

ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2567

ISSN: 2985-0916 (Online)



วารสารวิจัยการพยาบาล และการสาธารณสุข



Journal of Nursing and Public Health Research



<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/index>

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข Journal of Nursing and Public Health Research

วัตถุประสงค์

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการในด้าน การพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประเภทบทความ

- บทความวิจัย (Research Article)
- บทความวิชาการ (Academic Article)
- บทความปริทัศน์ (Review Article)

กระบวนการพิจารณา

ทุกบทความจะผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยกองบรรณาธิการจะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) จำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหานั้น ๆ การประเมินคุณภาพผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง (Double-Blind Peer Review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน

กำหนดเผยแพร่

- ปีละ 3 ฉบับ
- ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - เมษายน
- ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม
- ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน - ธันวาคม

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ เชียงใหม่
201 หมู่ 4 ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม เชียงใหม่ 50180
โทร. 053-121121 ต่อ 203, 063-7988805 โทรสาร 053-121125
E-mail: jnphr@bcnc.ac.th

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2567

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร	ศาสตราจารย์ ดร.อารีวรรณ กลั่นกลิ่น	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี สรรเสริญ	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ศาสตราจารย์ ร.อ. พญ.วนิดา ชื่นกองแก้ว	รองศาสตราจารย์ ดร.อาทิตย์ พวงมะลิ	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมาวาสี อัมพันศิริรัตน์	รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.เอกรัฐ ภัทรธราธิป	คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันดา ดุรงค์ฤทธิชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิลาวัลย์ ขมิณรัตน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีสุดา รัศมีพงศ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัสนี วันชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาสุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภญ. เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชลธิชา อมาตยคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่
	ดร.นภษา สิงห์วีระธรรม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	แพทย์หญิงสุภารัตน์ กาญจนะวนิชย์	โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
	เภสัชกรหญิง ดร.อรรัตน์ หวังประดิษฐ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
	ดร.พิมลพรรณ เนียมหอม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช
	ดร.เกศราภรณ์ ชูพันธ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่
	ดร.มนตรี คำรังษี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่
	Mr.William Leslie	นักวิชาการอิสระ (ที่ปรึกษาด้านภาษาอังกฤษ)

บรรณาธิการ

ดร.อัมภิกา นาไวย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปุลวิชัย ทองแดง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

กองจัดการ

นางสาวปณัสยา พรหมดี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

Editorial advisor	Editorial Board	
Professor Dr. Vichai Tienthavorn President of Praboromarajchanok Institute	Professor Dr.Areewan Klanklin	School of Nursing, Panyapiwat Institute of Management
Professor Wanicha Chuenkongkaew Vice President of Praboromarajchanok Institute	Assoc.Prof. Dr.Rachanee Sunsern	School of Health Science, Mae Fah Luang University
Assist.Prof Dr.Amavasee Ampansirirat Director of Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai	Assoc.Prof. Dr.Aatit Paungmali	Faculty of Associated Medical Science, Chiang Mai University
	Assoc.Prof. Dr.Siripant Siripant	Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University
	Assoc.Prof.Ekarat Phattaratatip	Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University
	Assist.Prof. Dr.Vanida Durongritichai	Faculty of Nursing, Phetchaburi Rajabhat University
	Assist.Prof. Dr.Wilawan Chomnirat	Faculty of Nursing, Khon Kaen University
	Assist.Prof. Dr.Srisuda Ratsameepong	Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University
	Assist.Prof. Dr.Sutthida Phongphanngam	Faculty of Nursing, University of Phayao
	Assist.Prof. Dr.Ausanee Wanchai	Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj
	Assist.Prof. Dr.Kittiporn Nawsuwan	Boromarajonani College of Nursing, Songkhla
	Assist.Prof. Dr.Phayong Thepaksorn	Sirindhorn College of Public Health, Trang
	Assist.Prof. Dr.Benjawan Poonthananiwatkul	Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology
	Assist.Prof. Dr.Chonticha Amattayakong	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
	Dr.Noppcha Singweratham	Faculty of Public Health, Chiang Mai University
	Dr.Suparat Kanjanavanit	Nakornping Hospital
	Dr.Orarat Wangpradit	Sirindhorn College of Public Health Chonburi
	Dr.Pimonpan Niamhom	Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj
	Dr.Kesaraporn Choopun	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
	Dr.Montri Khumrungee	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
	Mr.William Leslie	Independent Scholar (English Language Consultant)

Editor

Dr.Ampicha Nawai
Boromarajonani College of Nursing,
Chiang Mai

Assistant Editor

Assist.Prof. Dr.Pulawit Thongtaeng
Boromarajonani College of Nursing,
Chiang Mai

Journal Manager

Ms.Panutsaya Promdee
Boromarajonani College of Nursing,
Chiang Mai

Publish

3 issues per year
No.1 January - April
No.2 May - August
No.3 September - December

Copyright

Boromarajonani College of Nursing,
Chiang Mai

บทบรรณาธิการ (Editor Note)

เรียน ผู้นิพนธ์ และผู้อ่านวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุขทุกท่าน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ได้ดำเนินการจัดทำวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข (Journal of Nursing and Public Health Research (JNPHR)) ฉบับนี้เป็นปีที่ 4 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - เดือนธันวาคม 2567 แล้ว โดยยังคงมุ่งมั่นการทำหน้าที่เป็นพื้นที่เปิดทางวิจัยและวิชาการสำหรับคณาจารย์ นักวิจัย นักวิชาการ รวมถึงผู้ที่สนใจได้ใช้เป็นเวทีในการนำเสนอผลงานการศึกษาค้นคว้าด้านการพยาบาล และการสาธารณสุข

สำหรับเนื้อหาบทความในวารสารฉบับนี้ มีบทความวิจัย จำนวน 14 เรื่อง และ บทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่าน เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานวิจัยทางสุขภาพของท่านให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ในนามคณะกรรมการกองบรรณาธิการฯ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อผู้เขียนผลงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาผลงาน และผู้ประสานงาน ในนามตัวแทนกองบรรณาธิการและกรรมการท่านอื่น ๆ ที่ไม่สามารถเอ่ยนามได้หมด ตลอดจนผู้ให้การสนับสนุนหลายฝ่ายด้วยกัน และในโอกาสนี้ทางวารสารขอเชิญชวนนักวิจัย นักวิชาการ รวมทั้งผู้สนใจทั่วไปส่งบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่เกี่ยวข้องกับด้านการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินคุณภาพบทความก่อนการตีพิมพ์กับวารสาร โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม และสามารถส่งผลงานวิชาการผ่านทางระบบออนไลน์ได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/index>

ดร.อัมภิกา นาไวย์

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย :

[ถอดถอนบทความ] ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้น
ภายหลังยกเลิกภาวะฉุกเฉินโควิด-19 ของผู้ปฏิบัติงานด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ
จังหวัดเชียงราย.....e267603

*Factors Related to COVID-19 Booster Vaccine Decision-Making Behavior After the Cancellation
of the COVID-19 Emergency Among International Communicable Disease Control Checkpoints
Workers in Chiang Rai Province*

ณัฐพล ชัยหาญ, กัลยา มั่นล้วน, จิตรประภา รุ่งเรือง, เพ็ญนภา ลาเพื่อย, อนุชา วิมินชาติ
*Nuttapol Chaihan, Kanlaya Munluan, Jitprapa Rungruang, Pennapa Lafauy,
Anucha Wimonchart*

การประเมินคุณค่าการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนา
ไวรัส-2019 ในพื้นที่เขตสุขภาพ 10.....e267729

*Evaluation of the Value of Implementing Area Health Advocacy in the Coronavirus-2019
Surveillance Areas of Health Region 10*

ปวีณา ลิ้มปิทีปการ, พลากร สืบสำราญ, นิยม จันทน์นวล, อนันต์ ไชยกุลวัฒนา, ชลดา
ไชยกุลวัฒนา, จงกลนี ศิริรัตน์, รพินทร์ ยืนยาว, วิจิต พุ่มจันทร์, สุดารัตน์ เวยสาร
*Pawena Limpiteeprakan, Phalakorn Suebsamran, Niyom Junnual, Anun
Chaikoolvatana, Cholada Chaikoolvatana, Jongkolnee Sirirat, Rapin Yuenyao,
Wichid Pumchan, Sudarat Woeisan*

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน.....e267206

*Effectiveness of a Motivational Interviewing Program for Changing Self-Care Behaviors
in Patients with Diabetes Mellitus*

ปนัดดา ใจมา, พิมพใจ อุ่นบ้าน
Panatda Chaima, Pimjai Aunban

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและ
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว.....e268265

*Effects of a Self-Management Program via Application on Self-Management Behaviors and
Activities of Daily Living among Patients with Congestive Heart Failure*

พัชรินทร์ อินตะมูล, อรรถวิทย์ จันทศิริ, กาญจนา ใจจ้อย
Patchrin Intamoon, Utthawit Jansiri, Kanjana Jaijoey

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการจำแนกภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.....e267656

Health Literacy Affecting the Classification of Depression in Breast Cancer Patients

รังสันต์ ไชยคำ, พรหมพิริยะ การภูมิ, พูลพงศ์ สุขสว่าง, ปริญญา เรืองทิพย์, ยุทธนา จันทะจีน

Rangsan Chaikham, Phrompiriya Karnpoom, Poonpong Suksawang, Parinya

Ruangtip, Yootana Janthakhin

ผลลัพธ์การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข

.....e266528

The Outcomes of Care Services for the Elderly with Dependence Provided by the Long-Term Care Fund

ศิริณี ศรีหาภาค, ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, กำทร ดานา, เสาวลักษณ์ ชาญกัน, รัชณี พจนา,

จรรยา คนใหญ่, น้ำทิพย์ ไพค่านาม

Siranee Sihapark, Piyathida Kuhirunyaratn, Kamthorn Dana, Saowalak Chankan,

Ratchanee Potchana, Junya Konyai, Namthip Phaikhamnam

คุณภาพชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

.....e266085

Quality of Life and Self-Esteem among Older Adults in Chiang Khong District, Chiang Rai Province

ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์, สายฝน สุภาศรี, วารุณี พันธวงศ์, วรัญญา มณีรัตน์

Thitima Thasuwanain, Saiphon Supasri, Warunee Phanwong, Varunya Manerut

การพัฒนานวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนโดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบและ

การบูรณาการข้ามศาสตร์ต่อการรับรู้ความมั่นใจในการเดินของผู้สูงอายุในชุมชน.....e269967

Development of an Automatic Night-Illuminating Shoe Innovation Using a Design Thinking

Process and Interdisciplinary Integration to Enhance Walking Confidence Perception among

Older Adults in the Community

รุ่งนภา เขียวชะอำ, ผกามาศ พิมพัธรา, ยศพล เหลืองโสมนภา, กฤษณะ กฤษณา

Rungnapha Khiewchaum, Pakamas Pimtara, Yosapon Leaungsomnapa,

Kridsanaa Kridsana

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

อายุและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ: เปรียบเทียบระหว่างวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ.....e269707

Age and Self-Care Behaviors for Maintaining Health Status in Patients with Cardiovascular Disease: A Comparison Between Adults and Older Adults

นันท์ณภัฏ สารมาศ, นฤเบศร์ โกศล, กมลนาถ มุขมณเฑียร

Nannapath Saramad, Naruebeth Koson, Kamonnard Mookmontien

ผลของการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นฐานการเรียนรู้ต่อความมั่นใจในด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติและเจตคติ ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2.....e264562

Effects of Pre-Practice Preparation Using Simulation-Based Learning on the Self-Confidence in Knowledge, Practical Skills, and Attitudes of Second Year Nursing Students

อัญพัชญ์ วิวัฒน์กมลชัย, พรรณนิภา ต่อมดวงแก้ว, ปวีณา ยศสุรินทร์, สมพร ลิธิสงคราม

Aunyapat Wiwatkamonchai, Pannipha Tomduangkaew2, Paweena Yotsurin,

Somporn Sitthisongkram

ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี....e269080

Knowledge, Attitudes, and Risk Behaviors towards HIV Infection Among Students at Ubon Ratchathani University

ศุภกรณ์ ยืนย้ง, ธิติมา สังกะทิพย์, บัณฑิตา สุธาพวง, กัลยกร ทศนาวิวัฒน์, พุทธรักษา นารีนุช, จิตรลดา ทองดี, วรณษา ชลแดง, สมปอง พะมูลิลา

Suphakorn Yuenyang, Thitima Sangkathip, Banthita Sudapuang, Kanyakorn

Thasanawiwat, Puttharaksa Nareenud, Jitlada Thongdee, Wannasa Chondang,

Sompong Pamulila

การประเมินผลการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตภาคเหนือ.....e268000

Evaluation of Management of Community Health Security Funds for Controlling Diabetes and Hypertension by Subdistrict Administration Organization, Northern Region

ศรีสุดา งามขำ, ชูศักดิ์ ยืนนาน, บุญเตือน วัฒนกุล, อรุณศรี มงคลชาติ

Srisuda Ngamkham, Choosak Yuennan, Boontuan Wattankul,

Aroonsri Mongkolchati

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงในจังหวัดตาก.....e269432

Factors Influencing Malaria Prevention Behaviours Among the Karen Ethnic Group in

Tak Province

วัชรินทร์ คำสา

Watcharin Khamsa

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรกในจังหวัดเชียงใหม่.....e270906

Factors Influencing Breastfeeding Behaviors Among First-Time Postpartum Mothers in

Chiang Mai Province

รพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ, พรวิไล คล้ายจันทร์, ประไพศรี กาบมาลา, เยาวลักษณ์ มากำ

Rapeepan Viboonwatthanakitt, Pornwilai Klayjun, Prapaisri Kabmala,

Yaowaluk Maka

บทความวิชาการ :

การบูรณาการเทคโนโลยีความเป็นจริงและความเป็นจริงเสริมในการจำลองสถานการณ์ทางการพยาบาล:

ความท้าทายในการศึกษาพยาบาล.....e269911

The Integration of Virtual Reality (VR) and Augmented Reality (AR) Technologies in Nursing

Simulation: Challenges for Nursing Education

สืบตระกูล ตันตลานุกุล, ภาตินันท์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, ชลชนก ธนาภควัตกุล

Seubtrakul Tantalanutkul, Phitinan Isarangura Na Ayudhaya, Chonkanok

Thanaphakawatku

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นภายหลังยกเลิก
ภาวะฉุกเฉินโควิด-19 ของผู้ปฏิบัติงานด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ จังหวัดเชียงราย
Factors Related to COVID-19 Booster Vaccine Decision-Making Behavior After
the Cancellation of the COVID-19 Emergency Among International Communicable
Disease Control Checkpoints Workers in Chiang Rai Province

ณัฐพล ชัยหาญ^{1*}, กัลยา มั่นล้วน¹, จิตรประภา รุ่งเรือง², เพ็ญภา ลำเพ็ญ³, อนุชา วิมูณชาติ⁴

Nuttapol Chaihan^{1*}, Kanlaya Munluan², Jitprapa Rungruang², Pennapa Lafauy³, Anucha Wimoonchart⁴

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต^{1*}, คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี²,

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์³, คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต⁴

Faculty of Nursing, Rattana Bundit University^{1*}, Faculty of Nursing and Allied Health Science, Dhonburi Rajabhat University²,

Faculty of Nursing, Panyapiwat Institute of Management³, Faculty of Science, Rangsit University⁴

(Received: February 2, 2024; Revised: March 26, 2024; Accepted: September 10, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นภายหลังยกเลิกภาวะฉุกเฉินโควิด-19 ของผู้ปฏิบัติงานด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปฏิบัติงานคัดกรองคนเข้าเมืองประจำด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ จังหวัดเชียงราย คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 135 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคโควิด-19 แบบสอบถามความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว แบบสอบถามความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า ระดับคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 ($r = 0.32$ และ 0.41 ; $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ) และปัจจัยด้านความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 ($r = 0.74$ และ 0.70 ; $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ) ผลการศึกษานี้สามารถนำไปพัฒนารูปแบบในการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 เพื่อให้บุคคลรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงของโรคโควิด-19 และเกิดความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวที่จะเข้ารับวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นภายหลังยกเลิกภาวะฉุกเฉิน

คำสำคัญ: พฤติกรรมการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19, วัคซีนเข็มกระตุ้น, ผู้ปฏิบัติงานด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

*ผู้ให้การติดต่อ ณัฐพล ชัยหาญ email: nuttapol.chaihan@gmail.com

Abstract

The objective of this correlation study was to investigate factors associated with COVID-19 booster vaccine decision-making behavior following the termination of the COVID-19 emergency among immigration screening workers at the point of entry in Chiang Rai Province. The sample consisted of 135 immigration screening officers stationed at international communicable disease control checkpoints in Chiang Rai Province, selected by simple random sampling. Data collection tools included a personal information recording form, a questionnaire on perceptions of the severity of COVID-19 disease, a questionnaire on perceptions of the risk of COVID-19 disease, a questionnaire on confidence in the outcomes of practice, a self-efficacy confidence questionnaire, and the COVID-19 vaccine decision-making behavior questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficients.

The results showed that the COVID-19 risk perception score was at a high level, while the perceived severity of COVID-19 disease, confidence in the outcomes of self-care practices, self-efficacy, and COVID-19 vaccine decision-making behavior were at a moderate level. Additionally, factors including the perceived severity of COVID-19 and the perceived risk of COVID-19 had a moderate positive correlation with COVID-19 vaccine decision-making behavior ($r = 0.32$ and 0.41 ; $p\text{-value} < 0.001$, respectively). For the factors related to confidence in the outcomes of self-care practices and self-efficacy, there was a strong positive correlation with COVID-19 vaccine decision-making behavior ($r = 0.74$ and 0.70 ; $p\text{-value} < 0.001$, respectively). The results of this study can be used to develop models to motivate disease prevention behavior for COVID-19 by enhancing individuals' awareness of the severity and risk of COVID-19 and fostering confidence in the outcomes of self-care practices, leading to booster vaccine uptake after the termination of the emergency status.

Keywords: COVID-19 Vaccine Decision-Making Behavior, Booster Vaccine, International Communicable Disease Control Checkpoints Workers

บทนำ

อดีตเมื่อ 3 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยประสบปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเสียชีวิตอาจเกิดจากการฉีดวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันได้อย่างไม่ทั่วถึง (Kuai & Ser, 2021) ในปัจจุบันวัคซีนช่วยลดความรุนแรงจากการติดเชื้อ และลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคโควิด-19

(Bar-On et al., 2021) จากข้อมูลสถิติการติดเชื้อโควิด-19 ณ วันที่ 17 กรกฎาคม 2564 พบว่า การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้มีผู้ติดเชื้อสะสมทั่วโลก จำนวน 190,241,180 ราย (รายใหม่ 533,820 ราย) และมีผู้เสียชีวิต จำนวน 4,090,652 ราย (ชานาญ มาลัย และณอม นามวงศ์, 2565) ทำให้หลายประเทศมุ่งคิดค้นพัฒนาและผลิตวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อนำออกมาใช้สร้างภูมิคุ้มกันต้านทานป้องกันการติดเชื้อ และควบคุมสถานการณ์การระบาด ลดการป่วย และการเสียชีวิต (Yadete, Batra, Netski, Antonio, Patros, & Bester, 2021) ซึ่งเป็นการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข หากประชาชนส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จะช่วยลดความเสียหายและผลกระทบที่รุนแรง เช่น ลดการแพร่กระจายเชื้อ ลดความรุนแรงของโรค ลดอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิต การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จึงเป็นวิธีแก้ปัญหาที่ดีที่สุด ในขณะนี้ (Adams et al., 2021) โดยการฉีดวัคซีนเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันเหมือนผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคโควิด-19 และเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ทำให้การแพร่ระบาดของโรคสงบลง เมื่อควบคุมการแพร่ระบาดได้ การใช้ชีวิตประจำวันจะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ (Wang et al., 2020; Soares et al., 2021)

สำหรับประเทศไทย ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ไม่ต่างจากประเทศอื่น ทั้งยังเป็นประเทศแรกที่พบผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 นอกจากสาธารณรัฐประชาชนจีน (Marome & Shaw, 2021) และในขณะที่เริ่มมีการระบาด ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีผู้เดินทางจากสาธารณรัฐประชาชนจีนเป็นจำนวนมาก แต่ด้วยการที่มีระบบสาธารณสุขที่ดีในการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคจึงทำให้การระบาดระลอกแรก ไม่มีความรุนแรง และสามารถควบคุมโรคโควิด-19 ได้อย่างรวดเร็ว (พิชญามณต์ วรรณโก และอรุณรัตน์ สู้หนองบัว, 2565) จนมีการระบาดระลอกใหม่ ระลอกเมษายน พ.ศ. 2565 จากการลักลอบเข้าประเทศ อย่างผิดกฎหมายตามแนวชายแดนของประเทศ และมีการระบาดอีกหลายกลุ่มก้อนหลายพื้นที่ตามมา เช่น การระบาดที่สมุทรสาคร เชียงใหม่ เชียงราย กรุงเทพฯและปริมณฑล และอีกหลายจังหวัดที่มีผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายประชากร (กนกอร ชาวเวียง, บุญสืบ โสโสม, เยาวดี สุวรรณาคะ, ธนพล บรรดาศักดิ์ และพัชรพร คำภู, 2563) แต่ด้วยจำนวนวัคซีนที่มีอยู่อย่างจำกัด ภาครัฐจึงมีนโยบายให้วัคซีนกับบุคคลกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ และหากติดเชื้อมีโอกาสที่จะมีอาการหนักรุนแรงถึงเสียชีวิต ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด่านหน้าทั้งภาครัฐและภาคเอกชน กลุ่มที่มีโรคประจำตัวที่สำคัญ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มบุคลากรที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรค และประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ที่กำลังมีการระบาด เพื่อการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน และลดจำนวนผู้เสียชีวิต โดยมีข้อมูลผู้รับวัคซีนสะสม ณ วันที่ 15 กรกฎาคม 2564 จำนวน 13,399,978 โดส (ไมลา อิสสระสงคราม, 2564) อย่างไรก็ตามในสถานการณ์ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการยกเลิกภาวะฉุกเฉินโควิด-19 ไปแล้ว ประชาชนส่วนมากกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ โดยขาดความตระหนักในการป้องกันตนเอง และการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นซ้ำ ซึ่งในปัจจุบันต่อให้มีการยกเลิกสถานการณ์ฉุกเฉินไปแล้วแต่จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ยังคงมีอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นปัญหาการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 โดยเฉพาะการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นจึงถือเป็นประเด็น ที่สำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้การส่งเสริม และป้องกัน (พิชญามณต์ วรรณโก และอรุณรัตน์ สู้หนองบัว, 2565)

การฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น (Booster Dose) คือ การฉีดวัคซีนซ้ำหลังได้รับวัคซีนชุดแรก เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันที่เพิ่มขึ้นเพื่อลดโอกาสในการติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ยังมีการระบาดของโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง (Andrews et al., 2022) โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้แนะนำให้คนไทยที่ได้รับวัคซีนชุดแรกแล้วควรได้รับวัคซีนเข็มที่สามที่ 3 เดือนเป็นต้นไปหลังจากได้รับเข็มที่สอง และควรได้รับวัคซีนเข็มที่ 4 เดือนเป็นต้นไปหลังเข็มสาม แต่สำหรับในปัจจุบันได้มีการยกเลิกสถานการณ์ฉุกเฉินไปแล้ว และโรคโควิด-19 กลายเป็นเชื้อประจำถิ่น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงกำหนดหลักเกณฑ์ในการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น คือ ในกรณีที่เคยติดเชื้อโควิด-19 ควรฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นภายหลังการติดเชื้อครั้งสุดท้ายเป็นระยะเวลา 3 เดือนเป็นต้นไป และหากการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ทุเลาลงและเปลี่ยนเป็นเชื้อประจำถิ่นแล้ว ควรฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นทุก 6 เดือน ถึง 1 ปี เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้กับตนเอง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ดังนั้นการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับประชาชนทุกคน รวมถึงผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อด้วยเช่นกัน

ผู้ปฏิบัติงานประจำด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ จังหวัดเชียงราย มีบทบาทหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขที่มีหน้าที่ในการเฝ้าระวังโรคติดต่อระหว่างประเทศ และรักษาสุขภาพโดยการตรวจคัดกรอง ตรวจจับและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินระหว่างประเทศ ควบคุมกำกับทางสุขภาพให้ บริการทางการแพทย์โดยการปฐมพยาบาล เบื้องต้นและประสานส่งต่อ และการเตรียมความพร้อมรับมือกับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ อย่างเคร่งครัด ตามแนวทางปฏิบัติที่กรมควบคุมโรคและคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดเชียงรายกำหนด (Department of Disease Control, 2020) คือ การสวมใส่หน้ากากอนามัยในพื้นที่เสี่ยงตลอดเวลา ขณะปฏิบัติงาน และการเข้ารับการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จะทุเลาลงและมีการยกเลิกสถานการณ์ฉุกเฉินของโรคโควิด-19 ไปแล้ว แต่ผู้ปฏิบัติงานก็ยังคงมีความเสี่ยงที่จะได้รับการติดเชื้อโควิด-19 เนื่องจากต้องพบปะผู้คนทั้งในและต่างประเทศที่เดินทางเข้าออกประเทศ อยู่เป็นประจำ คณะกรรมการโรคติดต่อ จังหวัดเชียงราย จึงยังคงมุ่งเน้นมาตรการป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 โดยเน้นการเฝ้าระวังผู้ที่เดินทางกลับมาหรือเดินทางผ่าน หรือมีเส้นทางแวะผ่านประเทศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และการแพร่ระบาด โดยให้แจ้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่เพื่อติดตามเฝ้าระวังตรวจสอบและป้องกันโรคอย่างใกล้ชิด (เพรียวภูรินทร์ มะโนเพ็ญ, ณัฐวิษฐ์ ด่านไพบูลย์, ดำรงค์ ธรรมวงศ์, โกเมศ อนุรัตน์, ธงชาติ กันยะมี และอมรรัตน์ อนุวัฒน์นันทเขตต์, 2566) รวมถึงการกระตุ้นให้พนักงานยังคงเห็นถึงความรุนแรงและรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค และสนับสนุนให้มีการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าผู้ปฏิบัติงานทุกคนจะได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 แล้ว แต่ปัจจุบันยังมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งวัคซีนที่เคยได้รับอาจจะไม่สามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้เมื่อระยะเวลาผ่านไป จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นซ้ำเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน (Sonderskov, Vistisen, Dinesen, & Ostergaard, 2021; Wang et al., 2020; Wu et al., 2022)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีรายงานการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 (ไมลา อิสสระสงคราม, 2564) การรับรู้เชิงสังคม (ชุดิมา บุญทวี, 2565) การรับรู้ถึงประโยชน์ ความเชื่อมั่นต่อวัคซีน โควิด-19 และความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของวัคซีนป้องกันโควิด-19 (พีรวัฒน์ ตระกูลทวิสุข, 2565) สำหรับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็มกระตุ้น พบมีปัจจัย ดังนี้ ภาวะสุขภาพ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 และความกลัวต่อโรคโควิด-19 (สรเรณีย์ อึ้งอึ้ง, 2565) อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ภายหลังการยกเลิก ภาวะฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติงานด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โควิด-19 ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นภายหลังยกเลิกภาวะฉุกเฉินโควิด-19 ของผู้ปฏิบัติงานด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ จังหวัดเชียงราย โดยประยุกต์แนวคิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของโรเจอร์ (Rogers, 1975) ซึ่งมีแนวคิดในการสร้างแรงจูงใจ มีพื้นฐานของการกระตุ้นให้เกิดความกลัว เป็นการโน้มน้าวใจ ให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม โดยการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ให้รับรู้ว่าคุณเอง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้เกิดการรับรู้ต่อพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดโรค ซึ่งทฤษฎี แรงจูงใจในการป้องกันโรคนี้นี้เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ (Dodd et al., 2021) โดยการเรียนรู้ จะส่งผลต่อการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Hamilton, Oversby, Ratsch, & Kitchener, 2022; Lai et al., 2021)

วัตถุประสงค์การวิจัย

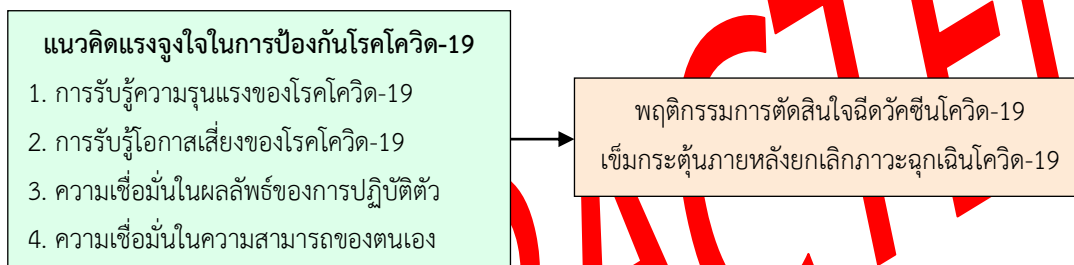
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาส เสี่ยงของโรคโควิด-19 ปัจจัยด้านความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว ปัจจัยด้านความเชื่อมั่นในความสามารถ ของตนเองกับพฤติกรรม การตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นภายหลังยกเลิกภาวะฉุกเฉินโควิด-19 ของผู้ปฏิบัติงานด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ จังหวัดเชียงราย

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคโควิด-19 ปัจจัย ด้านความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และปัจจัยด้านความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นภายหลังยกเลิกภาวะฉุกเฉินโควิด-19 ของผู้ปฏิบัติงานด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของโรเจอร์ (Rogers, 1975) มาเป็นกรอบในการศึกษาวิจัย โดยแนวคิดนี้มีจุดมุ่งหมายในการสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีพื้นฐานของการกระตุ้นให้เกิดความกลัว เป็นการโน้มน้าวใจให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม โดยการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ร่วมกับการสร้างความรู้ความเข้าใจให้รับรู้ว่าคุณเอง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้เกิดการรับรู้ต่อพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดโรค โดยการรับรู้ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้ความรุนแรง 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยง 3) ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และ 4) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษา องค์ประกอบของการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคโควิด-19 ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดการรับรู้ต่อพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดโรคนั้นคือ พฤติกรรมการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น ดังแสดงกรอบแนวคิดการวิจัยในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ณ ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ จังหวัดเชียงราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปฏิบัติงานประจำด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ จังหวัดเชียงราย จำนวนทั้งสิ้น 1,593 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปฏิบัติงานประจำด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ จังหวัดเชียงราย การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power version 3.1.9.4 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) กำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.90 ทดสอบแบบสองทาง ขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากงานวิจัยที่ศึกษาลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยครั้งนี้ ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.26 (ชุดิมา บุญทวี, 2565) คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 123 ราย ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อทดแทนในกรณีที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์จากการตอบแบบสอบถาม ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 135 ราย และ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็นสัดส่วนแบบโควตา (Proportional Quota Sampling) ตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละช่องทางเข้าออกประเทศ ดังนี้ 1) ช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย จำนวน 32 คน 2) ช่องทางเข้าออกประเทศพรมแดนแม่สาย จำนวน 25 คน 3) ช่องทางเข้าออกประเทศเชียงของ จำนวน 38 คน และ 4) ช่องทางเข้าออกประเทศเชียงแสน จำนวน 40 คน ภายหลังจากแบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างตามโควตาแล้วผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเพื่อให้ได้ตามจำนวนที่ต้องการ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. เป็นผู้ปฏิบัติงานประจำด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ จังหวัดเชียงราย ทั้งหมด 4 ช่องทาง
2. มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 1 ปีขึ้นไป
3. เคยได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19 มาแล้วอย่างน้อย 3 เข็ม

เกณฑ์การคัดออก

1. เป็นผู้ที่อยู่ในระหว่างอบรมหรือลาศึกษาต่อในระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ประกอบด้วย 6 แบบสอบถาม ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและจากประสบการณ์การทำงาน ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ดังนี้ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) การนับถือศาสนา 5) ระดับการศึกษา 6) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน และ 7) ประสบการณ์การทำงาน

2. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือของไมลา อิสสระสงคราม (2564) โดยผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับแนวคิดและทฤษฎี ได้ข้อคำถาม 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ต (Likert's Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน สำหรับให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ต่ำสุด คือ 8 คะแนน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้สูงสุด คือ 40 คะแนน โดยค่าคะแนนที่ได้มากแสดงว่าบุคลากรมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 สูง

3. แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคโควิด-19 ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือของไมลา อิสสระสงคราม (2564) โดยผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับแนวคิดและทฤษฎี ได้ข้อคำถาม 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ต (Likert's Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน สำหรับให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด ค่าคะแนนที่เป็นไปได้

ต่ำสุด คือ 8 คะแนน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้สูงสุด คือ 40 คะแนน โดยค่าคะแนนที่ได้มากแสดงว่าบุคลากรมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคโควิด-19 สูง

4. แบบสอบถามความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือของไมลา อิสสระสงคราม (2564) โดยผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับแนวคิดและทฤษฎี ได้ข้อคำถาม 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ต (Likert's Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน สำหรับให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ต่ำสุดคือ 8 คะแนน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้สูงสุดคือ 40 คะแนน โดยค่าคะแนนที่ได้มากแสดงว่าบุคลากรมีความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวสูง

5. แบบสอบถามความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือของไมลา อิสสระสงคราม (2564) โดยผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับแนวคิดและทฤษฎี ได้ข้อคำถาม 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ต (Likert's Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน สำหรับให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ต่ำสุด คือ 8 คะแนน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้สูงสุดคือ 40 คะแนน โดยค่าคะแนนที่ได้มากแสดงว่าบุคลากรมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูง

6. แบบสอบถามพฤติกรรมการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นภายหลังยกเลิกภาวะฉุกเฉินโควิด-19 ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือของไมลา อิสสระสงคราม (2564) โดยผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับแนวคิดและทฤษฎี ได้ข้อคำถาม 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ต (Likert's Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน สำหรับให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ต่ำสุด คือ 8 คะแนน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้สูงสุด คือ 40 คะแนน โดยค่าคะแนนที่ได้มากแสดงว่าบุคลากรมีพฤติกรรมการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นภายหลังยกเลิกภาวะฉุกเฉินโควิด-19 สูง

การแปลผลคะแนนของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคโควิด-19 แบบสอบถามความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว แบบสอบถามความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นภายหลังยกเลิกภาวะฉุกเฉินโควิด-19 แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนของเบสท์ (Best, 1981) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 32-40 หมายถึง ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 20-31 หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 8-19 หมายถึง ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ดัดแปลงจากต้นฉบับเดิมให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย 1) อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎี 3) อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลชุมชน 4) อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ 5) หัวหน้างานด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 2) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคโควิด-19 3) แบบสอบถามความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว 4) แบบสอบถามความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง 5) แบบสอบถามพฤติกรรมการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นภายหลังยกเลิกภาวะฉุกเฉินโควิด-19 จากนั้นนำไปวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index (CVI)) ได้ค่า 0.88, 0.90, 0.82, 0.80 และ 1.00 ตามลำดับ จากนั้นปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำแบบสอบถามทั้งหมดไปตรวจสอบความเที่ยงในผู้ที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่า 0.80, 0.82, 0.84, 0.60 และ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ จังหวัดเชียงราย ทั้ง 4 ด้าน และผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน เป็นนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอย่างน้อย 2 ปี และสำเร็จการศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต โดยผู้วิจัยชี้แจงรูปแบบการวิจัย การใช้แบบสอบถาม และเกณฑ์ในการประเมิน จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย จนเข้าใจตรงกันกับผู้วิจัย ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวต่อหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัยการตอบแบบสอบถามและการพิทักษ์สิทธิ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบและเข้าใจอย่างละเอียด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย หลังจากนั้นทีมผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยใช้ระยะเวลาประมาณ 20-35 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ประสิทธิภาพการทำงาน ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคโควิด-19 ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นภายหลังยกเลิกภาวะฉุกเฉินโควิด-19 โดยใช้คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามการแบ่งระดับของแบบสอบถาม และแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. หาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรง ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ปัจจัยด้านความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และปัจจัยด้านความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 โดยทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า ข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติ จึงวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficients) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และใช้เกณฑ์แปลผลระดับความสัมพันธ์ ดังนี้ ความสัมพันธ์ระดับสูง ($r > 0.70$) ความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ($r = 0.30 - 0.70$) และความสัมพันธ์ระดับต่ำ ($r < 0.30$) (Grove & Gray, 2019)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต ตามเลขที่เอกสารรับรองโครงการวิจัย RBAC-EC-NUS-2-001/67 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและแจ้งให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ การเก็บข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่มีการระบุชื่อ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียใจเข้าร่วมการวิจัยได้ให้ลงนามเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ซึ่งในระหว่างเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือตลอดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 135 ราย เป็นเพศชาย มากที่สุด ร้อยละ 58.50 อายุเฉลี่ย 38 ปี (S.D. = 7.08) สถานภาพคู่ มากที่สุด ร้อยละ 50.40 นับถือศาสนาพุทธ มากที่สุด ร้อยละ 98.50 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด ร้อยละ 47.41 รองลงมา คือ ประกาศนียบัตรหรือวุฒิบัตร ร้อยละ 28.15 รายได้เฉลี่ย 15,001 ถึง 30,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด ร้อยละ 39.30 และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 48.10 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=135)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	79	58.50
หญิง	56	41.50
อายุ (Mean = 38.00, S.D. = 7.08)		
20-30 ปี	30	22.20
31-40 ปี	52	38.50
41-50 ปี	31	23.00
51-60 ปี	22	16.30
สถานภาพสมรส		
โสด	64	47.40
คู่	68	50.40
หม้าย	1	0.7
หย่า	2	1.5
การนับถือศาสนา		
พุทธ	133	98.50
อิสลาม	1	0.70
คริสต์	1	0.70
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	23	17.03
ประกาศนียบัตร/วุฒิปัตรี	38	28.15
ปริญญาตรี	64	47.41
สูงกว่าปริญญาตรี	10	7.41
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
< 10,000	14	10.40
10,000 – 15,000	18	13.30
15,001 – 30,000	53	39.30
30,001 – 50,000	33	24.40
50,001 – 100,000	15	11.10
> 100,000	2	1.50
ประสบการณ์ทำงาน		
น้อยกว่า 1 ปี	8	5.90
2-4 ปี	24	17.80
5-7 ปี	22	16.30

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
8-10 ปี	16	11.90
มากกว่า 10 ปี	65	48.10

2. ระดับของการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคโควิด-19 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 32.21 (S.D. = 4.10) อยู่ในระดับสูง คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 30.21 (S.D. = 4.14) อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 30.81 (S.D. = 3.73) อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.78 (S.D. = 3.19) อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนพฤติกรรมการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.73 (S.D. = 5.05) อยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 (n=135)

ตัวแปร	คะแนนโดยรวม		
	Mean	S.D.	ระดับ
การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19	30.21	4.14	ปานกลาง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคโควิด-19	32.21	4.10	สูง
ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว	30.81	3.73	ปานกลาง
ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง	31.78	3.19	ปานกลาง
พฤติกรรมการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19	29.73	5.05	ปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรง ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ปัจจัยด้านความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และปัจจัยด้านความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 ภายหลังยกเลิกภาวะฉุกเฉินโควิด-19

พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ($r = 0.32$ และ 0.41 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สำหรับปัจจัยด้านความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับสูง กับพฤติกรรมการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 ($r = 0.74$ และ 0.70 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรง ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ปัจจัยด้านความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และปัจจัยด้านความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองกับพฤติกรรม การตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 ภายหลังยกเลิกภาวะฉุกเฉินโควิด-19 (n=135)

ตัวแปร	พฤติกรรม การตัดสินใจฉีดวัคซีน โควิด-19	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด - 19	0.32*	ปานกลาง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคโควิด - 19	0.41*	ปานกลาง
ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว	0.74*	สูง
ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง	0.70*	สูง

*p-value < 0.001

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรม การตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 ของผู้ปฏิบัติงานด้าน ควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ จังหวัดเชียงราย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการปฏิบัติงานจะต้อง พบปะกับผู้ที่เดินทางเข้าออกภายในประเทศตลอดเวลา จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับการติดเชื้อ ถึงแม้สถานการณ์ ในปัจจุบันได้มีการยกเลิกสถานการณ์ฉุกเฉินของโรคโควิด-19 โดยรัฐบาลไปแล้ว (เพรียวฤทธิ์ มะโนเพ็ญ, ณัฐวิชัย ด่านไพบูลย์, ดำรงค์ ธรรมวงศ์, โกเมศ อนุรัตน์, ธงชาติ กันยะมี และอมรรัตน์ อนุวัฒน์นันทเขตต์, 2566) อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์ที่ผ่านมาทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าโรคโควิด-19 มีความรุนแรงมาก และมีโอกาส เสียชีวิตได้เมื่อได้รับการติดเชื้อ อีกทั้งในปัจจุบันคณะกรรมการโรคติดต่อ จังหวัดเชียงราย ยังคงมีมาตรการป้องกันการ ระบาดของโรคโควิด-19 ในผู้ปฏิบัติงาน จึงมีกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคโควิด-19 และ ความเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้ผู้ปฏิบัติงานละเลยในการป้องกันตนเอง อีกทั้งในหน่วยงานได้มีการสำรวจและให้บริการผู้ที่ประสงค์จะฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของโรเจอร์ (Rogers, 1975) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้รับรู้ได้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความรุนแรงของโรค จึงกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความกลัว การรับรู้ด้านนี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมส่งผลทำให้เกิดการปรับตัวและเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ศึกษาความตั้งใจในการฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นในประเทศจีน โดยประยุกต์ใช้ แนวคิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 และการรับรู้โอกาสเสี่ยง ของโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 เนื่องจากการได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความกลัว อีกทั้งสถานการณ์ที่ผ่านมาทำให้กลุ่มตัวอย่างยังกลัวกับภาวะคุกคามที่เกิดขึ้น

อย่างรุนแรง จึงมีการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิดอย่างต่อเนื่อง (Tong, He, Wu, Dang, & Chen, 2021; Wu et al., 2022) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่กล่าวว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคโควิด-19 ส่งผลให้เกิดความกลัว และเชื่อมั่นในคุณภาพของวัคซีนป้องกันโควิด-19 มากขึ้น จึงตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 (Ling, Kothe, & Mullan, 2019; Liu, Nicholas, & Wang, 2020; Schulz & Hartung, 2021) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับหลายการศึกษา (Ai et al., 2022; Eberhardt & Ling, 2021; Huang et al., 2021) ที่พบว่าปัจจัยด้านความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับการตั้งใจฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ในสายพันธุ์ต่าง ๆ และมีความเชื่อว่าการฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นจะเป็นการสร้างเกราะและภูมิคุ้มกันที่ดีให้ตนเอง ทำให้รับรู้ถึงความสามารถในตนเองในการฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นตามมา

สำหรับความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 ของผู้ปฏิบัติงานด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ จังหวัดเชียงราย อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 และรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ และเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามมา (Rogers, 1975) จึงทำให้เกิดพฤติกรรมการตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นตามมา นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติงานด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ มีบทบาทหน้าที่เฝ้าระวังโรคติดต่อระหว่างประเทศ และรักษาสุขภาพโดยการตรวจคัดกรอง ตรวจสอบการแพร่กระจายเชื้อ ควบคุมกำกับทางสุขาภิบาล ป้องกันโรคอย่างใกล้ชิด ให้บริการทางการแพทย์โดยการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ประสานส่งต่อและการเตรียมความพร้อมรับมือกับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศอย่างเคร่งครัดตามแนวทางปฏิบัติของกรมควบคุมโรค จึงเกิดความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติของตนเองว่าหากได้รับการฉีดวัคซีนโควิดเข็มกระตุ้นจะทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน อีกทั้งความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโควิด-19 ที่มีประสิทธิภาพสูงในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้ตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะรับการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นตามมา สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมหรือความตั้งใจฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าวัคซีนสามารถลดความรุนแรงเมื่อติดเชื้อโควิด-19 ได้ (Eberhardt & Ling, 2021; Huang et al., 2021) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการยอมรับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 เข็มกระตุ้น โดยพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ทั่วโลกล่าสุดนั้นมีการฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นเพิ่มขึ้นจาก 20% เป็น 94% ส่งผลให้การติดเชื้อโควิด-19 ลดลง (Angelo, Alemayehu, & Dachew, 2021; Ciardi et al., 2021; Dzieciolowska et al., 2021)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่แสดงให้เห็นว่า การที่บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 มีความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรม การตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้น ดังนั้น หน่วยงานด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศพื้นที่อื่น ๆ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนารูปแบบในการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 โดยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคโควิด-19 เกิดความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และความสามารถของตนเองที่จะเข้ารับวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นภายหลังยกเลิกภาวะฉุกเฉินต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษารูปแบบในการส่งเสริมการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 สำหรับผู้ปฏิบัติงาน ประจำด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ โดยออกแบบรูปแบบกิจกรรมในการส่งเสริมให้บุคคลเกิดการรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคโควิด-19 การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และการรับรู้ ความสามารถของตนเองที่จะเข้ารับวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้น

เอกสารอ้างอิง

- กนกอร ชาวเวียง, บุญสืบ โสโสม, เยาวดี สุวรรณนาคะ, ธนพล บรรดาศักดิ์ และพัชรพร คำภู. (2563). การสร้างสันติสุขชายแดนไทยและกัมพูชา: โครงการความร่วมมือในการจัดการโรคติดต่อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ และโรคติดเชื้ออุบัติซ้ำ. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 8(4), 1593-1607.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *การฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นของประเทศไทย*. สืบค้นเมื่อ 18 ธันวาคม 2566 จาก <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19>.
- ชำนาญ มาลัย และณอม นามวงศ์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดยโสธร. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(4), 205-205.
- ชุตินา บุญทวี. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส (COVID-19) เข็มกระตุ้น ของบุคลากรกลุ่มงานพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจ. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 2(2), 49-60.
- พิชญานนท์ วรรณโก และอรุณรัตน์ สู้หนองบัว. (2565). ความสัมพันธ์ของวัคซีนโควิด-19 และความรุนแรง ของการเจ็บป่วยโรคโควิด-19 โรงพยาบาลชัยภูมิ ปี 2564-2565. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 16(3), 1057-1069.
- พีรวัฒน์ ตระกูลทวิสุข. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 และข้อกังวลในบุคลากร ทางการแพทย์. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 3(1), 47-57.

- เพรียวกรินทร์ มะโนเพียว, ณัฐวัชร ด่านไพบูลย์, ดำรงค์ ธรรมวงศ์, โกเมศ อุนรัตน์, ธงชาติ กันยะมี และ
อมรรัตน์ อนุวัฒน์นนทเขตต์. (2566). การพัฒนารูปแบบการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019:
กรณีศึกษาช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศพรมแดนแม่สายจังหวัดเชียงราย-Mae Sai Model.
เชียงรายเวชสาร, 15(1), 82-97.
- ไมลา อิสสระสงคราม. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด-19 กับการเข้ารับบริการ
ฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10*, 19(2), 26-67.
- สรเสรีญ อุ้ยเอ็ง. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็มกระตุ้น (เข็ม 3)
ของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา. *เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ โรงพยาบาลสงขลา*,
1, 1-12.
- Ai, J., et al. (2022). Safety and immunogenicity of a third-dose homologous BBIBP-CoV
boosting vaccination: Interim results from a prospective open-label study. *Emerging
Microbes & Infections*, 11(1), 639-647. <https://doi.org/10.1080/22221751.2022.2025746>
- Andrews, N., et al. (2022). Effectiveness of COVID-19 booster vaccines against COVID-19-related
symptoms, hospitalization and death in England. *Nature Medicine*, 28(4), 831-837.
<https://doi.org/10.1038/s41591-022-01699-1>
- Angelo, A. T., Alemayehu, D. S., & Dachew, A. M. (2021). Health care workers intention to accept
COVID-19 vaccine and associated factors in southwestern Ethiopia, 2021. *PloS One*, 16(9),
e0257109. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257109>
- Bar-On, Y. M., et al. (2021). Protection of BNT162b2 vaccine booster against Covid-19 in
Israel. *New England Journal of Medicine*, 385(15), 1393-1400.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa2114255>
- Best, J. W. (1981). *Research in Education*. New Delhi: Prentice Hall.
- Ciardi, F., et al. (2021). Knowledge, attitudes, and perceptions of COVID-19 vaccination
among healthcare workers of an inner-city hospital in New York. *Vaccines*, 9(5), 516.
<https://doi.org/10.3390/vaccines9050516>
- Department of Disease Control. (2020). *Standard of practice at International Health Quarantine
Office, point of entry*. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public
Health.
- Dodd, R. H., et al. (2021). Concerns and motivations about COVID-19 vaccination. *The Lancet
Infectious Diseases*, 21(2), 161-163. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30926-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30926-9)

- Dzieciolowska, S., et al. (2021). Covid-19 vaccine acceptance, hesitancy, and refusal among Canadian healthcare workers: A multicenter survey. *American Journal of Infection Control*, 49(9), 1152-1157. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2021.04.079>
- Eberhardt, J. & Ling, J. (2021). Predicting COVID-19 vaccination intention using protection motivation theory and conspiracy beliefs. *Vaccine*, 39(42), 6269-6275. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.09.010>
- Grove, S.K., & Gray, J.R. (2019). *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice*. 7th ed. St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Hamilton, E. M., Oversby, S., Ratsch, A., & Kitchener, S. (2022). COVID-19 vaccination: An exploratory study of the motivations and concerns detailed in the medical records of a regional Australian population. *Vaccines*, 10(5), 657. <https://doi.org/10.3390/vaccines10050657>
- Huang, R., et al. (2021). Using protection motivation theory to explain the intention to initiate human papillomavirus vaccination among men who have sex with men in China. *Tumour Virus Research*, 12, 200222. <https://doi.org/10.1016/j.tvr.2021.200222>
- Kuai, Y. H. & Ser, H. L. (2021). COVID-19 situation in Thailand. *Progress In Microbes & Molecular Biology*, 4(1), 1-8. <https://doi.org/10.36877/pmmb.a0000260>
- Lai, X., et al. (2021). Public perceptions and acceptance of COVID-19 booster vaccination in China: A cross-sectional study. *Vaccines*, 9(12), 1461. <https://doi.org/10.3390/vaccines9121461>
- Ling, M., Kothe, E. J., & Mullan, B. A. (2019). Predicting intention to receive a seasonal influenza vaccination using Protection Motivation Theory. *Social Science & Medicine*, 233, 87-92. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.06.002>
- Liu, C., Nicholas, S., & Wang, J. (2020). The association between protection motivation and hepatitis B vaccination intention among migrant workers in Tianjin, China: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 20, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09292-2>
- Marome, W. & Shaw, R. (2021). COVID-19 response in Thailand and its implications on future preparedness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1089. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031089>

- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91(1), 93-114. <https://doi.org/10.1080/00223980.1975.9915803>
- Schulz, P. J. & Hartung, U. (2021). Unsusceptible to social communication? The fixture of the factors predicting decisions on different vaccinations. *Health Communication*, 36(12), 1505-1513. <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1771119>
- Soares, P., et al. (2021). Factors associated with COVID-19 vaccine hesitancy. *Vaccines*, 9(3), 300. <https://doi.org/10.3390/vaccines9030300>
- Sønderskov, K. M., Vistisen, H. T., Dinesen, P. T., & Østergaard, S. D. (2021). COVID-19 booster vaccine willingness. *Danish Medical Journal*, 69(1), A10210765.
- Tong, K. K., He, M., Wu, A. M., Dang, L., & Chen, J. H. (2021). Cognitive factors influencing COVID-19 vaccination intentions: An application of the protection motivation theory using a probability community sample. *Vaccines*, 9(10), 1170. <https://doi.org/10.3390/vaccines9101170>
- Wang, J., et al. (2020). Acceptance of COVID-19 vaccination during the COVID-19 pandemic in China. *Vaccines*, 8(3), 482. <https://doi.org/10.3390/vaccines8030482>
- Wu, F., et al. (2022). Acceptance of COVID-19 booster vaccination based on the protection motivation theory: A cross-sectional study in China. *Journal of Medical Virology*, 94(9), 4115-4124. <https://doi.org/10.1002/jmv.27825>
- Yadete, T., Batra, K., Netski, D. M., Antonio, S., Patros, M. J., & Bester, J. C. (2021). Assessing acceptability of COVID-19 vaccine booster dose among adult Americans: A cross sectional study. *Vaccines*, 9(12), 1424. <https://doi.org/10.3390/vaccines9121424>

การประเมินคุณค่าการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของ ของโรคโคโรนาไวรัส-2019 ในพื้นที่เขตสุขภาพ 10

Evaluation of the Value of Implementing Area Health Advocacy in the Coronavirus-2019 Surveillance Areas of Health Region 10

ปวีณา ลิ้มปิธิปราการ^{1*}, พลากร สืบสำราญ¹, นิยม จันทน์นวล¹, อนันต์ ไชยกุลวัฒนา¹, ชลลดา ไชยกุลวัฒนา²,
จงกลณี ศิริรัตน์³, รพินทร์ ยืนยาว³, วิจิต พุ่มจันทร์⁴, สударัตน์ เวยสาร¹

Pawena Limpiteeprakan^{1*}, Phalakorn Suebsamran¹, Niyom Junnual¹, Anun Chaikoolvatana¹,
Cholada Chaikoolvatana², Jongkolnee Sirirat³, Rapin Yuenyao³, Wichid Pumchan⁴, Sudarat Woeisan¹

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี^{1*}, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี²,

มูลนิธิประชาสังคมจังหวัดอุบลราชธานี³, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี⁴

College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University^{1*},

Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University², Civil Society Foundation of Ubon Ratchathani³,

Ubon Ratchathani Provincial Health Office⁴

(Received: February 11, 2024; Revised: May 1, 2024; Accepted: September 16, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณค่าการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019 ในพื้นที่เขตสุขภาพ 10 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำทีมธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร และจังหวัดมุกดาหาร จำนวน 2,444 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามเพื่อประเมินด้านระดับการรับรู้ แบบสอบถามด้านการมีส่วนร่วม และแบบสอบถามด้านผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ด้านการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมากในเรื่องการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019 เป็นปัญหาของคนทุกคนที่ต้องร่วมมือช่วยกันดูแลแก้ไขปัญหา (Mean = 4.37, S.D. = 0.69) ส่วนด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากในเรื่องการร่วมทำประชาคมเพื่อวิเคราะห์ปัญหารับฟังความคิดเห็น และความต้องการของประชาชนเพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019 ในพื้นที่ (Mean = 3.93, S.D. = 0.85) และด้านผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพ พบว่า อยู่ในระดับมาก โดยเห็นว่าผลลัพธ์ของธรรมนูญทำให้ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคโคโรนาไวรัส-2019 ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการของรัฐอย่างทันท่วงทีมากที่สุด (Mean = 4.21, S.D. = 0.76) สรุปได้ว่าธรรมนูญสุขภาพซึ่งเป็นกติกาของชุมชนในรูปแบบนโยบายสาธารณะ สามารถช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019 ในพื้นที่เขตสุขภาพ 10 ได้

คำสำคัญ: การประเมินคุณค่า, โคโรนาไวรัส-2019, ธรรมนูญสุขภาพ, การมีส่วนร่วมของประชาชน, ภาวะสาธารณสุขฉุกเฉิน

*ผู้ให้การติดต่อ ปวีณา ลิ้มปิธิปราการ e-mail: pawena.l@ubu.ac.th

Abstract

The objective of this descriptive study was to evaluation of the value of implementing area health advocacy in the Coronavirus-2019 surveillance areas of Health Region 10. Partiticipants included 2,444 key leaders of the health charter team in Health Region 10, which consisted of the provinces of Ubon Ratchathani, Amnat Charoen, Si Sa Ket, Yasothon, and Mukdahan. The data collection tools used included a questionnaire to assess awareness levels, a questionnaire on participation, and a questionnaire on the outcomes of the health charter implementation. The data was analyzed using descriptive statistics.

The results showed that participants had a high level of awareness that the spread of the coronavirus-2019 pandemic was a problem that required everyone to cooperate in addressing (Mean = 4.37, S.D. = 0.69). Participation was also high in terms of engaging in community discussions to analyze problems, listen to public opinions and needs, and inspire efforts to monitor the spread of the coronavirus-2019 pandemic in the area (Mean = 3.93, S.D. = 0.85). Additionally, the outcomes of implementing the health charter were rated highly, with participants agreeing that the charter enabled people infected with the coronavirus-2019 to receive timely treatment at state health services (Mean = 4.21, S.D. = 0.76). In conclusion, the health charter, as a form of public policy developed by the community, helped reduce the spread of the coronavirus-2019 pandemic in Health Region 10.

Keywords: Value evaluation, Coronavirus-2019, Health Constitution, Community Participation, Public Health Crisis

บทนำ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวด 5 มาตรา 46 มาตรา 47 และมาตรา 48 ซึ่งว่าด้วยธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นเครื่องมือและกลไกที่ให้โอกาสประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวมทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ใช้เป็นเครื่องมือในการกำกับ ดูแล สุขภาวะของประชาชน ภายใต้ศักยภาพของทรัพยากร และบริบทของแต่ละพื้นที่ด้วยหลักการมีส่วนร่วมและการพึ่งพาตนเอง (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ในเวลาต่อมาได้มีการนำแนวคิดของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาตินี้ ไปส่งเสริมให้เกิดการจัดทำธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อกำหนดกรอบนโยบายการพัฒนาสุขภาวะในระดับชุมชน ตามบริบทและความต้องการของชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โดยชุมชนเพื่อชุมชนเอง (จตุรงค์ ศรีสุรธรรม, 2559) ซึ่งหัวใจสำคัญของธรรมนูญสุขภาพ คือ การยกระดับความเป็นพลเมือง ถ้าประชาชนมีสำนึกเกิดขึ้นจะส่งผลให้ประชาชน

[2/16]

อยากแก้ปัญหาในชุมชน เกิดฉันทามติร่วมกันนำไปสู่ความเป็นพลเมืองที่ให้ความสำคัญกับสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อคนในชุมชนของตน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2564)

ในช่วงที่ประเทศไทยเผชิญกับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (COVID-19) ที่เกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) โดยมีผู้ติดเชื้อสะสมอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงปลายปี พ.ศ. 2563 ซึ่งการระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบโดยตรงต่อประเทศเป็นอย่างมาก ถือเป็นภาวะฉุกเฉินระดับชาติ กรมควบคุมโรค จึงได้เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center (EOC)) เพื่อตอบโต้การระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019 และเริ่มคัดกรองหาผู้ติดเชื้อในช่องทางเข้า-ออกของประเทศ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) แม้ระบบควบคุมโรคของประเทศไทยมีการแยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้อย่างรวดเร็ว แต่ก็ยังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงบริบททางสังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม รวมถึงระบบสุขภาพ ความหวาดกลัวการติดเชื้อโควิด-19 และการขาดแคลนทุนทรัพย์ ซึ่งเป็นเหตุผลหลักที่ทำให้การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ในประเทศไทยเป็นไปอย่างจำกัด จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้เห็นปัญหาความเหลื่อมล้ำหรือความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ เห็นจุดอ่อนในเชิงระบบที่ไม่สามารถตอบสนองต่อภัยคุกคามและความจำเป็นเร่งด่วนที่เกิดขึ้นได้ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2565) ต่อมาในหลายพื้นที่ได้นำกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนมาปรับใช้ในบริบทของพื้นที่ ซึ่งถือเป็นกระบวนการที่ส่งผลต่อปัจจัยแห่งความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ดังกล่าวนี้ ดังการศึกษาของ วรยุทธ นาคอ้าย, กมลนัธ ม่วงยิ้ม และเดชา วรรณพาทูล (2563) ได้ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส-2019 ของผู้สูงอายุ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบและการปรับปรุงการดำเนินการ โดยพบว่า เมื่อผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส-2019 ผลที่ได้ คือ ความสามัคคี ความสุข เครือข่าย ระบบจิตอาสาในการพัฒนา การยอมรับศักยภาพของแกนนำ และความสามารถในการจัดการความขัดแย้งในชุมชนมากขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของ ระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงภักดี และภาสินี ไทอินทร์ (2564) พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโคโรนาไวรัส-2019 คือ การมีส่วนร่วมของคณะทำงานและเครือข่ายที่เข้มแข็ง ซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยธรรมนูญระบบสุขภาพ ที่พัฒนามาจากกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน สามารถสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ อีกทั้งยังส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทุกคนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเสมอภาค

ในปี พ.ศ. 2564 เขตสุขภาพที่ 10 โดยคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตพื้นที่ 10 ร่วมกับเครือข่ายสมัชชาสุขภาพทั้ง 5 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร จังหวัดอำนาจเจริญ และจังหวัดมุกดาหาร ได้พัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ระดับเขต ในประเด็นการขับเคลื่อนธรรมนูญสู่โควิด-19 ในรูปแบบของ “ธรรมนูญตำบลสู่โควิด-19” ผ่านการเชื่อมโยงกลไกการขับเคลื่อนธรรมนูญสู่โควิด-19 ในระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล รวมตำบลที่มีการ

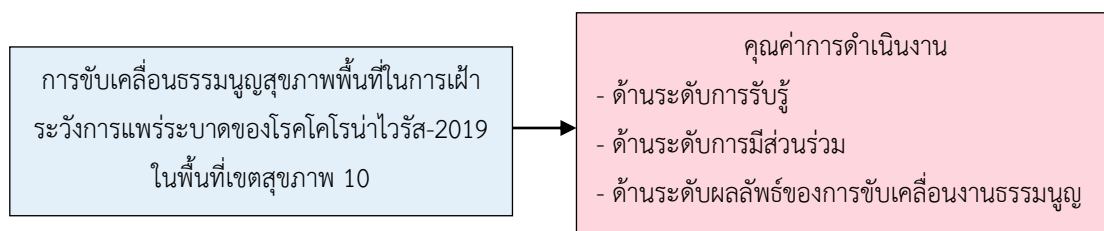
จัดทำธรรมนูญตำบลสู้โควิด-19 ในพื้นที่ 5 จังหวัด ทั้งหมดจำนวน 41 อำเภอ 109 ตำบล ถือเป็นกระบวนการจัดทำนโยบายสาธารณะในภาวะวิกฤต ดังนั้น เพื่อเป็นการเตรียมการในการวางแผนและพัฒนาระบบจัดการภาวะสาธารณสุขฉุกเฉินในระยะยาว คณะผู้วิจัยจึงประเมินคุณค่าการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพกับการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019 พื้นที่เขตสุขภาพ 10 ในรูปแบบของธรรมนูญตำบลสู้โควิด-19 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามกลไกของธรรมนูญสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 10 ว่าสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือที่ทำให้เกิดการรับรู้ และมีส่วนร่วมของประชาชนกับหน่วยงานภาครัฐองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงไร ซึ่งผลที่ได้จากการประเมินสามารถนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของธรรมนูญสุขภาพให้สามารถใช้เป็นกลไกเชื่อมโยงการทำงานกับภาครัฐได้ และเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่กระบวนการวางแผนและตัดสินใจเชิงนโยบายในด้านระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินคุณค่าการดำเนินงาน ได้แก่ ด้านระดับการรับรู้ ด้านระดับการมีส่วนร่วม และด้านผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพกับการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019 ในพื้นที่เขตสุขภาพ 10

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวทางการประเมินตามทฤษฎีแนวร่วมชุมชน Community Coalition Action Theory (CCAT) ของ Butterfoss & Kegler (2002) และแนวคิดของ Arnstein (1969) ตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของบันได 10 ขั้น ในการประเมินคุณค่าการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019 พื้นที่เขตสุขภาพ 10 ดังแสดงกรอบแนวคิดการวิจัยในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ณ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 10

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มแกนนำทีมธรรมนุญสุขภาพในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ ยโสธร และมุกดาหาร

กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Multi-Site เลือกตัวอย่างจาก 5 จังหวัด 41 อำเภอ 109 ตำบล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของคอกแรน (Cochran, 1977 อ้างใน อีรุฒิ เอกะกุล, 2543) ในกรณีไม่ทราบสัดส่วนของประชากร กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่าง 2,228 คน เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างสำหรับกรณีข้อมูลสูญหายอีกร้อยละ 10 เท่ากับ 223 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 2,451 คน โดยการสุ่มเลือกอย่างง่าย (Simple Random Sampling) มีขั้นตอนการเลือกตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลจากแกนนำขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพระดับจังหวัด 5 จังหวัด ได้แก่ กลุ่มแกนนำทีมธรรมนุญสุขภาพที่เป็นคณะทำงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต สมัชชาสุขภาพจังหวัด คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดละ 5 คน รวม 25 คน

ขั้นที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลจากแกนนำขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพระดับอำเภอ 41 อำเภอ ได้แก่ กลุ่มแกนนำทีมธรรมนุญสุขภาพที่เป็นคณะทำงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลชุมชน อำเภอละ 6 คน รวม 246 คน

ขั้นที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลจาก แกนนำขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพระดับตำบล 109 ตำบล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สารวัตรกำนัน แพทย์ประจำตำบล เจ้าอาวาสหรือตัวแทนพระสงฆ์ ผู้อำนวยการโรงเรียนในเขตตำบล ตำบลละ 20 คน รวม 2,180 คน

ดังนั้น การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างมีทั้งสิ้น 2,451 คน แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ จำนวน 7 คน จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 2,444 คน คิดเป็นร้อยละ 99.71 ของกลุ่มตัวอย่างที่ตั้งเป้าไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองตามแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานธรรมนุญสุขภาพกับการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019 (จำนวน 19 ข้อ)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานธรรมนุญสุขภาพกับการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019 (จำนวน 19 ข้อ)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพกับการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019 (จำนวน 8 ข้อ)

แบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน มีมาตรวัดเป็นระดับความคิดเห็นแบ่งเป็น 5 ระดับ (Rating Scale) ตามแนวคิดของลิเคิร์ต (Likert, 1967) คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และ น้อยที่สุด (1 คะแนน) นำมากำหนดเป็นอันตรภาคชั้น 3 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) โดยใช้แปลผลในส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 ดังนี้ ระดับดี (70-95 คะแนน) ระดับปานกลาง (45-69 คะแนน) และระดับต่ำ (19-44 คะแนน) ส่วนที่ 3 ดังนี้ ระดับดี (30-40 คะแนน) ระดับปานกลาง (19-29 คะแนน) และระดับต่ำ (8-18 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านแผนงานนโยบายสาธารณะ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านมนุษยศาสตร์และการพัฒนาคุณภาพชีวิต 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารงานสุขภาพภาคประชาชน 1 ท่าน โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์กับเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence (IOC)) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 หลังจากนั้นได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากร จำนวน 30 คน และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่า Cronbach's Alpha ด้านการรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพ เท่ากับ 0.90 ด้านการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพ เท่ากับ 0.95 และด้านผลลัพธ์ ในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพ เท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการโดยการประสานงานกับพื้นที่และสุ่มเลือกกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนด จากนั้นจัดประชุมเตรียมความพร้อมให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ให้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตามจำนวนที่กำหนด โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาตอบประมาณ 20-25 นาที เมื่อเก็บแบบสอบถามเสร็จครบตามจำนวน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะรวบรวมแบบสอบถามและส่งคืนให้ทีมวิจัยหลักผ่านทางไปรษณีย์หรือนำส่งด้วยตนเอง ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลและส่งคืนทั้งหมดประมาณ 4 เดือน หลังจากนั้น ทีมวิจัยหลักจะตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อพรรณนาลักษณะทั่วไปของกลุ่มศึกษา ดังนี้

1. ตัวแปรเชิงกลุ่ม (Categorical Variables) วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาความถี่ และร้อยละ ได้แก่ เพศ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ระดับการรับรู้ ระดับการมีส่วนร่วม และระดับผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพฯ

2. ตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous Variables) วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่ อายุ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ การมีส่วนร่วม และผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพฯ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB-216 ลงวันที่ 23 ธันวาคม 2565 ผู้วิจัยได้แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ทั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง ตามความสมัครใจ และชี้แจงให้ทราบว่าหากเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถออกจากการวิจัยได้ตามความประสงค์ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนำมาใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น การเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมและจะใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.20 มีอายุเฉลี่ย 48 ปี (S.D. = 10.07) โดยมีอายุระหว่าง 40-59 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 70.10) (Mean = 48.04, S.D. = 10.07) มีตำแหน่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมากที่สุด (ร้อยละ 47.80) และรองลงมาเป็นผู้นำชุมชน (ร้อยละ 23.20) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด (ร้อยละ 38.90) ดังแสดงในตารางที่ 1

