรือจากคลินิกฝากครรภ์ของเอกชน ซึ่งมีอาการเจ็บครรภ์คลอดหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ ให้บริการมารดาตั้งแต่รับใหม่ จนถึงระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด โดยมีผู้รับบริการทั้งที่รับใหม่และส่งต่อมาจากโรงพยาบาลลูกข่าย สถิติการคลอดทั้งทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต่อวันประมาณ 7-8 ราย สำหรับผู้ป่วยหลังคลอดบริการดูแลในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม รับมารดาหลังคลอดมาจากห้องคลอดหรือส่งต่อมาจากโรงพยาบาลลูกข่าย ทั้ง 7 โรงพยาบาลในเครือข่าย รวมถึงผู้ป่วยนรีเวช จำนวนเตียงผู้ป่วยสามัญ 23 เตียง และพิเศษ 9 เตียง การให้บริการสำหรับมารดาวัยรุ่นในทุกขั้นตอนจะจัดร่วมกับกลุ่มมารดาทั่วไป

จะเห็นได้ว่า การจัดบริการสำหรับมารดาวัยรุ่นของโรงพยาบาลนี้ในเชิงโครงสร้างระบบบริการส่วนใหญ่มีการจัดบริการได้ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขให้แนวทางไว้ ยกเว้นการจัดพื้นที่บริการที่เป็นสัดส่วนเฉพาะมารดาวัยรุ่นที่คลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด และหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม ยังดูแลร่วมกับมารดาทั่วไป การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเหมือนกับกลุ่มมารดาทั่วไป รวมถึงยังไม่มีแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลทั้งในระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอดที่เฉพาะเจาะจงสำหรับมารดาวัยรุ่น ผู้ให้บริการรายหนึ่งระบุว่า ในการดูแลมารดาวัยรุ่นในห้องคลอด สังเกตพบว่าหลังจากให้คำแนะนำวิธีการคลอดในระยะก่อนคลอดด้วยตนเอง วิธีการแบ่งคลอด ยังมีมารดาวัยรุ่นหลายรายปฏิบัติไม่ได้ ปฏิบัติไม่ถูก มีผลให้มารดาวัยรุ่นบางรายร้องเรียกเจ้าหน้าที่บ่อยกว่าปกติ จนเกิดความขัดแย้งกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ และมารดาวัยรุ่นบางรายสุดท้ายมีความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้า กระบวนการคลอดไม่ราบรื่น มีผลทั้งมารดารู้สึกว้าวุ่นต้องเผชิญความปวดนานกว่าปกติ หรือบางรายคลอดด้วยตนเองไม่สำเร็จต้องผ่าตัดคลอด

จากการสนทนากลุ่มกับทีมผู้ให้บริการด้านสูติกรรมของโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งนี้ ถึงการจัดบริการสูติกรรมสำหรับมารดาวัยรุ่น บุคลากรที่เกี่ยวข้องระบุถึงความสำคัญของการค้นหาปัญหา และความต้องการบริการสุขภาพของมารดาวัยรุ่นโดยตรง เพื่อนำข้อมูลมาปรับใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ (best practices) เนื่องจากการมารดาวัยรุ่นเป็นกลุ่มผู้รับบริการที่มีความเฉพาะ เพราะบาง มีความซับซ้อนในการดูแล ต้องใช้ทั้งความละเอียด รอบคอบ และความละเอียดอ่อน

การให้บริการสุขภาพที่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการเป็นเรื่องสำคัญ เพราะคุณภาพการบริการส่วนหนึ่งจะถูกประเมินโดยผู้รับบริการตามการรับรู้ว่าการที่ได้รับความคาดหวังหรือความต้องการของแต่ละบุคคลมากน้อยเพียงใด หากได้รับการตอบสนองหรือได้รับการที่ตรงตามความต้องการแล้ว ย่อมสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการให้บริการ (Parasuraman et al., 1985) การจัดบริการสุขภาพที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ผู้รับบริการมีโอกาสเกิดช่องว่างขึ้นในกระบวนการต่าง ๆ (Parasuraman et al., 1985) การที่จะให้ผู้รับบริการรับรู้ได้ถึงคุณภาพของการบริการจึงจำเป็นต้องลดช่องว่างที่เกิดขึ้นระหว่างความต้องการและความคาดหวังของประชาชนผู้รับบริการที่ไม่สมดุล ลดการเกิดความขัดแย้งขึ้นระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ เป็นปัญหาการร้องเรียนหรือฟ้องร้องได้ (Tipswong, 2016) ความต้องการบริการของกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่ได้รับฟังเสียงจากมารดาวัยรุ่นโดยตรง จึงเป็นข้อมูลสำคัญต่อการจัดบริการสุขภาพให้มีคุณภาพเนื่องจากการมารดาวัยรุ่นเป็นกลุ่มเปราะบาง



มีทั้งความหลากหลายและซับซ้อนในปัจจุบันที่มีผลต่อความต้องการบริการสุขภาพทั้งในส่วนของตนเอง ครอบครัว โรงเรียน สังคม และปัจจัยในชีวิตอื่น ๆ

ผู้วิจัย สนใจศึกษาถึงความต้องการบริการสุขภาพจากมารดาวัยรุ่นที่มีประสบการณ์มารับบริการที่โรงพยาบาลทุติยภูมินี้ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย เพื่อทำความเข้าใจถึงความต้องการที่แท้จริงของมารดาวัยรุ่น องค์การและบุคคลากรที่เกี่ยวข้องจะได้นำข้อค้นพบจากการวิจัยนี้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพบริการที่ตอบสนองทั้งมาตรฐานวิชาชีพ และความต้องการของผู้รับบริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายความต้องการบริการสุขภาพของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (descriptive qualitative research) รายละเอียดดังนี้

พื้นที่วิจัย: งานสูติกรรมของโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 508 เตียง เปิดให้บริการทางสูติกรรม ได้แก่ คลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด และหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม รวมถึงเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายด้านสูติกรรมของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ 7 โรงพยาบาล และมีสถิติมารดาวัยรุ่นคลอดเพิ่มขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูล เป็นมารดาวัยรุ่น อายุระหว่าง 15-19 ปี จำนวน 23 คน คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ คลอด และดูแลหลังคลอด หรือที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานบริการของเอกชน เพื่อมาคลอดและดูแลหลังคลอดที่โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยมีสัญชาติไทย มีการรับรู้ปกติ สามารถสื่อสารและอ่านเขียนภาษาไทยได้ ผู้ให้ข้อมูลและผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คุณสมบัติคัดออก คือ กำลังอยู่ในภาวะที่มีความเสี่ยงทางร่างกายและจิตใจ หรือ มีภาวะวิกฤตทางสูติกรรม

การเข้าถึงมารดาวัยรุ่นที่มีโอกาสเป็นผู้ให้ข้อมูล ดำเนินการโดยผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลคลินิกฝากครรภ์ เพื่อขอข้อมูลมารดาวัยรุ่นที่มารับบริการเพื่อคัดเลือกมารดาวัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ และมารดาวัยรุ่นที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ตามคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล สิทธิของผู้ให้ข้อมูล และสอบถามความสมัครใจทั้งของมารดาวัยรุ่นและผู้ปกครองก่อนการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย แล้วนัดหมายการสัมภาษณ์ในช่วงหลังคลอด 1 วัน ที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปแบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคล 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ 11 ข้อ

2. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกปลายเปิด (open-ended question) และเป็นคำถามที่เตรียมไว้ล่วงหน้า (guided question) ในเรื่องความต้องการบริการสุขภาพของมารดาวัยรุ่น ผ่านการพิจารณาและให้ข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตัวอย่างคำถาม เช่น 1) ตั้งแต่มารับบริการที่นี่ จนถึงวันนี้คุณแม่ได้รับการที่จุดไหนอย่างไรบ้าง (ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด) 2) คุณแม่มีความคิดเห็นหรือมีความรู้สึกต่อแต่ละบริการที่ได้รับอย่างไร และเพราะอะไร 3) คุณแม่คิดว่ามีบริการหรือการดูแลอะไรที่ควรมี หรืออยากให้มีบ้างไหม เพราะอะไร

3. อุปกรณ์สำหรับบันทึกข้อมูล ได้แก่ สมุดบันทึกพร้อมปากกา และ อุปกรณ์บันทึกเสียง



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาล-ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หมายเลข PSU IRB 2023-St-Nur 003 (internal) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลที่ศึกษา รหัสหนังสือ IRB 2023-Nrt-13-1021 โดยผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลดังนี้ 1) การเข้าถึงกลุ่มผู้ที่มีโอกาสเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยยินยอมให้ข้อมูลและคุ้มครองอ่านที่ห้องคลอด เมื่อสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ความเสี่ยง และขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย และเมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยนัดหมายล่วงหน้าถึงวัน เวลา สถานที่สัมภาษณ์ และนัดหมายการติดต่อล่วงหน้าก่อนไปพบผู้ให้ข้อมูลเพื่อสัมภาษณ์ 2) ผู้วิจัยไปพบผู้ให้ข้อมูลตามที่นัดหมาย โดยประเมินความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลและให้ตัดสินใจอีกครั้งที่แผนกหลังคลอดก่อนลงนามยินยอมไว้เป็นหลักฐานก่อนจะเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ โดยสถานที่ในการดำเนินการสัมภาษณ์ จะเป็นสถานที่ที่เงียบ ไม่มีเสียงรบกวน เป็นสัดส่วน 3) ขณะเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลว่าต้องมีการจดบันทึกและบันทึกเสียง และชี้แจงอีกครั้ง ว่าหากผู้ให้ข้อมูลต้องการยุติการให้ข้อมูลสามารถแจ้งได้ทันทีโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อบริการที่ได้รับและข้อมูลที่ผ่านมาจะลบออกทันทีไม่นำไปใช้ในงานวิจัย ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจากการสัมภาษณ์เป็นความลับ จะนำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น การสัมภาษณ์ใช้เวลาครั้งละ 30-40 นาที 4) การวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัย โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมปกปิดชื่อสกุลของผู้ให้ข้อมูลและหน่วยงานที่ศึกษา ใช้รหัสเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายต่อผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลเพียงคนเดียว และข้อมูลจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว 5 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทบทวนเวชระเบียนผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด แล้วไปพบผู้ให้ข้อมูลหลังคลอดบุตร 1 วันที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม เริ่มจากสอบถามข้อมูลทั่วไป และสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล 1 ครั้ง/คน พร้อมบันทึกเสียง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ ประมาณ 45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ และนำเสนอข้อมูลทั่วไปและประวัติการตั้งครรภ์การคลอดของผู้ให้ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด-ต่ำสุด

2. วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยเน้น การหาความหมาย และทำความเข้าใจ ในความต้องการบริการสุขภาพของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกัน โดยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซ์ซี 7 ขั้นตอน (Aumtane, 2016) เมื่อสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 เสร็จ ผู้วิจัยได้นำบทสัมภาษณ์มาถอดเทปแบบคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค โดยอ่านบทสัมภาษณ์ทั้งหมดซ้ำหลายรอบ เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์การศึกษา ผู้วิจัยแยกแยะโดยการตั้งกลุ่มคำ ข้อความ หรือประโยคที่เป็นข้อมูลเดียวกัน ทำจนข้อมูลครบทั้ง 23 ราย

ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาแยกข้อความ หรือประโยคที่มีข้อความสำคัญที่เกี่ยวกับความต้องการบริการสุขภาพของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาล อ่านหลาย ๆ ครั้งแล้วนำมาจัดเป็นกลุ่มข้อมูลชุดเดียวกัน กำหนดคำอธิบายข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายกัน และบันทึกกลุ่มขึ้นที่แตกต่างไว้เป็นหมวดหมู่ สำหรับข้อมูลที่จะเกี่ยวข้องจัดไว้อีก 1 กลุ่ม แล้วสรุปประเด็นหลักและประเด็นย่อยภายใต้ประเด็นหลักนั้น ๆ

การยืนยันความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (research trustworthiness) ใช้ 4 วิธี ดังนี้ 1) ค้นข้อมูลและสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะ 2) การตรวจสอบสามเส้าจากวิธีการรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร การสังเกตขณะสัมภาษณ์ และการสัมภาษณ์ และจากการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างอิสระของทีมผู้วิจัย 3 คน แล้วนำมาตรวจสอบความสอดคล้องและสรุปร่วมกัน 3) จดบันทึกสะท้อนความรู้สึกและความคิด (reflexive journal) ของผู้วิจัยขณะสัมภาษณ์



(bracketing) เพื่อเฝ้าระวังไม่นำความรู้สึกของผู้วิจัยเองไปตีความประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล และ 4) การเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลอิ่มตัวตามความต้องการไม่มีประเด็นใหม่เพิ่มเติม โดยเมื่อสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่ 17 แล้วศึกษาที่วิจัยพบว่า ยังขาดประเด็นความต้องการการดูแลหลังคลอด จึงสัมภาษณ์ต่อจนถึงรายที่ 23 เมื่อแน่ใจว่าไม่มีประเด็นเพิ่มเติมจึงยุติการสัมภาษณ์

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 23 ราย เป็นมารดาวัยรุ่น อายุระหว่าง 15-19 ปี ส่วนมากนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 56.52 เกินกึ่งหนึ่งพักการศึกษาร้อยละ 56.52 ในจำนวนนี้มีอาชีพรับจ้าง ค้าขาย และแม่บ้าน ร้อยละ 26.09, 17.39 และ 13.04 ตามลำดับ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.96 ส่วนมากไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ไว้ล่วงหน้า ร้อยละ 78.27

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล เกือบทั้งหมดเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 ร้อยละ 91.30 ทั้งหมดไม่มีประวัติการแท้ง โดยเกินกึ่งหนึ่งมีประวัติการฝากครรภ์ครั้งแรกหลัง 12 สัปดาห์ ร้อยละ 52.17 และไม่ได้ฝากครรภ์ 1 ราย ร้อยละ 4.35 ทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัว และส่วนมากไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 73.91 ขณะคลอดและหลังคลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 78.26 และ 95.65 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ความต้องการบริการสุขภาพของมารดาวัยรุ่น ในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก 13 ประเด็นย่อยดังต่อไปนี้

1. ความต้องการการดูแลด้านร่างกายและจิตสังคม ประกอบด้วย 7 ประเด็นย่อยดังนี้

1.1 การบรรเทาปวดและดูแลใกล้ชิดในห้องคลอด

มารดาวัยรุ่นระยะคลอดได้รับการดูแลในห้องคลอดที่เน้นให้คลอดแบบธรรมชาติ ซึ่งระยะเวลาเผชิญกับความปวดในระยะก่อนคลอดของมารดาแต่ละคน ขึ้นกับความก้าวหน้าของการคลอด มารดาวัยรุ่นหลายคนรู้สึกทั้งกลัวความปวด กังวลว่าจะไม่สามารถคลอดเองได้ กังวลว่าคลอดไม่สำเร็จ กลัวการตกเลือดหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ หลังคลอด ผู้ให้ข้อมูลทุกคนสะท้อนว่าช่วงที่อยู่ในห้องคลอดมีความพึงพอใจและมีความต้องการการดูแลเพื่อลดปวดที่ดีช่วยบรรเทาอาการปวดด้วยวิธีการต่าง ๆ อยากให้พยาบาลมาดูแลอยู่ใกล้ ๆ บริการอย่างรวดเร็ว สม่ำเสมอ ทั้งในระยะก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด ดังคำกล่าวด้านล่าง

“ที่พยาบาลที่มานวดให้ ช่วยบรรเทาปวดได้ดีเลยคะ ...ตอนที่เจ็บเขาก็ช่วย หนูก็โอเคอยู่เพราะได้พี่เขามาช่วยแล้วรู้สึกดีขึ้นเลย ปวดลดลง เขาให้กำลังใจดีมากเลย บอกว่าหนูนั่นตัวสูงต้องเกิดได้” ผู้ให้ข้อมูลรหัส 02

“เขาก็บอกให้เรานอนดูอาการก่อน แล้วเขาก็เดินมาถามอยู่เรื่อย ๆ เขาบริการรวดเร็วนะคะ แล้วหนูก็เข้าใจด้วยว่าเขาเพิ่งตรวจไป ต้องเว้นระยะเพื่อมาตรวจซ้ำ ...เพราะร้องเรียกไม่หยุด ร้องด้วย เขาก็บริการดีแล้วก็มาตรวจให้เรื่อย ๆ” ผู้ให้ข้อมูลรหัส 15

1.2 การมีพ่อแม่หรือญาติอยู่ด้วยขณะรอคลอด

นโยบายโรงพยาบาลในปัจจุบัน ยังไม่อนุญาตให้ญาติเข้ามาร่วมดูแลในห้องคลอด มารดาวัยรุ่นที่มีความรู้สึกกลัวการคลอด กังวลว่าจะคลอดไม่ได้ กลัวตาย ในระยะก่อนคลอดที่มีความปวดมาก รู้สึกทุกข์ทรมานเผชิญกับความเจ็บปวดทางกายและความรู้สึกดังกล่าวดังตามคำพ้อง ต่างจากชีวิตปกติของที่จะมีแม่มาดูแลอยู่ใกล้ ๆ ในยามที่เจ็บป่วย ในช่วงรอคลอดมารดาวัยรุ่นสะท้อนว่าไม่อยากเผชิญกับความปวด กลัว กังวล ตามคำพ้อง เขาต้องการพ่อแม่ ต้องการกำลังใจจากคนใกล้ชิด ดังคำพูดต่อไปนี้



“ตอนเจ็บมาก ๆ หนูอยากให้แม่เข้าไปเฝ้า เพื่อเป็นกำลังใจ แต่หนูไม่บอกเขา เพราะรู้แล้วว่าไม่ให้ญาติเข้า หนูคิดว่าถ้าแม่เข้าไปเฝ้า จะช่วยให้ผ่านพ้นความเจ็บตรงนี้ได้ อย่างน้อยถ้าแม่มา แม่ก็ช่วยนวด ช่วยบอกว่า มันไม่เจ็บนะ ค่อย ๆ หายใจ แต่ถ้าพยาบาลช่วยทำหน้าที่แทนแม่ หนูก็ยังโอเคอยู่ ก็ไม่ติดอยู่แล้วกับการที่ไม่ให้ญาติเข้า แต่เขาต้องทำให้เราแทนแม่ คุณควรทำบทบาทแบบนี้แทนแม่ เพราะเราเป็นมารดาอายุน้อยเราต้องการแม่” ผู้ให้ข้อมูลรหัส 13

1.3 การให้ข้อมูลการดูแล การรักษา ความก้าวหน้าของการคลอด และทารก

การดูแลมารดาและทารกในครรภ์ในโรงพยาบาลมีกิจกรรม หัตถการ การตรวจรักษา เป็นระยะ ๆ เปลี่ยนแปลงไปตามระยะของการตั้งครรภ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมถึงการดำเนินการเกี่ยวกับการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อีกทั้งในระยะคลอดที่มีความเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องรวดเร็ว มารดาไม่สามารถทราบการเปลี่ยนแปลงเองได้ ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งจึงสะท้อนความรู้สึกพึงพอใจต่อการให้บริการที่มาพร้อมกับการให้ข้อมูลทั้งเกี่ยวกับการดูแล การรักษา และผลของการตรวจประเมินต่าง ๆ การแจ้งความก้าวหน้าของการคลอด รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับทารกในครรภ์และเมื่อคลอดแล้ว ในขณะที่ส่วนหนึ่งของผู้ให้ข้อมูลก็บอกถึงความต้องการที่จะได้รับข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่สามารถเข้าใจได้ และเหมาะสม ดังข้อความต่อไปนี้

“เขา(พยาบาล) มาตรวจปากมดลูก ให้ข้อมูลเราตลอด ...พูดคืออธิบายให้เราเข้าใจว่าปากมดลูกเปิดกี่เซนแล้ว บอกให้เรานอนดูอาการก่อน แล้วเขาก็เดินมาถามอยู่เรื่อย ๆ ...เขาเต็มใจที่จะดูแล เพราะพอคลอดเสร็จเขาก็ทำความสะอาด แผล พาไปนอนพัก 2 ชั่วโมงหลังคลอด เขาก็ดูเราตลอด” ผู้ให้ข้อมูลรหัส 15

“ตอนได้ยาแรงเขาไม่ได้บอก เขาทำได้มาตรฐานทุกอย่าง เขาดีใจเรื่องฟังหัวใจลูก แต่เขาไม่บอกเขาไม่พูด อยากให้เขาบอกสักหน่อยเพราะบางคนเขาไม่รู้หรอก กว่าพยาบาลทำอะไร...ควรจะบอกก่อนสักนิดก่อนที่จะทำ จะได้รู้บ้าง คิดเอาเองว่าเป็นการฟังเสียงหัวใจลูก ที่เอามาแปะหน้าท้อง” ผู้ให้ข้อมูลรหัส 04

1.4 การประคับประคองให้คลอดสำเร็จ

ในระยะคลอด การปฏิบัติตัวของมารดาเพื่อให้สามารถคลอดด้วยตนเองได้สำเร็จ มารดาต้องปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ถูกจังหวะ สัมพันธ์กับกลไกการคลอดตามธรรมชาติที่เกิดขึ้น ซึ่งไม่ใช่เรื่องง่ายสำหรับมารดาวัยรุ่น ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า การมีบุคลากรทางสุขภาพคอยช่วยแนะนำ ชี้แนะวิธีปฏิบัติตัวซ้ำ ๆ ให้จังหวะ พร้อมให้กำลังใจ และอยู่เคียงข้างในระยะคลอด ทำให้สามารถคลอดบุตรด้วยตนเองได้สำเร็จ สะท้อนว่าในระยะคลอด มารดาวัยรุ่นต้องการผู้ที่ช่วยเหลือ ประคับประคองให้คลอดได้สำเร็จ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ตอนเบ่งคลอด... เขาบอกว่าเราหายใจไม่เป็น หายใจสั้น เราก็เลยเบ่งนาน เขาเชียร์เบ่งเสียงดังเพื่อให้ทำตามเราก็อพยายามเต็มที่ หมอเป็นคนช่วยทำคลอดให้... เขาพูดดี คนที่เชียร์เบ่งก็พูดดีนะ เขาพูดว่า คุณแม่ช่วย ๆ กันนะคะ 1 2 3 ช่วยกันนะคะ คนนั้นแหละพูดดี” ผู้ให้ข้อมูลรหัส 07

1.5 การให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัว

การวางแผนครอบครัว เป็นเรื่องสำคัญสำหรับมารดาวัยรุ่น เพื่อลดโอกาสเกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และสามารถวางแผนครอบครัวที่เหมาะสมตามบริบทของตนเอง ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การตัดสินใจวางแผนครอบครัวนั้น สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการที่ดีที่สุดเมื่อมีที่ปรึกษาที่ดี เข้าใจทั้งเรื่องการวางแผนครอบครัว และเข้าใจบริบทของมารดาวัยรุ่นแต่ละคน สะท้อนว่ามารดาวัยรุ่นต้องการการให้คำปรึกษาเรื่องการวางแผนครอบครัว ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ไปเจอในคลินิกวัยรุ่นก่อน...เพื่อให้ข้อมูล ในการเลี้ยงดูบุตร... แล้วถามว่าหลังคลอดเราจะตัดสินใจคุมกำเนิดอย่างไร...เราพร้อมจะมีลูกมั๊ย เขาพร้อมจะตอบคำถามเราด้วย เช่น หนูถามว่า หนูควรใช้ยาคุมแบบไหน และพี่เขาก็แนะนำได้ดี เหมือนอายุหนูยังน้อยควรระวังและเตรียมตัวยังไง” ผู้ให้ข้อมูลรหัส 10



1.6 การช่วยเหลือ แนะนำ ในการแก้ปัญหาชีวิตที่ซับซ้อน ยุ่งยาก

การตั้งครรภ์ในวัยที่ยังไม่พร้อม มีโอกาสสูงที่จะเกิดปัญหาชีวิตที่เป็นผลกระทบมาจากการตั้งครรภ์นี้ เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาการเรียน ปัญหาทางสังคม เป็นต้น ในขณะที่ปัญหาที่เกิดขึ้น แก้ไขได้ไม่ง่าย ผู้ให้ข้อมูลบางรายที่พบผลกระทบในชีวิตที่มีความยุ่งยากมาก ๆ จากการตั้งครรภ์นี้ ทั้งมารดาวัยรุ่นเอง และบางครั้งครอบครัวไม่สามารถแก้ไขได้ตามลำพัง เมื่อมีบุคคลากรคอยช่วยเหลือ แนะนำ ในการแก้ไขปัญหา ทำให้เขาสามารถก้าวข้ามปัญหามาได้ สะท้อนถึงความต้องการการช่วยเหลือ แนะนำ ในกรณีที่พบปัญหาชีวิตที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“การที่มีนักสังคมสงเคราะห์เข้ามาดูแลคิดว่าดี เขาพูดให้หนูคิดได้เยอะเลยและช่วยพูดกับแม่ให้ด้วย เพราะพี่เขามองความขำนาญเขาเจอเหตุการณ์นี้ทุกวันมีประสบการณ์มากกว่า จึงรู้ว่าเราควรทำอย่างไรให้ดีที่สุด ... มั่นใจ (เป็นเรื่องที่ดี) เพราะหนูคิดว่าเป็นการบริการที่ใส่ใจ ทำให้เราเปลี่ยนมุมมองเมื่อมีอีกคนมาพูดทำให้เรารู้ว่าอีกคนก็คิดเหมือนกัน คิดว่าการทำงานตรงนี้โอเค” ผู้ให้ข้อมูลรหัส 12

1.7 การดูแลโดยบุคลากรที่เชี่ยวชาญและมีจำนวนเพียงพอ

การตั้งครรภ์และการคลอด เป็นภาวะสุขภาพที่ซับซ้อนและมีความจำเพาะในการดูแล หากไม่ถูกต้อง และไม่ทันเวลาอาจส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าทั้งประสบการณ์ตรงและประสบการณ์อ้อมถึงความเสี่ยง ไม่ปลอดภัย จนก่อความไม่มั่นใจในคุณภาพบริการ รวมถึงความไม่พึงพอใจ ต่อบริการ ทั้งจากบุคลากรที่มีจำนวนไม่เพียงพอทำให้เกิดความล่าช้า หรือ ไม่ตอบสนองความต้องการ การได้รับบริการทางสุขภาพจากบุคลากรที่รู้สึกละเลยไม่ขำนาญพอ ทำให้เกิดผลทางลบ สะท้อนว่ามารดาวัยรุ่นต้องการการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ และต้องการบริการที่มีจำนวนผู้ให้บริการที่เพียงพอ เหมาะสมกับภาระงาน ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“วันที่มาฝากครรภ์ ในเรื่องการจัดระบบคิว บางครั้งออกมาจากห้องตรวจต้องรอเรียกเพื่อนัดวัน เป็น 2 ชั่วโมง บางครั้งติดเตียงอีกต้องไปปรึกษาอีก ทำให้มันเสียเวลาเหมือนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ... ตอนตรวจเจอทั้งหมอใหญ่และลูกหมอมือฝึกงานไม่มั่นใจเท่าไร แต่ถ้าเป็นหมอใหญ่เราคิดว่ามีความแม่นยำ แต่พอเป็นหมอมือฝึกงาน เราไม่รู้ว่ามันจะถนัด... เพราะหมอบอกว่าไม่รู้หญิงหรือชาย มองไม่ค่อยชัด ทำให้เรารู้สึกงง ๆ นักศึกษาที่เข้าไปช่วย เราไม่ค่อยมั่นใจเท่าไร เพราะตอนที่เจาะน้ำเกลือเจาะไปหลายครั้ง ...เลือดไหลหลายครั้ง จนอาจารย์เข้ามาเจาะเอง นักศึกษาเขาก็กลัว ตอนเจาะมือสั่นหมดเลย” ผู้ให้ข้อมูลรหัส 11

“เพราะตอนนั้นเราเจ็บ และหนูก็ร้องตลอดเลย เราต้องการให้มาตรวจแล้วมาอยู่กับเราตลอด แต่หนูเข้าใจเพราะต้องดูแลคนอื่นด้วย แต่ถ้าเป็นไปได้อย่าบาลอยู่กับเราตลอดมันก็จะดี แต่หนูก็เข้าใจนะคะเมื่อวานมีคนเจ็บหลายคนที่ต้องดูแล ไม่ได้มีเราคนเดียว ...เพราะพี่เขาที่อยู่เตียงที่ 1 เมื่อวานเขาก็ฉีดยาเร่งคลอด” ผู้ให้ข้อมูลรหัส 15

2. ความต้องการด้านพฤติกรรมบริการ ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.1 การให้เกียรติและยอมรับตัวตน

พฤติกรรมที่แสดงออกต่อผู้รับบริการ ส่งผลต่อการรับรู้ของผู้รับบริการได้ทั้งทางบวกและทางลบ ผู้ให้ข้อมูลบางรายสะท้อนว่าการพูดเสียงดังมากโดยไม่จำเป็น การแสดงอาการหงุดหงิด ไม่สุภาพ นอกจากทำให้รู้สึกกลัว ยังทำให้รู้สึกถึงความไม่ให้เกียรติกัน ผู้ให้ข้อมูลบางส่วน ยังสะท้อนว่าพฤติกรรมของการไม่รับรู้ ไม่สนใจในคำพูด เมินเฉยในคำร้องขอ หรือแสดงให้เห็นว่าไม่เชื่อถือในคำพูด เหมือนเป็นการไม่ยอมรับในตัวตนของผู้ให้ข้อมูล สะท้อนถึงความต้องการที่จะได้รับบริการที่แสดงออกถึงการให้เกียรติและยอมรับตัวตน ถึงแม้เป็นมารดาวัยรุ่น ดังคำพูดต่อไปนี้



“การบริการเจ้าหน้าที่ มันอยู่ที่คำพูดทั้งนั้นเลยคะ พูดด้วยน้ำเสียงดี ๆ ก็ได้ อยากให้พูดเพราะ ๆ ... ไม่รุนแรงมากเขาพูดเสียงดัง... อยากให้พูดดี ๆ กว่านี้ ไม่ตะคอกไม่ต้องตะโกน... อยากให้เขา พูดด้วยน้ำเสียงดี ๆ ไพเราะ น่าน้ำดี ๆ ” ผู้ให้ข้อมูลรหัส 01

2.2 การไม่ตีตรา

การตีตราจากบุคลากรสุขภาพ ส่งผลทางด้านจิตใจของมารดาวัยรุ่น โดยประสบการณ์เดิมของบุคลากรสุขภาพที่อาจเคยพบสาเหตุของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมาจากการมีความประพฤติไม่เหมาะสม หรือมีการใช้สารเสพติด ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงการที่บุคลากรพูดออกมาอย่างดวนสรุปว่า ผู้ให้ข้อมูลใช้สารเสพติดโดยที่ยังไม่มีโอกาสให้ข้อมูล ทำให้เกิดความรู้สึกว่าถูกดูถูก ยิ่งได้รับการแสดงออกแบบนี้ในขณะที่มีความทุกข์จากการเจ็บปวดทางกายอยู่แล้ว ยิ่งทำให้รู้สึกเสียใจมาก เพราะรู้สึกว่าตนเองถูกตีตราตัดสินไปแล้วว่าเป็นคนไม่ดี สะท้อนถึงความต้องการพฤติกรรมบริการที่ไม่ตีตรา ดวนตัดสิน ดังคำพูดต่อไปนี้

“เขาก็ถามหนูว่าใช้สารเสพติดอะไรไปบ้างมัย ทำไม่ถึงร้องแบบนี้ เขาพูดไม่ให้เกียรติเราเลย พอเห็นเราร้อง เขามาถามเราว่าใช้สารเสพติดมัย... เรารู้สึกไม่โอเคเลย เหมือนดูถูกเรา (นั่งนิ่ง น้ำตาคลอ)... อยากให้เขาพูดกับเราดี ๆ ในตอนที่เรารอคอย เพราะเราเจ็บอยู่ให้พูดกับเราดี ๆ ที่ไม่ใช่ถามเราว่าใช้สารเสพติดมัยตอนที่เราร้อง ควรมีคำพูดที่ดีกว่านี้นะพี่ เราเจ็บอยู่แล้วมาพูดกับเราแบบนี้ ทำให้เราเสียใจและร้องมากขึ้น” ผู้ให้ข้อมูลรหัส 07

3. ความต้องการระบบสนับสนุน ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย คือ

3.1 การมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและเพียงพอ

มารดาวัยรุ่นที่มารับบริการมีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการส่วนหนึ่งมาจากความทันสมัยและเพียงพอของอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยเฉพาะคนที่ม่ประสบการณ์ในการรับบริการจากสถานพยาบาลเอกชน ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความต้องการที่จะได้รับการดูแลด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีศักยภาพดี เทคโนโลยีทันสมัย และมีจำนวนเพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ โดยเฉพาะอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทารกในครรภ์ ดังคำกล่าวดังนี้

“ตอนที่มาฝากครรภ์ เครื่องอัลตราซาวด์เห็นลูกไม่ชัดคะ เราดูไม่ออกแต่หมอบอก อยากได้เป็น 3 มิติ เหมือนคลินิกทั่วไปมันจะมองชัดกว่า อยากให้โรงพยาบาลเป็นแบบนั้น... ตอนแรกคิดว่าจะเป็นเหมือนที่เราเคยรู้มาว่าเป็นภาพ 3 มิติ พอมาเจอจริง ๆ เป็นภาพขาวดำเราดูไม่ออกคิดว่ามันน่าจะทันสมัยกว่านี้ คิดว่ามันล้ำหลังในเรื่องเครื่องมือเห็นแต่เงาดำๆ (หัวเราะ)” ผู้ให้ข้อมูลรหัส 10

3.2 การมีโทรศัพท์มือถือใช้ในห้องพักคลอด

ช่วงเวลาระยะก่อนคลอดเป็นช่วงเวลาของการรอคอยและมีความคิด ความรู้สึกต่าง ๆ เข้ามา เช่น เบื่อ เหนงา เครียด กังวล เนื่องจากอยู่ตามลำพังไม่มีญาติเข้ามาดูแล ไม่มีคนที่รู้จักมักคุ้นที่จะพูดคุยด้วย และด้วยวิถีชีวิตเดิมของวัยรุ่นที่สื่อสารติดต่อกับสังคมออนไลน์ตลอดเวลา ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้สะท้อนว่าการสื่อสารกับคนใกล้ชิด คนในครอบครัว หรือญาติผ่านช่องทางโทรศัพท์จะทำให้เขามีกำลังใจ ช่วยลดความเหงา ความวิตกกังวล และความกลัว เวลาอยู่ในห้องคลอดลงได้ นอกจากนี้ยังสามารถติดต่อกับโลกออนไลน์ได้เหมือนวิถีชีวิตที่คุ้นเคย มารดาวัยรุ่นจึงต้องการมีโทรศัพท์มือถือใช้ในห้องพักคลอด จากคำพูดต่อไปนี้

“ตอนเจ็บท้องไม่ให้เอาโทรศัพท์เข้าไป หนูอยากได้ตรงนั้น เหมือนว่าเราไม่รู้จักเตียงข้าง ๆ อยากได้โทรศัพท์เข้าไปใช้ในห้องพักคลอด... การเอาโทรศัพท์เข้าไปมันไม่ได้ช่วยอะไร แต่มันช่วยผ่อนคลายและช่วยให้เราไม่เหงา อะไรแบบนี้แหละ” ผู้ให้ข้อมูลรหัส 01