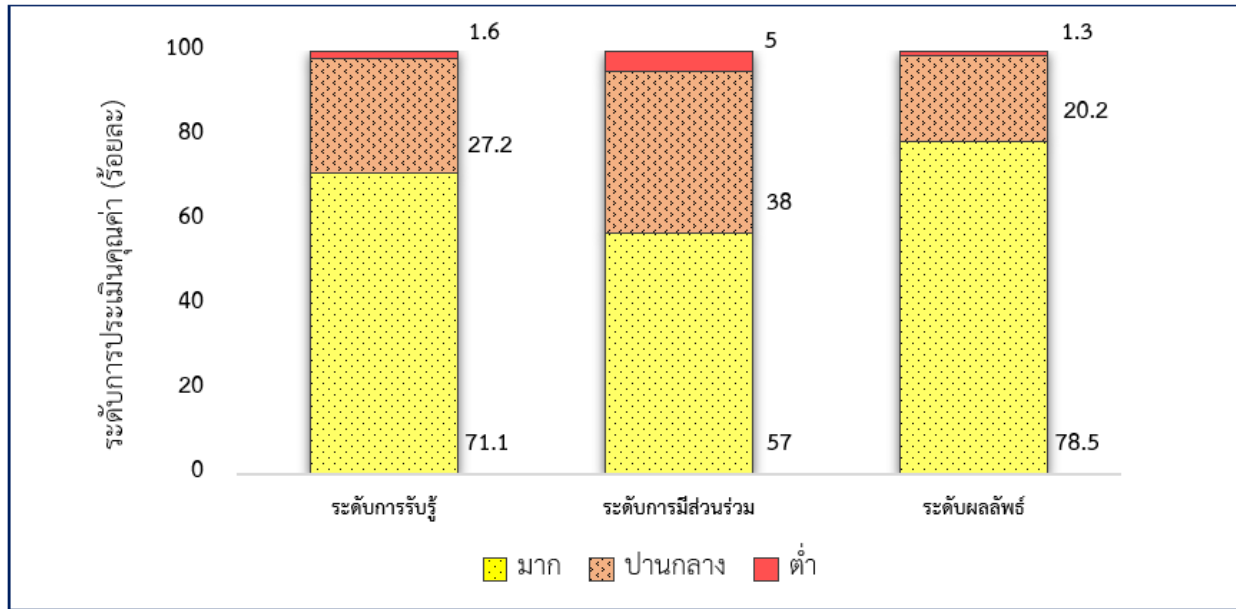
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=2,444)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	923	37.80
หญิง	1521	62.20
อายุ (ปี) (n=2,418) Mean = 48.04, S.D. = 10.07		
น้อยกว่า 40	487	20.10
40-59	1694	70.10

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
มากกว่าหรือเท่ากับ 60	237	9.80
ตำแหน่ง (n=2,418)		
อาสาสมัครสาธารณสุข	1172	47.80
ผู้นำชุมชน	569	23.20
เจ้าหน้าที่ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ	416	17.00
เจ้าหน้าที่หน่วยงานส่วนท้องถิ่น	129	5.30
ผู้อำนวยการโรงเรียน	58	2.40
เจ้าอาวาส/พระภิกษุสงฆ์	46	1.90
นายกเทศมนตรี/นายก อบต.	16	0.70
นายอำเภอ	13	0.50
ทีมสมัชชาสุขภาพจังหวัด	2	0.10
ระดับการศึกษา (n=2,418)		
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	286	11.70
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	381	15.70
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6)	943	38.90
ปวช. ปวส.หรืออนุปริญญา	113	4.70
ปริญญาตรีและสูงกว่า	704	29.00

2. การประเมินคุณค่าการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019

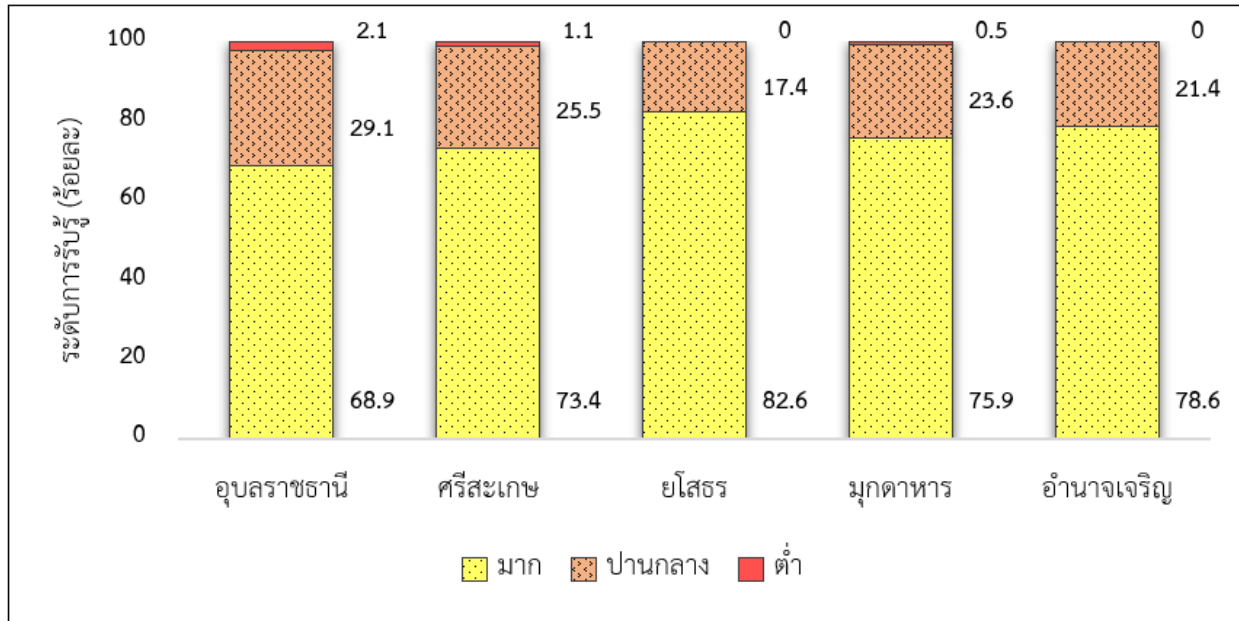
การประเมินคุณค่าการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019 ในระดับเขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย ด้านระดับการรับรู้ ด้านระดับการมีส่วนร่วม และด้านระดับผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพฯ ผลการวิจัยพบว่า ด้านระดับการรับรู้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพอยู่ที่ 75.87 คะแนน จากคะแนนเต็ม 95 คะแนน เมื่อแบ่งตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่า อยู่ในระดับมาก มากที่สุด ร้อยละ 71.10 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 27.20 มีเพียงร้อยละ 1.60 อยู่ในระดับต่ำ ด้านระดับการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพภาพรวมเฉลี่ย 71.19 คะแนน จากคะแนนเต็ม 95 คะแนน เมื่อแบ่งตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่า อยู่ในระดับมาก มากที่สุด ร้อยละ 57.00 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.00 มีเพียงร้อยละ 5.00 อยู่ในระดับต่ำ และด้านระดับผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพภาพรวมเฉลี่ย 32.81 คะแนน จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน เมื่อแบ่งตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่า อยู่ในระดับดี มากที่สุด ร้อยละ 78.50 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 20.20 มีเพียงร้อยละ 1.30 อยู่ในระดับต่ำ ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ร้อยละของระดับการประเมินคุณค่าเกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพจำแนกตามแต่ละด้าน

2.1 ด้านระดับการรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019

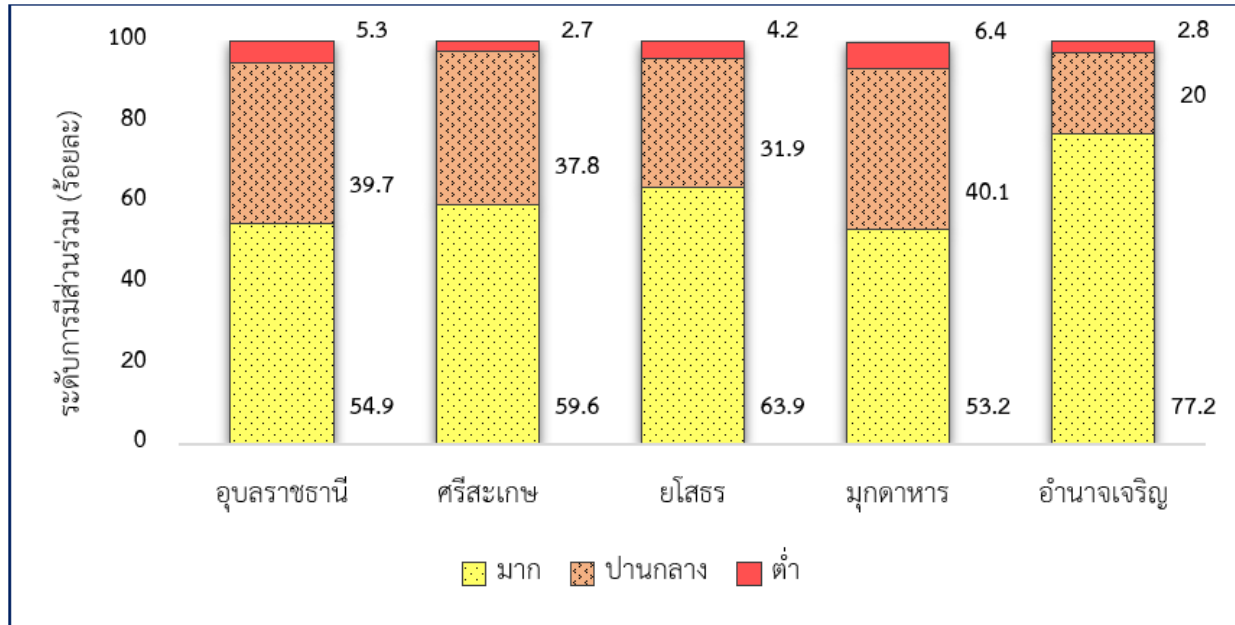
กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมากทุกข้อ (Mean = 75.87, S.D. = 12.13) โดยข้อที่มีคะแนนสูงที่สุด คือ รับรู้ว่าการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019 เป็นปัญหาของคนทุกคนที่ต้องร่วมมือช่วยกันดูแลแก้ไขปัญหา (Mean = 4.37, S.D. = 0.69) ส่วนข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุด ประกอบด้วย รับรู้ขั้นตอนและวิธีการการจัดตั้งกลไกในการมาขับเคลื่อนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019 (หาทีม) (Mean = 3.84, S.D. = 0.82) รับรู้อำนาจประกอบของทีมงานต้องประกอบด้วย ทีมคณะอำนวยการ ทีมยกร่างธรรมนูญ ทีมประชาคม และทีมติดตามประเมินผล (Mean = 3.84, S.D. = 0.84) และรับรู้ว่าจะต้องมีขั้นตอนการปรับปรุงร่างธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019 หลังจากการประชาคมแล้ว (Mean = 3.84, S.D. = 0.84) เมื่อพิจารณาแยกตามแต่ละจังหวัด พบว่า ทุกจังหวัดมีร้อยละการรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019 อยู่ในระดับมาก โดยจังหวัดยโสธร มีร้อยละการรับรู้ระดับมากที่สุด ร้อยละ 82.60 ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ร้อยละของระดับการรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพจำแนกตามแต่ละจังหวัด

2.2 ด้านการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019

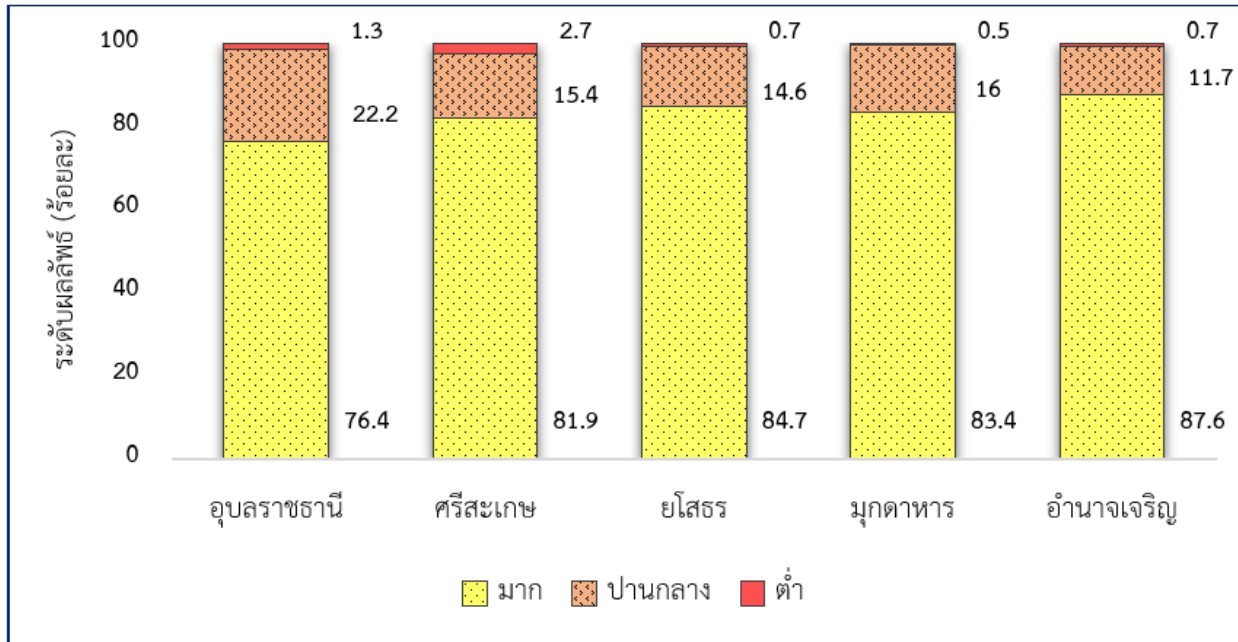
กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 71.19, S.D. = 14.68) โดยข้อที่มีคะแนนสูงสุดที่สุด คือ มีส่วนร่วมในการทำประชาคม เพื่อวิเคราะห์ปัญหา รับฟังความคิดเห็น และความต้องการของประชาชน เพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019 ในพื้นที่ (Mean = 3.93, S.D. = 0.85) รองลงมา คือ มีส่วนร่วมในการติดต่อประสานงาน และสร้างความเข้าใจกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019 (Mean = 3.85, S.D. = 0.89) ข้อที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการแต่งตั้งทีมคณะทำงาน การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019 (Mean = 3.64, S.D. = 0.94) เมื่อพิจารณาแยกตามแต่ละจังหวัด พบว่า จังหวัดอำนาจเจริญ มีระดับร้อยละการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019 อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 77.20 ดังแสดงในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ร้อยละของระดับการมีส่วนร่วมการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพจำแนกตามแต่ละจังหวัด

2.3 ด้านผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019

กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 32.81, S.D. = 5.18) โดยข้อที่มีคะแนนสูงที่สุด คือ ทำให้ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคโคโรนาไวรัส-2019 ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการของรัฐอย่างทันท่วงที (Mean = 4.21, S.D. = 0.76) รองลงมา คือ พื้นที่หรือตำบลมีการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยด้วยโรคโคโรนาไวรัส-2019 ที่เหมาะสม (Mean = 4.19, S.D. = 0.75) และผลลัพธ์ที่ได้คะแนนต่ำที่สุด คือ มีการจัดทำฐานข้อมูลของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยอย่างเป็นปัจจุบันและต่อเนื่องในระดับหมู่บ้านและระดับตำบล (Mean = 3.97, S.D. = 0.81) เมื่อพิจารณาแยกตามแต่ละจังหวัด พบว่า จังหวัดอำนาจเจริญ มีระดับร้อยละผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019 อยู่ในระดับมาก มากที่สุดร้อยละ 87.6 ดังแสดงในภาพที่ 5



ภาพที่ 5 ร้อยละของระดับผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพจำแนกตามแต่ละจังหวัด

การอภิปรายผล

การวิจัยนี้ได้ทำการศึกษาระดับการรับรู้ ระดับการมีส่วนร่วม และระดับผลลัพธ์การขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ทั้ง 5 จังหวัด เนื้อหาแบบสอบถามครอบคลุมในประเด็นของบทบาทหน้าที่ของกลุ่มแกนนำที่ธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนผลักดันให้เกิดธรรมนูญสุขภาพ การรับรู้กระบวนการ ขั้นตอนวิธีการ องค์ประกอบของคณะทำงาน การยกย่อง การดำเนินการ และการติดตามผลการขับเคลื่อนในพื้นที่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มแกนนำที่ธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่โดยรวมทั้ง 5 จังหวัด มีระดับการรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในระดับมาก มากที่สุด คิดเป็นประมาณสองในสามของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ซึ่งมากกว่าที่พบในการศึกษาของทงศักดิ์ พลอาษา และประเสริฐ ประสมรักษ์ (2562) ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างเพียง ร้อยละ 50.90 ที่มีการรับรู้ในระดับมาก แต่เป็นการศึกษาธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในประเด็นสุขภาพทั่วไป ซึ่งต่างกับงานวิจัยครั้งนี้ที่เป็นการประเมินการรับรู้ในเรื่องของโรคติดต่อที่ส่งผลกระทบในวงกว้างและมีความรุนแรง และที่ผ่านมา ยังไม่มีงานวิจัยที่วิเคราะห์การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส-2019 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 มาก่อน ดังนั้นงานวิจัยครั้งนี้จึงเป็นครั้งแรกที่มีการนำเสนอในแง่มุมนี้ ซึ่งหากมีระบบการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคที่ดี ก็สามารถที่จะช่วยแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดได้ เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้แยกตามแต่ละจังหวัด พบว่า จังหวัดยโสธรมีระดับการรับรู้มากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีกลุ่มงานที่ควบคุมดูแลการขับเคลื่อนธรรมนูญโดยตรง และ

ให้ความสำคัญในการนำธรรมนูญมาเป็นเครื่องมือขับเคลื่อนการเฝ้าระวังในชุมชน จึงทำให้การรับรู้ของทีมงานเครือข่ายที่มาทำงานร่วมกันมีระดับที่สูงตามไปด้วย

ส่วนประเด็นที่การรับรู้ต่ำเมื่อเทียบกับประเด็นอื่นในการสอบถาม คือ การรับรู้ในขั้นตอนและวิธีการการจัดตั้งกลไกในการมาขับเคลื่อนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 ระบุว่าองค์ประกอบของทีมคณะทำงานต้องประกอบด้วย ทีมคณะกรรมการ ทีมยกร่างธรรมนูญ ทีมประชาคม และทีมติดตามประเมินผล และรับรู้ว่าจะต้องมีขั้นตอนการปรับปรุงร่างธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 หลังจากการประชาคมแล้ว ซึ่งเป็นประเด็นเชิงโครงสร้างของธรรมนูญสุขภาพเป็นไปได้ที่กลุ่มแกนนำทีมธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่ให้ความสำคัญกับประเด็นเหล่านี้ต่ำกว่าประเด็นข้างต้นซึ่งเป็นกระบวนการทำงาน ซึ่งในบางพื้นที่ได้มีกระบวนการเหล่านี้ก่อนที่จะมีการกำหนดเป็นธรรมนูญสุขภาพ สะท้อนให้เห็นได้ว่าปัญหาที่ส่งผลกระทบโดยรวมอย่างรวดเร็วและรุนแรง กลุ่มแกนนำทีมธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่ที่มีการเรียนรู้ รับรู้จากสิ่งที่พบได้จริงนำมาสู่การสร้างความร่วมมือร่วมใจในการควบคุมผลกระทบของปัญหา ซึ่งการตระหนักรู้ถึงบทบาทของตนเอง ตระหนักว่าปัญหาที่กำลังเผชิญทุกคนได้รับผลกระทบและจะจัดการปัญหาได้ทุกคนต้องร่วมมือร่วมใจในการแก้ไขปัญหา แต่ละจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 มีผลการรับรู้ในทิศทางเดียวกัน

ในส่วนของการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 ในชุมชนพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ทั้ง 5 จังหวัด กลุ่มแกนนำทีมธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพประมาณครึ่งหนึ่ง เมื่อวิเคราะห์แยกรายจังหวัดพบว่ามีสัดส่วนของการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน โดยจังหวัดอำนาจเจริญมีส่วนร่วมมากกว่าสองในสาม รองลงมาเป็นจังหวัดยโสธร ส่วนจังหวัดอื่นมีส่วนร่วมเพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในระดับมาก อย่างไรก็ตาม สัดส่วนการมีส่วนร่วมในธรรมนูญสุขภาพสูงกว่าการศึกษาของวงเดือน พระนคน, พิชญ์สินี แสนเสนยา และ อรรถพล ศรีประภา (2564) ที่พบการมีส่วนร่วมโดยรวมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการในสัดส่วนน้อย ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มแกนนำทีมธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่ทุกจังหวัดมีส่วนร่วมในการทำประชาคม เพื่อวิเคราะห์ปัญหา รับฟังความคิดเห็น และความต้องการของประชาชน เพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่ มีส่วนร่วมในการติดต่อประสานงาน และสร้างความเข้าใจกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรค แต่อย่างไรก็ตามยังมีประเด็นที่กลุ่มแกนนำทีมธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง คือ มีส่วนร่วมในการแต่งตั้งทีมคณะทำงาน การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรค และมีส่วนร่วมในการพิจารณากระจายทรัพยากรที่มีอยู่และนำมาใช้ประโยชน์ในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรค

ความคิดเห็นต่อผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 ในชุมชนพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ทั้ง 5 จังหวัด กลุ่มแกนนำทีมธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่คิดเห็นต่อผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพว่ามีผลดีต่อการป้องกันควบคุมโรคมากกว่าสองในสามทั้งภาพรวมและในทุกจังหวัด กลุ่มแกนนำทีมธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่เห็นว่าธรรมนูญสุขภาพส่งผลทำให้ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคโคโรนาไวรัส-2019 ได้เข้ารับการรักษายาบาลในสถานบริการของรัฐอย่างทันท่วงที พื้นที่หรือตำบลมีการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยด้วยโรคโคโรนาไวรัส-2019 ที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ที่มองว่าเกิดขึ้นน้อยที่สุด คือ มีการจัดทำฐานข้อมูลของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยอย่างเป็นปัจจุบัน และต่อเนื่องในระดับหมู่บ้านและระดับตำบล

โดยแต่ละจังหวัดมีความคิดเห็นต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน คือ จังหวัดที่มีผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพมากที่สุด คือ จังหวัดอุบลราชธานี และ จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งทำให้ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคโคโรนาไวรัส-2019 ได้เข้ารับการรักษายาบาลในสถานบริการของรัฐอย่างทันท่วงที รองลงมา คือพื้นที่ หรือตำบลมีการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยด้วยโรคโคโรนาไวรัส-2019 ที่เหมาะสม ส่วนจังหวัดอำนาจเจริญมีผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพมากที่สุด คือ เกิดระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และมีการจัดสถานที่ในการกักกันตัวสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง ในระดับหมู่บ้านและระดับตำบล และคณะทำงานระดับตำบลและระดับหมู่บ้านเกิดความร่วมมือกันดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคโคโรนาไวรัส-2019 อย่างมีประสิทธิภาพ จังหวัดศรีสะเกษมีผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพมากที่สุด คือ พื้นที่ หรือตำบลมีการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยด้วยโรคโคโรนาไวรัส-2019 ที่เหมาะสม รองลงมาคือ ทำให้ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคโคโรนาไวรัส-2019 ได้เข้ารับการรักษายาบาลในสถานบริการของรัฐอย่างทันท่วงที และจังหวัดยโสธรมีผลลัพธ์ในการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพมากที่สุด คือ เกิดระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และมีการจัดสถานที่ในการกักกันตัวสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงในระดับหมู่บ้านและระดับตำบล รองลงมาทำให้ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคโคโรนาไวรัส-2019 ได้เข้ารับการรักษายาบาลในสถานบริการของรัฐอย่างทันท่วงที จะเห็นได้ว่ากลุ่มแกนนำทีมธรรมนูญสุขภาพในพื้นที่ส่วนใหญ่มากกว่าสี่ในห้าคนมีการรับรู้ และมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคโคโรนาไวรัส-2019 ทำให้เกิดผลลัพธ์การขับเคลื่อนที่ดีจากธรรมนูญสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดในการสร้างธรรมนูญที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนและหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ ในรูปแบบคณะทำงานที่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วนอย่างชัดเจน มีกระบวนการระดมปัญหา ระดมความคิดเห็น จนนำไปสู่การร่วมกันออกแบบหรือกำหนดข้อตกลง ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความสำเร็จ (วสุพล วรภัทรทรัพย์, 2564)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการบริหาร ผู้บริหารและคณะทำงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข งานศึกษาและวิจัยด้านสาธารณสุข ที่จำเป็นต่อ

การส่งเสริมสุขภาพของประชาชน โดยใช้ข้อมูลนี้ในการวางแผนและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของประชาชน และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้มีความเชี่ยวชาญในการรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

2. ด้านการปกครอง ผู้บริหารในหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการสร้างกฎกติกาและระเบียบข้อบังคับ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการร่วมกันกำหนดนโยบาย หรือแนวปฏิบัติของชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชนตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ให้เป็นมาตรการที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนนั้น ๆ โดยมีการประเมินและทบทวนเป็นระยะ ๆ ผ่านระบบและกลไกการทำงานในพื้นที่ เช่น กลไกของ พชอ. ในการติดตามและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรต่อยอดการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพในประเด็นอื่นตามบริบทของพื้นที่ เช่น ประเด็นปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน หรือในประเด็นการรองรับสังคมสูงวัย

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินคุณค่าการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่เขตสุขภาพอื่น ๆ ของประเทศไทย เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกและเป็นประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพของการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง*. สืบค้นเมื่อ 21 ตุลาคม 2566 จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>.
- จตุรงค์ ศรีสุรธรรม. (2559). กระบวนการนโยบายสาธารณะตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. *วารสารการบริหารท้องถิ่น*, 9(4), 63-79.
- ทองศักดิ์ พลอาษา และประเสริฐ ประสมรักษ์. (2562). ผลการประเมินความเข้มแข็งของการสร้างและใช้ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ในมุมมองของประชาชน จังหวัดอำนาจเจริญ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(4), 379-385.
- ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2543). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- ระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงภักดี และภาสินี โทอินทร์. (2564). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี Udon Model COVID-19. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(1), 53-61.

- วงศ์เดือน พระนคน, พิชญ์สินี แสนเสนยา และอรรถพล ศรีประภา. (2564). การสร้างธรรมนูญสุขภาพสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการ. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 3(2), 253-268.
- วรยุทธ นาคอ้าย, กมลนัฏ ม่วงยิ้ม และเดชา วรณพาทูล. (2563). กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคโควิด-19 กรณีศึกษาผู้สูงอายุพหุพิสัยชุมชนหนองตะโก. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนบุรี*, 14(3), 20-30.
- วสุพล วรภัทรทรัพย์. (2564). *การขับเคลื่อนธรรมนูญชุมชนเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนของชุมชนยายชา อำเภอสามพราณ จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญา พุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.*
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2550). *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2564). จากอดีตสู่อนาคต “ธรรมนูญสุขภาพ” เครื่องมือปฏิวัติความล้มพันธ์ที่สร้างสรรค์-ยั่งยืน. สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2566 จาก <https://www.nationalhealth.or.th/en/node/1210>.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2565). *ร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3*. สืบค้นเมื่อ 21 ตุลาคม 2566 จาก https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/T3_02Jun2022.pdf.
- Arnstein, S.R. (1969). A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216-224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>
- Best, John W. (1977). *Research in Education* (3rd edition). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Butterfoss, F. D. & Kegler, M.C. (2002). *Toward a Comprehensive Understanding of Community Coalitions: Moving from Practice to Theory*. In R. DiClemente, L. Crosby, and M.C. Kegler (Eds.), *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research* (pp. 157-193). San Francisco: Jossey-Bass.
- Likert, R. (1967). *The method of constructing and attitude scale*. New York: Wiley & Son.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ
เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
Effectiveness of a Motivational Interviewing Program for Changing
Self-Care Behaviors in Patients with Diabetes Mellitus

ปนัดดา ไจมา¹, พิมพีใจ อุ่นบ้าน^{2*}

Panatda Chaima¹, Pimjai Aunban^{2*}

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชะจาว ตำบลฟ้าฮ่าม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่¹,

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข^{2*}

Ban Kha Chao Subdistrict Health Promoting Hospital, Fa Ham Subdistrict, Mueang District, Chiang Mai Province¹,
Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health^{2*}

(Received: January 8, 2024; Revised: May 13, 2024; Accepted: September 17, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างทำการคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 30 คน ณ คลินิกผู้ป่วย โรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชะจาว เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรม การสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบระดับคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Dependent t-test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวม (Mean = 3.50, S.D. = 0.21) สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ (Mean = 3.32, S.D. = 0.28) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมฯ (Mean = 7.23, S.D. = 0.64) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ (Mean = 9.79, S.D. = 12.77) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจนี้มีประสิทธิผลที่ดี ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมฯ นี้ ไปใช้ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานในบริบทพื้นที่ดำเนินงานของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, พฤติกรรม การดูแลตนเอง, ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด, ผู้ป่วยเบาหวาน

*ผู้ให้การติดต่อ พิมพีใจ อุ่นบ้าน e-mail pimjai@bcnc.ac.th

Abstract

The objective of this quasi-experimental study was to compare self-care behavior scores and cumulative blood sugar values of diabetic patients before and after receiving a motivational interviewing program for self-care behavior modification. Participants, selected through purposive sampling, consisted of 30 patients with diabetes and receiving services at the Diabetes Clinic, Ban Kha Chao Subdistrict Health Promoting Hospital. The research instrument included a motivational interviewing program for self-care behavior modification in diabetic patients, developed by the researcher. Data collection tools included a general information record form and a self-care behavior questionnaire for diabetic patients. General data were analyzed using descriptive statistics. A comparison of self-care behavior levels and cumulative blood sugar levels of diabetic patients before and after receiving the program was conducted using the dependent t-test.

The results found that after participating in the program, participants had a higher mean score of overall self-care behavior (Mean = 3.50, S.D. = 0.21) than before participating in the program (Mean = 3.32, S.D. = 0.28), with a statistically significant difference ($p\text{-value} < 0.001$). Additionally, the mean cumulative blood sugar level of the participants after participating in the program (Mean = 7.23, S.D. = 0.64), lower than before participating in the program (Mean = 9.79, S.D. = 12.77), with a statistically significant difference ($p\text{-value} < 0.001$). This indicates that this motivational interviewing program is highly effective. Therefore, health care providers can apply this program to effectively promote self-care behavior modification and reduce cumulative blood sugar levels in diabetic patients within their operational areas.

Keywords: Motivational Interviewing Program, Behavior Modification, Self-Care Behavior, Cumulative Blood Sugar Level, Diabetic Patients

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetic Mellitus) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เนื่องจากความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม ซึ่งเป็นผลมาจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้เพียงพอ หรือมีความผิดปกติของการหลั่งอินซูลิน และ/หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือเมื่อร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินที่ผลิตออกมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ซึ่งทำให้ระดับน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./ดล. ขณะอดอาหาร 8 ชั่วโมงหรือมากกว่า (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560)

สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 463 ล้านคนและคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 629 ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.2 ล้านคน ของกระทรวงสาธารณสุข ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขอย่างมหาศาล เฉพาะโรคเบาหวานเพียงโรคเดียวทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases (NCDs)) อีกมากมาย อาทิ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไต ฯลฯ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) นอกจากนี้สาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เกิดจาก ภาวะติดเชื้อและโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีปัญหาสุขภาพมักพบ ในผู้ใหญ่อายุมากกว่า 50 ปี และมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน มัน เค็มมากเกินไป รับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ การออกกำลังกาย ความเครียดเรื้อรัง สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน การมีพฤติกรรมต่าง ๆ ข้างต้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ผลกระทบต่อการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน จนเกิดการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อและหลอดเลือดในอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง และอวัยวะนั้นไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ทำให้เกิดความพิการ ทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้ (ยุวรัตน์ ม่วงเงิน, 2562; Waggiallah et al., 2023) ดังนั้นโรคเบาหวานที่เกิดจากพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิต สามารถป้องกันได้ โดยการพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมทั้งการรับประทานอาหารในปริมาณหรือสัดส่วนที่พอดี ลดการรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็มที่มากเกินไป รับประทานผักและผลไม้ในปริมาณเพิ่มขึ้น เพิ่มกิจกรรมทางกาย และลดการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566; Tarricone, Petracca, Svae, Cucciniello, & Ciani, 2024)

ปัจจุบันการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีหลากหลายวิธี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยวิธีการสนทนา สร้างแรงจูงใจ เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองวิธีหนึ่ง ซึ่งมีหลักการสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การสร้างความร่วมมือ มากกว่าการเผชิญหน้าหรือเป็นคนละพวก (Collaboration VS Confrontation) 2) การดึงความต้องการและความตั้งใจมาจากภายในตัวผู้รับการปรึกษามากกว่าการแนะนำสั่งสอน (Evocation VS Imposing) 3) การสร้างความรู้สึถึงความเป็นไปได้และทำได้ด้วยตนเองมากกว่าการเชื่อฟัง และทำตาม (Autonomy VS Authority) ด้วยรูปแบบการสนทนาให้การปรึกษาที่เน้นผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง รวมไปกับสัมพันธภาพอันดีจึงจะสามารถดึงให้ผู้มีปัญหาหันมามองปัญหาและความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลงตนเอง (Miller & Rollnick, 2002) ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เกิดแรงจูงใจ ตระหนักเห็นความสำคัญและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ตนเองสะดวกและเหมาะสมได้ด้วยตนเอง

รวมทั้งการให้ความรู้แบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมและความต้องการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีและลดภาวะแทรกซ้อนลงได้ (โสภา ไชยแก้ว, 2561; Mikkonen et al., 2023) จากการศึกษาลองกลืน กนกแสง (2564) ได้ศึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่า 8 mg% จำนวน 20 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองและมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของลักขณา พงษ์ภุมมา, ขวัญตา เพชรหมณีโชติ, เชษฐา แก้วพรม และเมทนี รัตนาบุตร (2563) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และดัชนีมวลกายในวัยผู้ใหญ่ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยวิธีการสนทนาสร้างแรงจูงใจ จึงสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

จากการปฏิบัติงานของผู้วิจัยในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลบ้านชะจาว ตำบลฟ้าฮ่าม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 391 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 91 คน และมีผู้ป่วยที่มีค่า Hemoglobin A1c (HbA1c) มากกว่าหรือเท่ากับ 7% ทั้งหมด 39 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 ซึ่งเกินค่าเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40 นอกจากนี้ยังพบว่ามีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับสูงมาก (30-40%) ร้อยละ 12.73 ระดับสูงอันตราย (>40%) ร้อยละ 5.37 ผลต่อการทำงานของไต (eGFR) ระยะที่ 3-4 ร้อยละ 23.11 มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ร้อยละ 14.29 และแผลที่เท้า ร้อยละ 2.2 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชะจาว, 2564) การดำเนินงานในคลินิกโรคเรื้อรังที่ผ่านมา ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ สุขศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกทั้งรายกลุ่มและรายเดี่ยว ด้วยวิธีการแบบ Routine Management ซึ่งไม่ได้ค้นหาหรือประเมินปัญหาในเชิงลึกของผู้ป่วยแต่ละคนอย่างจริงจัง นอกจากนี้ยังมีการเยี่ยมบ้าน จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งได้ผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะแรกยังไม่ประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลับไปปฏิบัติตัวเช่นเดิมทำให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ไม่ลดลง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เนื่องจากปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เกิดจากพฤติกรรม 3 อ 2ส ที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

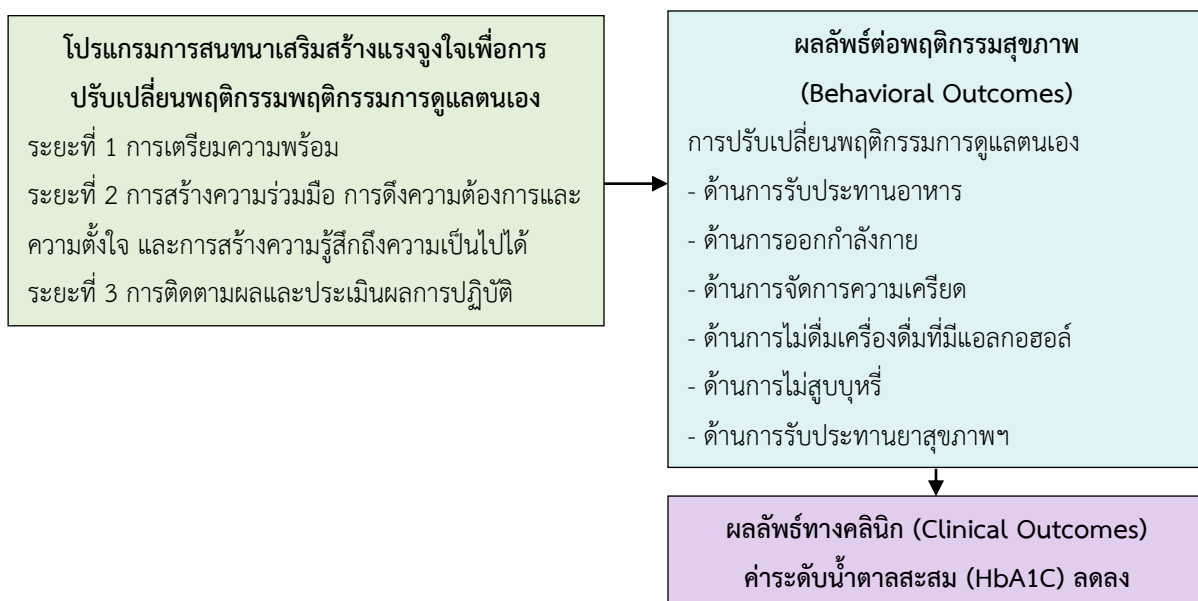
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มตัวอย่าง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ ใช้แนวคิดการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing) ตามกรอบแนวคิดของ Miller & Rollnick (2002) ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม ระยะที่ 2 การสร้างความร่วมมือ การดึงความต้องการและความตั้งใจ และการสร้างความรู้สึกถึงความเป็นไปได้ และระยะที่ 3 การติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และออกกำลังกายที่เหมาะสม การจัดการความเครียด การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา และการรับประทานยา ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจะส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ลดลงได้ ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Study) ชนิดกลุ่มเดียวทดสอบก่อน-หลัง (One Group Pretest- Posttest Design) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน 1 มีนาคม ถึง 30 ธันวาคม 2566 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชะจาว ตำบลฟ้าฮ่าม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชะจาว ตำบลฟ้าฮ่าม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชะจาว ตำบลฟ้าฮ่าม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมีนาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2566 คำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G*Power 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 (Cohen ,1977) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 27 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 10% เพื่อป้องกันการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. มีระดับ Hemoglobin A1c (HbA1c) มากกว่าหรือเท่ากับ 7 mg%
2. สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้
3. สนใจเข้าร่วมโปรแกรมและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมจนครบตามโปรแกรม

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่มีระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living (ADL)) น้อยกว่า 11 คะแนน

2. ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และได้รับยาทางด้านจิตเวช

เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมวิจัย

1. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดการทดลอง เนื่องจากเสียชีวิต สูญหาย ย้ายออกจากพื้นที่ หรือได้รับการส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล

2. เข้าร่วมโปรแกรมได้ไม่ถึงร้อยละ 50 ของจำนวนครั้งทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจ Miller & Rollnick (2002) ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม ระยะที่ 2 การสร้างความร่วมมือ

การดึงความต้องการและความตั้งใจ และการสร้างความรู้สึกรู้สึกถึงความเป็นไปได้ และระยะที่ 3 การติดตามผล และประเมินผลการปฏิบัติ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของ พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน, สุมิตรพร จอมจันทร์ และ ณิชชา ทิพย์วรรณ (2564) ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วน 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 แบบสอบถาม พฤติกรรม การดูแลตนเอง ตาม 3อ.2ส. และการใช้ยา จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำหมายถึง มีพฤติกรรมนั้น ๆ ประมาณ 5-7 วัน ใน 1 สัปดาห์ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง มีพฤติกรรมนั้น ๆ ประมาณ 3-4 วันใน 1 สัปดาห์ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง มีพฤติกรรมนั้น ๆ ประมาณ 1-2 วันใน 1 สัปดาห์ ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยมีพฤติกรรมนั้น ๆ เลย โดยการแปลความหมาย ค่าเฉลี่ยของความเหมาะสมของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ดังนี้

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพไม่ดี	คะแนนอยู่ระหว่าง	1.00-1.50 คะแนน
พฤติกรรม การดูแลสุขภาพพอใช้	คะแนนอยู่ระหว่าง	1.51-2.50 คะแนน
พฤติกรรม การดูแลสุขภาพดี	คะแนนอยู่ระหว่าง	2.51-3.50 คะแนน
พฤติกรรม การดูแลสุขภาพดีมาก	คะแนนอยู่ระหว่าง	3.51-4.00 คะแนน
พฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.51 ขึ้นไปถือว่ามีความเหมาะสม		

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการสนทนา สร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา โดยทั้งโปรแกรมฯ และแบบสอบถาม มีค่า Item Objective Congruence (IOC) ระหว่าง 0.67 ถึง 1 จากนั้นนำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิไปปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจนและครอบคลุมเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องและเหมาะสมแล้วนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้ามตำบลแม่เหียะ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 20 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะโครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรมการดำรงชีวิตคล้ายคลึงกับพื้นที่วิจัยเพื่อดูความชัดเจนของข้อคำถาม ความเข้าใจของภาษาที่ใช้ แล้ววิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย

เบหาวาน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยอธิบายชุดแบบสอบถาม ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบแบบสอบถามนี้ก่อนการทดลอง (Pre-test)

3. กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรม ใช้ระยะเวลาการดำเนินการ 6 เดือน โดยมีกิจกรรม ดังนี้

3.1 ครั้งที่ 1 การจัดกิจกรรมแบบรายกลุ่มโดยการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการฝึกทักษะเนื้อหาของโปรแกรมเป็นการให้คำปรึกษาที่มีเป้าหมายโดยการสนทนาผู้วิจัยจะผลักดันความตั้งใจโดยอาศัย ความจริงใจ เป็นมิตร ใช้แรงจูงใจในบริบทของกลุ่มตัวอย่าง ให้ข้อมูลที่เป็นทางเลือก จนนำไปสู่การก้าวข้ามความลังเลและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมตามหลัก 3อ2ส ทั้งด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด โดยในครั้งแรกใช้เวลา 30 นาที ที่คลินิกผู้ป่วยเบาหวาน รพ.สต. บ้านชะจาว

3.2 ครั้งที่ 2 และ 3 (ห่าง 1 เดือน) ให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมาย กำหนดแนวทางการปฏิบัติตัวใช้เวลา ครั้งละ 30 นาที ที่คลินิกผู้ป่วยเบาหวาน รพ.สต. บ้านชะจาว ประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้ความรู้ ตามหลัก 3อ2ส และการใช้ยาเพิ่มเติม หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง

3.3 ผู้วิจัยติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยโทรศัพท์ติดตาม นัดพบที่คลินิกผู้ป่วยเบาหวาน รพ.สต.บ้านชะจาว หรือเยี่ยมบ้านในบางราย มีการประเมินผลในเดือนที่ 6 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์การปฏิบัติตน ทั้งที่ประสบความสำเร็จ และไม่ประสบความสำเร็จ ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นให้กำลังใจและหาแนวทางแก้ไข ทำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (Post-test) สรุปปัญหา/อุปสรรคของการไปถึงเป้าหมาย สาเหตุ วิธีการเปลี่ยนแปลงตนเองให้ไปถึงเป้าหมาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Dependent t-test เนื่องจากมีการกระจายตัวของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Dependent t-test เนื่องจากมีการกระจายตัวของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ เลขที่ BCNCT C18/2566 ในการศึกษาครั้งนี้ได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิประโยชน์ ความยุติธรรมและความถูกต้อง ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา สิทธิในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับถือเป็นความลับ นำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น ผู้เข้าร่วมสามารถไม่ตอบข้อคำถามหรือออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะเก็บรักษาและทำลายข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย หลังการเสร็จสิ้นและเผยแพร่ผลงานวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 61-70 ปี (Mean = 65, S.D. = 8.17) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.67 จบการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 73.33 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 53.33 ประกอบอาชีพหลักรับจ้างและค้าขายในอัตราส่วนเท่ากัน ร้อยละ 33.33 มีญาติสายตรงที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 46.67 มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าหลังการงดน้ำงดอาหาร 8 ชั่วโมงเท่ากับ 125-154 mg/dl มากที่สุด ร้อยละ 50 มีระยะเวลาในการป่วยเป็นเบาหวาน 5 ปีขึ้นไป ถึง 10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 36.67 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ได้รับการรักษาในปัจจุบันโดยใช้ยาเม็ด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (Mean = 65, S.D. = 8.17)		
ต่ำกว่า 50 ปี	1	3.33
51-60 ปี	6	20.00
61-70 ปี	17	56.67
มากกว่า 70 ปีขึ้นไป	6	20.00
เพศ		
ชาย	8	26.67
หญิง	22	73.33
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	3.33
ประถมศึกษา	16	53.33
มัธยมศึกษา	11	36.67
ปริญญาตรี	2	6.67

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ		
โสด	4	13.33
สมรส	17	56.67
หย่าร้าง	1	3.33
หม้าย	8	26.67
ประกอบอาชีพหลัก		
รับจ้าง	10	33.33
ค้าขาย	10	33.33
ประกอบอาชีพอิสระ	1	3.33
เกษตรกร	1	3.33
ไม่ได้ทำงาน	8	26.68
มีญาติสายตรงที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน		
ไม่มี	16	53.33
มี	14	46.67
ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า		
ต่ำกว่า 125 mg/dl	1	3.33
125-154 mg/dl	15	50.00
155-182 mg/dl	12	40.00
≥ 183 mg/dl	2	6.67
ระยะเวลาในการป่วยเป็นเบาหวาน		
1 ปีขึ้นไปถึง 3 ปี	5	16.67
3 ปีขึ้นไปถึง 5 ปี	4	13.33
5 ปีขึ้นไป ถึง 10 ปี	11	36.67
มากกว่า 10 ปี	10	33.33
วิธีการรักษาที่ใช้ในปัจจุบัน		
ยาเม็ด	30	100.00

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง

พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 3.32, S.D. = 0.28) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีคะแนนพฤติกรรมด้านการดื่มสุรา (Mean = 3.90, S.D. = 0.54) ด้านการสูบบุหรี่ (Mean = 3.85, S.D. = 0.55) และด้านการใช้ยา (Mean = 3.80, S.D. = 0.55) อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านอาหาร (Mean = 3.04, S.D. = 0.78) ด้านการออกกำลังกาย

(Mean = 2.67, S.D. = 1.11) และด้านอารมณ์ (Mean = 2.64, S.D. = 1.08) อยู่ในระดับดี หลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 3.50, S.D. = 0.21) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ยังคงมีระดับคะแนนพฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ (Mean = 3.93, S.D. = 0.36) รองลงมาด้านการดื่มสุรา (Mean = 3.83, S.D. = 0.46) และด้านการใช้ยา (Mean = 3.74, S.D. = 0.56) อยู่ในระดับมากที่สุดตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง

พฤติกรรม การ自我ดูแลตนเอง	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านอาหาร	3.04	0.78	ดี	3.32	0.57	ดี
ด้านการออกกำลังกาย	2.67	1.11	ดี	3.10	0.80	ดี
ด้านอารมณ์	2.64	1.08	ดี	3.11	0.73	ดี
ด้านการสูบบุหรี่	3.85	0.55	ดีมาก	3.93	0.36	ดีมาก
ด้านการดื่มสุรา	3.90	0.54	ดีมาก	3.83	0.46	ดีมาก
ด้านการใช้ยา	3.80	0.55	ดีมาก	3.74	0.56	ดีมาก
รวม	3.32	0.28	ดี	3.50	0.21	ดี

3. เปรียบเทียบพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 3.50 (S.D. = 0.21) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง 3.32 (S.D. = 0.28) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง	Mean	S.D.	t	P-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.32	0.28	-11.520	<0.001*
หลังได้รับโปรแกรม	3.50	0.21		

* $p\text{-value} < 0.05$

4. เปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 7.23 mg% (S.D. = 0.64) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเท่ากับ 9.79 mg% (S.D. = 12.77) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)	Mean	S.D.	t	P-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	9.79	12.77	-1.099	<0.001*
หลังได้รับโปรแกรม	7.23	0.64		

* $p\text{-value} < 0.05$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 3.50 (S.D. = 0.21) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง 3.32 (S.D. = 0.28) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งนี้เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จึงมีสมาชิกครอบครัวคอยช่วยเหลือในเรื่องการเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรคจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภา มะลา และคณะ (2562) ที่พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดเตรียมอาหารตลอดจนการปรับเปลี่ยนวิธีการปรุงอาหาร ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับอาหารที่เหมาะสมกับโรค นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปี ซึ่งทำให้มีประสบการณ์การดูแลตนเอง และอาจเนื่องมาจากเมื่อมารับการรักษาหรือการตรวจตามแพทย์นัดที่คลินิกโรคเบาหวานทุกครั้ง ผู้ป่วยจะได้พบกับแพทย์ พยาบาล ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค จึงสามารถนำความรู้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จักรกฤษณ์ วังราษฎร์ (2561) พบว่า พฤติกรรม การบริโภคอาหารและน้ำของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ

นอกจากนี้การใช้เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing Technique) ในการวิจัยนี้ มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมทั้งด้านการรับประทานอาหารลดหวาน มัน เค็มการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม (Bilgin, Muz, & Yuce, 2022; Thepwongsa, Muthukumar, & Kessomboon, 2017) แต่การศึกษาครั้งนี้พบว่ายังมีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานบางคนที่มีการดื่มสุราเนื่องจากในช่วงทดลองมีกิจกรรมสังสรรค์ และมีการลิ้มรับประทานยาในบางครั้งเนื่องจากต้องทำงานต่างจังหวัด บางครั้งไม่ได้เอายาไปรับประทานด้วย แต่อย่างไรก็ตามในภาพรวมพบว่าโปรแกรมฯ นี้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วินัฐ ดวงแสนจันทร์, สิริลักษณ์ สุทธิรัตนกุล, และประมาณ กิริรัมย์ (2565) ที่ได้ใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าหลังการทดลอง ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนั้นกลุ่มทดลองยังมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งตรงกับผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองและลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ โสภา ไชยแก้ว (2561) ได้ศึกษาการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยอาศัยกระบวนการ Motivational Interviewing มีผลต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ที่ลดลง และยังคงสอดคล้องกับ การศึกษาของ นิสากกร วิบูลชัย และรุ่งทิพา ศรีเดช (2563) ได้กล่าวถึงโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ว่าการใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองที่มีความเหมาะสมกับตัวผู้ป่วยเอง จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิกที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ดังนั้นการใช้เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจกับผู้ป่วยเบาหวานจึงเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการจัดการโรคที่ดีขึ้น สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานรู้สึกมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเองมากขึ้น และมีโอกาสประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดีในระยะยาว โดยเฉพาะในเรื่องของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ เทคนิคนี้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและตระหนักถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลง โดยให้ความเคารพต่อความพร้อมและความสามารถของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านปฏิบัติการการพยาบาล ควรส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในโปรแกรมฯ เพื่อร่วมตั้งเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มากขึ้นตั้งแต่เริ่มแรกของกระบวนการสร้างแรงจูงใจ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การไปตรวจตามแพทย์นัด เป็นต้น

2. ด้านการบริหารและนโยบาย ผู้บริหารโรงพยาบาลทุกระดับ ควรสนับสนุนบุคลากรด้านสุขภาพ ในการอบรมเกี่ยวกับการใช้เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ เพื่อนำความรู้ไปพัฒนาโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ ในบริบทพื้นที่ของตนเอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมดูแลตนเองและการสร้างเสริมสุขภาพ และการลดลงของฮีโมโกลบิน A1C ต่อไปในระยะ 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปี

2. ควรมีการนำสื่อต่าง ๆ มาใช้ในการจัดทำโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ เพื่อความสะดวกทันสมัย และน่าสนใจมากขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น แอปพลิเคชันสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อบันทึก ติดตาม ค่าน้ำตาลในเลือดหรือเพื่อเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์.

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก

ปี 2564 ตระหนักถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ให้ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง. สืบค้นเมื่อ

12 พฤศจิกายน 2566 จาก <http://moph.go.th>.

จักรกฤษณ์ วัชรภูม. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *วิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(4), 625-635.

นิสากร วิบูลชัย และรุ่งทิพา ศรีเดช. (2563). การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. *วารสารแพทยนาวิ*, 47(2), 373-393.

- พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน, สุมิตรพร จอมจันทร์ และณิชา ทิพย์วรรณ. (2564). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 13(2), 59-72.
- ยุวรัตน์ ม่วงเงิน. (2562). *คู่มือการพยาบาล: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในผู้ใหญ่ที่มีภาวะก่อนเกิดโรคเบาหวานชนิดที่2*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชะจาว. (2564). *รายงานทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. เชียงใหม่. เอกสารอัดสำเนา.
- ละอองกลิ่น กนกแสง. (2564). ผลการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 5(10), 161-170.
- ลักขณา พงษ์ภุมมา, ขวัญตา เพชรณิโชติ, เชษฐา แก้วพรม และเมทนี ระดาบุตร. (2563). ผลของโปรแกรมสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อระดับความรู้ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและดัชนีมวลกายในวัยผู้ใหญ่ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 14(1), 21-31.
- วินิจ ดวงแสนจันทร์, สิริลักษณ์ สุพรรณกุล และประมาณ กิริรัมย์. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาล*, 71(2), 28-37.
- วิภา มะลา และคณะ. (2562). ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ณ คลินิก CAPD โรงพยาบาลมวังสามสิบ. *การเกษตรราชภัฏ*, 18(2), 63-78.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560*. กรุงเทพฯ: รมเย็น มีเดีย.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- โสภา ไชยแก้ว. (2561). การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 5(3), 78-83.

- Bilgin, A., Muz, G., & Yuce, G. E. (2022). The effect of motivational interviewing on metabolic control and psychosocial variables in individuals diagnosed with diabetes: Systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 105(9), 2806-2823. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.04.008>
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Mikkonen, U., et al. (2023). The effects of motivational self-care promotion on depressive symptoms among adults with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine Reports*, 36, 102431. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2023.102431>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Tarricone, R., Petracca, F., Svae, L., Cucciniello, M., & Ciani, O. (2024). Which behaviour change techniques work best for diabetes self-management mobile apps? Results from a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *EBioMedicine*, 103, 105091. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2024.105091>
- Thepwongsa, I., Muthukumar, R., & Kessomboon, P. (2017). Motivational interviewing by general practitioners for Type 2 diabetes patients: a systematic review. *Family Practice*, 34(4), 376-383. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz045>
- Waggiallah, H. A., et al. (2023). Impact of Uncontrolled Diabetes Mellitus on Blood Cells Indices and Plasma Components in Patients Without Nephropathy. *Pakistan Journal of Biological Sciences: PJBS*, 26(5), 279-286. <https://doi.org/10.3923/pjbs.2023.279.286>

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง
และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

Effects of a Self-Management Program via Application
on Self-Management Behaviors and Activities of Daily Living
among Patients with Congestive Heart Failure

พัชรินทร์ อินตะมุล¹, อรรถวิทย์ จันทรศิริ^{2*}, กาญจนา ใจจ้อย²

Patchrin Intamoon¹, Utthawit Jansiri^{2*}, Kanjana Jaijoi²

โรงพยาบาลสันทราย¹, คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ²

Sansai Hospital¹, McCormick Faculty of Nursing, Payap University²

(Received: March 17, 2024; Revised: June 12, 2024; Accepted: September 19, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 48 คน ทำการสุ่มอย่างง่าย ได้กลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชัน สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Dependent t-test และหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) จากผลการศึกษารูปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชัน ช่วยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมการจัดการตนเองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง, พฤติกรรมการจัดการตนเอง, ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน, ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

*ผู้ให้การติดต่อ อรรถวิทย์ จันทรศิริ email: utthawit_j@payap.ac.th

Abstract

The objective of this quasi-experimental study was to examine the effectiveness of a self-management program delivered via an application on self-management behaviors and activities of daily living among patients with congestive heart failure. Forty-eight patients with congestive heart failure were randomly assigned to two groups: 24 in the experimental group and 24 in the control group. The research tool was a self-management program application for heart failure patients, developed by the researcher. Data collection instruments included a personal information questionnaire, a self-management behavior assessment, and an activities of daily living assessment. General data were analyzed using descriptive statistics. The mean scores for self-management behavior and activities of daily living before and after the experiment in the experimental group were compared using the dependent t-test, while post-experiment comparisons between the experimental and control groups were made using the independent t-test.

The results showed that, after the experiment, the experimental group had significantly higher mean scores for self-management behaviors and ability to perform activities of daily living compared to before the experiment ($p\text{-value} < 0.001$). Additionally, the experimental group had significantly higher mean scores for self-management behaviors and ability to perform activities of daily living than the control group ($p\text{-value} < 0.001$). The study concludes that the self-management program delivered via the application effectively improves self-management behaviors and the ability to perform activities of daily living in patients with heart failure.

Keywords: Self-Management Program, Self-Management Behaviors, Activities of Daily Living, Patients with Congestive Heart Failure

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ความชุกของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ที่ 64.34 ล้านราย อัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24 หรือประมาณ 1 ใน 4 รายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Tsao et al., 2023) สำหรับประเทศไทยจากการรายงานของกระทรวงสาธารณสุข (2565) พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นจากจำนวน 201,914 ราย ในปี พ.ศ. 2560 เป็นจำนวน 217,870 รายในปี พ.ศ. 2564 สำหรับโรงพยาบาลสันทราษฎร์ มีจำนวนผู้ป่วย

ภาวะหัวใจล้มเหลวระหว่างปี พ.ศ. 2562-2565 เพิ่มขึ้นจาก 252 เป็น 351 ราย (โรงพยาบาลสันทราย, 2566) จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการของเนื้อเยื่อหรือมีความดันในห้องหัวใจสูงกว่าปกติ ส่งผลทำให้การกำซาบของเนื้อเยื่อลดลง นำไปสู่ภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน (Arrigo et al., 2020) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมรวมถึงกิจวัตรประจำวัน และอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ โดยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการดำเนินโรคอย่างต่อเนื่อง และมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามการดำเนินของภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีความก้าวหน้าของโรคเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย หากมีอาการที่เลวลงจะส่งผลทำให้เกิดความรุนแรงมากขึ้น ในระยะเวลานานขึ้นและอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ (King, Khamis, Ross, Murtagh, Johnson, & Ramsenthaler, 2022) อีกทั้งยังเป็นระยะสุดท้ายของโรคหัวใจทุกชนิด

นอกจากการรักษาให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพปกติที่สุด ควรให้ความรู้ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจเกี่ยวกับโรคอย่างเหมาะสม ทั้งหมดจะลดความเสี่ยงที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ในอนาคต ซึ่งควรดำเนินการเมื่ออาการของผู้ป่วยเริ่มคงที่ (van der Meer, Gaggin, & Dec, 2019) การประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่ายควรเน้นที่การวินิจฉัย แก่ไขสาเหตุหรือปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้มีอาการของผู้ป่วยทรุดลง ให้การรักษาจำเพาะรวมถึงการปรับยาตามแนวทางเวชปฏิบัติ ซึ่งหลักการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่กำหนดโดยสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยรวมถึงประเทศไทย มุ่งเน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัยในระยะเริ่มแรก การป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อน การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดการทำงานของหัวใจที่ชะลอความเสื่อมของโรคไม่ให้อาการรุนแรงขึ้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2562)

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เกิดอาการรุนแรงมากขึ้นจนเกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เกิดจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค ทำให้ขาดการสังเกตอาการผิดปกติ อีกทั้งการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในเรื่องการควบคุมอาหารและจำกัดน้ำดื่ม (Jiang et al., 2021) ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำเกินและเกิดอาการหายใจลำบากตามมา และทำให้กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 52.40 (Chang et al., 2020) ทั้งนี้ยังส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ความทนในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยลดลง รวมทั้งทำให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัวต่อโรคและความเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Heo et al., 2021) ดังนั้นจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพื่อควบคุมและป้องกันการเกิดอาการของโรคกำเริบซ้ำและ

ชะลอความก้าวหน้าของโรค ถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผ่านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การจัดการตนเองที่เหมาะสม (McHorney et al., 2021)

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นกระบวนการที่บุคคลต้องจัดกระทำเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของตนเองด้วยตั้งใจตลอดเวลาที่ดำรงชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วย เพื่อควบคุมสภาวะความเจ็บป่วยหรือ ผลกระทบที่อาจเกิดจากการเจ็บป่วย (Grey, Schulman-Green, Knafl, & Reynolds, 2015) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการควบคุมโรค (Jaarsma et al., 2021) โดยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีการจัดการตนเองดี ส่งผลให้มีความสามารถในการควบคุมอาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า และอาการบวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตลอดจนช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดอาการของโรค และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดอัตราการเสียชีวิต เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ ตลอดจน การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Vainauskiene & Vaitkiene, 2021) ดังนั้นการจัดการตนเองเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะยาว โดยเน้นความสำคัญของการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการจัดการตนเอง อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม แต่อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการจัดการตนเอง ในระดับต่ำ ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (Liljeroos et al., 2020) นอกจากนี้ยังพบว่าโปรแกรมที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมลักษณะเฉพาะด้าน ได้แก่ การจำกัดน้ำดื่ม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ซึ่งยังไม่ครอบคลุมถึงพฤติกรรมจัดการตนเอง ที่จำเป็น ส่งผลให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งและเกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต (Meng, Wang, Tang, Gu, & Fu, 2021)

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง และครอบครัวตามแนวคิดของเกรย์ และคณะ ที่มุ่งเน้นส่งเสริมการจัดการตนเองตามกระบวนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การจัดการตนเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการการเจ็บป่วย การสนับสนุนการจัดการตนเอง และครอบครัว การใช้ชีวิตกับสภาวะเจ็บป่วย ตลอดจนการติดตามและสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีการใช้แอปพลิเคชัน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความสะดวกในการใช้งานและสามารถศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง ตามต้องการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติและเมื่อสามารถปฏิบัติได้จะส่งผลให้มีความมุ่งมั่นในปฏิบัติ กิจกรรมอย่างสม่ำเสมออันจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้เหมาะสม สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ได้ตามปกติ ซึ่งนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

วัตถุประสงค์เฉพาะ

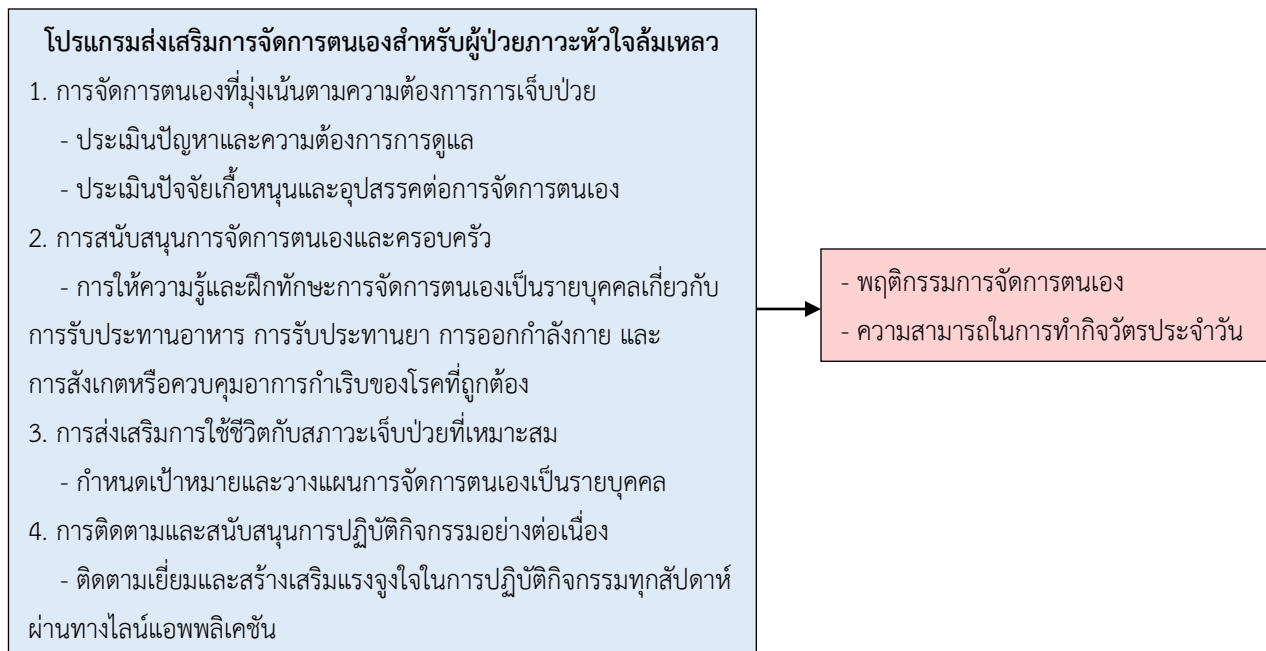
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองฯ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ภายหลังโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว (The Revised self-and Family Management) (Grey, Schulman-Green, Knafli, & Reynolds, 2015) โดยมุ่งเน้นส่งเสริมการจัดการตนเองตามกระบวนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 1) การจัดการตนเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการการเจ็บป่วย โดยการประเมินความต้องการและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย และครอบครัวร่วมเรียนรู้และตระหนักในการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการสังเกตหรือควบคุมอาการกำเริบของโรคที่ถูกต้อง 2) การสนับสนุนการจัดการตนเองและครอบครัว โดยการประเมินความรู้ ความเชื่อ และความต้องการในการจัดการตนเอง ตลอดจนให้ความรู้ผ่านโปสเตอร์อินโฟกราฟฟิก 3) การใช้ชีวิตกับสถานะเจ็บป่วยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง และการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง และ 4) การติดตามและสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วย นำไปสู่การมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมและเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ดียิ่งขึ้นต่อไป ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups, Pretest-Posttest Design) ดำเนินการวิจัยระหว่างระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ณ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยในอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยในอายุรกรรมหญิง และ หอผู้ป่วยพิเศษ วีไอพี โรงพยาบาลสันทราย ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.80 และค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ เท่ากับ 0.05 ส่วนค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากงานวิจัยของ ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า, ชดช้อย วัฒนะ และพีระพินค์ กิติภาวงศ์. (2555) เท่ากับ 0.82 ซึ่งคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน และเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหาย จึงพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Gray, Grove, & Sutherland, 2017) ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวนทั้งสิ้น 48 ราย โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 24 ราย

และกลุ่มควบคุม จำนวน 24 ราย ผู้วิจัยทำสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่คืน (Sampling without Replacement)

โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้าการวิจัย ดังนี้

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการคงที่
3. มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายตาม New York Heart Association Classification

(NYHA) อยู่ใน Class 1-3

4. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
5. มีโทรศัพท์มือถือ และมีความสามารถในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้

เกณฑ์ในการคัดออกการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ เช่น อาการหายใจเหนื่อยหอบรุนแรงมากขึ้น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะไตวายเฉียบพลัน

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย

2. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองครบตามโปรแกรมที่กำหนด จำนวน 1 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว (Grey, Schulman-Green, Knafl, & Reynolds, 2015) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแผนการจัดการกิจกรรม เป็นแนวทางในการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้มีการปฏิบัติในเรื่องการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการสังเกตหรือควบคุมอาการกำเริบของโรคที่ถูกต้อง เหมาะสม และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายบุคคล ตลอดจนโปสเตอร์อินโฟกราฟฟิกเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมกับภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การรับประทานยา การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการสังเกตหรือควบคุมอาการกำเริบของโรคที่ถูกต้อง ตลอดจนการออกแบบสื่อที่ให้เกิดความน่าสนใจและเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงอุปกรณ์การสื่อสารรูปแบบต่าง ๆ เช่น สมาร์ทโฟน คอมพิวเตอร์ และแท็บเล็ตที่สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ เพื่อเป็นช่องทางสนับสนุนและให้ความรู้ในการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับภาวะหัวใจล้มเหลว ตลอดจนเป็นช่องทางติดตามผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว และจำนวนครั้งที่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า, ชดช้อย วัฒนะ และพีระพงศ์ กิติถาวงศ์. (2555) เพื่อประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองครอบคลุมด้านการติดตามอาการ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการสังเกตหรือควบคุมอาการกำเริบของโรคที่ถูกต้อง จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบวัดมาตรา Likert Scale แบ่งระดับเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนนรวม 150 คะแนน การแปลผลค่าคะแนนมาก หมายถึง พฤติกรรมจัดการตนเองดี ถ้ามีค่าคะแนนน้อย หมายถึง พฤติกรรมจัดการตนเองไม่ดี

2.3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของ Mahoney & Barthel (1965) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุทธชัย จิตะพันธ์กุล (2541) เพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบ Composite Scales มีคะแนนรวม 20 คะแนน การแปลผลค่าคะแนนมาก หมายถึง มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง คะแนนน้อย หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนบุคคลและโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน โดยค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 1 และ 1 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองและแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ณ โรงพยาบาลสันทราย จำนวน 20 ราย โดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89 และ 0.92 ตามลำดับ ส่วนโปรแกรมฯ นำไปศึกษานำร่อง (Pilot study) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย พบว่า สามารถนำโปรแกรมฯ ไปใช้ได้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่คืน (Sampling without Replacement) จากเดือนที่เก็บข้อมูลตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

2. กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้เวลาในการดำเนินการทดลองทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 วันที่ 1 ภายหลังเข้ารับการรักษา เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอาการคงที่ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมการรับรู้การจัดการตนเองตามความเจ็บป่วยและความต้องการ ใช้เวลา 20-30 นาที ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินพฤติกรรม การจัดการตนเองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรม (Pre-test) จากนั้นประเมิน ปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความรู้ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ประเมินปัญหาการจัดการตนเอง ตลอดจนแบบแผนการดำเนินชีวิต