“เหมือนกับหนูติดอยู่อย่างหนึ่งคือเล่นโทรศัพท์ไม่ได้ หนูว่าถ้าเล่นโทรศัพท์ได้ มันดีเหมือนกันนะ ... มันน่าจะแบบๆบรรเทาได้ ซึ่งสิ่งที่มีในโทรศัพท์ หนูคิดว่าช่วยบรรเทาปวดได้คือเป็นแชตจากคนรอบข้างที่ให้อาสาใจ... ซึ่งเราต้องการกำลังใจจากคนรอบข้าง... ถ้าเรามีโทรศัพท์” ผู้ให้ข้อมูลรหัส 02



4. ความต้องการด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

4.1 สถานที่เป็นส่วนและไม่อัด

มารดาวัยรุ่นซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางและมีความไวต่อการมีปฏิสัมพันธ์ทั้งเชิงบวกและลบ ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากสะท้อนเกี่ยวกับสถานที่ให้บริการสำหรับมารดาวัยรุ่นนั้น มากกว่าความเข้าถึงได้ง่าย สะดวก ยังต้องการความเป็นส่วนตัวและไม่แออัด แยกออกจากกลุ่มมารดาทั่วไป เป็นพื้นที่เฉพาะสำหรับมารดาวัยรุ่น หรืออาจจะแยกช่วงเวลาการจัดบริการที่ให้บริการเฉพาะมารดาวัยรุ่น เนื่องจากมารดาวัยรุ่นยังมีอายุน้อยแตกต่างจากมารดาทั่วไป และส่วนมากยังอยู่ในวัยเรียนจึงยังไม่พร้อมให้สังคมรู้ว่าตั้งครรภ์ มีบุตร จึงต้องการสถานที่ให้บริการที่เป็นส่วนตัวหรืออยู่ร่วมกันในมารดาในกลุ่มวัยเดียวกัน เมื่อเวลาที่ญาติมาเยี่ยมมารดาอื่น ๆ จะได้ไม่เป็นจุดสังเกตถึงความแตกต่าง ทำให้มารดาวัยรุ่นรู้สึกหวั่นไหวกับสายตาของผู้อื่น และมีความสบายใจที่จะพูดคุยกับมารดาในวัยเดียวกันมากกว่า นอกจากนี้ต้องการสถานที่มีความเพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ เพื่อให้สุขสบาย อากาศถ่ายเทเหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ดังคำพูดต่อไปนี้

“สถานที่ควรแยกให้เป็นสัดส่วน เพราะเรายังเด็ก พอเข้าไป รู้สึกเหมือนคนมอง คนอื่นรุ่นพี่เพ (มารดาทั่วไป) เราเด็กหาเพื่อน (อายุน้อย) อยากให้เป็นสัดส่วนสักนิด (อยากให้เป็นสัดส่วนบ้าง) เขาจะได้แนะนำวัยรุ่นกะส่วนวัยรุ่น คนใหญ่กะส่วนคนใหญ่ (มารดาทั่วไป) เขาแล (คนมอง) เพราะพอเข้าไป... คนอื่นอาจจะมองว่าเด็กจัง บางคนกะคิด บางคนกะไม่คิด ถ้าวัยรุ่นด้วยกัน เราจะเข้าใจกัน รู้สึกว่าเราจะบายใจหา (สบายใจกว่า) ถ้าจัดบริการพื้นที่ (แบบนี้) ให้เรา” ผู้ให้ข้อมูลรหัส 06

4.2 บรรยากาศห้องคลอดที่อบอุ่น ผ่อนคลาย ไม่น่ากลัว

มารดาวัยรุ่นมีความกังวล กลัว กับการคลอดเป็นทุนเดิม เมื่อมาเจอกับสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ในห้องคลอดจนจินตนาการทำให้เกิดความกลัวและความกังวลเพิ่มขึ้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้สะท้อน ถึงความสำคัญของสิ่งแวดล้อมว่ามีผลต่อความรู้สึก กังวล เครียด กลัว ของเขาเพิ่มขึ้น หรือในทางตรงข้ามสามารถช่วยบรรเทาความรู้สึกดังกล่าวได้ ผู้ให้ข้อมูลเสนอถึงสถานที่ให้บริการตั้งแต่ฝากครรภ์ ห้องคลอด และหลังคลอดที่ควรมีบรรยากาศที่อบอุ่น มีเสียงเพลง มีต้นไม้ มีธรรมชาติที่ช่วยให้ผ่อนคลาย โดยเฉพาะห้องคลอด ดังคำพูดต่อไปนี้

“ตอนที่หนูรอคลอดและตอนที่เจ็บ... กลัวเกิดไม่ได้ ...แล้วเห็นเก้าอี้สีเขียวที่อยู่ในห้องรับใหม่ ที่เข้าไปตรวจครั้งแรก ที่เข้าไปดูน้ำเดินนั้นแหละน่ากลัวเลย พอเอาขาขึ้นพาด มันน่ากลัว เหมือนหนังทำแท้งเลย (หัวเราะ เล็กน้อย) ตรงนั้นต้องแต่งสักนิด(เปลี่ยนแปลง)... อยากให้ปรับ” ผู้ให้ข้อมูลรหัส 02

“แบบว่า... ควรเปิดเพลง เบา ๆ ก็ได้ เปิดโทรทัศน์ให้ดูก็ได้ (หัวเราะ) มันจะช่วยผ่อนคลาย อะไรแบบนั้นแหละ...(หัวเราะ) มีดอกไม้ ต้นไม้ ก็ได้นะ ประมาณนั้นแหละ อยากได้บรรยากาศที่ อุ่นใจสักนิด ไม่น่ากลัว อยากได้เสียงเพลง ประมาณนั้น (หัวเราะ) ควรพัฒนาสถานที่ ตั้งแต่ฝากครรภ์ ห้องคลอด อยากให้ดูอบอุ่นกว่านี้ หลังคลอดเป็นห้องพิเศษ ก็ดีหน่อย” ผู้ให้ข้อมูลรหัส 04

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย ที่พบความต้องการของมารดาวัยรุ่นด้านการดูแลด้านร่างกายและจิตสังคม ในประเด็นย่อยต้องการการบรรเทาปวดและดูแลใกล้ชิดในห้องคลอด มีพ่อแม่หรือญาติอยู่ด้วยขณะรอคลอด และการประคับประคองให้การคลอดสำเร็จ เป็นความต้องการในระยะคลอด ที่สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬารัตน์ คำวงษา (Khamvongsa, 2018) ถึงผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกโรงพยาบาลบึงกาฬ พบว่า โปรแกรมที่พยาบาลมีบทบาทในการช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและช่วยให้มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดดีขึ้น ช่วยเหลือสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจในระหว่างการคลอดมีความสำคัญต่อภาวะจิตใจในการลดความวิตกกังวล และสามารถเพิ่มโอกาสในการคลอดสำเร็จ (Srisawat et al., 2018) การที่ครอบครัวเข้ามามี



ส่วนร่วมในการดูแล คอยช่วยเหลือให้กำลังใจจะทำให้การเผชิญการคลอด ดำเนินไปได้ด้วยดี ในช่วงขณะรอคลอด ซึ่งมีอาการเจ็บครรภ์ เพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวด โดยใช้วิธีการพูดปลอบโยนและการสัมผัส เพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวล และสามารถเผชิญความเจ็บปวดในการคลอดได้ดีขึ้น (Department of Health, 2021)

ส่วนความต้องการเกี่ยวกับการให้ข้อมูลการดูแล การรักษา ความก้าวหน้าของการคลอด และทารก การดูแลโดยบุคลากรเชี่ยวชาญและมีจำนวนเพียงพอ เป็นความต้องการในทุกระยะของการตั้งครรภ์และคลอด ซึ่งมีผลต่อการดูแลตนเองและดูแลบุตรของมารดาวัยรุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ โรบบ์ และคณะ (Robb et al., 2013) ที่พบว่า ข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญสำหรับมารดาวัยรุ่นที่ต้องการแม่จะเป็นข้อมูลพื้นฐาน เพราะมารดาวัยรุ่นส่วนหนึ่งไม่กล้าร้องขอหรือสอบถาม มารดาวัยรุ่นต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับทารกทุกครั้งหลังการตรวจรักษาและทำการหัตถการต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งเพชร มีธัญญากร และ สุทธิพร มุลศาสตร์ (Meethanyakorn & Moolsart, 2015) ศึกษาคุณภาพบริการในห้องคลอดตามความคาดหวังและการรับรู้ของมารดาคลอดในโรงพยาบาลนครนายกเป็นวิจัยเชิงพรรณนา พบว่าการอธิบายให้มารดาทราบก่อนลงมือกระทำสิ่งใด ๆ เสมอ เพื่อลดความวิตกกังวลและความคาดหวังโดยต้องแจ้งผลการตรวจภายหลังการตรวจทุกครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับประกาศสิทธิผู้ป่วยในข้อที่ 2 ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษายาบาลระบุว่า ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการ ตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถ เข้าใจได้ง่าย (Nurses' Association of Thailand, 2015)

ความต้องการการให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนีย์ จุ่มกลาง และคณะ (Jumklang et al., 2017) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นพบว่าการให้คำปรึกษานับสนับสนุนจากครอบครัวในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความต้องการการช่วยเหลือ แนะนำ ในการแก้ปัญหาชีวิตที่ซับซ้อน ยุ่งยาก สำคัญ เพราะการให้คำปรึกษา (consultant) เป็นบทบาทสำคัญที่สามารถช่วยให้มารดาวัยรุ่นดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (Srisawat et al., 2018) สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ.2560-2569 ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ให้ชะลอการคลอดบุตรของมารดาวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 และส่งเสริมการคุมกำเนิดกึ่งถาวรเพื่อชะลอการมีบุตรในการตั้งครรภ์ถัดไป และสนับสนุนการเรียนรู้ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ให้สามารถดูแลตัวเองได้ (Office of Reproductive Health, 2017)

ความต้องการด้านพฤติกรรมบริการ ที่พบว่ามารดาวัยรุ่นต้องการได้รับการแสดงออกด้วยพฤติกรรมที่ให้อารมณ์ดีและยอมรับตัวตนของมารดาวัยรุ่น และต้องการการไม่ตีตราจากบุคลากรสุขภาพนั้น การยอมรับในความเปราะบางบุคคลของมารดาวัยรุ่น ซึ่งส่วนใหญ่จะสะท้อนผ่านพฤติกรรมบริการและการปฏิสัมพันธ์ในเชิงความรู้สึกระหว่างให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ ควอสดอร์ฟ และคณะ (Quosdorf et al., 2020) เรื่องการสร้างสัมพันธ์กับมารดาวัยรุ่น: มุมมองของพยาบาลสูติกรรมในโรงพยาบาล จากการสัมภาษณ์พยาบาลสูติกรรม 27 คน ผู้ให้ข้อมูลอธิบายถึงการดูแลมารดาวัยรุ่นอย่างเป็นมิตรพบว่า พยาบาลต้องมีความอดทนที่จะส่งมอบประสบการณ์ทางบวกให้มารดาวัยรุ่น โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพที่เข้าอกเข้าใจและเป็นมิตร ผ่านการปรับวิธีการที่ยืดหยุ่นมีความเฉพาะกับบุคคล ซึ่ง สอดคล้องกับบทความของ ทอมป์สัน (Thompson, 2016) ที่กล่าวว่า การดูแลมารดาวัยรุ่นต้องใช้หลักของการไม่ตัดสินและบุคลากรสุขภาพต้องเข้าใจจิตวิทยาพัฒนาการของวัยรุ่น จึงจะเกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีทั้งต่อมารดาและลูก

ความต้องการระบบสนับสนุนที่พบว่า มารดาวัยรุ่นต้องการให้มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและเพียงพอ ทุกระยะของการตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด แสดงถึงความต้องการระบบบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน (health service system standard) ซึ่งความเหมาะสมและเพียงพอของอุปกรณ์ทางการแพทย์ใช้เป็นตัวชี้วัดตัวหนึ่งของความสำเร็จการดำเนินงานของสถานบริการที่มีคุณภาพด้านสุขภาพ มุ่งหวังให้ประชาชนได้รับ



บริการที่มีคุณภาพและเป็นที่ยอมรับของประชาชนและสังคมต่อไป กลุ่มครองผู้รับบริการในระบบบริการสุขภาพให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ (Department of Health Service Support, 2020)

นอกจากนี้มารดาวัยรุ่นต้องการมีโทรศัพท์มือถือใช้ในห้องคลอดเพื่อการสื่อสารที่สะดวกรวดเร็ว ซึ่งทำให้มารดาวัยรุ่นได้รับกำลังใจจากญาติในระยะรอคลอด และคงไว้ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมออนไลน์ ดังเช่น ขนิษฐา เมฆมกล และ อาริรัตน์ วิเชียรประภา (Mekkamol & Wichienprapa, 2018) กล่าวว่าเทคโนโลยีในการดูแลมารดาวัยรุ่นเป็นสิ่งจำเป็น โดยที่มารดาวัยรุ่นมักแสวงหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตในโทรศัพท์มือถือ เนื่องจากหาข้อมูลได้ตลอดเวลา ตลอดจนใช้โปรแกรมไลน์ เฟสบุ๊ก ซึ่งสามารถใช้ช่องทางเหล่านี้ในการสื่อสาร ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูล และให้ความรู้ให้การดูแลมารดาวัยรุ่นได้

ความต้องการด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า มารดาวัยรุ่นมีความต้องการสถานที่เป็นส่วนตัวและไม่แออัด โดยคำนึงถึงการรักษาความเป็นส่วนตัวของมารดาวัยรุ่น การแยกออกจากกลุ่มมารดาทั่วไป เนื่องจากความไม่พร้อมของการตั้งครรภ์หรือสภาวะทางสังคม ที่วัยรุ่นอายุน้อย ยังอยู่ในช่วงวัยการศึกษา มีความไม่พร้อมในด้านต่าง ๆ ในการดูแลมารดาวัยรุ่นเหมือนกับหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป บุคลากรทางด้านสุขภาพส่วนใหญ่มองว่า การตั้งครรภ์วัยรุ่นก็เหมือนกับการตั้งครรภ์ของกลุ่มมารดาทั่วไปจึงให้การพยาบาลเหมือนกัน นอกจากนี้พยาบาลจะพูดคุยเรื่องทั่วไปเพราะไม่กล้าซักถามกลัวหญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกอายที่จะตอบคำถาม จึงเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการมารดาวัยรุ่นที่มีคุณภาพ (Srijaiwong et al., 2021)

สำหรับสถานที่ให้บริการมารดาวัยรุ่น ควรเป็นส่วนตัว หรือใช้สถานที่เดิมแต่แยกช่วงเวลากับมารดาทั่วไป หรือควรมีห้องให้การปรึกษาส่วนตัว ให้บริการฝากครรภ์แบบเบ็ดเสร็จในจุดเดียว (one stop service) เพื่อความสะดวกรวดเร็ว เป็นส่วนตัว (Mekkamol & Wichienprapa, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐพัชร์ บัวบุญ และ พวงผกา คงวัฒนานนท์ (Buaboon & Kongwattananon, 2021) ที่ศึกษาประสบการณ์ของวัยรุ่นในการเข้ารับบริการในหน่วยบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น: การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา ด้านบริการที่คาดหวัง ที่พบว่ามารดาวัยรุ่นต้องการให้ช่วยปกป้องความลับ โดยไม่ต้องการให้เปิดเผยชื่อและข้อมูล และต้องการให้ห้องคลอดมีบรรยากาศที่อบอุ่น ผ่อนคลายไม่น่ากลัว ในห้องคลอดที่มารดาต้องแยกจากครอบครัวมาอยู่คนเดียวท่ามกลางคนแปลกหน้า ในสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย มีระเบียบ ข้อจำกัด ในขณะที่ปฏิบัติตัว รวมทั้งกิจกรรมการรักษายาบาลต่าง ๆ ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ทำให้มารดาวัยรุ่นในระยะคลอดเกิดความเครียดหรือความวิตกกังวล (Pothitavorn, 2021)

การให้บริการดูแลขณะเจ็บครรภ์คลอดในมารดาวัยรุ่น ต้องทำให้รู้สึกผ่อนคลายไม่น่ากลัว เป็นความต้องการเช่นเดียวกับมารดาทั่วไป จากการศึกษาของ รุ่งเพชร มีธัญญากร และ สุธธิพร มูลศาสตร์ (Meethanyakorn & Moolsart, 2015) ที่ศึกษาคุณภาพบริการในห้องคลอดตามความคาดหวังและการรับรู้ของมารดาคลอดในโรงพยาบาลนครนายกที่พบว่า คุณภาพบริการโดยเฉพาะด้านในความเป็นรูปธรรมของการบริการ สถานที่ที่ตั้งต้องสะดวกต่อการเข้ามาบริการมีการตกแต่งภายนอกและภายใน เป็นระเบียบสวยงาม ภายในห้องคลอดควรมีอากาศถ่ายเทสะดวก บรรยากาศห้องคลอดที่อบอุ่น ผ่อนคลาย ไม่น่ากลัว

เมื่อเทียบกับความต้องการของมารดาวัยรุ่นกับเครื่องมือประเมินความต้องการคุณภาพบริการ SERVQUAL (Parasuraman et al., 1990) พบว่า ความต้องการด้านการดูแลร่างกายและจิตสังคม เป็นความต้องการบริการสุขภาพด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ (tangibles) ด้านความเห็นอกเห็นใจ (empathy) ด้านความเชื่อถือไว้วางใจในบริการ (reliability) ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (responsiveness) และด้านความมั่นใจในบริการ (assurance) ความต้องการด้านพฤติกรรมบริการ เป็นความต้องการด้านความเห็นอกเห็นใจ (empathy) และความเชื่อถือไว้วางใจในบริการ (reliability) ความต้องการด้านระบบสนับสนุน เป็นความต้องการในด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ (tangibles) และความมั่นใจในบริการ (assurance) และความต้องการ



ด้านสิ่งแวดล้อมเป็นด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ (tangibles)

ความต้องการที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่สอดคล้องกับแนวทางในคู่มือการดูแลแม่วัยรุ่นแบบบูรณาการ (Department of Health, 2021) เกือบทั้งหมด ยกเว้นความต้องการมีโทรศัพท์มือถือใช้ในห้องคลอดเพื่อให้สามารถคงไว้ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอ้างอิง และสังคม ตามวิถีชีวิตที่คุ้นเคย และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในห้องคลอด ที่กรมอนามัยระบุเฉพาะการลดสิ่งกระตุ้นที่ไม่จำเป็น ลดความพลุกพล่าน เสียงดัง และจัดเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสม ไม่รบกวนมารดาวัยรุ่นมากเกินไป แต่ไม่มีประเด็นบรรยากาศในห้องคลอดที่อบอุ่น ผ่อนคลาย ไม่น่ากลัว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารการพยาบาลตามความต้องการบริการสุขภาพ ของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง ในภาคใต้

2. ด้านบริหารการพยาบาล กลุ่มการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยนี้ใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาเตรียมและพัฒนาบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลมารดาวัยรุ่น ที่เน้นทักษะเฉพาะสำหรับมารดาวัยรุ่น รวมถึงการจัดการในด้านสิ่งแวดล้อมที่ตรงกับความต้องการของกลุ่มมารดาวัยรุ่น ในทุกระยะที่มารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาความต้องการบริการสุขภาพของมารดาวัยรุ่นที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น ปัญหาครอบครัว มีภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ เป็นต้น

References

- Aumtanee, A. (2016). *Qualitative research in nursing* (3rd ed.). Chulalongkorn University.
- Buaboon, N., & Kongvattananon, P. (2021). Teenagers' experiences in using a youth friendly health service: A descriptive qualitative research. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 22(3), 209-218. (in Thai)
- Department of Health. (2021). *Integrated teenage mother care manual 2021*. CG Tool.
- Department of Health Service Support. (2020). *Health service system standards manual 2020 (Edition for the promotion and development of healthcare facilities)*. Ministry of Public Health.
- Jumklang, S., Srisuriyawet, R., & Homsin, P. (2017). Correlated factors with decision making of birth control implant used based on the information-motivation behavioral skills model (IMB Model) among teen mothers. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 25(2), 31-42. (in Thai)
- Khamvongsa, J. (2018). The effects of continuous support program during labor by nurses on pain levels and pain coping behaviors in primiparous adolescents at Buengkan Hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 26(3), 164-175. (in Thai)
- Medical Records Department, Songkhla Hospital. (2022). *Strategic group data 2022*. Songkhla Hospital Thailand.



- Meethanyakorn, R., & Moolsart, S. (2015). Expectation and perception toward service quality of labor mother in Nakorn-Nayok Hospital. *Eastern Asia University Heritage Journal Science and Technology*, 9(2), 135-149. (in Thai)
- Mekkamol, K., & Wichienprapa, A. (2018). The roles of nurses in teenage mother's caring. *Journal of Health Science Research*, 12(2), 69-77.
- Nurses' Association of Thailand. (2015). *Declaration of patient rights and obligations*. Nurses' Association of Thailand.
- Office of Reproductive Health. (2017). *National strategy for the prevention and solution of adolescent pregnancy problems 2017-2026 under the act for prevention and solution of adolescent pregnancy problems 2016*. (2nd ed.). Thepphen Vanit.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implication for future research. *Journal of Market*, 49(4), 41-45.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1990). *Delivery quality service: Balancing customer perception and expectation*. The Free Press.
- Phoodaangau, B., Deoisres, W., & Chunlestskul, K. (2013). Maternity experience: A new role of unexpectedly pregnant students. *Thai Journal of Nursing Council*, 28(2), 58-74.
- Pothitavorn, P. (2021). *Nursing care of women in reproductive age and newborns*. Chanmueang Printing.
- Quosdorf, A., Peterson, W. E., Rashotte, J., & Davies, B. (2020). Connecting with adolescent mothers: Perspectives of hospital-based perinatal nurses. *Global Qualitative Nursing Research*, 7, 2333393619900891. <https://doi.org/10.1177/2333393619900891>
- Robb, Y., McInery, D., & Hollins Martin, C. J. (2013). Exploration of the experiences of young mothers seeking and accessing health services. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(4), 399-412. <http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2013.832181>
- Srijaiwong, S., Khieo-lueang, D., Kosai, N., Suwanarod, P., & Muenglaeng, S. (2021). Health system development for unintended adolescent pregnancy. *Boramrajonani College of Nursing Uttaradit Journal*, 13(1), 14-28. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/242186/169410>
- Srisawat, K., Panyapinunukun, C., & Asadorndecha, S. (2018). Nurse's role for teenage pregnancy. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(Suppl.), 1-7. (in Thai)
- Sriwongphanit, N. (2014). *Guidelines for caring for teenage mothers*. Cooperative League of Thailand.
- Thompson, G. (2016). Meeting the needs of adolescent parents and their children. *Paediatrics & Child Health*, 21(5), 273. <https://doi.org/10.1093/pch/21.5.273>
- Tipswong, R. (2016). Key system drivers of universal health coverage. In Thai Health Insurance System Research Office (Ed.), *Study of future scenarios and pathways to sustainable universal health coverage in Thailand* (pp. 77-85). Ministry of Public Health.



Health Service Needs Among Teenage Mothers at a Secondary Hospital in Southern Thailand

ความต้องการบริการสุขภาพของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้

United Nations Population Fund. (2013). *Teenage mothers: Challenges in adolescent pregnancy*. Advance Printing.

World Health Organization [WHO]. (2024). *Adolescent -pregnancy*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>



Adolescent Depression and Suicide Risk in Vientiane, the Lao People's Democratic Republic*

ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในนครหลวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว*

เกตุชนา	จันทะวง**	Ketsana	Chanthavong**
สมบัติ	สกุลพรรณ***	Sombat	Skulphan***
हररषष	เศรฐฐูปปฬष****	Hunsa	Sethabouppha****

Abstract

Depression and suicide are global mental health and psychiatric problems. This cross-sectional descriptive research aimed to study depression and suicide risk among adolescents in Vientiane, the Lao PDR. The participants were 403 students aged 10-19 who are studying at grade level 1-7. The research instruments included 1) a demographic data record, 2) the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A), and 3) a suicide risk assessment form. The instruments were tested for reliability using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .82 and .89, respectively. Descriptive data analysis was used to analyze the data.

Results revealed that:

1. Most participants had no depression (75.93%) while almost a quarter reported depression (24.07%). Those with depression reported mild and moderate depression at rates of 96.91% and 3.09%, respectively.
2. Nearly all participants demonstrated no risk of suicide (96.87%). A small number did have a suicide risk (1.24%) and, of those, participants reported mild and moderate suicide risk at of 60.00% and 40.00%, respectively.

The research results can be used as basic information for mental health promotion and psychiatric problem prevention and caring among students. The results should be utilized as a part of teaching and learning in Lao PDR to raise awareness about depression and suicide risk.

Keywords: Depression; Suicide risk; Adolescents

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric Nursing and Mental Health, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate student of Nursing Science Program in Psychiatric Nursing and Mental Health, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
e-mail: sombat.sk@cmu.ac.th

**** Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 25 April 2023; Revised 25 March 2024; Accepted 26 March 2024



Adolescent Depression and Suicide Risk in Vientiane,
the Lao People's Democratic Republic
ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในนครหลวงเวียงจันทน์
สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำคัญที่พบได้ทั่วโลก การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในเขตนครหลวงเวียงจันทน์ สปป. ลาว กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนจำนวน 403 คน ที่มีอายุ 10-19 ปี และกำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-7 เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และ 3) แบบสอบถามความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย เครื่องมือได้รับการทดสอบค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .82 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัย พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 75.93 ไม่มีภาวะซึมเศร้า และ ร้อยละ 24.07 มีภาวะซึมเศร้า โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 96.91 และ 3.09 ตามลำดับ

2. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.76 ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และร้อยละ 1.24 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับเล็กน้อย และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.00 และ 40.00 ตามลำดับ

ผลการวิจัย สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและดูแลปัญหาทางจิตเวชของนักเรียน ผลที่ได้สามารถใช้เป็นส่วนหนึ่งของการจัดการเรียนการสอนใน สปป. ลาว เพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วัยรุ่น

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: sombat.sk@cmu.ac.th

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



Adolescent Depression and Suicide Risk in Vientiane,
the Lao People's Democratic Republic
ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในนครหลวงเวียงจันทน์
สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลที่มีความหมายในสามมิติ คือ เป็นภาวะอารมณ์ที่สามารถเกิดขึ้นได้ในคนปกติทั่วไป หรือเรียกว่าอารมณ์เศร้าปกติ โดยเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้า หรือสถานการณ์บางอย่างเข้ามากระตุ้น หรือเป็นภาวะซึมเศร้าซึ่งหมายถึง การเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดง ซึ่งมีทั้งระดับเล็กน้อย ปานกลางจนถึงระดับรุนแรง โดยอาการและอาการแสดงจะเริ่มส่งผลกระทบต่อบุคคลได้มากกว่าอารมณ์เศร้าปกติ และภาวะซึมเศร้าในมิติที่เป็นโรคทางจิตเวช คือ โรคซึมเศร้าซึ่งจะมีเกณฑ์การพิจารณาตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Thapinta et al., 2013) ภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ องค์การอนามัยโลกรายงานว่า มีผู้ที่เกิดภาวะซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 322 ล้านคน มากกว่าร้อยละ 50 เป็นผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออก เอเชียใต้ และภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก โดยมีอัตราความชุกทั่วโลกอยู่ระหว่างร้อยละ 4-8 ของ ประชากรโลก (WHO, 2017)

สาธารณรัฐประชาธิปไตย ประชาชนลาว (สปป. ลาว) มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดา ผ่าคลอดพบร้อยละ 10.60 แต่ในวัยรุ่น ยังไม่มีการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า จึงไม่มีข้อมูลที่เด่นชัดที่จะนำมาใช้เป็นข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ จากข้อมูลสถิติที่ผู้วิจัยรวบรวมได้จากแผนกจิตเวช โรงพยาบาลมโหสถ สปป. ลาว (แผนกจิตเวชใน สปป. ลาว มีเพียงที่เดียว) ในปี ค.ศ. 2017-2021 พบว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับรักษาจำนวน 1,141, 1,232, 1,419, 992, และ 1,021 ราย โดยมีอายุระหว่าง 10-19 ปี จำนวน 33, 55, 31, 33 และ 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.89, 4.46, 2.18, 3.32 และ 4.70 ตามลำดับ (Administration Department of Mahosot Hospital, 2021b) สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, 2022) พบว่า ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป มีความชุกชั่วชีวิตของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 1.80 หรือประมาณ 9,169 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยกว่า 1.5 ล้านคน และโรคนี้เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 4,000 รายต่อปี และยังพบอีกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มนี้มีความคิดฆ่าตัวตายจำนวนมากถึง 53,000 คนต่อปี และพบว่าการมีภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าส่งผลกระทบในหลายด้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ โดยผลกระทบต่อตนเองพบว่าภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดผลเสียต่อการพัฒนาการด้านต่าง ๆ คือ ด้านสติปัญญา ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และผลกระทบที่สำคัญต่อวัยรุ่น คือ พัฒนาการทางสติปัญญา ทำให้ผลการเรียนแย่ลง มีพฤติกรรมถอยหนีจากเพื่อน และสังคม ความสนใจต่อกิจกรรมที่เคยทำลดลง สภาพอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด โกรธ และร้องไห้ มีปัญหาด้านตัดสินใจไม่เหมาะสม พฤติกรรมการรับประทาน อาหารเปลี่ยนแปลง ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มหรือลดลง (Cuijpers et al., 2023)

นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นเริ่มใช้สารเสพติด พึ่งพาการสูบบุหรี่ มีการใช้กัญชา และโคเคน ทำให้ไม่สำเร็จการศึกษา มีปัญหาด้านสัมพันธภาพทางเพศ ต้องออกจากโรงเรียน (Sermsai & Wongpanarak, 2023) มีปัญหาในบทบาททางสังคมเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ เช่น การทำงาน การใช้ชีวิตคู่ และบทบาทเป็นบิดามารดา วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้านักจะมีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัวและเพื่อน เช่น การหย่าร้าง หรือปัญหาในการทำงานในวัยผู้ใหญ่ (Kasemsuk & Ritudom, 2023) มีการศึกษาพบว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะกลับมาเป็นซ้ำอีกใน 2 ปี และมีภาวะโรคร่วมทางจิตเวชอื่น ๆ เช่น โรควิตกกังวล โรคทางพฤติกรรม (Ministry of public health, 2018) สำหรับผลกระทบด้านครอบครัวพบ 2 ประการที่สำคัญ คือ ผลกระทบด้านจิตใจของสมาชิกในครอบครัว และผลกระทบในด้านสัมพันธภาพ และเศรษฐกิจของครอบครัว (McCrone et al., 2023)



Adolescent Depression and Suicide Risk in Vientiane,
the Lao People's Democratic Republic
ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในนครหลวงเวียงจันทน์
สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ส่วนผลกระทบต่อสังคม และเศรษฐกิจของประเทศ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2019) ได้รายงานภาพรวมของภาระโรค (the global burden of disease) ว่าโรคซึมเศร้าอยู่ในอันดับที่ 2 ของสาเหตุของการสูญเสียความสามารถ และโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุใหญ่ที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางสุขภาพในประชากรทั่วโลก และยังส่งผลกระทบต่อให้เกิดปัญหาที่สำคัญและรุนแรง คือ การฆ่าตัวตาย โดยอาจเริ่มจากการมีความคิดฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย หรืออาจถึงขั้นการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Cuijpers et al., 2023)

การฆ่าตัวตาย ไม่ได้เป็นปัญหาสาธารณสุขเพียงอย่างเดียวแต่เป็นปัญหาสังคมที่ทุกฝ่ายต้องช่วยกันจัดการ (Skulphan, 2021) เพราะการฆ่าตัวตายส่งผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ในสถานการณ์ของโลกปัจจุบัน จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี พ.ศ. 2019 ประชากรโลกจาก 183 ประเทศ มีการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายกว่า 31.9 คนต่อประชากร 100,000 คน โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ชายที่มีอายุ 20-44 ปี ขณะที่ผู้หญิงมีอายุ 15-34 ปี และพบว่าวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีอายุ 15-29 ปี เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 8.5 ซึ่งเป็นอันดับสองรองจากอุบัติเหตุทางจราจร และพบอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยเฉพาะประเทศในแถบเอเชีย (WHO, 2019) ในประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 14.4 คนต่อประชากร 100,000 คน และพบว่าอัตราผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เพิ่มขึ้นกว่าวัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงานถึง 4 เท่า (Department of mental Health, 2018)

ใน สปป. ลาว ยังไม่มีการสำรวจอย่างเป็นทางการและไม่มีความรู้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ พบเพียงข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลตติยภูมิ ในนครหลวงเวียงจันทน์ ในปี ค.ศ. 2017-2021 ในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลมโหสถ มีผู้เข้ารับการรักษาจำนวน 35,690, 36,696, 32,199, 29,969 และ 36,989 ราย ในจำนวนนี้พบว่าผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี จำนวน 92, 100, 107, 95 และ 112 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.25, 0.27, 0.33, 0.31 และ 0.30 ตามลำดับ (Administration Department of Mahosot Hospital, 2021a) และในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล มิตรภาพ ในปี ค.ศ. 2017-2021 มีผู้เข้ารับรักษาจำนวน 40,928, 38,962, 39,710, 38,925 และ 41,129 ราย ในจำนวนนี้พบว่าผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปีจำนวน 100, 102, 98, 100 และ 125 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.24, 0.26, 0.24, 0.25 และ 0.30 ตามลำดับ (Administration Department of Mittapharp Hospital, 2021) และในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลเซษฐาธิราช ในช่วงปีเดียวกัน มีเข้ารับรักษาจำนวน 32,129, 33,188, 34,009, 28,789 และ 35,612 ราย ในจำนวนนี้พบว่าผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี จำนวน 82, 78, 96, 94 และ 98 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.25, 0.23, 0.28, 0.32 และ 0.27 ตามลำดับ (Administration Department of Setthathirat Hospital, 2021)

จากข้อมูลที่กล่าวมา จะเห็นว่าภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนอกจากจะมีการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์แล้ว ยังส่งผลกระทบต่อผู้ใกล้ชิดที่ต้องรับภาระปัญหาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบต่อครอบครัว และสังคมในวงกว้างอีกด้วย พฤติกรรมดังกล่าวเป็นภาวะวิกฤต และความรุนแรงในชีวิต ผลของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนำมาซึ่งการสูญเสียต่อบุคคล ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ นำความเศร้าโศกเสียใจ และความรู้สึกเป็นตราบาปมาสู่บุคคลในครอบครัวไปตลอดชีวิต (Pumput & Phooriwiththayatheera, 2021) นอกจากนี้ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ประเทศชาติต้องสูญเสียทรัพยากรมนุษย์อันมีคุณค่าโดยเปล่าประโยชน์ ทั้งที่วัยรุ่นนั้นยังมีโอกาสในการสร้างประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัว และ สังคมของประเทศชาติต่อไป

ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น เป็นเรื่องที่สามารถป้องกันและรักษาได้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวช ที่มีบทบาทที่สำคัญในการป้องกันปัญหาพฤติกรรมในทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเป็นอนาคตของประเทศชาติ จึงมีความสนใจศึกษาภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น และความเสี่ยงต่อการฆ่า