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 วันที่ 2 ภายหลังเข้ารับการรักษา กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมการเรียนรู้และฝึกทักษะ เกี่ยวกับการจัดการตนเองที่เหมาะสม ใช้เวลา 20-30 นาที ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ผ่านการอธิบายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ตลอดจนฝึกทักษะการจัดการตนเองที่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการสังเกตหรือควบคุมอาการกำเริบของโรค ที่ถูกต้องและให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมโดยการสาธิตย้อนกลับ

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 3 วันที่ 3 ภายหลังเข้ารับการรักษา กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมการดำเนินชีวิต ที่เหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วยและความต้องการ ใช้เวลา 20-30 นาที ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมาย และวางแผนการจัดการตนเองในระยะสั้นที่สามารถปฏิบัติได้จริง

สัปดาห์ที่ 2 และ 3 ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ดำเนินการผ่านแอปพลิเคชันไลน์ กิจกร ม ที่ 4 การสนับสนุน กระตุ้น และติดตามเยี่ยมและประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองภายหลังจำหน่าย จากโรงพยาบาล ใช้ระยะเวลา 15-20 นาทีต่อครั้ง ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทุก 1 สัปดาห์ เป็นจำนวน 2 ครั้ง เพื่อให้กำลังใจ กระตุ้นเตือน และติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินการผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง และ ความสามารถในการทำหน้าที่ภายหลังดำเนินกิจกรรม (Post-test) จากนั้นให้กำลังใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และแจ้งสิ้นสุดการวิจัยและยุติสัมพันธภาพ

3. กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ของโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 20-30 นาที ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และ ประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองและความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรม (Pre-test) จากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลรักษาและให้การพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา 20-30 นาที ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองและความสามารถในการทำหน้าที่ (Post-test) จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม และส่งโปสเตอร์ให้กับกลุ่มตัวอย่างผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) หรือสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test)
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Dependent t-test เนื่องจากผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ
4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test เนื่องจากผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลนครพิงค์ ได้รับรองจริยธรรม เลขที่ NKP. No.196/66 เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัย ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นของการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่าง ได้รับความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยขึ้นอยู่ด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยนี้ โดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ โดยข้อมูลที่ได้จากการตอบของกลุ่มตัวอย่าง จะถูกเก็บเป็นความลับ ตลอดจนผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 54.17 อายุ 60-69 ปี (Mean = 64.56, S.D. = 2.18) ร้อยละ 50.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 62.50 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 54.17 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 54.17 รายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 15,000 บาท (Mean = 12,234.65, S.D. = 4.53) ร้อยละ 62.50 ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 70.83 จำนวนครั้งที่เคยรับเข้าการรักษาด้วยอาการกำเริบ 1-3 ครั้งต่อปี ร้อยละ 45.83 ความสามารถในการทำกิจกรรมตาม NYHA อยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 54.17

กลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 54.17 อายุ 60-69 ปี (Mean = 65.84, S.D. = 1.56) ร้อยละ 58.34 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 62.50 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 54.17 ประกอบอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 58.34 รายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 15,000 บาท (Mean = 11,789.84, S.D. = 3.86) ร้อยละ 62.50 ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 50.00 จำนวนครั้งที่เคยรับเข้าการรักษาด้วยอาการกำเริบ 1-3 ครั้งต่อปี ร้อยละ 54.62 ความสามารถในการทำกิจกรรมตาม NYHA อยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 58.33 จากการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=48)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	13	54.17	13	54.17	0.61 ^a
หญิง	11	45.83	11	45.83	
อายุ (Mean = 65.20, S.D. = 3.05)					
60 - 69 ปี	12	50.00	14	58.34	0.78 ^b
70 - 79 ปี	7	29.17	5	20.83	
80 - 89 ปี	5	20.83	5	20.83	
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้รับการศึกษา	4	16.67	5	20.83	0.89 ^b
ประถมศึกษา	15	62.50	15	62.50	
มัธยมศึกษา	5	20.83	4	16.67	
สถานภาพสมรส					
โสด/หย่าร้าง	11	45.83	11	45.83	0.61 ^a
คู่	13	54.17	13	54.17	
อาชีพ					
เกษตรกร	13	54.17	14	58.34	0.94 ^b
รับจ้าง	6	25.00	5	20.83	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5	20.83	5	20.83	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)					
(Mean = 12,012.25, S.D. = 6.46)					
น้อยกว่า 15,000	15	62.50	15	62.50	0.89 ^b
15,001 - 20,000	5	20.83	4	16.67	

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มากกว่า 20,000	4	16.67	5	20.83	0.75 ^b
ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัย (ปี)					
น้อยกว่า 5 ปี	17	70.83	18	75.00	
มากกว่า 5 ปี	7	29.17	6	25.00	0.95 ^b
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษ (ครั้งต่อปี)					
1 - 3	11	45.83	12	50.00	
3 - 5	8	33.34	7	29.17	
มากกว่า 5	5	20.83	5	20.83	
ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมตามเกณฑ์ NYHA					0.92 ^b
ระดับ 1	6	25.00	6	25.00	
ระดับ 2	13	54.17	14	58.33	
ระดับ 3	5	20.83	4	16.67	

^a Fisher's exact test, ^b Chi-square test

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Mean = 132.46, S.D. = 4.03) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Mean = 18.20, S.D. = 3.74) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 65.38, S.D. = 11.44; Mean = 12.30, S.D. = 3.96 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n=24)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	65.38	11.44	132.46	4.03	-24.90	<0.001
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	12.30	3.96	18.20	3.74	-5.9	<0.001

* $p\text{-value} < 0.05$

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Mean = 132.46, S.D. = 4.03) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Mean = 18.20, S.D. = 3.74) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 118.79, S.D. = 15.93; Mean = 14.65, S.D. = 3.81 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=48)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=24)		กลุ่มควบคุม (n=24)		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	132.46	4.03	118.79	15.93	4.07	<0.001
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	18.20	3.74	14.65	3.81	3.55	<0.001

* $p\text{-value} < 0.05$

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เนื่องจาก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองประยุกต์ใช้แนวคิด การจัดการตนเองและครอบครัว ของ Grey, Schulman-Green, Knafl, & Reynolds (2015) ซึ่งมุ่งเน้นส่งเสริมการจัดการตนเองตามกระบวนการ จัดการตนเอง ประกอบด้วย การจัดการตนเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการการเจ็บป่วย โดยประเมินความต้องการ และตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมเรียนรู้ และตระหนักในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้น (Vellone et al., 2020) อีกทั้งยังมีการสนับสนุนการจัดการตนเองและครอบครัว โดยการประเมินความรู้ความเชื่อ และความต้องการในการจัดการ ตนเอง ตลอดจนให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับภาวะหัวใจล้มเหลวผ่านโปสเตอร์ อินโฟกราฟฟิกทางแอปพลิเคชันไลน์ ได้แก่ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการสังเกตหรือควบคุมอาการกำเริบของโรคที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้น สอดคล้อง การศึกษาของ Liu, Zhang, Liu, Song, & Wang, (2022) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มทดลองที่ได้รับการ ให้ความรู้มีพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Peyman, Shahedi, Abdollahi, Doosti, & Zadehahmad (2020) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังได้รับการให้ความรู้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) การใช้ชีวิตกับสภาวะเจ็บป่วย โดยการตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง และการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยทราบถึงแนวทางการดำเนินชีวิตและวิธีการปฏิบัติ พฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างชัดเจนและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติจริงได้ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยแต่ละราย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hsu, Chiang, & Chiou (2021) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลอง ที่ได้ตั้งเป้าหมายและวางแผนการดำเนินชีวิตมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p\text{-value} < 0.001$) ตลอดจนการติดตามและสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งติดตามความก้าวหน้าและประเมินผล สำเร็จในการปฏิบัติการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างทุกสัปดาห์ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ghizzardi, Arrigoni, Dellafiore, Vellone, & Caruso (2022) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการติดตามเยี่ยมและเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งการจัดการตนเอง ผ่านการประเมินปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรค ต่อการจัดการตนเอง การกำหนดเป้าหมายวางแผนการดำเนินชีวิต และการส่งเสริมความมั่นใจ ถือว่าเป็น กระบวนการสำคัญการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี (Zaharova, Litwack, Gopalakrishnan, Ellis, & Saltzberg, 2022)

อีกทั้งผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัวของ Grey, Schulman-Green, Knafel, & Reynolds (2015) มุ่งเน้นส่งเสริมการจัดการตนเองตามกระบวนการจัดการตนเอง ประกอบด้วยการจัดการตนเองที่มุ่งเน้น ตามความต้องการการเจ็บป่วย ประเมินความต้องการและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม (Amirova, Lucas, Cowie, & Haddad, 2022) การสนับสนุนการจัดการตนเองและครอบครัว ประเมินความรู้ความเชื่อ และความต้องการในการจัดการตนเอง ตลอดจนให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับภาวะหัวใจล้มเหลวผ่านโปสเตอร์ อินโฟกราฟฟิกทางแอปพลิเคชันไลน์ ได้แก่ การรับประทานอาการ การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการ สังเกตหรือควบคุมอาการกำเริบของโรคที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Purnamawati, Arofiati, & Relawati (2020) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ได้รับการสนับสนุนความรู้ มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) การใช้ชีวิตกับสภาวะเจ็บป่วย โดยการตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง และการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Abdolahi, Doustmohamadi, & Sheikhbardsiri (2020) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองที่ได้รับการวางแผนการทํากิจกรรมภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ตลอดจนการติดตามและสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายทุกสัปดาห์ผ่านทางแอปพลิเคชัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ van Leunen et al. (2023) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง ทั้งการตั้งเป้าหมาย การวางแผน การให้ความรู้ และการติดตามเยี่ยมมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ผลการวิจัย จะเห็นได้ว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังนั้นสรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชัน ช่วยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมการจัดการตนเอง และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ได้รูปแบบของกิจกรรมทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพที่มุ่งเน้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตลอดจนได้รูปแบบกิจกรรมทางการพยาบาลสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในบริบทปัจจุบัน
2. พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองนี้ไปเป็นแนวทางประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับครอบครัว โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมกับภาวะหัวใจล้มเหลว
3. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำรูปแบบของโปรแกรมนี้นี้มาเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมทักษะความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและสมาชิกในครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ติดตามผลลัพธ์จากการส่งเสริมการจัดการตนเองในระยะยาว เช่น 3, 6 และ 12 เดือน เป็นต้น เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมจัดการตนเองและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2. ศึกษาผลลัพธ์อื่น ๆ เพิ่มเติมที่สำคัญในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น อัตราการเข้ารับการรักษาลงในโรงพยาบาล คุณภาพชีวิต เป็นต้น เพื่อสะท้อนถึงตัวชี้วัดภาวะสุขภาพที่สำคัญของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สถิติสาธารณสุข 2565*. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
โรงพยาบาลสันทราย. (2566). *จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประจำปี 2566*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสันทราย.

ลดาวลัย ฤทธิกล้า, ชดช้อย วัฒนะ และพีระพงศ์ กิติภาวรงค์. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *พยาบาลสาร*, 39(1), 64-76.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2562*. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเปต ดีไซน์.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2541). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และพญาวินทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Abdolahi, M., Doustmohamadi, M. M., & Sheikhbardsiri, H. (2020). The Effect of an educational plan based on the Roy adaptation model for fatigue and activities of daily living of patients with heart failure disease. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 30(4), 559-566. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v30i4.11>

Amirova, A., Lucas, R., Cowie, M. R., & Haddad, M. (2022). Perceived barriers and enablers influencing physical activity in heart failure: A qualitative one-to-one interview study. *PloS One*, 17(8), 1-21. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271743>

Arrigo, M., et al. (2020). Acute heart failure. *Nature reviews. Disease Primers*, 6(1), 1-33. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0151-7>

Chang, H. C., et al. (2020). Nocturnal thoracic volume overload and post-discharge outcomes in patients hospitalized for acute heart failure. *ESC Heart Failure*, 7(5), 2807-2817. <https://doi.org/10.1002/ehf2.12881>

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>

- Ghizzardi, G., Arrigoni, C., Dellafiore, F., Vellone, E., & Caruso, R. (2022). Efficacy of motivational interviewing on enhancing self-care behaviors among patients with chronic heart failure: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Heart Failure Reviews*, 27(4), 1029-1041. <https://doi.org/10.1007/s10741-021-10110-z>
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns & Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (8th Edition). Elsevier: St. Louis.
- Grey, M., Schulman-Green, D., Knafl, K., & Reynolds, N. R. (2015). A revised Self- and Family Management Framework. *Nursing Outlook*, 63(2), 162-170. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2014.10.003>
- Heo, S., et al. (2021). Self-care strategies and interventions needed in patients with heart failure: from patient perspectives-a qualitative study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(6), 540-546. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaa033>
- Hsu, M. Y., Chiang, C. W., & Chiou, A. F. (2021). The effects of a self-regulation programme on self-care behavior in patients with heart failure: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 116, 103778. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103778>
- Jaarsma, T, et al., (2021). Self-care of heart failure patients: Practical management recommendations from the heart failure association of the European society of cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 23(1), 157-174. <https://doi.org/10.1002/ejhf.2008>
- Jiang, Y., et al. (2021). Patients' experiences of a nurse-led, home-based heart failure self-management program: findings from a qualitative process evaluation. *Journal of Medical Internet Research*, 23(4), e28216. <https://doi.org/10.2196/28216>
- King, C., Khamis, A., Ross, J., Murtagh, F. E. M., Johnson, M. J., & Ramsenthaler, C. (2022). Concurrent validity and prognostic Utility of the needs assessment tool: Progressive disease heart failure. *Journal of Pain and Symptom Management*, 63(5), 635-644. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.01.014>
- Liljeroos, M., et al. (2020). Trajectory of self-care behavior in patients with heart failure: The impact on clinical outcomes and influencing factors. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(5), 421-432. <https://doi.org/10.1177/1474515120902317>

- Liu, W., Zhang, Y., Liu, H. J., Song, T., & Wang, S. (2022). Influence of health education based on IMB on prognosis and self-management behavior of patients with chronic heart failure. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2022, 1-20.
<https://doi.org/10.1155/2022/8517802>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- McHorney, C. A., et al. (2021). The impact of heart failure on patients and caregivers: A qualitative study. *PloS One*, 16(3), 1-19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248240>
- Meng, X., Wang, Y., Tang, X., Gu, J., & Fu, Y. (2021). Self-management on heart failure: A meta-analysis. *Diabetes & Metabolic Syndrome*, 15(4), 1-27. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2021.06.013>
- Peyman, N., Shahedi, F., Abdollahi, M., Doosti, H., & Zadehahmad, Z. (2020). Impact of self-efficacy strategies education on self-care behaviors among heart failure patients. *The Journal of Tehran Heart Center*, 15(1), 6-11.
- Purnamawati, D. A., Arofiati, F., & Relawati, A. (2020). Effect of supportive-educative system of activity daily living (ADL) in heart failure patients. *Journal of Physics: Conference Series*, 1477(6), 062001. <https://doi.org/10.1088/1742-6596/1477/6/062001>
- Tsao, C. W., et al. (2023). Heart disease and stroke statistics-2023 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 147(8), e93-e621.
<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001123>
- Vainauskiene, V. & Vaitkiene, R. (2021). Enablers of patient knowledge empowerment for self-management of chronic disease: An integrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 1-24. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052247>
- van der Meer, P., Gaggin, H. K., & Dec, G. W. (2019). ACC/AHA versus ESC guidelines on heart failure: JACC guideline comparison. *Journal of the American College of Cardiology*, 73(21), 2756-2768. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.03.478>
- van Leunen, M. M. C. J., et al. (2023). Telerehabilitation in patients with recent hospitalization due to acute decompensated heart failure: Protocol for the Tele-ADHF randomized controlled trial. *BMC Cardiovascular Disorders*, 23(1), 379-390.
<https://doi.org/10.1186/s12872-023-03407-4>

Vellone, E., et al. (2020). Motivational interviewing to improve self-care in heart failure patients (MOTIVATE-HF): a randomized controlled trial. *ESC Heart Failure*, 7, 1309-1318.

<https://doi.org/10.1002/ehf2.12733>

Zaharova, S., Litwack, K., Gopalakrishnan, S., Ellis, J., & Saltzberg, M. T. (2022). Self-management in heart failure: The importance of self-regulation but not complexity of condition. *Western Journal of Nursing Research*, 44(4), 375-382.

<https://doi.org/10.1177/0193945921997428>

ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการจำแนกภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม Health Literacy Affecting the Classification of Depression in Breast Cancer Patients

รังสันต์ ไชยคำ^{1*}, พรหมพิริยะ การภูมิ¹, พูลพงศ์ สุขสว่าง¹, ปริญญา เรืองทิพย์¹, ยุทธนา จันทะชิน¹

Rangsan Chaikham^{1*}, Phrompiriya Karnpoom¹, Poonpong Suksawang¹,

Parinya Ruangtip¹, Yootana Janthakhin¹

ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา¹

Department of Research and Applied Psychology, Faculty of Education, Burapha University¹

(Received: February 5, 2023; Revised: May 12, 2024; Accepted: October 15, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการจำแนกภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 153 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.98 และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์อำนาจจำแนก (Discriminant Analysis)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 187.18, S.D. = 34.23) โดยมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยมากที่สุด จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 86.90 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 10.50 และระดับรุนแรงน้อยที่สุด จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.60 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Mean = 30.70, S.D. = 6.72) ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ (Mean = 24.04, S.D. = 4.88) และด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (Mean = 68.88, S.D. = 12.24) สามารถจำแนกระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 60.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยนี้พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการป้องกันภาวะซึมเศร้าและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ รังสันต์ ไชยคำ email: rangsant2013@gmail.com

Abstract

The objective of this survey research was to investigate the impact of health literacy on the classification of depression in breast cancer patients. Participants consisted of 153 breast cancer patients receiving treatment at Chonburi Cancer Hospital, selected through simple random sampling based on specified criteria. The research instruments included personal information, a health literacy assessment for breast cancer patients with a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.98, and a depression assessment for breast cancer patients with a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.83. Data were analyzed using descriptive statistics and discriminant analysis.

The research results indicated that the participants had an overall mean health literacy score at a high level (Mean = 187.18, S.D. = 34.23). The majority of the participants (133 individuals, 86.90%) had very mild depression, followed by 16 individuals (10.50%) with moderate depression, and 4 individuals (2.60%) with severe depression, respectively. The mean scores for health literacy in accessing health information and services (Mean = 30.70, S.D. = 6.72), evaluating health information and services (Mean = 24.04, S.D. = 4.88), and communication and social support (Mean = 68.88, S.D. = 12.24) were able to significantly classify depression levels in breast cancer patients at 60.10%, with a statistical significance level of 0.05. The results of this study can be used by nurses and others healthcare providers to plan the development of programs or health promotion activities aimed at enhancing health literacy. This, in turn, serves as a preventive measure against depression and contributes to an improved quality of life for breast cancer patients.

Keywords: Depressive, Breast Cancer Patients, Health Literacy

บทนำ

ในประเทศไทยมีผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าประมาณ 2 ล้านคน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ซึ่งเป็นนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิต และเป็นภัยเงียบของคนไทยในปัจจุบันที่พบบ่อย โดยสาเหตุภาวะซึมเศร้าขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และสถานการณ์ด้านสังคมที่ต้องเผชิญอยู่ รวมถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งแต่ละบุคคลมีวิธีการป้องกันและจัดการแตกต่างกัน (จารุวรรณ สกุลคุ, 2562) ภาวะซึมเศร้าพบมากในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายประมาณ 2.58 เท่า (Tseng, Lee, Geng, & Chen, 2023) และส่วนใหญ่เกิดจากด้านการเงิน (Cheong, Degeras, Suliman, Selvaraju, & Subramaniam, 2022; Guan, Guariglia, Moore, Xu, & Al-Janabi,

2022; Heumann et al, 2023; Xia, van Wijngaarden, Huijsman, & Buljac-Samardžić, 2022) ความเครียด (Richter-Levin & Xu, 2018) การใช้ยาและอาการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพ (Frank et al, 2023) รวมถึงอายุ การศึกษา และรายได้มีความสัมพันธ์อย่างมากกับอาการซึมเศร้า (Li, Sun, Luo, & Huang, 2022) เป็นต้น นอกจากนี้อาการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพที่รุนแรงและเรื้อรังนำไปสู่อาการซึมเศร้าตามมาได้ โดยเฉพาะโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบายทางกาย ความสามารถในการทำงานลดลง ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง รายได้ลดลง บทบาททางสังคมลดลง ทำให้รู้สึกท้อแท้และไร้ค่า ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Thipprakmas, 2021) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (อัญชลี วิเศษชุมพลศิลป์ และคณะ, 2562; Javan Biparva et al., 2023) ซึ่งพบว่ามะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิง สอดคล้องกับอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2559-2561 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ประมาณ 139,206 คน โดยพบ 5 อันดับแรกในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ตามลำดับ สำหรับในเพศหญิงพบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมา ได้แก่ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งปากมดลูก ตามลำดับ (Rojanamatin et al, 2021) เห็นได้ว่ามะเร็งเต้านมยังคงมีอัตราสูงและค่อนข้างคงที่ในเพศหญิง

ปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอีกปัจจัยหนึ่งคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Guo et al, 2023) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อการดูแลตนเอง ความเครียด และวิตกกังวลต่อการรักษานำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด ภาวะซึมเศร้าจะเชื่อมโยงกับความรู้ด้านสุขภาพที่ลดลง ขณะเดียวกันการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ (Thongnopakun, Visanuyothin, Manwong, Rodjarkpai, Patipat, 2020; Zhong Schroeder, Gao, Guo, & Gu, 2021) ได้มีการศึกษาของ ธาณี ชามชัย, ลาวลัย รักษาเวศ, จันทร์เพ็ญ อุงอำรุง และพัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์ (2564) ถึงปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า อยู่ในระดับมาก และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคการปฏิบัติตัวขณะและหลังการรักษาสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ (Kugbey, Meyer-Weitz, & Oppong, 2019) นอกจากนี้ Flink, Lindblom, von Koch, Carlsson, & Ytterberg (2023) ได้ศึกษาผลของการรับรู้ด้านสุขภาพต่ออาการซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิต พบว่า ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพต่ำ มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้ามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 5-8 (Brådvik, 2018) จะเห็นได้ว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ มีแนวโน้มที่จะมีอาการซึมเศร้ามากกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ นอกจากนี้การศึกษาของ Kugbey, Meyer-Weitz, & Oppong (2019) พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยลดระดับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลได้ ดังนั้นความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้านการตรวจสอบข้อมูล และบริการสุขภาพด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2561) จึงมีความจำเป็นสำหรับการจัดการภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมได้

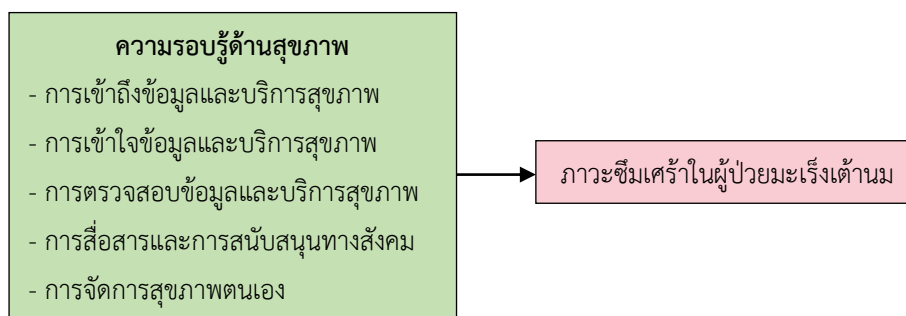
จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึง เข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ สามารถตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ และจัดการสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการรักษาที่เป็นสาเหตุนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายตามมา ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการจำแนกภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนบริหารจัดการ ป้องกันและแก้ไขภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
2. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
3. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการจำแนกภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นระดับความสามารถที่บุคคลใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Nutbeam, 2000) องค์ประกอบที่สำคัญของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และ 5) การจัดการสุขภาพตนเอง ดังนั้นหากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะลดภาวะซึมเศร้าได้ ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกระยะที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกระยะที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 153 คน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.15 ซึ่งงานวิจัยทางการแพทย์ โดยทั่วไปกำหนดค่าอิทธิพล (Effect Size) ที่มีขนาดความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง (Medium Size) ซึ่งเพียงพอสำหรับอำนาจในการทดสอบทางสถิติ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.95 (Cohen, 1992) ได้กลุ่มตัวอย่าง 139 คน เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 153 คน ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยแก่ผู้สนใจเข้าร่วมโครงการ จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โดยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่คืนที่ โดยการจับฉลาก หมายเลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) ร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รอรับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกในแต่ละวัน (อนุวัติ คุณแก้ว, 2566) จนครบ 153 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกระยะ ที่รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป สื่อสารรู้เรื่อง และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก

ผู้ป่วยปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยขณะตอบแบบสอบถาม หรือขณะตอบแบบสอบถามมีภาวะฉุกเฉินที่เป็นอันตราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะของโรค สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส
2. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยปรับใช้จากแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ของ ธาณี ขามชัย, ลาวัลย์ รักษาเวช, จันทร์เพ็ญ อุงอำรุง และพัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์ (2564) มีข้อคำถามทั้งหมด 47 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การตรวจสอบข้อมูล การสื่อสารและ

การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการสุขภาพตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ น้อยที่สุด 1 คะแนน น้อย 2 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน มาก 4 คะแนน และ มากที่สุด 5 คะแนน การแปลผล แบ่งเป็น 3 ช่วง (Best, 1977) ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 47.00-109.66 หมายถึง ระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 109.67-172.32 หมายถึง ระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 172.33-235.00 หมายถึง ระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก และการแปลผลรายด้านดังต่อไปนี้

2.1 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ คะแนนเฉลี่ย 8.00-18.66 หมายถึง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 18.67-29.32 หมายถึง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 29.33-40.00 หมายถึง ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก

2.2 ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ย 5.00-11.66 หมายถึง การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ อยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 11.67-18.32 หมายถึง การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 18.33-25.00 หมายถึง การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพออยู่ในระดับมาก

2.3 ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ คะแนนเฉลี่ย 6.00-14.00 หมายถึง การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 14.01-22.00 หมายถึง การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 22.01-30.00 หมายถึง การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก

2.4 ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม คะแนนเฉลี่ย 17.00-39.66 หมายถึง การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 39.67-62.32 หมายถึง การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 62.33-85.00 หมายถึง การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

2.5 ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง คะแนนเฉลี่ย 11.00-25.66 หมายถึง การจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 25.67-40.32 หมายถึง การจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 40.33-55.00 คะแนน หมายถึง การจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก

3. แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มี 0-3 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนคำตอบดังนี้ ไม่มีเลย ให้ 0 คะแนน เป็นบางวัน 1-7 วัน ให้ 1 คะแนน เป็นบ่อย > 7 วัน ให้ 2 คะแนน เป็นทุกวัน ให้ 3 คะแนน การแปลผล ช่วงคะแนน < 7 หมายถึง ไม่มีอาการหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยมาก ช่วงคะแนน 7-12 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้า อยู่ในระดับน้อย ช่วงคะแนน

≥ 13-18 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ช่วงคะแนน ≥ 19 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 2 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้อง ขอบเขตเนื้อหา การใช้ภาษาที่รัดกุม การตีความหมายของข้อความรวมถึงข้อเสนอแนะ ภายหลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วผู้วิจัย นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index (CVI)) เท่ากับ 0.97

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient ของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้เท่ากับ 0.98 และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้เท่ากับ 0.83 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยการสัมภาษณ์ในห้องที่เป็นสัดส่วนมิดชิดที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองทุกวันทั้งผู้ป่วยรายเก่า และรายใหม่ในเวลาราชการตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ พร้อมทั้งแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อย่างละเอียดก่อนให้กลุ่มตัวอย่างอ่านใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยพร้อมลงนามรับทราบ โดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อคน เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง พุดคุยแสดงความคิดเห็น และซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ วิธีการรักษา และวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติและอภิปรายผลการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรู้ด้านสุขภาพและระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์สมการพยากรณ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธี Multiple Discriminant Analysis

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี รหัสโครงการ 017/2563 โดยการวิจัยจะมีการประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้เข้าร่วมการวิจัย (Recruitment Process) แก่ผู้สนใจเข้าร่วมโครงการ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ และการเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่กลุ่มตัวอย่างรับทราบ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างอิสระ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา แบบสอบถามใช้รหัสแทนชื่อ-นามสกุล และถูกเก็บอย่างมิดชิด และจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมโดยกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยจะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ หากกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยหรือปานกลาง ผู้วิจัยจะให้คำปรึกษาเบื้องต้น หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง ผู้วิจัยจะให้คำปรึกษาเบื้องต้นพร้อมส่งต่อให้จิตแพทย์ดูแลรักษาต่อไป เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ช่วยเหลือตัวเองได้ สื่อสารรู้เรื่อง และยินดีที่ให้เก็บข้อมูล อย่างไรก็ตามอาจมีโอกาสดังกล่าวความเสี่ยงหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์ได้ ดังนั้นก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประเมินอาการและวัดสัญญาณชีพของกลุ่มตัวอย่างทุกครั้ง หากเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ เช่น หน้ามืด ปวดแผลหรือก้อน คลื่นไส้ อาเจียน ขณะตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะหยุดเก็บข้อมูลทันที โดยให้ผู้ป่วยพักผ่อนกว่าจะดีขึ้น และได้รับการรักษาตามมาตรฐาน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-60 ปี (34.60%) อายุเฉลี่ย 46.05 ปี (S.D. = 10.04) ระยะของโรคพบในระยะที่ 1 มากที่สุด (38.60%) รองลงมา ได้แก่ ระยะที่ 2 (24.80%) และระยะที่ 3 (22.20%) ตามลำดับ ใช้สิทธิ์การรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากที่สุด (52.90%) รองลงมา ได้แก่ สิทธิประกันสังคม (22.90%) และข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (21.50%) ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (60.10%) และสถานภาพสมรส (66.00%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=153)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (อายุเฉลี่ย 46.05 ปี (S.D. = 10.04))		
20-40 ปี	53	34.60
41-60 ปี	87	56.80
61 ปีขึ้นไป	13	8.60

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะของโรค		
ระยะที่ 1	59	38.60
ระยะที่ 2	38	24.80
ระยะที่ 3	34	22.20
ระยะที่ 4	22	14.40
สิทธิการรักษา		
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	81	52.90
ประกันสังคม	35	22.90
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	33	21.50
จ่ายเงินเอง	4	2.70
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	92	60.10
ปริญญาตรี	59	38.60
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.30
สถานภาพสมรส		
โสด	29	19.00
สมรส	101	66.00
หม้าย	17	11.10
หย่าร้าง	4	2.60
แยกกันอยู่	2	1.30

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=187.18, S.D. = 34.23) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก (Mean = 30.70, S.D. = 6.72) ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก (Mean = 19.20, S.D. = 4.31) ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก (Mean = 24.04, S.D. = 4.88) ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก (Mean = 68.88, S.D. = 12.24) และด้านการจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก (Mean = 44.26, S.D. = 8.41) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n=153)

ตัวแปร	Mean	S.D.	การแปลผล
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	187.18	34.23	ระดับมาก
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	30.70	6.72	ระดับมาก

ตัวแปร	Mean	S.D.	การแปลผล
ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	19.20	4.31	ระดับมาก
ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	24.04	4.88	ระดับมาก
ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม	68.88	12.24	ระดับมาก
ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง	44.26	8.41	ระดับมาก

3. ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยมาก จำนวน 133 คน (86.90%) รองลงมา มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย จำนวน 16 คน (10.50%) และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 4 คน (2.60%) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n=153)

ช่วงคะแนน	แปลผล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
< 7 คะแนน	ไม่มีอาการ/ระดับน้อยมาก	133	86.90
7 – 12 คะแนน	ระดับน้อย	16	10.50
13 – 18 คะแนน	ระดับปานกลาง	4	2.60
≥ 19 คะแนน	ระดับรุนแรง	0	0

4. วิเคราะห์อำนาจการจำแนกภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์อำนาจการจำแนกกลุ่มโดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ตัวแปรอิสระมีการแจกแจงปกติ มีความแปรปรวนเท่ากัน และไม่เกิด Multicollinearity พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม สามารถจำแนกภาวะระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 60.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 วิเคราะห์สมการพยากรณ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Multiple Discriminant Analysis) (n=153)

ตัวแปรต้น	b	Wilks' Lambda	F	P-value
ค่าคงที่	-6.19			
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.08	0.71	30.39	<0.001*
ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.10	0.71	30.83	<0.001*
ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม	0.02	0.73	28.17	<0.001*

*p-value < 0.05

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยมาก จำนวน 133 คน (86.90%) รองลงมา มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย จำนวน 16 คน (10.50%) และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 4 คน (2.60%) ทั้งนี้ก็อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดี ไม่จำเป็นต้องได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตทันที เนื่องจากผู้ป่วยรักษาต่อเนื่องบ่อยครั้ง ทำให้ได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการป้องกันสุขภาพจิตอย่างเพียงพอ มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้า มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ในโรงพยาบาลจึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี วิเศษชุมพล และคณะ (2562) ได้ศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ไม่เกิด ภาวะซึมเศร้าต่อการรักษาด้วยรังสีรักษาถึงร้อยละ 86.70 ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับต่ำเป็นข้อบ่งชี้ทางบวกเชื่อมโยงถึงปัจจัยต่าง ๆ เช่น การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ หรือการเข้าถึงทรัพยากรด้านความรู้สุขภาพ เป็นต้น ระดับความรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของโรคและทางเลือกการรักษาของตนเอง ส่งผลให้ระดับความเครียดทางจิตใจน้อยลงได้ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับมาก ทั้งโดยรวมและรายด้านโดยการศึกษาของ Hermans et al. (2021) พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต โดยบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า น้อยกว่าบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ

ปัจจัยที่มีผลต่อการจำแนกภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถจำแนกระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 60.10 ทั้งนี้หากพิจารณาด้านต่าง ๆ ของความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่ได้ โดยสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องได้จากหลายแห่ง เช่น จากผู้รู้ จากสื่อสิ่งพิมพ์ และจากสื่อออนไลน์ เป็นต้น มีการรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพอยู่เสมอ โดยสามารถค้นหาข้อมูลด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งบุคคลอื่น และสามารถค้นหาแหล่งบริการสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพของตนเองได้ตลอดเวลา สามารถไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการสุขภาพได้ทุกเมื่อตามที่ต้องการ ส่วนใหญ่มั่นใจว่าแหล่งบริการสุขภาพที่เลือกใช้นั้นสามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการกับปัญหาของตนเอง และสามารถสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพได้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เป็นอยู่ และที่สำคัญโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีมีระบบสารสนเทศที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ง่าย ทั้งช่องทางเว็บไซต์ เฟสบุ๊ก หรือแอปพลิเคชันที่สามารถให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา ถึงแม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีถึงร้อยละ 60.10 แต่ในปัจจุบันเทคโนโลยีการสื่อสาร

พัฒนาอย่างรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยปรับตัวและเกิดการเรียนรู้ตลอดเวลา ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความรู้ความสามารถสูงในการเข้าถึงข้อมูล และได้รับการบริการสุขภาพที่เพียงพออาจมีโอกาสสถานะซึมเศร้า เนื่องจากสามารถตอบสนองต่อข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Vandraas, Reinertsen, Kiserud, Bøhn, & Lie (2022) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมร้อยละ 19.30 มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงเล็กน้อยหรือไม่เพียงพอ และระดับการศึกษา รายได้ อายุที่ได้รับการวินิจฉัย ลักษณะบุคลิกภาพ และความกลัวการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการศึกษาของ Kugbey, Meyer-Weitz, & Oppong (2019) การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลได้

สำหรับด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพเป็นปัจจัยที่สามารถจำแนกระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่ก่อนตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสุขภาพผู้ป่วยจะสอบถามความต้องการที่แท้จริงของตนเองและคนในครอบครัวก่อน และจะเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการรักษา มะเร็งเต้านมก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือปฏิบัติตาม เมื่อมีข้อมูลสุขภาพใหม่เข้ามา เช่น วิธีการรักษาใหม่ ๆ ผู้ป่วยจะตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลนั้นหรือสอบถามกับบุคลากรทางการแพทย์ก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม ซึ่งจะศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลจากหลาย ๆ แหล่งเพื่อยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้องของตนเองก่อนที่จะบอกคนอื่น และรู้ว่าจะหาข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องจากแหล่งใดเพื่อนำมายืนยันข้อมูลนั้นก่อนที่จะเชื่อและทำตาม ส่วนใหญ่มักสอบถามหรือขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับข้อควรปฏิบัติด้านสุขภาพนั้นก่อนที่จะทำตาม ซึ่งการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพที่ถูกต้องเป็นความสามารถอีกด้านของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพที่อาจช่วยลดความไม่แน่ใจหรือความกังวลใจที่เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองที่เป็นอยู่ (ปิยนารถ แก้วบัวพันธ์, 2562) ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถลดหรือเพิ่มภาวะซึมเศร้าได้

ส่วนด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมสามารถจำแนกภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้เช่นกัน เมื่อพิจารณาแล้ว พบว่า ผู้ป่วยมีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อย 1 คน ที่สามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่ตนเองได้ รวมถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และสามารถเป็นที่ปรึกษาในช่วงที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ไว้วางใจให้เป็นที่พักหรือที่ปรึกษาด้านสุขภาพ สามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีความรู้ด้านสุขภาพได้ มีคนรอบข้างที่จะคอยช่วยเหลือได้ตลอดเวลา หากมีภาวะฉุกเฉินมีญาติหรือเพื่อนพร้อมจะให้การช่วยเหลือ มีคนคอยสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้กำลังใจ ผู้ให้บริการสุขภาพเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วยเมื่อมีการแลกเปลี่ยนพูดคุยกัน สามารถซักถามในสิ่งที่เป็นกังวลหรือต้องการทราบกับบุคลากรทางด้านสุขภาพได้ สนทนาแลกเปลี่ยนความรู้หรือแนวทางปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพกับบุคลากรทางด้านสุขภาพได้ ซักถามเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองกับบุคลากรทางด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น สามารถติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้ากับบุคลากรทางด้านสุขภาพเพื่อให้หายข้อสงสัยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรทางด้านสุขภาพ สามารถถ่ายทอด

ข้อมูลด้านสุขภาพ ให้บุคคลอื่นยอมรับและเข้าใจข้อมูลสุขภาพนั้น ดังนั้นผู้ป่วยที่มีการสื่อสารที่ดีและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอสามารถเป็นปัจจัยที่สำคัญในการลดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งผู้ป่วยที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพออาจมีโอกาสดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพิน พรศโยพล (2561) และฤชณะ หงษาครประเสริฐ (2565) การสนับสนุนทางสังคมช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ และการศึกษาของ Zhong Schroeder, Gao, Guo, & Gu (2021) พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับระดับอาการซึมเศร้าที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Choi et al. (2023) พบว่า ปัจจุบันอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และกลุ่มตัวอย่างประมาณ 16% มีอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับโอกาสการเกิดภาวะโรคซึมเศร้าที่ลดลงถึงร้อยละ 55 การสนับสนุนทางอารมณ์ การให้ข้อมูล และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวกมีความสัมพันธ์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่ดีที่สุด

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานทางวิชาการและด้านการศึกษาสำหรับผู้วิจัย นักวิชาการ อาจารย์และนักศึกษา และนำไปใช้สำหรับประกอบการเรียนการสอน การจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
2. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสำหรับจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยเน้นความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าและด้านการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้
3. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารนำไปกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเท่านั้น ควรศึกษาถึงผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพในการจำแนกภาวะซึมเศร้าได้
2. ผลการวิจัยใช้เป็นข้อมูลและแนวทางในการศึกษางานวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการคณะกรรมการวิชาการและพิจารณาวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีที่อนุมัติให้โครงการวิจัยดำเนินจนสำเร็จลุล่วง ขอขอบคุณผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกท่าน ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยนี้จึงเกื้อกูลสนับสนุน เป็นพลังเสริมให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะซึมเศร้า สุขภาพจิตแข็งแรงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2562). *ป่วยซึมเศร้าเหี่ยวสังคม ถูกปรักปรำคดีฆ่าตัวตาย*. สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2567 จาก <https://shorturl.asia/RdS5T>.
- กฤษณะ หงษาครประเสริฐ. (2565). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ*, 4(2), 15-26.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). อมรินทร์ พรินตติ้ง.
- จารุวรรณ สกุลคุ. (2562). *ป่วยซึมเศร้าเหี่ยวสังคม ถูกปรักปรำคดีฆ่าตัวตาย*. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2567 จาก <https://shorturl.asia/eiVaq>.
- ธานี ขามชัย, ลาวัลย์ รักษาเวช, จันทรเพ็ญ อุงอำรุง และพัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 32(2), 71-83.
- ปิยนาด แก้วบัวพันธ์. (2562). การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการทันตกรรม ในโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 13(30), 63-75.
- อนุวัติ คุณแก้ว. (2566). *การเลือกใช้สถิติพื้นฐานและสถิติขั้นสูงสำหรับการวิจัย การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอผลลัพธ์*. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพิน พรรคโยพล. (2561). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. (รายงานวิจัยการวิจัย). สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2567 จาก <https://shorturl.asia/BWZ2a>.
- อัญชลี วิเศษชุมพลศิลป์ และคณะ. (2562). ความปวดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 20(3), 58-69.
- Best, John W. (1977). *Research in Education*. United States: Prentice Hall.
- Brådvik, L. (2018). Suicide risk and mental disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9), 2028. <https://doi.org/10.3390/ijerph15092028>
- Cheong, W. S., Degeras, K., Suliman, K. R., Selvaraju, M., & Subramaniam, K. (2022). The prevalence of depression among students in higher education institution: A repeated cross-sectional study. *Journal of Public Mental Health*, 21(4), 331-340. <https://doi.org/10.1108/JPMH-12-2021-0152>
- Choi, K. W., et al. (2023). Social support and depression during a global crisis. *Nature Mental Health*, 1, 428-435. <https://doi.org/10.1038/s44220-023-00078-0>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.112.1.155>

- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Flink, M., Lindblom, S., von Koch, L., Carlsson, A. C., & Ytterberg, C. (2023). Health literacy is associated with less depression symptoms, higher perceived recovery, higher perceived participation, and walking ability one year after stroke: A cross-sectional study. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 30(8), 865-871. <https://doi.org/10.1080/10749357.2023.2178133>
- Frank, P., et al. (2023). Association between depression and physical conditions requiring hospitalization. *JAMA Psychiatry*, 80(7), 690-699. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.0777>
- Guan, N., Guariglia, A., Moore, P., Xu, F., & Al-Janabi, H. (2022). Financial stress and depression in adults: A systematic review. *PloS One*, 17(2), e0264041. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264041>
- Guo, C., et al. (2023). Association between health literacy, depressive symptoms, and suicide-related outcomes in adolescents: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 327, 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.054>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis (8th ed.)*. Cengage.
- Hermans, L., et al. (2021). Mental health, compliance with measures and health prospects during the COVID-19 epidemic: The role of health literacy. *BMC Public Health*, 21(1), 1365. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11437-w>
- Heumann, E., et al. (2023). Anxiety and depressive symptoms of German university students 20 months after the COVID-19 outbreak - A cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, 320, 568-575. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.158>
- Javan Biparva, A., et al. (2023). Global depression in breast cancer patients: Systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 18(7), e0287372. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287372>
- Kugbey, N., Meyer-Weitz, A., & Oppong, A. K. (2019). Access to health information, health literacy and health-related quality of life among women living with breast cancer: Depression and anxiety as mediators. *Patient Education and Counseling*, 102(7), 1357-1363. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.02.014>

- Li, L., Sun, W., Luo, J., & Huang, H. (2022). Associations between education levels and prevalence of depressive symptoms: NHANES (2005-2018). *Journal of Affective Disorders*, 301, 360-367. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.010>
- 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. <http://doi: 10.1093/heapro/15.3.259>
- Richter-Levin, G., & Xu, L. (2018). How could stress lead to major depressive disorder? *IBRO Reports*, 4, 38-43. <https://doi.org/10.1016/j.ibror.2018.04.001>
- Rojanamat, J. et al. (2021). *Cancer in Thailand. Vol.X, 2016-2018*. Retrived December 20, 2023 from <https://shorturl.asia/jdSvh>.
- Tang, J. & Zhang, T. (2022). Causes of the male-female ratio of depression based on the psychosocial factors. *Frontiers in Psychology*, 13, 1052702. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1052702>
- Thipprakmas, R. (2021). Prevalence and factors associated with depression in the elderly: A systematic review. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 15(37), 325-338.
- Thongnopakun, S., Visanuyothin, S., Manwong, M., Rodjarkpai, Y., Patipat, P. (2020). Promoting health literacy to prevent depression among workers in industrial factories in the eastern economic corridor of Thailand. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 1443-1453. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S272574>
- Tseng, H., Lee, J. I., Geng, J. H., & Chen, S. C. (2023). Sex difference in the associations among risk factors with depression in a large Taiwanese population study. *Frontiers in Public Health*, 11, 1070827. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1070827>
- Vandraas, K. F., Reinertsen, K. V., Kiserud, C. E., Bøhn, S. K., & Lie, H. C. (2022). Health literacy among long-term survivors of breast cancer; exploring associated factors in a nationwide sample. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 30(9), 7587-7596. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07183-3>
- Xia, W., van Wijngaarden, J. D. H., Huijsman, R., & Buljac-Samardžić, M. (2022). Effect of receiving financial support from adult children on depression among older persons and the mediating role of social participation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12974. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912974>

Zhong, Y., Schroeder, E., Gao, Y., Guo, X., & Gu, Y. (2021). Social support, health literacy and depressive symptoms among medical students: An analysis of mediating effects. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 633.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18020633>

ผลลัพธ์การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข The Outcomes of Care Services for the Elderly with Dependence Provided by the Long-Term Care Fund

ศิริณี ศรีหาคะ^{1*}, ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์², กำพร ดานา³, เสาวลักษณ์ ชาญกัน¹, รัชณี พจนนา¹, จรรยา คนใหญ่¹, นันทิพย์ ไพคัมหม¹
Siranee Sihapark¹, Piyathida Kuhirunyaratn², Kamthorn Dana³, Saowalak Chankan¹,
Ratchanee Potchana¹, Junya Konyai¹, Namthip Phaikhamnam¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข¹,
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น², วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข³
Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health¹,
Medicine faculty Khon Kaen University²,
Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health³

(Received: November 27, 2023; Revised: February 11, 2024; Accepted: October 15, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผลลัพธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจากผู้ให้ข้อมูลผู้สูงอายุ จำนวน 777 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 660 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และเอกสารที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและวิเคราะห์ประเด็น ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ McNemar test และ t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดบ้าน มากกว่าครึ่งหนึ่งป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.75 โรคเบาหวาน ร้อยละ 22.52 และมีโรคเรื้อรังรวมมากกว่า 1 ชนิด ร้อยละ 24.07 ในขณะที่ผู้ดูแลในครอบครัวหนึ่งในสามมีปัญหาด้านสุขภาพโดยร้อยละ 41 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และ ประมาณร้อยละ 21 เป็นผู้สูงอายุ 2) กระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขถูกขับเคลื่อนโดยผู้จัดการดูแลผู้ดูแลและแผนการดูแล และ 3) การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขช่วยสนับสนุนให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อย่างไรก็ตามพบว่า ระดับภาวะการพึ่งพิงในผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขก่อนและหลังการวิจัยไม่แตกต่างกัน ดังนั้นภาวะพึ่งพิงเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการจัดบริการดูแลระยะยาว ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลของครอบครัวในชุมชน

คำสำคัญ: การดูแลระยะยาว, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข

*ผู้ให้การติดต่อ ศิริณี ศรีหาคะ e-mail: siranee.s@bcnkk.ac.th

Abstract

This evaluation research aimed to examine the outcomes of care for the elderly with dependence under the Long-Term Care Fund for public health. Data were collected from 777 elderly respondents and 660 caregivers through surveys, participatory observations, in-depth interviews, group discussions, and relevant documents. Qualitative data were analyzed through content analysis and thematic analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics, McNemar test, and t-test.

The results showed that: 1) the majority of elderly individuals with long-term dependence under the Long-Term Care Fund for public health were predominantly homebound, with over half suffering from chronic illnesses. Specifically, 34.75% had hypertension, 22.52% had diabetes, and 24.07% had multiple chronic conditions. Meanwhile, in one out of every three families, caregivers experienced health problems, with 41% suffering from chronic illnesses and nearly 21% being elderly themselves; 2) the process of caring for elderly individuals with long-term dependence under the Long-Term Care Fund for public health was primarily driven by managers, caregivers, and care plans; and 3) the provision of care services for elderly individuals with long-term dependence under the Long-Term Care Fund for public health significantly improved the quality of life for caregivers and elderly individuals statistically at the 0.01 level. However, there was no significant difference in the level of dependence among elderly individuals receiving care from the Long-Term Care Fund for public health before and after the study. Therefore, dependence remained a significant issue for elderly individuals requiring the development of quality and standard long-term care services, leading to an enhancement in the quality of life for both elderly individuals and family caregivers in the community.

Keywords: Long Term Care, Elderly with Dependence, Long Term Care Fund

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์โดยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13,358,751 คน คิดเป็นร้อยละ 19.6 ของประชากร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) ทำให้ภาระการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยเพิ่มจากร้อยละ 22.30 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 30.50 ในปี พ.ศ. 2564 ในขณะที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียวเพียงลำพังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.60 เป็นร้อยละ 12 ในปี พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2564 ตามลำดับ (สำนักงาน

สถิติแห่งชาติ, 2557; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สังคมไทยกำลังเผชิญ โดยเฉพาะความท้าทายในการรับมือกับโรคหรือภาวะการเจ็บป่วยเฉพาะในช่วงวัยสูงอายุ

ภาวะสุขภาพเป็นปัญหาที่สำคัญในวัยสูงอายุ จากผลการสำรวจพบผู้สูงอายุครึ่งหนึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.70 โรคเบาหวาน ร้อยละ 20.40 มีปัญหาต่อกระดูก ร้อยละ 17.60 และพบผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรพื้นฐานด้วยตนเอง ร้อยละ 12.80 (วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรระเจิญ และวราภรณ์ เสถียรนพเกล้า, 2563) และการศึกษาภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชนพบมีความชุก ร้อยละ 10.16 โดยเป็นกลุ่มภาวะพึ่งพิงระยะยาวทั้งหมด ร้อยละ 1.88 ภาวะพึ่งพิงระยะยาวรุนแรง ร้อยละ 2.29 ภาวะพึ่งพิงระยะยาวรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 5.99 ในขณะที่พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุ และร้อยละ 64 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ศิริภาณี ศรีหาภาค, วชิร อมรโรจน์วรฤดี, ณรงค์ คำอ่อน, พัฒน์ ศรีโอษฐ์, พลอยลดา ศรีหาม และทิพวรรณ ทับซ้าย, 2564) และการศึกษาในสถานบริการดูแล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่ำ ปานกลาง และรุนแรง มีความต้องการชั่วโมงการดูแลที่ 6.50 ชั่วโมง 22.50 ชั่วโมง และ 41.25 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ตามลำดับ (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2020)

นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ก่อให้เกิดภาระและผลกระทบต่อผู้ดูแลทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม มากกว่าร้อยละ 70 โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจพบมากที่สุดเกือบ 4 ใน 5 รองมา คือ ภาระด้านสังคม พบ 2 ใน 3 และด้านร่างกาย และโดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อทุกด้านมากกว่าร้อยละ 80 โดยเฉพาะภาระและผลกระทบด้านจิตใจ และด้านสังคม พบมากกว่าร้อยละ 85 และทำให้ผู้ดูแลต้องลาออกจากงาน ร้อยละ 11 (ศิริภาณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2557) ในขณะที่อัตราส่วนเกื้อหนุนมีแนวโน้มลดต่ำลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 4.50 เป็น ร้อยละ 3.30 ในปี พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2564 ตามลำดับ และมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียวเพียงลำพังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.60 เป็นร้อยละ 12 ในปี พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2564 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจึงเป็นปัญหาที่สังคมไทยกำลังเผชิญ และความท้าทายกับการจัดการปัญหาในอนาคตของประเทศ

ประเทศไทยได้พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงขึ้นในปี พ.ศ. 2559 โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ “บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแลสูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน และได้รับบริการทั้งด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ” ภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว ซึ่งเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานบริการสุขภาพปทุมภูมิเป็นหน่วยงานสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561) อย่างไรก็ตามช่องว่างของการศึกษาผลลัพธ์การดำเนินการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแลเป็นสิ่งที่ต้องแสวงหาคำตอบ

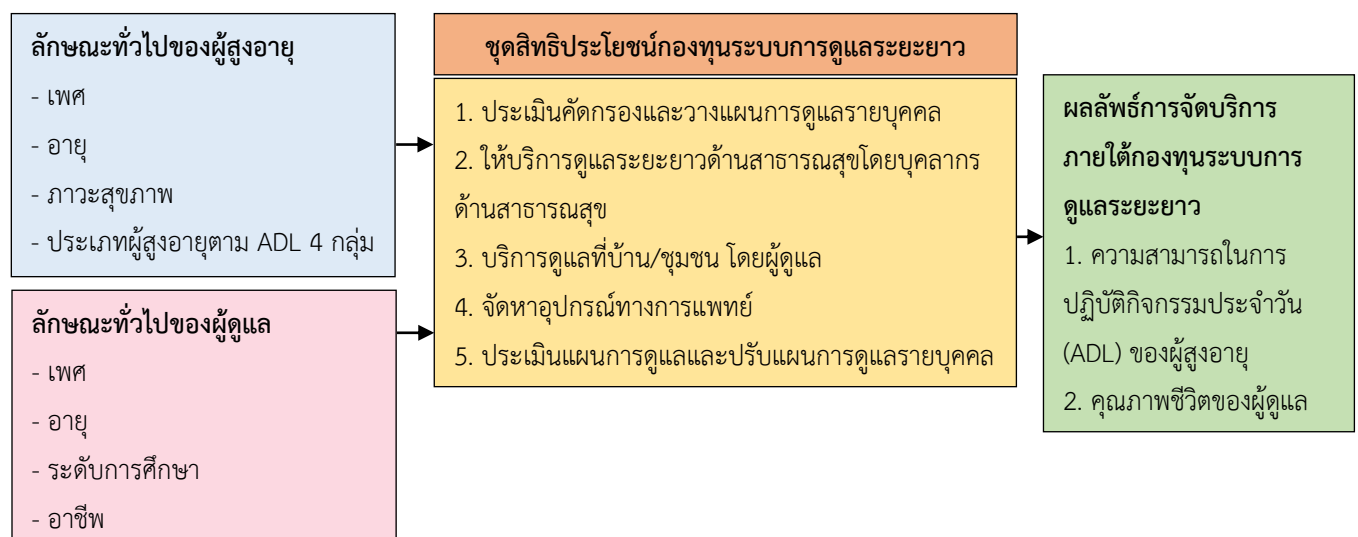
การศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขของประเทศไทย เพื่อทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว สร้างหลักประกันการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน จะนำไปสู่การจัดชุดสิทธิประโยชน์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับการสนับสนุนการดูแลและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษากระบวนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นรูปแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของประเทศไทยที่เริ่มดำเนินตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559 โดยมีเป้าหมายที่สำคัญเพื่อให้ทุกชุมชนมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยมีสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัวภายใต้การสนับสนุนงบประมาณของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ 5 ด้าน โดยผลลัพธ์การบริการที่คาดหวังให้เกิดในช่วงระยะแรกของการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มมากขึ้นและทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้สรุปกรอบแนวคิดในการศึกษาดังแสดงแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยประเมินผลครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ในพื้นที่ 4 จังหวัด ของเขตสุขภาพที่ 7 หลังการดำเนินนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน 2560 - เดือนมีนาคม 2561

การคัดเลือกพื้นที่วิจัย

พื้นที่เป้าหมาย คือ เขตบริการสุขภาพที่ 7 ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์ มีเกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่ ดังนี้ 1) สุ่มอำเภอตามขนาดของจังหวัด จำนวน 2-3 อำเภอต่อจังหวัด 2) พื้นที่วิจัยเป็นพื้นที่ระดับตำบลที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมัครเข้าร่วมกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข 3) สุ่มพื้นที่วิจัย จำนวน 2-3 ตำบลต่ออำเภอ พบว่าพื้นที่วิจัยประกอบด้วยเทศบาลเมืองจำนวน 2 แห่ง เทศบาลตำบล 5 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 8 แห่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ซึ่งเป็นระยะดำเนินการวิจัยที่ต่อเนื่องจากขั้นตอนการขับเคลื่อนนโยบายกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสู่การปฏิบัติในพื้นที่นำร่อง ที่อาศัยระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ดังนั้นกลุ่มเป้าหมายของการวิจัยเป็นผู้รับบริการภายใต้กองทุนระบบดูแลระยะยาวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของพื้นที่ทั้งหมด จำนวน 15 แห่ง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว มีเกณฑ์การคัดการคัดเลือก ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่ประสบภาวะความยากลำบาก หรือ มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง ประเมินจากเครื่องมือ Barthel index มีคะแนนต่ำกว่า 12 คะแนน 2) เป็นผู้สูงอายุที่มีรายชื่อตามทะเบียนข้อมูลของระบบการดูแลระยะยาวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต 2) ผู้ดูแลและญาติปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย และการวิจัยครั้งนี้มีการติดตามกลุ่มเป้าหมายทุกเดือนจากการรายงานข้อมูลโดยผู้จัดการดูแลของพื้นที่วิจัยทั้งหมด 15 แห่ง

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว มีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักในการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานเพื่อดูแลตนเองของผู้สูงอายุ 2) ผู้สูงอายุที่ให้การดูแลประสบภาวะความยากลำบาก หรือมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง และมีรายชื่อตามทะเบียนข้อมูลของระบบการดูแลระยะยาวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ดูแลที่ไม่สามารถสื่อสารหรือให้ข้อมูลได้ และ 2) ผู้ดูแลปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวทางการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม เป็นการศึกษาประสบการณ์ของกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของผู้จัดการดูแล ผู้ดูแล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเครื่องมือได้ดัดแปลงจากการศึกษา ภาระและผลกระทบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย (ศิริณี ศรีหาคาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2557) และได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ตำบลใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัย

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ และ ผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และ ภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นแบบสอบถามข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3. เครื่องมือประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐาน ใช้เครื่องมือ The Barthel index เพื่อประเมินภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุ โดยมีเกณฑ์การตัดสินภาวะพึ่งพิงระยะยาว ที่จุดตัดคะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน (Collin, Wade, Davies, & Horne, 1988) ซึ่งเครื่องมือได้ถูกพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทย (Jitapunkul, Kamolratanakul, & Ebrahim, 1994) และเคยผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่นในจังหวัดขอนแก่น โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม 0.85 (Sihapark, Kuhirunyaratn, & Chen, 2014)

4. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชื่อย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI) ประกอบด้วยการประเมินด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งหมด 26 ข้อ เครื่องมือผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่น มีค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84 และค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.65 (สุวัฒน์ มหัตตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต วงศสุวรรณ และราณี พรมานะรังกุล, 2540)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือเชิงปริมาณ

1. การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือการในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ อาศัยเครื่องมือการวิจัยที่เป็นสากลมีการใช้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศและเครื่องมือถูกแปลมาเป็นภาษาไทย ได้แก่ เครื่องมือประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐาน และเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งเคยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือตามวัตถุประสงค์การวิจัย จากผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุของประเทศไทย และผ่านการทดสอบค่าความเที่ยงตรง (ศิริณี ศรีหาคาศ และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2556)

2. การควบคุมคุณภาพของผู้ใช้เครื่องมือ ในการวิจัยครั้งนี้มีการควบคุมคุณภาพของผู้ใช้เครื่องมือการวิจัย คือ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ โดยการฝึกอบรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูลลงนามยินยอม ความรู้และเทคนิคการใช้เครื่องมือ ประเมินภาวะพึงพิงระยะยาว และ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต

3. การควบคุมคุณภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3.1) ข้อมูลที่เก็บจากเครื่องมือเชิงปริมาณ จะถูกตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และความสมบูรณ์ของเนื้อหา 3.2) ข้อมูลการประเมินภาวะพึงพิงระยะยาว จากผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชนทุกฉบับจะถูกตรวจสอบคุณภาพจากทีมผู้วิจัย และ 3.3) ในช่วงระยะเวลา การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ จะมีทีมผู้วิจัยจะอยู่ในพื้นที่ตลอดและดูแลผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชน

เครื่องมือเชิงคุณภาพ

เครื่องมือเชิงคุณภาพ มีการควบคุมคุณภาพการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) การควบคุมคุณภาพ ของผู้ใช้เครื่องมือการวิจัย โดยทีมนักวิจัยหลัก 3 ท่าน ที่มีคุณสมบัติดังนี้ วุฒิศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาโท ผ่านการฝึกเทคนิคการเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีประสบการณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพ 2) การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลการวิจัย ได้แก่ การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบ สามเส้า (Triangulation) การสรุปบทวนการวิจัยร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย (Participant Debriefing) และการตรวจสอบการยืนยันได้ของข้อมูล (Confirm Ability) (Stringer & Genat, 2004; Stringer, 2014)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ มีการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายโดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่านการอบรม ทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลลงนามยินยอม และมีขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ติดต่อประสานงานเพื่อให้ข้อมูลและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. ชี้แจงให้ข้อมูลการวิจัยก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกรายเป็น รายบุคคล
3. ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่วิจัย ณ บ้านของอาสาสมัคร กลุ่มเป้าหมาย
4. นักวิจัยทำหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลเครื่องมือการวิจัยในภาคสนาม และ ทำหน้าที่กำกับติดตาม อยู่ในภาคสนามร่วมกับผู้จัดการดูแล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายโดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ และมีทีมนักวิจัย จำนวน 3 คน ที่มีประสบการณ์เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลลงนามยินยอม และมีขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุติดต่อประสานงานเพื่อให้ข้อมูลและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. นักวิจัยชี้แจงให้ข้อมูลการวิจัยก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกราย
เป็นรายบุคคล

3. นักวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในพื้นที่วิจัย ณ บ้านของอาสาสมัครกลุ่มเป้าหมาย

4. นักวิจัยทำหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพในภาคสนามก่อนปิดการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. ข้อมูลเกี่ยวกับ สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ ภาวะพึ่งพาระยะยาวผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตผู้ดูแล การบริหารจัดการกองทุน วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนาตามระดับการวัดตัวแปรด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การประเมินผลลัพธ์นโยบายสาธารณะกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ได้แก่ ระดับความรุนแรงภาวะพึ่งพาของระยะยาวของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล การบริหารจัดการกองทุน ระดับการมีส่วนร่วม วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนาตามระดับการวัดตัวแปร ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ McNemar test และ t-test

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม และศึกษาเอกสาร ถูกตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลโดยการสรุปทบทวนข้อมูลการวิจัยร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย (Participant Debriefing) เพื่อตรวจสอบการยืนยันได้ของข้อมูล (Confirm Ability) และนำมาวิเคราะห์โดยการวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และ วิเคราะห์ประเด็น (Thematic Analysis) ตามลำดับขั้นของข้อมูล โดยอาศัยแนวคิด A kaleido-scope of data (Dye, Schatz, Rosenberg, & Coleman, 2000) ด้วยการจัดกลุ่มข้อมูลที่คล้ายกัน เข้าด้วยกัน จากนั้นเปรียบเทียบข้อมูลภายในกลุ่มข้อมูลโดยการสร้างความแตกต่างของข้อมูลในแต่ละชุดย่อย ซึ่งท้ายที่สุดจะเชื่อมโยงกันด้วยรูปแบบที่สามารถเชื่อมกันได้ และกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลภายในชุดข้อมูลย่อยนี้ จะทำ “กลับไปกลับมา” เพื่อปรับปรุงการจัดกลุ่มข้อมูลอย่างต่อเนื่อง จนทำให้สามารถจัดหมวดหมู่ของข้อมูล ซึ่งข้อมูลดิบที่จัดสามารถสะท้อนหมวดหมู่ข้อมูลที่แสดงถึงประเภทของข้อมูลอย่างครอบคลุม จนนำไปสู่บทสรุป ที่เป็นองค์ความรู้หรือแนวคิดใหม่ที่เกิดขึ้น

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE601089 ซึ่งผู้วิจัยให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย โดยคำนึงถึงความสมัครใจในการตอบคำถามของผู้ให้ข้อมูล การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลและการให้ความเคารพ ต่อการตัดสินใจของผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลในครอบครัวที่เข้าร่วมการวิจัย

การสำรวจผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขทั้งหมด 15 กองทุน พบผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 777 คน โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 มีอายุเฉลี่ย 74 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สำหรับด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 54 โดยโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.75 รองมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 22.52 โรคเรื้อรังรวมมากกว่า 1 ชนิด ร้อยละ 24.07 ตามลำดับ

การสำรวจผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 660 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78 มีอายุเฉลี่ย 54 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 79.24 ยังคงประกอบอาชีพ ซึ่งเกือบครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพเกษตรกร ส่วนความสัมพันธ์ของผู้ดูแลพบว่าเป็นลูกสาว ร้อยละ 45 รองมาคือ ภรรยา ลูกสะใภ้ และพี่น้องตามลำดับ อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ดูแลประมาณร้อยละ 41 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคเรื้อรังรวมมากกว่า 1 ชนิด ร้อยละ 29 รองมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.58 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.48 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแล ประมาณร้อยละ 21 อยู่ในวัยผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 1

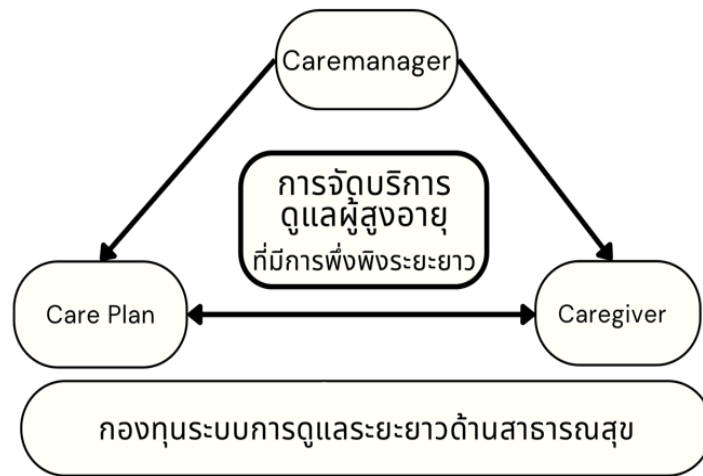
ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลในครอบครัวที่เข้าร่วมการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน (n=777)	ร้อยละ	ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน (n=660)	ร้อยละ
1. เพศ			1. เพศ		
หญิง	465	59.85	หญิง	516	78.18
ชาย	312	40.15	ชาย	144	21.82
2. อายุ (Mean 73.69 ปี, S.D. 9.06 ปี)			2. อายุ (Mean 54.01 ปี, S.D. 13.24 ปี)		
60 - 69 ปี	269	34.62	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	17	2.58
70 - 79 ปี	294	37.84	30 - 39 ปี	42	6.36
80 ปีขึ้นไป	214	21.54	40 - 49 ปี	117	17.73
			50 - 59 ปี	346	52.42
			60 ปีขึ้นไป	138	20.91
3. สถานภาพสมรส			3. สถานภาพสมรส		
มีคู่สมรส	417	53.67	มีคู่สมรส	293	44.39
ไม่มีคู่สมรส (โสด/หม้าย/หย่า/แยก)	360	46.33	ไม่มีคู่สมรส (โสด/หม้าย/หย่า/แยก)	367	55.61
4. ระดับการศึกษา			4. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	46	5.92	ไม่ได้เรียน	20	3.03
ประถมศึกษา	615	79.15	ประถมศึกษา	519	78.64
มัธยมศึกษา	73	9.40	มัธยมศึกษา	102	15.45

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน (n=777)	ร้อยละ	ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน (n=660)	ร้อยละ
สูงกว่ามัธยมศึกษา	43	5.53	สูงกว่ามัธยมศึกษา	19	2.88
5. อาชีพ (ก่อนมีภาวะพึ่งพิง)			5. อาชีพ		
ไม่ประกอบอาชีพ	33	4.25	ไม่ประกอบอาชีพ	157	23.79
ประกอบอาชีพ	744	95.75	ประกอบอาชีพ	523	79.24
เกษตรกร	409	52.64	เกษตรกร	313	47.42
รับจ้าง	245	31.53	รับจ้าง	97	14.70
ธุรกิจส่วนตัว	40	5.15	ธุรกิจส่วนตัว	40	6.06
แม่บ้าน	26	3.35	แม่บ้าน	27	4.09
รับราชการ	10	1.29	รับราชการ	12	1.82
ค้าขาย	14	1.80	ค้าขาย	8	1.21
			ข้าราชการบำนาญ	3	0.45
			นักเรียน/นักศึกษา	3	0.45
6. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ			6. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
ไม่มีการเจ็บป่วย	357	45.95	ไม่มีการเจ็บป่วย	387	58.64
เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	420	54.05	เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	273	41.36
โรคความดันโลหิตสูง	270	34.75	โรคความดันโลหิตสูง	182	27.58
โรคเบาหวาน	175	22.52	โรคเบาหวาน	89	13.48
โรคเรื้อรังรวมมากกว่า 1 ชนิด	187	24.07	โรคเรื้อรังรวมมากกว่า 1 ชนิด	192	29.09
โรคข้อเสื่อม/เก๊าท์	82	10.55	โรคหัวใจ	19	2.88
โรคหลอดเลือดสมอง	62	7.98	โรคข้อเสื่อม/เก๊าท์	15	2.27
โรคหัวใจ	52	6.69	โรคไต	23	3.48
โรคไทรอยด์	44	5.66			

2. กระบวนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข

พบว่า การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชนถูกขับเคลื่อนโดยผู้จัดการดูแล ซึ่งการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จะสามารถดำเนินการได้ต้องมีองค์ประกอบ “3C” ภายใต้การสนับสนุนของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ดังแสดงในภาพที่ 2 และรายละเอียดต่อไปนี้



ภาพที่ 2 องค์ประกอบที่ขับเคลื่อนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข

2.1 ผู้จัดการดูแล (Care Manager) พบว่า ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุเป็นกำลังคนสำคัญ และเป็นจุดเริ่มต้นของการขับเคลื่อนการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ซึ่งคุณสมบัติที่สำคัญของการเป็นผู้จัดการดูแล คือ การอบรมหลักสูตรผู้จัดการดูแล 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัยและขึ้นทะเบียนเป็นผู้จัดการดูแล โดยบทบาทหน้าที่ของผู้จัดการการดูแล ประกอบด้วย การประเมินคัดกรองผู้สูงอายุและจัดประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวและขึ้นทะเบียน จัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงเฉพาะรายบุคคล พัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแล นำเสนอแผนการดูแลเพื่อรับรองแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ กำกับควบคุมการปฏิบัติงานของผู้ดูแล สรุปประเมินผลและปรับปรุงแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายและสรุปรายงานส่งกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข

2.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้จัดการการดูแล พบว่าผู้ดูแลคัดเลือกจากอาสาสมัครสาธารณสุข และ ผู้สนใจในชุมชน ซึ่งทุกคนต้องผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแล 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย โดยผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวด้วยการดำเนินกิจกรรมตามแผนการดูแลที่ผู้จัดการดูแลมอบหมาย ซึ่งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ได้แก่ ช่วยดูแลกิจวัตรประจำวัน ให้คำแนะนำดูแลสุขภาพ อยู่เป็นเพื่อน ช่วยเหลืองานบ้านที่จำเป็น พาออกกำลังกาย ตรวจสุขภาพ วัดความดัน เจาะเลือดเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งผู้ดูแล 1 คน ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุไม่เกิน 5 ราย

2.3 แผนการดูแล (Care Plan) เป็นแผนการดูแลที่ถูกออกแบบดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายที่บ้าน ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้จัดการดูแล พบว่ากระบวนการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย เริ่มต้นจากการประเมินปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุและญาติแล้วนำมาวิเคราะห์สรุปประเด็นปัญหาเพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุแต่ละรายและกำหนดกิจกรรมการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและเป้าหมายการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขและแผนการดูแลจะถูกนำเสนอเพื่อผ่าน

ความเห็นชอบจากคณะกรรมการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจึงจะได้รับการอนุมัติงบประมาณเพื่อไปดำเนินการดูแลตามแผนการดูแล

จากการสัมภาษณ์ผู้จัดการการดูแล พบว่ากระบวนการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายเป็นขั้นตอนที่ยากลำบากขั้นตอนหนึ่งของผู้จัดการดูแลเนื่องจากผู้ที่จะสามารถจัดทำแผนได้ต้องเข้าใจสภาพปัญหาของผู้สูงอายุต้องมีเวลาในการจัดทำแผนการดูแลและต้องประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการพิจารณาและผ่านความเห็นชอบแผนการดูแล

“พอตัวเรา Care Manager เองเขียนเสร็จแล้วเราก็ต้องประสานทางทีมที่เราได้ระบุไว้ใน Care Plan ทั้งจะเป็น พมจ. อปท. หรือแม้แต่สหวิชาชีพ ที่จะเข้าช่วยเหลือผู้ปวยนั้นจะเป็นราย ๆ ไป รวมถึงญาติ และ Care Giver ผู้ที่จะลงไปปฏิบัติต้องมารับทราบนะค่ะ เราประสานเขาก่อนแล้วก็ประชุมแล้วก็นำเสนอที่เราเขียนไว้นะค่ะว่าถูกต้องไหม เหมาะสมไหม ฟังพอใจไหมกับสิ่งที่เราจะไปให้บริการนั้น ถ้าเขาหรือมีข้อโต้แย้งไม่ว่าจะเป็น อปท. หรือหน่วยงานอื่นหรือทางกายภาพโรงพยาบาล บอกว่ายังไม่ผ่านนะต้องไปปรับต้องไปช่วยเหลือด้านนั้นด้านนี้ด้วย เราก็กลับมาเขียนแผนใหม่ แต่ถ้าแผนที่เราเขียนไปทุกส่วนเห็นชอบเราก็นำไปปฏิบัติแล้วก็ให้ทุกส่วนลงนามรับรองนะค่ะ” (IDI-PL-CM2)

“ในแต่ละชุมชนของเทศบาลจะกำหนดผู้ดูแล มีทั้งหมดจำนวน 9 คน เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุประเภทติดบ้าน ติดเตียง หรือผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงจากโรค ผู้จัดการดูแลของเทศบาลอำเภอพลให้ผู้ดูแลทำงานในช่วงเวลาที่ไม่กระทบเวลาในชีวิตประจำวันของผู้ดูแล คือทำงานช่วงเวลา 10:00 น. - 15:00 น. ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุที่เข้าไปดูแล โดยผู้ดูแล 1 คน ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุประมาณ 4 รายต่อวัน รายละเอียดประมาณ 1 ชั่วโมง ซึ่งผู้สูงอายุที่ดูแลมีระดับความรุนแรงของการพึ่งพิงแตกต่างกัน ซึ่งผู้จัดการการดูแลมอบหมายให้ผู้ดูแลทำงานเยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุเป็นคู่ เพื่อความปลอดภัยของผู้ดูแลและเป็นเพื่อนช่วยเหลือกันในการดูแลและเมื่อผู้ดูแลปฏิบัติงานเสร็จ ญาติหรือผู้สูงอายุจะเป็นผู้เซ็นรับรองการทำงานของผู้ดูแลเพื่อผู้จัดการดูแลจะทำหน้าที่รวบรวมส่งรายงานขอเบิกค่าตอบแทนจากกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจากทางเทศบาล...” (IDI-PL-CM2)

2.4 กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จากการศึกษาค้นพบว่า การบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขเป็นบทบาทและภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบลที่รับผิดชอบกองทุนโดยตรงโดยคณะกรรมการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขโดยการทำหน้าที่ ควบคุมกำกับติดตาม แผนงานโครงการงบประมาณและกำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่จัดบริหาร อย่างไรก็ตาม พบว่า การบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็กไม่มีบุคลากรด้านสาธารณสุขโดยทำให้เกิดปัญหาในการเบิกจ่ายงบประมาณสำหรับผู้ดูแล

“ให้เข้าใจตรงกันว่าเรื่องของกองทุนเป็นเรื่องของท้องถิ่น เรื่องของการจัดบริการสาธารณสุขเป็นเรื่องของ รพ.สต. มาพูดกันเรื่องของผู้สูงอายุ หน้าที่ของท้องถิ่นตาม พรบ.จัดตั้งและพรบ.กระจายอำนาจ ปี 2542 มีหน้าที่และอำนาจในการจัดกิจกรรมสาธารณะเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนในพื้นที่ กิจกรรมสาธารณะมีทุกมิติซึ่งในส่วนของผู้สูงอายุนั้นท้องถิ่นจะต้องมีส่วนรับผิดชอบผู้สูงอายุในทุกมิติ...เทศบาลจึงทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ และมีหน่วยงานบริการสุขภาพ คือ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขและศูนย์สาธารณสุข ของเทศบาล ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการ โดยมีศูนย์ฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการทำหน้าที่บริหารจัดการและควบคุมการจัดบริการภายใต้คณะกรรมการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข บทบาทการบริหารจัดการกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจึงเป็นบทบาทหลักของเทศบาลที่มีการแยกการจากกันอย่างชัดเจน” (IDI-PL-Lead1)

3. ผลลัพธ์ของระบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข

3.1 ผลลัพธ์ต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุ

พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในครอบครัว ก่อนการวิจัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.14, S.D. = 0.55) โดยคุณภาพชีวิตรายด้านที่คะแนนต่ำสุด คือ ด้านร่างกาย รองมาด้านสัมพันธภาพทางสังคม หลังได้รับการสนับสนุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในระยะเวลา 1 ปี พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.38, S.D. = 0.49) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด คือ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ รองมาด้านสัมพันธภาพทางสังคมและผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ก่อนการวิจัยและหลังการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ก่อนและหลังการวิจัย (n=660)

การประเมินคุณภาพชีวิต	ก่อนการวิจัย Mean (S.D.)	หลังการวิจัย Mean (S.D.)	t-test	P-value
คุณภาพชีวิตโดยรวม	3.14 (0.55)	3.38 (0.49)	17.38	<0.001*
ด้านสุขภาพกาย	2.86 (0.64)	3.05 (0.59)		
ด้านจิตใจ	3.43 (0.68)	3.56 (0.63)		
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	2.99 (0.72)	3.55 (0.87)		
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.26 (0.66)	3.30 (0.60)		

*t-test, $p\text{-value} < 0.01$

3.2 ผลลัพธ์ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว

พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ก่อนการวิจัย จำนวน 777 คน พบมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 1 ติดบ้านไม่สับสน ร้อยละ 72 รองลงมา คือ กลุ่มที่ 2 ติดบ้านและมีภาวะสับสน ร้อยละ 13 กลุ่มที่ 3 ติดเตียงไม่รุนแรง เกือบร้อยละ 10 และ กลุ่มที่ 4 ติดเตียงและเจ็บป่วยรุนแรงหรือระยะสุดท้าย คิดเป็นร้อยละ 5 หลังการวิจัยพบว่า มีผู้สูงอายุเสียชีวิต จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 9 และมีอาการดีขึ้นจนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ร้อยละ 10 อย่างไรก็ตามผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุก่อนและหลังการวิจัย พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.38$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุภายใต้การจัดบริการดูแลของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ก่อนและหลังการวิจัย ($n=660$)

ระดับภาวะพึ่งพิง ระยะยาวตามเกณฑ์ สปสข.	ก่อนการวิจัย ($n=777$) n (%)	หลังการวิจัย ($n=630$) n (%)	เสียชีวิต ($n=68$)	หายจาก ภาวะพึ่งพิง ($n=79$)	χ^2	P-value
กลุ่มติดบ้าน	662 (85.20)	547 (86.83)	68 (8.75)	79 (10.17)	0.76	0.38
กลุ่มที่ 1	561 (72.20)	487 (76.94)				
กลุ่มที่ 2	101 (13.00)	60 (9.48)				
กลุ่มติดเตียง	115 (14.80)	83 (13.17)				
กลุ่มที่ 3	76 (9.78)	65 (10.27)				
กลุ่มที่ 4	39 (5.02)	18 (2.84)				

*McNemar Test, $p\text{-value} < 0.01$

การอภิปรายผล

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวมากกว่าครึ่งหนึ่งมีโรคเรื้อรัง ในขณะที่ผู้ดูแลในครอบครัวหนึ่งในสาม มีปัญหาด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดบ้าน และมากกว่าครึ่งหนึ่งป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และมีโรคเรื้อรังรวมมากกว่า 1 ชนิด แตกต่างจากการศึกษา ในประเทศจีนที่พบผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว ร้อยละ 69.3 เป็นกลุ่มติดเตียง ซึ่งร้อยละ 71.4 เป็นโรคหลอดเลือดสมอง รองมาร้อยละ 25.2 โรคปอดติดเชื้อ (Zhou et al, 2023) ทั้งนี้ เนื่องจากการจัดประเภทการเข้ารับการดูแลในกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขทำให้การเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุได้ง่ายและความสะดวก

สำหรับด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่า ประมาณร้อยละ 41 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเรื้อรังรวมมากกว่า 1 ชนิด โรคความดันโลหิตสูง และ โรคเบาหวาน ตามลำดับ อีกทั้งพบว่าผู้ดูแล ประมาณร้อยละ 21 อยู่ในวัยผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพความไม่พร้อม

ทางด้านร่างกาย โดย 1 ใน 3 อยู่ในวัยสูงอายุ และ 1 ใน 3 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และประมาณร้อยละ 2 มีความพิการ และมีปัญหาในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลจึงเป็นกลุ่มคนที่มีความต้องการการดูแลเช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(ศิริณี ศรีหาภาค, โกมาตร, จิงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2557) อย่างไรก็ตามอัตราส่วนเกือหนุนมีแนวโน้มลดต่ำลงอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) และพบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อให้เกิดภาระและผลกระทบต่อผู้ดูแลทุกด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม มากกว่าร้อยละ 70.0 โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจพบมากที่สุดเกือบ 4 ใน 5 รองมาคือ อารมณ์ ด้านสังคม พบ 2 ใน 3 และด้านร่างกาย ทำให้ผู้ดูแลต้องลาออกจากงานและหยุดงาน ร้อยละ 5.3 (ศิริณี ศรีหาภาค, โกมาตร, จิงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, 2557) สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยในปัจจุบันและอนาคตทำให้ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุมีความต้องการระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจากภาครัฐ

2. การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวเป็นการดูแลสุขภาพที่บ้านเพื่อสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นลูกสาว พบว่าหนึ่งในสามมีปัญหาด้านสุขภาพ โดยร้อยละ 41 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และร้อยละ 20 เป็นผู้สูงอายุหลังดำเนินการวิจัย 1 ปี พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข มีระดับคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลเป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพและมีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรม มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้านสุขภาพกายและสัมพันธภาพทางสังคม เป็นด้านที่มีคะแนนต่ำสุด ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลจากกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสอดคล้องกับความต้องการการรับบริการผู้สูงอายุแต่ละราย (ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2561) ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกพึงพอใจ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ได้รับการดูแลมีความรู้สึกพึงพอใจกับบริการของระบบการดูแลระยะยาว และทำให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกในภาพรวมทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และติดเตียงมีความสุข (Suriyanrattakorn & Chang, 2021) การจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวเป็นการจัดการที่อาศัยชุมชนเป็นฐานเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจะทำให้เกิดความครอบคลุมและเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุและครอบครัว ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลและผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

3. ระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุภายใต้การบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ก่อนและหลังการวิจัยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังดำเนินการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเล็กน้อย และมีผู้สูงอายุอาการดีขึ้นสามารถช่วยตนเองได้ประมาณร้อยละ 10 และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุก่อนและหลังการวิจัย พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.38 ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข เป็นการจัดการบริการขั้นพื้นฐานเพื่อการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ระยะยาวที่บ้านโดยการกำหนดจากจำนวนการเยี่ยมบ้านต่อรายสัปดาห์ของผู้ดูแลเป็นหลัก (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การติดตามงานจากผู้จัดการดูแล เจตคติ และความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นตัวแปรที่อธิบายการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ร้อยละ 64 (นายสุส คำโสม, สุนีย์ ละกำป็น และเพลินพิศ บุญยมาลิก, 2562) แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวที่อยู่ในระบบการดูแลระยะยาวการเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือตนเองอาจทำได้ยากลำบาก โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงและกลุ่มติดเตียงระยะท้ายที่คะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ มีคะแนน 0 - 4 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561)

ส่วนด้านมาตรฐานการดูแลหรือคุณภาพการดูแลเฉพาะกลุ่มโรคของการจัดบริการดูแลระยะยาวที่บ้านจึงยังเป็นข้อจำกัดของการจัดบริการดูแลระยะยาวของประเทศไทย ซึ่งการสังเคราะห์องค์ความรู้ของการจัดบริการดูแลระยะยาวในต่างประเทศ พบว่า ประสิทธิภาพของกิจกรรมการดูแลเกี่ยวกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 37.50 ประสิทธิภาพการสนับสนุนทางวิชาชีพแก่เจ้าหน้าที่ ร้อยละ 18.80 และประสิทธิผลในการป้องกันของโปรแกรมแผลกดทับ พบร้อยละ 6.3 (Kalideen, Govender, & van Wyk, 2022) รวมทั้งการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลด้านร่างกายและการดูแลด้านจิตใจ (Kittipimpanon & Wangpitipan, 2021) ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวที่บ้านจึงเป็นแนวทางที่ควรได้รับการพัฒนาคุณภาพของบริการเพื่อให้เกิดมาตรฐานของกิจกรรมบริการภายใต้การดูแลของมาตรฐานของวิชาชีพด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนช่วยสนับสนุนให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการดูแลระยะยาวเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ดังนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรร่วมมือกับสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเฉพาะโรคหรือแต่ละกลุ่มประเภทของผู้รับบริการภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขเพื่อสร้างหลักประกันคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยเพื่อพัฒนามาตรฐานและคุณภาพการดูแลระยะยาวที่บ้านเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์การจัดบริการดูแลที่ดีภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข รวมทั้งการวิจัยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุไทยในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

เอกสารอ้างอิง

- ชนายุส คำโสม, สุนีย์ ละกำป็น และเพลินพิศ บุญยมาลิก. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 12(2), 193-207.
- ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2561). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(3), 437-451.
- วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจิญ และวราภรณ์ เสถียรนพเกล้า. (2563). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริภาณี ศรีหามาศ และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2556). รูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น: ม.ป.ท.
- ศิริภาณี ศรีหามาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง. (2557). ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศิริภาณี ศรีหามาศ, วัชร อมรโรจน์วรฤทธิ, ณรงค์ คำอ่อน, พัฒน์ ศรีโษษฐ์, พลอยลดา ศรีหานู และทิพวรรณ ทับซ้าย. (2564). สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาวในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 15(36), 44-62.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุมไพศาลชัย, กรองจิตต วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะรังกุล. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.

- Collin, C., Wade D. T., Davies S., & Horne V. (1988). The Barthel ADL index: A reliability study. *Disability and Rehabilitation*, 10(2), 61-63. <https://doi.org/10.3109/09638288809164103>
- Dye, J. F., Schatz, I. M., Rosenberg, B. A., & Coleman, S. T. (2000). Constant comparison method: A kaleido-scope of data. *The Qualitative Report*, 4(1), 1-10. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2000.2090>
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., & Ebrahim, S. (1994). The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: Development of a new index. *Age Ageing*, 23(2), 97-101. <https://doi.org/10.1093/ageing/23.2.97>
- Kalideen, L., Govender, P., & van Wyk, J.M. (2022). Standards and quality of care for older persons in long term care facilities: A scoping review. *BMC Geriatrics* 22, 226. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02892-0>
- Kittipimpanon, K., & Wangpitipanit, S. (2021). Factors associated with quality of care among dependent older persons in the community. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 2651-2655. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s323851>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2020). *Affordability of long-term care services among older people in the OECD and the EU*. Retrived March 20, 2023. from <https://www.oecd.org/health/health-systems/Affordability-of-long-term-care-services-among-older-people-in-the-OECD-and-the-EU.pdf>.
- Sihapark, S., Kuhirunyaratn, P., & Chen, H. (2014). Severe disability among elderly community dwellers in rural Thailand: Prevalence and associated factors. *Ageing International*, 39(3), 210-220. <https://doi.org/10.1007/s12126-013-9190-7>
- Stringer, E. & Genat W. (2004). *Action research in health*. Upper Saddle River, N.J.: Merrill Prentice Hall.
- Stringer, E. (2014). *Action research*. 4th edition. Thousand Oaks, California: Sage Publication Ltd.
- Suriyanrattakorn, S., & Chang, C. L. (2021). Long-term care (LTC) policy in Thailand on the homebound and bedridden elderly happiness. *Health Policy Open*, 8(2), 100026. <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2020.100026>
- Zhou, M., et al. (2023). Long-term care status for the elderly with different levels of physical ability: A cross-sectional survey in first-tier cities of China. *BMC Health Services Research*, 23, 953. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09987-3>

คุณภาพชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ
ในพื้นที่อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย
Quality of Life and Self-Esteem among Older Adults
in Chiang Khong District, Chiang Rai Province

ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์^{1*}, สายฝน สุภาศรี¹, วารุณี พันธวงศ์¹, วรัญญา มณีรัตน์¹
Thitima Thasuwanain^{1*}, Saiphon Supasri¹, Warunee Phanwong¹, Varunya Manerut¹
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย¹
Faculty of Public Health, Chiang Rai Rajabhat University¹

(Received: October 31, 2023; Revised: February 21, 2024; Accepted: October 21, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตพื้นที่อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย จำนวน 400 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย และแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 60.50 มีค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.58, S.D. = 0.884) มีค่าเฉลี่ยระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.51, S.D. = 1.04) และพบว่าคุณภาพชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($r = 0.31, p\text{-value} < 0.001$) ผลจากการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเน้นการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพื่อส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, จังหวัดเชียงราย

*ผู้ให้การติดต่อ ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ e-mail: Tithima.ta@gmail.com

Abstract

The objectives of this cross-sectional study were to examine the levels of quality of life and self-esteem, as well as to investigate the relationship between quality of life and self-esteem among older adults in Chiang Khong District, Chiang Rai Province. Participants consisted of 400 older adults residing in Chiang Khong District, Chiang Rai Province, selected through simple random sampling. The data collection tools included a personal information record, the Thai version of the World Health Organization Quality of Life Brief–Thai (WHOQOL-BREF-THAI), and a self-esteem questionnaire for older adults. General data were analyzed using descriptive statistics, and the relationship between quality of life and self-esteem was analyzed using Spearman's rank correlation coefficient.

The results showed that the majority of the participants were female (56%), aged between 60-69 years (60.50%). The average overall quality of life was at a moderate level (Mean = 3.58, S.D. = 0.884), and the average level of self-esteem was also moderate (Mean = 2.51, S.D. = 1.04). It was found that the quality of life and self-esteem of participants had a statistically significant moderate positive correlation at the 0.01 level ($r = 0.31$, $p\text{-value} < 0.001$). The findings from this study can be used as baseline information for promoting the health of older adults, with an emphasis on enhancing self-esteem to improve quality of life.

Keywords: Self-Esteem, Quality of Life, Older Adults, Chiang Rai Province

บทนำ

สังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2548 โดยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี พบว่าในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 17.57 (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2563) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.40 ในปี พ.ศ. 2566 (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2566) ทั้งนี้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากความเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ระบบต่าง ๆ ของร่างกาย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชนาทิพย์ พลพิจิตร, ชมนกัสมณีรัตน์, เกศแก้ว วิมนมาลา และเพ็ญศิริ สันตโยภาส, 2563) จากปัญหาสุขภาพร่างกายทำงานมีประสิทธิภาพน้อยลง ผู้สูงอายุจึงมีความวิตกกังวล กลัวการเป็นภาระต้องพึ่งพาลูกหลาน ส่งผลกระทบต่อจิตใจ จนอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยพบผู้สูงอายุในภาคเหนือที่มีภาวะซึมเศร้าและเข้ารับการรักษาจำนวน 9,089 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.08 และคิดเป็น 133.70 ต่อประชากรแสนคน (ปิติคุณ เสดะปุระ

และณัฐกุล ไชยสงคราม, 2565) เนื่องจากปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้มีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงการเข้าร่วมสังคม อีกทั้งบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รวมถึงการสูญเสียคู่ชีวิตหรือเพื่อน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยวและอาศัยอยู่เพียงลำพัง จากข้อมูลจากกรมกิจการผู้สูงอายุ พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2557 พบร้อยละ 8.75 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 10.52 ในปี พ.ศ. 2566 (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2566) และยังพบว่าเมื่อสูงอายุขึ้นความสามารถในการหารายได้จะลดลง โดยพบสถิติคนจนที่อยู่ในวัยสูงอายุในปี พ.ศ. 2556 เท่ากับร้อยละ 25.40 เพิ่มสูงเป็นร้อยละ 36.90 ในปี พ.ศ. 2564 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) ผลจากการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจดังกล่าวล้วนส่งผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เป็นการรับรู้การประเมินตนเองและแสดงออกในการยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเอง อีกทั้งยังเป็นการแสดงให้เห็นถึงความเชื่อ ความสามารถ และความสำเร็จของแต่ละบุคคล (Coopersmith, 1981) ทั้งนี้หากผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะสามารถจัดการกับปัญหาที่เข้ามาในชีวิต และสามารถยอมรับตนเองได้ ส่งผลให้เกิดความสุขในการใช้ชีวิต แต่หากมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะทำให้รู้สึกขาดความมั่นใจหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจนส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Chen, Zheng, Xia, Wang, Liao, & Zheng, 2018) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงจึงเป็นปัญหาที่สำคัญเกี่ยวกับสุขภาพจิตในผู้สูงอายุทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงกับการดำเนินชีวิต สาเหตุเกิดจากความเสื่อมของการทำงานของร่างกายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จำเป็นต้องเข้าสู่ภาวะพึ่งพาผู้อื่น (อรรณญา แพทย์ศาสตร์ และพัชรินทร์ รุจิรานุกูล, 2563) โดยเมื่อสูงอายุขึ้นจะมีข้อจำกัดในการการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากอาการและอาการแสดง เช่น ปวดกล้ามเนื้อและข้อ หรือเหนื่อยง่าย เป็นต้น ล้วนส่งผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังเช่นการศึกษาของสุรางค์ เชื้อวนิชชากร, พูนสุข ช่วยทอง และเปรมวดี คฤหเดช (2561) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและผลจากเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ภายใต้บริบทวัฒนธรรมและคุณค่ามีความสัมพันธ์กับความคาดหวังและความตระหนักตามบริบทของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม (Heide, 2022; World Health Organization, 2011) จากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์กับสุขภาพร่างกาย (เนตรนภา กาบมณี, สิริลักษณ์ อยู่เจริญ และปานเพชร สกฤค, 2564) โดยพบว่าจากการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยของร่างกายมีความสัมพันธ์กับอายุและกระบวนการสูงอายุนจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ เกิดโรคเรื้อรังต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวเพื่อยอมรับความเจ็บป่วยดังกล่าว หากไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ แต่ถ้าสามารถปรับตัวได้ก็จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแล

สุขภาพที่พึงประสงค์ (เพชรีย์ กุณาระสิริ, 2565) อีกทั้งพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (นัสมล บุตรวิเศษ และอุปรีษฐา อินทรสาด, 2563)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกิดจากการยอมรับตนเองเกี่ยวกับการมีภาวะสุขภาพที่แข็งแรง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและสามารถดูแลตนเองได้ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (เชษฐา แก้วพรม, สายฝน อินศรีชื่น และลักขณา พงษ์ภุมมา, 2563) และพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตและมีอำนาจทำนายค่อนข้างสูง (วาสนา หลวงพิทักษ์, จิตติมา ดวงแก้ว, อุมกร ใจยังยืน และเพ็ญรุ่ง วรรณดี, 2562) ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูงมีโอกาสเกิดการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จเท่ากับ 1.93 เท่า (ศรัญญา วงศ์กำปัน, วิณา เทียงธรรม และเพลินพิศ สุวรรณอำไพ, 2560) ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามไปด้วย การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตจึงมีความสำคัญเนื่องจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเองส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ โดยพบว่าภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โรคประจำตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพกายเมื่อเทียบกับคนวัยเดียวกัน การใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรม งานอดิเรก กีฬา และการพบปะติดต่อกับบุตร บทบาทในครอบครัว สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว สัมพันธภาพกับบุคคลในสังคม และสิ่งแวดล้อมในสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (สุรางค์ เชื้ออณิชากร, พูนสุข ช่วยทอง และเปรมวดี คฤหเดช, 2561) หรือโปรแกรมการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุสามารถช่วยเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุได้ (มารุธี อุไรรัตน์ และวันชัย ธรรมสัจการ, 2566) และศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตหรือปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยพบว่าการเห็นคุณค่าในตนเอง สิ่งแวดล้อม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา อายุ การมีส่วนร่วมทางสังคม และลักษณะครอบครัว สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านได้ ร้อยละ 59.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กุเกียรติ ก้อนแก้ว, ภาณุมาศ ทองเหลี่ยม และศิริยากร ทรัพย์ประเสริฐ, 2561) หรือการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร มีอิทธิพลสูงที่สุดในการทำนายคุณภาพชีวิต (ฤทธิชัย ขาแสน, 2564) แต่ยังพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย ซึ่งวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความซับซ้อนในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และมีข้อจำกัดของการดำรงชีวิตเนื่องจากความเสื่อมของร่างกายส่งผลต่อการการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นซึ่งอาจส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ที่มีบริบททางสังคมเป็นเขตพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ ซึ่งมีความแตกต่างจากพื้นที่

โดยทั่วไปของจังหวัดเชียงราย เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีการพัฒนาอย่างรวดเร็วซึ่งจะเชื่อมโยงต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่และมิติทางสุขภาพที่มีการเชื่อมโยงระหว่างสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปโดยผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

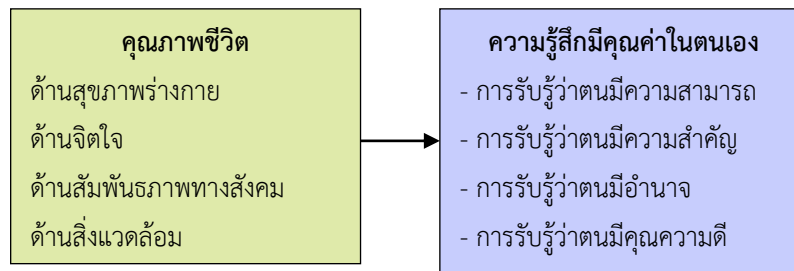
1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

สมมติฐานการวิจัย

คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดการวิจัย

เมื่อสูงอายุขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในทางเสื่อมถอยส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ส่งผลกระทบด้านจิตใจ กลัวการเป็นภาระ รู้ว่าตนเองขาดความสามารถ รวมถึงเมื่อสูงอายุขึ้นบทบาททางสังคมลดลง ประกอบกับการสูญเสียคู่ชีวิตหรือเพื่อนในวัยเดียวกัน ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ตามกรอบแนวคิดของคูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1981) ที่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกี่ยวข้องกับความเป็นอิสระ ไม่ต้องการพึ่งพาใคร เป็นการประเมินความรู้สึกด้วยตนเอง ทั้งนี้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเปลี่ยนแปลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น และมีความสัมพันธ์กับความเสื่อมถอยของร่างกาย บทบาททางสังคม และความพึงพอใจในชีวิต ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งนี้คุณภาพชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เนื่องจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่น ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี นำไปสู่ความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Study) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2566 ณ อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยในพื้นที่อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย จำนวน 12,646 คน (อ้างอิงจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยในเขตพื้นที่อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามาเน่ (Yamane, 1973) ซึ่งกำหนดความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเท่ากับ 387 คน เพื่อป้องกันความผิดพลาดและสูญหายของข้อมูล จึงเก็บข้อมูลเพิ่มเป็น 400 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) ดังนี้ 1) การสุ่มตำบลโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยจับฉลากจำนวน 2 ตำบล (เก็บในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล) และคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน ได้แก่ ตำบลห้วยซ้อ จำนวน 324 คนและตำบลริมโขง จำนวน 76 คน และ 2) สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลาก จำนวน 400 คน โดยมีเกณฑ์ในคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง เข้าใจและสื่อสารภาษาไทย และยินดีให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก

มีปัญหาสุขภาพเจ็บป่วยกระทันหันจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นต้น และไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว การออกกำลังกาย ลักษณะที่พักอาศัย ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การมองเห็น การได้ยิน การนอนหลับ และความสามารถในการกลืนอาหารและปัสสาวะ

2. แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของคูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1981) เป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ โดยกำหนดค่าคะแนนแต่ละข้อ ดังนี้ ไม่เคยเลย ให้คะแนน 0 คะแนน น้อยมาก ให้คะแนน 1 คะแนน บางครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน บ่อยครั้ง ให้คะแนน 3 คะแนน และตลอดเวลา ให้คะแนน 4 คะแนน ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน นำคะแนนดังกล่าวมาแบ่ง 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อย (0-13 คะแนน) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองปานกลาง (14-26 คะแนน) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมาก (27-40 คะแนน) ส่วนคะแนนค่าเฉลี่ยรายข้อแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 0.00-1.33 หมายถึง ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อย ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.34-2.66 หมายถึง ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองปานกลาง และค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.67-4.00 หมายถึง ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมาก

3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BRES-THAI) จำนวน 26 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 23 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ โดยกำหนดค่าคะแนน แต่ละข้อคำถามเชิงบวก ดังนี้ ไม่เลย ให้คะแนน 1 คะแนน เล็กน้อย ให้คะแนน 2 คะแนน ปานกลาง ให้คะแนน 3 คะแนน มาก ให้คะแนน 4 คะแนน และมากที่สุด ให้คะแนน 5 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบจะกำหนดค่าคะแนนตรงกันข้าม ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 26-130 คะแนน นำคะแนนดังกล่าวมาแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 26-60 คะแนน คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 61-95 คะแนน คุณภาพชีวิตปานกลาง และ 96-130 คะแนน คุณภาพชีวิตดี ส่วนคะแนนค่าเฉลี่ยรายข้อแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.66 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.67-5.00 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน ด้านสาธารณสุขชุมชน ด้านการพัฒนาชุมชน และด้านจิตวิทยา จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และทดสอบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกัน กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์cronbachของแอลฟาของแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.84 และ 0.96 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยประสานขออนุญาตเข้าพื้นที่ที่ทำการศึกษานั้นประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่ ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลได้ชี้แจงเกี่ยวกับกระบวนการในการทำวิจัยเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้ยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามด้วยวิธีการสัมภาษณ์ ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับคะแนนคุณภาพชีวิต และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการทดสอบการแจกแจงของการศึกษาค้นคว้านี้พบว่าไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติหรือข้อมูลการแจกแจงไม่ปกติ โดยกำหนดเกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ไว้ดังนี้ 0.90 - 1.00 มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก 0.71 - 0.90 มีความสัมพันธ์ระดับสูง 0.31 - 0.70 มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง 0.01 - 0.30 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ และ 0.00 ไม่มีความสัมพันธ์ (บุญชม ศรีสะอาด, 2556)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่ใบรับรอง CRPPHO No.164/2566 ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2565 โดยทำการชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงถึงข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมจะเป็นความลับ การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมและให้ผู้สูงอายุลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56 เป็นผู้สูงอายุตอนต้นอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 60.50 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.80 สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 58.80 ส่วนใหญ่เรียนในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.70 ประกอบอาชีพทำไร่/ทำสวน ร้อยละ 37.80 รายได้น้อยกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 80.50 รายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ ร้อยละ 43.00 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 46.50 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61 และส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25 ออกกำลังกาย ร้อยละ 74.75 โดยออกกำลังกายด้วยวิธีการเดิน ร้อยละ 58

อาศัยกับคู่สมรส ร้อยละ 29.30 โดยอาศัยที่บ้านตนเอง ร้อยละ 86 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 89.80 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 66 ภาวะสุขภาพปัจจุบันร่างกายแข็งแรงดี ร้อยละ 51.50 มองเห็นชัดเจน ร้อยละ 62.50 ได้ยินชัดเจน ร้อยละ 77.30 ไม่มีปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 70.50 สามารถกลืนปัสสาวะได้ร้อยละ 84.50 และสามารถกลืนอาหารได้ ร้อยละ 92.80 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=400)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	156	44.00
หญิง	244	56.00
อายุ (Mean = 69.07, S.D. = 6.93)		
60 - 69 ปี	242	60.50
70 - 79 ปี	120	30.00
80 ปี ขึ้นไป	38	9.50
ศาสนา		
พุทธ	391	97.80
คริสต์	9	2.20
สถานภาพ		
โสด	24	6.00
สมรส/คู่	235	58.80
หม้าย	132	33.00
หย่า	9	2.20
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	170	42.50
ประถมศึกษา	207	51.70
สูงกว่าประถมศึกษา	23	5.80
อาชีพ		
ทำไร่/ทำสวน	151	37.80
รับจ้าง	89	22.30
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	88	22.00
ข้าราชการบำนาญ	30	7.50
อื่น ๆ เช่น ค้าขาย ทำงานโรงงาน	42	10.40

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้		
น้อยกว่า 3,000 บาท	322	80.50
3,001 บาท ขึ้นไป	78	19.50
แหล่งรายได้		
เบี้ยยังชีพ	172	43.00
ประกอบอาชีพ	81	20.30
เกษียณ	30	7.50
อื่น ๆ เช่น ลูกหลาน สามเณร/ภรรยา	117	29.20
ความพอเพียงของรายได้		
ไม่เพียงพอ	186	46.50
เพียงพอและเหลือเก็บ	46	11.50
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	168	42.00
โรคประจำตัว		
ไม่มี	244	61.00
มี	156	39.00
การดื่มแอลกอฮอล์		
ดื่ม	136	34.00
ไม่ดื่ม	264	66.00
การสูบบุหรี่		
สูบ	41	10.20
ไม่สูบ	359	89.80
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	101	25.25
ออกกำลังกาย	299	74.75
ที่อยู่อาศัย		
บ้านตนเอง	344	86.00
ลูกหลาน / ญาติ	31	7.75
คู่สมรส	25	6.25
อาศัยอยู่กับ		
คู่สมรส	117	29.30
คู่สมรส/ลูกและหลาน	100	25.00
เพียงลำพัง	74	18.50
ลูกและหลาน	48	12.00
อื่น ๆ เช่น บิดามารดา หรือญาติ	61	15.20

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน		
แข็งแรงดี ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง	206	51.50
เจ็บป่วยเล็กน้อย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง	145	36.25
เจ็บป่วยเล็กน้อย และต้องพึ่งพาลูกหลาน	23	5.75
สุขภาพไม่แข็งแรง และต้องพึ่งพาลูกหลาน	26	6.50
การมองเห็น		
ชัดเจน	250	62.50
ไม่ชัดเจน	150	37.50
การได้ยิน		
ชัดเจน	309	77.30
ไม่ชัดเจน	91	22.70
การนอนหลับ		
ไม่มีปัญหา	282	70.50
มีปัญหา	118	29.50
กลืนปัสสาวะ		
สามารถกลืนได้	338	84.50
ไม่สามารถกลืนได้	62	15.50
กลืนอุจจาระ		
สามารถกลืนได้	371	92.80
ไม่สามารถกลืนได้	29	7.20

2. ระดับคุณภาพชีวิต

พบว่าระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 244 คน คิดเป็นร้อยละ 61 รองลงมาอยู่ในระดับดี จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 38 และระดับไม่ดี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n= 400)

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดี (26 - 60)	4	1.00
ปานกลาง (27 - 95)	244	61.00
ดี (96 - 130)	152	38.00

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.58, S.D. = 0.884) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านสุขภาพร่างกายค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.43, S.D. = 0.941) ด้านจิตใจค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.52, S.D. = 0.891) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.75, S.D. = 0.837) และด้านสิ่งแวดล้อมค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.62, S.D. = 0.865) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n= 400)

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับคุณภาพชีวิต
รายด้าน			
ด้านสุขภาพร่างกาย	3.43	0.94	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	3.52	0.89	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3.75	0.84	ดี
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.62	0.87	ปานกลาง
รวม	3.58	0.88	ปานกลาง

3. ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

พบว่าระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 57.80 รองลงมา ได้แก่ ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับมาก จำนวน 161 คน คิดเป็นร้อยละ 40.20 และระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อย จำนวน 8 คน คิดเป็น ร้อยละ 2 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n= 400)

ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (0-13)	8	2.00
ปานกลาง (14-26)	231	57.80
มาก (27-40)	161	40.20
รวม	400	100

เมื่อพิจารณาระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยรวม พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.51, S.D. = 1.04) เมื่อพิจารณารายข้อคำถามเชิงบวกพบว่าท่านสามารถพึ่งพาตนเองได้ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.41, S.D. = 0.95) รองลงมา ได้แก่ ท่านรู้สึกภูมิใจในชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน อยู่ระดับมาก (Mean = 3.37, S.D. = 0.89) ตามลำดับ และ

ข้อคำถามเชิงลบพบว่าความเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.78, S.D. = 1.12) และท่านวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของท่านอยู่ในระดับน้อย (Mean = 1.30, S.D. = 1.23) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n=400)

คำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
ท่านเป็นที่พึ่งพาของบุคคลในครอบครัวหรือชุมชน	2.60	1.03	ปานกลาง
ท่านสามารถพึ่งพาตนเองได้	3.41	0.95	มาก
ท่านรู้สึกว่าท่านเป็นภาระแก่ครอบครัว*	0.82	1.15	น้อย
ท่านเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง	2.95	1.04	มาก
ท่านได้รับการยกย่องจากครอบครัวหรือชุมชน	2.59	0.94	ปานกลาง
ท่านยอมรับและมั่นใจในความสามารถของตนเอง	2.95	1.02	มาก
ท่านภูมิใจในชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	3.37	0.89	มาก
ความเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน*	1.78	1.12	ปานกลาง
ท่านวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของท่าน*	1.30	1.23	น้อย
ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า	3.32	1.06	มาก
รวม	2.51	1.04	ปานกลาง

*ข้อคำถามเชิงลบ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

พบว่าคุณภาพชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์กันทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย และด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กันทางบวกระดับต่ำกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ระหว่างคุณภาพชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

คุณภาพชีวิต	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (r)	ระดับ
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย	0.38*	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	0.34*	ปานกลาง

คุณภาพชีวิต	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (r)	ระดับ
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม	0.26*	ต่ำ
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	0.24*	ต่ำ
รวม	0.31*	ปานกลาง

p-value < 0.001*

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ยังคงประกอบอาชีพทำไร่/ทำสวน รายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและรายได้ไม่เพียงพอ ซึ่งอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับรายจ่าย ส่งผลกระทบด้านจิตใจซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ วงจันทร์, สุวรรณ วุฒิธณฤทธิ์ และลัดดา เหลืองรัตนมาศ (2565) พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอเหลือเก็บจะมีคุณภาพชีวิตในระดับดี ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอจะมีคุณภาพชีวิตในระดับ ปานกลาง และผลจากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันร่วมกับเมื่อสูงอายุขึ้น ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอย ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพมากกว่าวัยอื่น ๆ จนทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตามมา เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของนัสมล บุตรวิเศษ และอุปภิฐา อินทรสาด (2563) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น รองลงมาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนกลาง ซึ่งมีความเสื่อมของร่างกายเริ่มจะเสื่อมถอยมากยิ่งขึ้น ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (Gao, Gao, Huo, & Yang, 2022) และพบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้พบว่าสุขภาพร่างกายจะส่งผลโดยตรงต่อด้านจิตใจ นอกจากนี้ยังพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่บ้านของตนเอง แต่พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอในการใช้จ่ายตามความจำเป็น จนเกิดข้อจำกัดในการดำรงชีวิต ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้เช่นกัน แต่อย่างไรก็ตามคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพในสังคมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เนื่องจากโดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส และพบว่าแหล่งรายได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและยังได้รับจากลูกหลาน สามิ/ภรรยา และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ทำให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการรับรู้การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น จึงส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Bolina, Araújo, Haas, & Tavares, 2021) ทั้งนี้คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกพึงพอใจเกี่ยวกับร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจะต้องสามารถปฏิบัติกรดูแลตนเอง และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้ พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ ทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลกลัวเป็นภาระลูกหลานและผู้สูงอายุบางรายมีโรคประจำตัว ซึ่งพบว่าการที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการจัดการภาวะสุขภาพ อันจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของเชษฐา แก้วพรม, สายฝน อินศรีชื่น และลักขณา พงษ์ภุมมา (2563) ที่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าของผู้สูงอายุเกิดจากประสบการณ์ส่วนบุคคล ได้แก่ การนับถือตนเองว่าเป็นผู้มีสุขภาพดี มีความสามารถและมีรายได้ และพบว่าผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูงมักมีความสัมพันธ์กับการทำงานและโอกาสในการทำงาน และรายได้ที่เพียงพอ (Krauss & Orth, 2022) และผลจากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร่วมกับส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพทำไร่/ทำสวน ทำให้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ เกิดการเจ็บป่วยจากการทำงานได้ง่าย เนื่องจากความเสื่อมของการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ลดลงได้ นอกจากนี้เมื่อพิจารณาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเป็นรายข้อ พบว่าผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด และมีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพ เพื่อไม่เป็นภาระแก่ลูกหลาน ซึ่งการศึกษาของมาธูรี อุไรรัตน์ และมาลี สบายยิ่ง (2560) ที่ศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษามูลนิธิสงเคราะห์คนชราอนาถา แห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา กล่าวว่า การเห็นคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุประกอบด้วยการมองตนเองในปัจจุบัน และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยการมองตนเองในปัจจุบันเป็นการมองถึงความแข็งแรงของร่างกายตนเองไม่เหมือนเดิม และด้านจิตใจและสังคม โดยผู้สูงอายุถูกลดบทบาทและไม่มีรายได้ ทำให้เป็นภาระแก่ลูกหลาน ส่งผลต่อความภาคภูมิใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้การเห็นคุณค่าของตนเองลดลง (มาธูรี อุไรรัตน์ และมาลี สบายยิ่ง, 2560) เป็นไปในแนวทางเดียวกับผลของการศึกษานี้ที่พบว่าผู้สูงอายุภูมิใจในชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมาก และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติตนเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี โดยมีการออกกำลังกาย ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพปัจจุบันของตนเองร่างกายแข็งแรงในด้านสุขภาพร่างกายอื่น ๆ เช่น การมองเห็นและการได้ยินชัดเจน ไม่มีปัญหาการนอนหลับ สามารถกลืนปัสสาวะและอุจจาระได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีภาคภูมิใจในตนเอง อันจะส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น (อรนุช ประคับทอง และธิดารัตน์ คณิงเพียร, 2563)

ผลของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่ามีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทำให้ผู้สูงอายุ สามารถเผชิญสถานการณ์หรืออุปสรรคในชีวิต มีความมั่นใจ และรู้สึกพึงพอใจในตนเอง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกี่ยวข้องกับความเป็นอิสระ ไม่ต้องการพึ่งพาใคร (Coopersmith, 1981) แม้ว่ารายได้จะไม่เพียงพอ แต่สามารถประกอบอาชีพได้ และรับรู้

ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของผู้สูงอายุร่างกายแข็งแรงดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ออกกำลังกาย ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน และการนอนหลับ จึงทำให้เกิดความรู้สึกดีต่อตนเองที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ เอกสิทธิ์ ไชยปิ่น, ชัชฎาภร พิศมร, เสกสรรค์ ทองดีบ, ณัฐกฤษฎ์ ธรรมกวีวงศ์ และพยอม ถิ่นอ่อน (2566) ที่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกด้านดีต่อตนเอง ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับสภาวะปัจจุบันของตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ ทันธอ์ธัต, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ และศุภชัย ปิติกุลตั้ง (2562) ที่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ดังนั้น การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุ นอกจากจะส่งผลต่อด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้น อันจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ควรเน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หรือกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงความสามารถอันจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและคุณภาพชีวิตดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อไปใช้ในการวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพและมีการพัฒนาต่อยอดไปสู่การศึกษาวิจัยกึ่งทดลองเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีความสอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2563). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563. สืบค้นเมื่อ 26 พฤศจิกายน 2566 จาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335>.
- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2566). จำนวนผู้สูงอายุไทยที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ณ วันที่ 3 มิถุนายน 2566. สืบค้นเมื่อ 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 จาก <https://www.dop.go.th/th/know/1>.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน).

- กู้เกียรติ ก้อนแก้ว, ภาณุมาศ ทองเหลี่ยม และศิริยากร ทรัพย์ประเสริฐ. (2561). ปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(3), 394-401.
- จุฑามาศ วงจันทร์, สุวรรณ วุฒิณฤกษ์ และลัดดา เหลืองรัตนมาศ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 12(1), 32-49.
- ชนาทิพย์ พลพิจิตร, ชมนภัส มณีรัตน์, เกศแก้ว วิมานมาลา และเพ็ญศิริ สันตโยภาส. (2563). ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. *วารสารเกื้อการุณย์*, 27(2), 103-115.
- เชษฐา แก้วพรม, สายฝน อินศรีชื่น และลักขณา พงษ์ภุมมา. (2563). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 7(1), 76-89.
- นัสมล บุตรวิเศษ และอุปริญฐา อินทรสาต. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. พระนครศรีอยุธยา: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ.
- เนตรนภา กาบมณี, สิริลักษณ์ อยู่เจริญ และปานเพชร สกฤค. (2564). การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 11(1), 27-39.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2556). วิธีการทางสถิติสำหรับการทำวิจัย เล่ม 1. (พิมพ์ครั้งที่5). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ปิติกุล เสตะประ และณัฐกุล ไชยสงคราม. (2565). ความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(3), 1070-1084.
- เพชรีย์ ภูณาระสิริ. (2565). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองและแรงบันดาลใจกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 30(2), 121-133.
- มาธูรี อุไรรัตน์ และวันชัย ธรรมสังการ. (2566). ผลของโปรแกรมการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลเมืองคลองแห อำเภอหาดใหญ่จังหวัดสงขลา. การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 13. สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.
- มาธูรี อุไรรัตน์ และมาลี สบายยิ่ง. (2560). การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ:กรณีศึกษามูลนิธิสังเคราะห์คนชราอนาถาแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา. *วารสารกึ่งวิชาการ*, 38(1), 29-44.
- ฤทธิชัย ชาแสน. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอพรหมณานิคม จังหวัดสกลนคร. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
- วาสนา หลวงพิทักษ์, จิตติมา ดวงแก้ว, อุมกร ไฉยยั่งยืน และเพ็ญรุ่ง วรรณดี. (2562). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 20(38), 61-87.

- ศรัญญา วงศ์กำปัน, วิณา เทียงธรรม และเพลินพิศ สุวรรณอำไพ. (2560). ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจที่มีผลต่อการสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 31*(3), 20-36.
- สุภาภรณ์ ทันธอ์ธ, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ และศุภชัย ปิติกุลตั้ง. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพทำสวนผลไม้ในจังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28*(1), S1-S12.
- สุรางค์ เชื้อฉวนิชชากร, พูนสุข ช่วยทอง และเปรมวดี คฤหเดช. (2561). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกลึกซึ้งคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในตำบลบางนางลี่ จังหวัดสมุทรสงคราม. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 62*(1), 118-133.
- อรนุช ประคับทอง และธิดารัตน์ คณึงเพียร. (2563). ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของความรู้สึกลึกซึ้งคุณค่าในตนเองที่มีผลต่อภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรัมย์, 35*(1), 183-196.
- อัฐญา แพทย์ศาสตร์ และพัชรินทร์ รุจิรานุกุล. (2563). สุขภาพจิตผู้สูงอายุและแนวทางการพัฒนาสุขภาพจิต: กรณีศึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลวังใหม่ อำเภอโนนชัยภูมิ จังหวัดจันทบุรี. จันทบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี.
- เอกสิทธิ์ ไชยปิ่น, ชัชฎาภรณ์ พิศมร, เสกสรรค์ ทองดี, ณัฐกฤษณ์ ธรรมกวินวงศ์ และพยอม ถิ่นอ่อน. (2566). ความรู้สึกลึกซึ้งคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ, 24*(2), 50-64.
- Bolina, A. F., Araújo, M. D. C., Haas, V. J., & Tavares, D. M. D. S. (2021). Association between living arrangement and quality of life for older adults in the community. *Revista Latino-Americana De Enfermagem, 29*, e3401. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4051.3401>
- Chen, J., Zheng, K., Xia, W., Wang, Q., Liao, Z., & Zheng, Y. (2018). Does inside equal outside? Relations between older adults' implicit and explicit aging attitudes and self-esteem. *Frontiers in Psychology, 9*, 2313. <http://doi: 10.3389/fpsyg.2018.02313>
- Coopersmith, S. (1981). *The antecedents of self-esteem: (2nd ed.)*. California: Consulting Psychologists Press, Inc.
- Gao, J., Gao, Q., Huo, L., & Yang, J. (2022). Impaired activity of daily living status of the older adults and its influencing factors: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(23), 15607. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315607>

- Heide S. K. (2022). Autonomy, identity and health: Defining quality of life in older age. *Journal of Medical Ethics*, 48(5), 353-356. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-107185>
- Krauss, S. & Orth, U. (2022). Work experiences and self-esteem development: A meta-analysis of longitudinal studies. *European Journal of Personality*, 36(6), 849-869. <https://doi.org/10.1177/08902070211027142>
- World Health Organization. (2011). *Definition of an older or elderly person*. Retrieved April 3, 2023 from <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: an introductory analysis*. 3rd ed. New York: HarperCollins.

การพัฒนานวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนโดยใช้กระบวนการ
คิดเชิงออกแบบและการบูรณาการข้ามศาสตร์ต่อการรับรู้ความมั่นใจในการเดินของผู้สูงอายุในชุมชน

Development of an Automatic Night-Illuminating Shoe Innovation Using a Design Thinking Process and Interdisciplinary Integration to Enhance Walking Confidence Perception among Older Adults in the Community

รุ่งนภา เขียวชะอำ^{1*}, ผกามาศ พิมพธาร¹, ยศพล เหลืองโสมนภา¹, กฤษณะ กฤษณะ²

Rungnapha Khiewchaum^{1*}, Pakamas Pimtara¹, Yosapon Leungsomnapa¹, Kridsanaa Kridsana²

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข^{1*}, โรงพยาบาลพระเจ้าอาภัยุเบศร²
Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health^{1*},
Chao Phya Abhaibhubejhr Hospital²

(Received: June 30, 2023; Revised: August 17, 2024; Accepted: November 15, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยและการพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนโดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบต่อการรับรู้ความมั่นใจในการเดินของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ นวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) รองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติ 2) แบบประเมินความมั่นใจการเดินเมื่อทำกิจกรรมเวลากลางคืนสำหรับผู้สูงอายุ 3) แบบประเมินการใช้งานนวัตกรรม และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและค่าสถิติทดสอบ One Sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังใช้นวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการเดินเมื่อทำกิจกรรมเวลากลางคืนอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.37, S.D. = 0.33) สูงกว่าคะแนนเกณฑ์มาตรฐาน (Mean = 3.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนการใช้งานนวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.34, S.D. = 0.40) สูงกว่าคะแนนเกณฑ์มาตรฐาน (Mean = 3.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุสำหรับการใช้งานนวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.42, S.D. = 0.40) สูงกว่าคะแนนเกณฑ์มาตรฐานระดับมาก (Mean = 3.50) ($p\text{-value} < 0.001$) ดังนั้นการพัฒนาต้นแบบนวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนโดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบสามารถส่งเสริมความมั่นใจในการเดินของผู้สูงอายุในชุมชนได้

คำสำคัญ: นวัตกรรม, รองเท้าส่องสว่าง, ผู้สูงอายุ, การคิดเชิงออกแบบ, การบูรณาการข้ามศาสตร์

*ผู้ให้การติดต่อ รุ่งนภา เขียวชะอำ e-mail: rungnapha@pnc.ac.th

Abstract

The objective of this research and development study was to develop and evaluate the effectiveness of an automatic night-illuminating shoe innovation using a design thinking process on the walking confidence perception of older adults in the community. Participants consisted of 30 older adults from the community, selected by purposive sampling. The research tool included the automatic night-illuminating shoes for older adults in the community, developed by the researchers. The data collection tools were as follows: 1) the automatic illuminating shoes, 2) a walking confidence assessment form for night-time activities for older adults, 3) an innovation usability assessment form, and 4) a satisfaction assessment form for older adults. Data were analyzed using descriptive statistics and a One Sample t-test.

The results revealed that after using the automatic night-illuminating shoe innovation, participants had a high mean walking confidence score during nighttime activities (Mean = 4.37, S.D. = 0.33), significantly higher than the standard criterion score (Mean = 3.50) (p -value < 0.001). The mean usability score for the automatic night-illuminating shoe innovation was also high (Mean = 4.34, S.D. = 0.40), significantly exceeding the standard criterion score (Mean = 3.50) (p -value < 0.001). Additionally, the mean satisfaction score of older adults regarding the use of the automatic night-illuminating shoes was high (Mean = 4.42, S.D. = 0.40), significantly above the high standard criterion score (Mean = 3.50) (p -value < 0.001). Therefore, the development of the prototype automatic night-illuminating shoes using a design thinking process successfully enhanced walking confidence among older adults in the community.

Keywords: Innovation, Illuminating Shoes, Older Adults, Design Thinking, Interdisciplinary Integration

บทนำ

วัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้าน ซึ่งเป็นผลมาจากความเสื่อมของร่างกาย ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (จิรัชยา เคล้าดี, สุกชัย นาคสุวรรณ และจักรวาล สุขไมตรี, 2560) ผลกระทบด้านร่างกายในผู้สูงอายุมักมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยจากการความเสื่อมถอย เช่น การได้ยินและการรับรู้กลืนลดลง กระดูกเปราะหักง่าย เคลื่อนไหวช้า การทรงตัวไม่ดี อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายโดยเฉพาะความสามารถในการมองเห็นลดลงซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญสำหรับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (ฉัตรชญา สุตาลังกา, วิลาวัณย์ ไชยอุต, พลอยไพลิน นามกร และนิรันดร์ เงินแย้ม, 2565) จากสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 27.60 มีการพลัดตก

หกล้ม (Kakara, Bergen, Burns, & Stevens, 2023) ส่วนเอเชียมีการศึกษาการพลัดตกหกล้มในประเทศจีนและญี่ปุ่น พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีการพลัดตกหกล้มร้อยละ 21-23 (Li, Hou, Zhao, Xie, Yi, & Ding, 2023) สำหรับประเทศไทยพบว่า ปี พ.ศ. 2564 ผู้สูงอายุร้อยละ 27 ประสบปัญหาพลัดตกหกล้ม (Thanomwong, Khomarwut, Satrakom, & Wonngnuch, 2020) และปี พ.ศ. 2561 รายงานผู้สูงอายุเสียชีวิตจากสาเหตุพลัดตกหกล้ม จำนวน 1,258 คน โดยเพศชายสูงกว่าผู้หญิง 3 เท่า และร้อยละ 20 มีสาเหตุมาจากการบกพร่องของร่างกาย เช่น ข้อเข่าเสื่อม และการมองเห็นลดลง (ประเสริฐ ศรีนวล และธนัช กนกเทศ, 2564)

นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าร้อยละ 38.20 ของผู้สูงอายุมีการพลัดตกหกล้มเนื่องจากบกพร่องการมองเห็น (ประเสริฐ ศรีนวล และธนัช กนกเทศ, 2564; Reed-Jones, Solis, Lawson, Loya, Cude-Islas, & Berger, 2013; Saftari & Kwon, 2018) สาเหตุของการมองเห็นลดลงในผู้สูงอายุเกิดจากโครงสร้างของลูกตาและเลนส์มีการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ลูกตามีขนาดเล็กลงและลึก ความยืดหยุ่นของหนังตาลดลง หนังตาตก รูม่านตาลึกลง หรือปฏิกิริยาในการตอบสนองต่อแสงของม่านตาลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการปรับแสงและความคมชัดต่อวัตถุลดลงและการปรับตัวต่อที่มีดลดลง (ประเสริฐ ศรีนวล และธนัช กนกเทศ, 2564; Broman, West, Munoz, Bandeen-Roche, Rubin, & Turano, 2004; Freeman, Munoz, Rubin, & West, 2007; Saftari & Kwon, 2018) ปัญหาด้านการมองเห็นในเวลากลางคืนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาความตั้งใจการมองเห็นต่อวัตถุและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ลดลงเช่นเดียวกัน (Ferguson et al., 2024) จากสาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลหรือกลัวและไม่มั่นใจในการเดินในเวลากลางคืน ซึ่งส่งผลต่อการรักษาสมดุลของการทรงตัวลดลงทำให้มีโอกาสพลัดตกหกล้มได้มากกว่าคนทั่วไป (Broman, West, Munoz, Bandeen-Roche, Rubin, & Turano, 2004; Jefferis et al., 2014) นอกจากนี้ปัจจัยภายใน คือ ความเสื่อมของร่างกายทำให้การมองเห็นของผู้สูงอายุลดลงแล้ว ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ความส่องสว่างของสิ่งแวดล้อมไม่เพียงพอทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสสะดุดล้มได้ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุจะมีทัศนวิสัยในการมองเห็นเพียง 20 ฟุต หรือ 6 เมตร แม้จะมีแสงสว่างที่เพียงพอ และในสถานที่ที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอ เช่น ห้องนอนหรือทางเดินภายในบ้าน ผู้สูงอายุจะสามารถมองเห็นได้ชัดเจนเพียงระยะ 1.5 เมตร (ธน อ่อนอุดม, 2558) นอกจากนี้งานวิจัยที่ผ่านมาได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมและการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ลักษณะของกิจกรรม เช่น การเดิน การถือของ การเปลี่ยนท่า เป็นต้น 2) ชนิดของกิจกรรม เช่น การทำงานบ้าน เป็นต้น และ 3) ลักษณะของสิ่งแวดล้อม เช่น มีสิ่งของกีดขวางทางเดิน และความสว่างของสิ่งแวดล้อมไม่เพียงพอ เป็นต้น (MacKay, Ebert, Harbidge, & Hogan, 2021; Vo, Thonglor, Moncatar, Han, Tejavivaddhana, & Nakamura, 2023)

จากงานวิจัยที่ผ่านมาศึกษาความส่องสว่างของพื้นที่ พบว่า ค่าความส่องสว่างซึ่งมีหน่วยเป็นลักซ์ (Lux) นั้นสามารถแบ่ง 3 ระบบ (ยุทธนา ทองท้วม, 2559) ได้แก่ 1) ระบบส่องสว่างทั่วไป (General Lighting) เป็นการให้แสงกระจายทั่วไปบริเวณพื้นที่ใช้งาน เช่น ห้องนอน ห้องน้ำ และบันได ควรมีอยู่ระหว่าง 100-200 ลักซ์

และทางเดินควรอยู่ระหว่าง 50-150 (Lux) ตามมาตรฐาน ICE 2) ระบบการส่องสว่างเฉพาะที่ (Localized Lighting) คือ การให้แสงส่องสว่างเป็นบางบริเวณ เช่น การใช้โคมไฟ การส่องไฟฉายตามทางเดินที่มืด และ 3) ระบบการส่องสว่างเฉพาะที่ร่วมกับแบบส่องสว่างทั่วไป ดังนั้นการใช้ค่าความส่องสว่างเพียงระบบเดียวในสิ่งแวดล้อมใดสิ่งแวดล้อมหนึ่ง ไม่อาจเพียงพอสำหรับการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้ ตัวอย่าง หากเป็นภายในบ้านผู้สูงอายุต้องเดินไปเปิดสวิตช์ไฟ ซึ่งระหว่างทางแสงสว่างไม่พออาจทำให้เกิดการสะดุดล้มได้ เป็นต้น ดังนั้น หากมีการใช้เทคโนโลยีหรือนวัตกรรมที่ช่วยผู้สูงอายุเพิ่มการมองเห็นในเวลากลางคืนได้ตลอดเวลาที่ผู้สูงอายุเดินหรือทำกิจกรรมในสถานที่ต่าง ๆ อาจช่วยลดปัญหาการพลัดตกหกล้มเนื่องมาจากปัญหาการมองเห็นผู้สูงอายุได้

จากการพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมาที่ใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาการมองเห็น โดยนวัตกรรมที่ลดการพลัดตกหกล้ม ประกอบด้วย แอปพลิเคชันสำหรับไม้เท้าอัจฉริยะสำหรับผู้พิการทางสายตา สามารถแจ้งเตือนการใช้งานตามฟังก์ชันต่าง ๆ เช่น เมื่อวัตถุอยู่ด้านหน้า เมื่อมีสิ่งกีดขวางเหนือศีรษะ ทางต่างระดับ และตรวจจับแองน้ำเป็นต้น และสามารถขอความช่วยเหลือไปยังผู้ติดต่อที่ได้บันทึกไว้ในแอปพลิเคชัน โดยมีการส่งข้อความ SMS และตำแหน่งที่สามารถแสดงใน Google Map ได้ (โสภิตา ท่วมมี, หทัยรัตน์ เกตุมนิชัยรัตน์, ฌลลิกา เพชรมนิธิไส และพศวัต พันธิโสทธิ, 2565) แต่แอปพลิเคชันกับไม้เท้าดังกล่าวไม่ได้ช่วยแก้ไขปัญหาการมองเห็นในเวลากลางคืน อีกทั้งผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีสมาร์ตโฟนซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดของการใช้นวัตกรรมดังกล่าว นอกจากนี้นวัตกรรมไม้เท้าอัจฉริยะออกแบบโดยใช้แสงอินฟราเรดสามารถการตรวจเช็คสิ่งกีดขวางที่อยู่ตามพื้น หรือบันไดและสามารถลดปัญหาการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุได้ (วันทนา สุขุมณี และอนุวัฒน์ ชื่นกลาง, 2560) อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนงานวิจัยและนวัตกรรมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน พบว่า ยังไม่มีนวัตกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเพิ่มมองเห็นโดยการเพิ่มการส่องสว่าง อัตโนมัตินั้นขณะผู้สูงอายุเดินในเวลากลางคืน ซึ่งจะช่วยเพิ่มความมั่นใจและความตั้งใจ (Attention) สำหรับผู้สูงอายุเมื่อเดินในเวลากลางคืน ส่งผลทำให้ลดปัญหาการพลัดตกหกล้มจากการมองเห็นได้

จากการคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 3 ชุมชน ได้แก่ 1) ชุมชนย่อยที่ 4 ริมน้ำจันทบูร 2) ชุมชนย่อยที่ 5 และ 3) ชุมชนย่อยที่ 8 วัดตะบกเตี้ย จังหวัดจันทบุรี พบว่าผู้สูงอายุทั้งหมด 202 คน มีโอกาสเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเมื่อประเมินโดยใช้แบบประเมินข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 42.60 และผลการประเมินการพลัดตกหกล้มโดยใช้แบบประเมิน Morse Fall Scale พบว่ามีผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะหกล้มจำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ในจำนวนผู้สูงอายุที่มีโอกาสพลัดตกหกล้มมีสาเหตุมาจากความเสี่ยงของสายตาร้อยละ 59.40 จากการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) การทบทวนวรรณกรรม และวิเคราะห์ความต้องการของผู้ใช้นวัตกรรม (Need Analysis) ในชุมชนชุมชนย่อยที่ 8 วัดตะบกเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี พบว่า แม้มีการพยายามพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพเพื่อแก้ไขหรือลดปัญหา แต่นวัตกรรมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นอาจไม่ได้ถูกนำไปใช้ หรือนวัตกรรมที่ผลิตไม่ตอบสนองความต้องการ (Unmet Needs) นวัตกรรมนั้นกลายเป็น “ขึ้นหิ้ง แต่ไม่ขึ้นห้าง” ปัญหาของนวัตกรรมที่ไม่ถูกนำมาใช้มักเกิดจากนวัตกรรมที่ถูกพัฒนาขึ้นมาจาก

ศาสตร์เพียงศาสตร์เดียวอาจไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจนหรือพัฒนานวัตกรรมที่ใช้ได้จริง ยกตัวอย่างเช่น นวัตกรรมทางสุขภาพที่ใช้ความรู้และทักษะพื้นฐานพยาบาลศาสตร์เพียงศาสตร์เดียว อาจไม่สามารถพัฒนานวัตกรรมที่แก้ไขหรือลดความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพทั้งภายในโรงพยาบาลและชุมชนได้ (กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง และคณะ, 2564) ผลคือ นวัตกรรมทางสุขภาพดังกล่าวไม่สามารถนำมาต่อยอดหรือพัฒนาต่อได้ ดังนั้นการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพในยุคปัจจุบันจึงต้องการความรู้ความเชี่ยวชาญจากสองศาสตร์ขึ้นไปมารวมกัน (จารุณี มุมบ้านเช่า, 2559) ซึ่งเรียกว่า การพัฒนานวัตกรรมแบบบูรณาการข้ามศาสตร์ (Trans-Disciplinarity) เป็นการพัฒนานวัตกรรมแบบบูรณาการแบบข้ามศาสตร์เป็นการค้นหาคำตอบร่วมกันในเรื่องเดียวกัน เพื่อให้เกิดสิ่งประดิษฐ์กระบวนการใหม่ หรือเกิดองค์ความรู้ใหม่ มาแก้ไขปัญหามีความซับซ้อน โดยเริ่มต้นตั้งแต่กระบวนการในการกำหนดปัญหาจนถึงกระบวนการเขียนรายงานวิจัยและนวัตกรรม ดังนั้นผู้วิจัยต้องการพัฒนานวัตกรรมที่สามารถส่งเสริมการมองเห็นของผู้สูงอายุในเวลากลางคืนเพื่อป้องกันและลดการพลัดตกหกล้ม ซึ่งนวัตกรรมมีความซับซ้อน เช่น วงจรไฟฟ้า ซึ่งไม่สามารถประดิษฐ์ด้วยองค์ความรู้แค่วิทยาศาสตร์สุขภาพ จึงจำเป็นต้องอาศัยศาสตร์ ด้านวิศวกรรมไฟฟ้า มาช่วยพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ให้สำเร็จ ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจในการพัฒนานวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืน เพื่อช่วยเพิ่มความส่องสว่างขณะผู้สูงอายุเดินในเวลากลางคืน โดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบและการบูรณาการข้ามศาสตร์ ซึ่งช่วยลดปัญหาการพลัดตกหกล้มจากปัญหาการมองเห็นของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนานวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนโดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบต่อการรับรู้ความมั่นใจในการเดินของผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในการเดินเมื่อทำกิจกรรมเวลากลางคืนสำหรับผู้สูงอายุหลังใช้นวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติกับคะแนนมาตรฐาน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการใช้งานนวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติกับคะแนนมาตรฐาน
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุสำหรับการใช้งานนวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติกับคะแนนมาตรฐาน

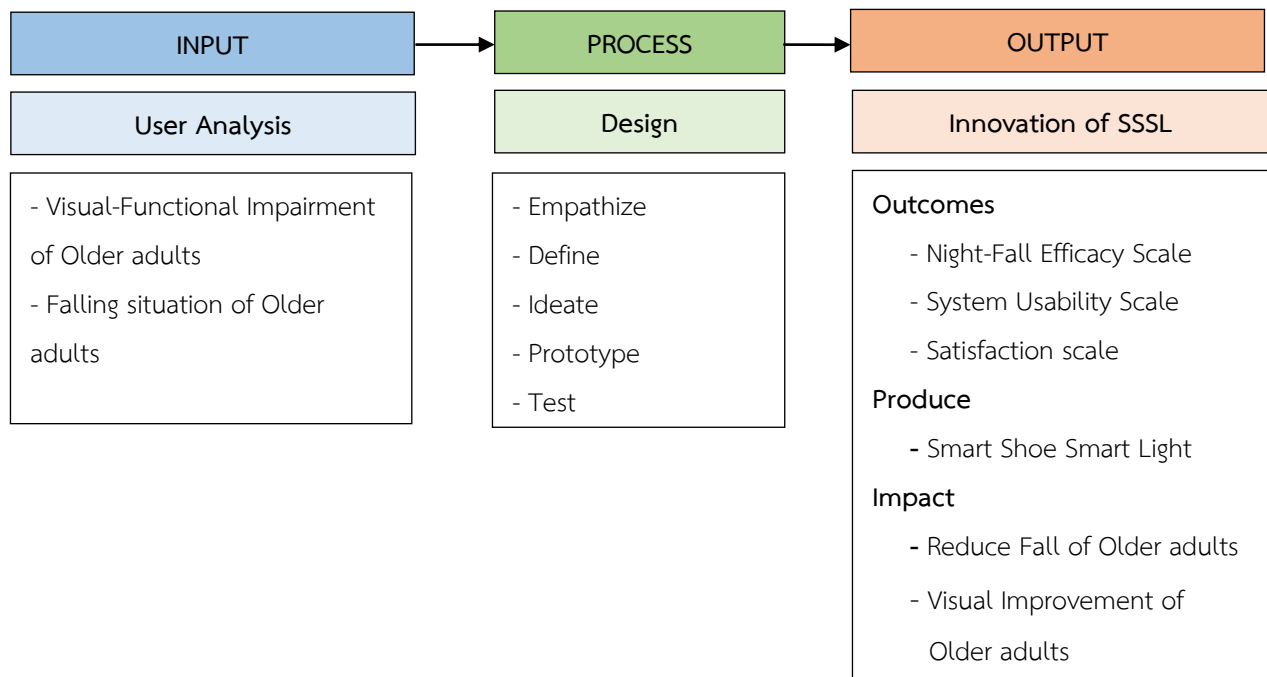
สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความมั่นใจในการเดินเมื่อทำกิจกรรมเวลากลางคืนของผู้สูงอายุในชุมชนหลังใช้นวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก

2. คะแนนค่าเฉลี่ยของการประเมินการใช้งานรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนของผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับดีมาก
3. คะแนนค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจการใช้รองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนของผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับดีมาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนานวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ สถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีปัญหาพลัดตกหกล้มซึ่งมีสาเหตุมาจากปัญหาการมองเห็น 2) ด้านกระบวนการพัฒนา (Process) ผู้วิจัยประยุกต์กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking Process) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การทำความเข้าใจกลุ่มเป้าหมายอย่างลึกซึ้ง (Empathize) การระบุประเด็นปัญหา (Define) การสร้างความคิด (Ideate) การสร้างต้นแบบ (Prototype) และ การทดสอบ (Test) ร่วมกับการบูรณาการข้ามศาสตร์ (Trans-Disciplinarity) จากบุคลากรต่างสาขา ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาโปรแกรมวงจรไฟฟ้าและการออกแบบสื่อผลิตภัณฑ์ มาร่วมทีมทำงานกับอาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่มของวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี และ 3) ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่ คะแนนการรับรู้ความมั่นใจในการเดินเมื่อทำกิจกรรมเวลากลางคืน คะแนนการใช้งานรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนของผู้สูงอายุ และคะแนนความพึงพอใจการใช้รองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนของผู้สูงอายุ ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยพัฒนา (Research and Development (R & D)) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2566 ณ ชุมชนย่อยที่ 8 วัดตะบกเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนย่อยที่ 8 วัดตะบกเตี้ย อำเภอเมือง จำนวน 250 ราย
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนย่อยที่ 8 วัดตะบกเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี โดยแบ่งตามระยะของการวิจัย ดังนี้ ในระยะ R1 (การศึกษาศาสนาการณผู้สูงอายุในชุมชน) จำนวน 10 ราย ในระยะ R2 ซึ่งเป็นการทดสอบความเป็นไปได้ของนวัตกรรม จำนวน 5 ราย และในระยะ R3 (การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของนวัตกรรม) จำนวน 30 ราย โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยโปรแกรม G* Power Version 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยใช้ Test Family เลือก Mean: Difference from Constant (One Sample Case) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 (Cohen, 1997) ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10% เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในชุมชนดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาทางการมองเห็นเมื่อประเมินด้วย Snellen Chart น้อยกว่าแถวที่ 5 (6/12) หรือผู้สูงอายุที่ใส่แว่นตาเวลาเดิน
2. ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาทางทรงตัวและการเคลื่อนไหว เช่น โรคข้อเข่าเสื่อม โดยการใช้แบบประเมินการคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก โดยผู้สูงอายุต้องไม่มีอาการปวด หรือ อาการอื่น ๆ 2 ข้อ ใน 5 ข้อ ถ้าผู้สูงอายุตอบว่า “ใช่” 2 ข้อ ถือว่า มีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม
3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ
4. มีความสนใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

1. มีปัญหาทางการรับรู้ และการบาดเจ็บที่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรม และผู้สูงอายุที่ติดเตียง
2. ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถใส่รองเท้าแบบสวมได้

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้รับบาดเจ็บเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรม
2. ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยระหว่างทำการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ นวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนสำหรับผู้สูงอายุ ในชุมชน โดยส่วนประกอบของรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติ ประกอบด้วย 1) เมื่อผู้ปวยใส่รองเท้าแรงกดจากเท้าผู้สูงอายุจะไปสวิตช์หลอดไฟที่เชื่อมต่อบระบบไฟฟ้าให้สว่างขึ้น ซึ่งระดับความส่องสว่างของหลอดไฟ มีหน่วยเป็น ลักซ์ (Lux) หลอดไฟที่ติดบริเวณด้านหน้ารองเท้า (ดังภาพที่ 2) มีค่าความส่องสว่างประมาณ 50 Lux และค่าความส่องสว่างนี้มีความส่องสว่างเพียงพอกับพื้นที่ต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุมักปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นประจำ และ 2) หลังจาก que ผู้ปวยถอดรองเท้า สวิตช์ไฟจะถูกปิดและหลอดไฟจะดับลง นอกจากนี้กล่องวงจรไฟฟ้าสามารถถอดติดตั้ง (Mobile Device) ได้กับรองเท้าของผู้สูงอายุแต่ละคนและมีน้ำหนักเบาเพียงกล่องละ 50 กรัม ซึ่งเป็นน้ำหนักที่ไม่รบกวนการเดินและการทรงตัวสำหรับผู้สูงอายุ



ภาพที่ 2 แสดงตัวอย่างรองเท้ากับกล่องกล่อดันแบบของนวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบประเมินการใช้งาน (Usability Scale) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นส่วนข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ โรคประจำตัว ประวัติการพลัดตกหกล้มและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ด้านการมองเห็น หรือด้านการได้ยิน และส่วนที่ 2 แบบสอบถามการใช้งาน ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านวัสดุและการออกแบบ จำนวน 5 ข้อ ด้านประโยชน์ในการใช้งานจำนวน 7 ข้อ และด้านความปลอดภัยในการใช้งาน จำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดย 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก และ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

2.2 แบบประเมินความมั่นใจการเดินเมื่อทำกิจกรรมเวลากลางคืนสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ความมั่นใจของผู้สูงอายุ เมื่ออาศัยภายในบ้าน จำนวน 5 ข้อ และความมั่นใจของผู้สูงอายุเมื่ออยู่ภายนอกบ้าน จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดย 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก และ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจการใช้รองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนของผู้สูงอายุ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดย 1 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจน้อยที่สุด 2 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจน้อย 3 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจปานกลาง 4 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจมาก และ 5 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจมากที่สุด

ผู้วิจัยแบ่งคะแนนเฉลี่ยของคะแนนของเครื่องมือทั้ง 3 ส่วน ออกเป็น 5 ระดับ ตามเกณฑ์ของชูศรี วงศ์รัตน (2553) ได้แก่ ระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) ระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) และระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ นวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพของนวัตกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ การพัฒนานวัตกรรมจำนวน 2 ท่านและอาจารย์วิทยาลัยเทคนิค จังหวัดจันทบุรี จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเครื่องมือ (Content Validity Index (CVI)) เท่ากับ 0.89

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินความมั่นใจการเดินเมื่อทำกิจกรรมเวลากลางคืนสำหรับผู้สูงอายุ ประเมินการใช้งานของนวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุสำหรับการใช้งานนวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างฯ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การสอนวิชานวัตกรรมและงานวิจัย จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.82, 0.90 และ 1.00 ตามลำดับ หลังจากนั้น ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ และนำแบบประเมินทั้ง 3 แบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช (Cronbach's Alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.82, 0.88 และ 0.89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นวิจัยพัฒนา (Research and Development (R & D)) ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 R1 (Research 1) ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ของผู้สูงอายุในชุมชนโดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ ประกอบด้วย 1) การทำความเข้าใจปัญหา (Empathize) การระบุปัญหา (Define) สร้างความคิด (Ideate) สร้างต้นแบบ (Prototype) และการทดสอบ (Test) ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญข้ามศาสตร์มาช่วยกำหนดปัญหาที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ของผู้สูงอายุในชุมชน

ระยะที่ 2 D1 (Development 1) โดยการนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาออกแบบเพื่อพัฒนานวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติ ในเวลากลางคืนสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาโปรแกรมวงจรไฟฟ้าและการออกแบบสื่อผลิตภัณฑ์ มาช่วยแนะนำและพัฒนากล่องวงจรพร้อมเซ็นเซอร์และหลอดไฟติดอัตโนมัติเวลาผู้สูงอายุสวมใส่รองเท้า โดยกล่องวงจรไฟฟ้าสามารถถอดติดตั้ง (Mobile Device) ได้กับรองเท้า

ของผู้สูงอายุแต่ละคนและมีน้ำหนักเบาเพียงกล่องละ 50 กรัม ซึ่งเป็นน้ำหนักที่ไม่รบกวนการเดินสำหรับผู้สูงอายุ โดยระดับความส่องสว่างของหลอดไฟ (ซึ่งมีหน่วยเป็น Lux) ในห้องต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุมักปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นประจำ โดยวัดค่าความส่องสว่างของรองเท้าเท่ากับ 50 Lux หลังจากนั้นนำนวัตกรรมไปตรวจสอบคุณภาพของนวัตกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ การพัฒนานวัตกรรมจำนวน 2 ท่านและอาจารย์วิทยาลัยเทคนิค จังหวัดจันทบุรี 1 ท่าน

ระยะที่ 3 R2 (Research 2) ทดสอบความเป็นไปได้ (Feasibility) ของนวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 5 ราย เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติ ในเวลากลางคืนสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

ระยะที่ 4 D2 (Development 2) ปรับปรุงนวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติ ในเวลากลางคืนสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

ระยะที่ 5 R3 (Research 3) ทดลองใช้จริงและประเมินผลการใช้นวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีการดำเนินการเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

วันที่ 1 ของการดำเนินการวิจัย 1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การคุ้มครองสิทธิ และขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมจะให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอม 2) ผู้วิจัยอธิบายและแนะนำวิธีการใช้นวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน 3) ผู้วิจัยสาธิตการใช้งานนวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืน และให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้ พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

วันที่ 2 ของการดำเนินการวิจัย ดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยการสัมภาษณ์ และประเมินโดยใช้แบบประเมินทั้ง 3 เครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้ความมั่นใจในการเดินเมื่อทำกิจกรรมเวลากลางคืนของผู้สูงอายุในชุมชน แบบประเมินการใช้งานรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนของผู้สูงอายุ และ แบบประเมินความพึงพอใจการใช้รองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนของผู้สูงอายุ ระยะเวลาประมาณ 15 นาทีต่อราย ให้อาสาสมัครทดลองใช้ 30 นาที ในห้องที่มีแสงสว่างน้อยของบ้านแต่ละหลัง

2. ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 ราย ทดลองใช้รองเท้า ที่มีค่าความส่องสว่างที่ถูกติดตั้งไว้สำหรับห้องนอนหรือภายในบ้านเท่ากับ 50 Lux ที่เป็นความส่องสว่างที่เพียงพอกับพื้นที่ที่ผู้สูงอายุใช้ในชีวิตประจำวัน

3. วัดความเข้มของแสง ที่ระยะ 1.5 เมตร เพื่อประเมินความสว่างของการใช้รองเท้า

4. หลังจากนั้นทำการประเมินแบบสอบถามข้อคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินความมั่นใจในการเดินเมื่อทำกิจกรรมเวลากลางคืนสำหรับผู้สูงอายุ แบบประเมินการใช้งานของนวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุสำหรับ

การใช้งานนวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างฯ และดำเนินการเก็บข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติบรรยาย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนน ได้แก่ คะแนนความมั่นใจในการเดินเมื่อทำกิจกรรมเวลากลางคืนสำหรับผู้สูงอายุ คะแนนการใช้งาน (Usability Scale) ของนวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนสำหรับผู้สูงอายุ ในชุมชน และคะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุสำหรับการใช้งานนวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างฯ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (Mean) ของคะแนน ทั้ง 3 เครื่องมือที่ได้แต่ละข้อกับเกณฑ์ประเมินค่าที่ระดับมาก ($\mu \geq 3.50$) ซึ่งเกณฑ์ดังกล่าวได้มาจากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างแล้วทำการแปลความหมายค่าเฉลี่ยแบบอิงเกณฑ์ (Criterion Reference) (Gall, Gall, & Borg, 2007; Gravetter & Wallnau, 2016) โดยใช้สถิติ One-Sample t-test โดยใช้ค่าเริ่มต้นของคะแนนเฉลี่ยระดับมาก คือ 3.50 เป็นค่าทดสอบ (Test Value) และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการกระจายข้อมูล (Distribution) พบว่ามีการกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Normal Curve)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 ตามเอกสารรับรองเลขที่ COA 083/65 ลงวันที่ 23 พฤศจิกายน 2565 และวันหมดอายุคือ 23 มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.33) อายุเฉลี่ย 68.96 ปี (S.D. = 28.42) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 86.67) โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 60) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 33.33) และโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 16.67) ระยะเวลาการพลัดตกหกล้มที่ผ่านมาเฉลี่ย 0.51 ครั้ง/เดือน (S.D. = 1.77)

2. เปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในการเดินเมื่อทำกิจกรรมเวลากลางคืนสำหรับผู้สูงอายุหลังใช้ นวัตกรรมรองเท้าสองสว่างอัตโนมัติกับคะแนนมาตรฐาน

พบว่า คะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการเดินเมื่อทำกิจกรรมเวลากลางคืนสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวม และทั้ง 10 กิจกรรม สูงกว่าค่ามาตรฐานคะแนนเฉลี่ยระดับมาก (Mean = 3.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการเดินเมื่อทำกิจกรรมเวลากลางคืนสำหรับผู้สูงอายุ
กับเกณฑ์มาตรฐานคะแนนเฉลี่ยระดับมาก (Mean = 3.5) (n=30)

คะแนนความมั่นใจในการเดิน เมื่อทำกิจกรรมเวลากลางคืนสำหรับผู้สูงอายุ	Mean	S.D.	t	P-value
1. ทำความสะอาดบ้าน (เช่น กวาดบ้าน ดูดฝุ่น หรือ ปัดฝุ่น)	4.50	0.51	10.77	<0.001
2. เดินไปเตรียมอาหารง่าย ๆ ในห้องครัว	4.37	0.56	8.54	<0.001
3. เดินเข้าห้องน้ำ (เช่น ไปอาบน้ำ หรือปัสสาวะ)	4.40	0.62	7.93	<0.001
4. เดินไปซื้อของใกล้ ๆ บ้าน	4.30	0.65	6.73	<0.001
5. ขึ้นหรือลงบันได	4.33	0.88	5.16	<0.001
6. ก้มลงเก็บของบนพื้น	4.43	0.57	8.96	<0.001
7. เดินไปเปิดประตู หรือเดินภายในบ้าน	4.47	0.63	8.42	<0.001
8. เดินไปเยี่ยมเพื่อนบ้านหรือญาติใกล้ ๆ บ้าน	4.27	0.69	6.07	<0.001
9. เดินบนพื้นที่ไม่เรียบ (เช่น พื้นดิน)	4.43	0.63	8.16	<0.001
10. เดินในบ้านที่มีตู้ ชั้นวางของ หรือมีสิ่งของวางอยู่	4.37	0.56	8.54	<0.001
11. เดินขึ้นหรือลงที่ลาดชัน	4.27	0.58	7.20	<0.001
12. เดินไปยังบริเวณซีกล่าง	4.33	0.76	6.03	<0.001
ภาพรวม	4.37	0.33	14.37	<0.001

3. เปรียบเทียบคะแนนการใช้งานนวัตกรรมรองเท้าสองสว่างอัตโนมัติกับคะแนนมาตรฐาน

พบว่า คะแนนเฉลี่ยการใช้งานนวัตกรรมรองเท้าสองสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านอุปกรณ์รองเท้า ด้านประโยชน์ในการใช้งาน และด้านประสิทธิภาพของรองเท้า สูงกว่าค่ามาตรฐานคะแนนเฉลี่ยระดับมาก (Mean = 3.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการใช้งานนวัตกรรมนวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน (Usability Score) กับ เกณฑ์มาตรฐานคะแนนเฉลี่ยระดับมาก (Mean = 3.5) (n=30)

การใช้งานนวัตกรรมวอล์คเกอร์เตือนภัยเหตุฉุกเฉิน สำหรับผู้สูงอายุ (Usability Score)	Mean	S.D.	t	P-value
ด้านที่ 1 ด้านอุปกรณ์รองเท้า				
1.1 การใช้งานรองเท้าไม่ซับซ้อน	4.50	0.51	10.78	<0.001
1.2 รูปทรงและลักษณะรองเท้าเหมาะสม	4.50	0.51	10.78	<0.001
1.3 ขนาดของรองเท้าเหมาะสม น้ำหนักเบา	4.37	0.72	6.61	<0.001
1.4 อุปกรณ์หลอดไฟบนรองเท้าไม่เกะกะ	4.40	0.50	9.90	<0.001
1.5 รองเท้าส่องสว่างมีความสร้างสรรค์	4.60	0.50	12.09	<0.001
ภาพรวมรายด้าน	4.47	0.33	16.15	<0.001
ด้านที่ 2 ด้านประโยชน์ในการใช้งาน				
2.1 สะดวกใช้งานง่าย	4.43	0.57	8.96	<0.001
2.2 มีความปลอดภัย	4.37	0.72	6.61	<0.001
2.3 สวมใส่สบาย กระชับไม่เลื่อนหลุด	4.37	0.56	8.54	<0.001
ภาพรวมรายด้าน	4.39	0.41	11.84	<0.001
ด้านที่ 3 ด้านประสิทธิภาพของรองเท้า				
3.1 ให้แสงสว่างได้อย่างเพียงพอมองเห็นได้ชัดเจนในที่มืด	4.20	0.61	6.28	<0.001
3.2 มีส่วนช่วยป้องกันเกิดการพลัดตกหกล้มได้	4.47	0.63	8.42	<0.001
3.3 ระบบปิดเปิดไฟทำงานได้เองภาพรวมรายด้าน	4.37	0.56	8.54	<0.001
รวม	4.34	0.40	11.67	<0.001

4. เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุสำหรับการใช้งานนวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติกับคะแนนมาตรฐาน

พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติ การสวมรองเท้าช่วยมองเห็นได้ชัดเจน การสวมรองเท้าช่วยลดปัญหาการพลัดตกหกล้ม การใช้งานของรองเท้าตรงกับความต้องการ การคงทนต่อการใช้อย่างต่อเนื่อง และความพึงพอใจรวม สูงกว่าค่ามาตรฐานคะแนนเฉลี่ยระดับมาก (Mean=3.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนกับเกณฑ์มาตรฐานคะแนนเฉลี่ยระดับมาก (Mean = 3.5) (n=30)

ความพึงพอใจการใช้งานนวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติของผู้สูงอายุ	Mean	S.D.	t	P-value
เมื่อท่านสวมใส่รองเท้าช่วยมองเห็นได้ชัดเจนลดโอกาสพลัดตกหกล้ม	4.57	0.50	11.59	<0.001
เมื่อท่านสวมใส่รองเท้ามีส่วนช่วยลดปัญหาการพลัดตกหกล้ม	4.30	0.54	8.19	<0.001
เมื่อท่านสวมรองเท้าใช้งานง่าย ตรงกับความต้องการ	4.33	0.76	6.02	<0.001
ท่านต้องการสวมใส่รองเท้านี้อย่างต่อเนื่อง	4.33	0.84	5.40	<0.001
ความพึงพอใจในภาพรวม	4.57	0.50	11.59	<0.001
รวม	4.42	0.40	12.56	<0.001

การอภิปรายผล

การพัฒนางานนวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุนั้นใจในการเดินหรือการทำกิจกรรมในเวลากลางคืนและป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุนี้ใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) ได้แก่ วิเคราะห์สถานการณ์เพื่อทำความเข้าใจและค้นหาปัญหา (Empathize) การระบุปัญหา (Define) การระดมความคิด (Ideate) การพัฒนาต้นแบบ (Prototype) และการทดสอบ (Test) ซึ่งทำให้สามารถพัฒนานวัตกรรมที่มีความจำเพาะเจาะจงกับความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน (User Needs) จากการศึกษาของ กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง และคณะ (2564) พบว่าพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพโดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบทั้ง 5 ขั้นตอน ใช้เป็นแนวคิดในการพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ เพราะนวัตกรรมที่ถูกพัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้มากขึ้น (Feasibility) เนื่องจากนวัตกรรมสามารถแก้ไขหรือป้องกันปัญหาสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากนวัตกรรมการทางสุขภาพที่ประยุกต์ใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบทั้ง 5 ขั้นตอน นำไปสู่การพัฒนานวัตกรรมต้นแบบในชุมชนได้และนวัตกรรมที่ประยุกต์ใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบสามารถได้รับความร่วมมือแก้ปัญหาชุมชนได้เป็นอย่างดี (พิชามญช์ สุริยพรรณ, สุทธิศิลป์ สุขสบาย, ปารณีย์ ชั่งกฤษ และมหิดล สุริยพรรณ, 2565)

นอกจากนี้นวัตกรรมการรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนจำเป็นต้องมีระบบไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์เพื่อผลิตแผงวงจรไฟฟ้าสำหรับการผลิตแสงสว่างอัตโนมัติเมื่อผู้สูงอายุสวมใส่รองเท้าเวลาเดินหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ภายในหรือภายนอกบ้าน การพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพขั้นนี้มีความซับซ้อนจึงไม่สามารถใช้ศาสตร์ทางการแพทย์เพียงศาสตร์เดียวในการเรียนรู้และพัฒนานวัตกรรม จึงจำเป็นต้องมีการบูรณาการข้ามศาสตร์อีกหนึ่งศาสตร์ คือ การใช้ทฤษฎีอิเล็กทรอนิกส์ หลักของวงจรไฟฟ้า และคณิตศาสตร์ทางวิศวกรรมจากผู้เชี่ยวชาญจากศาสตร์ดังกล่าว มาเป็นทีมพัฒนานวัตกรรมรองเท้าฯ เพื่อเพิ่มการเรียนรู้สำหรับอาจารย์

นวัตกรรมรองเท้าส่องสว่างอัตโนมัติในเวลากลางคืนสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน สามารถส่งเสริมความมั่นใจในการเดินหรือทำกิจกรรมทั้งภายในหรือภายนอกบ้านในเวลากลางคืนได้ พบว่าผู้สูงอายุภายหลังทดลองใช้รองเท้าฯ

มีค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการเดินเมื่อทำกิจกรรมเวลากลางคืนสูงกว่าคะแนนเกณฑ์มาตรฐาน ระดับมาก (3.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากนวัตกรรมรองเท้าฯ ถูกพัฒนาขึ้นตามความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน ที่ประสบปัญหาการมองเห็นในเวลากลางคืนที่อาจทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ และค่าความเข้มของแสงสว่างหลังใช้นวัตกรรมรองเท้า คือ 50.13 lux (S.D. = 2.72) Lux ซึ่งเป็นระยะที่ผู้สูงอายุมองเห็นเท่ากับค่ามาตรฐานของแสงสว่างในพื้นที่สัญจรหรือในอาคาร คือ 50 Lux (ยลดา ไชยรี, 2563) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการมองเห็นและช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุ ดังนั้นการเพิ่มประสิทธิภาพในการมองเห็นแก่ผู้สูงอายุ (Visual Performance) สามารถลดการเกิดพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุได้ และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการมองเห็นของผู้สูงอายุในเวลากลางคืน คือ ระดับค่าความส่องสว่างที่พื้น โดยพบว่าค่าความส่องสว่างสำหรับผู้สูงอายุควรมีค่าเพิ่มขึ้นและสร้างความมั่นใจในการทำกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ (นาถนภา กิตติจารุพันธ์, 2561) ดังนั้นแสงสว่างจากนวัตกรรมรองเท้าฯ ในขณะที่เดินหรือทำกิจกรรมในเวลากลางคืนจึงช่วยให้ผู้สูงอายุมองเห็นและเกิดความมั่นใจมากขึ้น นอกจากนี้ทุก ๆ การก้าวของการเดินผู้สูงอายุที่มีไฟส่องทำให้ผู้สูงอายุจดจ่อกับแสงสว่างที่อยู่ด้านหน้าทำให้ผู้สูงอายุมีระดับระว่างการเดินมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้สูงอายุส่วนมากที่อาศัยอยู่บ้านเพียงลำพัง มักพบว่าภายในบ้านมีความสว่างไม่เหมาะสมเนื่องจากผู้สูงอายุมักไม่เปิดหน้าต่างเนื่องจากหน้าต่างมีปัญหาความผิืดเปิดและปิดยากเนื่องจากปัญหากล้ามเนื้อแขนของผู้สูงอายุ ทำให้ต่อปริมาณแสงสว่างภายในบ้านลดลง ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากการมองไม่ชัดเจนและความสว่างของภายในบ้านหรือทางเดินควรอยู่ในช่วง 100 Lux จึงจะเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและป้องกันการสะดุดล้มได้ (ยุทธนา ทองท่วม, 2559)

ผลของการเปรียบเทียบคะแนนการใช้งาน (Usability Score) หลังผู้สูงอายุทดลองใช้นวัตกรรมรองเท้าฯ พบว่าเมื่อผู้สูงอายุในชุมชนได้ทดลองใช้นวัตกรรมรองเท้าฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการใช้งานสูงกว่าคะแนนเกณฑ์มาตรฐานระดับมาก (3.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากทีมผู้วิจัยที่ร่วมกันออกแบบนวัตกรรมรองเท้าฯ โดยใช้กระบวนการการคิดเชิงออกแบบรวมกับการบูรณาการการข้ามศาสตร์ มีการวิเคราะห์ปัญหา กำหนดปัญหา (Pain Point) การกำหนดเป้าหมาย การระดมความคิด สร้างต้นแบบและทดสอบร่วมกัน ระหว่างทีมวิจัยที่เป็นวิทยาศาสตร์สุขภาพและผู้เชี่ยวชาญจากศาสตร์ทางด้านอิเล็กทรอนิกส์และวิศวกรรมศาสตร์ โดยยึดหลักพัฒนานวัตกรรมตามความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน (User Needs) ความปลอดภัย และเกิดประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ (ชวพร ธรรมนิยกุล และกันยารัตน์ ศรีวิสุทธิกุล, 2565) และการพัฒนานวัตกรรมรองเท้าฯ เป็นการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีมาป้องกันภาวะสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้เกิดคุณค่าและประโยชน์แก่ผู้สูงอายุปัจจุบันความจำเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ (Independent Promotion) ยกระดับคุณภาพชีวิตเพื่อใช้ชีวิตด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ เช่น ความปลอดภัย หรือภาวะสุขภาพ เป็นต้น และส่งเสริมความมั่นใจในการใช้ชีวิตโดยรับมือกับ

ปัญหาที่เกิดความเสื่อมถอยของสมรรถภาพของร่างกาย (ปิติภัทร ปิ่นบุตร, กายรัฐ เจริญราษฎร์, กิตติพงษ์ ภูพัฒน์วิบูลย์ และณัฐชามญช์ ศรีเจริญรัตน, 2563; นาถนภา กิตติจารุพันธ์, 2561)

การพัฒนานวัตกรรมรองรับเท้าๆ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุภายหลังการทดลองใช้สูงกว่าคะแนนเกณฑ์มาตรฐานระดับมาก (3.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากผู้สูงอายุรู้สึกถึงความปลอดภัยหากต้องเดินหรือทำกิจกรรมในสถานที่ที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอ อีกทั้งนวัตกรรมรองรับเท้าๆ ช่วยเพิ่มความสะดวกสบายสำหรับการเดินในเวลากลางวันที่ไม่ต้องกังวลกับการปิด-เปิดไฟภายในหรือภายนอกบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพาวดี ขันทบัลลัง และคณะ (2565) ที่ศึกษาการพัฒนาและประสิทธิผลของนวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการทรงตัวมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมเนื่องจากนวัตกรรมตอบสนองความต้องการในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ ลดภาระของผู้ดูแล และนวัตกรรมดังกล่าวมีความปลอดภัย และสะดวกสบายต่อการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ พิชามญช์ สุริยพรรณ, สุทธิศิลป์ สุขสบาย, ปารณีย์ ชังกฤษ และมหิตล สุริยพรรณ (2565) พบว่านวัตกรรมที่สามารถแก้ไขปัญหาวิตถิประจักษ์ ทำให้ผู้ใช้เกิดความพึงพอใจและส่งเสริมความมั่นคงทางสังคมในบริบทและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุทำให้ยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการวิจัย การพัฒนานวัตกรรมรองรับเท้าๆ โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการคิดเชิงออกแบบร่วม (Design Thinking) กับการบูรณาการข้ามศาสตร์ (Trans-Disciplinarity) ทำให้การพัฒนานวัตกรรมมีขั้นตอนที่เป็นระบบและได้นวัตกรรมที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานอย่างแท้จริง (User Need)
2. ด้านการบริหารการพยาบาล การพัฒนานวัตกรรมรองรับเท้าๆ ส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมข้ามศาสตร์ โดยการให้ทุน การอบรมเชิงปฏิบัติการร่วมกันระหว่างบุคลากรต่างสาขา ต่างความเชี่ยวชาญ เพื่อเกิดนวัตกรรมด้านสุขภาพที่เป็นการบูรณาการข้ามศาสตร์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำรูปแบบการบูรณาการข้ามศาสตร์ไปใช้ในการพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพทางคลินิกสำหรับพยาบาลหรือทีมสุขภาพและการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาเพื่อให้เพิ่มผลลัพธ์การเรียนรู้สำหรับนักศึกษา
2. ควรมีการพัฒนาต้นแบบของนวัตกรรมรองรับเท้าๆ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเนื่องจากนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้เป็นเพียงต้นแบบที่ยังมีปัญหา ได้แก่ ความส่องสว่างยังไม่เสถียร และความเข้มของแสงยังไม่เป็นไปตามมาตรฐาน เป็นต้น ดังนั้นนวัตกรรมชิ้นนี้ต้องการพัฒนาปรับปรุงหรือต่อยอดเพื่อให้เกิดประสิทธิผลมากขึ้น

3. ควรมีการเพิ่มสมรรถนะทีมพัฒนานวัตกรรมที่มีประสบการณ์น้อย (Novice Inventor) เพื่อนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้จากการพัฒนานวัตกรรมที่ใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบและการบูรณาการข้ามศาสตร์นำไปเป็นพื้นฐานหรือต่อยอดสำหรับการพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพสำหรับพยาบาลหรือทีมสุขภาพและการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในวิชาชีพและนวัตกรรมทางการพยาบาลในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง และคณะ. (2564). ประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้การคิดเชิงออกแบบและการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพต่อการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ (4Cs) และสมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพในวิชานวัตกรรมทางการพยาบาล. *Journal of Information and Learning*, 32(3), 14-24.
- จารุณี มุมบ้านเช่า. (2559). การวิจัยแบบบูรณาการข้ามศาสตร์. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 25(1), 119-132.
- จิรัชยา เคล้าดี, สุภชัย นาคสุวรรณ และจักรวาล สุขไมตรี. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารราชพฤกษ์*, 15(1), 27-32.
- ฉัตรชญา สุตาลังกา, วิลาวัลย์ ไชยอุต, พลอยไพลิน นามกร และนิรันดร์ เงินแย้ม. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานสมรรถภาพสมองการทำงานของสมองด้านการจัดการสมรรถภาพทางกาย กับความกลัวการล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย*, 53(2), 16-31.
- ชวพร ธรรมนิยกุล และกันยารัตน์ ศรีวิสัยกุล. (2565). ความต้องการและรูปแบบการสื่อสารนวัตกรรมเพื่อส่งเสริมทักษะความเป็นพลเมืองดิจิทัลด้านความปลอดภัยทางเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารมนุษยศาสตร์วิชาการ*, 31(1), 75-93.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2553). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: ไทเนรมิตกิจ อินเตอร์โพรเกรสซิฟ.
- ธนู อ่อนอุดม. (2558). *การรับรู้ในสุนทรียศาสตร์ของผู้ปกครองการมองเห็น*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการออกแบบ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต.
- นาถนภา กิตติจารุพันธ์. (2561). *ผลกระทบของระดับความส่องสว่างและอุณหภูมิสีของแสงต่อความเร็วและความถูกต้องในการอ่านหนังสือของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสถาปัตยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเสริฐ ศรีนวล และธนัช กนกเทศ. (2564). อุบัติเหตุพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ: ผู้สูงอายุไทยความมั่นใจที่ปัญหาชาวบ้านโดยเทคนิคการสะท้อนแสง Bamboo Louvers Design for the Elder in Local Resident by Daylight Reflecting Technique. *วารสารวิชาการการออกแบบสภาพแวดล้อม*, 3(1), 89-111.

- ปิติภัทร ปิ่นบุตร, กายรัฐ เจริญราษฎร์, กิตติพงษ์ ภูพัฒน์วิบูลย์ และณัฐชามญช์ ศรีเจริญรัตน์. (2563). การประยุกต์ใช้เสียงเพื่อควบคุมแสงสว่างบ้านอัจฉริยะสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการจัดการมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม*, 7(1), 306-319.
- พิกษมณู สุริยพรรณ, สุทธิศิลป์ สุขสบาย, ปารณีย์ ชั่งกฤษ และมหิตล สุริยพรรณ. (2565). การพัฒนานวัตกรรมสำหรับผู้สูงอายุด้วยกระบวนการคิดเชิงออกแบบ. *วารสารวิชาการสถาบันการอาชีวศึกษาภาคใต้ 1*, 7(2), 33-40.
- ยลดา ไชยรี. (2563). *แสงในงานสถาปัตยกรรมไทย: การประยุกต์ในรีสอร์ทจังหวัดกาญจนบุรี*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสถาปัตยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- ยุทธนา ทองท้วม. (2559). การพัฒนารูปแบบข้อแสงไม้ไฟสำหรับผู้สูงอายุในที่พักอาศัยที่ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน โดยเทคนิคการสะท้อนแสง. *วารสารวิชาการการออกแบบสภาพแวดล้อม*, 3(1), 89-111.
- ยุพาวดี ชันทบัลลัง และคณะ. (2565). การพัฒนาและประสิทธิผลของนวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 28(1), e257969.
- วันทนา ศุภมณี และอนุวัฒน์ ชั่นกลาง. (2560). *ไม้เท้าอัจฉริยะ (Smart Cane)*. การประชุมวิชาการระดับชาติ ราชชมงคลสุรินทร์วิชาการ ครั้งที่ 8 วิจัยเพื่อประเทศไทย 4.0 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสุรินทร์.
- โสภิตา ท้วมมี, หทัยรัตน์ เกตุมณีชัยรัตน์, ฌลลิกา เพชรมณีนิลใส และพศวัต พันธโสทธิ. (2565). ไม้เท้าอัจฉริยะ สำหรับช่วยเหลือผู้พิการทางสายตา. *วารสารวิชาการเทคโนโลยีอุตสาหกรรม*, 18(2), 22-39.
- Broman, A. T., West, S. K., Munoz, B., Bandeen-Roche, K., Rubin, G. S., & Turano, K. A. (2004). Divided visual attention as a predictor of bumping while walking: The salisbury eye evaluation. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 45(9), 2955-2960. <https://doi.org/10.1167/iovs.04-0219>
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Ferguson, E. L., et al. (2024). Visual Impairment, Eye Conditions, and Diagnoses of Neurodegeneration and Dementia. *JAMA Network Open*, 7(7), e2424539. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.24539>
- Freeman, E. E., Munoz, B., Rubin, G., & West, S. K. (2007). Visual field loss increases the risk of falls in older adults: The Salisbury eye evaluation. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 48(10), 4445-4450. <https://doi.org/10.1167/iovs.07-0326>

- Gall, M. D., Gall, J. P., & Borg, W. R. (2007). *Educational research: An Introduction* (8th ed.). New York: Pearson Education.
- Gravetter, F. J., & Wallnau, L. B. (2016). *Statistics for the behavioral sciences* (10th ed.). Boston: Cengage Learning.
- Jefferis, B. J., et al. (2014). How are falls and fear of falling associated with objectively measured physical activity in a cohort of community-dwelling older men?. *BMC Geriatrics*, 14(1), 114. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-114>
- Kakara, R., Bergen, G., Burns, E., & Stevens, M. (2023). Nonfatal and fatal falls among adults aged ≥65 years - United States, 2020-2021. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 72(35), 938-943. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7235a1>
- Li, Y., Hou, L., Zhao, H., Xie, R., Yi, Y., & Ding, X. (2023). Risk factors for falls among community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Medicine*, 9, 1019094. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1019094>
- MacKay, S., Ebert, P., Harbidge, C., & Hogan, D. B. (2021). Fear of Falling in Older Adults: A scoping review of recent literature. *Canadian Geriatrics Journal*, 24(4), 379-394. <https://doi.org/10.5770/cgj.24.521>
- Reed-Jones, R. J., Solis, G. R., Lawson, K. A., Loya, A. M., Cude-Islas, D., & Berger, C. S. (2013). Vision and falls: A multidisciplinary review of the contributions of visual impairment to falls among older adults. *Maturitas*, 75(1), 22-28. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.01.019>
- Saftari, L. N. & Kwon, O. S. (2018). Ageing vision and falls: A review. *Journal of Physiological Anthropology*, 37(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s40101-018-0170-1>
- Thanomwong, A., Khomarwut, S., Satrakom, W., & Wonngnuch, P. (2020). Prevalence and Factor Associated with falling among older adults in Ban Den San Sai Village, Thung Ko Sub-district, Wiang Chiang Rung District, Chiang Rai Province, Thailand. *Journal of Health Science Alternative Medicine*, 2(2), 23-26.
- Vo, M. T. H., Thonglor, R., Moncatar, T. J. R., Han, T. D. T., Tejavivaddhana, P., & Nakamura, K. (2023). Fear of falling and associated factors among older adults in Southeast Asia: A systematic review. *Public Health*, 222, 215-228. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.08.012>

อายุและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ:
เปรียบเทียบระหว่างวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

Age and Self-Care Behaviors for Maintaining Health Status in Patients with Cardiovascular
Disease: A Comparison Between Adults and Older Adults

นันทน์ภัส สารมาศ¹, นฤเบศร์ โกศล¹, กมลนาถ มุขมณเฑียร^{1*}

Nannapath Saramad¹, Naruebeth Koson¹, Kamonnard Mookmontien^{1*}

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก¹

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute¹

(Received: June 13, 2024; Revised: August 5, 2024; Accepted: November 20, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของปัจจัยด้านอายุและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบคะแนนและอัตราส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 401 ราย เครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ มีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และอัตราส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Independent t-test, Chi-Square และ Odd Ratio

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพโดยรวมเหมาะสมเท่ากับ 80.50 คะแนน (S.D. = 14.57) ซึ่งวัยผู้ใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมเหมาะสมมากกว่าผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอัตราส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพโดยรวมที่เหมาะสมในวัยผู้ใหญ่สูงกว่าวัยสูงอายุ (OR = 1.30 95%CI: 1.07-1.58) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมการไปตรวจรักษาตรงตามแพทย์นัด (OR = 1.55 95%CI: 1.30-1.86) รับประทานยาแอสไพรินหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด (OR = 1.28 95%CI: 1.06-1.55) ทำกิจกรรมทางกาย (OR = 1.26 95%CI: 1.05-1.52) รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ โดยไม่ลืมรับประทานยา (OR = 1.43 95%CI: 1.19-1.71) พยายามหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย (เช่น ฉีดยาฉีดวัคซีนไข้หวัด ล้างมือ) (OR = 1.45 95%CI: 1.20-1.74) ในวัยผู้ใหญ่มีอัตราส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมมากกว่าวัยสูงอายุ และไม่แตกต่างกันในอีก 4 ด้านที่เหลือ ดังนั้น ควรมีการพัฒนาารูปแบบส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยเน้นการมาตรวจรักษาตรงตามแพทย์นัด การรับประทานยาต่อเนื่อง ส่งเสริมการออกกำลังกาย รวมไปถึงการเข้าถึงวัคซีนไข้หวัด และวิธีการป้องกันการเจ็บป่วย

คำสำคัญ: อายุ, การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ, โรคหลอดเลือดหัวใจ, ผู้ใหญ่, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ: กมลนาถ มุขมณเฑียร e-mail: kamonnard@bcnnakhon.ac.th

Abstract

This cross-sectional survey aimed to examine the effects of age and self-care behaviors on maintaining health status among adult and older patients with cardiovascular disease. It also compared the scores and proportions of self-care behaviors between these two groups. Secondary data were used, involving 401 participants diagnosed with cardiovascular disease. The research instrument was the 9-item Self-Care Maintenance subscale of the Self-Care of Coronary Heart Disease Index-Thai version (SC-CHDI-Thai), which had a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.80. Data analysis included comparing mean scores and appropriate self-care maintenance behaviors between adults and older adults using Independent t-tests, Chi-square tests, and Odds ratios.

The study found that patients with cardiovascular disease had an overall mean self-care maintenance score of 80.50 (S.D. = 14.57), indicating an appropriate level of self-care, with adults scoring significantly higher than older adults. Adults also demonstrated higher odds of engaging in specific self-care maintenance, including attending scheduled medical appointments (OR = 1.55, 95% CI: 1.30–1.86), taking aspirin or anticoagulant medication (OR = 1.28, 95% CI: 1.06–1.55), participating in physical activity (OR = 1.26, 95% CI: 1.05–1.52), adhering to prescribed medications without forgetting doses (OR = 1.43, 95% CI: 1.19–1.71), and avoiding illness through preventive measures like flu vaccination and handwashing (OR = 1.45, 95% CI: 1.20–1.74). The remaining self-care maintenance showed no significant differences between groups. These findings highlight the need to develop interventions for older adults that focus on improving self-care behaviors, including attending medical appointments, ensuring consistent medication adherence, promoting physical activity, increasing access to flu vaccines, and adopting preventive measures to avoid illness.

Keywords: Age, Self-Care Maintenance, Coronary Heart Disease, Older Adults, Adults

บทนำ

อายุขัยเฉลี่ยของประชากรโลกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ด้วยความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีการรักษา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น การแก่ชราเป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ซึ่งมีลักษณะของการทำงานทางสรีรวิทยาที่เสื่อมถอยลงอย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุนี้ปัจจัยด้านอายุหรือการแก่ชราจึงได้รับการยอมรับกันทั่วโลกว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระของโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้นจำนวน

ผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิด “พายุการกระจายตัวของโรคหลอดเลือดหัวใจ” อย่างสมบูรณ์ โดยอัตราเฉลี่ยของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจครั้งแรกในช่วงอายุระหว่าง 35 ถึง 44 ปี ประมาณ ร้อยละ 0.30 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 7.40 ในช่วงอายุระหว่าง 85 ถึง 94 ปี (Camici & Liberale, 2017) การแก่ชราจะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านกลไกทางพยาธิสรีรภาพหลายประการ เช่น การหนาตัวของหลอดเลือดแดงหรือผนังหัวใจห้องล่าง การเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น ระดับความเครียดจากปฏิกิริยาออกซิเดชันและการอักเสบที่เพิ่มขึ้น ระดับไขมันในเลือดสูง และการสูญเสียระบบการเผาผลาญระดับน้ำตาลในเลือด (Cacciatore, Martone, Landi, & Tosato, 2023) โดยกระบวนการของพยาธิสรีรภาพเหล่านี้ เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเกือบครึ่งหนึ่งเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 1 ปี ซึ่งเกิดจากหลายปัจจัย เช่น ดัชนีมวลกาย ไขมันแอลดีแอล ความใกล้ชิดในครอบครัว (Li et al., 2022; Oliveira et al., 2019) การสูญเสียความคล่องตัวทางกายภาพ เป็นต้น (Belitardo & Ayoub, 2015) เช่นเดียวกับประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 1-2 ครั้งในระยะเวลา 12 เดือน โดยโรคร่วมเป็นปัจจัยทำนายการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล (Polsook & Aungsuroch, 2021) ซึ่งภายหลังการเกิดเหตุการณ์หัวใจชนิดที่รุนแรง ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ (Self-Care Maintenance) ควบคุมปัจจัยเสี่ยงในการดำเนินของโรคผ่านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามคำแนะนำของแนวปฏิบัติการป้องกันทุติยภูมิ (Secondary Prevention) ด้วยวิธีการรับประทานยาสม่ำเสมอ เลิกสูบบุหรี่ รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงกับโรค การทำกิจกรรมทางกาย จัดการความเครียด หลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยหรือการป้องกันหวัด รวมไปถึงการมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (Riegel et al., 2021; Riegel et al., 2017) ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่มสุขภาพต้องคำนึงถึงปัจจัยความแตกต่างด้านอายุ

พฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ ต้องอาศัยความสามารถทั้งทางร่างกายและสติปัญญา เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ลืมกินยา การมาพบแพทย์ตามนัด ทำกิจกรรมทางกาย เป็นต้น ซึ่งกระบวนการชราจะส่งผลให้ความสามารถเหล่านี้น้อยลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสามารถทางสติปัญญาเกี่ยวกับการรู้คิดบกพร่อง (Cognitive Impairment) ที่ส่งผลทำให้เกิดภาวะเปราะบาง พลัดตกหกล้ม แสดงให้เห็นว่าความอ่อนแอทางร่างกายและสติปัญญามีกลไกทางชีววิทยาและการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมร่วมกัน (Borges, Yassuda, Cesari, & Aprahamian, 2019; Muir, Gopaul, & Montero Odasso, 2012) รวมไปถึงความเสื่อมถอยของความสามารถในการควบคุมความคิด การกระทำ อารมณ์ และความสามารถในการจดจำลดลงอาจทำให้การสื่อสาร การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำลดลงไปด้วย อันส่งผลต่อการตัดสินใจทางคลินิกของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย ปัจจุบันมีทฤษฎีและสมมุติฐานจำนวนมากอธิบายปฏิสัมพันธ์ระหว่างโรคหลอดเลือดหัวใจกับสมองในผู้สูงอายุผ่านกระบวนการพยาธิสรีรวิทยาของหลอดเลือดหัวใจที่มีการอุดตัน จนทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเกิดการขาดเลือดหรือสูญเสียหน้าที่ในการบีบตัว อันส่งผลต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง นำไปสู่

ความบกพร่องในการไหลเวียนเลือดไปยังสมองโดยตรง และการไหลเวียนเลือดในไตลดลง ไปกระตุ้นระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน อัลโดสเตอโรน และหลังจากนั้นทำให้การไหลเวียนเลือดในสมองบกพร่อง หรือนำไปสู่ความเสียหายของเนื้อเยื่อสมองจากการอักเสบทั่วร่างกาย รวมไปถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ทำให้เกิดการสว่นหลอดเลือดหัวใจหรือการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อาจทำให้เกิดลิ้มเลือดขนาดเล็กหลุดลอยเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดไปยังสมอง ซึ่งท้ายที่สุดนำไปสู่ความเสื่อมถอยทางสติปัญญาเกี่ยวกับการรู้คิดบกพร่อง นอกจากนี้ความผิดปกติของเยื่อผนังหลอดเลือดอาจนำไปสู่ความเครียดของหลอดเลือดและการการผลิตไนตริกออกไซด์ลดลง ซึ่งไนตริกออกไซด์เกี่ยวข้องกับการผลิตโปรตีนที่ได้มาจากสมอง มีบทบาทสำคัญในการทำงานของการรับรู้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเรียนรู้และความจำ (Wang et al., 2023; Zuo & Wu, 2022) นอกจากการเสื่อมถอยของสติปัญญาและร่างกายตามช่วงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรค เป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้น (ชญาณี สุวรรณสา, วารี กังใจ และสหทัยา รัตนจรณะ, 2566)

รายงานการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าปัจจัยด้านอายุมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ (Al-Sutari & Ahmad, 2022) ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Nurdina, Daulati, & Herdiman, 2023) และวิถีพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่าผู้สูงอายุ (OR 0.959, 95%CI: 0.924–0.994) ทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและแย่ง (Ingadóttir, Svavarsdóttir, Jurgens, & Lee, 2024) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า อัตราส่วนผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ ไม่เพียงพอมากกว่าวัยผู้ใหญ่ (อรุณศรี รัตนพรหม, นิตยา ศรีสุข และนฤเบศร์ โกศล, 2566) นอกจากนี้ยัง พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ซึ่งอายุผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ศึกษาพบว่ามีอายุระหว่าง 51-60 ปี เป็นช่วงวัยที่เริ่มมีการเสื่อมถอยทางร่างกายในด้านประสาทการรับรู้ การเคลื่อนไหว การมองเห็น ตลอดจนพฤติกรรมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงและอาจนำไปสู่เป็นอุปสรรคในการดูแลตนเอง จึงอาจทำให้มีพฤติกรรม การจัดการตนเองที่ไม่ดี (ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด, อดิณญา ลาลูน และธณินทร์ คุณแขวน, 2564) อย่างไรก็ตามข้อสมมุติฐานข้างต้นยังไม่มีหลักฐานการวิจัยสนับสนุนเพียงพอ โดยส่วนใหญ่จะรายงานความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวม ไม่มีการศึกษาความแตกต่างพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพรายข้อระหว่างวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้จึงเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ย และอัตราพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมระหว่างวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาผลของปัจจัยด้านอายุและพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

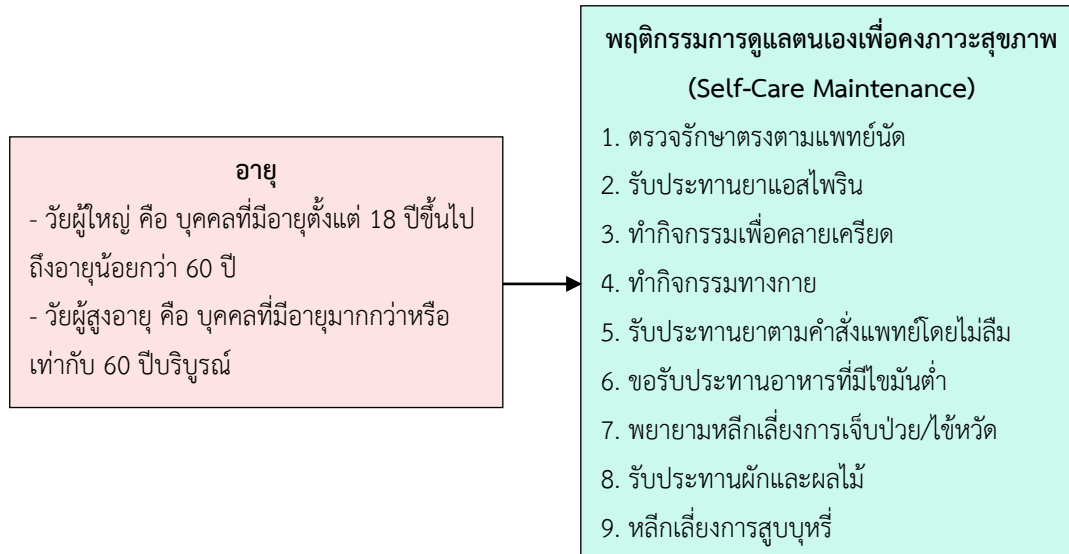
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
3. เปรียบเทียบอัตราส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่แตกต่างกับวัยสูงอายุ
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจวัยผู้ใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพเหมาะสมกว่าวัยผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายใต้ทฤษฎีระดับกลาง การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (A Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness) พัฒนาโดย ริเกล และคณะ (Riegel, Jaarsma, & Strömberg, 2012) การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองที่บุคคลปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในระยะยาวเพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ การรักษาสุขภาพ หรือรักษาความสมดุลทางร่างกายและอารมณ์ (Riegel, Jaarsma, Lee, & Strömberg, 2019) โดยการปรับวิถีการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมทางสุขภาพควบคู่กับการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาพยาบาล (Sigamani & Gupta, 2022) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพประกอบไปด้วย การมาพบแพทย์หรือพยาบาลตามนัดหมาย การรับประทานยาแอสไพรินหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือดของเกล็ดเลือด การออกกำลังกาย รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ รับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ การเลิกสูบบุหรี่ และการป้องกันการเจ็บป่วยจากไข้หวัด (Riegel et al., 2021; Riegel et al., 2017) และจากการทบทวนวรรณกรรม รายงานการศึกษาทฤษฎีเฉพาะสถานการณ์การดูแลตนเองภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าปัจจัยด้านอายุเป็นหนึ่งในปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง กล่าวคือ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพต้องใช้ความสามารถทั้งทางร่างกายและสติปัญญา ซึ่งกระบวนการเสื่อมถอยตามวัย (Riegel, Dickson & Vellone, 2022) ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-Sectional Study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายนถึงกันยายน พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ได้เก็บรวบรวมบันทึกในโปรแกรมวิเคราะห์สถิติจากทั้ง 2 โครงการ (อรุณศรี รัตนพรหม, นิตยา ศรีสุข และนฤเบศร์ โกศล, 2566; Koson, Srisuk, Rattanaprom, Thompson & Ski, 2023) มารวมกันเป็นชุดข้อมูลใหม่ (Pool Data) ภายใต้ 2 โครงการวิจัยหลักเป็นวิจัยแบบบรรยายภาคตัดขวาง (Descriptive Cross Sectional Study) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพียงครั้งเดียว กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 โครงการ

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างน้อย 1 เดือน
3. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย
4. ไม่มีประวัติความบกพร่องทางการรู้คิดที่บันทึกไว้ในเวชระเบียนครั้งปัจจุบัน
5. ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

ไม่มีประวัติประเมนการเจ็บป่วยทางจิตที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน โดยใช้แนวปฏิบัติเดียวกันในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง และการดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้ โครงการที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาด้วยยา หลังทำการหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ และหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้ารับการติดตามอาการในโรงพยาบาลตติยภูมิ รวม 250 ราย (ร้อยละ 62.34) โครงการที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังทำการหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจติดตามการรักษา ณ โรงพยาบาลตติยภูมิ รวม 151 ราย (ร้อยละ 37.66) โดยชุดข้อมูลใหม่ กลุ่มตัวอย่าง 401 ราย เป็นวัยผู้ใหญ่ (อายุ < 60 ปี) จำนวน 194 ราย และวัยสูงอายุ (อายุ ≥ 60 ปี) จำนวน 207 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จากทั้งสองโครงการ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วย ร่วมกับทบทวนบันทึกในแฟ้มเวชระเบียน แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยลักษณะของข้อมูลส่วนนี้เป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และความเพียงพอของรายได้
2. แบบสอบถามลักษณะความเจ็บป่วย จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย โรคร่วม ระดับความรุนแรงเจ็บหน้าอก และระยะเวลาการรักษา
3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory (SC-CHDI)) ต้นฉบับเดิมเป็นภาษาอังกฤษ (Dickson et al., 2023) ซึ่งพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีระดับกลางการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง (A Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness) ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามด้านการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ (Self-Care Maintenance) จำนวน 9 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับบุคคลที่เป็นโรคหัวใจตามคำแนะนำของแนวปฏิบัติการป้องกันทุติยภูมิ ลักษณะการให้คะแนนเป็นแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ จากไม่เคยปฏิบัติหรือนาน ๆ ครั้ง (1 คะแนน) จนถึงปฏิบัติทุกครั้งหรือเป็นประจำ (5 คะแนน) สำหรับประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยเฉพาะการคำนวณคะแนนต้องปรับค่าคะแนนเต็มเป็นฐาน 100 โดยคะแนนยิ่งสูงแสดงว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีซึ่ง Dickson et al. (2023) แนะนำใช้ค่าจุดตัดที่ ≥ 70 แสดงถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม (Self-Care Adequacy)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory Version 3) ได้รับการแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และแปลย้อนกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ (Forward - Backward Translation) โดย Koson, Srisuk, Rattanaprom,

Thompson, & Ski (2023) และทดสอบยืนยันคุณภาพทางจิตวิทยาของเครื่องมือ พบว่าความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index (CVI)) เท่ากับ 0.86 ความตรงเชิงโครงสร้างมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎี และความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคด้านการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ เท่ากับ 0.90 (Koson, Srisuk, Rattanaprom, Thompson, & Ski, 2023) และเมื่อนำมาวิเคราะห์ในกลุ่มตัวอย่าง 401 ราย ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80

การตรวจสอบข้อมูลที่บันทึกไว้แล้วในโปรแกรมวิเคราะห์ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสร้างคู่มือการลงรหัสตัวแปร (Coding Data) และตรวจสอบข้อมูลเทียบกันระหว่างนักวิจัย 2 คน จากนั้นจึงทวนสอบซ้ำ โดยผู้วิจัยคนที่สองตรวจสอบข้อมูลตรงกันแล้ว นักวิจัย 2 คน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของชุดข้อมูลที่ได้บันทึกลงในโปรแกรมวิเคราะห์ (Checking Data of Completeness) ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ โดยทำงานแยกกันในการตรวจสอบ จากนั้นจึงแยกกันวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติที่เขียนไว้ในคู่มือวิเคราะห์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

จากทั้งสองโครงการวิจัย หลังจากที่ได้โครงการวิจัยได้รับอนุมัติผ่านจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการเพื่อพิจารณาและขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการฝึกเก็บข้อมูลตามแนวทางที่กำหนดไว้ในคู่มือวิจัย และขอความอนุเคราะห์เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกอายุรกรรมโรคหัวใจ คลินิกศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดโครงการวิจัย รวมถึงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงให้ลงนามในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในช่วงเวลาที่สะดวกขณะรอพบแพทย์ใช้เวลาโดยรวมทั้งหมดประมาณ 30-45 นาที สำหรับข้อมูลบันทึกจากเวชระเบียน ผู้วิจัยสืบค้นและบันทึกข้อมูลที่เป็นปัจจุบันด้วยตนเอง เมื่อข้อมูลครบถ้วน นำผลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบลงรหัสแบบสอบถามและบันทึกข้อมูล นำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทุกัญมิตีโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ การทดสอบในเบื้องต้น พบว่า ข้อมูลพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพรายข้อที่มีระดับการวัดเป็นค่าต่อเนื่องทุก ๆ รายข้อมีค่าความโค้ง และค่าความเบ้น้อยกว่า 2 แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายตามปกติและยอมรับได้ (Tabachnick & Fidell, 2007) ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม自我ดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพรายข้อระหว่างวัยผู้ใหญ่ (อายุ < 60 ปี) และผู้สูงอายุ (อายุ ≥ 60 ปี) โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบอิสระ (Independent t-test) ส่วนข้อมูลของตัวแปรที่มีระดับการวัด

เป็นนามบัญญัติ ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสม วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติทดสอบไคสแควร์ (χ^2) ซึ่งมีค่าคาดหวัง (Expected Frequency) ไม่น้อยกว่า 5 และมีค่าคาดหวังที่น้อยกว่า 5 ไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนเซลล์ แสดงค่าอัตราส่วนความเสี่ยง (Odds Ratio (OR)) และช่วงค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confident Interval (95%CI))

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาประเด็นจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYLIRB-2567/105 ลงวันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2567 โดยการนำเสนอข้อมูลการศึกษาจะทำการปกปิดผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า 3 ใน 4 คนเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 59.97 ปี โดยครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.89 รองลงมาธุรกิจส่วนตัว ค่าขายร้อยละ 16.96 โดย 4 ใน 5 คนมีสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ความเพียงพอของรายได้มีพอใช้แต่ไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 65.84 มีโรคร่วมไขมันในเลือดสูงร้อยละ 60.60 รองลงมา โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ร้อยละ 54.86 และ 25.68 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงเจ็บหน้าอก CCS Class I ร้อยละ 66.83 ซึ่งเกินครึ่งหนึ่งมีระยะเวลาการรักษามากกว่า 1 ปี

การเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะความเจ็บป่วยที่อาจเป็นปัจจัยร่วม (Confounding Factor) ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุจบชั้นระดับการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีโรคร่วมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงมากกว่าวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างในด้านอื่น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลของวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

ลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	Pool data (n=401) n (%)	ผู้ใหญ่ (n=194) n (%)	ผู้สูงอายุ (n=207) n (%)	ค่าสถิติ	P-value
เพศ				$\chi^2=12.19$	<0.001*
ชาย	297 (74.07)	159 (81.96)	138 (66.67)		
หญิง	104 (25.93)	35 (18.04)	69 (33.33)		
อายุ	59.97±11.01	50.99±6.94	68.39±6.58	t=-25.78	<0.001*

ลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	Pool data (n=401) n (%)	ผู้ใหญ่ (n=194) n (%)	ผู้สูงอายุ (n=207) n (%)	ค่าสถิติ	P-value
ระดับการศึกษา				$\chi^2=32.44$	<0.001*
ไม่ได้รับการศึกษา	31 (7.73)	23 (11.86)	8 (3.86)		
ชั้นประถมศึกษา	210 (52.37)	74 (38.14)	136 (65.70)		
ชั้นมัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตร	118 (29.43)	71 (36.60)	47 (22.71)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	42 (10.47)	26 (13.40)	16 (7.73)		
อาชีพ				$\chi^2=49.93$	<0.001*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	66 (16.46)	8 (4.12)	58 (28.02)		
พนักงาน/รับจ้าง	49 (12.22)	25 (12.89)	24 (11.59)		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	68 (16.96)	35 (18.04)	33 (15.94)		
ข้าราชการ/พนักงานรัฐ	42 (10.47)	32 (16.49)	10 (4.83)		
เกษตรกร	176 (43.89)	94 (48.45)	82 (39.61)		
สถานภาพสมรส				$\chi^2=0.78$	0.69
แต่งงาน	331 (82.54)	157 (80.93)	174 (84.06)		
โสด	35 (8.73)	19 (9.79)	16 (7.73)		
หย่า/แยกกันอยู่	35 (8.73)	18 (9.28)	17 (8.21)		
ความเพียงพอของรายได้				$\chi^2=3.70$	0.29
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	26 (6.48)	16 (8.25)	10 (4.83)		
ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน	37 (9.23)	18 (9.28)	19 (9.18)		
พอใช้แต่ไม่มีเงินเก็บ	264 (65.84)	130 (67.01)	134 (64.73)		
พอใช้และมีเงินเก็บ	74 (18.45)	30 (15.46)	44 (21.26)		
โรคร่วม					
เบาหวาน	103 (25.68)	41 (39.81)	62 (60.19)	$\chi^2=4.08$	0.04*
ความดันโลหิตสูง	220 (54.86)	88 (40.00)	132 (60.00)	$\chi^2=13.70$	<0.001*
ไขมันในเลือดสูง	243 (60.60)	103 (42.39)	140 (57.61)	$\chi^2=8.87$	0.003*
ระดับความรุนแรงเจ็บหน้าอก				$\chi^2=7.27$	0.064
CCS class I	268 (66.83)	142 (60.87)	126 (60.87)		
CCS class II	68 (16.96)	27 (13.92)	41 (19.81)		
CCS class III	52 (12.97)	21 (10.82)	31 (14.98)		
CCS class IV	13 (3.24)	4 (2.06)	9 (4.35)		

ลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	Pool data (n=401) n (%)	ผู้ใหญ่ (n=194) n (%)	ผู้สูงอายุ (n=207) n (%)	ค่าสถิติ	P-value
ระยะเวลาการรักษา				$\chi^2=0.29$	0.59
น้อยกว่า 1 ปี	164 (40.90)	82 (42.27)	82 (39.61)		
มากกว่า 1 ปี	237 (59.10)	112 (57.73)	125 (60.39)		

*p-value < 0.05

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมเฉลี่ย 80.50 (S.D. = 14.57) และผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยรายด้านที่น้อยที่สุด คือ ทำกิจกรรมบางอย่างเพื่อคลายเครียด (เช่น รับประทานยา โยคะ ฟังเพลง) คะแนนเฉลี่ย 77.65 (S.D. = 24.32) รองลงมามากที่สุด คือ ทำกิจกรรมทางกาย (เช่น เดินเร็ว ใช้บันได) คะแนนเฉลี่ย 79.15 (S.D. = 24.42) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ ($t = 3.49$, $p\text{-value} = 0.001$) รวมไปถึง ด้านการไปตรวจตามแพทย์นัด ($t = 3.35$, $p\text{-value} = 0.001$) การรับประทานยาแอสไพรินหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด ($t = 2.38$, $p\text{-value} = 0.02$) ทำกิจกรรมทางกาย (เช่น เดินเร็ว ใช้บันได) ($t = 2.75$, $p\text{-value} = 0.006$) รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์โดยไม่ลืมรับประทานยา ($t = 2.98$, $p\text{-value} = 0.003$) การพยายามหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย (เช่น ฉีดวัคซีนไขหวัด ล้างมือ) ($t = 3.77$, $p\text{-value} < 0.001$) และหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และ/หรือบุคคลที่สูบบุหรี่น้อยกว่า ($t = 2.06$, $p\text{-value} = 0.04$) แต่ไม่แตกต่างกันในด้านอื่น ๆ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	รวม (n=401) Mean $\pm$ S.D.	ผู้ใหญ่ (n=194) Mean $\pm$ S.D.	ผู้สูงอายุ (n=207) Mean $\pm$ S.D.	t-test	P-value
ไปตรวจรักษาตรงตามแพทย์นัด	81.30 $\pm$ 20.79	84.84 $\pm$ 19.93	77.97 $\pm$ 21.08	3.35	0.001*
รับประทานยาแอสไพรินหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด	83.64 $\pm$ 20.92	86.18 $\pm$ 19.18	81.26 $\pm$ 22.22	2.38	0.02*
ทำกิจกรรมบางอย่างเพื่อคลายเครียด (เช่น รับประทานยา โยคะ ฟังเพลง)	77.65 $\pm$ 24.32	77.01 $\pm$ 24.71	78.26 $\pm$ 23.99	-.51	0.61
ทำกิจกรรมทางกาย (เช่น เดินเร็ว ใช้บันได)	79.15 $\pm$ 24.42	82.58 $\pm$ 22.66	75.94 $\pm$ 25.60	2.75	0.006*

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	รวม (n=401) Mean ± S.D.	ผู้ใหญ่ (n=194) Mean ± S.D.	ผู้สูงอายุ (n=207) Mean ± S.D.	t-test	P-value
รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ โดยไม่ลืม	79.20 ± 23.61	82.78 ± 22.17	75.84 ± 24.46	2.98	0.003*
รับประทานยา					
ขอรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำเมื่อไป กินข้าวนอกบ้าน หรือไปเยี่ยมบ้านคนอื่น	79.80 ± 23.75	81.55 ± 22.48	78.16 ± 24.82	1.43	0.15
พยายามหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย (เช่น ฉีดวัคซีนไข้หวัด ล้างมือ)	82.19 ± 22.16	86.39 ± 17.88	78.26 ± 24.94	3.77	<0.001*
รับประทานผักและผลไม้	79.25 ± 23.46	81.34 ± 22.40	77.29 ± 24.30	1.73	0.09
หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และ/หรือบุคคล ที่สูบบุหรี่	82.34 ± 26.53	85.15 ± 24.39	79.71 ± 28.25	2.06	0.04*
รวม	80.50 ± 14.57	83.09 ± 14.13	78.08 ± 14.59	3.49	0.001*