Adolescent Depression and Suicide Risk in Vientiane,
the Lao People's Democratic Republic
ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในนครหลวงเวียงจันทน์
สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ตัวตาย ในเขตนครหลวงเวียงจันทน์ สปป. ลาว เพราะยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษามาก่อนและยังไม่มีข้อมูลที่เด่นชัด เพื่อผลจากการวิจัยสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันและดูแลวัยรุ่นที่มี ปัญหา และนำไปใช้ในการวางแผนให้การช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยง และส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและรักษาต่อไป รวมทั้ง เป็นแนวทางในการวิจัยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในนครหลวงเวียงจันทน์ สปป. ลาว
2. เพื่อศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในนครหลวงเวียงจันทน์ สปป. ลาว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัยรุ่นเป็นช่วงอายุที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งพัฒนาการด้านต่าง ๆ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เป็นวัยที่อยากรู้อยากเห็น ขบถลอง ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน จึงอยากได้ของมีสิ่งต่าง ๆ เหมือนเพื่อน คนอื่น ๆ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นใน นครหลวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นพฤติกรรมของ วัยรุ่นที่มีอาการแสดงกระบวนกรภายในจิตใจ เมื่อมีสถานการณ์เกิดขึ้นจะเกิดความคิดอัตโนมัติทางด้านลบต่อ ตนเอง ต่ออนาคต และต่อโลก ซึ่งจะเกิดจากพื้นฐานความเชื่อ แบ่งได้เป็น ความรู้สึกขาดความช่วยเหลือ รู้สึกขาด คุณสมบัติและรู้สึกหมดหวังก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้น ดังเช่น อยากรู้อากหนักและรู้สึก ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เมื่อเกิดอารมณ์ซึมเศร้า เพิ่มความต้องการพึ่งพิงและอยากจะทำร้ายตนเอง ตามแนวคิดภาวะ ซึมเศร้าของวัยรุ่นของ เบ็ค (Beck, 1967) และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายใช้กรอบแนวคิดของ เบ็ค (Beck, 1967) การฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีความต้องการที่จะฆ่าตัวตาย และมีโอกาสหรือแนวโน้ม ที่จะฆ่าตัวตายได้ สำเร็จ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นทั้งเพศหญิงและเพศชายอายุ 10-19 ปี ที่ป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ม. 1 ถึง ม. 7 ซึ่ง เป็นสถานศึกษาของรัฐ สังกัดกระทรวงศึกษาธิการที่อยู่ในเขตนครหลวงเวียงจันทน์ สปป. ลาว จำนวน 13,902 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นทั้งเพศหญิงและเพศชายอายุ 10-19 ปี ที่ป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ม. 1 ถึง ม. 7 ซึ่งเป็นสถานศึกษาของรัฐ สังกัดกระทรวงศึกษาธิการที่อยู่ในเขตนครหลวงเวียงจันทน์ สปป. ลาว

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่ และมอร์แกน กำหนดระดับนัยสำคัญ โดยเลือก ความเชื่อมั่นที่ 95% หรือที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผู้วิจัยยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนไม่เกิน $\pm 5\%$ ได้ขนาดกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 375 คน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายได้ 3 โรงเรียน ซึ่งมีนักเรียนทั้งหมด 403 คน แล้วเก็บข้อมูล ทุกคน เพื่อป้องกันการบิดเบือนในกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียน ประวัติการใช้ สารเสพติด บุหรี่ สถานภาพสมรสระหว่างบิดาและมารดา ที่พักอาศัย รายได้ครอบครัวต่อเดือน ประวัติภาวะทาง จิตเวชในครอบครัว และประวัติการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว



Adolescent Depression and Suicide Risk in Vientiane,
the Lao People's Democratic Republic
ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในนครหลวงเวียงจันทน์
สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาลาวซึ่งแปลมาจาก แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาอังกฤษ Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) ของ จอห์นสัน และคณะ (Johnson et al., 2002) ซึ่งเป็นแบบประเมินแบบ self-report ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ เพื่อบอก ความรุนแรงของอาการของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

3. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ฉบับภาษาลาว ซึ่งแปลมาจากแบบประเมิน ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8 Q) ของ ธรินทร์ กองสุข และคณะ (Kongsuk et al., 2017) ประกอบด้วย 8 คำถาม โดย 7 ข้อแรก จะถามย้อนหลังไป 1 เดือน รวมวันที่ถามด้วย และข้อ 8 ถามย้อนหลังไปตลอดชีวิต ที่ผ่านมา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยไม่ได้มีการดัดแปลงหรือ ปรับเปลี่ยนโครงสร้างเนื้อหาใด แต่ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับ มาแปลเป็นภาษาลาว จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่เป็นอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญในด้านภาษาไทยและภาษาลาว จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของ ภาษาที่ใช้โดยการแปลย้อนกลับ หลังจากนั้นผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาได้ตรวจสอบและปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ ของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และใช้สำหรับเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-A และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q ไปทดลองใช้ในวัยรุ่นที่เป็นนักเรียนในสังกัดเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา ในโรงเรียนเมืองชะนะคาม แขวง นครหลวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ซึ่งไม่ใช่โรงเรียนที่ศึกษา และมีความคล้ายคลึงกัน กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน แล้วนำข้อมูลไปคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่า ตัวตาย 8Q เท่ากับ .82 และ .89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 2563/087 แล้วทำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ถึง ผู้อำนวยการโรงเรียน 3 โรงเรียน ในนครหลวงเวียงจันทน์ ที่ไปเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือ และชี้แจงให้แก่กลุ่ม ตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยก่อนเก็บข้อมูลได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม กลุ่ม ตัวอย่างที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ผู้ปกครองได้ลงนามในใบยินยอมด้วย และหากปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มี ผลกระทบใด ๆ ซึ่งไม่พบว่ามีการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอเป็นภาพรวม ในเชิงวิชาการ และนำไปใช้ประโยชน์ ในทางการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตัวเอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่โรงเรียนมัธยมศึกษาสมบูรณ์เมืองไซเซษฐา จนได้ จำนวนที่กำหนดไว้ หลังจากนั้น จึงเก็บข้อมูลที่โรงเรียนมัธยมศึกษาสมบูรณ์เมืองชัยธานี จนได้จำนวน ตามที่ กำหนดไว้ และจากนั้นจึงเก็บข้อมูลที่โรงเรียนมัธยมศึกษาสมบูรณ์นาทรายทอง จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน ตามที่กำหนดไว้ จากนั้นมีการตรวจสอบความครบถ้วนความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์



Adolescent Depression and Suicide Risk in Vientiane,
the Lao People's Democratic Republic
ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในนครหลวงเวียงจันทน์
สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลคะแนนภาวะซึมเศร้าวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ของภาวะซึมเศร้าแต่ละระดับ สำหรับข้อมูลคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแต่ละระดับ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.10 มีอายุเฉลี่ย 16.05 ปี ศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 และ 7 คิดเป็นร้อยละ 33.50 ส่วนใหญ่มีคะแนนผลการเรียนในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่พบว่าไม่มีปัญหาพฤติกรรม การใช้สารเสพติด และอาศัยอยู่กับครอบครัวพ่อแม่ ครอบครัวมีรายได้ไม่แน่นอน ร้อยละ 61.00 ไม่มีประวัติการป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในครอบครัว และไม่มีประวัติการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 97.80 และ 95.00 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียน ประวัติการใช้สารเสพติด สถานภาพสมรสระหว่างบิดา และมารดาการพักอาศัย รายได้ครอบครัวต่อเดือน ประวัติภาวะทางจิตเวชในครอบครัว และประวัติการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว (n = 403)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	169	41.90
หญิง	234	58.10
อายุ (ปี) (Range 14–19, M = 16.05, SD = 0.96)		
14	9	2.23
15	127	31.51
16	121	30.02
17	126	31.27
18	19	4.71
19	1	0.25
ผลการเรียน มัธยมศึกษาปีที่ 5		
อ่อน (0-4)	3	2.3
ปานกลาง (5-6)	82	61.7
ดี (7-8)	44	33.1
ดีที่สุดใน (9-10)	4	3.0



Adolescent Depression and Suicide Risk in Vientiane,
the Lao People's Democratic Republic
ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในนครหลวงเวียงจันทน์
สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียนรู้ ประวัติการใช้สารเสพติด สถานภาพสมรสระหว่างบิดา และมารดาการพักอาศัย รายได้ครอบครัวต่อเดือน ประวัติภาวะทางจิตเวชในครอบครัว และประวัติการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว (n = 403) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผลการเรียน มัธยมศึกษาปีที่ 6		
อ่อน (0-4)	4	3.0
ปานกลาง (5-6)	87	64.40
ดี (7-8)	39	28.90
ดีที่สุด (9-10)	5	3.70
ผลการเรียน มัธยมศึกษาปีที่ 7		
อ่อน (0-4)	4	3.00
ปานกลาง (5-6)	76	56.30
ดี (7-8)	47	34.80
ดีที่สุด (9-10)	8	5.90
ประวัติการใช้สารเสพติด		
ไม่ใช้	391	97.00
ใช้ (บางคนใช้ทั้งสองชนิด) คือ	12	3.00
บุหรี่	8	40.00
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	12	60.00
สถานภาพสมรสระหว่างบิดาและมารดา		
อยู่ด้วยกัน	352	87.30
แยกกันอยู่	22	5.50
หย่าร้าง	24	6.00
หม้าย	5	1.20
การพักอาศัย		
อยู่กับครอบครัวบิดา มารดา	335	83.10
อยู่กับบิดา	13	3.20
อยู่กับมารดา	35	8.70
อยู่กับญาติพี่น้อง	20	5.00
รายได้ครอบครัวต่อเดือน		
ไม่พอใช้	63	15.60
ไม่แน่นอน	246	61.00
พอใช้เหลือเก็บ	94	23.40



Adolescent Depression and Suicide Risk in Vientiane,
the Lao People's Democratic Republic
ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในนครหลวงเวียงจันทน์
สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียน ประวัติการใช้สารเสพติด สถานภาพสมรสระหว่างบิดา และมารดาการพักอาศัย รายได้ครอบครัวต่อเดือน ประวัติภาวะทางจิตเวชในครอบครัว และประวัติการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว (n = 403) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติการป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในครอบครัว		
ไม่มี	394	97.80
มี	9	2.20
ประวัติการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว		
ไม่เคย	383	95.00
เคย	20	5.00

ส่วนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 75.93 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 24.07 โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 96.91 และ 3.09 ตามลำดับ และไม่พบภาวะซึมเศร้าระดับมาก และระดับรุนแรง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้าในแต่ละระดับของกลุ่มตัวอย่าง (n = 403)

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	306	75.93
มีภาวะซึมเศร้า	97	24.07
ระดับเล็กน้อย	94	96.91
ระดับปานกลาง	3	3.09
ระดับมาก	0	0.00
ระดับรุนแรง	0	0.00

ส่วนที่ 3 ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 98.76 ที่เหลือร้อยละ 1.24 มีความเสี่ยงต่อฆ่าตัวตาย โดยมีความเสี่ยงในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 60 และระดับปานกลาง ร้อยละ 40 และไม่พบความเสี่ยงระดับรุนแรง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างแต่ละระดับ (n = 403)

ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	398	98.76
มีความเสี่ยงต่อฆ่าตัวตาย	5	1.24
ระดับเล็กน้อย	3	60.00
ระดับปานกลาง	2	40.00
ระดับรุนแรง	0	0.00



Adolescent Depression and Suicide Risk in Vientiane,
the Lao People's Democratic Republic
ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในนครหลวงเวียงจันทน์
สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

การอภิปรายผล

ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในนครหลวงเวียงจันทน์ สปป. ลาว

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 96.91 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และร้อยละ 3.09 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง การที่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นวัยรุ่นส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย อาจเนื่องมาจากสภาวะที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ต้องปรับตัวกับสภาพร่างกาย สถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป เช่น ต้องปรับตัวกับเพื่อน และคนใกล้ชิด (Ananpatiwet et al., 2022) ต้องเผชิญกับเหตุการณ์เกี่ยวกับการสูญเสีย การเสนอข่าวเกี่ยวปัญหาต่าง ๆ ในสังคม โดยเฉพาะข่าวความรุนแรง เช่น การฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายตัวเองและพฤติกรรมรุนแรงอื่น ๆ (Hansaudom, 2022) นอกจากนี้การแข่งขันในการเรียนที่มีการเปรียบเทียบแข่งขันที่มากเกินไป รวมทั้งการเรียนหนัก การตั้งใจเรียนหรือการเป็นเด็กดีเกินไปก็อาจเกิดปัญหาในการปรับตัว โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่มีภูมิคุ้มกันในชีวิตไม่เพียงพอ ดังเช่น การศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในจังหวัดชลบุรีจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ของ จารุพร ตั้งพัฒนกิจ (Tangpattanakit, 2021) พบว่า ตัวแปรด้านการศึกษามีอิทธิพลทางตรงกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

ในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า อธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากลักษณะครอบครัวและสังคมของประชาชนใน สปป. ลาว ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวแบบขยาย จากข้อมูลทั่วไปพบว่า ร้อยละ 83.10 ของกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับครอบครัว ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.30) บิดา มารดา อยู่ด้วยกัน แสดงถึงการมีสภาพครอบครัวและสังคมที่มีความผูกพันกันแบบเครือญาติ มีความใส่ใจใกล้ชิด ช่วยเหลือกันในครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น มั่นคง เป็นระบบครอบครัวมีความเข้มแข็ง ซึ่งเป็นระบบคุณค่าและโครงสร้างทางสังคมที่มีมาตั้งแต่ในอดีตของลาว และยังคงปรากฏอยู่จนถึงปัจจุบัน (Sanghapanthanon, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทยา คงประพันธ์ (Kongprapun, 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น กรณีศึกษา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ ซึ่งพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุด

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในนครหลวงเวียงจันทน์ สปป. ลาว

ผลการศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในนครหลวงเวียงจันทน์ สปป. ลาว พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.76 ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อภิปรายได้ว่า ประเทศลาวยังคงความเป็นครอบครัวขนาดใหญ่ มักอยู่ร่วมกันหลาย ๆ รุ่นเป็นครอบครัวแบบขยาย ทำให้ความครัวมีความใกล้ชิดกัน ผู้ใหญ่จะคอยอบรมสั่งสอน และดูแลเอาใจใส่ลูกหลานอย่างใกล้ชิด กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 83.10 อยู่กับครอบครัวบิดา มารดา นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97.00 ไม่มีประวัติใช้สารเสพติด ร้อยละ 97.80 ไม่มีประวัติการป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ในครอบครัว ร้อยละ 95 ไม่มีประวัติการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว และร้อยละ 75.93 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ดังการศึกษาของ สุพัตรา สุขาวห และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล (Sukhawaha & Arunpongpaisal, 2017) ที่พบว่า การมีประวัติฆ่าตัวตายมาก่อน การใช้สารเสพติด พ่อแม่มีประวัติเคยฆ่าตัวตาย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันและดูแลปัญหาภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นกลุ่มนี้ รวมทั้งใช้ข้อมูลดังกล่าวสำหรับการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้นักเรียนใน สปป. ลาว เกิดความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้



Adolescent Depression and Suicide Risk in Vientiane,
the Lao People's Democratic Republic
ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในนครหลวงเวียงจันทน์
สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในประชากรเดิม แต่ศึกษาในขอบเขตของประชากรที่ใหญ่ขึ้น เช่น เมืองใหญ่อื่น นอกจากนครหลวงเวียงจันทน์ เช่น เมืองไกรสรพรมวิหาร เมืองปากเซ และเมืองหลวงพระบาง
2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ของทั้งสองตัวแปรคือ ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ในประชากรเดิม แม้ว่าผลการวิจัยจะพบว่าร้อยละของภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย จะต่ำ แต่ก็ยังเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ
3. ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ในประชากรเดิม

References

- Administration Department of Mahosot Hospital. (2021a). *Statistical report of patients admitted to the emergency department of Mahosot Hospital in 2017 - 2021*. Mahosot Hospital.
- Administration Department of Mahosot Hospital. (2021b). *Statistical report of patients admitted to the Psychological department of Mahosot Hospital in 2017 - 2021*. Mahosot Hospital.
- Administration Department of Mittapharp Hospital. (2021). *Statistical report of patients admitted to the emergency department of Mittapharp Hospital in 2017 - 2021*. Mittapharp Hospital.
- Administration Department of Setthathirat Hospital. (2021). *Statistical report of patients admitted to the emergency department of Setthathirat Hospital in 2017 - 2021*. Setthathirat.
- Ananpattiwet, S., Waeokrathok, N., & Kanngoolearn, S. (2022). Relationship between resilience, friendship intimacy, and depression of secondary school students in Nakhon Ratchasima Province. *APHEIT Journal of Nursing and Health*, 4(3), e2837. <https://rsujournals.rsu.ac.th/index.php/ajnh/article/view/2837/2240>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H., Stikkelbroek, Y., Weisz, J. R., & Furukawa, T. A. (2023). The effects of psychological treatments of depression in children and adolescents on response, reliable change, and deterioration: A systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(1), 177-192.
- Department of Mental Health. (2018). *Knowledge guide for village health volunteers specializing in mental health community* (6th ed.). Alphabet prestige typography. (in Thai)
- Department of Mental Health. (2022). *Opening statistics: Depression and Thai society, the silent emotional crisis of the modern era*. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31459>.
- Hansaudom, P. (2022). Social work and dealing with violent situations in Thai society. *Journal of Social Synergy*, 13(3), 43-59



Adolescent Depression and Suicide Risk in Vientiane,
the Lao People's Democratic Republic
ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในนครหลวงเวียงจันทน์
สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

- Johnson, J. G., Harris, E. S., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2002). The patient health questionnaire for adolescents: Validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *Journal of Adolescent Health, 30*(3), 196-204.
- Kasemsuk, K., & Ritudom, B. (2023). Health promotion of middle adulthood development: Nurses' roles. *Regional Health Promotion Center 9 Journal, 17*(1), 368-380. (in Thai)
- Kongprapun, N. (2020). Factors influencing adolescent depression, case study: Raja Mangala University of Technology Suvarnabhumi. *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology, 5*(11), 302-315. (in Thai)
- Kongsuk, T., Supanya, S., Kenbubpha, K., Phimtra, S., Sukhawaha, S., & Leejongpermpoon, J. (2017). Services for depression and suicide in Thailand. *WHO South-East Asia Journal of Public Health, 6*(1), 34-38. (in Thai)
- McCrone, P., Young, A. H., Zahn, R., Eberhard, J., Wasserman, D., Brambilla, P., Balazs, J., Caldas-de-Almeida, J., Ulrichsen, A., Carli, V., Antunes, A., Schiena, G., Quidbach, V., Boyer, P., & Strawbridge, R. (2023). Economic impact of reducing treatment gaps in depression. *European Psychiatry, 66*(1), e57. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2415>
- Ministry of Public Health. (2018). Development of the Thai version of the patient health questionnaire for adolescents (PHD-A). Department of Health Services Support, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Pumput, P., & Phooriwiththayatheera, K. (2021). The role of nurses in promoting the ability to care for patients with schizophrenia by reducing perception of stigma. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences, 4*(3), 215-224.
- Sangkhapanthanon, L. (2017). Family and kinship systems in Lao society are studied from Sangsinxai. *Journal of Humanities and Social Sciences, 13*(2), 49-78. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/eJHUSO/article/view/107020>
- Sermasai, P., & Wongpanarak, N. (2023). *Factors predicting prevention behaviors of amphetamine relapse in people with amphetamine dependence in rehabilitation* [Doctoral dissertation, Mahasarakham University]. Mahasarakham University. <http://202.28.34.124/dspace/bitstream/123456789/1984/1/63010420005.pdf>
- Skulphan, S. (2021). *Nursing care suicidal behavior*. Smart Coating & Service. (in Thai)
- Sukhawaha, S., & Arunpongpaissal, S. (2017). Risk factors and theories associated with suicide in Adolescents: An in-depth literature review. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 62*(4), 359-378. (in Thai)
- Tangpattanakit, J. (2021). Factors affecting depression of adolescence in Chonburi Province. *Journal of Humanities and Social Sciences Ubon Ratchathani University, 12*(1), 45-65. (in Thai)



Adolescent Depression and Suicide Risk in Vientiane,
the Lao People's Democratic Republic
ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในนครหลวงเวียงจันทน์
สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

- Thapinta, D., Kulachai, S., Skulphan, S., Srimongkontaratorn, G., Boonyasiwapong, S., & Sukjit, P. (2013). The effect of cognitive behavior therapy multi-channel program for declining depression. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 27(3), 1-15. (in Thai)
- World Health Organization. (2017). *Policy options on mental health: A WHO-gulbenkian mental health platform collaboration*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *The WHO special initiative for mental health (2019-2023): Universal health coverage for mental health* (No. WHO/MSD/19.1). World Health Organization.



A Study of the Current Situation, Problems, and Teaching Methods regarding Sexual Harassment Prevention for Autistic Students in Grades 4-6 at Government Bangkok Metropolitan Inclusive Schools*

การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางในการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ
ในนักเรียนออทิสติก ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนเรียนรวมสังกัดกรุงเทพมหานคร*

ศิริธันย์	ชัยธรณาววัฒน์**	Sirathan	Chaithornthanawat**
ชนิดา	มิตรนันท์***	Chanida	Mitranun***
ศิริพันธ์	ศรีวันยงค์***	Siriparn	Sriwanyong***

Abstract

Currently, cases of sexual harassment in Thai society are frequently reported, and autistic students are among the most vulnerable groups because they exhibit many behaviors that lead to the risk of sexual harassment. This research aimed to study the current situation, problems, and approaches to teaching sexual harassment prevention for autistic students in grades 4-6 at Government Bangkok Metropolitan Inclusive Schools. This mixed-methods research was conducted in two phases. In the first phase, quantitative research was utilized to investigate the current situation, problems, and teaching methods used by teachers. The data collection instrument was a questionnaire designed to assess the current situation, the problems, and the teaching methods used by teachers. The participants included 55 special education teachers in Government Bangkok Metropolitan Inclusive Schools. Data were analyzed using descriptive statistics. In the second phase, qualitative research was conducted to explore the approaches to teaching for sexual harassment prevention among autistic students in grades 4-6. The data collection instrument was a focus group, and the participants were eight experts in the field. Data were analyzed using content analysis.

The research findings revealed that in the current situation, when autistic students entered adolescence, teachers encountered problems related to the students' sexuality in public places. As for the problems in teaching harassment prevention, there was a shortage of time for teaching in the same way as for general students which resulted in autistic students' inability to understand. Additionally, the common teaching methods used by teachers when encountering problems were talking, warning, or diverting the students' attention, which did not effectively teach the students about sexual harassment prevention. For teaching methods of sexual harassment prevention, experts have suggested that this be taught at the age of 11-12 or in grades 4-6. Visual learning materials are suitable for autistic students and should be used in teaching. In terms of assessment, both knowledge and demonstrated skills should be evaluated. Moreover, motivation should be provided through reinforcement, and assessments should include both knowledge and skills demonstrated through role-playing or simulation. The topics should start with issues that are relevant to the students, such as development changes, and then progress to teaching about cultural contexts in Thailand. Once students have a basic understanding, they should be taught how to refuse, with an emphasis on demonstrating these skills. One area that needs improvement in autistic students is language skills. Therefore, students could be encouraged to communicate and explain during role-playing or simulation, or they could be assessed through oral tests. Finally, students should be taught how to build and maintain good relationships with others.

It is recommended that these findings be used to create more suitable teaching methods for the Thai context and to develop further research into effective interventions for autistic students and other students with special needs.

Keywords: Autistic student; Sexual harassment; Students grades 4-6; Government Bangkok metropolitan inclusive schools

* Doctoral dissertation of Education in Special Education, Faculty of Education, Srinakharinwirot University

** Corresponding author, Doctoral student of Education in Special Education, Faculty of Education, Srinakharinwirot University; e-mail: sirathan.c@gmail.com

*** Assistant Professor, Faculty of Education, Srinakharinwirot University

Received 1 July 2024; Revised 15 December 2024; Accepted 19 December 2024



A Study of the Current Situation, Problems, and Teaching Methods regarding Sexual Harassment Prevention for Autistic Students in Grades 4-6 at Government Bangkok Metropolitan Inclusive Schools

การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางในการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ
ในนักเรียนออทิสติก ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนเรียนรวมสังกัดกรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ปัจจุบัน ขบวนการถูกล่วงละเมิดทางเพศในสังคมไทยมีให้เห็น และกลุ่มที่น่าเป็นห่วงที่สุด คือ กลุ่มนักเรียนออทิสติก เพราะเด็กกลุ่มนี้มีพฤติกรรมที่นำไปสู่ความเสี่ยงในการล่วงละเมิดทางเพศ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางในการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในนักเรียนออทิสติกชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนเรียนรวมสังกัดกรุงเทพมหานคร งานวิจัยแบบผสมผสานนี้แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน โดยในขั้นตอนที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และวิธีที่ครูใช้สอนเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน ปัญหา และวิธีที่ครูใช้สอน โดยกลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง เป็นครูการศึกษาพิเศษในโรงเรียนเรียนรวมสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 55 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ ในขั้นตอนที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อหาแนวทางในการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในนักเรียนออทิสติกชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง จำนวน 8 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลของการวิจัยพบว่า สภาพปัจจุบัน เมื่อนักเรียนออทิสติกเข้าสู่วัยรุ่นครูพบปัญหาเรื่องเพศในที่สาธารณะสำหรับปัญหาในการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศที่เกิดขึ้นคือ มีปัญหาเรื่องเวลาที่น้อยในการสอน และการสอนแบบเด็กทั่วไป ทำให้เด็กออทิสติกไม่สามารถเข้าใจได้ และวิธีที่ครูใช้เมื่อเจอปัญหาคือการพูดคุย ตักเตือนหรือเบี่ยงเบนความสนใจ ซึ่งจะเห็นว่าไม่ได้เป็นการสอนให้นักเรียนเข้าใจการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศสำหรับแนวทางในการสอน ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า ควรสอนนักเรียนออทิสติก ตั้งแต่อายุ 11-12 ปี หรือประถมศึกษาปีที่ 4-6 สื่อที่ใช้ในการสอนควรเป็นสื่อทางสายตาที่เหมาะสมกับนักเรียนออทิสติก ในด้านวัตถุประสงค์และการประเมินผลที่ต้องวัดทั้งความรู้และทักษะที่แสดงออก รวมทั้งสร้างแรงจูงใจโดยการให้แรงเสริม และวัดผลทั้งความรู้และทักษะที่แสดงออกมาจากการแสดงออกในบทบาทสมมติหรือสถานการณ์จำลองร่วมด้วย และการเลือกหัวข้อควรเริ่มจากเรื่องใกล้ตัวของนักเรียน เช่นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จากนั้นสอนให้รู้จักบริบทในวัฒนธรรมไทย เมื่อเข้าใจแล้วจึงสอนให้รู้จักการปฏิเสธซึ่งควรเน้นให้นักเรียนแสดงทักษะออกมาให้เห็น เพราะจุดที่ควรพัฒนาอย่างหนึ่งในนักเรียนออทิสติกที่เป็นปัญหาสำคัญคือเรื่องของภาษา ควรส่งเสริมให้นักเรียนสื่อสารและอธิบายระหว่างแสดงบทบาทสมมติหรือสถานการณ์จำลอง หรืออาจจะวัดผลจากการสอบปากเปล่า และสุดท้ายควรสอนนักเรียนให้รู้จักการสร้างและรักษาสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น

ผลการศึกษานี้ สามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการสอนให้เหมาะสมกับบริบทในประเทศไทย และสามารถนำไปพัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับเทคนิคและวิธีการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ สำหรับนักเรียนออทิสติกหรือนักเรียนที่มีความต้องการพิเศษกลุ่มอื่นต่อไป

คำสำคัญ: นักเรียนออทิสติก การล่วงละเมิดทางเพศ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนเรียนรวมสังกัดกรุงเทพมหานคร

* ดุษฎีนิพนธ์หลักสูตรการศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาพิเศษ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

** ผู้เขียนหลัก นิสิตหลักสูตรการศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาพิเศษ คณะศึกษาศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ e-mail: sirathan.c@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วันที่รับบทความ 1 กรกฎาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความ 15 ธันวาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 19 ธันวาคม 2567



A Study of the Current Situation, Problems, and Teaching Methods regarding Sexual Harassment Prevention for Autistic Students in Grades 4-6 at Government Bangkok Metropolitan Inclusive Schools

การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางในการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ
ในนักเรียนออทิสติก ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนเรียนรวมสังกัดกรุงเทพมหานคร

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กนักเรียนออทิสติก (Autistic student) เป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษประเภทหนึ่ง โรคออทิสติก (Autism Spectrum Disorder) เป็นความผิดปกติของสมองแบบหนึ่งที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก โดยจะแสดงอาการผิดปกติออกมาใน 2 ด้านใหญ่ ๆ ได้แก่ มีความบกพร่องในการสื่อสารทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และมีแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่จำกัดซ้ำ ๆ (Rajanukul Institute, 2017a) เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเข้าสู่วัยรุ่นเหมือนนักเรียนทั่วไป (Ministry of Public Health, 2018) ทำให้พฤติกรรมบางอย่างเปลี่ยนไป โดยอาจมีทักษะการสร้างสัมพันธ์ทางสังคมที่ผิดปกติ มีการเข้าหาคนไม่คุ้นเคย ไม่ถูกกาลเทศะ ควรต้องดูแลอย่างใกล้ชิด โดยการสร้างเสริมทักษะทางสังคม ให้รู้จักการดูแลตนเอง ปกป้องร่างกาย และอวัยวะต้องสงวนของตนเองอย่างเหมาะสม (Ministry of Public Health, 2018) ตลอดจนมีความท้าทายในการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากสังคมและใช้ชีวิตแบบผู้ใหญ่ร่วมกับบุคคลทั่วไป (Wertalik & Kubina, 2017) ทำให้ผู้ปกครองมีความกังวลเรื่องสุขภาพ ความปลอดภัย และเรื่องการถูกคุกคามทางเพศ

กรมสุขภาพจิต (Ministry of Public Health, 2018) ระบุว่า นักเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ปัญหาพัฒนาการและกลุ่มอาการออทิสติก จะมีความเสี่ยงในการถูกล่วงละเมิดทางเพศสูงกว่านักเรียนทั่วไป เนื่องจากนักเรียนออทิสติกเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ฮอร์โมนต่าง ๆ มีการพัฒนาเช่นเดียวกับนักเรียนทั่วไป ซึ่งนักเรียนทั่วไปเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะมีการปรับตัวที่ยากลำบากในระดับหนึ่ง สำหรับนักเรียนออทิสติกเมื่อเติบโตขึ้นพบว่า พัฒนาการด้านร่างกายมีการเจริญเติบโตเข้าสู่วัยรุ่นเช่นเดียวกับนักเรียนทั่วไป มีระดับความต้องการทางเพศและความพึงพอใจทางเพศที่ใกล้เคียงกับวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ทั่วไป

สถิติจากสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน เผยแพร่ข้อมูลนักเรียนกลุ่มอายุต่ำกว่า 18 ปี ว่าด้วยจำนวนการถูกล่วงละเมิดทางเพศระหว่างปี พ.ศ. 2556-2562 แบ่งออกเป็น บุคคลอื่นกระทำกับนักเรียน 482 คน รองลงมา คือ นักเรียนกระทำกับนักเรียนด้วยกัน 464 คน คนในครอบครัวกระทำกับนักเรียน 135 คน และครูหรือบุคลากรทางการศึกษากระทำกับนักเรียน 105 คน (Faculty of Social Sciences Kasetsart University, 2021) และส่วนใหญ่แล้วบุคคลที่ล่วงละเมิดนักเรียนจะเป็นคนใกล้ชิด ซึ่งสถิติที่นำเสนอในความเป็นจริงของจำนวนนักเรียนที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศจะมีจำนวนมากกว่านี้ เนื่องจากไม่กล้าเปิดเผยข้อมูลเพราะความกลัวที่มาจากผู้ล่วงละเมิดทางเพศที่มีอำนาจสูงกว่า (Kongsanoh, 2018; Sevelever et al., 2013) และนักเรียนออทิสติกมีอีกปัจจัย คือ ไม่แน่ใจ หรือไม่เข้าใจว่าตนเองกำลังถูกลวนลามหรือถูกล่วงละเมิดทางเพศอยู่ (Faculty of Social Sciences Kasetsart University, 2021)

ในอดีตช่วงแรก (Despert, 1971; Rumsey et al., 1985) เชื่อกันว่า บุคคลออทิสติกเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะไม่มี ความสนใจในความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้อื่น นอกจากนี้ ยังมีความเชื่อว่าบุคคลออทิสติกนั้นไม่อาจมีเพศสัมพันธ์ (Irvine, 2005) แต่ต่อมา มีการศึกษาเรื่องเพศในบุคคลออทิสติก (Kohn et al., 2023; Solomon et al., 2019; Wojciechowska & Gulczyńska, 2017) พบว่า บุคคลออทิสติกมีความปรารถนาที่จะมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป จึงมีการสอนเพศศึกษาในนักเรียนออทิสติกเพื่อช่วยลดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Curtiss & Ebata, 2016; Kohn et al., 2023) ในอดีตที่ผ่านมา การสอนเริ่มเมื่อนักเรียนออทิสติกเข้าสู่วัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่แล้ว ซึ่งอาจช้าเกินไปเมื่อต้องพัฒนา ความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศให้กับนักเรียนออทิสติก ซึ่งปัญหาเรื่องเพศในนักเรียนออทิสติกจะเริ่มแสดงให้เห็นเมื่ออายุได้ประมาณ 9 ปี โดยมีรายงานการพบพฤติกรรมแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมในนักเรียนออทิสติกถึงร้อยละ 30-44 (Rajanukul Institute, 2017a)



A Study of the Current Situation, Problems, and Teaching Methods regarding Sexual Harassment Prevention for Autistic Students in Grades 4-6 at Government Bangkok Metropolitan Inclusive Schools

การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางในการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ ในนักเรียนออทิสติก ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนเรียนรวมสังกัดกรุงเทพมหานคร

เมื่อนักเรียนออทิสติกเติบโตเข้าสู่วัยรุ่น ผู้ปกครองมักมีปัญหาในการหาจุดที่เหมาะสมระหว่างการให้ความเป็นอิสระและความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นแบบผู้ใหญ่ อีกทั้งยังกังวลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตัวเองเมื่ออยู่ในสถานการณ์จริง และความสามารถในการปกป้องตนเองจากพฤติกรรมที่เป็นอันตรายจากผู้อื่น ข้อกังวลอีกประการหนึ่ง คือ หากนักเรียนออทิสติกถูกล่วงละเมิดทางเพศ นักเรียนอาจไม่มีทักษะในการสื่อสารที่จะบอกผู้อื่น (Volkmar et al., 2014)

ประเทศไทย นักเรียนทั่วไปจะได้รับการเรียนการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในวิชาสุขศึกษา (Ministry of Education, 2008) ซึ่งเนื้อหาการสอนอ้างอิงจากบริบทของประเทศไทยเป็นหลัก ซึ่งเนื้อหาการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศจะถูกสอดแทรกตามด้านต่าง ๆ อีกทั้งยังมีเรื่องของ การดูแลสุขภาพอนามัย และการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับเพศของตนเองอีกด้วย แต่ปัญหาของการสอนนักเรียนออทิสติกให้รู้จักป้องกันตนเองจากพฤติกรรมที่นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการล่วงละเมิดทางเพศในโรงเรียน มีปัญหาหลายประการ เช่น เวลาเรียนไม่พอ เนื้อหาวิชาที่เรียนมีมากเกินไป ไม่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ครูไม่กล้าสอนหรือขาดความมั่นใจที่จะสอนให้นักเรียนออทิสติกมีทักษะในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ (Department of Health, 2015) ทำให้มีการสอนเพศศึกษาและสุขศึกษาเพียงเล็กน้อยให้กับนักเรียนออทิสติก (Solomon et al., 2019)