*p-value < 0.05

3. เปรียบเทียบอัตราส่วนของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสม (คะแนน ≥ 70) ของวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 76.56 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสม โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมด้านที่น้อยที่สุดคือ การทำกิจกรรมทางกาย (เช่น เดินเร็ว ใช้บันได) ร้อยละ 65.84 และด้านที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมมากที่สุดคือ ด้านพยายามหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย (เช่น ฉีดวัคซีนไข้หวัด การล้างมือ) ร้อยละ 78.80 อัตราส่วนของวัยผู้ใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่าวัยผู้สูงอายุ 5 ด้าน คือ ไปตรวจรักษาตรงตามแพทย์นัด (OR = 1.34, 95%CI: 1.18-1.53) การรับประทานยาแอสไพรินหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด (OR = 1.16, 95%CI: 1.03-1.31) ทำกิจกรรมทางกาย (เช่น เดินเร็ว ใช้บันได) (OR = 1.19, 95%CI: 1.03-1.37) รับประทานยา ตามคำสั่งแพทย์ โดยไม่ลืมรับประทานยา (OR = 1.28, 95%CI: 1.12-1.47) และพยายามหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย (เช่น ฉีดวัคซีนไข้หวัด ล้างมือ) (OR = 1.19, 95%CI: 1.08-1.32) รวมไปถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพโดยรวมที่เหมาะสมในวัยผู้ใหญ่เป็น 1.30 เท่ามากกว่าวัยสูงอายุ (OR = 1.30, 95%CI: 1.07-1.58) แต่ไม่แตกต่างกันในด้านอื่น ๆ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสม (คะแนน ≥ 70) ของวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	รวม (n=401) จำนวน (ร้อยละ) ^a	ผู้ใหญ่ (n=194) จำนวน (ร้อยละ) ^b	ผู้สูงอายุ (n=207) จำนวน (ร้อยละ) ^c	P-value	Odds Ratio	95% CI
ไปตรวจรักษาตรงตามแพทย์นัด	282 (70.32)	157 (80.93)	125 (60.39)	<0.001*	1.34	1.18 - 1.53
รับประทานยาแอสไพรินหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด	292 (72.82)	152 (78.35)	140 (67.63)	0.02*	1.16	1.03 - 1.31
ทำกิจกรรมบางอย่างเพื่อคลายเครียด (เช่น รับประทานยา โยคะ ฟังเพลง)	269 (67.08)	129 (66.49)	140 (67.63)	0.81*	0.98	0.86 - 1.13
ทำกิจกรรมทางกาย (เช่น เดินเร็ว ใช้บันได)	264 (65.84)	139 (71.65)	125 (60.39)	0.02*	1.19	1.03 - 1.37
รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ โดยไม่ลืมรับประทานยา	273 (68.08)	149 (76.80)	124 (59.90)	<0.001*	1.28	1.12 - 1.47
ขอรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำเมื่อไปกินข้าวนอกบ้าน หรือไปเยี่ยมบ้านคนอื่น	285 (71.07)	144 (74.23)	141 (68.12)	0.18	1.09	0.96 - 1.23
พยายามหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย (เช่น ฉีดยาวัคซีนไข้หวัด ล้างมือ)	316 (78.80)	167 (86.08)	149 (71.98)	0.001*	1.19	1.08 - 1.32
รับประทานผักและผลไม้	272 (67.83)	136 (70.10)	136 (65.70)	0.35	1.07	0.93 - 1.22
หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และ/หรือบุคคลที่สูบบุหรี่	304 (75.81)	153 (78.87)	151 (72.95)	0.17	1.08	0.97 - 1.20
รวม	307 (76.56)	159 (81.96)	148 (71.50)	0.01*	1.30	1.07 - 1.58

^a สัดส่วนร้อยละของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมเทียบกับผู้ป่วยที่ดูแลตนเองไม่เหมาะสม จากทั้งสองกลุ่ม

^b สัดส่วนร้อยละของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมเทียบกับผู้ป่วยที่ดูแลตนเองไม่เหมาะสม เฉพาะในกลุ่มผู้ใหญ่

^c สัดส่วนร้อยละของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมเทียบกับผู้ป่วยที่ดูแลตนเองไม่เหมาะสม เฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ

*p-value < 0.05

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ย และอัตราพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมทั้งโดยรวมและรายข้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ซึ่งผลลัพธ์การศึกษาสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งหมดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสม (คะแนนมากกว่า 70) ทั้งโดยภาพรวมและรายข้อซึ่งสอดคล้องจากผลการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีคะแนนเฉลี่ย และอัตราส่วนผู้ป่วย 3 ใน 4 ราย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสม (ลักสรดา นาชัย, ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์, จงจิต เสน่หา และธรรมรัฐ ฉันทแดนสุวรรณ, 2565) แม้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมทั้งในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ แต่จากหลักฐานดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังคงมีคะแนนเฉลี่ย และอัตราส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ อายุยังคงเป็นปัจจัยอุปสรรคต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับทฤษฎีเฉพาะสถานการณ์การดูแลตนเองภาวะหัวใจล้มเหลว ที่อธิบายว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพต้องใช้ความสามารถทั้งทางร่างกายและสติปัญญา ซึ่งกระบวนการเสื่อมถอยตามวัยของผู้สูงอายุจะลดความสามารถเหล่านี้ลง (Riegel, Dickson, & Vellone, 2022) และมีรายงานการศึกษายืนยันล่าสุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกี่ยวกับวิถีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่าผู้สูงอายุเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมและแอ่ง (Ingadóttir, Svavarsdóttir, Jurgens, & Lee, 2024) แม้ว่าปัจจุบันการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Cardiac Rehabilitation) ใช้เป็นการป้องกันทุติยภูมิในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ยังมีอีกหลายปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติหรือปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งปัจจัยด้านชุมชน ระบบสุขภาพ ผู้ให้บริการทางสุขภาพและปัจจัยด้านอายุ ก็เป็นหนึ่งในปัจจัยอุปสรรคต่อการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมป้องกันทุติยภูมิ (Sigamani & Gupta, 2022) จากหลักฐานที่ชัดเจนของผลการศึกษาผู้สูงอายุมีอัตราส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ในรายข้อดังนี้ การไปตรวจรักษาตรงตามแพทย์นัด การรับประทานยาแอสไพริน หรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์โดยไม่ลืมรับประทานยา การทำกิจกรรมทางกาย (เช่น เดินเร็ว ใช้บันได) และพยายามหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย (เช่น ฉีดยาวัคซีนไข้หวัด ล้างมือ)

การไปตรวจรักษาตามแพทย์นัดในผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ย และอัตราส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาต่างประเทศที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าผู้ป่วยที่อายุ 65 ปีขึ้นไป มีโอกาสน้อยที่จะมาติดตามอาการตามนัดหมายแม้ว่าจะมีการะรอกร่วมของโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 65 ปี การติดตามอาการผู้ป่วยหลังจำหน่ายในผู้สูงอายุมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง แต่เนื่องจากผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเสื่อมถอยของร่างกาย ภาวะโรคร่วม การใช้ยารักษาหลายชนิด ภาวะเปราะบาง และความบกพร่องทางสติปัญญาที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ที่แอ่งหลังจากออกจากโรงพยาบาล อันเป็นผลทำให้เกิดปัญหาในการทำความเข้าใจและปฏิบัติตามความต้องการในการดูแลตนเอง ซึ่งการติดตามอาการหลังจำหน่ายเป็นกระบวนการที่จะเปลี่ยนแปลงปัญหาเหล่านี้ได้ โดยการนัดติดตามอาการช่วยให้ทีมสุขภาพมีโอกาสในการกระตุ้น ตรวจสอบ และจัดการอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค รวมไปถึงการให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ยังไม่เหมาะสม

(Goyal et al., 2016) และจากผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุ 3 ใน 4 คน ยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรม รวมไปถึง พนักงาน/รับจ้าง ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย และข้าราชการ/พนักงานรัฐ ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ ต้องทำงานอย่างต่อเนื่อง และไม่ได้ลางานหรือหยุดงานเพื่อไปพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากกังวลหรือกลัวหัวหน้างาน และผู้ร่วมงานไม่เข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน (Dickson, Jun, & Melkus, 2021)

คะแนนเฉลี่ยและอัตราพฤติกรรมการรับประทานยาแอสไพรินหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยรวมเหมาะสมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่พบว่าผู้ป่วย 3 ใน 4 ราย มีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดสองชนิดระดับมาก แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าผู้ป่วยลืมนรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดมากที่สุด เนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น อาจมีโอกาสลืมนรับประทานยาได้มากกว่าวัยอื่น ๆ รวมทั้งจากสาเหตุความจำที่ลดลง (ชาคริญาณ์ บุญเกื้อ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์ และฉัตรกนก ทุมวิภาต, 2564) อีกทั้งผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยและอัตราส่วนการรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ โดยไม่ลืมนรับประทานยาเหมาะสมน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอการใช้จ่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งอายุที่เพิ่มมากขึ้นก็ยิ่งประสบปัญหามากขึ้นโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพของตนเอง สาเหตุมาจากการทำงานของร่างกายลดลงอย่างต่อเนื่อง และการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุเกินครึ่งหนึ่งมีระยะเวลาการรักษามากกว่า 1 ปี อาจทำให้เกิดการปฏิเสธ หรือการเบื่อหน่ายโรคของตนเอง จนเกิดการละเลยการปฏิบัติตัวหรือการใช้จ่ายตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ (Nurdina, Daulati, & Herdiman, 2023) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานในประเทศไทย เกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุรู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาร้อยละ 43.80 และผู้ป่วย 80 ปีขึ้นไป มีปัญหาการใช้ยาแตกต่างจากอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี โดยสามารถอธิบายได้จากกระบวนการเสื่อมถอยตามวัย ตั้งแต่ความสามารถในการจดจำและปัญหาด้านสายตา และผู้สูงอายุที่ลืมนรับประทานยาอาจส่งผลต่อการรักษาโรคจึงต้องหาวิธีการให้ผู้สูงอายุไม่ลืมนรับประทานยา นอกจากการมีผู้ดูแลคอยจัดยาแล้วยังมีวิธีอื่น ๆ ที่สามารถเลือกใช้เป็นตัวช่วยในการรับประทานยาให้ถูกต้องมากขึ้น (วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์, ธัญรติ ปราบริปู, กิตติยา มหาวิริโยทัย และฉัตรวารินทร์ บุญเดช, 2566)

ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยและอัตราส่วนพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย (เช่น เดินเร็ว ใช้บันได) ที่เหมาะสมน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากผู้สูงอายุมีภาวะมวลกล้ามเนื้อที่ลดลง โดยผู้สูงอายุมีความชุกของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยอยู่ที่ร้อยละ 5-15 (Alonso Salinas et al., 2024) และอาจสูงขึ้นในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 22.6 (Zhang et al., 2019) การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อยังเกี่ยวข้องกับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหรือความสามารถทางกายภาพลดลงด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าเกินครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับไม่เพียงพอ (ชนิดา ลบแยม, อัจฉริยา พ่วงแก้ว, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และศรีสกุล จิราญจนกร, 2566) และในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า ผู้ป่วยที่มีความกลัวต่อการเคลื่อนไหวร่างกายมากมีความสัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางกายที่ลดลง (Knapiak,

Dabek & Brzek, 2019) ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพ โดยวัฒนธรรมของผู้สูงอายุคิดว่าการทำงานคือ การมีกิจกรรมทางกายทำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายลดลง และการทำงานอาจทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า สอดคล้องกับรายงานการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองในประชากรวัยทำงานสูงอายุที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยผู้สูงอายุ ระบุว่า “เหนื่อยเกินกว่าจะทำอะไรได้” (Dickson, Jun, & Melkus, 2021) ดังนั้นการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถและพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป (กมลชนก จี้อาพิทย์ และยุพา วงศ์สไตร, 2566)

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพในด้านพยายามหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย (เช่น ฉีดวัคซีนไข้หวัด การล้างมือ พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ย และอัตราส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนจากงานวิจัยเกี่ยวกับอุปสรรคการใช้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2562-2563 มีผู้สูงอายุรับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ร้อยละ 10.20-12.40 ซึ่งสาเหตุที่น่าสนใจเกิดจากผู้สูงอายุกลัวว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อน ความกลัวผลข้างเคียงหรือการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องจากวัคซีน การขาดความมั่นใจในประสิทธิภาพของวัคซีน ความกลัวเข็ม การไม่เชื่อในความร้ายแรงของไข้หวัดใหญ่ ความไม่สะดวกและความอ่อนไหวส่วนบุคคล โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มที่จะไม่ได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ (Pietraszek, Sobieszczkańska, Makuch, Drózdź, Mazur, & Agrawal, 2022) จากหลักฐานข้างต้นยังคงมีความแตกต่างกับงานวิจัยต่างประเทศ เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้นร่วมกับการมีโรคร่วมเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนอย่างมาก (Yeung, Lam & Coker, 2016) ดังนั้นการตัดสินใจฉีดวัคซีนจะเกิดร่วมกับปัจจัยโรคร่วมหรือมีปัจจัยอื่น ๆ ร่วมหรือไม่นั้น ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการศึกษานี้ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอที่จะสรุปได้ แต่ต้องศึกษาเพิ่มเติมว่าปัจจัยด้านลักษณะบุคคล ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตวิทยา รวมไปถึงปัจจัยด้านการเข้าถึงสุขภาพเป็นปัจจัยร่วมกันที่จะทำให้บุคคลได้รับการฉีดวัคซีน (Bhugra et al., 2021)

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ ยังสรุปได้ว่าผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ย และอัตราส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองทำกิจกรรมบางอย่างเพื่อคลายเครียด (เช่น รับประทานยา โยคะ ฟังเพลง) ไม่แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ แต่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านนี้ต่ำสุด ซึ่งสอดคล้องกับรายงานต่างประเทศ สะท้อนถึงสภาวะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เหล่านี้ไม่มีข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับพฤติกรรมลดระดับความเครียด (Di Matteo et al., 2024) และพฤติกรรมการรับประทานผักและผลไม้ หรือขอรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำเมื่อไปกินข้าวนอกบ้าน หรือไปเยี่ยมบ้านคนอื่น ไม่แตกต่างกัน อนึ่งอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งยังประกอบอาชีพ และสามารถเลือกรับประทานอาหารตามคำแนะนำได้อย่างเหมาะสม

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากหลักฐานความรู้ในครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่าถึงแม้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งหมดจะมีพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสม แต่ผู้สูงอายุก็ยังคงมีอัตราส่วนพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ ซึ่งอาจเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุจากความเสื่อมถอยของสติปัญญา และร่างกาย ที่ต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองทั้งในด้านการตรวจรักษาตรงตามแพทย์นัด การรับประทานยาสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมทางกาย หรือพฤติกรรมพยายามหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย (เช่น ฉีดวัคซีน ไข้หวัด ล้างมือ) ดังนั้นทีมสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถพฤติกรรม การดูแลตนเอง หรือนวัตกรรมการแจ้งเตือนวันไปพบแพทย์ตามนัด แจ้งเตือนการรับประทานยา รวมไปถึงการนำไปประยุกต์ใช้ ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้เกิดคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เช่น ปัจจัยเกี่ยวกับการรู้คิดบกพร่อง ภาวะเปราะบาง ผู้ดูแลเชี่ยวชาญ และการประกอบอาชีพ/ทำงาน ที่อาจมีผลทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ รวมไปถึงการวิจัยและการพัฒนาแนวทางประเมินความต้องการความช่วยเหลือ พฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ
2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติหรือโปรแกรมที่ส่งเสริมความสามารถ พฤติกรรม การดูแลตนเองโดยนำข้อมูลพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่เหมาะสมในเรื่องการมาตรวจตามนัด การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย หรือการมีกิจกรรมทางกาย มาออกแบบโปรแกรม การพยาบาลในการให้บริการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กมลชนก จีอาทิตย์ และยุพา วงศ์สไตร. (2566). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวด้าน การออกกำลังกายต่อพฤติกรรม การออกกำลังกายและความสามารถในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 38(3), 160-181.
- ชญานิ สุวรรณสา, วารี กังใจ และสหทัย รัตนจรณะ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 31(1), 70-80.
- ชนิดา ลบแยม, อัจฉริยา พ่วงแก้ว, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และศรีสกุล จิราญจนกร. (2566). ปัจจัยทำนาย กิจกรรมทางกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารสภาการพยาบาล*, 38(1), 112-128.
- ชาคริญาณ์ บุญเกื้อ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, ศรีรัตน์ ศรีประสงค์ และฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2564). ปัจจัย ทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 40(3), 60-75.

- ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด, อดิณญา ลาลูน และธณินทร์ คุณแขวน. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 39(2), 97-106.
- ลักสรดา นาชัย, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, จงจิต เสนหา และธรรมรัฐ ฉันทแดนสุวรรณ. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 37(3), 93-108.
- วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์, ธัญรติ ปราบริปู, กิตติยา มหาวิริยทัย และฉัตรวารินทร์ บุญเดช. (2566). ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี*, 13(2), 48-63.
- อรุณศรี รัตนพรหม, นิตยา ศรีสุข และนฤเบศร์ โกศล. (2566). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังทำหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 41(4), 56-72.
- Alonso Salinas, G. L., et al. (2024). The impact of geriatric conditions in elderly patients with coronary heart disease: A state-of-the-art review. *Journal of Clinical Medicine*, 13(7), 1891. <https://doi.org/10.3390/jcm13071891>
- Al-Sutari, M. & Ahmad, M. (2022). Predictors of adherence to self-care behaviors among patients with coronary heart disease. *Nursing Practice Today*, 9(2), 145-157. <https://doi.org/10.18502/npt.v9i2.8897>
- Belitardo, J. N. & Ayoub, A. C. (2015). Identification of readmission predictors in elderly patients with acute coronary syndrome. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 28(2), 139-47. <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20150016>
- Bhugra, P., et al. (2021). Determinants of influenza vaccine uptake in patients with cardiovascular disease and strategies for improvement. *Journal of the American Heart Association*, 10(15), e019671. <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.019671>
- Borges, K., Yassuda, M., Cesari, M., & Aprahamian, I. (2019). The relationship between physical frailty and mild cognitive impairment in the elderly: A systematic review. *The Journal of Frailty & Aging*, 8(4), 192-197. <https://doi.org/10.14283/jfa.2019.29>
- Cacciatore, S., Martone, A. M., Landi, F., & Tosato, M. (2023). Acute coronary syndrome in older adults: An update from the 2022 scientific statement by the American Heart Association. *Heart, Vessels and Transplantation*, 7(1), 7-10. <https://doi.org/10.24969/hvt.2023.367>
- Camici, G. G. & Liberale, L. (2017). Aging: The next cardiovascular disease. *European Heart Journal*, 38(21), 1621-1623. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx239>
- Di Matteo, R., et al. (2024). Self-care behaviors and their determinants in people affected by coronary heart disease. *Journal of Clinical Nursing*, 00, 1-12. <https://doi.org/10.1111/jocn.17299>

- Dickson, V. V., et al. (2023). Psychometric testing of the self-care of coronary heart disease inventory version 3.0. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 38(4), E131-E140.
<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000952>
- Dickson, V. V., Jun, J., & Melkus, G. D. E. (2021). A mixed methods study describing the self-care practices in an older working population with cardiovascular disease (CVD): Balancing work, life and health. *Heart & Lung*, 50(3), 447-454. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.02.001>
- Goyal, P., et al. (2016). Patterns of scheduled follow-up appointments following hospitalization for heart failure: Insights from an urban medical center in the United States. *Clinical Interventions in Aging*, 1325-1332. <https://doi.org/10.2147/CIA.S113442>
- Ingadóttir, B., Svavarsdóttir, M. H., Jurgens, C. Y., & Lee, C. S. (2024). Self-care trajectories of patients with coronary heart disease: A longitudinal, observational study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, zvae055. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvae055>
- Knapik, A., Dąbek, J., & Brzęk, A. (2019). Kinesiophobia as a problem in adherence to physical activity recommendations in elderly polish patients with coronary artery disease. *Patient Preference and Adherence*, 13, 2129-2135. <https://doi.org/10.2147/PPA.S216196>
- Koson, N., Srisuk, N., Rattanaprom, A., Thompson, D. R., & Ski, C. F. (2023). Psychometric evaluation of the Thai version of the self-care of coronary heart disease inventory version 3. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(3), 311-319. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvac069>
- Li, Y. L., et al. (2022). A readmission risk prediction model for elderly patients with coronary heart disease. *Journal of Clinical and Nursing Research*, 6(2), 126-133.
- Muir, S. W., Gopaul, K., & Montero Odasso, M. M. (2012). The role of cognitive impairment in fall risk among older adults: A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 41(3), 299-308. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs012>
- Nurdina, G., Daulati, T., & Herdiman, H. (2023). Factors affecting medical adherence in patients with coronary heart disease. *Jurnal Keperawatan Komprehensif*, 9(2), 157-165.
<https://doi.org/10.33755/jkk.v9i2.499>
- Oliveira, L. M. S. M., et al. (2019). Readmission of patients with acute coronary syndrome and determinants. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 113, 42-49. <https://doi.org/10.5935/abc.20190104>
- Pietraszek, A., Sobieszczkańska, M., Makuch, S., Drózdź, M., Mazur, G., & Agrawal, S. (2022). Identification of barriers limiting the use of preventive vaccinations against influenza among the elderly population: A cross-sectional analysis. *Vaccines*, 10(5), 651.
<https://doi.org/10.3390/vaccines10050651>

- Polsook, R. & Aunguroch, Y. (2021). A cross-sectional study of factors predicting readmission in Thais with coronary artery disease. *Journal of Research in Nursing*, 26(4), 293-304.
<https://doi.org/10.1177/1744987120946792>
- Riegel, B., Dickson, V. V., & Vellone, E. (2022). The Situation-Specific Theory of heart failure self-care: An Update on the Problem, Person, and Environmental Factors Influencing Heart failure self-care. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 37(6), 515-529.
<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000919>
- Riegel, B., et al. (2017). Self-care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association*, 6(9), e006997. <https://doi.org/10.1161/JAHA.117.006997>
- Riegel, B., et al. (2021). Characteristics of self-care interventions for patients with a chronic condition: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 116, 103713.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103713>
- Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 194-204. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>
- Riegel, B., Jaarsma, T., Lee, C. S., & Strömberg, A. (2019). Integrating symptoms into the middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 42(3), 206-215.
- Sigamani, A. & Gupta, R. (2022). Revisiting secondary prevention in coronary heart disease. *Indian Heart Journal*, 74(6), 431-440. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2022.11.011>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th ed.). New York: Allyn and Bacon.
- Wang, Y., et al. (2023). Cognitive function and cardiovascular health in the elderly: Network analysis based on hypertension, diabetes, cerebrovascular disease, and coronary heart disease. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 15, 1229559. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2023.1229559>
- Yeung, M. P., Lam, F. L., & Coker, R. (2016). Factors associated with the uptake of seasonal influenza vaccination in adults: A systematic review. *Journal of Public Health*, 38(4), 746-753. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv194>
- Zhang, N., et al. (2019). Prevalence and prognostic implications of sarcopenia in older patients with coronary heart disease. *Journal of Geriatric Cardiology*, 16(10), 756-763.
<https://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2019.10.002>
- Zuo, W. & Wu, J. (2022). The interaction and pathogenesis between cognitive impairment and common cardiovascular diseases in the elderly. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, 13, 20406223211063020. <https://doi.org/10.1177/20406223211063020>

ผลของการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง
เป็นฐานการเรียนรู้ ต่อความมั่นใจในด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และเจตคติ ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2
Effects of Pre-Practice Preparation Using Simulation-Based Learning on the Self-Confidence
in Knowledge, Practical Skills, and Attitudes of Second Year Nursing Students

อัญพัชญ์ วิวัฒน์กมลชัย¹, พรรณนิภา ต่อมดวงแก้ว^{2*}, ปวีณา ยศสุรินทร์¹, สมพร ลิทธิสงคราม¹
Aunyapat Wiwatkamonchai¹, Pannipha Tomduangkaew^{2*}, Paweena Yotsurin¹, Somporn Sitthisongkram¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข¹,
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น^{2*}

Boromarajonani College of Nursing, Chiangmai, Faculty of Nursing Prabormarajchanok Institute, Ministry of Public Health¹,
Faculty of Nursing, Northern College^{2*}

(Received: August 8, 2023; Revised: October 2, 2024; Accepted: December 3, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความมั่นใจในด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และเจตคติของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติหลักการ และเทคนิคการพยาบาล โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นฐานการเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ จำนวน 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 34 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามเพื่อประเมินความมั่นใจในความรู้ ทักษะปฏิบัติ และเจตคติต่อการ ฝึกปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษา พบว่า หลังการได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นฐานการเรียนรู้ กลุ่มทดลอง มีระดับความมั่นใจด้านความรู้ (Mean = 3.93, S.D. = 0.66) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 3.37, S.D. = 0.69) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) นอกจากนี้ยังมีระดับทักษะปฏิบัติ (Mean = 3.94, S.D. = 0.66) สูงกว่า กลุ่มควบคุม (Mean = 3.34, S.D. = 0.77) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนด้านเจตคติดระหว่าง กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความมั่นใจ ด้านเจตคติ (Mean = 3.70, S.D. = 0.59) สูงกว่าก่อนได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เป็นฐานการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้สถานการณ์จำลอง เสมือนจริงเป็นฐานการเรียนรู้ ส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจทั้งด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และเจตคติ ดังนั้น สามารถนำไปเป็นแนวทางในการจัดการศึกษา ทางพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: สถานการณ์จำลองเสมือนจริง, การเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติ, ปฏิบัติการพยาบาล, นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ พรรณนิภา ต่อมดวงแก้ว e-mail: tomphanipha@gmail.com

Abstract

This quasi-experimental two group pretest-posttest design, aimed to compare the self-confidence in knowledge, practical skills, and attitudes of second-year nursing students who received pre-practice preparation for the course "Principles and Techniques of Nursing Practice" using simulation-based learning. Participants were 68 second-year nursing students from Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, divided into a control group and an experimental group, with 34 students in each group selected through simple random sampling. The research tools included virtual simulation scenarios, while the data collection tool was a questionnaire to assess self-confidence in knowledge, practical skills, and attitudes toward practice. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The study results revealed that after receiving preparation using simulation-based learning, the experimental group demonstrated significantly higher self-confidence in knowledge (Mean = 3.93, S.D. = 0.66) compared to the control group (Mean = 3.37, S.D. = 0.69) (p -value < 0.001). Additionally, the experimental group exhibited significantly higher practical skills (Mean = 3.94, S.D. = 0.66) than the control group (Mean = 3.34, S.D. = 0.77) (p -value < 0.001). In terms of attitudes, there was no statistically significant difference between the control and experimental groups. However, the experimental group demonstrated significantly higher confidence in their attitudes (Mean = 3.70, S.D. = 0.59) after preparation using virtual simulation-based learning compared to before the intervention (p -value < 0.01). These findings indicate that simulation-based learning enhances nursing students' confidence in knowledge, practical skills, and attitudes. Therefore, this approach can serve as a guideline for effective nursing education in the future.

Keywords: Simulation-Based Learning, Pre-Practice Preparation, Nursing Practice, Nursing Students

บทนำ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ได้จัดการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล ซึ่งเป็นรายวิชาแรกของการฝึกภาคปฏิบัติสำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 และมีการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติ ด้วยการบรรยายรายละเอียดการฝึกปฏิบัติงาน ความรู้ ทักษะปฏิบัติและสถานการณ์ต่าง ๆ ในหอผู้ป่วย โดยใช้สื่อการสอนเป็น Power Point และคู่มือการฝึกปฏิบัติ จากผลการประเมินประสิทธิภาพการจัดการเรียนการสอนรายวิชาหลักการ

และเทคนิคการพยาบาลในปีการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า นักศึกษาให้ข้อคิดเห็นว่า หลังได้รับการเตรียมความพร้อม ยังไม่มั่นใจในการฝึกปฏิบัติงานเนื่องจาก เป็นการฝึกภาคปฏิบัติครั้งแรกของการเรียนวิชาชีพพยาบาล จึงไม่สามารถจินตนาการถึงสถานการณ์ตามที่ผู้สอนบรรยาย ทำให้รู้สึกไม่มั่นใจในความรู้และทักษะปฏิบัติการพยาบาลของตนเอง และรู้สึกว่าไม่อยากฝึกปฏิบัติ บางคนเกิดความไม่มั่นใจที่จะเรียนต่อ และสะท้อนว่าการฟังบรรยายไม่น่าสนใจ เนื่องจากการบรรยายเป็นการบอก หรืออธิบายเนื้อหาสาระที่ต้องการถ่ายทอดแก่ผู้เรียนเหมาะกับการถ่ายทอดเนื้อหาที่มีปริมาณมาก และผู้เรียนจำนวนมาก แต่มีข้อจำกัด คือ ไม่เอื้อต่อการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ การส่งเสริมความถนัดของผู้เรียนจากประสบการณ์จริง ทำให้การพัฒนาด้านเจตคติและทักษะปฏิบัติค่อนข้างน้อย รวมทั้งส่งเสริมการประยุกต์ใช้ความรู้มาใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาได้ในระดับปานกลางเท่านั้น (ทิตินา เขมมณี, 2564) จึงอยากให้มีการเตรียมพร้อมที่ช่วยให้มองเห็นภาพสถานการณ์ในหอผู้ป่วยจริง และมีโอกาสได้ทดลองปฏิบัติการพยาบาลที่คล้ายกับที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจริง

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ที่เหมาะสมเพื่อนำมาใช้ในการเตรียมความพร้อมที่จะทำให้ผู้เรียนที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์จริงมาก่อน มีความมั่นใจเพิ่มขึ้นก่อนที่จะต้องไปเผชิญกับสถานการณ์จริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองตามทฤษฎีวัฏจักรการเรียนรู้แบบประสบการณ์ (Experiential Learning Cycle Theory) ของ Kolb & Kolb (2005) อธิบายแนวคิดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ถูกจัดขึ้นตามเป้าหมาย เพื่อให้ผู้เรียนได้มีความรู้ ผ่านการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่จำเริญ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเรียนรู้ประสบการณ์เชิงรูปธรรม หรือ การจัดประสบการณ์ผ่านการปฏิบัติกิจกรรมในสภาพจริง (Concrete Experience) 2) การสะท้อนการเรียนรู้ หรือการทบทวนเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Reflection Observation) 3) การสรุปองค์ความรู้ หรือเป็นแนวคิดเชิงนามธรรม (Abstract Conceptualization) และ 4) การนำความรู้ที่ได้รับจากสถานการณ์เดิมไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ (Active Experimentation) จากแนวคิดทฤษฎีวัฏจักรการเรียนรู้แบบประสบการณ์นี้ สามารถนำมาใช้กับการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล โดยจะทำให้ผู้เรียนเข้าใจและมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ผ่านประสบการณ์เสมือนอยู่ในสถานการณ์จริง ทำให้ได้ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ช่วยให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ทั้งความรู้ ทักษะปฏิบัติการพยาบาล การตัดสินใจแก้ปัญหาทางคลินิก การสื่อสาร และมีการสะท้อนคิดสรุปการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ที่เผชิญ ทำให้สามารถเชื่อมโยงความรู้ทฤษฎีสู่การปฏิบัติในสถานการณ์ ส่งผลให้เกิดความมั่นใจและเกิดเจตคติที่ดีต่อไป (จิราณวิวัฒน์ ชาญสูงเนิน, 2564)

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นฐานการเรียนรู้ (Simulation Based Learning (SBL)) ใช้แนวคิดทฤษฎีวัฏจักรการเรียนรู้แบบประสบการณ์แนวทางในการจัดการเรียนการสอน โดยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ผ่านประสบการณ์ โดยลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ที่ได้มีการออกแบบสถานการณ์ มีการกำหนดบทบาท กติกา ให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่าง ๆ ที่มีการจัดสภาพแวดล้อมให้อยู่ในสถานการณ์เสมือนจริง ซึ่งทำให้ผู้เรียนได้ฝึกฝนและเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ อย่างปลอดภัยสามารถจัดการและควบคุมได้

(Mahfouz, Almutairi, & Eldesouky, 2019) สามารถฝึกฝนซ้ำได้ ช่วยให้นักศึกษามีทักษะทางการพยาบาลมากขึ้น (Lendahls & Oscarsson, 2017) เกิดการกระตุ้นพัฒนาการเรียนรู้โดยใช้การคิดวิเคราะห์ มีการเชื่อมโยงความรู้ทั่วไป มีการคิดวิเคราะห์ทางคลินิก การใช้เหตุผล และการตัดสินใจทางคลินิก สู่การปฏิบัติทักษะการพยาบาล ในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Mahfouz, Almutairi, & Eldesouky, 2019) และ SBL มีขั้นตอนทบทวน การเรียนรู้ โดยให้ผู้เรียนสะท้อนการเรียนรู้จากประสบการณ์ในสถานการณ์ที่ได้เผชิญ ทำให้ได้แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ รู้จุดอ่อนและจุดแข็งของตนเอง มีการสรุปประเด็นการเรียนรู้ นำไปสู่การวางแผนพัฒนาทักษะ ปฏิบัติการพยาบาลครั้งต่อไป หรือในสถานการณ์จริง (Nojima, Nishino, & Martinez, 2023) เนื่องจากผู้เรียน มีความรู้ และมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น (ละมัด เลิศล้ำ, ชนิตา ธนสารสุธิม, สุภาเพ็ญ ปานะวัฒนพิสุทธิ์ และชัชริย์ บำรุงศรี, 2562) โดยการสอนด้วย SBL ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) Pre-Brief เป็นขั้นตอนการแนะนำ เพื่อให้ผู้เรียนมีการเตรียมความพร้อมล่วงหน้า แจ้งวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ผลลัพธ์ การเรียนรู้ กำหนดหน้าที่ บทบาทของผู้เล่น การแนะนำอุปกรณ์ สถานที่ สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ให้ผู้เรียนเข้าใจ บทบาทและกติกา ใช้เวลาประมาณ 20 นาที 2) Scenario เป็นการให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง ที่ผู้สอนออกแบบ ซึ่งมีการเตรียมสิ่งแวดล้อม และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องเสมือนจริง ใช้เวลาประมาณ 20 นาที และ 3) Debrief เป็นการสะท้อนคิดหลังการปฏิบัติในสถานการณ์จำลองใช้เวลาประมาณ 30 นาที เพื่อประเมินการเรียนรู้ ให้ผู้เรียนบอกความรู้สึกกับสถานการณ์ ผู้สอนจะบอกข้อดีและข้อบกพร่อง ใช้การเสริมแรงทางบวก เพื่อให้ ผู้เรียนเกิดกำลังใจ เน้นย้ำให้ตระหนักถึงคุณธรรมจริยธรรม ให้ปฏิบัติกับหุ่นจำลองเหมือนกับการปฏิบัติกับผู้ป่วย จริงอย่างเป็นองค์รวม และมีการทำงานเป็นทีม ฝึกเป็นผู้นำ ผู้ตาม และฝึกทักษะการสื่อสาร (Deering, Auguste, & Goffman, 2019) ทำให้มีความรู้มากขึ้น ทั้งตัวนักศึกษาและเพื่อนที่อยู่ในทีม ส่งผลให้การปฏิบัติงาน มีการปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้น (Lendahls & Oscarsson, 2017) โดยการสะท้อนการเรียนรู้ต้องให้ผู้เรียน ที่ไม่กล้าแสดงออกให้มีส่วนร่วม จะทำให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจในตนเอง (Karatas & Tuzer, 2020) ส่งผลต่อการ มีความคิดวิจารณ์ญาณในการตัดสินใจการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีขึ้น (ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์, จันทรฉาย มณีวงษ์ และจารุวรรณ สอนงญาติ 2566)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาก่อนการฝึกปฏิบัติ ส่วนใหญ่ เป็นการศึกษานักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 ซึ่งมีประสบการณ์ในการปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาล ในสถานการณ์ จริงมาก่อนซึ่งพบว่าการจัดการเรียนรู้ด้วย SBL ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีความมั่นใจในตนเอง ในการปฏิบัติการสนทนาเพื่อการบำบัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (มณัชพาณี ขำวงษ์, สุทธนันท์ กัลป์กะ, วิไลลักษณ์ ศิริมัย และชาลินี หนูชูสุข, 2565) และ นักศึกษามีความพึงพอใจในการได้รับการเตรียมความพร้อม ด้วย SBL ก่อนการฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตในระดับมากที่สุด โดยมีความรู้สึกมั่นใจ มีความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติ และปรับเปลี่ยนเจตคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชเป็นเจตคติที่ดีขึ้น (ปนิดา พุ่มพุทธร และขวัญตา ภูริวิทยาธิระ, 2565) รวมทั้ง มีความรู้ และความมั่นใจด้านความสามารถในการใช้กระบวนการ

พยาบาลมารดาและทารกในระยะคลอดเพิ่มมากขึ้น หลังการจัดการเรียนการสอนด้วย SBL (พรรณทิพย์ ชับขุนทด, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, นุชมาศ แก้วกุลชล และรัชณี พจนนา, 2563) นอกจากนี้ ยังส่งผลต่อความพึงพอใจในตนเองในการเรียน และการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ได้รับการเตรียมพร้อมโดยใช้ SBL ก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค (พนารัตน์ วิศวะเทพนิมิต, อุบล สุทธิเนียม และเสมอจันทร์ ธีระวัฒน์สกุล, 2563) นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบยังพบว่านักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการเรียนด้วยการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยลดความวิตกกังวล ส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการได้อย่างดี (Labrague, McEnroe-Petite, Bowling, Nwafor, & Tsaras, 2019) อย่างไรก็ตาม การศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอน หรือการเตรียมพร้อมนักศึกษาด้วย SBL ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลในชั้นปีที่ 3 และ 4 ซึ่งมีประสบการณ์การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ที่แตกต่างกับนักศึกษาพยาบาลในชั้นปีที่ 2 ที่เป็นการฝึกปฏิบัติการพยาบาลครั้งแรก ยังไม่มีประสบการณ์ในสถานการณ์จริงมาก่อน อาจมีผลการศึกษาที่แตกต่างกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ และงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาการจัดการเรียนการสอน หรือการเตรียมความพร้อมด้วย SBL ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ยังพบน้อย ทีมผู้วิจัยจึงนำ SBL มาใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 รายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความมั่นใจในด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติการพยาบาล และเจตคติของนักศึกษามากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

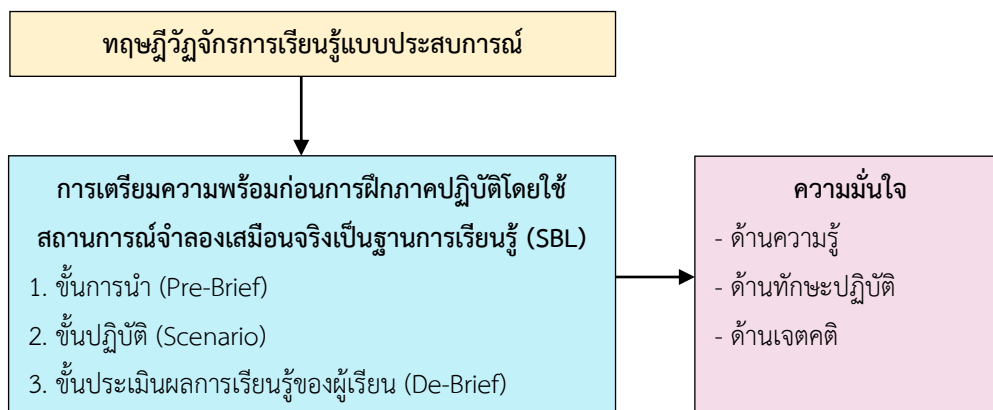
1. เพื่อเปรียบเทียบความมั่นใจด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และเจตคติของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้ SBL และกลุ่มที่ได้รับการเตรียมความพร้อมแบบปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความมั่นใจในด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และเจตคติของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ระหว่างก่อนและหลัง ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้ SBL

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้ SBL กลุ่มทดลองมีระดับความมั่นใจด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และเจตคติสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. หลังการได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้ SBL กลุ่มทดลองมีระดับความมั่นใจด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และเจตคติสูงกว่าก่อนได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้ SBL

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการใช้ SBL ในการเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ก่อนการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลในสถานการณ์จริง คือ หอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม โดยใช้แนวคิดการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองตามทฤษฎีวัฏจักรการเรียนรู้แบบประสบการณ์ (Experiential Learning Cycle Theory) ของ Kolb & Kolb (2005) ซึ่งเป็นแนวคิดเพื่อให้ผู้เรียนได้มีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ตามเป้าหมาย ผ่านการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่จำเป็น และมีการนำไปสู่การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ Concrete Experience, Reflection Observation, Abstract Conceptualization และ Active Experimentation จากแนวคิดทฤษฎีวัฏจักรการเรียนรู้แบบประสบการณ์ สามารถนำมาใช้กับการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นฐานการเรียนรู้ หรือ SBL ซึ่งเป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่จะช่วยให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ Pre-Brief, Scenario และ Debrief การเตรียมพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้กรอบแนวคิดและวิธีการดังกล่าวนี้ จะสามารถส่งเสริมความมั่นใจด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และเจตคติ ก่อนการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลเพิ่มขึ้นได้ ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Study) แบบ 2 กลุ่ม ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pre - Posttest Design) ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล จำนวน 140 คน แบ่งเป็น 2 ห้อง คือ ห้อง 1 จำนวน 72 คน และ ห้อง 2 จำนวน 68 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ห้อง 2 ที่กำลังจะฝึกภาคปฏิบัติ ในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิค กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Sample Size Estimate Effect (Burn & Grove, 2009) จากการทดสอบแบบทางเดียว (One-Tailed Test) กำหนดอำนาจทดสอบ (Power Of Test) ที่ 0.80 ซึ่งเป็นอำนาจทดสอบที่มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับได้ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และใช้ขนาดอิทธิพล (Effect Size) ขนาดกลาง เท่ากับ 0.45 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 28 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยปรับเปลี่ยนขึ้นอีกร้อยละ 20 จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 34 คน รวมทั้งหมด 68 คน โดยใช้วิธีสุ่มจับฉลากเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) แบ่งเป็นเท่ากันทั้งสองกลุ่ม

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ที่ลงทะเบียนเรียนและกำลังจะฝึกภาคปฏิบัติ ในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล

2. มีผลการเรียนผ่านในวิชาบังคับก่อนที่เรียนวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล

3. สนใจและยินดีเข้าร่วมจนครบกิจกรรมที่กำหนดในงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่เจ็บป่วยกะทันหัน หรือ เจ็บป่วยจนไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ในเวลาที่ดำเนินการวิจัย

2. ไม่สามารถเข้าร่วมจนจบกิจกรรมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ สถานการณ์จำลองเสมือนจริงซึ่งทีมผู้วิจัยสร้างขึ้น 2 สถานการณ์ คือ สถานการณ์จำลองเสมือนจริง 2 สถานการณ์ เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักการและเทคนิค ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม ซึ่งเนื้อหาของสถานการณ์สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ รายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล และกรอบแนวคิดการดำเนินการจัดการเรียนการสอนด้วย SBL โดยใช้แนวคิดทฤษฎีวัฏจักรการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์

2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของนักศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ เกรดรายวิชาทฤษฎีหลักการและเทคนิคการพยาบาล

2.2 แบบประเมินความมั่นใจด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และเจตคติที่มีต่อการฝึกภาคปฏิบัติ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ซึ่งทีมผู้วิจัยสร้างขึ้นตามมาตรฐานการเรียนรู้อุดมศึกษา (มคอ.) และผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล เนื้อหาครอบคลุมประเด็นสำคัญ ๆ ของการปฏิบัติ หลักการและเทคนิคการพยาบาล มีหัวข้อการประเมิน 3 ด้าน คือ ความมั่นใจด้านความรู้ ความมั่นใจด้านทักษะปฏิบัติ ด้านละ 20 ข้อ และความมั่นใจด้านเจตคติที่มีต่อการฝึกภาคปฏิบัติ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน

การประเมินประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 5-1 หมายถึง มีความมั่นใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ตามลำดับ การแปลผลคะแนนความมั่นใจแปลผลตามค่าเฉลี่ยของคะแนน 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด ใช้การแบ่งค่าอันตรายภาคชั้น (Burns & Grove, 2009) ดังนี้ 4.51-5.00, 3.51-4.50, 2.51-3.50, 1.51-2.50 และ 1.00-1.50 แปลค่าการแบ่งระดับได้ว่า มีความมั่นใจด้านความรู้และทักษะปฏิบัติ ในระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา (Content Validity)

แบบประเมินความมั่นใจด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และเจตคติต่อการฝึกภาคปฏิบัติ นำไปตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการสอนและหลักการ และเทคนิคการพยาบาล 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอน SBL1 ท่าน โดยได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity index (CVI) โดยรวมเท่ากับ 0.89

สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 2 สถานการณ์ นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการสอนและหลักการและเทคนิคการพยาบาล 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอน SBL1 ท่าน ปรับแก้ไขสถานการณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความมั่นใจ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว ไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยทดลองใช้แบบประเมินความมั่นใจด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และเจตคติต่อการฝึกภาคปฏิบัติ กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ห้อง 1 ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย แล้วนำมาหาความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมของแบบประเมินความมั่นใจด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และเจตคติต่อการฝึกภาคปฏิบัติ เท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือ ผ่านหัวหน้าสาขา และรองผู้อำนวยการกลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

2. ภายหลังได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ผู้วิจัยประชุมทีมวิจัยเรื่องวิธีการรวบรวมข้อมูล และรายละเอียดขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย และมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบในการทำวิจัย

3. แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดในการ แบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยเป็น 2 กลุ่ม โดยนักศึกษากลุ่มควบคุมจำนวน 34 คน ได้รับการเตรียมความพร้อมแบบปกติคือ ใช้การบรรยาย และนักศึกษากลุ่มทดลอง จำนวน 34 คน จะได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้ SBL แจงรายละเอียด ขั้นตอนการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างทราบให้อ่านเอกสารชี้แจงอาสาสมัครโครงการวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และเมื่ออาสาสมัครทุกคนสมัครใจก็ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยอธิบายแบบประเมิน และให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ตอบคำถามในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความมั่นใจด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และเจตคติก่อนได้รับการเตรียมความพร้อมตามวิธีการของแต่ละกลุ่ม

5. ผู้วิจัยทำการเตรียมความพร้อมนักศึกษาออกนอกฝึกภาคปฏิบัติในกลุ่มควบคุม โดยได้รับการเรียนการสอนตามปกติ ส่วนในกลุ่มทดลองให้นักศึกษาแบ่งกลุ่มทั้งหมด 6 กลุ่ม ๆ ละ 5-6 คน ให้นักศึกษาแต่ละกลุ่มต้องได้ปฏิบัติตามพยาบาลตามหลักการและเทคนิคในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงทั้ง 2 สถานการณ์ คือ สถานการณ์จำลองในการดูแลผู้ป่วยทางอายุรกรรมและศัลยกรรม โดยดำเนินการตามขั้นตอนในแต่ละสถานการณ์ ตามรูปแบบการจัดการเรียนรู้ SBL ตามกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 Pre-Brief ผู้สอนแนะนำวัตถุประสงค์ และผลลัพธ์การเรียนรู้ กำหนดหน้าที่ บทบาทของผู้เรียนแต่ละคนที่จะปฏิบัติในสถานการณ์จำลองและให้เข้าใจกติกา แนะนำอุปกรณ์ สถานที่ และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ใช้เวลา 15 นาที ขั้นที่ 2 Scenario ผู้เรียนปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง ผู้สอนได้เตรียมสิ่งแวดล้อม และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องไว้แล้ว ดำเนินตามสถานการณ์ที่จัดไว้ใช้เวลา 20 นาที และขั้นที่ 3 Debrief โดยให้นักศึกษาสะท้อนคิด ทบทวนเหตุการณ์ความรู้สึก รวมทั้งประเด็นความรู้ที่ได้ หลังจากการปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง โดยขั้นตอนนี้ผู้สอนปฏิบัติครอบคลุมทั้ง Descriptive Phase คือ ผู้สอนให้ผู้เรียนทุกคนทุกบทบาท บอกว่ารู้สึกอย่างไรกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น Analysis Phase ผู้สอนจะบอกข้อดีและข้อบกพร่องโดยไม่ให้ผู้เรียนรู้สึกผิด และใช้การเสริมแรงทางบวกเพื่อให้ผู้เรียนเกิดกำลังใจ และ Application Phase ให้นักศึกษาสะท้อนประเด็นความรู้ ทักษะที่ได้เรียนรู้ เจตคติที่เกิดขึ้นหลังผ่านสถานการณ์ ประเด็นการพัฒนาในครั้งต่อไป และผู้สอนสรุปประเด็นความรู้ ทักษะปฏิบัติ และทักษะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยเน้นย้ำเรื่องคุณธรรมจริยธรรม การปฏิบัติกับหุ่นจำลองเหมือนกับการปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง

6. หลังเสร็จสิ้นการเตรียมความพร้อมกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ทำแบบประเมินความมั่นใจด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และเจตคติอีกครั้ง

7. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนทางสถิติ

8. เมื่อผลการวิจัยบรรลุตามสมมติฐาน ผู้วิจัยได้นำการจัดการเรียนการสอนตามที่ดำเนินการวิจัยมาใช้กับกลุ่มควบคุม และนักศึกษาห้อง 1 เพื่อให้ให้นักศึกษากลุ่มนี้เกิดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนการสอนที่ดีต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ โดยใช้การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ
2. คะแนนความมั่นใจในด้านความรู้ ด้านทักษะปฏิบัติ และเจตคติต่อการฝึกปฏิบัติงาน วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจของนักศึกษาในด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และเจตคติ ก่อนและหลังการทดลองของแต่ละกลุ่ม ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (paired t-test) เนื่องจากมีการกระจายตัวของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ
4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจของนักศึกษาในด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และเจตคติ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test) เนื่องจากมีการกระจายตัวของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ เลขที่ BCNC 01/2559 ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูล แจ้งกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างโดยละเอียด โดยชี้แจงถึงประโยชน์ของโครงการวิจัยที่จะเกิดกับผู้เรียนและในกลุ่มควบคุมก็จะได้รับการจัดการเตรียมพร้อมเพื่อเพิ่มความมั่นใจให้เหมือนกับกลุ่มทดลองเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัย และมีสิทธิที่จะถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จะไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคล และนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น โดยจะมีการทำลายข้อมูลเมื่อมีการเผยแพร่งานวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.10) มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง อายุ 20 ปี (ร้อยละ 64.70) และเกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีเกรดรายวิชาทฤษฎีหลักการและเทคนิคทางการพยาบาลอยู่ในระดับ 2.51-3.00 (ร้อยละ 45.60) รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=68)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	64	94.10
ชาย	4	5.90
อายุ		
19	16	23.50
20	44	64.70
21	8	11.80
เกรดรายวิชาทฤษฎีหลักการและเทคนิคทางการพยาบาล		
> 3.50	2	2.90
3.01-3.50	30	44.10
2.51-3.00	31	45.60
2.01-2.50	4	5.90
1.50-2.00	1	1.50

2. เปรียบเทียบความมั่นใจด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และเจตคติของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้ SBL

พบว่า หลังได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้ SBL พบว่า ความมั่นใจของกลุ่มทดลองด้านความรู้ (Mean = 3.93, S.D. = 0.66) สูงกว่าก่อนได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้ SBL (Mean = 3.09, S.D. = 0.44) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ความมั่นใจด้านทักษะปฏิบัติ (Mean = 3.94, S.D. = 0.66) สูงกว่าก่อนรับการเตรียมความพร้อมโดยใช้ SBL (Mean = 3.03, S.D. = 0.49) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และความมั่นใจด้านเจตคติ (Mean = 3.70, S.D. = 0.59) สูงกว่าก่อนการเตรียมความพร้อมโดยใช้ SBL (Mean = 3.32, S.D. = 0.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความมั่นใจด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และเจตคติของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้ SBL (n=34)

ความมั่นใจของนักศึกษา	Mean	S.D.	t	P-value
ด้านความรู้				
ก่อนทดลอง	3.09	0.44	6.77	<0.001*
หลังทดลอง	3.93	0.66		
ด้านทักษะปฏิบัติ				
ก่อนทดลอง	3.03	0.49	0.73	<0.001*

ความมั่นใจของนักศึกษา	Mean	S.D.	t	P-value
หลังทดลอง	3.94	0.66		
ด้านเจตคติ				
ก่อนทดลอง	3.32	0.40	3.45	0.002*
หลังทดลอง	3.70	0.59		

* p -value < 0.01

3. เปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และเจตคติ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

พบว่า ก่อนการได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ ความมั่นใจด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และเจตคติ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างทางสถิติ แต่หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีความมั่นใจด้านความรู้ (Mean = 3.93, S.D. = 0.66) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 3.37, S.D. = 0.69) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และมีความมั่นใจด้านทักษะปฏิบัติ (Mean = 3.94, S.D. = 0.66) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 3.34, S.D. = 0.77) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ส่วนด้านเจตคติ ของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และเจตคติที่มีต่อการฝึกภาคปฏิบัติ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง (n=34)

ความมั่นใจของนักศึกษา	Mean	S.D.	t	P-value
ก่อนทดลอง				
ด้านความรู้				
กลุ่มควบคุม	3.09	0.53	-0.48	0.634
กลุ่มทดลอง	3.09	0.434		
ด้านทักษะปฏิบัติ				
กลุ่มควบคุม	3.03	0.57	0.44	0.66
กลุ่มทดลอง	3.03	0.49		
ด้านเจตคติ				
กลุ่มควบคุม	3.63	0.86	1.97	0.05
กลุ่มทดลอง	3.32	0.40		
หลังทดลอง				
ด้านความรู้				
กลุ่มควบคุม	3.37	0.69	3.41***	0.001*
กลุ่มทดลอง	3.93	0.66		
ด้านทักษะปฏิบัติ				

ความมั่นใจของนักศึกษา	Mean	S.D.	t	P-value
กลุ่มควบคุม	3.34	0.771	3.38***	0.001*
กลุ่มทดลอง	3.94	0.66		
ด้านเจตคติ				
กลุ่มควบคุม	3.72	0.68	0.16	0.87
กลุ่มทดลอง	3.70	0.59		

*p-value < 0.01

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ ผลการศึกษาสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

จากการเปรียบเทียบความมั่นใจด้านความรู้ ด้านทักษะปฏิบัติ และเจตคติระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้ SBL และกลุ่มที่ได้ควบคุมที่ได้รับการเตรียมความพร้อมแบบปกติ พบว่าก่อนการทดลองความมั่นใจทั้ง 3 ด้าน ของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ซึ่งแสดงว่า คุณสมบัติที่ต้องการศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองพบว่า ความมั่นใจของนักศึกษาทั้งด้านความรู้และทักษะปฏิบัติของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน แสดงว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ SBL สามารถส่งเสริมสมรรถนะทางการพยาบาล และเกิดความปลอดภัยต่อชีวิตผู้ป่วย โดยการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง สามารถควบคุมให้หยุด หรือทำซ้ำได้ ส่งผลให้ผู้เรียนสามารถรวบรวมข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ ตัดสินใจในการแก้ปัญหาสุขภาพ ปฏิบัติการพยาบาลตามโจทย์สถานการณ์ได้ ทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองและมีความรู้มากขึ้น เพราะการฝึกปฏิบัติงานมีการสะท้อนความคิด วางแผนพัฒนาซึ่งจะทำให้ทักษะการปฏิบัติดีขึ้น (Hilleren, Christiansen, & Bjørk, 2022) สอดคล้องกับผลศึกษาความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 หลังได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้ SBL พบว่านักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล และคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล, รัตนา นิลเลื่อม และนาตยา วงศ์ยะรา, 2564) และนักศึกษาศึกษาที่มีความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง หลังได้รับการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้ SBL โดยผลการศึกษาพบว่าการออกแบบสถานการณ์จำลองประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ข้อมูล การสนับสนุน และการแก้ปัญหาเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความมั่นใจในตนเองและความพึงพอใจในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล (Abdelkader & Elcokany, 2022)

สำหรับความมั่นใจด้านเจตคติของนักศึกษากลุ่มทดลองหลังการเตรียมความพร้อมโดยใช้ SBL กับกลุ่มควบคุมไม่ต่างกัน อาจเนื่องจากนักศึกษาได้เรียนรู้หลักการปฏิบัติและเทคนิคการการพยาบาลจากการเรียนภาคทฤษฎีมาบ้าง จึงทำให้เจตคติที่มีต่อการฝึกภาคปฏิบัติก่อนออกฝึกไม่ต่างกัน ซึ่งผลการการศึกษา เจตคติ

ของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้ SBL พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่งเกี่ยวกับการใช้ SBL ในการศึกษาพยาบาล โดยมีเจตคติเชิงบวกต่อการใช้ SBL ในการสอนและการฝึกอบรมสำหรับนักศึกษาพยาบาล (Awad, Abdullah, Ibrahim, & Abdulla, 2019) ดังนั้น เมื่อนักศึกษาพยาบาลมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติและเทคนิคการพยาบาล และเข้าใจถึงสภาพการณ์ในสถานฝึกปฏิบัติ ตลอดจนบทบาทของตนเองและบุคลากร จึงทำให้นักศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม มีเจตคติต่อการฝึกภาคปฏิบัติไม่แตกต่างกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเตรียมความพร้อมโดยใช้ SBL เป็นการสอนที่มีประสิทธิภาพในการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ช่วยพัฒนาผู้เรียนได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งในสถานบริการปัจจุบันมีความตระหนักในการปกป้องสิทธิของผู้ป่วยและให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Flood and Higbie (2016) ซึ่งเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการถ่ายเลือดของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้การบรรยายและการจำลองสถานการณ์ พบว่าความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดอย่างปลอดภัยเป็นสิ่งจำเป็นในระดับสากล แต่ประสบการณ์ทางคลินิกมีข้อจำกัด การใช้ SBL ช่วยให้ผู้สอนสามารถจัดการเรียนรู้ที่เป็นมาตรฐานและการฝึกปฏิบัติจริงแก่ผู้เรียน รวมถึงการฝึกทักษะที่จำเป็นและที่ไม่ได้พบบ่อย โดยผลการศึกษาการเรียนรู้ทักษะปฏิบัติทางการพยาบาลในศูนย์จำลองและการทบทวนด้วยการบรรยายพบว่าการเรียนรู้ในศูนย์ฝึกทักษะปฏิบัติมีความสำคัญเพิ่มขึ้น เนื่องจากระบบการดูแลสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เป็นเรื่องยากที่จะหาประสบการณ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องที่เพียงพอสำหรับนักศึกษาให้ได้ฝึกปฏิบัติได้อย่างครอบคลุม ซึ่งปัจจุบันนักศึกษาพยาบาลมีโอกาสดังกล่าวที่ฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงลดน้อยลง ดังนั้น การจัดการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นฐานการเรียนรู้ จึงเป็นวิธีการส่งเสริมให้ได้เกิดเรียนรู้ ฝึกปฏิบัติการพยาบาลซ้ำได้หลายครั้งจนเกิดความมั่นใจในการนำความรู้ไปใช้ในการตัดสินใจปฏิบัติต่อผู้ป่วยในสถานการณ์จริงได้ ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วยโดยตรง (Hilleren, Christiansen, & Bjørk, 2022) นอกจากนี้ การฝึกปฏิบัติซ้ำ ๆ ในห้องปฏิบัติการจำลองเสมือนจริง ยังส่งเสริมให้นักศึกษาสามารถนำความรู้ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัยต่อตนเองและผู้ป่วย

จากการเปรียบเทียบความมั่นใจด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และเจตคติของนักศึกษากลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้ SBL พบว่า คะแนนความมั่นใจของนักศึกษาทั้งด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และเจตคติ หลังการได้รับการเตรียมความพร้อมด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นฐานการเรียนรู้ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวคิดทฤษฎีวงจรการเรียนรู้แบบประสบการณ์ (Kolb & Kolb, 2005) ได้ว่าการเตรียมความพร้อมโดยใช้ SBL เป็นการจัดการประสบการณ์การเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรมให้ผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนมีการสรุปประเด็นความรู้และทักษะผ่านประสบการณ์การเรียนรู้ ที่ได้ลงมือปฏิบัติในสถานการณ์ที่เสมือนจริง ทั้งเรื่องราว (Scenario) ที่ผู้สอนสร้างขึ้น การจัดสิ่งแวดล้อมจำลอง ทั้งบุคคล วัสดุอุปกรณ์ และสภาพพื้นที่ในห้องจำลองของผู้ป่วย รวมทั้งภายหลังปฏิบัติสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ผู้เรียนจะได้รับข้อมูลป้อนกลับจากการสะท้อนคิด การวิเคราะห์ประสบการณ์ที่ผ่านมา

เกี่ยวกับจุดเด่นจุดด้อย และวางแผนการพัฒนาเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์อีกครั้ง ทำให้เกิดการเรียนรู้เป็นวัฏจักรผ่านประสบการณ์ นอกจากนี้ ผู้สอนมีการสรุปประเด็นความรู้ตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ทำให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงความรู้ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ ส่งเสริมให้เกิดมั่นใจ และเกิดทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาล (จิราณัฐณ์ชาญสูงเนิน, 2564)

นอกจาก SBL ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความรู้และทักษะปฏิบัติเพิ่มขึ้น มีเจตคติที่ดีขึ้นแล้วยังช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงในการเรียนรู้ มีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการเรียนรู้ และความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น (Heidarzadeh, Heidarzadeh, & Azadi, 2020; Olaussen, Heggdal, & Tvedt, 2020) โดยนักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจเพราะเป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่มีขั้นตอนของการแนะนำกระบวนการ ตั้งแต่วัตถุประสงค์ ขั้นตอนมีการให้ข้อมูลต่าง ๆ ในขั้นปฏิบัติในสถานการณ์ ส่งเสริมให้มีการตัดสินใจในการแก้ปัญหาทางคลินิก และมีขั้นตอนการสรุปการสะท้อนคิด การให้ข้อมูลย้อนกลับกับผู้เรียนซึ่งมีความสำคัญ (Abdelkader & Elcokany, 2022) ช่วยการพัฒนาทักษะการอภิปรายและการสื่อสาร (Nojima, Nishino, & Martinez, 2023) ดังนั้นการสอนด้วยวิธีนี้เป็นวิธีการสอนที่มีประสิทธิภาพช่วยพัฒนาเจตคติในการเรียน ส่งผลให้มีความกระตือรือร้น สร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล (Rashwan, 2023) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการใช้บทบาทสมมติในสถานการณ์จำลองเป็นการเตรียมผู้เรียน เพื่อเปิดโอกาสให้ได้แสดงในบทบาทตามสถานการณ์จำลอง สามารถแก้ปัญหาและตัดสินใจ ช่วยให้ผู้เรียนได้เสริมสร้างทักษะทางคลินิกที่ถูกต้อง มีการสื่อสาร การทำงานเป็นทีมและการอภิปรายผลที่เกิดจากการปฏิบัติของตน เพิ่มเติมความรับผิดชอบเชิงวิชาชีพต่อไปในอนาคต (สุมนา โสติถิพลอนันต์, 2566)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้โดยใช้ SBL ทำให้ผู้เรียนมีโอกาสคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเอง มีการสื่อสาร การทำงานเป็นทีม และมีการสะท้อนการเรียนรู้ สรุปประเด็นและวางแผนพัฒนาในครั้งต่อไป หรือมีการเตรียมพร้อมเมื่อต้องปฏิบัติในสถานการณ์จริง จึงทำให้มีความมั่นใจในความรู้ ทักษะการปฏิบัติและเจตคติเพิ่มขึ้น ซึ่งการพัฒนาความมั่นใจในตนเองจึงเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพราะเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นในการจัดการศึกษาภาคปฏิบัติควรให้นักศึกษาได้เรียนรู้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงจากการฝึกปฏิบัติในคลินิก จะช่วยส่งเสริมให้การจัดการเรียนการสอนมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นฐานการเรียนรู้ ในด้านอื่น ๆ ที่มีผลต่อทักษะการคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจแก้ปัญหา

เฉพาะหน้าทางคลินิก ที่จะช่วยในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพ และคุณลักษณะของนักศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์, จันทรฉาย มณีวงษ์ และจารุวรรณ สอนงญาติ. (2566). การจัดการเรียนการสอน โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 6(1), 5-28.
- จิราณัฐณ์ ชาญสูงเนิน. (2564). การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง: การศึกษาพยาบาล. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 14(1), 145-153.
- ทิตนา แคมมณี. (2564). *ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 25). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปนิดา พุ่มพุด และขวัญตา ภูริวิทยาธิระ. (2565). ผลของการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต. *วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา*, 5(3), 37-46.
- พนารัตน์ วิศวะพนนิมิต, อุบล สุทธิเนียม และเสมอจันทร์ ชีระวัฒน์สกุล. (2563). ผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคต่อความพึงพอใจ ความมั่นใจในตนเองในการเรียนและการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 14(3), 59-70.
- พรรณทิพย์ ชับขุนทด, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, นุชมาศ แก้วกุลชล และรัชณี พงนา. (2563). ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง ต่อความรู้ ความมั่นใจ และความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลมารดาและทารกในระยะคลอดของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(6), 1062-1072.
- มณัชพาณี ขำวงษ์, สุทธนันท์ กัลป์กะ, วิไลลักษณ์ ศิริมัย และชาลินี หนูชูสุข. (2565). ผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองต่อความมั่นใจในตนเอง ในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 4(3), 178-194.
- ละมัด เลิศล้ำ, ชนิดา ธนสารสุธี, สุภาเพ็ญ ปานะวัฒนพิสุทธิ์ และชัชริย์ บำรุงศรี. (2562). การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้*, 6(ฉบับพิเศษ), 43-58.

- ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล, รัตนา นิลเลื่อม และนัตยา วงศ์ยะรา. (2564). ผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(3), 179-194.
- สุมนา โสทธิผลอนันต์. (2566). บทบาทสมมุติในสถานการณ์จำลองและแนวทางพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 24(1), 1-9.
- Abdelkader, A., & Elcokany, N. (2022). Satisfaction and self-confidence with simulation learning experience as perceived by nursing students. *International Journal of Virtual and Personal Learning Environments (IJVPLE)*, 12(1), 1-13.
- Awad, M. S., Abdullah, M. K., Ibrahim, R. H., & Abdulla, R. K. (2019). Nursing students' attitudes toward simulation technology in nursing education. *International Journal of Emerging Technologies in Learning (Online)*, 14(14), 31. <https://doi.org/10.3991/ijet.v14i14.10571>
- Burns, N. & Grove, S. K. (2009) *The practice of nursing research: appraisal, synthesis and generation of evidence* (6th ed.). Saunders Elsevier, St. Louis.
- Deering, S., Auguste, T. C., & Goffman, D. (Eds.). (2018). Comprehensive healthcare simulation: Obstetrics and gynecology. *Education and Practice*, 8, 95-102.
- Flood, L. S., & Higbie, J. (2016). A comparative assessment of nursing students' cognitive knowledge of blood transfusion using lecture and simulation. *Nurse education in practice*, 16(1), 8-13. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.05.008>
- Hilleren, I. H. S., Christiansen, B., & Bjørk, I. T. (2022). Learning practical nursing skills in simulation centers-a narrative review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 100090. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2022.100090>
- Heidarzadeh, H., Heidarzadeh, Z., & Azadi, A. (2020). Comparison of pre-hospital triage training by role playing and lecture on nursing students' knowledge, attitude and performance. *Nursing Open*, 7(4), 935-942.
- Karatas, C., & Tuzer, H. (2020). The effect of simulation-based training on the self-confidence and self-satisfaction of nursing students dealing with patients under isolation. *Bezmialem Science*, 8(3), 227. <https://doi.org/10.14235/bas.galenos.2019.341>

- Kolb, A. Y., & Kolb, D. A. (2005). Learning styles and learning spaces: Enhancing experiential learning in higher education. *Academy of Management Learning & Education*, 4(2), 193-212.
<https://doi.org/10.5465/AMLE.2005.17268566>
- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Bowling, A. M., Nwafor, C. E., & Tsaras, K. (2019). High-fidelity simulation and nursing students' anxiety and self-confidence: A systematic review. *In Nursing Forum*, 54(3), 358-368. <https://doi.org/10.1111/nuf.12337>
- Lendahls, L. & Oscarsson, M. G. (2017). Midwifery students' experiences of simulation and skills training. *Nurse Education Today*, 50, 12-16. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.12.005>
- Mahfouz, R., Almutairi, A., & Eldesouky, E. (2019). Self-confidence of nursing students related to their simulation learning experience. *Journal of Education and Practice*, 10(15), 168-173. <https://doi.org/10.7176/jep/10-15-20>
- Nojima, K., Nishino, T., & Martinez, M. (2023). Changes in active class attitudes towards learning and in discussion skills of nursing university students engaged in simulation-based education. *Clinical Simulation in Nursing*, 79, 1-5.
<https://doi.org/10.1016/j.ecns.2022.12.002>
- Olaussen, C., Heggdal, K., & Tvedt, C. R. (2020). Elements in scenario-based simulation associated with nursing students' self-confidence and satisfaction: A cross-sectional study. *Nursing Open*, 7(1), 170-179. <https://doi.org/10.1002/nop2.375>
- Rashwan, Z. I. (2023). Motivation inspiring confidence: Effect of scenario-based learning on self-confidence among prelicensure nursing students. *Teaching and Learning in Nursing*, 18(3), e1-e8. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2023.01.008>

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี Knowledge, Attitudes, and Risk Behaviors towards HIV Infection Among Students at Ubon Ratchathani University

ศุภกรณ์ ยืนยง¹, ธิติมา สังฆะทิพย์¹, บัณฑิตา สุดาพวง¹, กัลยกร ทัศนาวินัน¹, พุทธรักษา นารีนุช¹,
จิตรลดา ทองดี¹, วรณษา ชลแดง¹, สมปอง พะมูลิลา^{1*}

Suphakorn Yuenyang¹, Thitima Sangkathip¹, Banthita Sudapuang¹, Kanyakorn Thasanawiwat¹,
Puttharaksa Nareenud¹, Jitlada Thongdee¹, Wannasa Chondang¹, Sompong Pamulila^{1*}

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี¹

Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University¹

(Received: May 3, 2024; Revised: July 27, 2024; Accepted: December 4, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และปัจจัยด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จำนวน 375 ราย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค, KR 20 และ KR 21 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.70, 0.71 และ 0.70 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Pearson Correlation และ Spearman's Rank Correlation

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 50.10 มีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ HIV อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.70 (Mean = 8.81, S.D. = 2.90) มีทัศนคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 59.20 (Mean = 3.81, S.D. = 0.53) และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 72 (Mean = 2.39, S.D. = 1.68) ส่วนปัจจัยด้านรายได้และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.17$, $r_s = 0.13$ ตามลำดับ) และปัจจัยด้านเพศ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r_s = -0.12$) และปัจจัยด้านสถานภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากต่อความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r_s = 0.11$, $r_s = 0.24$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยด้านอายุ คณะที่ศึกษา และอาชีพเสริมไม่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้ความรู้เพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ HIV ในสถาบันการศึกษาอย่างยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้, ทักษะ, พฤติกรรมเสี่ยง, การติดเชื้อเอชไอวี, นักศึกษามหาวิทยาลัย

*ผู้ให้การติดต่อ สมปอง พะมูลิลา e-mail: sompong.p@ubu.ac.th

Abstract

The objectives of this descriptive research were to examine the knowledge, attitudes, and risk behaviors towards HIV infection, as well as the personal factors associated with knowledge, attitudes, and risk behaviors for HIV infection among students at Ubon Ratchathani University. Participants were 375 students from Ubon Ratchathani University. The data collection tool was a questionnaire assessing knowledge, attitudes, and risk behaviors regarding HIV infection. Reliability was tested using Cronbach's alpha, KR 20, and KR 21, with reliability coefficients of 0.70, 0.71, and 0.70, respectively. Data were analyzed using Pearson Correlation and Spearman's Rank Correlation statistics.