เมื่อนักเรียนออทิสติกเข้าสู่ช่วงเปลี่ยนผ่านระหว่างวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่พบว่า แผนการพัฒนาหรือการสอนจะเน้นเฉพาะการฝึกอบรมสายอาชีพ การใช้ชีวิตอย่างเป็นอิสระ และการดูแลที่อยู่อาศัย แม้ว่าเป้าหมายเหล่านั้นล้วนมีความสำคัญต่อการใช้ชีวิตเมื่อเป็นผู้ใหญ่ของนักเรียนออทิสติก ซึ่งน้อยมากที่จะกล่าวถึงการสอนทักษะที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัย การนัดเจอกับผู้อื่น เพศวิถี และพฤติกรรมทางเพศ (Solomon et al., 2019) นอกจากนี้ ถ้านักเรียนออทิสติกมีปัญหาเรื่องลักษณะทางระบบประสาท และพฤติกรรมที่มีลักษณะเฉพาะมากเท่าไร อาจทำให้การพัฒนาทักษะด้านการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศมีความซับซ้อนมากขึ้น (Ratto & Mesibov, 2015)

ด้วยปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจสำรวจ และศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางในการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในนักเรียนออทิสติกชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนเรียนรวมสังกัดกรุงเทพมหานคร เนื่องจากโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครมีนักเรียนออทิสติกเข้ามาเรียนรวมกับนักเรียนทั่วไป ทำให้มีความน่าสนใจในการเก็บรวบรวมข้อมูลสภาพปัจจุบัน และปัญหาที่เกิดขึ้นจากมุมมองของครูการศึกษาพิเศษ ซึ่งจะนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในนักเรียนออทิสติกชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ให้เหมาะสมกับบริบทในประเทศไทย และให้ผู้ปกครองหรือครูการศึกษาพิเศษ สามารถนำไปต่อยอดเพื่อพัฒนาเทคนิคและวิธีการช่วยเหลือนักเรียนออทิสติกของตนเองต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางในการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ ในนักเรียนออทิสติกชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดการให้ข้อมูลเสริมแรงจิตใจและพัฒนาทักษะ (Information Motivation and Behavioral skills: IMB Model) ที่มีรากฐานมาจากทฤษฎีจิตวิทยาทางสังคมและสุขภาพ (Social and Health psychology) ได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่ออธิบายพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ HIV ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นการส่งเสริมการรับประทายด้านไวรัสในผู้ป่วยเอดส์อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ (Rattanayotin & Vanijja, 2017) ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลักสำคัญ ได้แก่ การให้ข้อมูล (Information) การเสริมแรงจิตใจ (Motivation)



A Study of the Current Situation, Problems, and Teaching Methods regarding Sexual Harassment Prevention for Autistic Students in Grades 4-6 at Government Bangkok Metropolitan Inclusive Schools

การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางในการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ ในนักเรียนออทิสติก ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนเรียนรวมสังกัดกรุงเทพมหานคร

และ การพัฒนาทักษะ (Behavioral Skills) ดังนั้นการที่เด็กออทิสติกจะสามารถมีทักษะ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เมื่อนักเรียนได้รับข้อมูลที่ดี มีแรงจูงใจสูง และมีทักษะที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมใหม่ โมเดลนี้ถูกใช้อย่างกว้างขวางและประสบความสำเร็จในการออกแบบการช่วยเหลือเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพที่มีประสิทธิผล (Hagger et al., 2020) โดยเป้าหมายคือการนำเสนอพฤติกรรมที่ถูกต้องและลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพื่อนำไปพัฒนาวิธีการสอนหรือช่วยเหลือให้มีความสามารถในการป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศของเด็กนักเรียนออทิสติกต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการ 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และวิธีที่ครูใช้สอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในนักเรียนออทิสติกชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6

ขั้นตอนที่ 2 ทำการจัดการสนทนากลุ่ม โดยการเชิญผู้เชี่ยวชาญ 8 ท่าน มาให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในนักเรียนออทิสติกชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครูการศึกษาพิเศษที่สอนอยู่ในโรงเรียนเรียนรวมในสังกัดกรุงเทพมหานคร ที่สอนในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 158 โรงเรียน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครูการศึกษาพิเศษที่สอนอยู่ในโรงเรียนเรียนรวมในสังกัดกรุงเทพมหานคร ที่สอนนักเรียนออทิสติกในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โดยมาจากการคัดเลือกมาโรงเรียนละ 1 คน ตามความสมัครใจ รวม 55 โรงเรียน จำนวน 55 คน

ผู้เชี่ยวชาญที่เชิญมาร่วมการสนทนากลุ่ม (focus group) จำนวน 8 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยทำการเลือกแบบเจาะจง ดังนี้ 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านการสอนนักเรียนออทิสติก 2 คน 2) ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ 2 คน 3) ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล 2 คน 4) ผู้เชี่ยวชาญด้านหลักสูตรสุขศึกษา 1 คน 5) ผู้เชี่ยวชาญด้านการสอนทักษะสังคม 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับศึกษาสภาพ ปัญหา และวิธีที่ครูใช้สอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในนักเรียนออทิสติกชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 มี 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มี 5 ข้อ

ตอนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหา มี 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านปัญหาเรื่องเพศของนักเรียนออทิสติก มี 8 ข้อ 2) ด้านปัญหาเรื่องหลักสูตรในการสอนนักเรียนออทิสติก มี 8 ข้อ 3) ด้านการจัดกิจกรรม มี 5 ข้อ 4) ด้านสื่อที่ใช้ มี 2 ข้อ 5) ด้านวัดผลและการประเมินผล มี 3 ข้อ รวมมีข้อคำถาม 26 ข้อ โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) เกณฑ์การให้คะแนนคือ ระดับ 5 หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับสภาพจริงในระดับมากที่สุด และ ระดับ 1 หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับสภาพจริงในระดับน้อยที่สุด และเกณฑ์ในการแปลผล มีดังนี้

4.51-5.00	หมายถึง	มีความคิดเห็นตรงกับสภาพจริงอยู่ในระดับมากที่สุด
3.51-4.50	หมายถึง	มีความคิดเห็นตรงกับสภาพจริงอยู่ในระดับมาก
2.51-3.50	หมายถึง	มีความคิดเห็นตรงกับสภาพจริงอยู่ในระดับปานกลาง
1.51-2.50	หมายถึง	มีความคิดเห็นตรงกับสภาพจริงอยู่ในระดับน้อย



A Study of the Current Situation, Problems, and Teaching Methods regarding
Sexual Harassment Prevention for Autistic Students in Grades 4-6
at Government Bangkok Metropolitan Inclusive Schools

การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางในการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ
ในนักเรียนออทิสติก ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนเรียนรวมสังกัดกรุงเทพมหานคร

1.00-1.50 หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับสภาพจริงอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามวิธีที่ครูใช้สอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในนักเรียนออทิสติกชั้น
ประถมศึกษาปีที่ 4-6 เป็นแบบสอบถามปลายเปิด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ครูได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
เพิ่มเติม

แปลผลข้อมูลจากค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูล (content analysis)

2. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม โดยมีข้อคำถามดังนี้

คำถามที่ 1 แนวทางในการสอน ควรสอนนักเรียนออทิสติกด้วยเทคนิคใด ควรวัดผลด้วยการวัดผลสัมฤทธิ์
ทางการเรียนรู้หรือไม่ หรือควรวัดด้วยวิธีการแบบใด

คำถามที่ 2 การสร้างแรงจูงใจ ควรวัดจากความเข้าใจด้าน ทักษะคิด บรรทัดฐานของสังคม และความตั้งใจใน
การป้องกันตนเอง หรือควรวัดด้วยวิธีการแบบใด

คำถามที่ 3 ควรวัดผลจากการแสดงพฤติกรรมในสถานการณ์จำลองหรือไม่ หรือควรวัดด้วยวิธีการแบบใด

คำถามที่ 4 จากการศึกษาหัวข้อที่เกี่ยวข้องในวิชาสุขศึกษา หัวข้อการสอน 7 แผน เหมาะสมแล้วหรือไม่
หรือ ควรลดหัวข้อใดเพื่อความกระชับของการสอน และเรียงลำดับได้เหมาะสมแล้วหรือไม่

สอนเป็นหัวข้อที่ 1 การเจริญเติบโตและการพัฒนาการของร่างกายและจิตใจตามวัย

สอนเป็นหัวข้อที่ 2 ระบบสืบพันธุ์ การเจริญเติบโตและการพัฒนาการ

สอนเป็นหัวข้อที่ 3 การปฏิเสธการกระทำที่เป็นอันตรายและไม่เหมาะสมในเรื่องเพศ

สอนเป็นหัวข้อที่ 4 การเปลี่ยนแปลงทางเพศและปฏิบัติตนได้เหมาะสม

สอนเป็นหัวข้อที่ 5 พฤติกรรมที่เหมาะสมกับเพศของตนตามวัฒนธรรมไทย

สอนเป็นหัวข้อที่ 6 การสร้างและรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่น

สอนเป็นหัวข้อที่ 7 พฤติกรรมเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอชไอวี และการตั้งครรภ์ก่อน
วัยอันควร

การทดสอบคุณภาพของแบบสอบถาม

แบบสอบถามเกี่ยวกับศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศใน
นักเรียนออทิสติกชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ได้ผ่านการพิจารณาแบบประเมิน
ความเที่ยงตรง (IOC) ของเครื่องมือการวิจัย และได้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.60-1.00 โดยผู้เชี่ยวชาญในการพิจารณาแบบ
ประเมินความเที่ยงตรงเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาพิเศษ จำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์
2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขศึกษา จำนวน 1 ท่าน รวม 5 ท่าน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมและจรรยาบรรณทางวิชาการ โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม
สำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลขรับรอง: SWUEC/G-
149/2566 ภายหลังได้รับการรับรอง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างไม่
ต้องการให้ข้อมูลหรือไม่สะดวกให้ข้อมูลการวิจัย สามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ และจะทำลายข้อมูล หลังจากการ
เผยแพร่งานวิจัยแล้ว 1 ปี



A Study of the Current Situation, Problems, and Teaching Methods regarding Sexual Harassment Prevention for Autistic Students in Grades 4-6 at Government Bangkok Metropolitan Inclusive Schools

การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางในการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ
ในนักเรียนออทิสติก ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนเรียนรวมสังกัดกรุงเทพมหานคร

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนของการศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และวิธีที่ครูใช้สอน

1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือ ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัยเพื่อแจ้งความประสงค์ในการเก็บข้อมูลในโรงเรียนเรียนรวมในสังกัดกรุงเทพมหานครผ่านสำนักการศึกษา

1.2 ผู้วิจัยส่งหนังสือถึงสำนักการศึกษาในการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย โดยขอความร่วมมือให้ครูการศึกษาพิเศษที่สอนอยู่ในโรงเรียนเรียนรวมในสังกัดกรุงเทพมหานคร ที่สอนในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ผ่านการทำแบบสอบถามออนไลน์โดยการส่ง QR code และ Link โดยใช้โปรแกรม Google Form โดยระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2566-31 ตุลาคม 2566

2. ขั้นตอนของการจัดการสนทนากลุ่ม

2.1 ผู้วิจัยขอหนังสือ ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงผู้ให้ข้อมูลจำนวน 8 ท่าน โดยเลือกแบบเจาะจงจากคุณวุฒิ ประสบการณ์การเรียนและการทำงานตามคุณสมบัติเฉพาะด้าน เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการสนทนากลุ่ม

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำการนัดวันและเวลาในการทำการสนทนากลุ่ม และส่งผลการวิจัยกับประเด็นการสนทนากลุ่มล่วงหน้าให้กับผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

2.3 ผู้วิจัยนัดวันเวลาสัมภาษณ์ โดยติดต่อผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตสนทนากลุ่มทางออนไลน์ ในวันจันทร์ที่ 11 มีนาคม 2567 เวลา 17.00 น. ผ่านโปรแกรม Google Meet

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม และวิเคราะห์เกี่ยวกับศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางในการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในนักเรียนออทิสติกชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการสอน ผู้ตอบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 46 คน เพศชาย 9 คน คิดเป็นร้อยละ 83.6 และ 16.4 ตามลำดับ วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่เป็นครุศาสตรบัณฑิต รองลงมาเป็นการศึกษาศาสตรบัณฑิต การศึกษามหาบัณฑิต ศาสตราจารย์มหาบัณฑิต และศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ร้อยละ 80, 12.7, 1.8, 1.8, 1.8, และ 1.8 ตามลำดับ ข้อมูลด้านสาขาวิชา ส่วนใหญ่เป็นสาขาวิชาการศึกษาพิเศษ รองลงมาเป็นการบริหารการศึกษา การศึกษาพิเศษ-ภาษาไทย การศึกษาพิเศษและคอมพิวเตอร์ จิตวิทยาเด็กพิเศษ จิตวิทยาและการแนะแนว (การศึกษาพิเศษ) และจิตวิทยาครูการศึกษาพิเศษ ร้อยละ 85.2, 3.7, 1.9, 1.9, 1.9, 1.9 และ 1.9 ตามลำดับ

ข้อมูลด้านประสบการณ์ในการสอนเด็กออทิสติก 5-9 ปี มากที่สุด รองลงมาคือ 1-4 ปี 10-14 ปี และ 15 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 30.9, 27.5, 21.8 และ 20 ตามลำดับ และเคยสอนนักเรียนออทิสติกที่มีระดับความรุนแรง (severity) ตามเกณฑ์ของ DSM-V (American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force, 2013) ในระดับต้องการให้การช่วยเหลือ (requiring support) จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 72.7 ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด



A Study of the Current Situation, Problems, and Teaching Methods regarding
Sexual Harassment Prevention for Autistic Students in Grades 4-6
at Government Bangkok Metropolitan Inclusive Schools

การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางในการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ
ในนักเรียนออทิสติก ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนเรียนรวมสังกัดกรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 2 ศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในนักเรียนออทิสติกชั้น
ประถมศึกษาปีที่ 4-6 ผลการศึกษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางสรุปค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นตรงกับสภาพจริงของปัญหา และ
แนวทางการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ (n = 55)

ข้อ	คำถามสภาพปัจจุบันและปัญหาในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ	ค่าเฉลี่ย	ผล	SD
ด้านที่ 1 ปัญหาเรื่องเพศของนักเรียนออทิสติก		3.20	ปานกลาง	1.28
1.1	นักเรียนออทิสติกแสดงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการล่วงละเมิดทางเพศในที่สาธารณะ	3.04	ปานกลาง	1.23
1.2	นักเรียนออทิสติกมีพฤติกรรมแสดงความรู้สึกสนใจ และเข้าหาใกล้ชิดบุคคลที่สนใจ อย่างไม่เหมาะสม	2.98	ปานกลาง	1.22
1.3	นักเรียนออทิสติกไม่รู้จักปฏิเสธเมื่อบุคคลที่ไม่รู้จักพยายามมาสัมผัสร่างกาย	3.25	ปานกลาง	1.31
1.4	นักเรียนออทิสติกมักมีพฤติกรรมสัมผัสอวัยวะเพศที่ไม่เหมาะสม เช่น จับเกา เล่น ในที่สาธารณะ	3.51	ปานกลาง	1.36
ด้านที่ 2 ปัญหาเรื่องหลักสูตรในการสอนนักเรียนออทิสติก		3.39	ปานกลาง	1.06
2.1	สาระการเรียนรู้แกนกลางในวิชาสุขศึกษามีหลายประเด็นที่สอนให้นักเรียนออทิสติกสามารถดูแลตนเองและป้องกันตนเองจากพฤติกรรมที่นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการล่วงละเมิดทางเพศ	3.35	ปานกลาง	1.04
2.2	สาระการเรียนรู้แกนกลางวิชาสุขศึกษาที่เกี่ยวกับการสอนพฤติกรรมทางเพศเหมาะสมกับการสอนนักเรียนออทิสติก	3.15	ปานกลาง	1.01
2.3	การเรียนรู้และเข้าใจเนื้อหาวิชาสุขศึกษาที่เกี่ยวกับการสอนพฤติกรรมทางเพศเหมาะสมจะให้นักเรียนออทิสติกป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศได้	3.35	ปานกลาง	1.04
2.4	ควรเพิ่มจำนวนชั่วโมงในการเรียนวิชาสุขศึกษาสำหรับนักเรียนออทิสติก	3.35	ปานกลาง	1.11
2.5	เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการสอนพฤติกรรมทางเพศเหมาะสมและการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ มีเพียงพอในการเรียนสุขศึกษา	3.25	ปานกลาง	0.97
2.6	เนื้อหาสุขศึกษาสามารถสอนการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับเพศของตนเองให้เหมาะสมกับบริบทประเทศไทยได้	3.29	ปานกลาง	0.96
2.7	การสอนเพศศึกษาจะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการล่วงละเมิดทางเพศในนักเรียนออทิสติกได้	3.58	มาก	1.15
2.8	ควรเริ่มสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศให้กับนักเรียนออทิสติกตั้งแต่อายุ 11-12 ปี หรือประถมศึกษาปีที่ 4-6	3.80	มาก	1.18
ด้านที่ 3 ด้านการจัดกิจกรรม		4.04	มาก	0.88
3.1	การจัดการเรียนการสอนสุขศึกษาแบบเด็กทั่วไป ไม่สามารถทำให้นักเรียนออทิสติกเข้าใจได้	3.65	มาก	1.02
3.2	ควรจัดกิจกรรมให้หลากหลายสถานการณ์เพื่อให้นักเรียนออทิสติกเข้าใจวิธีเลี่ยงการล่วงละเมิดสำหรับสถานการณ์นั้น ๆ	4.22	มาก	0.79



A Study of the Current Situation, Problems, and Teaching Methods regarding
Sexual Harassment Prevention for Autistic Students in Grades 4-6
at Government Bangkok Metropolitan Inclusive Schools

การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางในการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ
ในนักเรียนออทิสติก ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนเรียนรวมสังกัดกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 1 ตารางสรุปค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นตรงกับสภาพจริงของปัญหา และ
แนวทางการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ (n = 55) (ต่อ)

ข้อ	คำถามสภาพปัจจุบันและปัญหาในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ	ค่าเฉลี่ย	ผล	SD
3.3	การสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศควรจัดกิจกรรมให้เหมาะสม กับลักษณะของนักเรียนออทิสติกโดยเฉพาะบุคคล	4.35	มาก	0.73
3.4	กิจกรรมที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ควรเป็นการสร้างสถานการณ์จำลอง หรือการแสดงบทบาทสมมติ	3.95	มาก	0.97
3.5	กิจกรรมที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ควรเน้นการพัฒนาทักษะการสื่อสาร เพื่อให้รู้จักการตอบสนองอย่างเหมาะสม	4.02	มาก	0.89
ด้านที่ 4 ด้านสื่อที่ใช้		3.93	มาก	0.90
4.1	สื่อและสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ที่ใช้ควรมีภาพประกอบ อาจเป็นวิดีโอ หรือรูปภาพสถานการณ์จริง	3.73	มาก	0.99
4.2	ควรเพิ่มสื่อที่ใช้ในการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในนักเรียน ออทิสติกโดยเฉพาะ	4.13	มาก	0.82
ด้านที่ 5 ด้านวัดผลและการประเมินผล		3.75	มาก	0.94
5.1	การวัดผลการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศควรให้นักเรียนแสดงทักษะ ให้เห็นในสถานการณ์จำลอง	3.64	มาก	0.97
5.2	การวัดผลการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศควรวัดความรู้ควบคู่ไปกับ การแสดงทักษะ	3.76	มาก	0.94
5.3	เกณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับใช้ประเมินผลว่านักเรียนออทิสติกมีความรู้ความ เข้าใจในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ คือนักเรียนออทิสติกแสดง ทักษะที่ถูกต้องให้เห็นในสถานการณ์จำลอง	3.84	มาก	0.92

จากการศึกษาพบว่า ปัญหาเรื่องเพศของนักเรียนออทิสติก อยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาเรื่องหลักสูตรใน
การสอนนักเรียนออทิสติก อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการจัดกิจกรรมมีปัญหา ในระดับมาก ด้านสื่อที่มีปัญหา
ในระดับมาก ด้านวัดผลและการประเมินผลมีปัญหา ในระดับมาก

ตอนที่ 3 วิธีที่ครูใช้สอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในนักเรียนออทิสติกชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6

จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามปลายเปิด วิธีที่ครูเลือกใช้ได้แก่ 1) วิธีการพูดคุย อธิบายด้วยเหตุผล
เรื่องที่สอนนักเรียนจะมีการสอนให้เคารพผู้อื่น ไม่ล่วงเกินเพื่อน สอนและแนะนำวิธีที่ถูกต้อง หรือสถานที่ที่
เหมาะสมให้นักเรียนไปจัดการตัวเองในห้องน้ำให้เรียบร้อย ครูบางท่านอาจใช้วิธีการชี้แนะและชี้หน้า โดยการ
อธิบายให้ฟังตัวต่อตัวพร้อมกับจับมือของนักเรียนและบอกว่าทำแบบนี้ไม่ถูกต้อง ครูบางท่านใช้วิธีการวางเงื่อนไข
โดยการเข้าไปบอกให้หยุดทำและแนะนำในสิ่งที่ถูกต้องพร้อมกับให้ข้อตกลงเงื่อนไขในการไม่ทำพฤติกรรมดังกล่าว
2) การตักเตือน หรืออาจมีการใช้เทคนิคยับยั้งพฤติกรรม โดยการเรียกชื่อเพื่อเรียกสตินักเรียน 3) ใช้วิธีการเลี้ยงไม่
พูดอะไรในทำนองที่เกี่ยวกับเพศ โดยครูบางท่านจะพยายาม เบี่ยงเบนความสนใจ ให้ทำอย่างอื่นแทน บางครั้งจะ
จับนักเรียนแยกออกมาดูแลและสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด ซึ่งครูบางท่านจะมีการรายงานและสอบถาม
ผู้ปกครองถึงปัญหาที่เกิดขึ้น



A Study of the Current Situation, Problems, and Teaching Methods regarding
Sexual Harassment Prevention for Autistic Students in Grades 4-6
at Government Bangkok Metropolitan Inclusive Schools

การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางในการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ
ในนักเรียนออทิสติก ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนเรียนรวมสังกัดกรุงเทพมหานคร

หลังจากที่เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยได้ทรวบรวมข้อมูลสภาพปัจจุบัน ปัญหา ในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในนักเรียนออทิสติก การจัดการสนทนากลุ่ม (focus group) เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาวิธีการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในนักเรียนออทิสติกชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 มีผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 8 ท่าน ร่วมในการสนทนากลุ่มครั้งนี้

ผลการวิเคราะห์การสนทนากลุ่ม

1. การสอนนักเรียนออทิสติก และการวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นดังนี้
 - 1.1 ถ้าเด็กที่พอมมีทักษะทางภาษา ให้วัดผลหลาย ๆ แบบ หรือถ้าทักษะทางภาษาไม่ดีมาก อาจวัดผลผ่านทางการสอบปากเปล่าเพื่อให้เด็กอธิบายเพิ่มเติมได้เช่นกัน
 - 1.2 ถ้าไม่แน่ใจว่าระดับภาษาของเด็กดีพอที่จะเขียนตอบอัตนัยหรือปรนัยได้ ให้วัดผลโดยเป็นการสอบปากเปล่า (oral test) จะเหมาะสมกว่า
2. การสอนให้เกิดแรงจูงใจ และความตั้งใจในการป้องกันตนเอง ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นดังนี้
 - 2.1 เรื่องการสอนให้เกิดแรงจูงใจ และความตั้งใจในการป้องกันตนเอง ให้ใช้เรื่องราวทางสังคม (social story) ร่วมกับการวัดผลข้างต้น หรืออาจจะวัดได้หลายวิธีอย่างเช่น วัดผ่านแบบสอบถาม วัดผ่านการสนทนา เพื่อที่จะดูเรื่องความตั้งใจในการป้องกันตนเอง
 - 2.2 ควรเสริมเรื่องการปรับพฤติกรรมเข้าไปร่วมกับด้วยเพื่อจูงใจให้นักเรียนแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม
3. การวัดผลจากการแสดงพฤติกรรมในสถานการณ์จำลอง ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นดังนี้
 - 3.1 แม้ว่าเด็กจะได้ฝึกในสถานการณ์จำลอง แต่พอถึงเวลาในชีวิตจริงอาจจะมีความรู้สึกร่วมด้วย
 - 3.2 การสอนด้วยสถานการณ์จำลองนั้นเหมาะสม แต่ต้องเลือกคนที่จะมาเป็นตัวแสดงในสถานการณ์จำลองซึ่งไม่ควรจะเป็นคนที่เด็กรู้จัก
 - 3.3 อาจให้เด็กเรียนผ่านตัวสถานการณ์จำลอง เพราะว่าถ้าสอนเน้นเนื้อหาวิชาการมากเกินไป จะกลายเป็นการเรียนการสอนปกติ
4. หัวข้อในการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นดังนี้
ให้เริ่มจากเรื่องใกล้ตัวของนักเรียน เช่นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จากนั้นให้สอนให้รู้จักบริบทในวัฒนธรรมไทย เมื่อเข้าใจแล้วจึงสอนให้รู้จักการปฏิเสธซึ่งควรเน้นให้นักเรียนแสดงทักษะออกมาให้เห็น และสุดท้ายควรสอนให้รู้จักการสร้างและรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ดังนี้
สอนเป็นหัวข้อที่ 1 การเจริญเติบโตและการพัฒนาการของร่างกายและจิตใจตามวัย ระบบสืบพันธุ์ การเจริญเติบโตและการพัฒนาการ การเปลี่ยนแปลงทางเพศและปฏิบัติตนได้เหมาะสม
สอนเป็นหัวข้อที่ 2 พฤติกรรมที่เหมาะสมกับเพศของตนตามวัฒนธรรมไทย
สอนเป็นหัวข้อที่ 3 พฤติกรรมเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอดส์ และการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การคุมกำเนิด
สอนเป็นหัวข้อที่ 4 การปฏิเสธการกระทำที่เป็นอันตรายและไม่เหมาะสมในเรื่องเพศ สื่อออนไลน์เรื่องของพฤติกรรมการเล่นแบบ
สอนเป็นหัวข้อที่ 5 การสร้างและรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่น



A Study of the Current Situation, Problems, and Teaching Methods regarding Sexual Harassment Prevention for Autistic Students in Grades 4-6 at Government Bangkok Metropolitan Inclusive Schools

การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางในการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ
ในนักเรียนออทิสติก ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนเรียนรวมสังกัดกรุงเทพมหานคร

การอภิปรายผล

จากการศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและวิธีที่ครูใช้สอน จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันครูการศึกษาพิเศษในโรงเรียนเรียนรวมในจังหวัดกรุงเทพมหานครที่ดูแลนักเรียนออทิสติกส่วนใหญ่ มีวุฒิการศึกษาที่ตรงกับการศึกษาพิเศษหรือใกล้เคียง รวมถึงสาขาวิชาที่เกี่ยวกับการศึกษาพิเศษหรือจิตวิทยาซึ่งมีความรู้ความเข้าใจในนักเรียนออทิสติกเป็นอย่างดี ซึ่งในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีนักเรียนออทิสติกที่อยู่ในระดับความรุนแรง (severity) ตามเกณฑ์ของ DSM-V ในระดับต้องการให้การช่วยเหลือ (requiring support) ที่สามารถเรียนอยู่ในห้องเรียนรวมเป็นส่วนใหญ่ ในปัญหาเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่ได้อ่านได้มากเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ได้แก่ นักเรียนออทิสติกมักมีพฤติกรรมสัมผัสอวัยวะเพศที่ไม่เหมาะสม และไม่รู้จักระเบียบเมื่อบุคคลที่ไม่รู้จักพยายามมาสัมผัสร่างกาย เข้าหาคนแปลกหน้าง่าย (Beddows & Brooks, 2016; Ministry of Public Health, 2018; Rajanukul Institute, 2017a, 2017b)

จากปัญหาการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ส่วนใหญ่พบว่านักเรียนออทิสติกไม่แน่ใจ หรือไม่เข้าใจว่าตนเองกำลังถูกลวนลามหรือถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Faculty of Social Sciences Kasetsart University, 2021) เพราะงานวิจัยในอดีต (Despert, 1971; Rumsey et al., 1985) เคยเชื่อกันว่า นักเรียนออทิสติกเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นไม่มีความสนใจในความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้อื่น ซึ่งเป็นความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง เพราะนักเรียนออทิสติกก็มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเช่นเดียวกันกับนักเรียนทั่วไป (Kohn et al., 2023; Solomon et al., 2019; Wojciechowska & Gulczyńska, 2017) นอกจากนี้ วิธีที่ครูใช้สอนนั้นเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ กล่าวคือเมื่อนักเรียนแสดงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์จึงค่อยสอน พูดคุย อธิบาย การตักเตือน หรือเลี้ยงที่จะไม่พูดอะไรในทำนองที่เกี่ยวกับเพศ ซึ่งไม่ได้เป็นการแก้ปัญหาในระยะยาว และไม่ได้พัฒนาความรู้ความเข้าใจในธรรมชาติของพัฒนาการทางเพศที่เกิดขึ้น ทำให้ปัญหาพฤติกรรมการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมยังคงมีอยู่ และนักเรียนไม่รู้จักรับการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศที่ถูกต้อง หรือยังคงมีพฤติกรรมถูกล่วงละเมิดทางเพศบุคคลอื่นให้เห็นอยู่บ่อยครั้ง

จากงานวิจัยพบว่า การสอนเพศศึกษาในนักเรียนออทิสติกช่วยลดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Curtiss & Ebata, 2016; Kohn et al., 2023) ในต่างประเทศได้มีการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศให้กับนักเรียนออทิสติก แต่สอนเมื่อนักเรียนออทิสติกเข้าสู่วัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่แล้ว ซึ่งอาจช้าเกินไปเมื่อต้องพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศให้กับนักเรียนออทิสติก (Asagba, 2017; Bloor et al., 2022; Curtiss & Ebata, 2016; Kohn et al., 2023; MacKenzie, 2018; Solomon et al., 2019; Strnadová et al., 2022)

จากการศึกษาหลักสูตรสุขศึกษาในประเทศไทยพบว่า มีบางหัวข้อที่เหมาะสมแก่การสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ (Department of Health, 2015) ซึ่งควรเริ่มต้นจากการเจริญเติบโตและพัฒนาการของร่างกาย และจิตใจตามวัย ระบบสืบพันธุ์ การเจริญเติบโตและพัฒนาการ การเปลี่ยนแปลงทางเพศและปฏิบัติตนได้เหมาะสมซึ่งเป็นเรื่องที่ใกล้ตัวนักเรียนก่อน จากนั้นจึงควรเป็นเรื่องพฤติกรรมที่เหมาะสมกับเพศของตนเองตามวัฒนธรรมไทย ลำดับต่อไปควรสอนเรื่อง พฤติกรรมเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอชไอวี และการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยเสริมเรื่องการคุมกำเนิด เมื่อนักเรียนเกิดความเข้าใจแล้ว สอนให้รู้จักการปฏิเสธการกระทำที่เป็นอันตรายและไม่เหมาะสมในเรื่องเพศ และควรเสริมเรื่องสื่อออนไลน์ในช่วงนี้ และสุดท้ายสอนให้รู้จักการสร้างและรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่เหมาะสมในระยะยาว โดยเน้นการสอนที่เป็นความรู้โดยใช้สื่อที่เหมาะสมกับนักเรียนออทิสติก หรือเป็นสื่อทางสายตาให้ได้มากที่สุด เช่นภาพ วีดีโอ เป็นต้น สำหรับการสอนให้เกิดแรงจูงใจ เพื่อให้นักเรียนเรียนรู้ถึงการปฏิบัติตนเองในสังคม โดยใช้แรงเสริมทางบวกช่วยใน



A Study of the Current Situation, Problems, and Teaching Methods regarding Sexual Harassment Prevention for Autistic Students in Grades 4-6 at Government Bangkok Metropolitan Inclusive Schools

การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางในการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ ในนักเรียนออทิสติก ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนเรียนรวมสังกัดกรุงเทพมหานคร

การมุ่งใจให้แสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม และให้ปฏิบัติในบทบาทสมมติหรือสถานการณ์จำลองเพื่อให้นักเรียนได้ฝึกฝน พร้อมทั้งวัดการแสดงทักษะที่เหมาะสมไปในเวลาเดียวกันด้วย

การสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ ในนักเรียนออทิสติกนั้นมักเป็นสิ่งที่ถูกมองข้ามหรือถูกจัดไว้เป็นลำดับท้าย ๆ ในการพัฒนา ซึ่งในความเป็นจริงนั้นไม่ควรให้เด็กเข้าสู่วัยรุ่น หรือให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ก่อนจึงค่อยสอน ซึ่งช่วงอายุที่เหมาะสมในการสอนคือช่วงประมาณ 11-15 ปี หรือประถมศึกษาปีที่ 4-6 โดยให้ครูเริ่มจากการนำเนื้อหาสุขศึกษาไปปรับให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล โดยอาจจะนำมาเป็นเป้าหมายในการทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP) ครูควรเริ่มจากเรื่องใกล้ตัวของนักเรียน เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จากนั้นให้สอนให้รู้จักบริบทในวัฒนธรรมไทย เมื่อเข้าใจแล้วควรสอนให้รู้จักการปฏิเสธ โดยเน้นให้นักเรียนแสดงทักษะออกมาให้เห็น เพราะจุดพัฒนาอย่างหนึ่งในนักเรียนออทิสติกที่เป็นปัญหาคือเรื่องของภาษา ดังนั้นอาจสอนโดยใช้บทบาทสมมติหรือสถานการณ์จำลอง และควรสอนให้รู้จักการสร้างและรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ซึ่งการสอนเรื่องดังกล่าว ครูสามารถทำแผนร่วมกับผู้ปกครองและวัดผลทั้งที่โรงเรียนและที่บ้านด้วยเช่นกัน สุดท้ายนี้ควรสอนการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับเพศของตนเองในบริบทประเทศไทย จะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการล่วงละเมิดทางเพศในนักเรียนออทิสติกได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

แนวทางการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในนักเรียนออทิสติก ควรสอนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสอนด้านความรู้ เสริมแรงใจ และการฝึกปฏิบัติ โดยใช้เทคนิคที่เหมาะสม เช่น วิธีการสอนตรงโดยใช้สื่อทางสายตาร่วมด้วย รวมทั้งสร้างแรงใจโดยการให้แรงเสริม และวัดผลทั้งความรู้และทักษะที่แสดงออกในบทบาทสมมติหรือสถานการณ์จำลอง และควรเน้นให้นักเรียนแสดงทักษะ เพราะจุดพัฒนาอย่างหนึ่งในนักเรียนออทิสติกที่เป็นปัญหาคือเรื่องของภาษา ควรสื่อสารอธิบายในระหว่างแสดงบทบาทสมมติหรือสถานการณ์จำลอง หรือวัดผลจากการสอบปากเปล่า สำหรับการเลือกหัวข้อการสอนควรเริ่มจากเรื่องใกล้ตัวของนักเรียน จากนั้นเป็นหัวข้อในเรื่องของสังคมที่เป็นเรื่องซับซ้อนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเพิ่มเติม โดยการเก็บข้อมูลไปยังโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) หรือโรงเรียนในต่างจังหวัดอื่น ๆ ตลอดจนโรงเรียนเอกชน และควรสำรวจปัญหาความเสี่ยงต่อการล่วงละเมิดทางเพศในนักเรียนที่มีความต้องการพิเศษกลุ่มอื่นด้วย