The study results showed that the majority of the participants were female (50.10%). Their knowledge about HIV infection was at a moderate level (46.70%) (Mean = 8.81, S.D. = 2.90). Their attitudes were at a good level (59.20%) (Mean = 3.81, S.D. = 0.53), and their risk behaviors for HIV infection were at a low level (72%) (Mean = 2.39, S.D. = 1.68). Regarding factors influencing risk behaviors, income and underlying health conditions had a very weak positive correlation with risk behaviors at a statistically significant level of 0.05 ($r = 0.17$, $r_s = 0.13$, respectively). Gender had a very weak negative correlation with risk behaviors at a statistically significant level of 0.05 ($r_s = -0.12$). Marital status had a very weak positive correlation with knowledge and risk behaviors at a statistically significant level of 0.05 ($r_s = 0.11$, $r_s = 0.24$, respectively). Factors including age, faculty of study, and part-time employment showed no significant correlation with knowledge, attitudes, or risk behaviors related to HIV infection at the 0.05 significance level. The findings of this study can serve as foundational data for providing knowledge and guidance for monitoring and preventing the spread of HIV in educational institutions sustainably.

Keywords: Knowledge, Attitude, Risk Behaviors, HIV infection, University students

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus (HIV)) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ซึ่งมีการแพร่ระบาดไปอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องทุกประเทศทั่วโลก โดยบางประเทศมีแนวโน้มการติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น ซึ่งในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อ HIV ประมาณ 39 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ HIV จำนวน 630,000 คน และมีผู้เสียชีวิตจากผู้ติดเชื้อ HIV 1.3 ล้านคน (World Health Organization, 2023) สำหรับประเทศไทย จากสถิติปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้ติดเชื้อ HIV ทั้งหมด 560,000 คน

เสียชีวิต จำนวน 11,000 คน และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 9,200 คน ส่วนใหญ่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย ร้อยละ 68 มีคู่ผลต่างเลือดต่างกัน ร้อยละ 19 คู่นอนชั่วคราวและนอกสมรส ร้อยละ 7 และใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกัน ร้อยละ 4 ซึ่งจากสถิติพบว่ามีแนวโน้มว่าจะเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย, 2565) จากข้อมูลของสถานีสุภาพจังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2565 ตรวจหาเชื้อ HIV จำนวน 35,219 ราย พบผู้ที่มีผลเลือดเป็นบวก จำนวน 450 ราย (สถานีสุภาพ, 2566) ในปี พ.ศ. 2566 จากข้อมูลของ NAP Web Report ตรวจหาเชื้อ HIV จำนวน 36,881 ราย พบผู้ที่มีผลเลือดเป็นบวก จำนวน 471 ราย เห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ทำให้เป็นปัญหาสุขภาพตามมา (บริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี, 2566)

จากการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการติดเชื้อ HIV ของกลุ่มเยาวชนในประเทศไทย โดยเก็บข้อมูลจากเยาวชนในกรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ สงขลา และอุบลราชธานี พบว่าร้อยละ 70 ของผู้ติดเชื้อรายใหม่ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในกลุ่มประชากรอายุระหว่าง 15-24 ปี โดยเฉพาะในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เยาวชนที่ขายบริการทางเพศ และเยาวชนที่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงมากกว่าในการติดเชื้อ HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ (ยูนิเซฟ ประเทศไทย, 2557) เนื่องจากเยาวชนเป็นวัยเชื่อมต่อนระหว่างความเป็นเด็กกับความเป็นผู้ใหญ่ เป็นวัยที่เข้าสู่วัยหนุ่มสาว มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ซึ่งส่งผลไปสู่การปฏิบัติตัวหรือพฤติกรรมการแสดงออก เป็นวัยที่อยากรู้ อยากลอง และถูกชักจูงจากบุคคลรอบข้างได้ง่าย จึงมีโอกาสถูกชักชวนให้มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมได้ และขาดทักษะในการควบคุมสถานการณ์เสี่ยง ประกอบกับการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด (จุฑามาศ เบ้าคำกอง และสภารัตน์ คะตา, 2561) นอกจากนี้ นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้พักอาศัยอยู่กับครอบครัว มีการใช้ชีวิตโดยลำพัง มีอิสระทางความคิด การตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ มากขึ้น และสภาพสังคมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงมากจากอดีต ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่เสรีในเรื่องเพศมากขึ้น ให้ความสนใจกับเพศตรงข้าม ประกอบกับการเผยแพร่ข่าวสารเรื่องเพศบ้าง แต่ในส่วนใหญ่สื่อโซเชียลต่าง ๆ มีการเผยแพร่โดยการแสดงออกถึงความต้องการ และการตอบสนองทางอารมณ์มากกว่าทางวิชาการ ปัญหาเกี่ยวกับเรื่องเพศจึงมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผลให้เกิดปัญหาการเกิดอาชญากรรม หรือการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ อีกทั้งยังมีปัญหาของการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น การติดเชื้อ HIV ก็มีแนวโน้มสูงตามมาด้วย ซึ่งสิ่งที่กล่าวมาเหล่านี้ ย่อมส่งผลต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงของนักศึกษาต่อการติดเชื้อ HIV ด้วยเช่นกัน

จากการทบทวนการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี (จุฑามาศ เบ้าคำกอง และสภารัตน์ คะตา, 2561) พบว่านักศึกษาเพศชายมีประสบการณ์ร่วมเพศร้อยละ 80.80 เนื่องจากเพศชายอยากรู้อยากลอง และค่านิยมของสังคมไทยให้โอกาสการมีเพศสัมพันธ์ของชายก่อนสมรสมากกว่าเพศหญิง จึงมีโอกาสนักศึกษามีเพศสัมพันธ์มากกว่าเพศหญิง การมีแฟนหรือคนรักและนำไปสู่การมีโอกาสมีเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อ

การติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อายุของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอยู่ในช่วง 16-20 ปี ซึ่งถือว่าอายุน้อยวัยการร่วมเพศครั้งแรกค่อนข้างน้อยลง ๆ วัยรุ่นส่วนใหญ่ขาดความรู้และความเข้าใจในเรื่องเพศศึกษา ปัจจุบันการเข้าถึงสื่อเทคโนโลยีต่าง ๆ มากขึ้นและอายุของกลุ่มที่เข้าถึงสื่อต่าง ๆ ลดลง ทำให้มีโอกาสได้พบปะพูดคุยและพบเจอใกล้ชิดกับเพื่อนต่างเพศมากขึ้น หากนักศึกษายังมีความรู้ไม่เพียงพอ มีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ ส่งผลทำให้เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้นและมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าองค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยดังกล่าวส่วนใหญ่ศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม แต่การศึกษาปัจจัยด้านบุคคล อาทิเช่น เพศ อายุ คณะที่ศึกษา รายได้ โรคประจำตัว อาชีพเสริม และ สถานภาพ ยังไม่ครอบคลุม อีกทั้งงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV และงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านบุคคลต่อการติดเชื้อ HIV ยังไม่เป็นปัจจุบัน ไม่สอดคล้องกับยุคสมัยที่มีการเปลี่ยนแปลง มีการเพิ่มขึ้นของการใช้โซเชียลมีเดียและอาชีพที่หลากหลายมากขึ้น และยังไม่พบแนวทางที่จะนำมาแก้ไขปัญหาได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังไม่มีการศึกษาที่ครอบคลุมทุกพื้นที่เนื่องจากแต่ละพื้นที่มีความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ที่แตกต่างกัน ซึ่งในจังหวัดอุบลราชธานียังมีการศึกษาในประเด็นนี้ค่อนข้างน้อย รวมทั้งในมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV และปัจจัยด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการป้องกันและปรับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพสำหรับนักศึกษาในมหาวิทยาลัยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

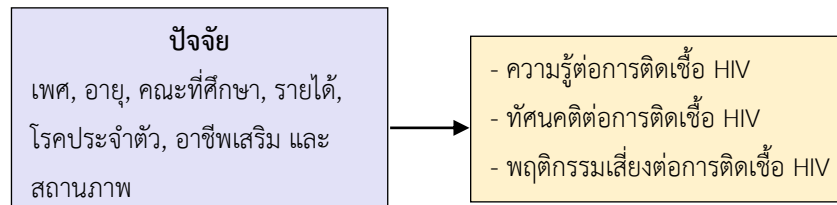
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัย (เพศ อายุ คณะที่ศึกษา รายได้ โรคประจำตัว อาชีพเสริม สถานภาพ) ที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานีอยู่ในระดับดี
2. ปัจจัย (เพศ อายุ คณะที่ศึกษา รายได้ โรคประจำตัว อาชีพเสริม สถานภาพ) มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานีในระดับมาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ในนักศึกษามหาวิทยาลัย ตัวแปรต้น ประกอบด้วย เพศ อายุ คณะที่ศึกษา รายได้ โรคประจำตัว อาชีพเสริม และสถานภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-เมษายน 2567 ณ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จำนวน 10 คณะ 1 วิทยาลัย จำนวน 16,207 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จำนวน 10 คณะ 1 วิทยาลัย คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan (1970) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 375 ราย ทำการสุ่มตัวอย่างโดยสุ่มแบบแบ่งชั้น โดยแบ่งเป็น 10 คณะ 1 วิทยาลัย ได้แก่ คณะเกษตรศาสตร์ 22 ราย คณะวิทยาศาสตร์ 40 ราย คณะวิศวกรรมศาสตร์ 59 ราย คณะศิลปประยุกต์และสถาปัตยกรรม 7 ราย คณะเภสัชศาสตร์ 17 ราย วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข 22 ราย คณะพยาบาลศาสตร์ 11 ราย คณะศิลปศาสตร์ 64 ราย คณะบริหารศาสตร์ 64 ราย คณะนิติศาสตร์ 34 ราย และ คณะรัฐศาสตร์ 35 ราย จากนั้นคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนโดยใช้สูตร Proportion to Size โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

เกณฑ์การคัดเลือก

1. นักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
2. มีอายุระหว่าง 18-26 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. ยินดีและเต็มใจ ในการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก

1. นักศึกษาระดับบัณฑิต, มหาบัณฑิต, ดุษฎีบัณฑิต, หลักสูตรเฉพาะทางและหลักสูตรผู้ช่วย
2. บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น HIV
3. ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ คณะ รายได้ โรคประจำตัว อาชีพเสริม สถานภาพ

2. แบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ HIV ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลง และปรับปรุงจาก Fana (2021) ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ HIV จำนวน 14 ข้อ คำถามเชิงบวก 7 ข้อ และคำถามเชิงลบ 7 ข้อ ให้เลือกใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยใช้เกณฑ์ในการแปลความหมาย โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 11, 12 และ 14 ตอบใช่ ได้ 1 ตอบไม่ใช่หรือไม่ทราบได้ 0 ข้อที่ 5, 6, 7, 8, 9, 10 และ 13 ตอบไม่ใช่ ได้ 1 ตอบใช่หรือไม่ทราบได้ 0 ซึ่งผู้วิจัยกำหนดแบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ ช่วงของคะแนน 10-14 มีความรู้อยู่ในระดับดี, ช่วงของคะแนน 5-9 มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง, ช่วงของคะแนน 0-4 มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ

2.2 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการ ติดเชื้อ HIV จำนวน 15 ข้อ คำถามเชิงบวก 10 ข้อ และคำถามเชิงลบ 5 ข้อ ให้เลือก เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมี เกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน, เห็นด้วย 4 คะแนน, ไม่แน่ใจ 3 คะแนน, ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน ซึ่งผู้วิจัยกำหนดแบ่งระดับทัศนคติเป็น 3 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง และ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ HIV จำนวน 9 ข้อ ซึ่งเป็นคำถามเชิงบวก 5 ข้อ และคำถามเชิงลบ 4 ข้อ ให้เลือกใช่และไม่ใช่ โดยใช้เกณฑ์ในการแปลความหมาย ความหมาย โดยมีเกณฑ์ ให้คะแนนดังนี้ ข้อที่ 1, 2, 6, 8 และ 9 ตอบใช่ ได้ 1 ตอบไม่ใช่หรือไม่ทราบได้ 0 ข้อที่ 3, 4, 5 และ 7 ตอบไม่ใช่ ได้ 1 ตอบใช่หรือไม่ทราบได้ 0 ซึ่งผู้วิจัยกำหนดแบ่งระดับพฤติกรรมเสี่ยงเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 7-9 หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง คะแนน 4-6 หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงปานกลาง และคะแนน 0-3 หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ HIV ไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการ

ติดเชื้อ HIV และด้านภาษาต่างประเทศ จำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงด้านเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 1.00 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษา จำนวน 30 ราย หาความเที่ยงของแบบสอบถามระดับความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ HIV โดยใช้สูตร KR 20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.71 หาความเที่ยงของแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อ HIV โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.70 และหาความเที่ยงของพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ HIV โดยใช้สูตร KR 21 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือแจ้งขอเก็บรวบรวมข้อมูลต่อคณบดีแต่ละคณะ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการทำวิจัย แจ้งสิทธิในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างหลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามผ่าน Google Form ให้กับกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาที่ได้รับการสุ่มทั้ง 10 คณะ และ 1 วิทยาลัย จำนวน 375 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/Windows Version 29 โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลระดับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่และร้อยละ
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิเคราะห์ปัจจัยด้านอายุและรายได้โดยใช้สถิติ Pearson Correlation เนื่องจากตัวแปรเป็นข้อมูลอยู่ในมาตราอัตราส่วน และปัจจัยด้านเพศ คณะที่ศึกษา โรคประจำตัว อาชีพเสริม และสถานภาพโดยใช้สถิติ Spearman's Rank Correlation เนื่องจากตัวแปรเป็นข้อมูลอยู่ในมาตรานามบัญญัติที่มีการนำมาเรียงลำดับกำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ตามระดับของความสัมพันธ์ของ Best (1977) โดยมีเกณฑ์ดังนี้ ระดับ 0.81-1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันสูงมาก ระดับ 0.51-0.80 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ระดับ 0.21-0.50 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ระดับ 0.01-0.20 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ และหากค่า r มีผลเป็นบวก แปลผลได้ว่า มีความสัมพันธ์กันทางบวก และ ค่า r (Correlation) มีผลเป็นลบ แปลผลได้ว่ามีความสัมพันธ์กันทางลบ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โดยยึดหลักเกณฑ์ตามประกาศเฮลซิงกิ เลขที่ UBU-REC-46/2567 ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 ก่อนเก็บข้อมูลการวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ชี้แจงสิทธิของการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งอธิบายข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยซึ่งจะเก็บไว้เป็นความลับ โดยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนป้องกันและส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับเชื้อ HIV รวมทั้งการให้อิสระแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 188 คน (50.10 %) มีอายุอยู่ระหว่าง 21-23 ปี จำนวน 192 คน (51.20%) และศึกษาอยู่คณะบริหารศาสตร์ จำนวน 64 คน (17.10%) มีรายได้อยู่ระหว่าง 3,001-5,000 บาท ต่อเดือน จำนวน 136 คน (36.30%) ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 341 คน (90.90%) ไม่ได้ทำอาชีพเสริม จำนวน 309 คน (82.40%) พนักงานรับจ้างทั่วไป จำนวน 40 คน (10.70%) ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 20 คน (5.30%) พนักงานในสถานบันเทิง จำนวน 5 คน (1.30%) Sex Worker (งานบริการที่ใช้เรื่องเพศเป็นตัวดึงดูดหรือการบริการโดยใช้ร่างกาย ทั้งแบบการเจอกันต่อหน้า หรือผ่านทางออนไลน์ ไม่จำเป็นจะต้องมีการร่วมเพศและสอดใส่) จำนวน 1 คน (0.30%) และมีสถานภาพโสด (ผู้ที่ไม่อยู่ในความสัมพันธ์หรือมีได้สมรส) จำนวน 316 คน (84.30%) สถานภาพคู่ จำนวน 59 คน (15.70%) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=375)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	187	49.90
หญิง	188	50.10
อายุ		
18 - 20 ปี	178	47.50
21 - 23 ปี	192	51.20
24 - 26 ปี	5	1.30
คณะ		
คณะเกษตรศาสตร์	22	5.90
คณะบริหารศาสตร์	64	17.10
คณะพยาบาลศาสตร์	11	2.90

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
คณะเภสัชศาสตร์	17	4.50
คณะรัฐศาสตร์	35	9.30
คณะวิทยาศาสตร์	40	10.70
คณะวิศวกรรมศาสตร์	59	15.70
คณะศิลปประยุกต์และสถาปัตยกรรม	7	1.90
คณะศิลปศาสตร์	64	17.10
นิติศาสตร์	34	9.10
วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข	22	5.90
รายได้ (บาท/เดือน)		
< 3,000	84	22.40
3,001 - 5,000	136	36.30
5,001 - 8,000	91	24.30
> 8,001	64	17.10
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	341	90.90
มีโรคประจำตัว	34	9.10
อาชีพเสริม		
ไม่ได้ทำอาชีพเสริม	309	82.40
พนักงานรับจ้างทั่วไป	40	10.70
พนักงานในสถานบันเทิง	5	1.30
Sex Worker	1	0.30
ธุรกิจส่วนตัว	20	5.30
สถานภาพ		
โสด	316	84.30
คู่	59	15.70

2. ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ต่อการติดเชื้อ HIV อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.70 มีทัศนคติอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 59.20 และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 72.00 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV (n=375)

ตัวแปร	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ความรู้ต่อการติดเชื้อ HIV	26 (6.90)	175 (46.70)	174 (46.40)
ทักษะต่อการติดเชื้อ HIV	2 (0.50)	151 (40.30)	222 (59.20)
พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV	270 (72.00)	103 (27.50)	2 (0.50)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV

พบว่า รายได้และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เพศมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสถานภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากต่อความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนอายุ คณะ และอาชีพเสริม ไม่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV (n=375)

ปัจจัย	ความรู้ต่อการติดเชื้อ HIV	ทักษะต่อการติดเชื้อ HIV	พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV
	Correlation Coefficient	Correlation Coefficient	Correlation Coefficient
	(P-value)	(P-value)	(P-value)
รายได้	$r=0.59$ (0.25)	$r=0.75$ (0.14)	$r=0.17^{**}$ (0.00)
โรคประจำตัว	$r_s=0.06$ (0.23)	$r_s=-0.01$ (0.83)	$r_s=0.13^{**}$ (0.01)
เพศ	$r_s=-0.06$ (0.18)	$r_s=0.07$ (0.17)	$r_s=-0.12^{**}$ (0.01)
สถานภาพ	$r_s=0.11^*$ (0.02)	$r_s=0.77$ (0.13)	$r_s=0.24^{**}$ (0.00)
อายุ	$r=0.92$ (0.74)	$r=0.09$ (0.07)	$r=0.07$ (0.14)
คณะ	$r_s=-0.05$ (0.28)	$r_s=-0.02$ (0.58)	$r_s=0.61$ (0.24)
อาชีพเสริม	$r_s=-0.09$ (0.08)	$r_s=-0.09$ (0.06)	$r_s=0.03$ (0.51)

r =Pearson correlation, r_s = Spearman's rank correlation; * p -value < 0.05, ** p -value < 0.01

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา สามารถอภิปรายสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV สามารถอธิบายได้ ดังนี้

ระดับความรู้ต่อการติดเชื้อ HIV ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.70 (Mean = 8.81, S.D. = 2.90) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความรู้และทัศนคติของนักศึกษาคณะสังคมศาสตร์ ต่อผู้ที่ติดเชื้อ HIV (พระมหาสุรไกร ชินพุทธิสิริ, 2562) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ HIV ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.73 ซึ่งจากการศึกษานี้ พบว่า เชื้อ HIV สามารถแพร่กระจายเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์กัน ร้อยละ 95.50 แพร่กระจายเชื้อผ่านทาง การได้รับเลือด ร้อยละ 94.40 และ แพร่กระจายเชื้อจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ร้อยละ 93.10 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้จากการรณรงค์ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย กระทรวงสาธารณสุข และสื่อออนไลน์ แต่ยังมีบางส่วนที่มีความรู้ความเข้าใจว่า HIV ไม่สามารถแพร่กระจายเชื้อโดยมีถุงเป็นพาหะหรือหลังจากถูกยุงกัด ร้อยละ 30.70 ทั้งนี้เนื่องจากการรณรงค์ให้ความรู้ อาจไม่มีการเข้าถึงทุกคน ดังนั้นควรมีการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องการติดเชื้อ HIV ตามนโยบายยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 อย่างต่อเนื่อง (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2566)

ระดับทัศนคติต่อการติดเชื้อ HIV ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 59.20 (Mean = 3.81, S.D. = 0.53) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับ HIV ของบำเพ็ญจิต แสงชาติ และคณะ (2561) ที่พบว่า ทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค HIV/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่าง ๆ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 84 ซึ่งจากการศึกษานี้ พบว่า ฤงยางอนามัยสามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ (Mean = 4.34, S.D. = 0.78) ถ้ามีปัญหาระหว่างเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ท่านกล้าขอคำปรึกษาจากแพทย์ พยาบาลหรือผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ (Mean = 4.27, S.D. = 0.90) และนักศึกษาที่ติดเชื้อ HIV ควรได้รับการอนุญาตให้เรียนต่อไป (Mean = 4.10, S.D. = 1.01) แต่ยังมีบางส่วนที่คิดว่าผู้ติดเชื้อ HIV มีคู่ได้ (Mean = 3.25, S.D. = 1.10) อาจเกิดจากการที่ได้รับข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ ไม่ทั่วถึง และยึดติดกับแนวคิดเดิม ๆ ทำให้มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ที่ติดเชื้อ HIV ดังนั้นควรมีการส่งเสริมความรู้ตามนโยบายยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาการติดเชื้อ HIV พ.ศ. 2560-2573 ของ คช.ปอ. เพื่อปรับความรู้ความเข้าใจ ไม่มีการรังเกียจ กีดกัน ไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้ที่ติดเชื้อ HIV (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2566)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 72.00 (Mean = 2.39, S.D. = 1.68) พบว่า มีการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ร้อยละ 95.50 ไม่ใช้ยาฉีด เช่น อินซูลิน หรือยาลดระดับน้ำตาลในเลือด สารเสพติด ร้อยละ 93.10 และหยุดมีเพศสัมพันธ์เมื่อฤงยางอนามัยขาดระหว่างมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 90.40 แต่แตกต่างจากการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ที่มีเพศสัมพันธ์ชายกับชาย (ภูเบศร์ ปานเพ็ชร, 2564) พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.30 (Mean = 68.07, S.D. = 6.39) ดังนั้นจึงควรรณรงค์เรื่องการใช้ฤงยางอนามัย

เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนทุกประเภท สร้างค่านิยมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และควรเน้นถึงความสำคัญของถุงยางอนามัยว่าไม่สามารถป้องกันได้แน่นอน เป็นเพียงการลดพฤติกรรมเสี่ยง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

2. ปัจจัย (เพศ อายุ คณะ รายได้ โรคประจำตัว อาชีพเสริม สถานภาพ) ที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV สามารถอธิบายได้ ดังนี้

เพศมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา (พนมพร ปิยะกุล, 2559) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง โดยเพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง และ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV (จุฑามาศ เบ้าคำทอง และสภารัตน์ คะตา, 2561) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง โดยเพศชายมีความอยากรู้อยากลองมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากอยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เริ่มมีความรู้สึก มีความต้องการทางเพศ อาจเริ่มจากการช่วยตนเอง จนมีความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งมากขึ้นดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้นักศึกษามีความตระหนักถึงความเสี่ยง และรู้จักป้องกันและดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากเชื้อ HIV

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อธิบายได้ว่าปัจจัยด้านอายุของนักศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ HIV (รัตติยา สองทิศ, 2562) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ HIV เนื่องจากช่วงอายุเดียวกัน ทำให้ได้รับความรู้ในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ HIV และมีโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และมีช่องทางในการเข้าถึงสื่อและอุปกรณ์การป้องกัน การติดเชื้อ HIV ในระดับที่ใกล้เคียงกัน

สำหรับคณะที่ศึกษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อธิบายได้ว่า ไม่ว่าจะเป็นนักศึกษาคณะใดก็มีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ไม่แตกต่างกัน ดังนั้น คณะที่แตกต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะและพฤติกรรม ควรมีการส่งเสริมทุกคนให้เท่าเทียมกัน

รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทักษะต่อการติดเชื้อ HIV แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (ภูเบศร์ ปานเพชร, 2564) พบว่ารายได้ที่แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่างกัน แต่แตกต่างกับการศึกษาของรัตติยา สองทิศ (2562) พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นระดับรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติเกี่ยวกับปัญหาการติดเชื้อ HIV เนื่องจากนักศึกษาส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในระดับปานกลาง และมีรายได้เฉลี่ยไม่แตกต่างกันมาก

โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้และทัศนคติต่อการติดเชื้อ HIV แต่โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แตกต่างกับการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (ภูเบศร์ ปานเพ็ชร, 2564) พบว่าโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV เนื่องจากนักศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ จึงพบจำนวนนักศึกษาที่มีโรคประจำตัวน้อย

อาชีพเสริมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (ภูเบศร์ ปานเพ็ชร, 2564) พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV เนื่องจากนักศึกษาส่วนใหญ่มิ่ระดับรายได้ที่เพียงพอและให้ความสำคัญกับการเรียน โดยใช้เวลาส่วนใหญ่ในการสืบค้นหาความรู้ จึงไม่ได้ประกอบอาชีพเสริม

สถานภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อธิบายได้ว่าปัจจัยด้านสถานภาพมีผลต่อความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV และไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการติดเชื้อ HIV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อธิบายได้ว่าปัจจัยด้านสถานภาพ โสดหรือมีแฟนไม่มีความสัมพันธ์ต่อทัศนคติต่อการติดเชื้อ HIV ไม่สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (ภูเบศร์ ปานเพ็ชร, 2564) พบว่าสถานภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ HIV (เอกลักษณ์ พิภพสุข, ปริยกุลม รัชกุล และวนลดา ทองใบ, 2562) พบว่าสถานภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม เนื่องจากนักศึกษาส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดจึงอาจไม่คำนึงถึงความสำคัญในการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ HIV เพิ่มเติม อีกทั้งมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อต่ำ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านนโยบาย มหาวิทยาลัยควรตระหนักในการรณรงค์หรือประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องการติดเชื้อ HIV และจัดบริการเชิงรุกให้กลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่สนใจเข้ารับการตรวจและส่งต่อการรับการรักษาที่มีคุณภาพ เพื่อเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อ
2. ด้านการศึกษา มหาวิทยาลัยควรมีการจัดอบรมให้ความรู้หรือสอดแทรกความรู้เข้าไปการเรียนการสอนเพื่อสร้างความตระหนักรู้ให้แก่นักศึกษาและควรมีหน่วยงานให้คำปรึกษาสำหรับนักศึกษาที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV
3. ด้านการพยาบาล ควรมีแนวทางในการประเมินความต้องการดูแลตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIVหรือผู้ที่ติดเชื้อ HIV เพื่อจะได้วางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการแพร่กระจายแพร่เชื้อ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยด้านอื่น ๆ เพิ่มเติม พร้อมทั้งหาความสัมพันธ์และทำนาย เพื่อให้ได้มาซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงขึ้น เนื่องจากผลการวิจัยนี้พบว่าปัจจัยที่ค้นพบยังมีความสัมพันธ์ในระดับที่ต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และควรมีการศึกษาในพื้นที่ หรือต่างมหาวิทยาลัย เพื่อให้เห็นว่าแต่ละพื้นที่แตกต่างกันหรือไม่ ซึ่งจะเป็นแนวทางในการให้ความรู้ รวมถึงเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้เป็นแนวทาง ในการเฝ้าระวัง ป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ HIV ในสถาบันการศึกษาอย่างยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานประจำปี 2562. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิก แอนด์ดีไซน์.
- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. (2566). แผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ. 2566-2569. นนทบุรี: บริษัท เอ็นซี คอนเซ็ปต์ จำกัด
- จุฑามาศ เบ้าคำกอง และสภารัตน์ คะตา. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา: กรณีศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 26(1), 66-76.
- บริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี. (2566). ข้อมูลบริการดูแลรักษา HIV ผลการตรวจ. สืบค้น 30 พฤศจิกายน 2567 จาก <http://napdl.nhso.go.th/NAPWebReport/LoginServlet>.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ และคณะ. (2561). ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ และการปฏิบัติสุขภาวะทางเพศ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยชั้นปีที่หนึ่ง. ศรีนครินทร์เวชสาร, 33(1), 49-55.
- พนมพร ปิยะกุล. (2559). พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชีวศึกษา ในจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาเอกการจัดการการสร้างความเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พระมหาสุรไกร ชินพุทธิสิริ. (2562). ความรู้และทัศนคติของนักศึกษาคณะสังคมศาสตร์ต่อผู้ติดเชื้อ HIV. วารสารแสงอีสาน, 16(2), 239-249.
- ภูเบศร์ ปานเพ็ชร. (2564). พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและการเห็นคุณค่าในตนเองของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในคลินิกเทคนิคการแพทย์ฟ้าสัรุกรามคำแหง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร บัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยูนิเซฟ ประเทศไทย. (2557). วิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มเยาวชน ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ยูนิเซฟ ประเทศไทย.
- รัตติยา สองทิศ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง. วารสารโรคเอดส์, 31(3), 142-153.

ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย. (2565). *คาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค.

สถานีสสุขภาพ. (2566). *คณะกรรมการยุติปัญหาเอดส์ อุบลราชธานีวางเป้าลดการตีตรา ลดผู้ติดเชื้อ HIV*. นนทบุรี: สถานีสสุขภาพ.

เอกลักษณ์ ฟักสุข, ปรียกมล รัชกุล และวนลดา ทองใบ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 31(3), 60-73.

Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed). N.J: Prantice-Hall Inc.

Fana, T. (2021). Knowledge, attitude and practices regarding HIV and AIDS among high school learners in South Africa. *The Open AIDS Journal*, 15(1), 84-92.
<https://doi.org/10.2174/1874613602115010084>

Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970) Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
<https://doi.org/10.1177/001316447003000308>

World Health Organization. (2023). *HIV and AIDS*. Retrieved November 24, 2024 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.

การประเมินผลการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน
และความดันโลหิตสูงโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตภาคเหนือ
Evaluation of Management of Community Health Security Funds for Controlling
Diabetes and Hypertension by Subdistrict Administration Organization, Northern Region

ศรีสุดา งามขำ¹, ชูศักดิ์ ยืนนาน², บุญเตือน วัฒนกุล^{1*}, อรุณศรี มงคลชาติ³

Srisuda Ngamkham¹, Choosak Yuennan², Boontuan Wattankul^{1*}, Aroonsri Mongkolchati³

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์¹, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

กระทรวงสาธารณสุข², สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล³

School of Nursing, Panyapiwat Institute of Management¹, Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing,

Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health², ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University³

(Received: February 28, 2024; Revised: June 9, 2024; Accepted: December 9, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยผสมวิธีแบบสำรวจเป็นลำดับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพด้านการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงภายใต้กรอบของ CIPP Model ระยะเวลาวิจัยเชิงปริมาณ ทำการประเมินศักยภาพการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินการบริหารจัดการในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พื้นที่ศึกษา คือ กปท. 16 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการบริหาร กปท. 73 คน และระยะเวลาวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยคำถามกึ่งโครงสร้าง ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ คณะกรรมการบริหารฯ 10 คน กลุ่มตัวอย่างสนทนากลุ่ม คือ ผู้รับบริการ และอส. 10 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและตรวจสอบแบบสามเส้า

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า ศักยภาพของการบริหาร กปท. ทั้ง 16 แห่ง แบ่งเป็นระดับ A+ 2 แห่ง และระดับ A 14 แห่ง ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า 1) ด้านบริบท ทุกแห่งมีความพร้อมด้านการบริหารจัดการ กปท. 2) ด้านปัจจัยนำเข้า มีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบและใช้ฐานข้อมูลเพื่อวางแผนการจัดบริการสาธารณสุขและการดูแลอย่างต่อเนื่อง บุคลากรเข้าใจกฎระเบียบการบริหารกองทุนฯ และการใช้งบประมาณ 3) ด้านกระบวนการ การมีส่วนร่วมขององค์กรในชุมชนและประชาชน สร้างความตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพ มีแผนงบประมาณการดูแลอย่างต่อเนื่อง 4) ด้านผลผลิต มีระบบการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพของพื้นที่ต้นแบบมีประสิทธิภาพและเป็นศูนย์การเรียนรู้ 5) ด้านผลลัพธ์ การจัดเวทีมหกรรมสุขภาพและพลังความร่วมมือของประชาชนเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ในภาพรวม กปท. ส่วนใหญ่มีศักยภาพและมีความพร้อมที่จะดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้นความสำเร็จของการบริหารจัดการให้เป็นศูนย์การเรียนรู้ ต้องสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การบริหารจัดการ, กองทุนหลักประกันสุขภาพ, เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

*ผู้ให้การติดต่อ บุญเตือน วัฒนกุล e-mail: boontuanwat@pim.ac.th

Abstract

This exploratory sequential mixed-method study sought to assess how community health security funds (CHSFs) were managed for the diabetes and hypertension control and prevention project under the framework of the CIPP model. The quantitative phase aimed to evaluate the management capability of the CHSFs using an assessment form specifically designed for the management of diabetes and hypertension prevention and control projects. The study settings included 16 CHSF model areas in northern Thailand, with a sample of 73 CHSF committee members. The qualitative phase involved in-depth interviews with ten members of the target CHSF committees, while focus groups were conducted with ten participants, including health volunteers, using semi-structured questions. Descriptive statistics were used to analyze the quantitative data, while qualitative data were transcribed for content analysis, and triangulation was applied for validation.

The quantitative research findings revealed that two model-area settings were identified for A+ grade level, whereas 14 settings remained at A grade level. Qualitative phase denoted that:

- 1) Context: All units were ready in terms of management and administration of CHSFs;
- 2) Input factors: there was systematic management with the use of databases for planning public health services and ensuring continuity of care. Personnel were well-versed in the regulations governing fund management and budget utilization.;
- 3) Process: Community organizations and public participation raised awareness of health issues. Budget plans for continuous care were in place;
- 4) Outputs: There were effective referral systems and continuity of care. The management of model health security funds was efficient and served as a learning center;
- 5) Outcomes: Health expos and collaborative efforts among the public were key success factors. The research findings indicated that most CHSFs are capable and prepared to achieve the goals of the National Health Security Fund. Therefore, the success of transforming fund management into learning centers requires active public participation in health self-care using local wisdom to ensure sustainable health outcomes.

Keywords: Management, Community Health Security Fund, Diabetes Mellitus, Hypertension, Subdistrict Administrative Organizations

บทนำ

ทั่วโลกกำลังเผชิญปัญหาการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อแนวโน้มภาระโรคเพิ่มขึ้น (Lu et al., 2024; Saeedi et al., 2019) ทำให้เกิดโรคร่วม (Co-morbidity) และเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้น (Premature mortality) (Hunter, Chapman, & Dhaun, 2021) สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2030 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 10.20 หรือ 578 ล้านคน และในปี ค.ศ. 2045 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 10.90 หรือ 700 ล้านคน (Saeedi et al., 2019) ขณะที่แนวโน้มของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2019 อัตราความชุกของเพศหญิงประมาณร้อยละ 59 และเพศชาย ร้อยละ 49 (NCD Risk Factor Collaboration, 2021) ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงพบมากในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง และยังพบว่าร้อยละ 88 ของการเสียชีวิตเกิดขึ้นในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลางอีกด้วย (Zhou, Perel, Mensah, & Ezzati, 2021) สำหรับความชุกของโรคเบาหวานพบว่าในชุมชนเมือง (10.80%) และกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูง (10.40%) จะมีความชุกสูงกว่า ในชุมชนชนบท (7.20%) และกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ (4%) และยังมีคนที่เป็นโรคเบาหวานที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาสูงถึงร้อยละ 50.10 (Saeedi et al., 2019) ในประเทศไทยพบว่าปี พ.ศ. 2558 ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยถึงร้อยละ 55.35 ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงจะมีปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือด (12.10%) สูงกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่ได้เป็นโรคความดันโลหิตสูง (9.80%) (Hurst, Thinkhamrop & Tran, 2015) จากรายงานผลการตรวจติดตามยืนยันการวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานของระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในเขตสุขภาพที่ 1, 2 และ 3 มีผู้สงสัยป่วยเป็นโรคเบาหวานและได้รับการวินิจฉัยยืนยัน ร้อยละจำนวน 77.70, 87.96 และ 83.94 ตามลำดับ โดยเขตสุขภาพที่ 2 และ 3 มีแนวโน้มสูงกว่าระดับประเทศที่ร้อยละ 81.12 (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ประสิทธิภาพของผู้ป่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด โดยการดำเนินงานของเขตสุขภาพที่ 1, 2 และ 3 มีการดำเนินการในการควบคุมโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 17.80, 31.40, 30.50 ตามลำดับ (เกณฑ์ที่กำหนด $\geq 40\%$) และการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 30.72, 45.74, 41.73 ตามลำดับ (เกณฑ์ที่กำหนด $\geq 50\%$) (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2566; กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565) ผลกระทบจากการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตไม่ได้ เมื่อประเมินความเสี่ยงพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 58.25 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 50 และโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 34.65 (ปริศนา อัครชนพล และคณะ, 2564) ดังนั้นการควบคุมและป้องกันภาวะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจึงมีความสำคัญและจำเป็นมากสำหรับประชาชนในเขตสุขภาพทั้ง 3 เขตของภาคเหนือ

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขภายใต้หลักการสาธารณสุขมูลฐานตามปฏิญญาอัลมา อะตา (Alma Ata Declaration)

ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1978) ในปัจจุบันการกระจายอำนาจของการปกครองท้องถิ่นส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวน 7,850 แห่ง ต้องมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในระดับท้องถิ่น (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2563) การกระจายอำนาจด้านการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิสู่ อปท. ส่งผลให้เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น การสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระบวนการสมัชชาสุขภาพ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอื่นของระบบสุขภาพและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สนับสนุนให้ อปท. มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและทำแผนจัดสรรทรัพยากรในการจัดบริการสุขภาพระดับชุมชนมากขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562) โดยที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดทำคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กบท.) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น (คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561) รวมถึงเพิ่มการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการภาคประชาชน ภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชนในการดำเนินงานในการควบคุมและป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามความจำเป็นในพื้นที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562)

อปท. เป็นหน่วยงานหลักในการเป็นผู้จัดบริการสาธารณะรวมถึงภารกิจส่งเสริมสุขภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อมและสุขภาพบาลขึ้นพื้นฐาน การสาธารณสุขมูลฐานเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยมีบทบาทในการกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในระดับตำบลเพื่อการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในการบริหารจัดการ สนับสนุน และส่งเสริมการจัดกระบวนการเพื่อดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัย ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตาม จากผลการวิจัยล่าสุดเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้การบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของ กบท. พบว่า พี่เลี้ยงกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นพื้นที่ มีสมรรถนะด้านการติดตามประเมินผล สมรรถนะด้านการพัฒนาโครงการและสมรรถนะด้านบุคลิกภาพส่วนบุคคลอยู่ในระดับที่ต้องได้รับการพัฒนา (ชูศักดิ์ โมลิโต, 2566) ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นผู้กำหนดและกำกับนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและเป็นผู้สนับสนุนด้านงบประมาณให้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ต้องการติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าว แต่การดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นยังไม่มี การดำเนินการด้านการประเมินผลและติดตามโครงการอย่างเป็นรูปธรรม

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินโครงการการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ต้นแบบด้านการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น เขตภาคเหนือ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจด้านการบริหารสาธารณสุข

สู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการประเมินความพร้อมในการรับถ่ายโอน รพ.สต. ในการถ่ายโอนที่ผ่านมาในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2551-2564 จึงมีบริบทที่แตกต่างกันในการถ่ายโอนทั้งจังหวัดหรือทั้งอำเภอให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นการปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีความหลากหลาย แม้ในภาพรวม รพ.สต. ที่มีการถ่ายโอนไปให้แก่เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและมีความโดดเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค โดยมีพลังการขับเคลื่อนสังคมภายในชุมชน (Social Mobilization) และความสัมพันธ์เชิงสถาบันอย่างไม่เป็นทางการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชน เป็นตัวเชื่อมของ 6 องค์ประกอบระบบสุขภาพ (Six Building Blocks) แต่อย่างไรก็ตามความต่อเนื่องของเงินอุดหนุนจากรัฐบาล เงินอุดหนุนทั่วไปและเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ และการบริหารอัตรากำลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่งตามกฎหมายระเบียบการบริหารงานบุคคล ยังเป็นอุปสรรคสำคัญในการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขภายหลังการกระจายอำนาจด้านการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งที่ผ่านมาไม่ได้มีกระบวนการเตรียมพร้อมและกลไกสนับสนุนส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของระบบสุขภาพที่ชัดเจน และขาดการประเมินผลการบริหารงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จะเป็นการประเมินผลการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นภายหลังการถ่ายโอนภารกิจด้านการบริหารสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งผลของการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสู่การกำหนดทิศทางการบริหารด้านการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิภายหลังการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามบริบทของเขตสุขภาพภาคเหนือ มุ่งสู่เป้าหมายการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่ยั่งยืนและเกิดประโยชน์ต่อการกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่มีประสิทธิภาพตามเจตนารมณ์ของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลการดำเนินโครงการการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ต้นแบบด้านการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นเขตภาคเหนือ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การประเมินผลการดำเนินงานโครงการการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ต้นแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งดำเนินงานในระบบสังคมในมุมมองของผลลัพธ์ของกระบวนการดำเนินโครงการ ซึ่งเกิดจากพลวัตของปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและกลไกในบริบทของระบบสังคมในการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น เขตภาคเหนือ โดยใช้ทฤษฎีเชิงระบบ (System Theory) และการประเมินผลการดำเนินงานตามกระบวนการดำเนินโครงการการบริหาร

กองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ต้นแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงภายใต้
บริบทสังคมของเขตภาคเหนือ โดยใช้ CIPP Model (Stufflebeam, 1971) ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการประเมินผลการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตภาคเหนือ ภายใต้ CIPP Model ของ Stufflebeam, DL (1971, 2015)

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบวิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นรูปแบบผสมผสานวิธีด้วยวิธีการศึกษาแบบสำรวจเป็นลำดับ (Exploratory Sequential Approach Mixed Method) (Morse, 2016) โดยการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และตามด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

1. การวิจัยเชิงปริมาณ เป็นการรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานโครงการการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ต้นแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ของ กบท. เพื่อนำมาประเมิน

ศักยภาพตามเกณฑ์ประเมินระดับของศักยภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตามคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561) คะแนนเต็ม 100 คะแนน แบ่งเป็น

- ระดับ A+ มีศักยภาพสูงและสามารถเป็นศูนย์เรียนรู้ (90 - 100 คะแนน)
- ระดับ A มีศักยภาพดี (70 - 89 คะแนน)
- ระดับ B มีศักยภาพปานกลาง (50 - 69 คะแนน)
- ระดับ C ยังขาดความพร้อม ต้องเร่งพัฒนา (< 50 คะแนน)

พื้นที่ในการศึกษา คือ พื้นที่ต้นแบบที่เป็นเป้าหมายทั้งหมดที่มีการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโรคเรื้อรัง ในเขตสุขภาพของภาคเหนือ

เกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบ

1. พื้นที่ที่มีกองทุนหลักประกันสุขภาพในการดำเนินงานโครงการการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในเขตสุขภาพที่ 1, 2 และ 3
2. เป็นจังหวัดที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์การปกครองส่วนตำบลที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563
3. เป็นหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงต้นแบบ ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ องค์การปกครองส่วนตำบล ในเขตสุขภาพที่ 1, 2 และ 3 จำนวน 18 จังหวัด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 1, 2 และ 3

เขตสุขภาพ	พื้นที่ในเขตสุขภาพ	จำนวน กปท.
เขต 1	เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง พะเยา แพร่ น่าน แม่ฮ่องสอน	8
เขต 2	ตาก พิชณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และ อุตรดิตถ์	5
เขต 3	กำแพงเพชร ชัยนาท นครสวรรค์ พิจิตร อุทัยธานี	5

กลุ่มตัวอย่างพื้นที่เป้าหมาย คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) ในสังกัดของ อบท. ที่มีการดำเนินงานพื้นที่ต้นแบบโครงการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่เป้าหมาย โดยแยกตามเขตสุขภาพต้นสังกัดของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตสุขภาพ 1, 2 และ 3 ประกอบด้วย 18 กปท.

กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริหารจัดการบริการด้านการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 5 คนต่อ กปท.

รวมเป็นจำนวนทั้งหมด 90 คน กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามฯ มีจำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 81 จาก 16 กปท. คิดเป็นร้อยละ 89

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่าง มีเกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบโดยใช้ข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณจากการประเมินกระบวนการบริหารจัดการของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น โดยการประเมินตนเอง และให้ผู้เกี่ยวข้องประเมิน โดยใช้แบบประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และเลือกพื้นที่ที่มีศักยภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับ A+ ซึ่งได้มาจากการวิจัยเชิงปริมาณกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ คณะกรรมการบริหาร กปท. ที่มีศักยภาพการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับ A+ จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ ผู้แทนของสปสข. ระดับเขต ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้แทนหน่วยบริการสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาล/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จำนวน 5 คนต่อ กปท.

กลุ่มตัวอย่างการสนทนากลุ่ม (Focus Group) คือ ผู้รับบริการ และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมทั้งหมด 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การวิจัยเชิงปริมาณ

แบบประเมินการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ภายใต้กรอบแนวคิดของ CIPP model 8 ด้าน ดังนี้ บริบท ปัจจัยนำเข้า คือ ด้านการบริหารจัดการ (20 คะแนน) จำนวน 20 ข้อ กระบวนการคือ ด้านการมีส่วนร่วม (20 คะแนน) จำนวน 11 ข้อ ผลผลิต คือ ด้านผลการดำเนินงาน (35 คะแนน) จำนวน 15 ข้อ และผลลัพธ์ ได้แก่ ด้านผลกระทบ (5 คะแนน) จำนวน 1 ข้อ ด้านการถ่ายทอดส่งต่อ (5 คะแนน) จำนวน 1 ข้อ ด้านการประเมินประสิทธิภาพ (5 คะแนน) จำนวน 1 ข้อ ด้านความพึงพอใจ (5 คะแนน) จำนวน 1 ข้อ และด้านความยั่งยืน (5 คะแนน) จำนวน 1 ข้อ รวมทั้งหมด 51 ข้อ

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ

แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) มีจำนวน 11 ข้อ ภายใต้กรอบแนวคิดของ CIPP model ครอบคลุมประเด็นบริบท (Context) ด้านการบริหารจัดการ (Input) ด้านการมีส่วนร่วม (Process) ด้านผลการดำเนินงาน (Product) และด้านผลกระทบ ด้านการถ่ายทอดส่งต่อ ด้านการประเมินประสิทธิภาพ ด้านความพึงพอใจ และด้านความยั่งยืน (Outcome) ตัวอย่างคำถามเช่น การจัดทำแผนงบประมาณประจำปี มีการดำเนินงานอย่างไร จัดการอย่างไร ระบบกำกับ

ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน มีการดำเนินงานอย่างไร จัดการอย่างไร หรือ องค์กรได้รับการสนับสนุน การดำเนินงานจาก สปสช. ส่วนกลาง อย่างไร เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมภายใต้กรอบแนวคิดของ CIPP Model และมีการตรวจสอบระดับความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อประเมิน ความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Content Validity) ความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย รวมทั้งการตรวจสอบความแม่นยำตรงทางด้านภาษา วัฒนธรรม ความเชื่อตามบริบทที่แตกต่างกันของพื้นที่ พบว่า มีค่าระดับความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence) เท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การวิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลโดยจัดส่งแบบสอบถามไปยังแต่ละกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ในเขตภาคเหนือ ที่ดำเนินการโครงการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ภายใต้การ สนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563 โดยประสานงานให้กลุ่มเป้าหมาย โครงการพื้นที่เป้าหมาย ดำเนินการรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่แล้วเพื่อใช้ประเมินผลการดำเนินงานของแต่ละกองทุน หลักประกันสุขภาพท้องถิ่น และประเมินระดับศักยภาพของการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น เป็น 4 ระดับตามเกณฑ์ที่กล่าวข้างต้น โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถาม ประมาณ 30 นาที

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) กับกลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ต้นแบบ โดยการสัมภาษณ์ผ่าน Zoom มีการบันทึกภาพและเสียงเพื่อการถอดเทป ใช้เวลาในการ สัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และ ร้อยละ

การวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามกระบวนการประเมินผล ด้วย CIPP Model ตามแนวคิดของ Daneil Stufflebeam (ภาพที่ 1) (Stufflebeam, 1971) เป็นกรอบในการ วิเคราะห์ (Framework of Analysis (FA) นอกจากนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการตรวจสอบ ความสอดคล้องของข้อมูลคุณภาพด้วยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ผู้แทนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนหน่วยบริการสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบโครงการ และการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล IRB No. 2021/002.1901 แล้วเมื่อ วันที่ 19 มกราคม 2564 และดำเนินการวิจัยตามระเบียบ การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนำเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยได้รับ การบอกกล่าวและเต็มใจ มีการกำหนดสิทธิให้หัวหน้าโครงการวิจัย และผู้ถอดเทปเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูล จากการสัมภาษณ์ การเก็บและทำลายข้อมูลหลังสิ้นสุดโครงการในระยะเวลา 1 ปี

ผลการวิจัย

การประเมินผลการดำเนินโครงการการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ต้นแบบด้านการควบคุม และป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ท้องถิ่น เขตภาคเหนือ รายงานผลการวิจัยตามกระบวนการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

จากกลุ่มตัวอย่างพื้นที่ต้นแบบใน อปท. ที่มีการดำเนินงานพื้นที่ต้นแบบโครงการป้องกันและควบคุม โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ของพื้นที่เป้าหมายสังกัดของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในเขตสุขภาพที่ 1, 2 และ 3 มี กปท. 18 แห่ง ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 2 แห่ง การประเมินศักยภาพ การดำเนินงานโครงการการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ต้นแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงของ กปท. รวมจำนวน 16 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 88.89 โดยใช้เกณฑ์ประเมินศักยภาพ การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ คะแนนเต็ม 100 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับศักยภาพการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ในเขตสุขภาพที่ 1 2 และ 3

ระดับศักยภาพ	เขตสุขภาพ		
	เขต 1 (8)	เขต 2 (5)	เขต 3 (5)
A+	-	-	2
A	7	4	3
B	-	-	-
C	-	-	-
รวม	7	4	5

ลักษณะทั่วไปขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตภาคเหนือ ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบล 7 แห่ง (63.60%) เทศบาลตำบล 4 แห่ง (36.40%) ไม่มีเทศบาลเมืองและเทศบาลนคร เป็นพื้นที่ต้นแบบของเขต ภาคเหนือที่บริหารงานกองทุนหลักประกันสุขภาพเป็นองค์การบริหารตำบลเป็นส่วนใหญ่เป็นองค์การบริหารส่วนตำบล ประเภทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตภาคเหนือ อยู่ในชนบท 5 แห่ง (45.50%) เมือง 1 แห่ง (9.10%)

และกิ่งเมือง 5 แห่ง (45.50%) ส่วนใหญ่เป็นอยู่ในชนบทและกิ่งเมือง ผลการดำเนินการโครงการเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโครงการของ กปท. 16 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 88.8 ประกอบด้วย เขต 1 จำนวน 7 แห่ง จาก 8 แห่ง เขต 2 จำนวน 4 แห่งจาก 5 แห่ง เขต 3 มีการเข้าร่วมโครงการ ครบทั้ง 5 แห่ง

ด้านความพึงพอใจ พบว่า ผู้รับบริการของ กปท. มีความพึงพอใจในการดำเนินโครงการอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71 ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 19 และ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 10

2. ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพในการประเมินผลการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในการดำเนินโครงการด้านการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของพื้นที่ต้นแบบเขตภาคเหนือ ตามกรอบแนวคิดของ CIPP Model จากผลการจัดระดับการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นด้านการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เขตภาคเหนือ ที่มีระดับ A+ จำนวน 2 แห่ง โดยการศึกษาข้อมูลเชิงลึก ด้านบริบท ลักษณะทางสังคม หน่วยงาน ด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การจัดทำแผนงบประมาณประจำปีเพื่อรองรับโครงการฯ ระบบข้อมูล/ระบบทะเบียน ด้านกระบวนการ ได้แก่ ระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน และด้านผลิตและผลลัพธ์ ได้แก่ การถอดบทเรียน สรุปผล และเผยแพร่ผลการดำเนินงานให้แก่สาธารณะ ปัจจัยที่ค้นพบอื่น ปัญหาและอุปสรรค และการให้การสนับสนุนจากพื้นที่ในรูปแบบต่าง ๆ

ด้านบริบทของพื้นที่ การสนับสนุนของพื้นที่ดำเนินการ องค์กรหรือหน่วยงานที่ดำเนินโครงการและแนวนโยบาย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการดำเนินโครงการ การมีส่วนร่วมของพื้นที่ในการกำหนดนโยบายพื้นที่ต้นแบบ ผลการจัดระดับการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นด้านการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของพื้นที่ต้นแบบเขตภาคเหนือ เป็นระดับ A+ 2 แห่ง และระดับ A 14 แห่ง สภาพท้องถิ่นมีความพร้อมในการบริหารจัดการกองทุน มีโครงสร้างการบริหารกองทุนและมีแผนของกองทุนฯ มีการร่วมกันจัดทำแผนระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพ และองค์กรปกครองในท้องถิ่น ข้อมูลทางด้านสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน สามารถนำมาวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ และจัดการปัญหาภายในชุมชนได้

ด้านปัจจัยนำเข้า

ด้านการบริหารจัดการ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นมีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบและใช้ฐานข้อมูลเพื่อวางแผนการจัดบริการสาธารณสุขและการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน และนำข้อมูลด้านสุขภาพจากระบบฐานข้อมูล เช่น Hosxp, Health Data Center มาใช้ในการวางแผนจัดการภาวะสุขภาพเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน รวมถึงการสำรวจข้อมูลปัญหาสุขภาพของประชาชนเป็นระยะทุกปี มีระบบการคัดกรองปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โดยมีการแบ่งตามระดับปัญหาความรุนแรงด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงออกเป็นกลุ่มตามสีเช่นสีแดง สีส้ม สีเหลือง และสีเขียว เพื่อประเมินความเสี่ยง

และความรุนแรงของการเจ็บป่วย และสามารถวางแผนงาน โครงการหรือกิจกรรมของแต่ละกลุ่ม นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำหน้าสุขภาพและผู้นำชุมชน เพื่อใช้ในการนำมาวางแผนการจัดการภาวะสุขภาพเบาหวานและความดันโลหิตสูงของชุมชน

ด้านกระบวนการ

การมีส่วนร่วมจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการพิจารณาเอกสารโครงการ พบว่าพลังของการขับเคลื่อนสังคมภายในชุมชนและความสัมพันธ์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชน สอดประสานกับความร่วมมือของประชาชนในพื้นที่อย่างเข้มแข็งเป็นตัวเชื่อมโยงของระบบสุขภาพในพื้นที่ต้นแบบ โดยจะเห็นว่าการดำเนินการโครงการมีการประชุมเพื่อกำหนดประเด็นร่วมกันระหว่างชุมชนและบุคลากรสุขภาพ มีการสรรหาคณะกรรมการบริหารกองทุนและบุคลากรที่มีประสบการณ์เพียงพอ ประกอบด้วย สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ตัวแทนประชาชน ผู้นำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คณะกรรมการดำเนินการประชุมโดยมีสมาชิกเข้าร่วมมากกว่าร้อยละ 80 ทุกครั้ง มีพี่เลี้ยงหรือผู้ที่เชี่ยวชาญในการบริหารจัดการกองทุนเป็นผู้ให้ความเข้าใจหลักการและแนวทางในการดำเนินงานโครงการ พร้อมการใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพทุกโครงการ กองทุนฯ มีการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานโดยมีการถอดบทเรียนจากการดำเนินงานและนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่องได้แก่ ความรู้ ประสบการณ์ สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินโครงการไปนำเสนอและแลกเปลี่ยนกันเองในชุมชนที่รับผิดชอบ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผลการดำเนินงานกับหน่วยงานอื่นอย่างสม่ำเสมอ

มีการสร้างความตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพที่เป็นปัญหาของชุมชนและประชาชนเอง การดำเนินงานกองทุน เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่นให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพผลกระทบที่เกิดขึ้นและมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและร่วมกันวางแผนจัดการภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชนของตนเอง มีการประเมินผลในการจัดการสำรวจภาวะสุขภาพร่วมกันของประชาชนในชุมชน การติดตามผลการดำเนินงาน และจัดทำรายงานผลการดำเนินงาน ส่วนใหญ่มีการรายงานผลการดำเนินงานของแต่ละโครงการเมื่อสิ้นสุดโครงการ มีอยู่ 2 โครงการ ที่ส่งรายงานไม่ครบถ้วน สุดท้ายส่วนใหญ่มีการถอดบทเรียนและนำเสนอผลการดำเนินงาน

การดำเนินงานกองทุน จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าในการดำเนินโครงการป้องกันเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านโรคเรื้อรัง โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจและการรวบรวมข้อมูลปัญหาสุขภาพจากพื้นที่ ทุกโครงการได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารกองทุนในการดำเนินงาน โดยให้งบประมาณสนับสนุนตามระเบียบการใช้เงินของกองทุน โครงการที่พบมีความสอดคล้องกับบริบทสังคม เช่น การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชาชน การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ส่วนใหญ่มีการส่งเสริมผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นกิจกรรมเชิงรุก มีบางโครงการมีเงินงบประมาณสมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การให้ความรู้เพื่อความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพของชุมชน เมื่อโครงการสำเร็จกองทุนฯ ขยายพื้นที่ในการดำเนินโครงการของกองทุน กิจกรรมของโครงการประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงของประชาชนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง

และให้ความรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหารการได้รับสารอาหารที่มีเกลือโซเดียมมากเกินไปหรือกินอาหารที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของโรคเรื้อรัง ส่งเสริมการรับประทานอาหารที่ใช้สมุนไพรทดแทนการใช้โซเดียม โดยให้ความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับอาหารจากแพทย์แผนไทย มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ โครงการ 3ส 2อ จัดโครงการเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่มีความเหมาะสม และมีแกนนำในการจัดทำโครงการอาหารโดยมีพี่เลี้ยง

การใช้งบประมาณ มีการวางแผนการใช้งบประมาณที่ไม่ขัดต่อระเบียบการใช้จ่ายเงินกองทุน มีการรายงานผลด้านการเงินทุกไตรมาส การใช้งบประมาณของกองทุนสุขภาพของ อบต. ร่วมกับงบประมาณจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในบางโครงการที่มีความสำคัญจะมีการระดมทรัพยากรในชุมชนเพิ่ม เพื่อให้โครงการสามารถดำเนินการได้โดยอาศัยการแสวงหาภาคีเครือข่ายภายนอก เช่น บริษัทห้างร้านจากภาคเอกชน ที่คอยสนับสนุนในเรื่องของบุคคล เงิน และวัสดุอุปกรณ์ด้านความรู้ต่าง ๆ เพื่อใช้ในการดำเนินโครงการ มีการเตรียมวางแผนล่วงหน้าก่อนถึงปีงบประมาณโดยให้ประชาชนและแกนนำร่วมกันวางแผนการจัดทำโครงการ เพื่อเสนอของบประมาณดำเนินโครงการตามที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ และสรุปโครงการนำเสนอขออนุมัติเบิกจ่ายงบประมาณ มีการใช้งบประมาณในการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ด้านผลผลิต

การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ต้นแบบจากการดำเนินโครงการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของ กปท. เขตสุขภาพที่ 1, 2 และ 3 ระดับ A+ จำนวน 2 แห่ง มีการดำเนินงานของกองทุน มีการประเมินผลการดำเนินโครงการด้านการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของพื้นที่ต้นแบบเขตภาคเหนือ และประชาชนมีส่วนร่วม มีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง มีการคืนข้อมูลในการดำเนินโครงการให้แก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นระยะเพื่อปรับปรุงให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะการดำเนินโครงการโดยไม่ต้องรอให้สิ้นสุดโครงการ การดำเนินงานของกองทุน มีการประเมินผลลัพธ์โครงการโดยประเมินประชาชนกลุ่มเป้าหมายของโครงการ มีระบบข้อมูลและทะเบียน (กลุ่มที่ไม่เป็นโรค กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย) ระบบการดูแลต่อเนื่องและมีระบบส่งต่อและส่งกลับ ติดตามและให้การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเหมาะสมตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยของแต่ละกลุ่ม มีแนวทางติดตามการประเมินผลลัพธ์ของการป้องกันควบคุมโรค โดยพบว่าผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงไม่เปลี่ยนเป็นกลุ่มป่วย ระบบการติดตามผลการดำเนินโครงการเป็นระยะทุก 3 เดือน และก่อนสิ้นสุดโครงการ พร้อมทั้งมีการคืนข้อมูลให้ชุมชนเป็นระยะทุก 2-3 เดือน เพื่อปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในการปรับแก้การดำเนินงานของโครงการ และมีการวางแผนงบประมาณประจำปีเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ด้านผลลัพธ์

ผลลัพธ์การดำเนินงานด้านการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของพื้นที่ต้นแบบเขตภาคเหนือ มีดังนี้

ด้านผลกระทบ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า มีการจัดเวทีมหกรรมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และส่งเสริมให้ประชาชนให้ความสนใจถึงความสำคัญของการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่ที่มีความตระหนักถึงการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการออกกำลังกาย จึงมีพฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหวทางกายมากขึ้น เช่น เดินหรือขี่จักรยานไปทำงานแทนการขับซัปรถมอเตอร์ไซด์ เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย เป็นการปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตร่วมกับการออกกำลังกาย โดยมี อสม. เป็นแกนนำในการออกกำลังกาย และมีการจัดอบรมให้แก่ อสม. เพื่อทบทวนทบทวนและให้ความรู้ที่ทันสมัย เช่น ติดตามการออกกำลังกายของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงด้วยตาราง 9 ช่อง และใช้ Google Form ในการรายงานผลการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต และการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

การถ่ายทอดผลสำเร็จโครงการสู่สังคม จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าเมื่อสิ้นสุดโครงการมีการถอดบทเรียนจากการดำเนินโครงการที่ประสบความสำเร็จและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างชุมชนกับชุมชนอื่น มีการแสวงหาความร่วมมือและสร้างเครือข่ายจากหน่วยงานอื่นในการดำเนินงานของกองทุน ทั้งภายในและภายนอกชุมชนในการจัดหาทรัพยากร และแหล่งสนับสนุนในการบริหารจัดการดูแลด้านสุขภาพ ทั้งด้านความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการประกอบอาชีพและคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ เช่น หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อช่วยให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย มีการจัดเวทีสุขภาพเพื่อให้ชาวบ้านได้นำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันที่เรียกว่า “มหกรรมสุขภาพ” และคัดเลือกผลงานนวัตกรรมที่ชุมชนได้พัฒนาขึ้นไปประกวดในเวทีระดับจังหวัดและระดับประเทศ เพื่อแลกเปลี่ยนกับหน่วยงานอื่นเพื่อขยายผลงานทุกปีใน 4 ดี ได้แก่ เรื่องเล่าดี สถานที่ดี บุคคลต้นแบบดี และข้อมูลสิ่งดี

การประเมินประสิทธิภาพ เป็นการประเมินความสำเร็จของการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่ต้นแบบจากการดำเนินโครงการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของ กปท. ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า กปท. ทั้งสองแห่งมีการดำเนินโครงการสำเร็จและมีการเตรียมการดำเนินโครงการโดยให้ประชาชนในแต่ละหมู่บ้านร่วมกันคิดวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของหมู่บ้าน แลกเปลี่ยนเรียนรู้และวางแผนในการดำเนินโครงการร่วมกัน ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการดำเนินโครงการที่ช่วยให้ประชาชนในพื้นที่มีสุขภาพดี มีอายุที่ยืนยาวขึ้น และการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ในการบริหารจัดการโครงการเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้ประชาชนเริ่มพัฒนานวัตกรรมดูแลสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาช่วยในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง สร้างผลงานนวัตกรรมดูแลสุขภาพจนได้รับรางวัลในระดับเขตและระดับประเทศ ได้แก่ ปี พ.ศ. 2562 รางวัลนวัตกรรมสุขภาพระดับเขต ปี พ.ศ. 2563 ได้รับรางวัลชุมชนต้นแบบ ด้านมาตรฐานสิ่งแวดล้อม ระดับประเทศ

ความยั่งยืน จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า พลังความร่วมมือของประชาชนเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินโครงการ คือ 1) มีการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2) การได้รับการสนับสนุนทางด้านวิชาการที่เข้มแข็งจากนักวิชาการ 3) การได้รับการสนับสนุนจากผู้นำในชุมชน มีแกนนำของท้องถิ่น

ที่เข้มแข็ง และให้ความสำคัญต่อสุขภาพของชุมชน เช่น อสม. 4) มีการผู้นำที่มีความรู้ความสามารถทางด้านสุขภาพ 5) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการทำงานเป็นทีมอย่าง

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินโครงการ ที่พบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก คือ 1) สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด 19 ทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง 2) ศักยภาพของกรรมการกองทุนผู้รับผิดชอบในการดำเนินโครงการยังมีจำกัด 3) โครงสร้างของ อบจ. ขนาดเล็กไม่มีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหรือบุคลากรในการทำงานด้านกองทุนสุขภาพโดยตรงทำให้ขาดความต่อเนื่อง 4) ประชาชนขาดความรู้ในการเขียนโครงการเพื่อขอใช้กองทุน

ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานและการบริหารจัดการกองทุนในการดำเนินงาน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมีดังนี้ 1) การดำเนินงานของกองทุนเน้นทางด้านสุขภาพเป็นด้านหลักแต่ในมิติอื่นที่อาจจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ยังขาดการสนับสนุนหรือการใช้เงินงบประมาณจากกองทุนในการดูแลสุขภาพในมิติอื่น ๆ ยังขาดความชัดเจน 2) การใช้งบประมาณของกองทุนบางที่ยังขาดความเข้าใจในเรื่องของระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณซึ่งการมีเครือข่ายที่ให้ความรู้หรือคำแนะนำในการใช้งบประมาณจะช่วยให้การดำเนินงานของกองทุนประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินโครงการการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ต้นแบบด้านการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 1, 2 และ 3 ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจด้านการบริหารสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลการวิจัยในภาพรวมพบว่า การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในการป้องกันควบคุมเบาหวานความดันโลหิตสูงโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตภาคเหนือ ทุกแห่งมีการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการของ กปท. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ A ซึ่งถือว่าเป็นกองทุนที่มีศักยภาพที่ดี และ ระดับ A+ จำนวน 2 แห่งที่มีศักยภาพและมีความพร้อมสูงถึงขั้นเป็นศูนย์การเรียนรู้ แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของกระบวนการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและเป็นต้นแบบสำหรับ กปท. อื่นที่อยู่ในระดับ A มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลของการถอดบทเรียนแห่งความสำเร็จสะท้อนให้เห็นพลังของการมีส่วนร่วมและความตระหนักของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น อันนำไปสู่ชุมชนแห่งการมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