References

- Asagba, K. C. (2017). *Sex education for people with autistic spectrum disorder and learning disabilities*. Canterbury Christ Church University [United Kingdom]. https://repository.canterbury.ac.uk/download/dbcd54787a6ff587a6f22b74fbbccda99dad67d0d7948fe772528f7d8f9703c2/4163244/Kelly_Asagba_MRP_2017.pdf
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>



A Study of the Current Situation, Problems, and Teaching Methods regarding
Sexual Harassment Prevention for Autistic Students in Grades 4-6
at Government Bangkok Metropolitan Inclusive Schools
การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางในการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ
ในนักเรียนออทิสติก ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนเรียนรวมสังกัดกรุงเทพมหานคร

- Beddows, N., & Brooks, R. (2016). Inappropriate sexual behaviour in adolescents with autism spectrum disorder: What education is recommended and why. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(4), 282-289.
- Bloor, D., Ballantyne, C., Gillespie-Smith, K., Wilson, C., & Hendry, G. (2022). Investigating the challenges of teaching sex education to autistic learners: A qualitative exploration of teachers' experiences. *Research in Developmental Disabilities*, 131, 104344. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2022.104344>
- Curtiss, S. L., & Ebata, A. T. (2016). Building capacity to deliver sex education to individuals with autism. *Sexuality and Disability*, 34(1), 27-47. <https://doi.org/10.1007/s11195-016-9429-9>
- Department of Health. (2015). *A manual for integrated teaching sex education and life skills for students*. The Agricultural co-operative federation of Thailand.
- Despert, J. L. (1971). Reflections on early infantile autism. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1(4), 363-367.
- Faculty of Social Sciences Kasetsart University. (2021). *Annual child and youth development report 2020*. Department of children and youth 2020. Ministry of Social Development and Human Security. (in Thai)
- Hagger, M. S., Cameron, L. D., Hamilton, K., Hankonen, N., & Lintunen, T. (2020). *The handbook of behavior change*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108677318>
- Irvine, A. (2005). Issues in sexuality for individuals with developmental disabilities: Myths, misconceptions, and mistreatment. *Exceptionality Education Canada*, v15(3), 5-20. <https://eric.ed.gov/?id=EJ771423>
- Kohn, B. H., Vidal, P., Chiao, R., Pantalone, D. W., & Faja, S. (2023). Sexual knowledge, experiences, and pragmatic language in adults with and without autism: Implications for sex education. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(10), 3770-3786.
- Kongsanoh, S. (2018). *Student and sexual harassments*. National Assembly Library of Thailand. <https://dl.parliament.go.th/handle/20.500.13072/533022> (in Thai)
- MacKenzie, A. (2018). Prejudicial stereotypes and testimonial injustice: Autism, sexuality and sex education. *International Journal of Educational Research*, 89, 110-118. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2017.10.007>
- Ministry of Education. (2008). *The basic education core curriculum B.E. 2551 (A.D. 2008)*. http://academic.obec.go.th/images/document/1525235513_d_1.pdf (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2018). *Ministry of Public Health review "Special needs child" at risk of being sexual harassments, must be intensive care and Build appropriate social skills*. <https://shorturl.asia/w6Suq> (in Thai)
- Rajanukul Institute. (2017a). *Sexuality for special children* (teacher edition). Beyond Publishing. (in Thai)



A Study of the Current Situation, Problems, and Teaching Methods regarding
Sexual Harassment Prevention for Autistic Students in Grades 4-6
at Government Bangkok Metropolitan Inclusive Schools

การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางในการสอนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ
ในนักเรียนออทิสติก ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนเรียนรวมสังกัดกรุงเทพมหานคร

- Rajanukul Institute. (2017b). *Sexuality for special children* (parent edition). Beyond Publishing. (in Thai)
- Rattanayotin, J., & Vanijja, V. (2017). Designing and developing android application for medication reminder to improve treatment efficiency of stroke patient. *Pathumwan Academic Journal*, 7(20), 29-44. (in Thai)
- Ratto, A. B., & Mesibov, G. B. (2015). Autism spectrum disorders in adolescence and adulthood: Long-term outcomes and relevant issues for treatment and research. *Science China Life Sciences*, 58(10), 1010-1015.
- Rumsey, J. M., Rapoport, J. L., & Sceery, W. R. (1985). Autistic children as adults: Psychiatric, social, and behavioral outcomes. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(4), 465-473.
- Sevlever, M., Roth, M. E., & Gillis, J. M. (2013). Sexual harassment and offending in autism spectrum disorders. *Sexuality and Disability*, 31(2), 189-200.
- Solomon, D., Pantalone, D. W., & Faja, S. (2019). Autism and adult sex education: A literature review using the information-motivation-behavioral skills framework. *Sexuality and Disability*, 37(3), 339-351.
- Strnadová, I., Danker, J., & Carter, A. (2022). Scoping review on sex education for high school-aged students with intellectual disability and/or on the autism spectrum: Parents', teachers' and students' perspectives, attitudes and experiences. *Sex Education*, 22(3), 361-378.
- Volkmar, F. R., Reichow, B., & McPartland, J. C. (2014). Autism spectrum disorder in adolescents and adults: An introduction. In F. R. Volkmar, B. Reichow, & J. McPartland (Eds.), *Adolescents and adults with autism spectrum disorders*. (pp. 1-13). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0506-5_1
- Wertalik, J. L., & Kubina, R. M. (2017). Interventions to improve personal care skills for individuals with autism: A review of the literature. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 4(1), 50-60. <https://doi.org/10.1007/s40489-016-0097-6>
- Wojciechowska, A., & Gulczyńska, A. (2017). Sexual behaviour of children and teenagers with autism spectrum disorders: Pilot study results. *Interdisciplinary Contexts of Special Pedagogy*, 19, 91-108.



Factors Predicting Postpartum Weight Retention

ปัจจัยทำนายน้ำหนักคงค้างหลังคลอด

ทัศนัวรรณ

สุนันตะ*

Tatsawan

Sunanta*

สุรัชชัย

เฉนีียง**

Surachai

Chaniang**

Abstract

Postpartum weight retention, which leads to overweight and obesity, is an important problem for postpartum women. This predictive correlational research design aimed to study the factors predicting postpartum weight retention among postpartum women, including gestational weight gain, fat intake, breastfeeding, and self-efficacy. The participants consisted of 129, 6- to 8-week postpartum women who received their postpartum check-up or who took their child to be vaccinated at Nakhon Phanom Hospital. The research instruments included a personal data questionnaire, a questionnaire on fat intake behaviour for postpartum women, and a form on self-efficacy for weight control, which were tested for reliability using Cronbach's alpha coefficient at .82 and .84, respectively. Data were analysed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results found that the average postpartum weight retention of 6- to 8-week postpartum women was 4.82 kilograms (SD = 3.61). Gestational weight gain, fat intake, and self-efficacy could significantly predict postpartum weight retention at 41.70% ($R^2 = 0.417$, $R^2_{\text{Change}} = 0.127$, $F = 5.02$, $p < .05$) with gestational weight gain being the highest predictor ($\beta = .462$, $t = 4.70$, $p < .01$), followed by self-efficacy and fat intake ($\beta = -.280$, $t = -3.67$, $p < .01$, and $\beta = -.169$, $t = -2.24$, $p < .05$, respectively).

These results can be used as basic information for developing postpartum weight retention management guidelines by controlling gestational weight gain appropriately, ensuring appropriate fat intake, and promoting self-efficacy in postpartum women.

Key word: Postpartum weight retention; Postpartum women

* Corresponding author, Instructor, Boromarjonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhonphanom University; e-mail: Tats_nu37@npu.ac.th

** Assistant Professor, Boromarjonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhonphanom University

Received 13 March 2024; Revised 4 October 2024; Accepted 15 October 2024

**บทคัดย่อ**

น้ำหนักคงค้างหลังคลอด นำไปสู่การมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนตามมา ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของสตรีหลังคลอด การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด ได้แก่ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ การบริโภคอาหารไขมัน การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และสมรรถนะแห่งตน กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีหลังคลอด ในระยะ 6-8 สัปดาห์ จำนวน 129 คน ที่มารับการตรวจหลังคลอดหรือพาบุตรมารับวัคซีน โรงพยาบาลนครพนม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันในสตรีหลังคลอด และแบบวัดสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก ทดสอบความเชื่อมั่นโดยหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .82 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และสถิติ stepwise multiple regression analysis

ผลการวิจัยพบว่า น้ำหนักคงค้างของสตรีหลังคลอด ในระยะ 6-8 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.82 กิโลกรัม (SD = 3.61) น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ การบริโภคอาหารไขมัน และสมรรถนะแห่งตน สามารถร่วมกันทำนายน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด ได้ร้อยละ 41.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.417$, $R^2_{\text{Change}} = 0.127$, $F = 5.02$, $p < .05$) โดยน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ สามารถทำนายน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอดได้สูงที่สุด ($\beta = .462$, $t = 4.70$, $p < .01$) รองลงมา คือ สมรรถนะแห่งตน และการบริโภคอาหารไขมัน ($\beta = -.280$, $t = -3.67$, $p < .01$ และ $\beta = -.169$, $t = -2.24$, $p < .05$ ตามลำดับ)

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการจัดการน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด โดยการควบคุมน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ให้เหมาะสม บริโภคอาหารไขมันที่เหมาะสม และส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในสตรีหลังคลอด

คำสำคัญ: น้ำหนักคงค้างหลังคลอด สตรีหลังคลอด

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม email: Tats_nu37@npu.ac.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สตรีภายหลังการคลอด มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนมาก อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ การเจริญเติบโตของทารก และการสะสมของไขมัน แม้ว่าภายหลังคลอดระบบต่าง ๆ ในร่างกายจะกลับคืนสู่สภาพเดิม แต่กลับพบว่า ยังมีการสะสมไขมันอย่างต่อเนื่องในสตรีหลังคลอด และก่อให้เกิดน้ำหนักคงค้างหลังคลอดขึ้น (Fadzil et al., 2018) น้ำหนักคงค้างหลังคลอด (postpartum weight retention) เป็นสภาวะของร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตั้งแต่ระยะก่อนการตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด (Oken et al., 2007) โดยธรรมชาติของการลดลงของน้ำหนักตัวจะมีการลดลงทันที ประมาณ 5.5 กิโลกรัม จากการคลอดทารก รก และจากสูญเสียเลือดขณะคลอด ต่อมาในระยะ 2 สัปดาห์แรกหลังคลอด น้ำหนักจะลดลงอีกประมาณ 4 กิโลกรัม และภายหลังจาก 2 สัปดาห์หลังคลอด จะมีการลดลงของน้ำหนักอีก ประมาณ 2.5 กิโลกรัม (McKinney et al., 2021)

แม้จะมีการลดลงของน้ำหนักตัวหลังคลอดในระยะ 6 สัปดาห์ แต่กลับพบว่า สตรีหลังคลอดต้องเผชิญกับปัญหาของการคงค้างของน้ำหนักตัวที่เกิดจากการสะสมไขมันจากการตั้งครรภ์อยู่ ดังผลการศึกษาในสตรีหลังคลอด ระยะ 6-8 สัปดาห์ ในประเทศสวีเดน พบว่า ร้อยละ 81 มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักคงค้าง เท่ากับ 4.60 ± 5.70 กิโลกรัม (Quansah et al., 2020) สำหรับผลการศึกษา น้ำหนักคงค้างของสตรีหลังคลอด ระยะ 6 สัปดาห์ ในประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 91.95 มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักคงค้าง เท่ากับ 5.77 ± 3.55 กิโลกรัม (Sakulnitiwat et al., 2019) จากแนวโน้มการมีน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอดที่เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจของสตรีหลังคลอด

น้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่เพิ่มขึ้น เป็นดัชนีบ่งชี้ที่สำคัญต่อภาวะน้ำหนักเกิน และภาวะอ้วนภายหลังคลอด และผลกระทบระยะยาวยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และความผิดปกติในการเผาผลาญน้ำตาลกลูโคสที่ส่งผลต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังคลอด ระยะ 5 ปี (Kramer et al., 2024) และส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป ได้แก่ การมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ อัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้น ทารกพิการแต่กำเนิด และทารกตัวโต (Marchi et al., 2015) ส่วนด้านจิตใจ พบว่า รูปร่างที่เปลี่ยนแปลงและสัดส่วนที่ขยายใหญ่ขึ้น ทำให้สตรีหลังคลอดต้องเผชิญกับปัญหาการมีทัศนคติด้านลบต่อรูปร่าง มีการรับรู้ว่าตนเองอ้วน ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจต่อภาพลักษณ์ และมีภาวะซึมเศร้า ดังการศึกษาของ ฮาร์ตลีย์ และคณะ (Hartley et al., 2018) ที่พบว่า น้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอดที่มากกว่าหรือเท่ากับ 5 กิโลกรัม และทัศนคติด้านลบต่อรูปร่าง สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในสตรีหลังคลอด ระยะ 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

น้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอดเกิดจากหลายปัจจัย ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ 2) ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกาย การนอนหลับ การบริโภคอาหารโดยเฉพาะการบริโภคไขมัน และการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และ 3) ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และสมรรถนะแห่งตน (Fadzil et al., 2018) สำหรับการมีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดเพิ่มขึ้น เกิดจากการสะสมไขมันที่เหลือจากการตั้งครรภ์ และน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์สามารถทำนายการเกิดน้ำหนักคงค้างหลังคลอดได้สูงที่สุด (Sakulnitiwat et al., 2019)

การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด ส่วนใหญ่มาจากการบริโภคอาหารที่มีค่าพลังงานสูงเกินความต้องการของร่างกาย โดยเฉพาะอาหารประเภทไขมันที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักคงค้างหลังคลอด (Fadzil et al., 2018) สตรีหลังคลอดที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียวนาน 6 เดือน จะมีการลดลงของน้ำหนักคงค้างหลังคลอด เนื่องจากร่างกายมีการเผาผลาญพลังงานเพื่อใช้ในการกระบวนการสร้างน้ำนม (Rosenbaum et al., 2022) สำหรับสมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยด้านจิตวิทยาที่

สามารถทำนายน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอดในระดับสูง อีกทั้งยังเป็นแรงจูงใจให้สตรีหลังคลอดเกิดความเชื่อมั่นที่จะสามารถควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นในระยะหลังคลอดได้ (Latimer et al., 2011)

น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยที่สะท้อนให้เห็นถึงการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ และการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ การขยายตัวของมดลูก รก ระบบไหลเวียนโลหิตเพิ่มขึ้น และน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นจากการสะสมไขมันขณะตั้งครรภ์ (Murray & Hendley, 2020) แม้ว่าจะมีการลดลงของน้ำหนักตัวจากการสลายไขมันที่สะสมตามร่างกายภายหลังคลอด แต่จากผลการศึกษากลับพบว่า สตรีที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์เกินกว่าเกณฑ์ที่สถาบันการแพทย์สหรัฐอเมริกาแนะนำ (Institute of Medicine and National Research Council [IOM], 2009) ในระยะ 6 เดือน ถึง 1 ปีหลังคลอด มีโอกาสเกิดน้ำหนักคงค้างเฉลี่ย 2.45 กิโลกรัม ต่อมาในระยะ 3 ปีหลังคลอด มีน้ำหนักคงค้าง เฉลี่ย 3.06 กิโลกรัม และในระยะ 15 ปีหลังคลอด มีน้ำหนักคงค้าง เฉลี่ย 4.72 กิโลกรัม เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีกลุ่มที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ (Meyer et al., 2024) ดังเช่นการศึกษาของ ชา และคณะ (Sha et al., 2019) พบว่า การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวระหว่างตั้งครรภ์สามารถทำนายน้ำหนักคงค้างในสตรีระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอดได้ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักคงค้างหลังคลอด พบว่า กลุ่มสตรีหลังคลอดที่มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์เกินเกณฑ์มีน้ำหนักคงค้างในระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอด ($M = 8.47 \text{ kg}$, $SD = 5.01$, $p < .01$) มากกว่ากลุ่มสตรีที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์และสตรีที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ($M = 5.37 \text{ kg}$, $SD = 4$, $p < .01$) และ ($M = 3.34 \text{ kg}$, $SD = 4.04$, $p < .01$) ตามลำดับ

การบริโภคอาหารไขมัน นับเป็นหมวดหมู่อาหารที่ให้พลังงานสูงแก่ร่างกายเมื่อเปรียบเทียบกับอาหารในหมวดหมู่อื่น ๆ ส่งผลให้เมื่อบริโภคอาหารที่มีไขมันในปริมาณมากเข้าไปในร่างกาย จะทำให้ได้รับพลังงานที่สูงเกินความต้องการของร่างกาย และเกิดการสะสมน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอดเพิ่มขึ้น (Althuisen et al., 2011) พฤติกรรมการลดการบริโภคอาหารไขมันสำหรับสตรีหลังคลอด ตามแนวคิดของ ชาง (Chang, 2003) มีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ 1) หลีกเลี่ยงการใช้น้ำมันหรือเนยประกอบอาหาร 2) การบริโภคเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน 3) การบริโภคนมหรือผลิตภัณฑ์ที่ทำจากนมไขมันต่ำ 4) การเลือกบริโภคผักและผลไม้ทดแทนอาหารที่มีไขมันสูง และ 5) การเลือกใช้อาหารที่มีไขมันต่ำทดแทนอาหารที่มีไขมันสูง

สำหรับการบริโภคอาหารประเภทไขมัน โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว และไขมันทรานส์ หากสตรีหลังคลอดที่ได้รับปริมาณพลังงานจากไขมันทั้งหมดเกินเกณฑ์ ร้อยละ 35 และได้รับปริมาณพลังงานจากไขมันอิ่มตัวเกินเกณฑ์ ร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับพลังงานทั้งหมด (Dietary Guidelines Advisory Committee, 2020) จะมีโอกาสเกิดน้ำหนักคงค้างมากกว่าหรือเท่ากับ 5 กิโลกรัม คิดเป็น 3 เท่า ในสตรีหลังคลอด ระยะ 1 ปี ($OR = 3.40$, 95% CI: 1.04-11.11) เมื่อเทียบกับสตรีหลังคลอดที่ได้รับปริมาณพลังงานจากไขมันตามเกณฑ์ (Althuisen et al., 2011) ดังเช่น ผลการศึกษาเกี่ยวกับปริมาณอาหารที่ให้พลังงานสูง โดยเฉพาะอาหารประเภทไขมัน มีความสัมพันธ์กับการเกิดน้ำหนักคงค้างของสตรีหลังคลอด ระยะ 6 เดือน ชาวมาเลเซียมากกว่าหรือเท่ากับ 5 กิโลกรัม (Fadzil et al., 2018)

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สามารถเพิ่มปริมาณการเผาผลาญพลังงานในร่างกายของสตรีหลังคลอด ถึง 500 กิโลแคลอรีต่อวัน ส่งผลให้ร่างกายต้องนำไขมันที่สะสมมาใช้ในการกระบวนการสร้างและผลิตน้ำนม ทำให้สตรีที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดน้อยกว่าสตรีที่ไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Basir et al., 2019) และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ระบุว่า การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวมีความสัมพันธ์ต่อน้ำหนักคงค้างของสตรีหลังคลอด ระยะ 6 สัปดาห์ เมื่อเปรียบเทียบการลดลงของน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด ระยะ 6 สัปดาห์ จำนวน 3 กลุ่ม พบว่า สตรีที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวมีน้ำหนักลดลง



เฉลี่ยเท่ากับ 6.86 กิโลกรัม สตรีที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาาร่วมกับนมผสม มีน้ำหนักลดลงเฉลี่ยเท่ากับ 5.22 กิโลกรัม และสตรีที่ไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มีน้ำหนักลดลงเฉลี่ยเท่ากับ 3 กิโลกรัม ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .029$) (Kossou et al., 2023)

นอกจากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น สมรรถนะแห่งตน ตามแนวคิดของ แบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นการรับรู้ความสามารถต่อตนเองของบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์ให้สำเร็จตามเป้าหมาย สามารถอธิบายพฤติกรรมผ่านแนวคิด 2 ด้าน คือ 1) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลที่จะปฏิบัติกิจกรรม มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจและการตัดสินใจของบุคคล และ 2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ เป็นการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อสถานการณ์นั้นที่จะปฏิบัติ (Bandura, 1997) หากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ในระดับสูง จะเพิ่มโอกาสในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างแน่นอน

สำหรับสมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมน้ำหนักของสตรีหลังคลอด เป็นการศึกษาความเชื่อมั่นของสตรีหลังคลอดว่าสามารถควบคุมพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร การเลือกบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และการปฏิบัติกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการลดลงของน้ำหนักคงค้างหลังคลอด (Latimer et al., 2011) ดังการศึกษาของ ลิปสกี และคณะ (Lipsky et al., 2016) พบว่า สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักแปรผกผันกับน้ำหนักตัว ดังนั้น หากสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักเพิ่มขึ้นจะทำให้น้ำหนักตัวลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.99, P < 0.001$) และผลการศึกษาในสตรีหลังคลอดชาวอเมริกัน พบว่า สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด ทั้งในกลุ่มสตรีชาวอเมริกันผิวขาวหรือชาวแองโกล และกลุ่มสตรีชาวแอฟริกันอเมริกัน ($r_s = .50, p < 0.05$ และ $r_s = -.48, p < 0.05$) ตามลำดับ (Walker et al., 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ การบริโภคอาหารไขมัน การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และสมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด ซึ่งพบได้จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ แต่ในประเทศไทยการศึกษาน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอดระยะ 6 สัปดาห์ ยังมีค่อนข้างน้อยมีเพียงการศึกษาของ ณัฐรินทร์ สกุนทิวัฒน์ และคณะ (Sakulnitiwat et al., 2019) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายน้ำหนักคงค้างหลังคลอด จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ และการอยู่ไฟ สามารถทำนายน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอดได้ร้อยละ 62.8 แต่ด้วยบริบทเชิงพื้นที่ ลักษณะของประชากรในจังหวัดนครพนม และจังหวัดอุบลราชธานี ที่มีความแตกต่างกัน ประกอบกับจังหวัดนครพนม มีความหลากหลายของประชากร มากถึง 9 ชนเผ่า และ 2 เชื้อชาติ และมีพื้นที่อยู่ในแถบลุ่มน้ำโขงตอนล่าง ทำให้มีรูปแบบวิถีชีวิต วัฒนธรรม และการบริโภคอาหารของสตรีหลังคลอดมีความแตกต่างกัน

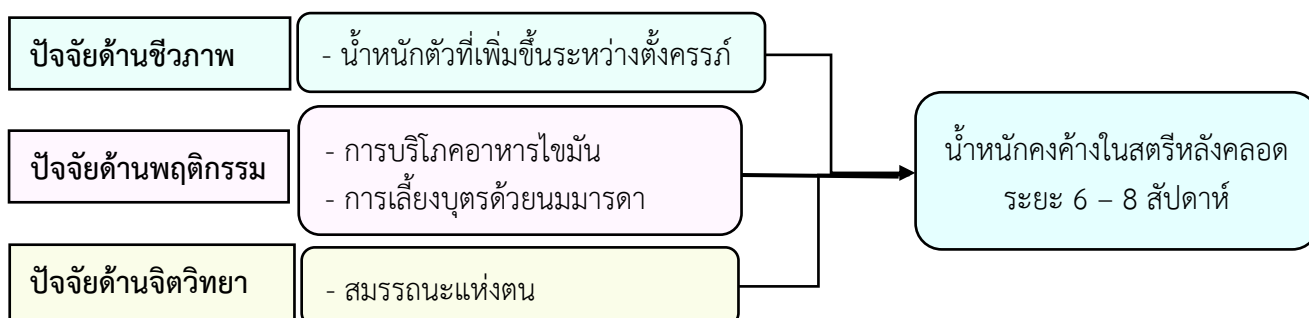
ผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยด้านชีวภาพมาศึกษา ได้แก่ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การบริโภคอาหารไขมัน และการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ สมรรถนะแห่งตน โดยปัจจัยที่เลือกศึกษาสามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ทั้งในทางลบและทางบวกภายหลังคลอด ดังนั้น การศึกษาปัจจัยทำนายน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอดครั้งนี้ จะช่วยให้พยาบาลผดุงครรภ์ได้มีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถทำนายน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอดที่ครอบคลุมมากขึ้น เนื่องจากเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และมีประโยชน์ในการนำผลการศึกษาที่ได้มาขยายความรู้พื้นฐานทางการผดุงครรภ์ในการดูแลสตรีหลังคลอด และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการจัดการน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด เพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบต่อไปสู่ภาวะอ้วน และเกิดโรคเรื้อรังในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ การบริโภคอาหารไขมัน การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และสมรรถนะแห่งตนต่อน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด ระยะ 6-8 สัปดาห์

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด ระยะ 6-8 สัปดาห์ กรอบแนวคิดได้จากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การบริโภคอาหารไขมัน และการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยการบริโภคอาหารไขมันใช้แนวคิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันสำหรับสตรีหลังคลอด (Chang, 2003) ประกอบด้วยพฤติกรรม 5 ด้าน คือ 1) หลีกเลี่ยงการใช้น้ำมันหรือเนยประกอบอาหาร 2) การบริโภคเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน 3) การบริโภคนมหรือผลิตภัณฑ์ที่ทำจากนมไขมันต่ำ 4) การเลือกบริโภคผักและผลไม้ทดแทนอาหารที่มีไขมันสูง และ 5) การเลือกใช้อัตถุดิบที่มีไขมันต่ำทดแทนวัตถุดิบที่มีไขมันสูง ส่วนปัจจัยด้านจิตวิทยา คือ สมรรถนะแห่งตน ใช้แนวคิดของ แบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาอธิบายความเชื่อมั่นของสตรีหลังคลอดต่อความสามารถในการควบคุมน้ำหนักตัว ผ่านพฤติกรรม 2 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการทำกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น ดังนั้น น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ การบริโภคอาหารไขมัน การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และสมรรถนะแห่งตน น่าจะสามารถทำนายน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอดได้ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีหลังคลอด ที่มารับการตรวจสุขภาพหลังคลอดหรือสตรีหลังคลอดที่พาบุตรมารับวัคซีน ณ โรงพยาบาลนครพนม

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีหลังคลอดในระยะ 6-8 สัปดาห์ ที่มารับการตรวจสุขภาพหลังคลอดหรือสตรีหลังคลอดในระยะ 8 สัปดาห์ที่พาบุตรมารับวัคซีน ณ โรงพยาบาลนครพนม คัดเลือกตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุ 20-35 ปี 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด 3) ดัชนีมวลกายในระยะก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ (BMI เท่ากับ 18.5-24.9) และ 4) มีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดตั้งแต่ 0.1 กิโลกรัมขึ้นไป

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคำนวณจากโปรแกรม G * Power 3.0.10 กำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.15 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.95 และ Number of predictors เท่ากับ 4 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 129 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัว ดัชนีมวลกายในระยะก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักก่อนคลอด น้ำหนักหลังคลอดในระยะ 6-8 สัปดาห์ การนอนหลับพักผ่อน และการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

1.1 น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ คือ การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตั้งแต่ระยะก่อนการตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด คำนวณโดยการนำน้ำหนักตัวก่อนคลอดเปรียบเทียบกับน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์

1.2 การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ คือ 1) เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 2) เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ร่วมกับนมผสม และ 3) การเลี้ยงบุตรด้วยนมผสมอย่างเดียว

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันในสตรีหลังคลอด ดัดแปลงมาจาก Diet habits questionnaire (DHQ) (Chang, 2003) โดย ทศน์วรรณ สุนันตะ และคณะ (Sunanta et al., 2017) ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 22 ข้อ (คะแนนรวม 22-88 คะแนน) ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ คือ 22-43.50 คะแนน ระดับปานกลาง คือ 44.51-65.50 คะแนน และระดับสูง คือ 66.51-88 คะแนน โดยพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันในสตรีหลังคลอดที่ดีจะมีค่าคะแนนในระดับสูง

ทดสอบความเชื่อมั่นโดยการนำไปใช้กับสตรีหลังคลอดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .82

3. แบบวัดสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก ผู้วิจัยดัดแปลงแบบวัดให้เหมาะสมกับบริบทของสตรีหลังคลอดชาวไทย จาก Physical Activity and Nutrition Self-Efficacy (PANSE) ของ ลาติเมอร์ และคณะ (Latimer et al., 2011) ตามแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา (Bandura, 1997) ประกอบด้วย คำถามด้านการบริโภคอาหาร 8 ข้อ และด้านการมีกิจกรรมทางกาย จำนวน 3 ข้อ รวม 11 ข้อ (คะแนนรวม 11-99 คะแนน) ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต 9 ระดับ การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ คือ 11-40 คะแนน ระดับปานกลาง คือ 41-69 คะแนน และระดับสูง คือ 70-99 คะแนน

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ภายหลังการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ นำผลการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด มาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้ เท่ากับ 1 และทดสอบความเชื่อมั่นโดยการนำไปใช้กับสตรีหลังคลอดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .84

4. เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัล หน่วยเป็นกิโลกรัม ให้ค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 0.1 กิโลกรัม ตรวจสอบเลขบนเครื่องชั่งให้เป็น 0 ทุกครั้ง แนะนำให้สตรีหลังคลอดนำสิ่งของที่พกติดตัวออกก่อนทำการชั่งน้ำหนักตัว เช่น เสื้อแขนยาว หมวก รองเท้า กุญแจ โทรศัพท์มือถือ เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยนครพนม เอกสารระดับที่ 40/2567 เลขที่ HE4067 วันที่ให้การรับรอง 6 ธันวาคม 2566 และวันหมดอายุ 2 ธันวาคม 2567 และได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม รหัสโครงการ NP-EC11-No. 36/2566 วันที่ให้การรับรอง 3 พฤศจิกายน 2566 และวันหมดอายุ 2 พฤศจิกายน 2567 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิของผู้ร่วมวิจัยก่อนลงนามในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจอธิบายการเก็บข้อมูลที่เป็นความลับและการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยผ่านคณบดีวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม ยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล ภายหลังได้รับอนุญาตในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในวันที่สตรีหลังคลอดมารับการตรวจหลังคลอดหรือพาบุตรมารับวัคซีน ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยแนะนำตัว ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเมื่อพร้อมให้ข้อมูล และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย สถานที่ในการตอบแบบสอบถาม คือ ห้องซักประวัติ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 30-45 นาที กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการเก็บข้อมูล โดยไม่มีผลกระทบต่อการได้รับการบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ การบริโภคอาหารไขมันการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สมรรถนะแห่งตน กับน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด ด้วยสถิติ Pearson's product moment correlation coefficient เมื่อทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ
3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอดด้วยตัวแปรอิสระ ได้แก่ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ การบริโภคอาหารไขมัน และสมรรถนะแห่งตน โดยวิเคราะห์ stepwise multiple regression หลังจากทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า มีการแจกแจงแบบปกติ ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง และความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 20-35 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 28.62 (SD = 4.28) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ อายุระหว่าง 30-35 ปี ร้อยละ 45.7 สถานภาพสมรส ร้อยละ 82.90 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 45 รายได้ต่อเดือนเพียงพอ ร้อยละ 85.30 ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 37.20 มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 23.05 (SD = 4.11) มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ เฉลี่ยเท่ากับ 15.73 (SD= 5.59) น้ำหนักคงค้างหลังคลอดในระยะ 6-8 สัปดาห์โดยรวม เฉลี่ยเท่ากับ 4.81 (SD = 3.53)

เมื่อพิจารณาตามน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ 11.5-16 กิโลกรัม ร้อยละ 58 มีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดในระยะ 6-8 สัปดาห์ เฉลี่ยเท่ากับ 4.18 (SD = 3.53) และกลุ่มน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ มากกว่า 16 กิโลกรัม ร้อยละ 49 มีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดในระยะ 6-8 สัปดาห์ เฉลี่ยเท่ากับ 6.67 (SD = 3.51) มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว ร้อยละ 86.80 และนอนหลับไม่เพียงพอ ร้อยละ 40.30

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ การบริโภคอาหารไขมันการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และสมรรถนะแห่งตน กับน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอดพบว่า น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ด้านบวกกับน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด ($r = .457, p < .01$) การบริโภคอาหาร

ไขมัน และสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ด้านลบกับน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด ($r = -.263, p < .01$; $r = -.382, p < .01$) ตามลำดับ แต่การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่า Pearson's product moment correlation coefficient ระหว่างน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ การบริโภคอาหารไขมัน การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และสมรรถนะแห่งตน กับน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด ($n = 129$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์	1.00				
2. การบริโภคอาหารไขมัน	-.177*	1.00			
3. การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา	.055	.123	1.00		
4. สมรรถนะแห่งตน	-.232**	.108	.131	1.00	
5. น้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด	.457**	-.263**	-.066	-.382**	1.00

$p < .01$

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด

ผลการวิเคราะห์ ปัจจัยทำนายน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอดพบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่มีลำดับขั้นการทำนายจากลำดับที่ 1 ถึงลำดับที่ 3 ได้แก่ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ สมรรถนะแห่งตน และการบริโภคอาหารไขมัน สามารถร่วมกันทำนายน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอดได้ ร้อยละ 41.70 ($R^2 = 0.417, R^2_{\text{Change}} = 0.127, F = 5.02, p < .05$) โดยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์สามารถทำนายน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด ได้สูงสุด ร้อยละ 46.20 ($\beta = .462, p < .01$) รองลงมาคือ สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด ร้อยละ 28 ($\beta = -.280, p < .01$) และการบริโภคอาหารไขมันสามารถทำนายน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด ร้อยละ 16.90 ($\beta = -.169, p < .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ stepwise multiple regression เพื่อทำนายน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด ($n = 129$)

ปัจจัยทำนาย	b	Std. error	β	t	p
ค่าคงที่ (constant)	13.56	4.314		3.14	< .01
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์	.337	.050	.462	4.70	< .01
การบริโภคอาหารไขมัน	-.154	.069	-.169	-2.24	< .05
สมรรถนะแห่งตน	-.169	.019	-.280	-3.67	< .01

$R^2 = 0.417, R^2_{\text{Change}} = 0.127, F = 5.02, p < .05$

การอภิปรายผล

น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์สามารถทำนายน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด สูงที่สุด ร้อยละ 46.20 (ตารางที่ 2) แสดงว่า สตรีหลังคลอดที่มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์มาก จะมีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดมาก ส่วนสตรีหลังคลอดที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อย จะมีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดน้อย การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ เฉลี่ยเท่ากับ 15.73 (SD = 5.59) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ (มากกว่า 16 กิโลกรัม) มีน้ำหนักคงค้างหลังคลอด เฉลี่ยเท่ากับ 6.67 กิโลกรัม ($M = 6.67 \text{ kg}, SD = 3.51, p < .05$)

.01) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ ($M = 4.18 \text{ kg}$, $SD = 3.53$, $p < .01$)

ผลการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่า ขณะตั้งครรภ์ร่างกายจะมีการสะสมไขมันมากที่สุด ถึงร้อยละ 27 ของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ เพื่อใช้สำหรับเป็นพลังงานในระยะตั้งครรภ์ ส่งเสริมการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ และเตรียมความพร้อมในการสร้างน้ำนมมารดา แม้ว่าภายหลังคลอดจะมีการเผาผลาญไขมันที่สะสมไว้ แต่กลับมีการลดลงของไขมันที่สะสมไว้อย่างช้า ๆ ทำให้ภายหลังคลอด ระยะ 6-8 สัปดาห์ยังคงมีการสะสมของน้ำหนักหลังคลอดอยู่ (Murray & Hendley, 2020) โดยไขมันที่สะสมในร่างกายขณะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคอาหารและอารมณ์ในการบริโภคอาหารของสตรีหลังคลอดในระยะ 6 สัปดาห์ ทำให้มีการบริโภคอาหารมากขึ้น และเพิ่มโอกาสการเกิดการสะสมน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด (Bijlholt et al., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉาว และคณะ (Shao et al., 2018) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอดชาวไต้หวัน พบว่า การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์เกินเกณฑ์เพิ่ม ความเสี่ยงต่อการเกิดน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด ระยะ 4 สัปดาห์ และ 6 เดือน และการศึกษา ญัฐรินทร์ สุกุลนิวัฒน์ และคณะ (Sakulnitiwat et al., 2019) ที่พบว่า ปัจจัยการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์สามารถทำนายน้ำหนักคงค้างในสตรีระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดได้สูงสุด ($\beta = .465$, $t = 5.84$, $p < .001$)

การบริโภคอาหารไขมัน สามารถทำนายน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอดได้ ร้อยละ 16.90 (ตารางที่ 2) ผลการศึกษาแสดงว่า สตรีหลังคลอดที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันสูงจะมีอิทธิพลทางลบทำให้น้ำหนักคงค้างหลังคลอดน้อย ส่วนสตรีหลังคลอดที่มีพฤติกรรมเพิ่มการบริโภคอาหารไขมันสูงจะมีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดมาก ในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นสตรีหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว ร้อยละ 86.80 อธิบายได้ว่า สตรีหลังคลอดที่มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจะตระหนักและให้ความสำคัญกับการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และคุณค่าของสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของทารกที่ได้รับผ่านน้ำนมมารดา ทำให้สตรีที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาให้ความสนใจกับการเลือกบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพเพิ่มขึ้น ลดการบริโภคอาหารไขมัน และเพิ่มปริมาณการบริโภคผักและผลไม้ เมื่อเทียบกับสตรีที่เลี้ยงบุตรด้วยนมผสม (Kay et al., 2017) ประกอบกับอาหารประเภทไขมันเป็นหมวดหมู่อาหารที่ให้พลังงานสูงแก่ร่างกาย เมื่อเทียบกับอาหารในหมวดหมู่อื่น ๆ โดยเฉพาะการบริโภคไขมันทรานส์ที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด (Oken et al., 2007) หากสามารถลดการบริโภคอาหารไขมันสูงจะทำให้เกิดการลดลงของน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พฤติกรรมลดการบริโภคอาหารไขมันเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถจัดการน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอดได้ ดังเช่นผลการศึกษาของ ครัมเมล และคณะ (Krummel et al., 2004) ที่พบว่า พฤติกรรมลดการบริโภคอาหารไขมัน การหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง และการเพิ่มปริมาณการบริโภคอาหารประเภทผักและผลไม้ มีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด และการศึกษาของ เดวิส และคณะ (Davis et al., 2017) พบว่า อาหารที่บริโภคเป็นตัวแปรสำคัญต่อการมีน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด การบริโภคอาหารไขมันสูงประเภททอดสามารถทำนายการเกิดน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสตรีหลังคลอดที่บริโภคอาหารประเภททอด มากกว่า 5 แคลเปลี่ยนต่อสัปดาห์ มีโอกาสเกิดการสะสมของน้ำหนักคงค้างหลังคลอดถึง 3 เท่า ในทางตรงข้ามหากสตรีหลังคลอดมีพฤติกรรมการบริโภคไขมันจะทำให้มีการลดลงของน้ำหนักคงค้างหลังคลอดตามมาเช่นกัน

สมรรถนะแห่งตน สามารถทำนายน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด ได้ร้อยละ 28 (ตารางที่ 2) ผลการศึกษาแสดงว่า สตรีหลังคลอดที่มีสมรรถนะแห่งตนระดับสูงจะมีอิทธิพลทำให้น้ำหนักคงค้างหลังคลอด อธิบายได้ว่า สมรรถนะแห่งตนเป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองของสตรีหลังคลอดในการควบคุมน้ำหนักทั้งด้านการบริโภคอาหาร และด้านกิจกรรมทางกาย มีผลต่อการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของการมีน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด ปัจจัยสมรรถนะแห่งตนมีผลต่อแรงจูงใจและสามารถทำนายความสำเร็จในการควบคุมน้ำหนักของบุคคล (Latimer et al., 2011) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 82.90 ซึ่งสตรี

หลังคลอดที่มีสามีและครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้มีแนวโน้มที่จะเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับที่สูงขึ้นต่อการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารไขมันสูง อาหารฟาสต์ฟู้ด และเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ (Chang et al., 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ ลิปสกี และคณะ (Lipsky et al., 2016) ที่พบว่า สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักสามารถทำนายความสัมพันธ์ต่อการลดลงของน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอดได้ ($\beta = -0.99, P < 0.001$) และจากการศึกษาในสตรีหลังคลอดประเทศไทยที่ผ่านมาของ นุสรา มาลาศรี และคณะ (Malasri et al., 2023) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการบริโภคอาหารคุณภาพ พบว่า สตรีหลังคลอดกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักคงค้างหลังคลอด เท่ากับ 5.01 กิโลกรัม ($M = 5.01, SD = 1.89$) น้อยกว่าสตรีหลังคลอดที่ไม่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่มีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักคงค้างหลังคลอด เท่ากับ 6.51 กิโลกรัม ($M = 6.51, SD = 1.71$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด (ตารางที่ 1) อธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว ร้อยละ 86.80 ซึ่งสตรีหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจะมีความอยากอาหารและบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น เนื่องจากร่างกายมีการเผาผลาญพลังงานในการกระบวนการสร้างและผลิตน้ำนม (Pereira et al., 2020) และภายหลังคลอดระยะ 6-8 สัปดาห์ ไขมันที่ถูกสะสมไว้ในร่างกายยังคงมีปริมาณมากอยู่ และมีแนวโน้มในการลดลงของน้ำหนักตัวและไขมันที่สะสมในระยะนี้ อย่างช้า ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ เจียง และคณะ (Jiang et al., 2018) ที่พบว่า สตรีหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาน้อยกว่า 3 เดือนหลังคลอด ไม่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของน้ำหนักคงค้างหลังคลอด และสตรีที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียว นาน 6-12 เดือน มีความสัมพันธ์กับการลดลงของน้ำหนักคงค้างหลังคลอด และผลการศึกษาของ โรเซนบัม และคณะ (Rosenbaum et al., 2022) พบว่า การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่สั้นลง ($\beta = 0.14, P < 0.001$)

ประกอบกับการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีการนอนหลับไม่เพียงพอ ถึงร้อยละ 40.30 ระยะเวลาในการนอนหลับเป็นตัวกลางสำคัญที่ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด และระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่สั้นลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะว่าสตรีหลังคลอดเป็นกลุ่มที่ต้องเผชิญกับความยุ่งยากในระยะการเปลี่ยนผ่านบทบาทใหม่ของการเป็นมารดา มีรายงานการศึกษาพบว่า สตรีหลังคลอดมากกว่าร้อยละ 50 มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ และมีคุณภาพการนอนลดลง เนื่องจากสตรีหลังคลอดต้องอยู่อยู่กับกิจกรรมการดูแลและให้นมบุตร ซึ่งส่งผลให้ระยะเวลาในการนอนหลับสั้นลงและคุณภาพการนอนลดลง (Dörheim et al., 2009) ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการทำงานของร่างกาย และกระบวนการเผาผลาญกลูโคส (Schmid et al., 2015) จากการศึกษาพบว่า สตรีหลังคลอดที่นอนหลับน้อยกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดน้ำหนักคงค้างมากกว่าหรือเท่ากับ 5 กิโลกรัม ถึง 2-3 เท่า (Gunderson et al., 2008) ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น สามารถอธิบายได้ว่า การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาไม่มีผลต่อน้ำหนักคงค้างในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด เช่นเดียวกับการศึกษาของ ญัฐรินทร์ สุกุลนิวัฒน์ และคณะ (Sakulnitiwat et al., 2019) ที่ศึกษาในสตรีหลังคลอด ระยะ 4-6 สัปดาห์ พบว่า การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาไม่สามารถทำนายน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องสามารถใช้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อให้ความรู้และควบคุมน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ และการบริโภคอาหารไขมันที่เหมาะสม ส่งเสริมให้สตรีหลังคลอดเกิดสมรรถนะแห่งตนเพื่อจัดการกับน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบจำลองปัจจัยด้านชีวภาพ ด้านพฤติกรรม และด้านจิตสังคม ในการทำนาย น้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด ได้แก่ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ การบริโภคอาหารไขมัน และสมรรถนะ แห้งทน เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้พบว่ามีความสัมพันธ์กับน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐาน เกี่ยวกับปัจจัยด้านชีวภาพ ด้านพฤติกรรม และด้านจิตสังคมต่อน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอดประเทศไทยที่ ชัดเจนมากขึ้น

2. ควรนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ การ บริโภคอาหารไขมัน และสมรรถนะแห้งทน เพื่อป้องกันการเกิดน้ำหนักคงค้างในสตรีหลังคลอด

References

- Althuizen, E., van Poppel, M. N., de Vries, J. H., Seidell, J. C., & van Mechelen, W. (2011). Postpartum behavior as predictor of weight changes from before pregnancy to one year postpartum. *BMC Public Health*, 11, 165. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-165>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Basir, S. M. A., Ghani, R. A., Ibrahim, M. B., Khattak, M. M. A. K., Omar, M. N. B., & Shukri, N. A. M. (2019). Dietary status of exclusively breastfeeding mothers: The influence of traditional postpartum dietary practices. *International Journal of Allied Health Sciences*, 3(2), 634-642. <https://doi.org/10.31436/ijahs.v3i2.182>
- Bijlholt, M., Ameye, L., van Uytsel, H., Devlieger, R., & Bogaerts, A. (2021). Evolution of postpartum weight and body composition after excessive gestational weight gain: The role of lifestyle behaviors—data from the INTER-ACT control group. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6344. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126344>
- Chang, M. W. (2003). Factors that predict fat intake behaviors in low-income women with different body size. [Doctoral dissertation]. ProQuest Dissertation & Thesis database. (UMI No. 3089592)
- Chang, M. W., Schaffir, J., Brown, R., & Wegener, D. T. (2019). Mediation by self-efficacy in the relation between social support and dietary intake in low-income postpartum women who were overweight or obese. *Appetite*, 140, 248-254. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.05.031>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum.
- Davis, J. N., Shearrer, G. E., Tao, W., Hurston, S. R., & Gunderson, E. P. (2017). Dietary variables associated with substantial postpartum weight retention at 1-year among women with GDM pregnancy. *BMC Obesity*, 4, 31. <https://doi.org/10.1186/s40608-017-0166-0>



- Dietary Guidelines Advisory Committee. (2020). *Scientific report of the 2020 dietary guidelines advisory committee: Advisory report to the secretary of agriculture and the secretary of health and human services*. U.S. Department of Agriculture, Agricultural Research Service. https://www.dietaryguidelines.gov/sites/default/files/2020-07/ScientificReport_of_the_2020DietaryGuidelinesAdvisoryCommittee_first-print.pdf
- Dørheim, S. K., Bondevik, G. T., Eberhard-Gran, M., & Bjorvatn, B. (2009). Sleep and depression in postpartum women: A population-based study. *Sleep*, 32(7), 847-855. <https://doi.org/10.1093/sleep/32.7.847>
- Fadzil, F., Shamsuddin, K., Puteh, S. E. W., Tamil, A. M., Ahmad, S., Hayi, N. S. A., Samad, A. A., Ismail, R., & Shauki, N. I. A. (2018). Predictors of postpartum weight retention among urban Malaysian mothers: A prospective cohort study. *Obesity Research & Clinical Practice*, 12(6), 493-499. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2018.06.003>
- Gunderson, E. P., Rifas-Shiman, S. L., Oken, E., Rich-Edwards, J. W., Kleinman, K. P., Taveras, E. M., & Gillman, M. W. (2008). Association of fewer hours of sleep at 6 months postpartum with substantial weight retention at 1 year postpartum. *American Journal of Epidemiology*, 167(2), 178-187. <https://doi.org/10.1093/aje/kwm298>
- Hartley, E., Hill, B., McPhie, S., & Skouteris, H. (2018). The associations between depressive and anxiety symptoms, body image, and weight in the first year postpartum: A rapid systematic review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(1), 81-101. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1396301>
- Institute of Medicine and National Research Council. (2009). *Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines*. The National Academies Press.
- Jiang, M., Gao, H., Vinyes-Pares, G., Yu, K., Ma, D., Qin, X., & Wang, P. (2018). Association between breastfeeding duration and postpartum weight retention of lactating mothers: A meta-analysis of cohort studies. *Clinical Nutrition*, 37(4), 1224-1231.
- Kay, M. C., Wasser, H., Adair, L. S., Thompson, A. L., Siega-Riz, A. M., Suchindran, C. M., & Bentley, M. E. (2017). Consumption of key food groups during the postpartum period In low-income, non-Hispanic black mothers. *Appetite*, 117, 161-167. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.06.023>
- Kossou, J., Alaofè, H., Hounkpatin, W. A., & Lokonon, J. (2023). Factors associated with postpartum weight retention in African women: A systematic review. *Food and Nutrition Bulletin*, 44(1), 62-75. <https://doi.org/10.1177/03795721221134566>
- Kramer, C. K., Ye, C., Hanley, A. J., Connelly, P. W., Sermer, M., Zinman, B., & Retnakaran, R. (2024). Postpartum weight retention and the early evolution of cardiovascular risk over the first 5 years after pregnancy. *Cardiovascular Diabetology*, 23(1), 101. <https://doi.org/10.1186/s12933-024-02184-4>
- Krummel, D. A., Semmens, E., Boury, J., Gordon, P. M., & Larkin, K. T. (2004). Stages of change for weight management in postpartum women. *Journal of the American dietetic Association*, 104(7), 1102-1108. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2004.04.022>



- Latimer, L., Walker, L. O., Kim, S., Pasch, K. E., & Sterling, B. S. (2011). Self-efficacy scale for weight loss among multi-ethnic women of lower income: A psychometric evaluation. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 43(4), 279-283. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2010.09.007>
- Lipsky, L. M., Strawderman, M. S., & Olson, C. M. (2016). Weight-related self-efficacy in relation to maternal body weight from early pregnancy to 2 years postpartum. *Maternal & Child Nutrition*, 12(3), 569-578. <https://doi.org/10.1111/mcn.12149>
- Malasri, N., Xuto, P., & Chaloumsuk, N. (2023). Effects of the perceived self-efficacy enhancement program through quality food consumption on weight retention among postpartum mothers. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 38(2), 118-127. <https://doi.org/10.60099/jtnmc.v38i02.262656> (in Thai)
- Marchi, J., Berg, M., Dencker, A., Olander, E. K., & Begley, C. (2015). Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: A systematic review of reviews. *Obesity Reviews*, 16(8), 621-638. <https://doi.org/10.1111/obr.12288>
- McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K., & Ashwill, J. (2021). *Maternal-child nursing-e-book*. Elsevier Health Sciences.
- Meyer, D., Gjika, E., Raab, R., Michel, S. K. F., & Hauner, H. (2024). How does gestational weight gain influence short-and long-term postpartum weight retention? An updated systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 25(4), e13679. <https://doi.org/10.1111/obr.13679>
- Murray, I., & Hendley, J. (2020). Change and adaptation in pregnancy. In J. Marshall & M. Raynor (Eds.), *Myles' textbook for midwives* (16th ed., pp.143-177). Elsevier.
- Oken, E., Taveras, E. M., Popoola, F. A., Rich-Edwards, J. W., & Gillman, M. W. (2007). Television, walking, and diet: Associations with postpartum weight retention. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(4), 305-311. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.11.012>
- Pereira, L. C. R., Elliott, S. A., McCargar, L. J., Bell, R. C., Robson, P. J., & Prado, C. M. (2020). Associations of appetite sensations and metabolic characteristics with weight retention in postpartum women. *Applied Physiology Nutrition and Metabolism*, 45(8), 875-885. <https://doi.org/10.1139/apnm-2019-0809>
- Quansah, D. Y., Gross, J., Gilbert, L., Arhab, A., Horsch, A., & Puder, J. J. (2020). Predictors and consequences of weight retention in the early and late postpartum period in women with gestational diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 165, 108238. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108238>
- Rosenbaum, D. L., Gillen, M. M., & Markey, C. H. (2022). The importance of sleep and parity in understanding changes in weight and breastfeeding behavior among postpartum women. *Appetite*, 170, 105889. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105889>
- Sakulnitiwat, N., Yusamran, C., & Thananowan, N. (2019). Predictive factors of postpartum weight retention. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(2), 112-122. (in Thai)



- Schmid, S. M., Hallschmid, M., & Schultes, B. (2015). The metabolic burden of sleep loss. *The Lancet Diabetes and Endocrinology*, 3(1), 52-62. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(14\)70012-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(14)70012-9)
- Sha, T., Gao, X., Chen, C., Li, L., He, Q., Wu, X., Cheng, G., Tian, Q., Yang, F., & Yan, Y. (2019). Associations of pre-pregnancy BMI, gestational weight gain and maternal parity with the trajectory of weight in early childhood: A prospective cohort study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(7), 1110. <https://doi.org/10.3390/ijerph16071110>
- Shao, H. H., Hwang, L. C., Huang, J. P., & Hsu, H. Y. (2018). Postpartum weight retention risk factors in a Taiwanese cohort study. *Obesity Facts*, 11(1), 37-45. <https://doi.org/10.1159/000484934>
- Sunanta, T., Xuto, P., & Sriareporn, P. (2017). Factors predicting fat diet intake behavior among postpartum women. *Nursing Journal*, 44(2), 46-56. (in Thai)
- Walker, L. O., Sterling, B. S., Latimer, L., Kim, S. H., Garcia, A. A., & Fowles, E. R. (2012). Ethnic-specific weight-loss interventions for low-income postpartum women: Findings and lessons. *Western Journal of Nursing Research*, 34(5), 654-676. <https://doi.org/10.1177/0193945911403775>



Predicting Factors of Perceived 21st Century Competency Among Nursing Students ปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล

จิตรประภา รุ่งเรือง* Jitprapa Rungruang*
ศิริลักษณ์ สุวรรณวงศ์** Siriluk Suwannawung**

Abstract

21st century competency refers to important characteristics and skills that enable and improve learning of nursing students which leads to learning outcomes development according to the National Higher Education Qualifications Framework. This competence is composed of five aspects: 1) capacity to communicate, 2) capacity to think, 3) capacity to perform problem-solving, 4) capacity for applying life skills, and 5) technological competency. This predictive correlational research aimed to investigate the predictive ability of selected factors on nursing students' competency. The participants consisted of 144 nursing students who were currently studying at the Buri Ram Province private university in their 1st to 4th years. Stratified random sampling was used to recruit samples. The instruments consisted of 1) a demographic data record form (age, gender, grade point average, family monthly income, and monthly income from family), 2) the SPST 20 stress questionnaire, and 3) the nursing students' perceived 21st century competency questionnaire. Data was analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation coefficient, and stepwise multiple regression equations.

The results revealed that participants' overall perceived 21st century competency was at a high level ($M = 1.35$, $SD = 0.39$). Students' college year and their monthly income from family were statistically significantly correlated with their perceived 21st century competency ($r = -.016$, $p < .01$; and $r = .106$, $p < .01$, respectively). Nevertheless, college year ($\beta = -.136$, $p < .001$) and monthly income from family ($\beta = .031$, $p < .001$) statistically significantly predicted perceived 21st century competency at 6.6% ($R^2 = .066$, $F(df_1 = 2, df_2 = 141) = 1.291$, $p < .001$).

The results of this study can be used as basic information to enhance the 21st century competency of nursing students.

Keywords: Perceived 21st Century Competency, Nursing student; Predicting factors

* Corresponding author, Instructor, Faculty of Nursing and Allied Health Sciences, Dhonburi Rajabhat University; e-mail: pairat834@gmail.com

** Instructor, Faculty of Nursing, Western Buri Ram University



บทคัดย่อ

สมรรถนะแห่งในศตวรรษที่ 21 เป็นคุณลักษณะและทักษะที่มีความสำคัญในการส่งเสริมและปรับปรุงการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ที่นำไปสู่การพัฒนาให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ประกอบด้วย การรับรู้สมรรถนะ 5 ด้าน คือ 1) ความสามารถในการสื่อสาร 2) ความสามารถในการคิด 3) ความสามารถในการแก้ปัญหา 4) ความสามารถในการใช้ทักษะชีวิต และ 5) ความสามารถด้านเทคโนโลยี การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีเป้าหมายเพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยคัดสรรต่อสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนบุรีรัมย์ ชั้นปี 1-4 จำนวน 144 คน คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (อายุ เพศ ผลการเรียนเฉลี่ย ระดับชั้นปีการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และรายได้ที่ได้รับจากครอบครัวต่อเดือน) 2) แบบสอบถามความเครียด (SPST-20) และ 3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา สถิติ Pearson correlation coefficient และ Stepwise multiple regression equations

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 1.35$, $SD = 0.39$) ชั้นปีการศึกษา และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับ การรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.016$, $p < .01$ และ $r = .106$, $p < .01$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ ชั้นปีการศึกษา ($\beta = -.136$, $p < .001$) และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ($\beta = .031$, $p < .001$) สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 6.6 ($R^2 = .066$, $F(df_1 = 2, df_2 = 141) = 1.291$, $p < .001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 นักศึกษาพยาบาล ปัจจัยทำนาย

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี e-mail: pairat834@gmail.com

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น บุรีรัมย์

ความเป็นมาและความสำคัญ

รัฐบาลมีนโยบายให้สถาบันการศึกษาภาครัฐและเอกชน ผลิตพยาบาลวิชาชีพพระดับปริญญาตรี ให้เพียงพอ กับจำนวนประชากร เพื่อตอบสนองความต้องการพยาบาลของประเทศ (Siripukdeekan & Boonrubpayap, 2014) ปัจจุบันมีนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เข้าเรียนต่อระดับอุดมศึกษาเพียง 300,000 คน ซึ่งแตกต่างจาก ในอดีตที่มีนักเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย มากกว่า 1,000,000 คน การเข้าเรียนระดับอุดมศึกษาที่น้อยลง ส่งผลกระทบต่อจำนวนนักเรียนที่จะเข้าเรียนพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข มีการกำหนดคุณสมบัติของผู้ที่จะเข้า ศึกษา คือ สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 สายวิทยาศาสตร์ หรือวิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ มีผลการเรียน ตลอดหลักสูตรไม่น้อยกว่า 2.00 และเกรดเฉลี่ยวิชาคณิตศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ ไม่น้อยกว่า 2.00 สามารถเข้า ศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ได้ (Praboromarajchanok Institute Ministry of Public Health, 2021) ใน บางสถาบันการศึกษาที่เปิดหลักสูตรคณะพยาบาลศาสตร์ไม่ได้กำหนดสายการเรียนวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์

นักศึกษาพยาบาล เป็นบุคคลที่จะเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทสำคัญในระบบบริการสุขภาพ ลักษณะการ ทำงานเกี่ยวข้องโดยตรงกับชีวิตและความปลอดภัยของผู้รับบริการ เป็นวิชาชีพที่ใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ รวมทั้งการ มีคุณธรรม จริยธรรม สมรรถนะการปฏิบัติทางวิชาชีพและด้านสมรรถนะทางปัญญา (Posri & Kusoom, 2017) ปัจจุบัน โลกมีการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 และการเกิดโรคเรื้อรัง เพิ่มขึ้นจากพฤติกรรมของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป แต่ด้วยความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและนวัตกรรม ทำให้ ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลการรักษาพยาบาล และเข้ารับบริการสะดวกมากขึ้น จึงมีความคาดหวัง ในบริการทางการแพทย์และการพยาบาลสูง (Somsap & Varee, 2019)

สภาพยาบาล ได้กำหนดสมรรถนะหลัก (core competency) ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 สมรรถนะ (Nursing Council, 2018) ประกอบด้วย 1) ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย 2) ด้านการปฏิบัติการ พยาบาลและการผดุงครรภ์ 3) ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ 4) ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ 5) ด้านวิชาการและการวิจัย 6) ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ 7) ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ และ 8) ด้าน สังคม หลังจากนักศึกษาพยาบาลได้เรียนผ่านทั้งวิชาทฤษฎีและปฏิบัติในหลักสูตร อีกทั้งยังต้องได้รับการประเมิน คุณภาพโดยการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 ก่อนที่จะไป ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลต่าง ๆ เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชนทุกช่วงอายุและทุกภาวะสุขภาพ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการ การกำหนดและพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพพยาบาลที่มี มาตรฐานสูง ส่งผลให้ผู้เรียนจำเป็นต้องใช้วิธีการเรียนรู้ที่ต้องใช้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 เป็นเครื่องมือสำคัญ (Bellanca, 2011) เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพในการจัดการเรียนรู้ ให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ ความสามารถ ความเชี่ยวชาญ และสมรรถนะที่เกิดกับตัวนักศึกษาพยาบาล

สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ที่สำคัญ ได้แก่ 1) ความสามารถด้านการเรียนรู้และนวัตกรรม เป็น ความสามารถพื้นฐานที่ทุกคนต้องเรียนรู้เพื่อสามารถก้าวทันโลก 2) ความสามารถด้านสารสนเทศ สื่อและ เทคโนโลยี การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ ที่มีความน่าเชื่อถือ การประเมินค่าและการนำไปใช้ รวมถึงการใช้ สารสนเทศอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และ 3) ความสามารถด้านชีวิตและการทำงาน ความสามารถด้านความ ยืดหยุ่นและปรับตัว รู้จักการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง มีความคิดริเริ่มสิ่งใหม่ เป็นผู้เรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ซึ่งการ เรียนพยาบาลจะเน้นไปที่คนและสมรรถนะเป็นหลัก เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ จะเห็นได้ว่านักศึกษาพยาบาล ต้องมีสมรรถนะในการเรียนที่ดี ซึ่งจะส่งผลถึงการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะวิชาชีพพยาบาลที่ดีในอนาคต นักศึกษาพยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย เมื่อเรียนวิชาปฏิบัติการ พยาบาล (Khoyun et al., 2020) จากการศึกษาของ สุตศิริ หิรัญขุนทด และคณะ (Hirunchunha et al., 2021) เกี่ยวกับสมรรถนะการเรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ 1) การแก้ปัญหา 2) สร้างนวัตกรรม 3) มีความร่วมมือและทำงานเป็นทีม 4) การสื่อสาร 5) เทคโนโลยีและสารสนเทศ 6) การสืบค้น

7) ความเชื่อและแรงจูงใจในการเรียนรู้ และ 8) ความสามารถในการวิธีการเรียนรู้

สมรรถนะการเรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษาพยาบาล มีความแตกต่างจากสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพเพียงเล็กน้อย ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย การรับรู้สมรรถนะ ได้ 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) การรับรู้ความสามารถในการสื่อสาร 2) การรับรู้ความสามารถในการคิด 3) การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหา 4) การรับรู้ความสามารถในการใช้ทักษะชีวิต 5) การรับรู้ความสามารถด้านเทคโนโลยี ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ตามกรอบแนวคิด 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ทักษะการเรียนรู้ คือ การรับรู้ความสามารถในการสื่อสาร และการรับรู้ความสามารถในการคิด 2) ทักษะชีวิต คือ การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหา และการรับรู้ความสามารถในการใช้ทักษะชีวิต และ 3) ทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ คือ การรับรู้ความสามารถด้านเทคโนโลยี

จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า การเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี อยู่ในระดับมาก ($M = 4.22$, $SD = .43$) และปัจจัยด้านผู้เรียนมีผลต่อการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล (Phaenoi et al., 2023) และการศึกษาของ สุดศิริ หิรัญขุนหา และคณะ (Hirunchunha et al., 2021) พบว่า สมรรถนะการเรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.1$, $SD = .41$) และการศึกษาของ ฉวีรัตน์ ชื่นชมกุล และ อาภา หวังสุขไพศาล (Chunchomgul & Wangsukpisan, 2020) ที่พบว่า ระดับชั้นปีที่สูงขึ้นของนักศึกษาพยาบาล ส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ($B = -.216$, $p < .01$) ซึ่งตัวแปรระดับชั้นปีการศึกษา อาจส่งผลต่อการรับรู้เรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล

นอกจากนี้ การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยมีความเครียดสูงถึงร้อยละ 60.20 (Wongnoi et al., 2021) ความเครียดสูงอาจมีผลต่อการเรียนพยาบาลได้ ซึ่งจัดเป็นปัจจัยส่วนบุคคล และการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ($r = -.101$, $p < .05$) (Maytapattana et al., 2019) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล และการศึกษาของ ศิริมา เขมเพชร (Khemapech, 2016) พบว่า อายุ เกรดเฉลี่ย และระดับชั้นปีการศึกษา มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ของนักศึกษาพยาบาล แต่ เพศ รายได้ของครอบครัว และค่าใช้จ่ายของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเรียนของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งรายได้ของครอบครัวและค่าใช้จ่ายของครอบครัว เป็นตัวแปรเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคม อาจมีส่งผลต่อการเรียนรู้เรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล เช่น การศึกษาของ นิตยากร ลุนพรหม และ อุมพร เคนศิลา (Loonprom & Kensila, 2018) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุขของนักศึกษาพยาบาล พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาพยาบาล

จากข้อมูลดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับการรับรู้สมรรถนะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 และปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล โดยศึกษาตัวแปรที่อาจส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียนเฉลี่ย ระดับชั้นปีการศึกษา และความเครียด และ 2) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ รายได้ครอบครัวต่อเดือน รายได้ที่ได้รับจากครอบครัวต่อเดือน ผลวิจัยที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับสถาบันการศึกษาที่ผลิตบัณฑิตพยาบาลสามารถนำข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์พยาบาล เพื่อพัฒนาสมรรถนะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล

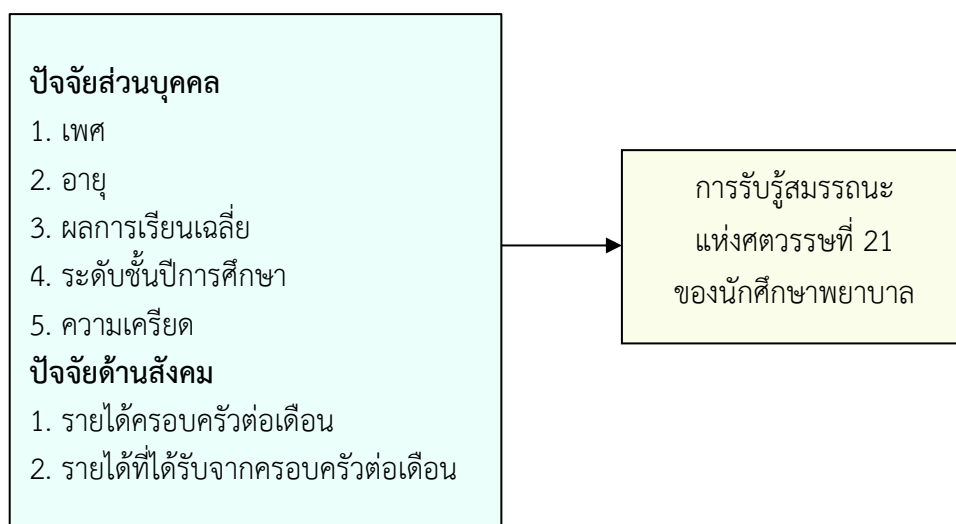


วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ ได้นำแนวคิดพื้นฐานตามแนวคิดทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 (Bellanca, 2011) เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล คือ การรับรู้สมรรถนะ 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) การรับรู้ถึงความสามารถในการสื่อสาร 2) การรับรู้ความสามารถในการคิด 3) การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหา 4) การรับรู้ความสามารถในการใช้ทักษะชีวิต 5) การรับรู้ความสามารถด้านเทคโนโลยี จากการทบทวนวรรณกรรมตัวแปรที่อาจส่งผลต่อสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ได้จัดหมวดหมู่เป็น 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียนรู้เฉลี่ย ระดับชั้นปี และความเครียด และ 2) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ รายได้ครอบครัวต่อเดือน และรายได้ที่รับจากครอบครัวต่อเดือน ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ถึง ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2566 สถาบันการศึกษาเอกชน ในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 509 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณ โดยใช้สูตรของ Thorndike (Srisathitnarakun, 2010) ($n = 10k + 50$) เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง k = จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษาคำนวณ โดย $(10 \times 7) + 50 = 120$ คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมด 144 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง สามารถคำนวณจากสัดส่วนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ โดยใช้สูตร คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง = $n \times n_1 / N$ (Srisathitnarakun, 2010) ดังตารางที่ 1



n = ขนาดตัวอย่างของนักศึกษาพยาบาล

n1= ขนาดตัวอย่างของงานวิจัยคือ 144 คน

N = จำนวนประชากรนักศึกษาพยาบาลทั้ง 4 ชั้นปี จำนวน 509 คน

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน จำแนกตามชั้นปีการศึกษา

ระดับชั้นปี	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ปี 1	120	34
ปี 2	164	46
ปี 3	146	42
ปี 4	79	22
รวม	509	144

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อนักศึกษาที่แสดงรหัสประจำตัว และนักศึกษาทั้ง 4 ชั้นปี จำนวน 509 คน

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อ โดยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน ชั้นปี 1 จำนวน 34 คน ชั้นปี 2 จำนวน 46 คน ชั้นปี 3 จำนวน 42 คน และชั้นปี 4 จำนวน 22 คน

ขั้นตอนที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างนักเรียนที่สุ่มได้ จำนวน 144 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ผลการเรียนเฉลี่ย ชั้นปีการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน รายได้ที่ได้รับจากครอบครัวต่อเดือน ลักษณะแบบสอบถามปลายเปิด และเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ

2. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล 5 ด้าน ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวคิดพื้นฐานที่กำหนดคุณลักษณะและสมรรถนะการเรียนรู้ตลอดชีวิต ตามแนวคิดสมรรถนะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 (Bellanca, 2011) ของนักศึกษาพยาบาล คือ การรับรู้สมรรถนะ 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ถึงความสามารถในการสื่อสาร 2) การรับรู้ความสามารถในการคิด 3) การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหา 4) การรับรู้ความสามารถในการใช้ทักษะชีวิต และ 5) การรับรู้ความสามารถด้านเทคโนโลยี จำนวนทั้งหมด 38 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ คือ รับรู้น้อย (1 คะแนน) รับรู้ปานกลาง (2 คะแนน) รับรู้มาก (3 คะแนน) ค่าคะแนนเฉลี่ยรวม 1.00-1.67 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะอยู่ในระดับน้อย 1.68-2.35 การรับรู้สมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง และ 2.36-3.00 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับมาก

3. แบบสอบถามความเครียด เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดขึ้น เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ ทุกข์ใจ ถูกกดดัน กลัวการทำงานผิดพลาด ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้ (SPST-20) ของ กรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2007) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่รู้สึกเครียด (1 คะแนน) รู้สึกเครียดเล็กน้อย (2 คะแนน) รู้สึกเครียดปานกลาง (3 คะแนน) รู้สึกเครียดมาก (4 คะแนน) รู้สึกเครียดมากที่สุด (5 คะแนน) ค่าคะแนนเฉลี่ยรวม 1.00-1.49 หมายถึง ความเครียดระดับน้อยที่สุด 1.50-2.49 ความเครียดระดับน้อย 2.50-3.49 หมายถึง ความเครียดระดับปานกลาง 3.50-4.49 หมายถึง ความเครียดระดับมาก และ 4.50-5.00 ความเครียดระดับมากที่สุด



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว และ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และปรับแก้ตามความคิดเห็น และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ได้ค่า .90

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 การรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล และส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเครียด โดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย จากนั้นนำมาหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่า .92 และ .82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่ BRO 2023-038 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยแก่ผู้บริหารมหาวิทยาลัย และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบ กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นอิสระในการตัดสินใจ ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และสามารถถอนตัวจากการร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้รักษาเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่าง ให้การยินยอมและอนุญาตในการศึกษาวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ลงนามเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลด้วยตนเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยหลักได้แจ้งพร้อมชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยเพื่อขออนุญาตในการดำเนินการเก็บข้อมูล กับคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น บุรีรัมย์ ภายหลังการได้รับอนุญาต ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แจ้งวัตถุประสงค์แก่นักศึกษาปี 1-4 การตอบแบบสอบถาม การลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามระยะเวลาประมาณ 25-30 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ และได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกส่วน ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Pearson product moment correlation เป็นการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Multiple regression การทดสอบการเกิดสหสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) ระหว่างตัวแปรทั้ง 7 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ด้วยสถิติ stepwise multiple regression equations ที่ตัวแปรทำนายต้องไม่มีค่าความสัมพันธ์กันเองสูงเกินกว่า 0.9 (Tabachnick & Fidell, 2012)
3. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ด้วยสถิติ multiple regression analysis

ผลการวิจัย

1.

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็น เพศหญิง จำนวน 132 คน (ร้อยละ 91.70) และเพศชาย จำนวน 12 คน (ร้อยละ 8.30) มีอายุเฉลี่ย 20.50 ปี (SD = 1.29) ประกอบด้วย นักศึกษาพยาบาลชั้นปี 1 จำนวน 34 คน (ร้อยละ 23.60) ชั้นปี 2 จำนวน 46 คน (ร้อยละ 31.90) ชั้นปี 3 จำนวน 42 คน (ร้อยละ 29.20) และชั้นปี 4 จำนวน 22 คน (ร้อยละ



ปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล

15.30) ผลการเรียนรู้เฉลี่ย (GPA) อยู่ในช่วง 3.00-3.50 ($M = 3.24$, $SD = 0.48$) รายได้ของครอบครัว อยู่ในช่วง 5,000-100,000 บาทต่อเดือน ($M = 52,500$, $SD = 1.57$) รายได้ที่ได้รับจากครอบครัว ส่วนใหญ่ ได้รับน้อยกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน ($M = 2,500$, $SD = 87.35$) และความเครียดอยู่ในระดับน้อยที่สุด ($M = 2.3$, $SD = 1.00$)

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล

ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.36$, $SD = .34$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้สมรรถนะด้านที่ 5 การรับรู้ความสามารถด้านเทคโนโลยีของนักศึกษา อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 2.49$, $SD = .44$) รองลงมาได้แก่ ด้านที่ 4 การรับรู้ความสามารถในการใช้ทักษะชีวิต ของนักศึกษา ($M = 2.42$, $SD = .36$) ด้านที่ 3 การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาของนักศึกษา ($M = 2.38$, $SD = .44$) และด้านที่ 2 การรับรู้ความสามารถในการคิดของนักศึกษา ($M = 2.36$, $SD = .38$) ส่วนด้านที่ 1 การรับรู้ความสามารถในการสื่อสารของนักศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.15$, $SD = .34$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ($n = 144$)

การรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษ 21 ของนักศึกษาพยาบาล	M	SD	ระดับ
1. การรับรู้ถึงความสามารถในการสื่อสาร	2.15	.34	ปานกลาง
2. การรับรู้ความสามารถในการคิด	2.36	.38	มาก
3. การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหา	2.38	.44	มาก
4. การรับรู้ความสามารถในการใช้ทักษะชีวิต	2.42	.36	มาก
5. การรับรู้ความสามารถด้านเทคโนโลยี	2.49	.44	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	2.36	.34	มาก

3. ปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า ชั้นปีการศึกษา ($r = -.016$, $p < .01$) และรายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ ($r = .106$, $p < .01$) ทางลบและทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ($n = 144$)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7	8
1. อายุ	1.00							
2. เพศ	.030	1.00						
3. ผลการเรียนรู้เฉลี่ย	.191	.053	1.00					
4. ระดับชั้นปีการศึกษา	.262**	-.027	.311*	1.00				
5. ความเครียด	.216**	.090	.008	.000	1.00			
6. รายได้ครอบครัวต่อเดือน	.028	.036	.471**	.450	.226	1.00		
7. รายได้ที่ได้รับจากครอบครัวต่อเดือน	.262*	.243	.382*	.470*	.001	.471*	1.00	
8. การรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล	-.073	.141	-.023	-.016**	.258	.106**	-.133	1.00

** $P < .01$, * $P < .05$

ชั้นปีการศึกษา ($\beta = -.136, p = .027$) และรายได้ของครอบครัว ($\beta = .031, p = .194$) สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 6.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วน อายุ เพศ ผลการเรียนรู้เฉลี่ย รายได้ที่ได้รับจากครอบครัวต่อเดือน และความเครียด ไม่สามารถทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลได้ ดังตารางที่ 4

จากผลการวิจัยครั้งนี้ มีสมการทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล แบบค่าคะแนนมาตรฐาน (Standardized score) คือ

$$Z (\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล}) = 1.591 - .136 Z (\text{ชั้นปีการศึกษา}) + .033 Z (\text{รายได้ของครอบครัว})$$

ตารางที่ 4 สมการถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่ศึกษากับการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล
($n = 144$)

ตัวแปรที่ศึกษา	β	SE	B	t	p-value
ชั้นปีการศึกษา	-.136	.061	-.258	-2.242	.027
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน	.031	.024	.133	1.304	.194
Constant (α) = 1.591, $R = .25^a$, $R^2 = .066$, $R^2_{adj} = -.015$, $F = 1.291$ ($df_1 = 2, df_2 = 141$), $p < .001$					

การอภิปรายผล

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล

การรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล เฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.34, SD = 0.34$) และพบว่า การรับรู้สมรรถนะด้านที่ 2, 3, 4, 5 อยู่ในระดับมากเช่นกัน ส่วนด้านที่ 1 อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้สมรรถนะด้านที่ 5 การรับรู้ความสามารถด้านเทคโนโลยีของนักศึกษาอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 2.49, SD = .44$) สามารถอธิบายได้ว่า ปัจจุบัน นักศึกษาสามารถเข้าถึงอุปกรณ์ต่าง ๆ ได้โดยสะดวก เช่น คอมพิวเตอร์ ไอแพด โทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต และฐานข้อมูลการศึกษาค้นคว้า และอยู่ในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว ทำให้นักศึกษาพยาบาล มีการเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ ต่อการเรียนรู้ทางเทคโนโลยีสารสนเทศได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาระดับสมรรถนะในการใช้เทคโนโลยีของนักศึกษาพยาบาลของ สุตศิริ หิรัญชุมหะ และคณะ (Hirunchunha et al., 2021) ที่พบว่า อยู่ในระดับมาก ($M = 4.3, SD = .52$) เช่นกันกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานีของ ไชโรตริย์ แพน้อย และคณะ (Phaenoi et al., 2023) ที่พบว่า ทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศอยู่ในระดับมาก ($M = 4.32, SD = .46$) การจัดการเรียนการสอนให้ผู้เรียนเกิดสมรรถนะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับนักศึกษาพยาบาล ดังนั้นการจัดกิจกรรมให้นักศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลทางดิจิทัลที่เชื่อถือได้ และนำมาเสนอด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์กับอาจารย์ผู้สอน

การรับรู้สมรรถนะด้านที่ 4 การรับรู้ความสามารถในการใช้ทักษะชีวิต ($M = 2.42, SD = .36$) เป็นทักษะที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง การดูแลสุขภาพจิต และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น การที่นักศึกษาพยาบาล มีการรับรู้ความสามารถในการใช้ทักษะชีวิตในระดับมาก อาจเกิดจากการที่นักศึกษาได้รับการฝึกฝนในเรื่องเหล่านี้ผ่านประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย และการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ ในสภาพแวดล้อมที่ต้องรับมือกับสถานการณ์ที่กดดันและความท้าทายต่าง ๆ การส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลสามารถพัฒนาทักษะชีวิตได้ เช่น การบริหารเวลา การจัดการความเครียด และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการทำงานด้านพยาบาล โดยมีงานวิจัยของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1999) ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของทักษะชีวิตในทุกวิชาชีพพยาบาล ซึ่งเป็นวิชาชีพที่ต้องทำงานกับมนุษย์ ที่ต้องใช้ทักษะการจัดการตนเอง การจัดการความเครียด และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในการสร้างเสริม ความสำเร็จในการทำงานในระยะยาว

การรับรู้สมรรถนะด้านที่ 3 การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหา ($M = 2.38$, $SD = .44$) เป็นสมรรถนะที่จำเป็นในวิชาชีพพยาบาล เนื่องจากพยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่หลากหลายและซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วย การที่นักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาในระดับมาก อาจเกิดจากการที่นักศึกษาได้ผ่านการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง ที่ต้องใช้ทักษะในการคิดเชิงวิเคราะห์และการตัดสินใจ การฝึกแก้ไขปัญหาจากกรณีศึกษาทางคลินิกหรือการปฏิบัติงานในสถานพยาบาลยังช่วยเสริมสร้างทักษะนี้ การที่นักศึกษาพยาบาลได้สัมผัสกับสถานการณ์จริง จะทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการฝึกปฏิบัติงาน ในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ การแก้ปัญหาเป็นทักษะสำคัญในวิชาชีพพยาบาล โดยมีงานวิจัยของ แบนเนอร์ (Benner, 1984) ได้เสนอแนวคิดว่าการพัฒนาความเชี่ยวชาญในวิชาชีพเกิดจากการเผชิญสถานการณ์ปัญหาที่ซับซ้อนและการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงในสถานการณ์การทำงาน การแก้ไขปัญหาในสภาพแวดล้อมการทำงานจริงจึงช่วยพัฒนาทักษะนี้อย่างต่อเนื่อง

การรับรู้สมรรถนะด้านที่ 2 การรับรู้ความสามารถในการคิด ($M = 2.36$, $SD = .38$) เป็นสมรรถนะที่สำคัญของนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากการพยาบาลต้องอาศัยการวิเคราะห์ข้อมูล การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล และการประยุกต์ใช้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การที่นักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้ความสามารถในการคิดในระดับมาก อาจเป็นผลมาจากการที่หลักสูตรการเรียนการสอนเน้นการฝึกฝนทักษะในการคิดเชิงวิเคราะห์ และการประเมินข้อมูลอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์กรณีศึกษา การเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ ทำให้นักศึกษามีความมั่นใจในการคิดและตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ได้รับการพัฒนาผ่านการศึกษาและการปฏิบัติ นักศึกษาพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างทักษะในการตัดสินใจที่มีเหตุผลในการดูแลผู้ป่วย การศึกษาของ ฟาซิโอเน (Facione, 1990) สนับสนุนความสำคัญของทักษะการคิดวิเคราะห์ในการปฏิบัติพยาบาลอย่างมีคุณภาพ

สำหรับการรับรู้สมรรถนะด้านที่ 1 ด้านความสามารถในการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.35$, $SD = .34$) เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลอาจยังขาดความมั่นใจในการสื่อสาร ส่งผลให้การแสดงออกทางการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อาจเป็นผลจากการขาดการสนับสนุนหรือแรงจูงใจจากสภาพแวดล้อมทางการเรียน นักศึกษาพยาบาลควรมีทักษะการเจรจาต่อรองและการโน้มน้าวในการให้คำแนะนำผู้ป่วย รวมถึงการสื่อสารกับเพื่อนร่วมงาน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและลดข้อขัดแย้ง การสื่อสารเหล่านี้จำเป็นต้องมีความละเอียดอ่อนและอาศัยทักษะในการจัดการความขัดแย้งด้วย (Sukcharoen, 2018) โดยมีการศึกษาของ โอภาส ประมูลสิน และคณะ (Pramoonsin et al., 2020) ที่ทำการศึกษาปัจจัยทำนายการใช้ภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวันของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง พบว่า การใช้ภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวันของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ในภาพรวมมีการใช้น้อยครั้ง ($M = 2.94$, $SD = 1.01$) ดังนั้น ควรมีการส่งเสริม พัฒนาการ การเรียนรู้ ภาษาอังกฤษ เนื่องจากในปัจจุบัน มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในชีวิตประจำวัน และในการเรียนพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นศัพท์ทางการแพทย์ พยาบาลและทางการแพทย์ เพื่อใช้เป็นการติดต่อสื่อสาร รวมถึงทักษะด้านภาษาไทย เป็นภาษาประจำชาติ นักศึกษาพยาบาลต้องใช้ภาษาไทยในการสื่อสารในชีวิตประจำวันและการเรียน รวมถึงการทำงาน

2. ปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า ชั้นปีการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 6.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ตัวแปรที่มีอิทธิพลได้แก่ ชั้นปีการศึกษา ($\beta = -.136$) และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ($\beta = .033$) และอธิบายได้ว่าตัวแปรทั้ง 2 นั้น มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางสังคม สะท้อนถึงอิทธิพลของปัจจัยเหล่านี้ต่อการพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษา ผลการศึกษาสามารถอภิปรายรายปัจจัย ได้ดังนี้

2.1 ชั้นปีการศึกษามีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ($\beta = -.136, p < .001$) กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นชั้นปี 2 ร้อยละ 31.90 ชั้นปี 3 ร้อยละ 29.20 อาจส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 เริ่มเรียนวิชาเกี่ยวกับหมวดวิชาชีพพยาบาลที่สภานายกกำหนด (Nursing Council, 2018) นักศึกษาที่อยู่ในชั้นปีการศึกษาที่สูงขึ้น มักมีโอกาสได้รับการฝึกฝนและเรียนรู้ทักษะที่จำเป็นสำหรับศตวรรษที่ 21 มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นทักษะในการแก้ไขปัญหา การคิดเชิงวิเคราะห์ และการทำงานร่วมกับผู้อื่น การเรียนรู้จากประสบการณ์ในสภาพแวดล้อมจริงอาจส่งผลให้นักศึกษามีการรับรู้สมรรถนะของตนเองที่พัฒนาไปตามชั้นปี ผลการศึกษาค้นคว้าสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีรัตน์ ชื่นชมกุล และ อาภา หวังสุขไพศาล (Chunchomgul & Wangsupkisan, 2020) ที่พบว่า ระดับชั้นปีที่สูงขึ้นของนักศึกษาพยาบาล ส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ($B = -.216, p < .01$) อธิบายได้ว่า เมื่อระดับชั้นปีการศึกษาของนักศึกษาพยาบาลสูงขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยกลับลดลงเล็กน้อย แม้ว่าการเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นตามระดับชั้นปี แต่นักศึกษาในชั้นปีที่สูงขึ้นอาจยังไม่ได้รับประสบการณ์ในสถานการณ์ที่หลากหลายพอ การขาดประสบการณ์ในสถานการณ์เฉพาะเจาะจงอาจทำให้พวกเขายังไม่สามารถจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์

2.2 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนเป็นปัจจัยทางสังคม มีความสัมพันธ์ระดับต่ำและสามารถทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ($\beta = .033, p < .001$) จะเห็นได้ว่า รายได้ของครอบครัวของนักศึกษาอยู่ในช่วง 5,000-100,000 บาทต่อเดือน ($M = 52,000, SD = 1.57$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะนักศึกษาได้รับทุนการศึกษาจากรัฐบาล เช่น ทุน กยศ. หรือ กรอ. และการเอาใจใส่จากผู้ปกครอง และความคาดหวังจากครอบครัวอาจส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลได้ ส่งผลต่อนักศึกษาพยาบาลทางอ้อม ไม่มีความกังวลหรือปัญหาค่าเทอม หรือค่าใช้จ่ายรายเดือน ทำให้ต้องตั้งใจเรียนให้สอบผ่านในการเรียนแต่ละวิชา การลดแรงกดดันทางการเงินจากปัญหาค่าใช้จ่าย สามารถทำให้นักศึกษาพยาบาลมีสมาธิในการศึกษาและการพัฒนาทักษะต่าง ๆ ที่สำคัญต่อการทำงานในศตวรรษที่ 21 โดยไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่อาจทำให้เกิดความเครียด

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความเครียดของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับน้อยที่สุด ($M = 2.3, SD = 1.00$) และการศึกษาเรื่องความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล (Tantalanukul, Wongsawat, 2017) พบว่า สภาพทางการเงิน มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล คือนักศึกษาพยาบาลไม่แน่ใจว่าครอบครัวจะสามารถส่งเสียเงินให้เรียนจบได้ แต่มีเงินกู้ยืมเพื่อการศึกษาเงินและที่บ้านส่งเงินมาให้ในแต่ละเดือน นักศึกษาต้องใช้จ่ายเงินให้พอได้ในแต่ละเดือนทำให้ความเครียดลดลง จะเห็นได้ว่าการได้รับการสนับสนุนด้านการเงินสามารถช่วยลดความเครียดได้ที่อาจจะช่วยในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ได้

3. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถร่วมทำนายสมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า เพศ อายุ ผลการเรียนรู้เฉลี่ย รายได้ที่ได้รับจากครอบครัวต่อเดือน และความเครียด ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถร่วมทำนายสมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งอาจเกิดจากเหตุผลต่าง ๆ ดังนี้

3.1 เพศ การที่เพศไม่สามารถร่วมทำนายสมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลได้อาจเนื่องจากในบริบทการพยาบาล ทักษะและสมรรถนะที่จำเป็นไม่ได้มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนระหว่างเพศ การพยาบาลเป็นอาชีพที่เน้นการใช้ทักษะทางด้านวิชาชีพ การสื่อสาร และการดูแลผู้ป่วย ซึ่งไม่ได้แบ่งแยกตาม



เพศ ทั้งผู้หญิงและผู้ชายต่างก็สามารถพัฒนาสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ได้เท่าเทียมกัน ดังนั้นเพศจึงไม่ได้เป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะนี้

3.2 อายุ แม้ว่าการเพิ่มขึ้นของอายุอาจเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่มากขึ้น แต่ในกรณีของนักศึกษาพยาบาล ความแตกต่างของอายุในกลุ่มตัวอย่างมักไม่กว้างขวางนัก เนื่องจากเป็นกลุ่มนักศึกษาที่ศึกษาในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน ดังนั้น อายุจึงอาจไม่ได้มีอิทธิพลอย่างชัดเจนต่อการพัฒนาสมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ในกลุ่มนี้

3.3 ผลการเรียนเฉลี่ย (GPA) อาจไม่ได้สะท้อนถึงสมรรถนะทั้งหมดที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 เนื่องจากสมรรถนะเหล่านี้ไม่จำกัดอยู่เพียงในด้านวิชาการ การมีผลการเรียนที่ดีไม่ได้หมายความว่านักศึกษาจะมีทักษะในการสื่อสาร การทำงานเป็นทีม หรือการแก้ปัญหาที่ดีเช่นกัน ดังนั้น GPA อาจไม่สามารถทำนายสมรรถนะที่ครอบคลุมในด้านเหล่านี้ได้

3.4 รายได้ที่ได้รับจากครอบครัวต่อเดือน แม้ว่ารายได้ของครอบครัวอาจมีผลต่อการเข้าถึงทรัพยากรทางการศึกษา แต่ปัจจัยนี้อาจไม่ใช่ปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 ในพยาบาล สมรรถนะเหล่านี้ มักพัฒนาผ่านการเรียนรู้และประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติงานจริง ซึ่งไม่ได้ขึ้นอยู่กับสถานะทางการเงินของครอบครัวโดยตรง ดังนั้นรายได้ที่ได้รับจากครอบครัวต่อเดือนอาจไม่ได้มีผลต่อสมรรถนะเหล่านี้

3.5 ความเครียด แม้ว่าความเครียดอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการเรียนรู้และการทำงาน แต่อาจไม่ได้มีความเชื่อมโยงโดยตรงกับการพัฒนาสมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ความเครียดเป็นปัจจัยที่อาจมีผลทั้งด้านบวกและลบ เช่น บางคนอาจรับมือกับความเครียดได้ดีและสามารถพัฒนาตนเองได้ ในขณะที่บางคนอาจได้รับผลกระทบด้านลบต่อการเรียนรู้ ดังนั้นความเครียดจึงอาจไม่ได้มีผลต่อการทำนายสมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 อย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สถาบันการศึกษาควรนำข้อมูลไปกำหนดสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลในการรับรู้ความสามารถของตนเอง ใน 5 ด้าน ได้แก่ การสื่อสาร การคิด การแก้ไขปัญหา ทักษะการใช้ชีวิต และการใช้เทคโนโลยี ให้มีความพร้อมในการเรียนได้

2. ควรใช้เป็นข้อมูลสำหรับการฝึกอบรมเสริมสร้างให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะตามสมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 และใช้เป็นแนวทางในการจัดเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มการเรียนของนักศึกษาทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเชิงทดลอง โดยการนำตัวแปรที่สามารถทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ชั้นปีการศึกษา รายได้ของครอบครัว ไปประยุกต์ออกแบบโปรแกรมการจัดการเรียนการสอน เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 หรือศึกษาเปรียบเทียบระหว่างสถาบันการศึกษาพยาบาลภาครัฐและเอกชนเกี่ยวกับสมรรถนะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21

2. ควรศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่อาจมีความสัมพันธ์และมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลได้

References

- Bellanca, J. (2011). *21st Century skills-rethinking how student learn*. In V. Wongkijrungruang & A. Chittaroung (Eds.), Translator. Open worlds Publishing.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.



- Chunchomgul, C., & Wangsukpisan, A. (2020). Factors related to the performance of clinical practice for patient safety among nursing students. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(4), 100-113. (in Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2007). *Stress assessment form, department of mental health STSP 20*. Department of Mental Health. (in Thai)
- Facione, P. A. (1990). *Critical thinking: A statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction-The Delphi report*. Academic Press.
- Hirunchunha, S., Bungkong, S., Phumdung, S., Boonyoung, N., & Sangchan, H. (2021). Lifelong learning competency of nursing students, supporting and obstacle to factors related to lifelong learning competency development. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 41(4), 38-49. (in Thai)
- Khemapech, S. (2016). The factors associated with motive achievement in police nursing students. *Journal of the Police Nurses*, 8(1), 116-124. (in Thai)
- Khoyun, S., Sukontawat, W., Kitkhuandee, B., Loomon, J., & Thoin, P. (2020). The critical care competencies of registered nurses after finishing short course training in critical care nursing. *Chiangrai Medical Journal*, 12(2), 88-102. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/crmjournal/article/view/241848>
- Loonprom, N., & Kensila, A. (2018). Factors related to the happiness level of nursing students at Ratchathani University Udonthani campus. *RTUNC 2018 The 3th National conference, Ratchathani University*. 555-563. https://mis.ratchathani.ac.th/file_re/2Gk86DIThu14938.pdf (in Thai)
- Maytapattana, M., Vorasiha, P., Karuhadaj, P., Napapongsa, K., & Sempoon, K. (2019). Factors influencing the ethical practice behaviors of undergraduate nursing students in Bangkok metropolitan area. *Kuakarun Journal of Nursing*, 26(1), 76-91. (in Thai)
- Nursing Council. (2018). *Announcement of the nursing council on core competencies of graduates Bachelor's degree, Master's degree, Doctorate degree in Nursing Science. Training course registered advanced nurses and received certificates/books of professional expertise nurses and midwives and nursing specialties in the field of professional nursing and midwifery*. <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/9999.pdf> (in Thai)
- Phaenoi, S., Puttapitukpol, S., & Sarakshetrin, A. (2023). Factors influencing the 21st century learning skills among nursing students in Borommarajonani College of Nursing Suratthani. *Journal of Health Research and Innovation*, 6(1), 1-14. (in Thai)
- Posri, N., & Kusoom, W. (2017). Identity of nursing students Suan Sunandha Rajabhat University. *Research and Development Journal Suan Sunandha Rajabhat University*, 9(1), 135-145. <https://www.thaiscience.info/Journals/Article/RDSS/10992062.pdf>



Predicting Factors of Perceived 21st Century Competency
Among Nursing Students
ปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล

- Praboromrajchanok Institute Ministry of Public Health. (2021). *Manual for selecting people to study various courses of Phraboromrajchanok Institute Ministry of Health, Academic Year 2017*. Educational Development Group, Phra Boromrajchanok Institute Ministry of Public Health. <https://nurse.pmk.ac.th/images/FND/fnd/06.doc> (in Thai)
- Pramoonsin, O., Srigrajang, J., & Balucanag, M. A. (2020). Factors predicting the English use in daily lives of student nurses, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Lampang, Thailand. *Lamphang Rajabhat University Journal*, 9(2), 135-147. <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/JLPRU/article/view/244163/168277> (in Thai)
- Siripukdeekan, C., & Boonrubpayap, B. (2014). Nursing career ladder development. *Journal of The Royal Thai Army Nursing*, 15(3), 75-80. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/30236/26070> (in Thai)
- Srisathitnarakun, B. (2010). *Research methodology: Guidelines for success*. U and I Intermedia. (in Thai)
- Somsap, Y., & Varee, A. (2019). Thai nurse brand in 21st century: Challenges for nursing profession. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 39(3), 169-178. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/218966/152729> (in Thai)
- Sukcharoen, P. (2018). The development of communication skills for nursing students. *Chonburi Hospital Journal*, 43(3), 237-242. <https://shorturl.asia/t42Nd>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2012). *Using multivariate statistics*. Pearson.
- Tantalanukul, S., & Wongsawat, P. (2017). Stress and stress management in nursing students. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 9(1), 81-92 (in Thai)
- Wongnoi, A., Nintachan, P., & Sangon, S. (2021). The relationships of resilience practical problems on the ward and social support to stress among nursing students. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 35(2), 73-94. (in Thai)
- World Health Organization. (1999). *Partners in life skills education*. WHO. <https://www.orientamentoirreer.it/sites/default/files/materiali/1999%20OMS%20lifeskills%20edizione%201999.pdf>



Concept Mapping: A Tool for Critical Thinking Development in Nursing ผังโน้ตค้น: เครื่องมือพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณทางการพยาบาล

สุมนา โสทธิพลอนันต์* Sumana Sottipolanun*

Abstract

Critical thinking is important for the development of decision-making skills. The goal of nursing education management requires developing nursing students' clinical judgment and critical thinking skills. When appropriately prepared and ready to learn, nursing students will be able to learn in a variety of clinical practice settings. Generally, critical thinking can use problem-based learning, case-based learning, and simulations. Concept mapping is a schematic device to represent a set of concepts meaningfully, helping students learn through their knowledge structure and knowledge construction. The process of concept mapping consists of: 1) subsumption, 2) progressive differentiation, and 3) integrative reconciliation. These can be applied to nursing courses to enhance critical thinking capacity, for instance, in terms of theory and practice integration, and clinical practice. Moreover, concept mapping can be used to develop nursing care plans. There are benefits for students in terms of ease of understanding and remembering since important concepts are connected in meaningful ways on one page.

Keywords: Concept mapping; Critical thinking; Nursing

* Corresponding author, Instructor, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University;
e-mail: sumana.sot@kbu.ac.th

Received 7 August 2024; Revised 3 October 2024; Accepted 31 October 2024



บทคัดย่อ

การคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะการตัดสินใจ เป้าหมายการจัดการศึกษาพยาบาลต้องการให้มีการพัฒนาการตัดสินใจเชิงคลินิก และทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในนักศึกษาพยาบาล เมื่อมีการเตรียมตัวอย่างเหมาะสมและพร้อมที่จะเรียนรู้ นักศึกษาพยาบาลจะสามารถเรียนรู้ภาคปฏิบัติในคลินิกที่มีความหลากหลายได้ โดยทั่วไป การพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณสามารถใช้วิธีการเรียนรู้ต่าง ๆ เช่น โจทย์ปัญหา กรณีศึกษา สถานการณ์จำลอง เป็นต้น แต่ผังมโนทัศน์ เป็นเครื่องมือแผนผังแสดงชุดมโนทัศน์ที่มีความหมาย ช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ผ่านโครงสร้างความรู้ของตนเอง กระบวนการสร้างความรู้จากผังมโนทัศน์ประกอบด้วย 1) การจัดกลุ่มความคิด 2) การแยกแยะความแตกต่าง และ 3) การบูรณาการเชื่อมโยงกัน จึงสามารถนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณผ่านการบูรณาการทฤษฎีสู่การปฏิบัติในคลินิก นอกจากนี้ ผังมโนทัศน์สามารถนำมาจัดทำแผนการพยาบาล ดังนั้นจึงมีประโยชน์สำหรับนักศึกษาในเรื่องของการเพิ่มความเข้าใจและการจดจำ เพราะมีการเชื่อมโยงมโนทัศน์สำคัญต่าง ๆ เข้าด้วยกันบนกระดาษเพียงหน้าเดียว

คำสำคัญ: ผังมโนทัศน์ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การพยาบาล

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต e-mail: sumana.sot@kbu.ac.th

วันที่รับบทความ 7 สิงหาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความ 3 ตุลาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 31 ตุลาคม 2567

บทนำ

เป้าหมายการจัดการศึกษาทางการพยาบาล มุ่งเน้นพัฒนาทั้งด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติทางการพยาบาล โดยมีลักษณะการจัดการเรียนการสอนที่พัฒนาทักษะต่าง ๆ ของนักศึกษา ตามลำดับ จากง่ายไปสู่สถานการณ์ที่ซับซ้อน พัฒนาความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาล และมีความสามารถในการแก้ปัญหาในสถานการณ์ทางคลินิกต่อไป ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical thinking) เป็นทักษะที่สำคัญในการจัดการศึกษาทางการพยาบาล เนื่องจากส่งเสริมให้นักศึกษาเพิ่มความสามารถในการคิดไตร่ตรอง และแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง โดยทั่วไป การพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ สามารถใช้วิธีการเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น การเรียนรู้จากโจทย์ปัญหา (problem-based learning) การใช้กรณีศึกษา (case-based learning) การเรียนแบบสถานการณ์จำลอง (simulations in the nursing lab) รวมถึงการเรียนรู้ภาคปฏิบัติในคลินิก (clinical area in implementation) ซึ่งเป็นการจัดการเรียนการสอนมีลักษณะมุ่งเน้นการเรียนรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ (theory-to-practice application) (Binoy & Raddi, 2022)

การใช้ผังมโนทัศน์ เป็นอีกหนึ่งวิธีที่ได้รับการสนับสนุนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในงานวิจัยต่าง ๆ เช่น งานวิจัยของ ยู และคณะ (Yue et al., 2017) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) พบหลักฐานที่น่าเชื่อถือสนับสนุนประสิทธิผลของการใช้ผังมโนทัศน์ในการจัดการศึกษาพยาบาล ใช้เป็นเครื่องมือพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และเป็นกลยุทธ์การสอนที่จูงใจและส่งเสริมการเรียนรู้ระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์อย่างมีคุณค่าด้านการศึกษาพยาบาล มีประโยชน์ทั้งพัฒนาการคิดและสามารถตรวจสอบมโนทัศน์ของเนื้อหาได้อย่างชัดเจน

งานวิจัยของ โซกา และคณะ (Soika et al., 2014) ที่ใช้ผังมโนทัศน์เป็นเครื่องมือประเมินในหัวข้อที่เป็นนามธรรมในวิชาเคมี พบว่า การใช้ผังมโนทัศน์ ช่วยให้สามารถมองเห็นโครงสร้างของความรู้ของผู้เรียนได้อย่างชัดเจน เมื่อนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอน จะช่วยให้การเรียนรู้ง่ายขึ้น สามารถนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ (Kandula & Wake, 2021) สำหรับนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลในคลินิก เช่น นำมาใช้ในการประชุมทางคลินิกทั้งก่อน-หลังปฏิบัติงาน (pre-post clinical conferences) ช่วยส่งเสริมการสังเคราะห์และบูรณาการความรู้ทางคลินิก สามารถทำได้ทุกวัน เมื่อใช้ในกลุ่มย่อยจะมีประโยชน์มาก เป็นการเน้นประเด็นสำคัญ (focus on key points) ให้กับผู้เรียน และบูรณาการจากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ (integration of theory and practice) (Koharchik & Redding, 2016) สามารถนำมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลให้กับผู้ป่วยรายบุคคล และในกระบวนการพยาบาล บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อนำเสนอแนวทางการจัดทำผังมโนทัศน์สำหรับใช้ในการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมทักษะคิดอย่างมีวิจารณญาณทางการพยาบาล

ความหมายและความสำคัญของผังมโนทัศน์

ปี ค.ศ.1984 โนวัค และ โกวิน (Novak & Gowin, as cited in Daley, 2010) ให้ความหมายผังมโนทัศน์ว่าเป็นเครื่องมือแผนผังแสดงชุดมโนทัศน์ (schematic device) สำหรับใช้เป็นตัวแทนของชุดมโนทัศน์อย่างที่มีความหมาย เป้าหมาย คือ สร้างความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ต่าง ๆ โดยระบุว่า มโนทัศน์แต่ละมโนทัศน์มีความสัมพันธ์กันอย่างไร ซึ่งมโนทัศน์ในแต่ละเรื่อง (subject) จะเป็นองค์ประกอบพื้นฐาน (basic building blocks) สำหรับใช้ในการคิดขั้นสูง (higher-level thinking) หากปราศจากความเข้าใจในมโนทัศน์เบื้องต้น จะไม่สามารถเข้าใจและพัฒนาการคิดในขั้นต่อไปได้ (Woldeamanuel et al., 2020) ต่อมา แอลเบอร์ (Åhlberg, 2013) ได้พัฒนาผังมโนทัศน์ โดยเพิ่มประเด็นของจำนวนเส้นโยงที่มีหัวลูกศรหลายเส้น เพื่อให้สามารถส่งเสริมการเรียนรู้การสร้าง ลงมือทำ และบูรณาการความคิด ซึ่งทำให้เกิดคุณค่าจากการปฏิบัติ

เมื่อนำแนวคิดนี้มาใช้กับผู้เรียน จะเป็นกลยุทธ์การสร้างการเรียนรู้ (constructivist learning strategy) ที่มากกว่าการส่งเสริมการสะท้อนคิดและการคิดวิเคราะห์ (Daley, 2010) ด้วยเหตุผลนี้ การใช้ผังมโนทัศน์ จึงมี



ความสำคัญและมีประโยชน์ สามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือการเรียนรู้ที่มีความหมาย เนื่องจากเป็นแผนผังที่สามารถขยายความเข้าใจที่กว้างขึ้น มีการจัดลำดับมโนทัศน์และการใช้คำเชื่อมโยงมโนทัศน์เข้าด้วยกัน นำมาใช้เป็นกลยุทธ์การสอนที่มีประสิทธิภาพได้ เนื่องจากวิธีการจัดกรอบความคิดที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจง่าย และสามารถประเมินความเข้าใจของผู้เรียน (Aziz et al., 2017)

การสร้างผังมโนทัศน์ จำเป็นต้องรวบรวมข้อมูล และจัดระเบียบมโนทัศน์ในลักษณะลำดับขั้นของความเกี่ยวข้องในแต่ละความคิดจากเนื้อหาที่มากมายน และเป็นการส่งเสริมความจำในระยะยาวจากเนื้อหาในหลักสูตร ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา เนื่องจากผู้เรียนมีการค้นพบการเชื่อมโยงความรู้เดิมไปยังหัวข้อเรียนปัจจุบัน (Binoy & Raddi, 2022) นอกจากใช้กับผู้อื่นแล้ว ยังสามารถใช้เพื่อช่วยให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลต่าง ๆ อธิบายความคิดของตนเองเกี่ยวกับหัวข้อในรูปแบบแผนผังได้อย่างเข้าใจง่าย ซึ่งการพัฒนาองค์ความรู้ จัดเป็นกระบวนการที่ใช้ขีดความสามารถในระดับที่สูงขึ้น โดยเริ่มต้นจากการระบุมโนทัศน์หลัก (main concept) ของหัวข้อ จากเนื้อหาในหนังสือ หรือการบรรยาย หรือการนำเสนออื่น ๆ หลังจากนั้นนำมาจัดกลุ่มมโนทัศน์และจัดลำดับ และพัฒนาเป็นองค์ความรู้ในรูปแบบของผังมโนทัศน์ที่มีความหมาย

ปี ค.ศ. 1986 ออซูเบล และคณะ (Ausubel et al., 1986 as cited in Daley, 2010) เชื่อว่ากระบวนการพัฒนาผังมโนทัศน์ มี 3 ขั้นตอน คือ 1) การจัดกลุ่มความคิด (subsumption) เป็นการสร้างสรรค์การจัดลำดับขั้นของโครงสร้างความรู้ (creates a hierarchy of knowledge structures) มโนทัศน์ที่อยู่ระดับต่ำกว่าจะอยู่ภายใต้มโนทัศน์หลักที่มีลำดับสูงกว่า 2) การแยกแยะความแตกต่าง (progressive differentiation) เป็นการย่อยความคิดออกเป็นส่วนประกอบย่อยที่ละเอียดกว่า เหมือนการวิเคราะห์ (analysis process) และ 3) การบูรณาการเชื่อมโยงกัน (integrative reconciliation) เป็นการรวบรวมสังเคราะห์และเชื่อมโยงแนวคิด นำมาจัดเรียงจากด้านซ้ายของผังมโนทัศน์ไปยังด้านขวาของผังมโนทัศน์ หรือเป็นการนำมโนทัศน์ทั่วไปและมโนทัศน์เฉพาะ (general and specific concepts) พร้อมคำเชื่อมโยงที่สมเหตุสมผลมาใช้ เพื่อทำให้เกิดการเชื่อมโยงมโนทัศน์ทั้งหมดเข้าด้วยกัน (Daley, 2010) แผนภาพที่ได้จากการเชื่อมโยงทั้งหมด จะกลายเป็นแผนผังที่เป็นผังมโนทัศน์ของเนื้อหาที่ต้องการ ดังนั้น เมื่อนำกระบวนการทั้ง 3 ขั้นตอน มาใช้ในการศึกษาเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จะทำให้เกิดกระบวนการคิดที่เริ่มต้นจากกลุ่มความคิดหลาย ๆ กลุ่ม เมื่อนำมาจัดกลุ่มย่อยให้เข้าพวก และจัดเรียงเป็นลำดับขั้น จากนั้น จึงเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของกลุ่มความคิดเหล่านั้น ผลที่ได้ทำให้เกิดเป็นผังมโนทัศน์ที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ของผู้เรียน ซึ่งการใช้กระบวนการดังกล่าว สามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือพัฒนาการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการคิดได้อย่างชัดเจน

การใช้ผังมโนทัศน์ในการพัฒนาการเรียนรู้

ผังมโนทัศน์ จัดเป็นเครื่องมือที่นำมาใช้เป็นกลยุทธ์การสร้างการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกระบวนการพัฒนา จะมีความยืดหยุ่น สามารถขยายความคิด จัดเรียงความคิดให้เป็นเนื้อหาที่เชื่อมโยงกัน เกิดเป็นองค์ความรู้ของผู้เรียนเอง และผู้สอนสามารถประเมินความเข้าใจของผู้เรียนได้ การใช้ผังมโนทัศน์ในการพัฒนาการเรียนรู้ ส่งผลให้เกิดการสร้างความรู้ (knowledge construction) ของผู้เรียนที่มาจากการเรียนรู้ที่มีความหมาย (meaningful learning) และผู้สอนสามารถนำมาใช้ในการประเมินผลการเรียนรู้ (assessment) ที่ช่วยให้ผู้สอนสามารถประเมินความเข้าใจของผู้เรียนได้ และสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการสอน (instructional planning) จะเห็นได้จากงานวิจัยของ แอดลอน (Adlaon, 2012) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้ผังมโนทัศน์ในการปรับปรุงผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาวิทยาศาสตร์ โดยใช้การตั้งคำถาม ผลการวิจัยพบว่า ผลการเรียนรู้ระหว่างการทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยได้เน้นว่า ผังมโนทัศน์ เป็นปัจจัยที่ช่วยเพิ่มแรงจูงใจและช่วยให้ผู้เรียนมีความพร้อม เพิ่มระดับความสามารถในการอ่าน การใช้เวลา และสภาพแวดล้อมในห้องเรียน จึงนับเป็นกลยุทธ์การสอนที่มีประสิทธิภาพ ขณะที่ โวลเดมานูเอล และคณะ

(Woldeamanuel et al., 2020) ใช้ผังมโนทัศน์ในการวิจัยแบบกึ่งทดลอง พบว่า ผู้เรียนมีความเข้าใจมโนทัศน์ เรื่องการสังเคราะห์แสงดีกว่า กลุ่มที่ใช้การบรรยาย และชี้ให้เห็นว่า เป็นหนึ่งในวิธีการสร้างสรรค์ที่ส่งเสริม สภาพแวดล้อมการเรียนรู้แบบเชิงรุก (active teaching-learning) โดยผู้เรียนเสนอว่า เป็นวิธีที่ดี ช่วยให้เรียนรู้ มโนทัศน์ได้อย่างง่ายดายในรูปแบบแผนผัง ทำให้เข้าใจมโนทัศน์ด้วยตนเอง

การใช้ผังมโนทัศน์ในการพัฒนาความคิด

การจัดทำผังมโนทัศน์ เริ่มต้นจากมุมมองของการใช้กระบวนการคิด (cognitive process) ซึ่งอาศัยพื้นฐาน ของ ออซูเบล และคณะ (Ausubel et al., 1986 as cited in Daley, 2010) ซึ่งอธิบายเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยความ เข้าใจความเข้าใจของตนเอง กล่าวคือ เมื่อผู้เรียนสร้างผังมโนทัศน์ขึ้นมา จะมุ่งเน้นไปที่การกำหนดความสัมพันธ์ ระหว่างคำหรือข้อความ และระหว่างมโนทัศน์ต่าง ๆ (concepts) ภายในโครงสร้างทางปัญญา (cognitive structures) ของตนเอง โดยมีจุดเน้นที่สามารถเชื่อมโยงมโนทัศน์กับประสบการณ์ หรือการเชื่อมโยงประสบการณ์ เข้าด้วยกัน ทำให้เกิดกระบวนการคิดในขั้นสูงขึ้น เมื่อใช้แนวทางนี้ เป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ สามารถพัฒนาการ คิดขั้นสูงได้ กล่าวคือ ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากโครงสร้างความรู้ (knowledge structure) ของตนเอง และ ทำให้เกิดกระบวนการสร้างความรู้ (process of knowledge construction) ภายใต้กระบวนการคิด (cognitive process) 6 ขั้น ตามมโนทัศน์จุดมุ่งหมายทางการศึกษาด้านพุทธิพิสัยของ บลูม (Bloom's educational objectives of cognitive domain) ไปตามลำดับขั้นการเรียนรู้ คือ การใช้ความรู้ ความเข้าใจ การประยุกต์ใช้ การวิเคราะห์ การประเมิน และการสร้างสรรค์ (Adlaon, 2012)

ทั้งนี้ การเรียนรู้จากมโนทัศน์ (concept learning) เป็นการใช้กระบวนการเรียนรู้เชิงรุกที่มีพื้นฐานมาจากการ ทำความเข้าใจมโนทัศน์ หลักการ กฎเกณฑ์ สมมติฐาน และทฤษฎี ซึ่งผู้สอน มีหน้าที่ในการจัดประสบการณ์ การเรียนรู้ในลักษณะการอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ให้กับผู้เรียน การจัดทำผังมโนทัศน์ นับเป็นวิธีการที่ใช้ เสริมพลังอำนาจ (empowering method) เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ การคิด การสอน และการวิจัย (Åhlberg, 2013) ในขณะเดียวกัน งานวิจัยของ อะสิกซอย (Asiksoy, 2019) พบว่า การใช้ผังมโนทัศน์ เมื่อนำมาใช้ใน สภาพแวดล้อมแบบห้องเรียนออนไลน์ (Google Classroom) ทำให้มองเห็นมโนทัศน์ และสามารถเข้าใจไข มโนทัศน์ที่ผิดพลาดของผู้เรียนได้ ช่วยทำให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ดังนั้น ผังมโนทัศน์จึงเป็นเครื่องมือใช้ในการ พัฒนาความคิดที่มีความหมาย เมื่อการใช้ผังมโนทัศน์ เป็นการพัฒนาความคิดที่มีหลักการ กฎเกณฑ์ จึงสามารถ นำมาใช้เป็นแนวทางพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำมาใช้ในการจัดการเรียน การสอนเพื่อพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

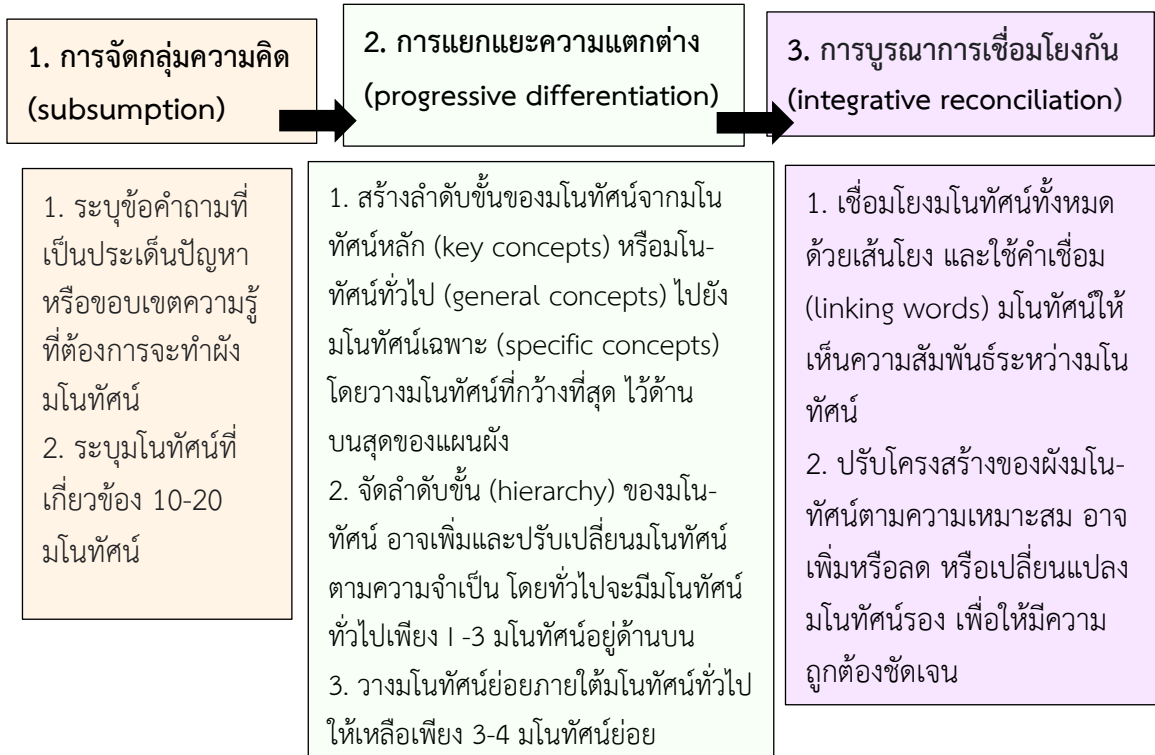
แนวทางการใช้ผังมโนทัศน์เพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

กระบวนการพัฒนาผังมโนทัศน์ 3 ขั้นตอน เมื่อนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาการคิดอย่าง มีวิจารณญาณ เนื่องจากมีการใช้ความรู้เดิมเป็นฐาน เพื่อทำความเข้าใจในมโนทัศน์หลัก มโนทัศน์ทั่วไป และ มโนทัศน์เฉพาะ มีการจัดกลุ่มมโนทัศน์เข้าด้วยกันภายใต้กรอบความคิดที่มีอยู่ในตัวผู้เรียน มีการเชื่อมโยงกันและ คิดคำเชื่อมโยงในแต่ละมโนทัศน์ เท้ากับการสังเคราะห์ที่มาจากความคิดไตร่ตรองและตัดสินใจ จนเกิดเป็นแผนผังที่ เป็นองค์ความรู้ใหม่ จากงานวิจัยของ มายัม และคณะ (Maryam et al., 2021) พบว่า นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2 กลุ่มทดลองได้ใช้ผังมโนทัศน์ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่ามีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณแตกต่างกัน มีอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนงานวิจัยของ วอล และ ทอมสัน (Wahl & Thompson, 2013) ที่ได้ศึกษานำร่องกับ พยาบาลที่สำเร็จการการศึกษาใหม่ พบว่า ผังมโนทัศน์ เป็นเครื่องมือที่สามารถพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการตัดสินใจเชิงคลินิก ในขณะทำงานวิจัยของ แควดดาว คำเขียว และคณะ (Kamkhieo et al., 2018) พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณสูงกว่า ก่อนการเรียนรู้โดยใช้ผังมโนทัศน์อย่างมีนัยสำคัญ



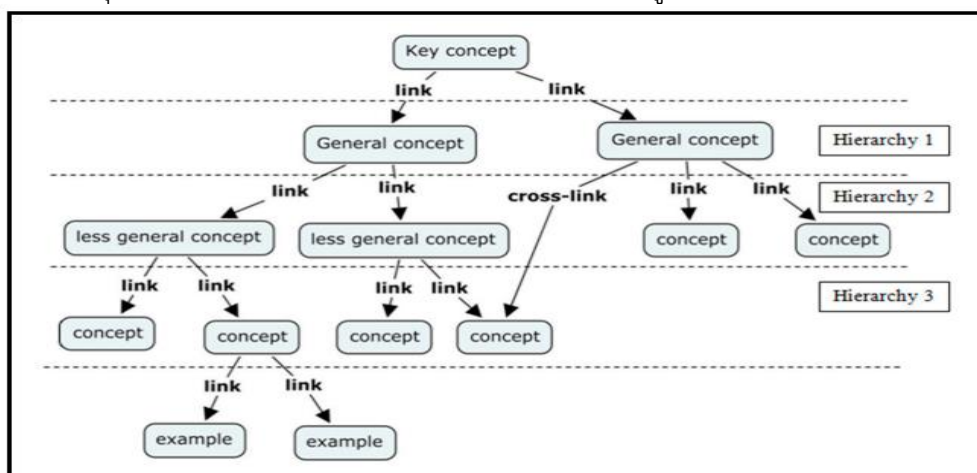
ทางสถิติ สรุปได้ว่าการนำผังมโนทัศน์มาใช้ในการจัดการศึกษาพยาบาล มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการสร้างองค์ความรู้ของตนเองโดยผ่านกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

แนวทางการใช้ผังมโนทัศน์เพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีแนวปฏิบัติโดยใช้กระบวนการพัฒนาผังมโนทัศน์ 3 ขั้นตอน และวิธีการจัดทำแผนผังที่มีความหมาย 7 ข้อ (Harrelson, 2006) เขียนสรุปเป็นกรอบกระบวนการพัฒนาผังมโนทัศน์ 3 ขั้นตอน ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบกระบวนการพัฒนาผังมโนทัศน์ 3 ขั้นตอน สำหรับพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

ผลลัพธ์ที่ได้ จะเป็นแผนผังของผังมโนทัศน์ของเนื้อหาที่จัดทำขึ้น ใช้อธิบายได้อย่างละเอียดจากมโนทัศน์กลุ่มต่าง ๆ การจัดกลุ่ม ลำดับชั้น และคำเชื่อมตรงเส้นความสัมพันธ์ที่มีลูกศร ดังภาพ



ภาพที่ 2 แผนผังการจัดทำผังมโนทัศน์

หมายเหตุ แผนผังการจัดทำผังมโนทัศน์ จาก “Computer-Based concept mapping as a method for enhancing the effectiveness of concept Learning in technology-enhanced learning” by Asiksoy, 2019, Sustainability, 11(4), p.1005. (<https://doi.org/10.3390/su11041005>)

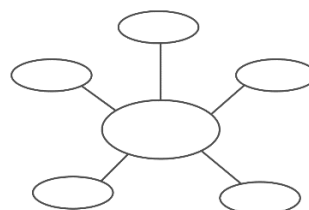
การเลือกรูปแบบผังมโนทัศน์ ให้ความหมายที่แตกต่างกัน

การจัดทำผังมโนทัศน์ สามารถเลือกใช้รูปแบบของแผนผัง เพื่อใช้อธิบายความคิดได้ โดยประเภทของผังมโนทัศน์ แบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้ (Kumar, 2021)

1. แบบใยแมงมุม (spider concept maps) เป็นแผนผังแสดงมโนทัศน์ที่มีเส้นเรียงต่อกันออกไปในรูปแบบรัศมี สำหรับเนื้อหาที่มีรายละเอียดเนื้อหา

-ข้อดี เห็นมโนทัศน์หลักและมโนทัศน์รองชัดเจน

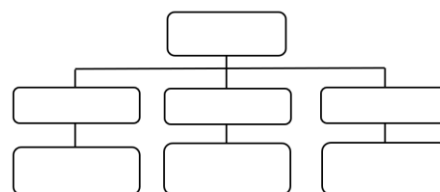
-ข้อเสีย ไม่เห็นการเชื่อมโยงจากมโนทัศน์รอง



2. แบบผังงาน (flow charts) เป็นแผนผังแสดงมโนทัศน์แบบเชิงเส้นตรงในด้านอื่น ๆ จากซ้ายไปขวา หรือจากบนลงล่าง สำหรับอธิบายให้เข้าใจกระบวนการหรือเพื่อการตัดสินใจ

-ข้อดี เห็นมโนทัศน์หลัก มโนทัศน์รองและส่วนย่อยชัดเจน

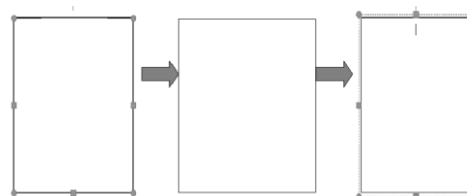
-ข้อเสีย ไม่เห็นการเชื่อมโยงจากด้านข้าง



3. แบบเชิงระบบ (system maps) เป็นแผนผังแสดงมโนทัศน์ที่ใช้สรุปเนื้อหาหลักทั้งหมดไว้ในระบบ และใช้ลูกศรเชื่อมโยงความสัมพันธ์ภายในระบบว่าสัมพันธ์กันอย่างไร และเกิดความเข้าใจว่าการทำงานภายในระบบเป็นอย่างไร

-ข้อดี เห็นความต่อเนื่องของมโนทัศน์ชัดเจน

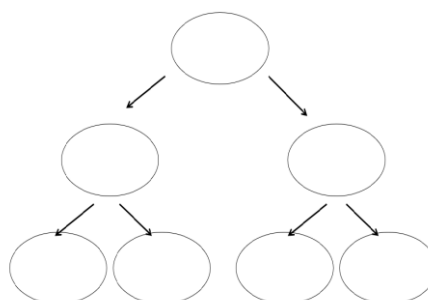
-ข้อเสีย ไม่เห็นลำดับขั้นของความคิด



4. แบบจัดลำดับขั้น (hierarchy maps) เป็นแผนผังแสดงลักษณะเป็นเนื้อหาที่สรุปจากบนลงล่างแบบเรียงลำดับ ใช้เมื่อต้องการให้เข้าใจองค์ประกอบย่อย ๆ ของระบบ

-ข้อดี เห็นมโนทัศน์เป็นลำดับมีการลดหลั่น

-ข้อเสีย ไม่เห็นความเชื่อมโยงจากมโนทัศน์รองและมโนทัศน์ย่อย

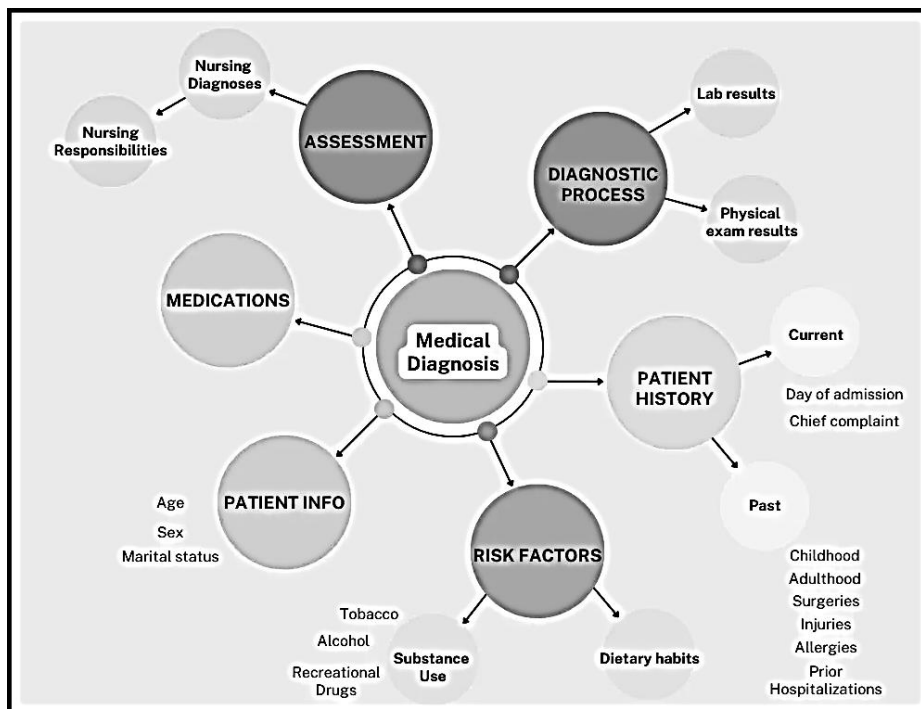


การนำรูปแบบของผังมโนทัศน์ต่าง ๆ มาใช้ จึงควรศึกษาลักษณะการใช้ ข้อดีและข้อเสีย เมื่อนำมาใช้ ประกอบกันหลายรูปแบบที่เหมาะสม เพื่อสื่อความหมายให้เห็นภาพของมโนทัศน์ต่าง ๆ ที่มีเนื้อหามากมายหรือ สลับซับซ้อน ให้อยู่ในรูปแบบที่ง่าย จะทำให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

การนำผังมโนทัศน์มาใช้ในการศึกษาการพยาบาล

การศึกษาดูการพยาบาล สามารถนำผังมโนทัศน์มาใช้ในการกระบวนการเรียนรู้ทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ช่วยส่งเสริมความมั่นใจและพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เมื่อนำมาใช้จัดกิจกรรมการเรียนรู้ในคลินิก ช่วย พัฒนาทักษะการคิด (cognitive skills) ในกระบวนการพยาบาล (Kandula & Wake, 2021) เช่น ในการวางแผนการพยาบาล สามารถใช้เป็นเครื่องมือแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการวินิจฉัยโรค อาการ การรักษา การปฏิบัติพยาบาล และผลลัพธ์ตามเกณฑ์ของผู้ป่วย สามารถใช้ประเมินการตัดสินใจเชิงคลินิก (clinical judgment) ที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากสามารถมองเห็นการแสดงความคิดของผู้เรียนเกี่ยวกับการปฏิบัติ (reflection-on-action contributes) ช่วยให้พัฒนาองค์ความรู้ทางคลินิกและเพิ่มวิจารณญาณทางคลินิกในสถานการณ์อนาคต (Binoy & Raddi, 2022; Kumar, 2021) ดังเช่น งานวิจัยของ อาเหม็ด และ ปราคาช (Ahmed & Prakash, 2020) พบว่า การใช้ผังมโนทัศน์ในการวางแผนการพยาบาล (nursing care plan concept maps) เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพสูง สำหรับนักศึกษาพยาบาลในการปฏิบัติงานในคลินิก โดยให้ข้อคิดเห็นว่า เป็นมโนทัศน์ที่ดีในการรวบรวมข้อมูล แสดงถึงการเชื่อมโยงต่าง ๆ ใช้เวลาน้อย เข้าใจได้ง่าย ช่วยเพิ่มความจำ จัดทำง่าย โดยใช้กระดาษเพียงหน้าเดียว

แนวทางในการจัดทำผังมโนทัศน์ทางการพยาบาล เป็นการนำกรอบแผนผังที่มีมโนทัศน์ โดยเริ่มต้นจากมโนทัศน์หลัก และมโนทัศน์ทั่วไปในรูปแบบใยแมงมุม ตามด้วยการใช้รูปแบบลำดับขั้นของมโนทัศน์เฉพาะที่เป็นรายละเอียดของกรณีศึกษาหรือข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายที่สนใจ จะได้แผนผังที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลได้ ดังภาพที่ 3



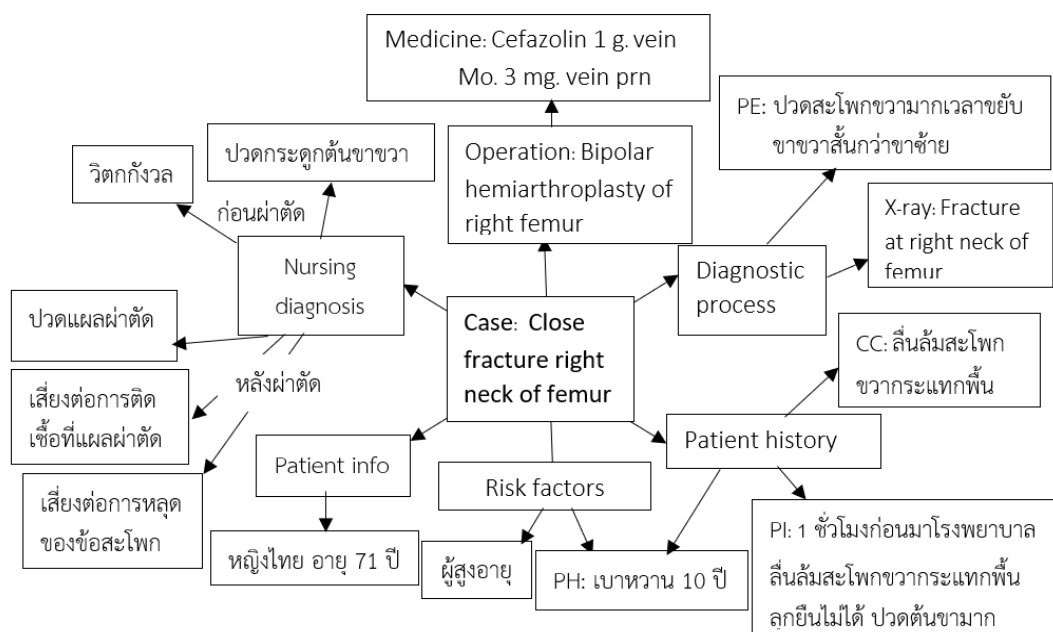
ภาพที่ 3 ผังมโนทัศน์แสดงการใช้กระบวนการพยาบาล

หมายเหตุ ผังมโนทัศน์แสดงการใช้กระบวนการพยาบาล จาก “How to create a basic nursing concept map,” by SimpleNursing Team, 2022, May. (<https://simplenursing.com/how-to-create-nursing-concept-map/>).

จากภาพ เป็นกรอบแผนผังการจัดทำผังมโนทัศน์ทางการพยาบาล ใช้เป็นแนวทางในการนำข้อมูลผู้ป่วยมาใส่ในมโนทัศน์ที่กำหนดไว้ โดยมีมโนทัศน์หลักเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยที่เป็นกรณีศึกษา และมีมโนทัศน์ทั่วไปเป็นลักษณะใยแมงมุม ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ประวัติการเจ็บป่วย การรักษา การวินิจฉัยการพยาบาล และใช้ลำดับขั้นของมโนทัศน์เฉพาะที่เป็นส่วนย่อยลงไป ผังมโนทัศน์ภาพรวมจะแสดงถึงความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ต่าง ๆ ที่มาจากข้อมูลจำเพาะของผู้ป่วย ช่วยให้การเรียนรู้มีความชัดเจนและเข้าใจง่าย นำมาใช้เป็นแนวทางในการเรียนรู้ได้

ตัวอย่างการนำกรอบแผนผังมาจัดทำผังมโนทัศน์ทางการพยาบาล

ผังมโนทัศน์ทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณทางการพยาบาล เริ่มต้นโดยใช้กรณีศึกษาหรือข้อมูลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหัก โดยนำมาจัดทำผังมโนทัศน์ทางการพยาบาล ประกอบด้วย มโนทัศน์หลัก คือ ผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักแบบปิด (Close fracture right neck of femur) และใช้รูปแบบใยแมงมุมแสดงมโนทัศน์ทั่วไปเกี่ยวกับ ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัยโรค การรักษา และการวินิจฉัยทางการพยาบาล เมื่อนำข้อมูลผู้ป่วยมาใส่ลงในแผนผัง จะเห็นชุดความรู้ที่จัดทำขึ้นอย่างชัดเจน และสามารถขยายความรู้เพิ่มเติมต่อไปได้ ช่วยในการเรียนรู้และเกิดความคิดอย่างมีวิจารณญาณทางการพยาบาลได้ (Klungboonkrong, 2021) ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ผังมโนทัศน์จากชุดข้อมูลผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักแบบปิด

บทสรุป

การจัดทำผังมโนทัศน์ เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพต่อการจัดการเรียนการสอน โดยผู้เรียนสามารถการสร้างการเรียนรู้ให้กับตนเอง ด้วยกระบวนการพัฒนาผังมโนทัศน์ ซึ่งผลการจัดทำผังมโนทัศน์ทำให้พัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณได้ เนื่องจากเป็นแผนผังแสดงชุดมโนทัศน์ความรู้ที่มีความหมาย ผ่านการใช้กระบวนการ



3 ขั้นตอน เพื่อตอบในประเด็นที่เป็นข้อคำถาม หรือขอบเขตเนื้อหาที่ต้องการให้จัดทำผังมโนทัศน์ ได้แก่ 1) การจัดกลุ่มความคิด เป็นการค้นหากลุ่มความคิดที่เป็นมโนทัศน์ต่าง ๆ 2) การแยกแยะความแตกต่างของมโนทัศน์ และจัดลำดับขั้นของมโนทัศน์จากมโนทัศน์หลัก มโนทัศน์ทั่วไป และมโนทัศน์เฉพาะ 3) การบูรณาการเชื่อมโยงกัน เป็นการเชื่อมโยงมโนทัศน์ทั้งหมดเข้าด้วยกัน อาศัยเส้นความสัมพันธ์ที่มีลูกศรและใช้คำเชื่อมโยงระหว่างมโนทัศน์ทำให้เกิดโครงสร้างของผังมโนทัศน์ ที่มีการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ต่าง ๆ เข้าด้วยกัน และเป็นไปตามกรอบความรู้ที่ต้องการและสามารถขยายความรู้ต่อไปได้ เมื่อนำมาใช้ในหลักสูตรการพยาบาล ซึ่งมีเป้าหมายต้องการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการตัดสินใจ ผังมโนทัศน์ จึงสามารถนำมาใช้ได้เหมาะสม เช่น การวางแผนการพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาล หรือเนื้อหาต่าง ๆ ทางการพยาบาล อาจเลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจมาจัดทำผังมโนทัศน์ ซึ่งจะมีการนำชุดข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายมาศึกษา ทำให้ได้ผังมโนทัศน์ทางการพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และสร้างองค์ความรู้ที่เป็นของตนเองขึ้นอย่างชัดเจน

References

- Adlaon, R. (2012). *Assessing effectiveness of concept map as instructional tool in high school biology* [Master's Theses, 2425, LUS]. https://digitalcommons.lsu.edu/gradschool_theses/2425
- Åhlberg, M. K. (2013). Concept mapping as an empowering method to promote learning, thinking, teaching and research. *Journal for Educators Teachers and Trainers*, 4(1), 25-35.
- Ahmed, S., & Prakash, R. (2020). Concept mapping a nursing model for care planning. *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 9(6), 1205-1210. <https://www.ijsr.net/getabstract.php?paperid=SR20618152858>
- Asksoy, G. (2019). Computer-based concept mapping as a method for enhancing the effectiveness of concept learning in technology-enhanced learning. *Sustainability*, 11(4), 1005. <https://doi.org/10.3390/su11041005>
- Aziz, S., Mahmood, M., & Wajid, S. M. (2017). Concept maps as a tool for classroom teaching and assessment: Perceptions of university teachers. *Journal of Educational Research*, 20(2), 215-228.
- Binoy, S., & Raddi, S. A. (2022). Concept mapping to enhance critical thinking in nursing students. *International Journal of Nursing Education*, 14(2), 159-164.
- Daley, B. J. (2010). Concept maps: Practice applications in adult education and human resource development. *New Horizons in Adult Education and Human Resource Development*, 24(2-4), 31-37.
- Harrelson, G. L. (2006). Concept mapping. *Human Kinetics-Athletic Therapy Today*, 11(1), 25-27.
- Kamkhieo, W., Nantakaew, K., Kulnitichai, W., & Tachawong, K. (2018). Effects of concept mapping on critical thinking ability among nursing students of the University of Phayao. *Journal of Nursing and Education*, 11(3), 24-35. (in Thai)
- Kandula, U. R., & Wake, A. D. (2021). The conceptual mapping and its importance in nursing education and practice. *International Journal of Clinical and Experimental Medical Sciences*, 7(4), 86-90. <https://doi.org/10.11648/j.ijcems.20210704.13>



- Klungboonkrong, S. (2021). Nursing care of post-operative hip arthroplasty patients with comorbidities: 2 case studies. *Maharakham Hospital Journal*, 18(1), 154-163. (in Thai)
- Koharchik, L., & Redding, S. R. (2016). Strategies for successful clinical teaching. *The American Journal of Nursing*, 116(7), 62-65. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000484944.01465.18>
- Kumar, R. (2021). Concept mapping in nursing education. *International Journal of Advance Research in Nursing*, 4(1), 305-310.
- Maryam, A., Mohammadreza, D., Abdolhussein, S., Ghobad, R., & Javad, K. (2021). Effect of concept mapping education on critical thinking skills of medical students: A quasi-experimental study. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 31(2), 409-418.
- SimpleNursing Team. (2022). *How to create a basic nursing concept map*. <https://simplenursing.com/how-to-create-nursing-concept-map/>
- Soika, K., Reiska, P., & Mikser, R. (2014). Concept mapping as an assessment tool in science education. *Journal of Baltic Science Education*, 13(5), 1-8. <https://doi.org/10.33225/jbse/14.13.662>
- Wahl, S. E., & Thompson, A. M. (2013). Concept mapping in a critical care orientation program: A pilot study to develop critical thinking and decision-making skills in novice nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 44(10), 455-460. <https://doi.org/10.3928/00220124-20130916-79>
- Woldeamanuel, Y. W., Abate, N. T., & Berhane, D. E. (2020). Effectiveness of concept mapping based teaching methods on grade eight students' conceptual understanding of photosynthesis at Ewket Fana Primary School, Bahir Dar, Ethiopia. *Eurasia Journal of Mathematics Science and Technology Education*, 16(12), em1918. <https://www.ejmste.com/download/effectiveness-of-concept-mapping-based-teaching-methods-on-grade-eight-students-conceptual-9276.pdf>
- Yue, M., Zhang, M., Zhang, C., & Jin, C. (2017). The effectiveness of concept mapping on development of critical thinking in nursing education: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 52, 87-94. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691717300497>