เมื่อพิจารณาด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิตและผลลัพธ์ แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นที่มีศักยภาพสูงและสามารถเป็นศูนย์เรียนรู้ (A+) มีศักยภาพอย่างมากและมีความพร้อมสูง เพราะมีบุคลากรที่มีประสบการณ์ในการดำเนินโครงการและเข้าใจกฎระเบียบในการใช้งบประมาณดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ความร่วมมือขององค์กรในชุมชน

ระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบล อปท. และ รพ.สต. ในการทำงานผสานเป็นเนื้อเดียวแม้ว่าจะมีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้กับท้องถิ่นแล้วก็ตาม เมื่อบุคลากรเข้าใจหลักการการบริหารจัดการกองทุนร่วมกับการแก้ปัญหาสุขภาพโรคเรื้อรังของประชาชนในชุมชน โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยมีบุคลากรสุขภาพเป็นผู้เอื้ออำนวยให้ข้อมูลและคำแนะนำในการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน ดังจะเห็นได้จาก อบต. หรือ อปท. ที่มีการบริหารจัดการกองทุนที่มีศักยภาพ ระดับ A+ นั้น เกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชน และมีการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพและบุคลากรจากหน่วยงานในชุมชนได้เป็นอย่างดี โดยมีการใช้ข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพร่วมกันว่าปัญหาเกิดจากอะไร แล้วมีการวางแผนการทำการกิจกรรมในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนร่วมกัน ทั้งนี้ ชุมชนจะต้องมีผู้นำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนประชาชนที่มีภาวะผู้นำสูง พร้อมให้ความร่วมมือร่วมแรงร่วมใจในการดำเนินโครงการจนเสร็จสิ้น ซึ่งตรงข้ามกับรายงานการวิจัยที่พบว่าหน่วยงานที่มีการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพไม่ประสบความสำเร็จของเทศบาลตำบลบ้านเวียง อำเภอร่องขวาง จังหวัดแพร่ เกิดจากเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีความรู้ความเข้าใจการบริหารจัดการกองทุนมีน้อย ไม่สามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่ประชาชนได้ เป็นผลให้ประชาชนขาดความรู้ในการเขียนโครงการ (นิกร พรหมท้าว และสุวรรณี แลสันกลาง, 2019) เช่นเดียวกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ที่เกิดจาก ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมน้อยในการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งคณะกรรมการกองทุนฯ ยังไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการบริหารจัดการ (จริยา โคจรนา, 2563) ดังนั้นปัญหาสุขภาพของประชาชนต้องให้ประชาชนร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง โดยการร่วมรับรู้ ร่วมจัดการ ร่วมติดตามและประเมินผล รวมทั้งร่วมยินดีกับความสำเร็จของโครงการด้วย จากผลการวิจัยครั้งนี้ความสำเร็จของการบริหาร กปท. เกิดการจากมีกระบวนการดำเนินงาน มีการจัดทำแผนงบประมาณ ระบบข้อมูล/ทะเบียน ระบบส่งต่อ และระบบการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ตลอดจนการถอดบทเรียน สรุปผล และเผยแพร่ อันจะส่งผลให้การดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการ และการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูงที่เป็นรูปธรรม ซึ่งในการพัฒนาการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ด้วยการพัฒนาคุณภาพการบริหารโครงการด้วยกระบวนการวางแผน ปฏิบัติ ประเมินผลและปรับปรุงเพื่อพัฒนาให้ดีขึ้นเพื่อเป็นการพัฒนาแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงานและเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบให้มากขึ้น นำไปสู่การขยายผลในพื้นที่อื่นในเขตสุขภาพที่ 3 จนเกิดผลสัมฤทธิ์ในการจัดการระบบสุขภาพชุมชนได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

เมื่อพิจารณาศักยภาพของการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 1, 2 และ 3 จากการประเมินผลการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นภายหลังการถ่ายโอนภารกิจด้านการบริหารสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี และมี 2 แห่งที่ดีมากจนกระทั่งสามารถเป็นศูนย์พัฒนาการเรียนรู้ได้ เนื่องจาก กปท. ทั้ง 2 แห่ง สามารถบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด จนเกิดผลสำเร็จของโครงการฯ บรรลุตามเป้าหมายของ สปสช. เป็นศูนย์เรียนรู้จากการ

ถอดบทเรียนความสำเร็จเพื่อถ่ายทอดสู่สังคมผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพและสามารถเป็นพี่เลี้ยงสำหรับการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพให้กับเขตสุขภาพอื่นได้ สำหรับการเพิ่มศักยภาพของ กปท. ในเขตสุขภาพอื่นที่ยังไม่ประสบความสำเร็จ สปสข. ควรจัดประชุมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนแก่บุคลากรสุขภาพอย่างทั่วถึงของทุกเขตสุขภาพ ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคของการบริหารจัดการกองทุน ประเด็นสำคัญที่สุดของความสำเร็จในการดำเนินงานของโครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ต้องมีผู้นำชุมชนที่เป็นที่ไว้วางใจและเชื่อมั่นของประชาชน เสียสละ และมีศักยภาพในการสร้างการมีส่วนร่วมของ อสม. และประชาชนในการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีบุคลากรสุขภาพเป็นผู้เอื้ออำนวยในการดำเนินโครงการทั้งในด้านวิชาการ การใช้งบประมาณ การติดตามประเมินผล และการคืนข้อมูลให้แก่ประชาชน รวมทั้งทุกภาคส่วนร่วมกันจัดเวทีสุขภาพ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินการซึ่งกันและกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานสร้างสุขภาพของประชาชนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การพัฒนาศักยภาพการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จากระดับ A ให้เป็นระดับ A+ โดยให้ กปท. ที่มีศักยภาพสูงและเป็นศูนย์เรียนรู้ (A+) มาเป็นพี่เลี้ยงให้ เนื่องจากมีบุคลากรที่มีประสบการณ์ด้านการบริหารจัดการกองทุนฯ และเข้าใจกระบวนการในการใช้งบประมาณได้อย่างถูกต้อง
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรมีจัดโครงการการพัฒนาศักยภาพของการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการให้แก่คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยประเมินผลการประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

เอกสารอ้างอิง

- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2563). *ข้อมูลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น*. สืบค้นเมื่อ 18 ธันวาคม 2566 จาก <https://www.dla.go.th/work/abt/index.jsp>.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2565). *ทบทวนตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการด้านโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2563 - 2566*. นนทบุรี: กลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2566). *คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus*. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

- คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). ประกาศเรื่องหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- จริยา โคจรนา. (2563). ความคิดเห็นของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเกี่ยวกับการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี. *โรงพยาบาลสิงห์บุรี เวชสาร*, 29(2), 1-11.
- ชูศักดิ์ โมลิโต. (2566). สมรรถนะที่เลี้ยงกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นิกร พรหมท้าว และสุวรรัฐ แลสันกลาง. (2019). การประเมินการบริหารและจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เทศบาลตำบลบ้านเวียง อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่. *วารสารวิชาการวิทยาลัยบริหารศาสตร์*, 2(2), 1-14.
- ปริศนา อัครธนพล และคณะ (2564). ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสำคัญในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ รพ.สต. หนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท.*, 3(2), 37-52.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานตัวชี้วัด NCD Clinic Plus สืบค้นเมื่อ 27 ตุลาคม 2567 จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2024.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2562). คู่มือการดำเนินงานพื้นที่ต้นแบบการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิง.
- Hunter, P. G., Chapman, F. A., & Dhaun, N. (2021). Hypertension: Current trends and future perspectives. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 87(10), 3721-3736. <https://doi.org/10.1111/bcp.14825>
- Hurst, C., Thinkhamrop, B., & Tran, H. T. (2015). The association between hypertension comorbidity and microvascular complications in type 2 diabetes patients: A Nationwide cross-sectional study in Thailand. *Diabetes & Metabolism Journal*, 39(5), 395-404. <https://doi.org/10.4093/dmj.2015.39.5.395>

- Lu, W. L., et al. (2024). Worldwide trends in mortality for hypertensive heart disease from 1990 to 2019 with projection to 2034: Data from the Global Burden of Disease 2019 study. *European Journal of Preventive Cardiology*, 31(1), 23-37.
<https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwad262>
- Morse, J. M. (2016). *Mixed method design: Principles and procedures*. United Kingdom: Routledge.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). (2021). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: A pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet (London, England)*, 398(10304), 957-980. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01330-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01330-1)
- Saeedi, P., et al. (2019). Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 157, 107843.
<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107843>
- Stufflebeam, D. L. (1971). The relevance of the CIPP evaluation model for educational accountability. *Journal of Research and Development in Education*, 5, 19-25.
- Stufflebeam, D. L. (2015). *CIPP evaluation model checklist: A tool for applying the CIPP model to assess projects and programs*. United States: Western Michigan University Evaluation Center.
- World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. Retrieved June 3, 2024 from <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>.
- Zhou, B., Perel, P., Mensah, G. A., & Ezzati, M. (2021). Global epidemiology, health burden and effective interventions for elevated blood pressure and hypertension. *Nature Reviews Cardiology*, 18(11), 785-802. <https://doi.org/10.1038/s41569-021-00559-8>

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงในจังหวัดตาก

Factors Influencing Malaria Prevention Behaviours Among the Karen Ethnic Group in Tak Province

วัชรินทร์ คำสา*

Watcharin Khamssa*

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

Faculty of nursing, Northern College

(Received: May 25, 2024; Revised: September 4, 2024; Accepted: December 9, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดตาก จำนวน 207 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันโรค การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียและการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรียของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง โดยตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.22$) และตัวแปรการเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกัน ($\beta = 0.14$) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของกลุ่มตัวอย่างและสามารถอธิบายได้ร้อยละ 22.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.22$, $R^2_{adj} = 0.22$, $F = 7.33$, $p\text{-value} < 0.01$) ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปสร้างแนวปฏิบัติการตรวจเยี่ยม และป้องกันโรคไข้มาลาเรียที่มีการสนับสนุนทางสังคม และเพิ่มการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ช่วยให้กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงเข้าถึงได้ง่าย และควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพ และคัดสรรตัวแปรที่มีความหลากหลาย เพื่อค้นพบองค์ความรู้ใหม่ในการนำมาแก้ไขปัญหาต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัย, พฤติกรรมป้องกัน, โรคมาลาเรีย, ชาติพันธุ์กะเหรี่ยง

*ผู้ให้การติดต่อ วัชรินทร์ คำสา e-mail: watcharin501@hotmail.co.th

Abstract

This predictive correlational research aimed to study malaria prevention behaviors and the factors influencing such behaviors among the sample group of 207 Karen ethnic individuals residing in Tak Province, selected through multistage random sampling. Data were collected using an interview-based questionnaire, which included sections on demographic information, knowledge about malaria prevention, perceptions of malaria prevention, access to resources facilitating prevention, social support, and malaria prevention behaviors. Descriptive statistics were used for general data analysis, while stepwise multiple regression was employed to analyze the factors influencing malaria prevention behaviors.

The results revealed that malaria prevention behaviors and perceptions of malaria prevention were at a moderate level. Social support ($\beta = 0.22$) and access to resources facilitating prevention ($\beta = 0.14$) were identified as significant factors influencing malaria prevention behaviors among the sample group. These factors collectively explained 22.40% of the variance, with statistical significance ($R^2 = 0.22$, $R^2_{adj} = 0.22$, $F = 7.33$, $p\text{-value} < 0.01$). The results can be applied to develop guidelines for home visits and malaria prevention initiatives that incorporate social support and improve access to community resources, making them more accessible for Karen ethnic groups. Further qualitative research and the inclusion of diverse variables are recommended to generate new knowledge for addressing this issue more effectively in the future.

Keywords: Factors, Preventive Behavior, Malaria, Karen

บทนำ

โรคมาลาเรียเป็นโรคติดเชื้อโปรโตซัวในกลุ่มพลาสโมเดียม (*Plasmodium* spp.) เชื้อมาลาเรียที่พบการระบาดในประเทศไทยมีทั้งหมด 5 ชนิด คือ *Plasmodium falciparum* (Pf), *Plasmodium vivax* (Pv), *Plasmodium malariae* (Pm), *Plasmodium ovale* (Po), *Plasmodium knowlesi* (Pk) (พิทวัส เหล่าอุดม, 2560) โดยเมื่อร่างกายได้รับเชื้อมาลาเรีย เชื้อจะเข้าสู่เซลล์ตับ เริ่มกระบวนการแบ่งตัวและมีจำนวนมากขึ้น ทำให้เซลล์ตับนั้นแตก ผู้ที่รับเชื้อมาลาเรียจะมีระยะฟักตัวของโรคเฉลี่ย 10-14 วัน หลังจากรับเชื้อจะมีอาการไข้ต่ำ ๆ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตัวและกล้ามเนื้อ คลื่นไส้ และเบื่ออาหารร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย (กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2564) บางรายอาการรุนแรงอาจมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ตับวาย ไตวาย ไข้มาลาเรียขึ้นสมอง ทำให้เสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที สาเหตุหลักของการ

รับเชื้อมาลาเรียมาจากการถูกยุงก้นปล่องตัวเมียกัด เมื่อยุงไปกัดคนอื่นก็จะปล่อยเชื้อมาลาเรียจากต่อมน้ำลายเข้าสู่คน โรคไข้มาลาเรียพบมากในภูมิภาคเขตร้อนชื้นและมักพบการระบาดมากในช่วงฤดูฝน ซึ่งยุงก้นปล่องจะวางไข่ในแหล่งน้ำตามธรรมชาติโดยเฉพาะบริเวณที่อากาศอบอุ่น ทำให้พบการระบาดของโรคมาลาเรียในบริเวณจังหวัดที่ติดกับชายแดน มีป่าเขาเชื่อมต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งมียุงพาหะอาศัยอยู่ (บุญเสริม อ่วมอ่อง, 2562) ดังนั้น จังหวัดและอำเภอชายแดนจึงเป็นพื้นที่เปราะบางต่อการแพร่โรค และในปัจจุบันโรคมาลาเรียถือเป็นโรคประจำถิ่นที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของประชาชน

จากสถิติการระบาดของโรคมาลาเรียในประเทศไทย รอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2561-2565) พบอัตราการเกิดโรคในปี พ.ศ. 2561 8.35 ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2565 8.50 ต่อประชากร 100,000 คน และพบว่าจังหวัดตากมีสถิติการเกิดโรคสูงสุดเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ และในช่วงต้นปี พ.ศ. 2566 จังหวัดตาก มียอดผู้ป่วยโรคมาลาเรีย ร้อยละ 67.72 ของยอดผู้ป่วยทั้งหมดของประเทศไทย (โครงการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย, 2566) นับว่าเป็นยอดที่สูงที่สุดเพราะจัดอยู่ในช่วงต้นปี และเป็นสถิติที่ยังไม่เข้าสู่ช่วงหน้าฝนเพราะมีการคาดการณ์ไว้ว่ายอดผู้ป่วยด้วยโรคมาลาเรียจะสูงเพิ่มขึ้นอีกเมื่อเข้าสู่ช่วงหน้าฝน ทั้งนี้หากได้ทำการศึกษาสถิติในเชิงลึก พบการระบาดใน 7 อำเภอที่เป็นพื้นที่ป่า และเป็นพื้นที่อาศัยของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ประกอบไปด้วย อำเภอท่าสองยาง อำเภอพบพระ อำเภอสามเงา อำเภอแม่ระมาด อำเภอแม่สอด อำเภอวังเจ้า ส่วนในอำเภอบ้านตาก และอำเภอเมืองตาก เป็นชุมชนเมืองคนและเป็นแหล่งที่อยู่อาศัยของคนไทย และพบสถิติการเกิดโรคมาลาเรีย ร้อยละ 0-0.5 ในระยะรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2561-2565) แสดงให้เห็นว่าอำเภอที่มีกลุ่มชาติพันธุ์อาศัยอยู่ถือเป็นพื้นที่การระบาดของโรคมาลาเรียกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง มีจำนวนมากที่สุดประมาณร้อยละ 38.04 ของกลุ่มชาติพันธุ์ทั้งหมด (โครงการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย, 2566) กระจายอยู่ในพื้นที่ประเทศไทย ที่มีลักษณะพื้นที่สูงและบนภูเขา โดยเฉพาะแนวตะเข็บชายแดนที่มีอัตลักษณ์เป็นของตนเอง และมีวิถีการดำเนินชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงในอดีตเกิดจากการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในชุมชนกะเหรี่ยงและสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมรอบตัวที่ต้องพึ่งพิงธรรมชาติ จึงส่งผลให้กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีวิถีการดำเนินชีวิตที่มีความเฉพาะเจาะจงแตกต่างจากคนไทยที่อาศัยบนพื้นที่ราบ เพื่อให้เป็นไปตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในยุทธศาสตร์ที่ 1-4 ในการส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเอง และการพัฒนา นวัตกรรม มาตรการ และรูปแบบในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย (สำนักงานโรคติดต่อฯ นำโดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2559) และแผนพัฒนาสุขภาพ 11 เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพที่ดี ร่วมสร้างระบบสุขภาพพอเพียง เป็นธรรมนำสู่สังคมสุขภาวะ โดยมีวิสัยทัศน์ว่าประเทศไทยปลอดจากโรคมาลาเรีย (Malaria Elimination) ภายในปี พ.ศ. 2567 การเรียนรู้เพื่อทำความเข้าใจกลุ่มชาติพันธุ์ในความต่างจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยแก้ปัญหาได้

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง การพิจารณาปัจจัยที่มีความหลากหลาย ครอบคลุมทั้งปัจจัยตัวบุคคล ปัจจัยที่เชื้อ และปัจจัยเสริมให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม

ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบ PRECEDE-PROCEED (Green & Krueter, 2005) ที่อธิบายความสัมพันธ์ของพฤติกรรมในส่วนบุคคลไว้อย่างชัดเจน ครอบคลุมและเชื่อมโยงความเป็นพหุวัฒนธรรมซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ในส่วนของขั้นตอนที่ 2 (Epidemiological, Behavioral and Environmental Assessment) ที่กล่าวถึงการประเมินทางระบาดวิทยา และการประเมินพฤติกรรม เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และขั้นตอนที่ 3 (Educational and Ecological Assessment) ได้แก่ ปัจจัยนำ คือ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค ปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันโรคและปัจจัยเสริม คือ การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึงประยุกต์รูปแบบดังกล่าวและพัฒนาเป็นกรอบการวิจัยครั้งนี้

ทั้งนี้การที่จะบรรลุวัตถุประสงค์เพื่อให้ประเทศไทยปลอดจากโรคมาลาเรีย ตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ผู้วิจัยพบว่า การศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมในงานวิจัยนี้ถือเป็นองค์ความรู้ที่สำคัญที่จะช่วยแก้ปัญหาได้ ผลการศึกษาจะทำให้พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคมาลาเรียให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและวิถีการดำเนินชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ช่วยลดอัตราการเกิดโรคมาลาเรียลดภาระของครอบครัว และสังคม ตลอดจนเป็นการยกระดับการปฏิบัติการพยาบาลทางด้านการส่งเสริมและป้องกันของเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขให้มีความครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของการบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ในจังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันโรค และการสนับสนุนทางสังคม

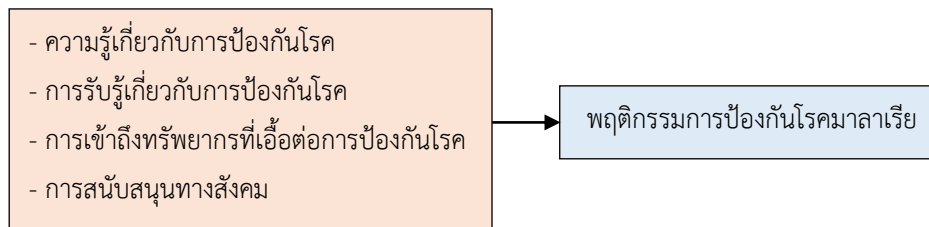
สมมติฐานการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันโรค และการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงในจังหวัดตาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ผู้ได้วิจัยประยุกต์ PRECEDE-PROCEED Model (Green & Krueter, 2005) มาเป็นกรอบการวิจัย เป็นโมเดลที่สามารถอธิบายได้ครอบคลุมในส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และเชื่อมโยงวัฒนธรรมของบุคคล ผู้วิจัยได้ประยุกต์เฉพาะ PRECEDE ในขั้นตอนที่ 2 (Epidemiological, Behavioral and Environmental Assessment) ในการประเมินทางระบาดวิทยาพฤติกรรม

เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และขั้นตอนที่ 3 (Educational and Ecological Assessment) เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงพฤติกรรม เมื่อทบทวนวรรณกรรมทำให้ผู้วิจัยคัดสรรปัจจัยเกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดดังนี้ ปัจจัยนำ คือ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค ความเชื่อเกี่ยวกับโรค ปัจจัยเอื้อคือ การเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันโรคและปัจจัยเสริม คือ การสนับสนุนทางสังคม กับการป้องกันโรคการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดตาก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดตาก จำนวน 148,322 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดตาก กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการเปิดตารางสำเร็จรูปสำหรับสถิติถดถอยพหุคูณของ Polit & Beck (2012) ที่มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 4 ตัว ได้กลุ่มตัวอย่าง 190 คน โดยคำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 จึงกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) ที่ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of Test) ที่ 0.80 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ที่ 0.06 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระหว่างขนาดเล็กถึงขนาดกลางที่แนะนำสำหรับงานวิจัยทางการแพทย์ (Polit & Beck, 2012) เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ และความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ผู้วิจัย เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 จึงวางแผนเก็บข้อมูลที่จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 210 รายมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยหรือภาษากะเหรี่ยงได้
3. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-THAI 2542 และต้องมีคะแนนผ่านเกณฑ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 6 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อปี แหล่งข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง การสนับสนุนการป้องกัน
2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็ง มีคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นการเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวได้แก่ ถูก (1 คะแนน) และ ผิด (0 คะแนน)
3. แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็ง ผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุม 4 ด้าน ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มีข้อคำถาม 16 ข้อ กำหนดคำตอบเป็นระดับคะแนนตามมาตรวัดการประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน)
4. แบบสอบถามการเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันโรคมะเร็ง ผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุม 2 ด้าน ประกอบไปด้วย ด้านทรัพยากรด้านสาธารณสุข และด้านทรัพยากรด้านอื่น ๆ ในชุมชน มีข้อคำถาม 14 ข้อ กำหนดคำตอบเป็นระดับคะแนนตามมาตรวัดการประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน)
5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุม 3 ด้าน ประกอบไปด้วย ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการสนับสนุนด้านการช่วยเหลือ ในการกระทำกิจกรรมรวมทั้งการให้สิ่งของ มีข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ กำหนดคำตอบเป็นระดับคะแนนตามมาตรวัดการประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน)
6. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง ผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุม 2 ด้าน เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง ย้อนหลังประมาณ 1 ปีที่ผ่านมา โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ได้แก่ การป้องกันยุงเวลาพลบค่ำ (23 ข้อ) การป้องกันยุงขณะเข้าป่า (5 ข้อ) กำหนดคำตอบเป็นระดับคะแนนตามมาตรวัดการประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ถึงปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน)

แบบสอบถามส่วนที่ 2-6 มีการกำหนดการแปลผลตามระดับคะแนนเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมและ รายข้อ 3 ระดับ ได้แก่ ช่วงคะแนน 1.00-2.00, 2.01-3.00 และ 3.01-4.00 หมายถึง ตัวแปรนั้นอยู่ในระดับสูง ปานกลาง และต่ำ ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดจะถูกนำไปตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index (CVI)) พบว่า ได้เท่ากับ 0.96-1.00

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอสามเงา จำนวน 30 คน จากนั้นนำคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียโดยรวม และรายด้านมาหาค่าความเชื่อมั่นทั้งโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติ ได้ค่าเท่ากับ 0.85, 0.76, 0.74 และ 0.88 ตามลำดับ ส่วนแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรียได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธี Kuder-Richardson โดยใช้สูตร KR-20 พบว่า ได้เท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากงานวิจัยได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เมื่อผู้วิจัยได้รับรองจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบ ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย และขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดของแบบสอบถาม และการสอบถามสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากงานวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง และให้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามใช้เวลาการตอบ 30-45 นาที โดยมีมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระหว่างการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ จำนวน และร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรีย การเข้าถึงแหล่งทรัพยากร การสนับสนุนทางสังคม โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range)
3. วิเคราะห์หาอิทธิพลของตัวแปรต้นต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Statistics) ที่คำนวณสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยยื่นเค้าโครงงานวิจัย และเครื่องมือวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัย วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น โดยรับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส NTC888-0039 (12 มกราคม 2567) โดยผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยแสดงความยินยอม โดยการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 36.90 ปี (S.D. = 10.32) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.60) ไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 64.30) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 45.00) มีรายได้เฉลี่ย 98,393 บาทต่อปี (S.D. = 67.03) กลุ่มตัวอย่างได้รับข่าวสารผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขมากที่สุด (ร้อยละ 82.60) กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง เกินครึ่งหนึ่งเคยเจ็บป่วยด้วยโรคมาลาเรีย (ร้อยละ 50.70) และไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคมาลาเรีย (ร้อยละ 49.30) และมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคมาลาเรียมากที่สุด คือ ญาติ-พี่น้อง (ร้อยละ 23.70) ในรอบปีที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนในการป้องกันโรคมาลาเรียจากภาครัฐ โดยได้รับมุ้งชุบน้ำยา มากที่สุด (ร้อยละ 87.00) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n=207)

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) (Mean = 36.90, S.D. = 10.32)		
20-24 (วัยรุ่น)	17	7.30
25-44 (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น)	146	71.20
45-59 (วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย)	44	21.50
เพศ		
ชาย	74	35.70
หญิง	133	64.30
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	32	15.50
ประถมศึกษา	45	21.70
มัธยมศึกษาตอนต้น	61	29.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	57	27.50
อนุปริญญา/ ปวส.	8	3.90
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	4	1.90

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้รวมของสมาชิกทุกคนครอบครัว(บาท/ปี) (Mean = 98,393.80, S.D. = 67,036.50)		
น้อยกว่า 50,000	60	29.00
50,001-100,000	88	42.50
100,001-150,000	25	12.10
150,001-200,000	28	13.50
มากกว่า 200,001	6	2.90
การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรีย		
ไม่เคยได้รับข่าวสาร	8	3.90
เคยได้รับข่าวสาร	199	96.10
ได้รับข่าวสารกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	101	48.80
ได้รับข่าวสารอาสาสมัครสาธารณสุข	171	82.60
ได้รับข่าวสารรอบต./อาสาสมัครมาลาเรีย	45	21.70
ได้รับข่าวสารเจ้าหน้าที่มาลาเรีย/ สาธารณสุข	112	54.10
ได้รับข่าวสารสื่อโทรทัศน์ วิทยุ	69	33.30
ได้รับข่าวสารแผ่นพับ เอกสาร	48	23.20
ได้รับข่าวสารเสียงตามสาย	54	26.10
ได้รับข่าวสารไลน์ เฟสบุ๊ก	35	16.90
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมาลาเรียในอดีต		
ตัวเอง		
ไม่เคยป่วย	102	49.30
เคยป่วย	105	50.70
สมาชิกในครอบครัว		
บุตร	30	14.50
ภรรยา	10	4.800
สามี	20	9.70
พ่อ-แม่	18	8.70
ญาติ-พี่น้อง	49	23.70
การสนับสนุนในการป้องกันโรคมาลาเรียในรอบปีที่ผ่านมา		
การได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ		
ไม่ได้รับ	0	0
ได้รับ*	207	100.00
การพนสารเคมีที่มีฤทธิ์ตกค้าง	31	15.00
ยาทากันยุง	52	25.10
ยาจุดกันยุง	39	18.80

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้ำยาที่ใช้กับเสื้อผ้า	7	3.40
มุ้งชุบน้ำยา	180	87.00
การพ่นหมอกควัน	106	51.20

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย ภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.54, S.D. = 0.51) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมในการป้องกันยุงกัดช่วงพลบค่ำ (Mean = 2.49, S.D. = 0.50) และการป้องกันตนเองจากยุงกัดขณะเข้าไปในป่า (Mean = 2.75, S.D. = 0.63) อยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียรายด้าน และโดยรวม (n=207)

พฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านที่ 1 การป้องกันยุงกัดช่วงพลบค่ำ	2.49	0.50	ปานกลาง
1.1 วิธีป้องกันตนเองจากยุงกัดขณะทำกับข้าว/ล้างจาน	2.13	0.72	ปานกลาง
1.2 วิธีการป้องกันตนเองจากยุงกัดขณะรับประทานอาหาร/ สัมผัสเครื่องนอนในบ้าน	2.44	0.63	ปานกลาง
1.3 วิธีการป้องกันตนเองจากยุงกัดขณะเข้าห้องน้ำ	2.23	0.79	ปานกลาง
1.4 วิธีป้องกันตนเองจากยุงกัดเมื่อทำสวน/ทำไร่	2.61	0.61	ปานกลาง
1.5 วิธีป้องกันตนเองจากยุงกัดเวลาอนหลับพักผ่อนตอนกลางคืนในบ้าน	2.65	0.54	ปานกลาง
1.6 การให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่เวลาทำการพ่นหมอกควัน กำจัดยุง	3.29	0.75	สูง
ด้านที่ 2 การป้องกันตนเองจากยุงกัดขณะเข้าไปในป่า	2.75	0.63	ปานกลาง
2.1 การสวมเสื้อผ้าแขนยาว ขายาว	3.22	0.79	สูง
2.2 การทายากันยุง	2.62	0.97	ปานกลาง
2.3 การจุดยากันยุง	2.49	0.90	ปานกลาง
2.4 การเปิดพัดลมไล่ยุง	2.45	0.95	ปานกลาง
2.5 การนอนในมุ้ง	2.97	1.13	ปานกลาง
ภาพรวม	2.54	0.51	ปานกลาง

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย

กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยอยู่ในระดับสูง 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (Mean = 3.13, S.D. = 0.36) ปัจจัยด้านการเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันโรคมาลาเรีย (Mean = 3.20, S.D. = 0.29) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรีย อยู่ในระดับสูง (Mean = 8.14, S.D. = 0.29) ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรีย (Mean = 2.84, S.D. = 0.28) อยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล จำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การป้องกันโรคมาลาเรีย (n=207)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมาลาเรีย	Mean	S.D.	แปลผล
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรีย (คะแนน)	8.14	1.25	สูง
การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมาลาเรีย	2.84	0.28	ปานกลาง
การเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันโรคมาลาเรีย	3.20	0.29	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	3.13	0.36	สูง

4. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย

ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย ได้แก่ ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.22$) และตัวแปรการเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันฯ ($\beta = 0.14$) ซึ่งทั้งสองตัวแปรสามารถทำนาย พฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงในจังหวัดตากได้ ร้อยละ 22.40 ($R^2 = 0.22$, $p\text{-value} < 0.01$)

ตารางที่ 4 ค่าการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างตัวทำนายระหว่าง พฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรีย(n = 207)

ตัวแปรที่เข้าสมการ	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย		t	P-value
	b	Beta		
การสนับสนุนทางสังคม	0.22	0.42	6.69	<0.001
การเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันฯ	0.14	0.17	2.71	0.007
Constant	26.65			

$R = 0.47$, $R^2 = 0.22$, $R^2\text{adj} = 0.22$, $F = 7.33$, $p\text{-value} < 0.01$

การอภิปรายผล

พฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.54, S.D. = 0.51) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียในประชากรที่อาศัยในพื้นที่ราบ (สุกัญญา ผดุงวิทย์, ลดาวัลย์ อานนท์ศิริโชติ และมิรันตี แพงงา, 2567) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีลักษณะดังนี้

ด้านการป้องกันยุงช่วงพลบค่ำ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.49, S.D. = 0.72) เนื่องด้วยยุงก้นปล่อง มีพฤติกรรมออกหากินในช่วงเวลาพลบค่ำ ในการศึกษาวิจัยนี้ได้ศึกษาวิธีป้องกันตนเองจากยุงก้นปล่องขณะอยู่ที่บ้าน ตามบริบทต่าง ๆ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่เวลาทำการพ่นหมอกควัน กำจัดยุง อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.29, S.D. = 0.75) อันเนื่องในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีความรู้ เกี่ยวโรค และการป้องกันโรค อยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นพื้นฐานของพฤติกรรมในการป้องกัน และการพ่นหมอกควัน เป็นวิธีไม่ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่าย เนื่องด้วยเป็นการสนับสนุนจากภาครัฐ ทำให้กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง

ให้ความร่วมมือเป็นอย่างมาก ส่วนอีก 5 วิธี อยู่ในระดับ ปานกลาง ประกอบไปด้วย วิธีป้องกันตนเองจากยุงกัด ขณะทำกับข้าว/ล้างจาน (Mean = 2.13, S.D. = 0.72) วิธีการป้องกันตนเองจากยุงกัดขณะรับประทานอาหาร/สังสรรค์นอกบ้าน (Mean = 2.44, S.D. = 0.63) วิธีการป้องกันตนเองจากยุงกัดขณะเข้าห้องน้ำ (Mean = 2.23, S.D. = 0.79) วิธีการป้องกันตนเองจากยุงกัดเมื่อทำนาคูทิว (Mean = 2.61, S.D. = 0.61) และวิธีการป้องกันตนเองจากยุงกัด เวลานอนหลับพักผ่อนตอนกลางคืนในบ้าน (Mean = 2.65, S.D. = 0.54) เมื่อพิจารณารายชื่อคำถามจะเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง จะใช้วิธีการเปิดพัดลมไถ่ยุง (Mean = 3.09, S.D. = 0.78) การนอนในมุ้ง (Mean = 2.67, S.D. = 1.02) และการสวมเสื้อผ้าแขนยาว ขายาว (Mean = 2.77, S.D. = 0.83) ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นวิธีการที่สอดคล้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน ไม่ได้ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในทางตรง และกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงจะใช้วิธีทายากันยุง (Mean = 2.00, S.D. = 0.82) วิธีจุดยากันยุง (Mean = 1.90, S.D. = 0.89) ในระดับที่ต่ำ เนื่องด้วยเป็นวิธีที่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการประเมินภาระทางเศรษฐกิจของโรคที่มีผู้เป็นพาหะ สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่ากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ (ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์, วรัญญา มณีรัตน์, จุฑามาศ เมืองมูล, มณเฑียร มโนธรรม และวารุณี พันธวงศ์, 2562)

ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคมาลาเรีย ได้แก่ การเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการป้องกันฯ และการสนับสนุนทางสังคม ที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคมาลาเรีย ของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่เป็นกลุ่มเสี่ยง จังหวัดตากได้ ร้อยละ 22.40 ($R^2 = 0.224$, $p\text{-value} < 0.01$) แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยทั้งสองมีส่วนที่เอื้อให้กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีพฤติกรรมป้องกันโรคมาลาเรียที่ดี ซึ่งได้สอดคล้องกับกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter, 2005) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทรัพยากรเพื่อที่จะสามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนได้มากขึ้น ก็จะทำให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคมาลาเรียได้ดีขึ้นทรัพยากรชุมชนที่เอื้อต่อการป้องกันโรค เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยความสะดวกให้บุคคลเข้าถึงแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพ เมื่อบุคคลเข้าถึงทรัพยากรที่ช่วยเอื้อในการปฏิบัติพฤติกรรมแล้ว ก็จะทำให้เกิดแรงจูงใจ และสามารถพัฒนาศักยภาพที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม รวมไปถึงการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากคนในครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ จะเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้สามารถแสดงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอและเหมาะสม ทั้งนี้สามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังต่อไปนี้

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคมาลาเรีย ทั้งนี้กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างดี ทั้งการได้รับกำลังใจจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และบุคลากรทางสุขภาพในทุก ๆ ด้าน อยู่ในระดับสูง ดังนั้นจึงสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผลการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านการช่วยเหลือในการกระทำกิจกรรมรวมทั้งการให้สิ่งของจากคนในครอบครัว เพื่อน อสม. และบุคลากร

ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เสริมหรือสนับสนุนให้บุคคลเกิดแรงจูงใจเป็นหรือแรงกระตุ้นในการปฏิบัติและนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม (Green & Krueger, 2005) จากการลงไปในพื้นที่เพื่อศึกษาวิจัยพบว่าทางภาครัฐได้ให้การสนับสนุนทั้งด้านข้อมูล และแจ้งเตือนเรื่องการระบาดของโรคมาลาเรีย รวมไปถึงการจัดตั้งจุดตรวจมาลาเรียที่มีการระบาดหรือพบผู้ป่วย หรือในพื้นที่จังหวัดตามแนวชายแดน โดยมีเจ้าหน้าที่ประจำจุดตรวจ และมีมาตรการเชิงรุกโดยการลงไปคัดกรองบุคคลที่มีความเสี่ยงในพื้นที่ และการแจ้งข่าวสารโดยการให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสาร ข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติสามารถช่วยให้บุคคลนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ (Thoits, 1982) ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจและการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นเมื่อกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก็จะทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเพิ่มขึ้น จากการศึกษาที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมาลาเรีย (ภานุวัฒน์ พิทักษ์ธรรมากุลม, มณฑา เก่งการพานิช และศรีณญา เบญจกุล, 2566; สุกัญญา ผดุงวิทย์, ลดาวัลย์ อานนท์ศิริโชติ และมีรัตน์ แผงงา, 2567) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธีรา พูลถิ่น, รุ่งนรินทร์ สุขอร่าม, สุทธิดา นิมศรีกุล และปิติ มงคลางกูร (2565) ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการเร่งรัดกำจัดโรคมาลาเรียในพื้นที่เสี่ยงสูง กรณีศึกษา : อำเภอสองยาง จังหวัดตาก การสนับสนุนในการป้องกันและควบคุมยุงพาหะโดยพ่นกระดุ้ง/ที่พ่นด้วยสารเคมี ชุมมิ่งและแจ่มมิ่ง LLIN ร่วมกับการใช้ยาทากันยุง จะช่วยสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยชุมชนมีส่วนร่วมตรวจหาเชื้อด้วยเทคนิค PCR และสำรวจและประเมินความต้านทานของยุง ส่งผลให้สถานการณ์โรคมาลาเรียในอำเภอสองยางลดลงและมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่เอื้อต่อพฤติกรรมของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง เมื่อผนวกกับการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ ซึ่งทรัพยากรชุมชนที่เอื้อต่อการป้องกันโรคเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยความสะดวกให้บุคคลเข้าถึงแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพ เมื่อบุคคลเข้าถึงทรัพยากรที่ช่วยเอื้อในการปฏิบัติพฤติกรรมแล้ว ก็เกิดแรงจูงใจและสามารถพัฒนาศักยภาพที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม (Green & Krueger, 2005) ทั้งนี้ยังเป็นปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ซึ่งความพอเพียงของทรัพยากร มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค จากการศึกษาของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงที่ศึกษามีปัจจัยทางเศรษฐกิจ และสังคมที่มุ่งเน้นการประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงชีพเป็นหลัก ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ อาทิการเดินทางไปประกอบอาชีพในป่าและพิกัดข้างคั้น (ภานุวัฒน์ พิทักษ์ธรรมากุลม, มณฑา เก่งการพานิช และศรีณญา เบญจกุล, 2566) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ หรือการมีทรัพยากรสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพจะเป็นการเอื้อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรค (ณัฐยานันท์ ภิรมย์สิทธิ์, จาริศรี กุลศิริปัญญา, อรุณ นุรักษ์เช และกิตติศักดิ์ หลวงพันเทา, 2561)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

บุคลากรทางการแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปสร้างแนวปฏิบัติการตรวจเยี่ยม และป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ที่มีการสนับสนุนทางสังคม และเพิ่มการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ช่วยให้กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงเข้าถึงได้ง่าย เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 (สำนักงานโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2559) เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการรับบริการ โดยการใช้ อสม. ที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงในการสื่อสารที่เป็นภาษากะเหรี่ยง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคมาลาเรียที่มีความหลากหลาย
2. เนื่องจากเป็นพื้นที่ศึกษาเป็นพื้นที่ชายแดน ทำให้พบกลุ่มเชื้อชาติพม่าเข้ามาอยู่ในพื้นที่เป็นจำนวนมาก ทั้งนี้ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มพม่าด้วย ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
3. ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาข้อมูลและปัจจัยเชิงลึกที่มีเอกลักษณ์ และบริบทเฉพาะของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง
4. ควรคัดสรรตัวแปรที่มีการศึกษา และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคมาลาเรีย ในกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง มาสร้างโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค. (2564). *แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษา ผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย พ.ศ. 2564*. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- โครงการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย. (2566). *ภาพรวมผู้ป่วยมาลาเรียในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2561-2565*. สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2566 จาก http://malaria.ddc.moph.go.th/malariaR10/index_newversion.php.
- จิตติมา ทาสวรรณอินทร์, วรัญญา มณีรัตน์, จุฑามาศ เมืองมูล, มณูเชษฐ์ มะโนธรรม และวารุณี พันธวงศ์. (2562). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงชุมชนกะเหรี่ยงรวมมิตร ตำบลแม่ยา อำเภอมือง จังหวัดเชียงราย. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 20(1), 90-99.
- ณัฐยานันท์ ภิรมย์สิทธิ์, จาริศรี กุลศิริปัญญา, อรุณ นุรักษ์เช และกิตติศักดิ์ หลวงพันเท. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 22(43), 55-69.
- บุญเสริม อ่วมอ่อง. (2562). พฤติกรรมการหากินของยุงพาหะนำโรคไข้มาลาเรียและการกำจัดโรคไข้มาลาเรียในจังหวัดตากประเทศไทย. *วารสารควบคุมโรค*, 45(2), 136-148.

- พิทวัส เหล่าอุดม. (2560). ระบาดวิทยาของโรคมาลาเรียอำเภอกาบเชิงจังหวัดสุรินทร์: การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ ปี 2553-2557. *วารสารควบคุมโรค*, 43(2), 130-138.
- ภาณุวัฒน์ พิทักษ์ธรรมากุล, มณฑา เก่งการพานิช และศรัณญา เบญจกุล. (2566). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้มาลาเรียของประชาชนในพื้นที่แพร่เชื้อสูง ของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ประเทศไทย. *วารสารควบคุมโรค*, 49(1), 86-97.
- สำนักงานโรคติดต่อโดยแมลง กรมควบคุมโรค. (2559). *ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- สุกัญญา ผดุงวิทย์, ลดาวัลย์ อานนท์ศิริโชติ และมิรันตี แพงงา. (2567). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียประชาชนกลุ่มเสี่ยง บ้านช่องมะเฟือง หมู่ 12 ตำบลหนองรี อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี*, 2(2), 28-45.
- สุธีรา พูลถิ่น, รุ่งนรินทร์ สุขอร่าม, สุทธิดา นิยมศรีกุล และปิติ มงคลกลางกูร. (2565). การพัฒนารูปแบบการเร่งรัด กำจัดโรคมาลาเรียในพื้นที่เสี่ยงสูง กรณีศึกษา: อำเภอสองยาง จังหวัดตาก. *วารสารสำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 10*, 21(1), 81-94.
- Green, L. W. & Kreuter, M. F. (2005). *Health promotion planning: An education and environment approach* (2nd ed). Toronto: Mayfield.
- House, J. S. (1981). *The nature of social support*. In M. A. Reading (Ed.), *Work stress and social Support*. Mass: Addison-Wesley.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). New York: J. B. Lippincott.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual , methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2), 145-159.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรกในจังหวัดเชียงใหม่

Factors Influencing Breastfeeding Behaviors Among First-Time Postpartum Mothers in Chiang Mai Province

รพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ¹, พรวิไล คล้ายจันทร์^{2*}, ประไพศรี กาบมาลา¹, เยาวลักษณ์ มากำ¹

Rapeepan Viboonwatthanakitt¹, Pornwilai Klayjun^{2*}, Prapaisri Kabmala¹, Yaowaluk Maka¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข^{2*}

Boromarajonani College of Nursing, Chiangmai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health¹

Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health^{2*}

(Received: August 31, 2024; Revised: December 7, 2024; Accepted: December 12, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรกในจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดครั้งแรกในจังหวัดเชียงใหม่จำนวน 100 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($r = 0.23$, $r = 0.33$, $p\text{-value} < 0.05$ และ $r = 0.52$, $p\text{-value} < 0.01$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรก ได้แก่ จำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ร้อยละ 33.80 ($R^2=0.38$, $p\text{-value} < 0.01$) ดังนั้นพยาบาลหรือบุคลากรสุขภาพควรมีการจัดกิจกรรมที่เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกด้าน มีการจัดระบบการให้คำแนะนำทั้งรายเดี่ยวและรายกลุ่ม เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์และควรมีการนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อให้มารดาหลังคลอดครั้งแรกสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จ

คำสำคัญ: ปัจจัย, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, มารดาหลังคลอดครั้งแรก

*ผู้ให้การติดต่อ พรวิไล คล้ายจันทร์ e-mail: pornwilai@bcnsprnw.ac.th

Abstract

This predictive research aimed to examine the factors influencing breastfeeding behavior among first-time postpartum mothers in Chiang Mai Province. The sample consisted of 100 first-time postpartum mothers from Chiang Mai. The research instruments included questionnaires on general information, health literacy, and breastfeeding behavior. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

The research findings revealed that educational level, the frequency of breastfeeding advice received, and health literacy were positively correlated with breastfeeding behavior ($r = 0.23$, $r = 0.33$, $p\text{-value} < 0.05$; and $r = 0.52$, $p\text{-value} < 0.01$, respectively). Among the factors predicting breastfeeding behavior in first-time postpartum mothers, the frequency of breastfeeding advice and health literacy together accounted for 33.80% of the variance ($R^2 = 0.38$, $p\text{-value} < 0.01$). Therefore, nurses and healthcare professionals should organize activities to enhance health literacy across all dimensions and establish a system for providing both individual and group breastfeeding advice at least twice, starting during pregnancy. Additionally, relevant factors should be incorporated into the development of breastfeeding promotion programs to support first-time postpartum mothers in achieving successful breastfeeding.

Keyword: Factors, Health Literacy, Breastfeeding Behaviors, First-Time Postpartum Mothers

บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประโยชน์ทั้งต่อสุขภาพมารดาและทารกทั้งในระยะสั้นและระยะยาว สามารถลดอัตราการตายทั้งของมารดาและทารกได้หากเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อย 6 เดือนแรก (Chowdhury et al., 2015; Kim, Park, Oh, Kim, & Ahn, 2018) นมแม่ยังมีความสำคัญต่อกระบวนการพัฒนาสมองและระดับสติปัญญาทารกที่ได้รับนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอย่างน้อย 6 เดือน จะมีระดับเชาวน์ปัญญาดีกว่าเด็กที่เลี้ยงด้วยนมผสม (Victora et al., 2015) นอกจากนี้นมแม่ยังช่วยเพิ่มสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก โดยมารดาที่ให้นมลูกจะอยู่ใกล้ชิดลูก สัมผัส โอบกอดลูก ทำให้ลูกมีความรักความผูกพันกับแม่ (Peñacoba & Catala, 2019) นอกจากนี้นมแม่ยังมีส่วนช่วยต่อการเกิดภาวะโลหิตจางและขาดวิตามินในทารก ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภูมิแพ้ ปัญหาการย่อยอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ เบาหวาน และโรคอ้วน (Rafizadeh, Heidari, Karimy, Zamani-Alavijeh, & Araban, 2019) และยังมีประโยชน์ต่อแม่ โดยช่วยลดอัตราการตกเลือด ลดการเป็นมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ และอัตราการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 หลังคลอดบุตร (Smith & Johnson, 2021)

ปัจจุบันอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนทั่วโลกเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 44 (World Health Organization, 2023) สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีระหว่างปี พ.ศ. 2565 (MICS7) พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนเท่ากับ 28.60 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) ซึ่งมีอัตราสูงขึ้นเมื่อเทียบกับในปี พ.ศ. 2562 ที่มีเพียงร้อยละ 14 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562) ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลกกำหนดให้มีพฤติกรรมเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างเดียวถึงอายุ 6 เดือน อย่างน้อยร้อยละ 50 ใน ปี พ.ศ. 2568 (กรมอนามัย, 2561; World Health Organization, 2023)

พฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนำไปสู่ความสำเร็จขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการทั้งปัจจัยด้านมารดา และด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านมารดาที่สำคัญ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ปริยชาติ วัฒนศิริ, บังอร ศุภวิทิตพัฒนา และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์, 2565; Valero-Chillerón et al., 2022) โดยอายุ ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ มารดาที่มีอายุมากและระดับการศึกษาสูงจะมีความพร้อมและวุฒิภาวะสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตสังคม ทำให้สามารถคิดวิเคราะห์ มีเหตุผลในการทำความเข้าใจ เลือกปฏิบัติในสิ่งที่ประโยชน์ ส่งผลให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นไปอย่างต่อเนื่องและยาวนานกว่ามารดาที่มีอายุน้อย และระดับการศึกษาน้อย (Asimaki, Dagla, Sarantaki, & Iliadou, 2022) สอดคล้องกับการศึกษาของเทมเพิล นิวฮุก และคณะ (Temple Newhook et al., 2017) ที่พบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการยุติการให้นมแม่แตกต่างกัน โดยใน 1 เดือนแรก มารดาที่มีรายได้น้อยมีการยุติการให้นมแม่คิดเป็นร้อยละ 24.70 นอกจากนี้รายได้น้อยยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาที่มีรายได้น้อยมีโอกาสที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ต่อเนื่อง จะมีการยุติการให้นมแม่ก่อนมารดาที่มีรายได้สูง (Rohini, Elavally, & Saradakutty, 2022) ในขณะที่มารดากลุ่มรายได้สูงยุติการให้นมแม่คิดเป็นร้อยละ 6.90 อีกทั้งมารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี จะมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลความรู้มากกว่า ส่งผลต่อความสามารถในการเลือกสิ่งที่มีประโยชน์ต่อตนเองและทารกได้มากกว่า

นอกจากนี้การตั้งครรภ์ครั้งแรกก็เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ ทั้งนี้เนื่องจากรดาครรภ์แรกเป็นกลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่มาก่อน การขาดประสบการณ์ทำให้มารดาขาดความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เมื่อพบปัญหาอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก็อาจจะไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ ส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่สำเร็จหรือยุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนทารกอายุ 6 เดือน (Degefa et al., 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของสมพงษ์ ชัยโอภาณนท์ (2559) พบว่ามารดาที่ไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีโอกาสการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวไม่ครบ 6 เดือนมากกว่าผู้ที่ประสบการณ์ 2.27 เท่า

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เช่นกัน โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะการคิด และทักษะทางสังคมที่กำหนดให้มีแรงจูงใจและสมรรถนะของมารดาที่จะเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เลือกใช้ข้อมูลข่าวสารและตัดสินใจนำไปใช้เพื่อให้ทั้งตนเองและทารกมีสุขภาพดี ถ้ามารดาหลัง

คลอດมีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับมากก็จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Liu et al., 2022) สอดคล้องกับการศึกษาของปริญชาติ วัฒนศิริ, บังอร ศุภวิทิพัฒนา และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์, 2565 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาที่มีบุตรคนแรก และจากการศึกษาบาเลโร-ซิลเลอร์รอน และคณะ (Valero-Chilleron et al., 2022) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จ

ในส่วนของปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ จำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ ก็เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญเชื่อมโยงกับการมาตรวจที่แผนกฝากครรภ์ การได้รับคำแนะนำในการมาฝากครรภ์แต่ละครั้งสถานบริการสุขภาพจะมีการกำหนดการดูแลมารดาและทารกในครรภ์ตามแต่ละไตรมาส การให้คำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก็เป็นส่วนหนึ่งในการเตรียมมารดาก่อนคลอด ดังนั้นถ้ามารดาที่ได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพบ่อยครั้งจะมีข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับคำแนะนำ สอดคล้องกับการศึกษาของเอล ชาเฟย และลาบิบ (El Shafei & Labib, 2014) พบว่าการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นปัจจัยหนึ่งในการทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

จะเห็นได้ว่าการที่มารดาหลังคลอดจะมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ดีและประสบความสำเร็จได้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรกในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายของวัฒนธรรม สังคม และสิ่งแวดล้อม และที่ผ่านมามีการศึกษาในระยะตั้งครรภ์เป็นส่วนใหญ่ หรือในช่วงหลังคลอดไปแล้ว 6 สัปดาห์ ในการศึกษาในระยะหลังคลอดที่อยู่ในโรงพยาบาลยังไม่พบว่ามีการศึกษาในระยะนี้ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรสุขภาพที่จะใช้ในการพัฒนา ปรับปรุง และส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์และในระยะหลังคลอดตั้งแต่ช่วงอยู่ในสถานพยาบาลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้มารดาสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ประสบความสำเร็จและบรรลุเป้าหมายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

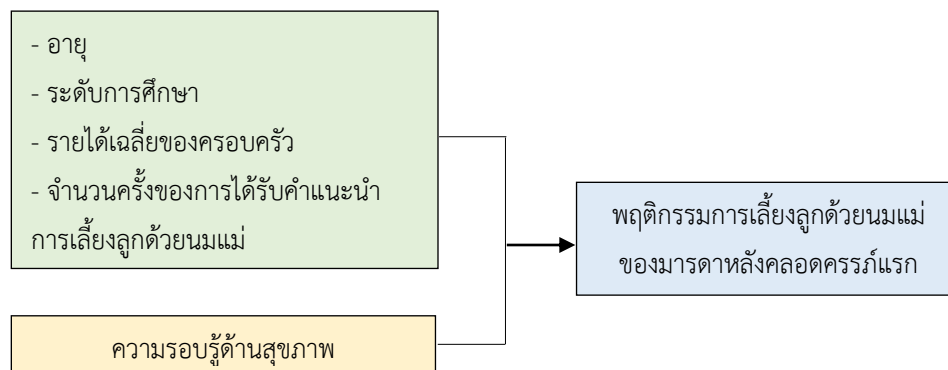
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรก
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรก

สมมติฐานการวิจัย

อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว จำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรก

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องและสำเร็จ ขึ้นอยู่กับ ปัจจัยหลายประการทั้งปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยครอบครัว (Santana, Giugliani, Vieira, & Vieira, 2018) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดา และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ คือ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากบุคลากรทางสุขภาพ (El Shafei & Labib, 2014) ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีความสำคัญส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมารดาครรภ์แรกซึ่งไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตรมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Descriptive Research) ระหว่างเดือนธันวาคม 2566-เดือนมิถุนายน 2567 ณ โรงพยาบาลจังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ระดับชุมชนขนาดใหญ่และชุมชนขนาดเล็ก และโรงพยาบาลสังกัดศูนย์อนามัยที่ 1 ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566-เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่แผนกหลังคลอดในโรงพยาบาลทุติยภูมิ จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ โรงพยาบาลสันทราย โรงพยาบาลสารภี และศูนย์อนามัยที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

จากการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) โดยสุ่มโรงพยาบาลทั่วไประดับ M2 จำนวน 1 โรงพยาบาล จาก 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสันทราย และสุ่มเลือกโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ F1 จำนวน 1 โรงพยาบาล จากทั้งหมด 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสารภี และสุ่มเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสังกัดกรมอนามัย ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณของธอร์นไดค์ (Thorndike, 1987 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2555) ตามสูตร $n=10k+50$ โดยตัวแปรอิสระเท่ากับ 5 ตัว เมื่อแทนค่าในสูตรได้กลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 100 คน ผู้วิจัยคัดเลือกลักษณะกลุ่มตัวอย่างโดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นมารดาหลังคลอดครรภ์แรกอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป
2. มารดาและทารกอยู่ด้วยกันตลอดเวลาในแผนกหลังคลอด
3. มารดาสามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก

1. มารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นข้อห้ามหรืออุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. ทารกมีปัญหาในการดูดกลืน เช่น ปากแหว่ง เพดานโหว่ ทารกที่ต้องส่องไฟ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และจำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาล

2. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยมีการปรับภาษาจากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ของคนไทยพัฒนาโดยอังคินันท์ อินทรกำแหง (2560) เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพปัจจุบันและบริบทของมารดา ประกอบด้วย 5 ด้าน จำนวน 36 ข้อ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพจำนวน 8 ข้อ ด้านการเข้าใจ ข้อมูล และบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ จำนวน 4 ข้อ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ด้านการสื่อสาร และการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง จำนวน 8 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับได้แก่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และ 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.67-5.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.34-3.66 และระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.00-2.33

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ มาลีวัล เลิศสาครสิริ และสาลี แซ่เบ๊ (2561) จำนวน 15 ข้อ โดยผู้วิจัยได้แบ่งพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นระยะก่อนให้นม ขณะให้นม หลังให้นม และวิธีการแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่

1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติหรือปฏิบัติน้อยที่สุด 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และ 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ได้แก่ ระดับต่ำคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.00-2.33 ระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.34-3.66 และระดับสูงคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.67-5.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องทางการใช้ภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ได้ค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 0.86 และแบบประเมินพฤติกรรมการเล่นลูกด้วยนมแม่ของ มาลีวัล เลิศสาครสิริ และสาส์น แซ่เบ๊ (2561) ได้ผ่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.8 หาค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 ผู้วิจัยได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือกับมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค พบว่า แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และแบบสอบถามพฤติกรรมการเล่นลูกด้วยนมแม่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนโดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันทราย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โรงพยาบาลสันทราย และโรงพยาบาลสารภี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกับมารดาหลังคลอด จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบมารดาหลังคลอดแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจการเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยไม่จำกัดเวลา ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการเล่นลูกด้วยนมแม่ วิเคราะห์โดยสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยผู้วิจัยนำข้อมูลไปทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่ามีการกระจายแบบปกติ
3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเล่นลูกด้วยนมแม่ วิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยผู้วิจัยนำข้อมูลไปทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าข้อมูลไม่มีความสัมพันธ์กันเอง มีค่า VIF < 10 และมีค่า tolerance > 0.2 ดังนั้นตัวแปรที่ศึกษามีการแจกแจงแบบโค้งปกติ และมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Schroeder, 1990)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ เลขที่ BCNCT 19/2566 วันที่ 15 พฤษภาคม 2566 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เลขที่ 05/2566 วันที่ 15 พฤศจิกายน 2566 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิโดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงถึงข้อมูลของผู้ร่วมวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และชี้แจงถึงสิทธิของการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-36 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 26.79 ปี (S.D. = 4.62) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ 35 รายได้เฉลี่ยครอบครัวเท่ากับ 9,865.50 บาท (S.D. = 2876.22) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับอนุปริญญา/ปวส. คิดเป็นร้อยละ 49 และส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 84 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละจำแนกตามอายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา และการวางแผนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่าง (n=100)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (Mean = 26.79, S.D. = 4.63)		
18-22	24	24.00
23-26	28	28.00
27-30	18	18.00
≥ 31	20	20.00
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	17.00
ข้าราชการ	4	4.00
ค้าขาย	35	35.00
เกษตรกร	10	10.00
พนักงานบริษัท/รับจ้าง	34	34.00
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน) (Mean = 9,865.50, S.D. = 2,876.220)		
น้อยกว่า 5,000	4	4.00
5,000 - 10,000	55	55.00
10,001 - 15,000	26	26.00
≥ 15000	15	15.00

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษาตอนปลาย	8	8.00
มัธยมศึกษา	37	37.00
อนุปริญญา/ปวส.	49	49.00
ปริญญาตรีขึ้นไป	6	6.00
จำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ครั้ง)		
< 2	16	16.00
≥ 2	84	84.00

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอดครั้งแรก

มารดาหลังคลอดครั้งแรกมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 46 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 34 และระดับต่ำน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 20 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอด (n=100)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ดี (Mean 3.67-5.00)	46	46.0
ปานกลาง (Mean 2.34-3.66)	34	34.0
ต่ำ (Mean 1.00-2.33)	20	20.0

เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.39 (S.D. 0.53) พิจารณาเป็นรายด้านพบว่ามารดาหลังคลอดครั้งแรกมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติมากที่สุด อยู่ในระดับดี (Mean = 4.55, S.D. = 0.56) รองลงมา ได้แก่ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดี (Mean = 4.52, S.D.=0.60) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ ด้านการจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.22, S.D. = 0.65) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอดครั้งแรก จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n=100)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ
ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	4.55	0.62	ดี
ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	4.52	0.60	ดี
ด้านการเข้าถึงและบริการสุขภาพ	4.32	0.70	ดี

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ
ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม	4.22	0.66	ดี
ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง	3.22	0.65	ปานกลาง
ภาพรวม	4.39	0.53	ดี

3. พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มารดาของมารดาหลังคลอดครั้งแรก

มารดาหลังคลอดครั้งแรกมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 83 รองลงมาคือคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 17 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด (n=100)

ระดับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	จำนวน	ร้อยละ
สูง (Mean 3.67-5.00)	83	83.0
ปานกลาง (Mean 2.34-3.66)	17	17.0

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 (S.D. = 0.63) พิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ก่อนให้นมบุตร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.56 (S.D. = 0.66) อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือขณะให้นมบุตร ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 (S.D. = 0.57) อยู่ในระดับสูง และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การแก้ไขปัญหาการเลี้ยงบุตร ด้วยนมแม่ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.05 (S.D. = 0.61) อยู่ในระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรกจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n=100)

พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	Mean	S.D.	ระดับ
ก่อนให้นมบุตร	4.56	0.66	สูง
ขณะให้นมบุตร	4.45	0.57	สูง
หลังให้นมบุตร	4.30	0.56	สูง
การแก้ไขปัญหาการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่	4.05	0.61	สูง
รวม	4.35	0.63	สูง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา ($r = 0.23, p\text{-value} < 0.05$) จำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($r = 0.33, p\text{-value} < 0.05$) และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = 0.52, p\text{-value} < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (n=100)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
อายุ	1					
รายได้ครอบครัว	0.18	1				
ระดับการศึกษา	0.22*	0.15	1			
จำนวนครั้งการได้รับคำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	0.06	-0.16	0.03	1		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.11	0.13	0.17*	0.21	1	
พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	-0.06	0.22	0.23*	0.33*	0.52**	1

* $p\text{-value} < 0.05$, ** $p\text{-value} < 0.01$

5. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรก

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และจำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ร้อยละ 33.80 ($p\text{-value} < 0.01$) ($R^2 = 0.38$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด

ตัวแปร	b	SE _b	β	t
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.20	0.10	0.38	3.88**
จำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ≥ 2 ครั้ง	0.21	0.03	0.35	3.17**
จำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ < 2 ครั้ง	Ref	-	-	-
Constant	1.25	0.43	0.95	

$R^2 = 0.38$ Adj $R^2 = 0.39$ F = 28.75

** $p\text{-value} < 0.01$

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรก

ผลการศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอดครั้งแรกมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เท่ากับ 4.35 (S.D. = 0.63) อยู่ในระดับสูง โดยมีมารดาที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 83 สอดคล้องกับการศึกษาของลักขณา ไชยนอก (2558) พบว่า โดยรวมพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับสูง (Mean = 4.03 S.D. = 0.55) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ในปัจจุบันมีการสนับสนุนและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างแพร่หลาย ผ่านหลายช่องทางสื่อมีเดียต่าง ๆ อีกทั้งในโรงพยาบาลที่ศึกษา มีการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว และบุคลากรทั้งในแผนกฝากครรภ์และหลังคลอดที่ให้การคำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และช่วยเหลือแก่มารดาที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ ซึ่งส่งผลให้มารดาเห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ส่งผลดีต่อทั้งมารดาทารก ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 49 มีระดับการศึกษานุปริญญา หรือ ปวส. มีสมรรถนะในการแสวงหาข้อมูลได้หลายช่องทางนอกจากคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพอย่างเดียว โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่มารดาสามารถสืบค้นข้อมูลได้จากหลากหลายช่องทาง เช่น สื่อทั้งจากสิ่งพิมพ์ เอกสารความรู้ และสื่อออนไลน์ อีกทั้งมารดามีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 26.79 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีความพร้อมทั้งวุฒิภาวะร่างกายและจิตสังคม ทำให้มีความพร้อมในการปฏิบัติ และตัดสินใจเลือกในการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมมากกว่ามารดาที่มีอายุน้อย จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของปริญชาติ วัฒนศิริ, บังอร ศุภวิทิตพัฒนา และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์ (2565) ที่พบว่า ในการศึกษามารดามีอายุเฉลี่ย 28.13 ปีมีการจัดการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวในระดับมาก และในการศึกษารั้งนี้ พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านการแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.05 (S.D. = 0.61) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเตรียมมารดาสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์หรือหลังคลอด ส่วนใหญ่มีการเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติเน้นในการให้นมแม่ตั้งแต่การเตรียมเต้านม การปฏิบัติตัวขณะและหลังให้นมเป็นส่วนใหญ่ ส่วนการแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อาจจะเป็นสิ่งที่ยังไม่มีปัญหาเกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ทำให้อาจจะยังไม่ตรงกับความต้องการของมารดาในขณะนั้น และในบางสถานการณ์มารดาอาจยังไม่เกิดปัญหาจึงทำให้มารดาตอบได้น้อย อีกทั้งมารดาให้ความสำคัญกับทารก และวิธีการเลี้ยงทารกเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง มารดาจึงแสวงหาสิ่งที่เป็ประโยชน์ต่อทารกมากที่สุด ดังนั้นวิธีการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการให้นมจึงอยู่ในระดับน้อยที่สุด

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรก

พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด ได้แก่ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($r = 0.23, p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพร ชูประพันธ์, วิณา เทียงธรรม และปาหนัน พิษยภิณูญ (2557) ที่พบว่า

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือนของแม่ในเขตภาคกลางตอนล่าง และสอดคล้องกับการศึกษาของบุญศรี จันทร์เพ็ญ (2567) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 49.0 ซึ่งสามารถแสวงหาความรู้ ข้อมูล รับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสามารถวิเคราะห์ถึงผลดีต่าง ๆ ได้ จึงทำให้มารดามีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับสูง

จำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($r = 0.33, p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญศรี จันทร์เพ็ญ (2567) พบว่า การได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัญพรรณ โภคบุตร (2559) พบว่า ปัจจัยทางด้านการได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวจนลูกอายุครบ 6 เดือน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า มารดาที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากหัวข้อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นหัวข้อที่โรงพยาบาลกำหนดให้ต้องให้คำแนะนำกับมารดาทุกราย โดยกิจกรรมการจัดจะมีตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ไปจนถึงระยะหลังคลอดโดยกิจกรรมที่จัดให้กับมารดาเป็นแบบเป็นรายเดี่ยว และรายกลุ่ม โดยมีการบรรยาย การสาธิต สาธิตย้อนกลับ รวมถึงเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างมารดากับบุคลากรสุขภาพ และมารดาคนอื่น ทั้งหมดนี้ส่งผลให้มารดาได้รับข้อมูลที่เพียงพอจำเป็นสำหรับการปฏิบัติ โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป สามารถไปปฏิบัติให้นมแม่ในระยะหลังคลอดได้ ส่งผลให้มารดามีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับสูง

อีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่คือความรู้ด้านสุขภาพ ($r = 0.52, p\text{-value} < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด (Hoseini, Rasekhi, & Lamyian Myandoab, 2020; Valero-Chillerón et al., 2022) และจากการศึกษาของพิชญ์ศุภาภรณ์ ไต้เมฆ (2561) พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของปริญชาติ วัฒนศิริ, บังอร ศุภวิฑิตพัฒนา และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์ (2565) พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวของมารดาที่มีบุตรคนแรก ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพ บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจะมีความสามารถในการเข้าถึงหรือแหล่งบริการทางสุขภาพที่จำเป็น การทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับ ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและภาวะสุขภาพที่ดี ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมากที่สุดเป็นร้อยละ 83 การที่มารดามีระดับ

ความรอบรู้สุขภาพในระดับดี มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ ทำให้มีความรู้ความเข้าใจและเกิดการพัฒนาทักษะการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 83 และมีค่าเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงเท่ากับ 4.35 (S.D. = 0.63)

ปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ อายุ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 26.79 ปีซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะ มีความพร้อมในการเรียนรู้ อีกทั้งได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ จึงทำให้พฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญศรี จันทร์เพ็ญ (2567) พบว่าอายุมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากนี้ปัจจัยด้านรายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท เฉลี่ยเท่ากับ 9,865.50 บาทต่อเดือนซึ่งมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายประจำเดือนจึงทำให้มารดาไม่มีการแสวงหาความรู้ได้ด้วยตัวเอง ทำให้มารดาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ญญพรรณ โภคบุตร (2559) พบว่าอายุมารดาและรายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกันจนลูกอายุครบ 6 เดือน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของบุญศรี จันทร์เพ็ญ (2567) ที่พบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดครั้งแรก

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และจำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ร้อยละ 33.8 ($R^2 = 0.38$, $p\text{-value} < 0.01$) อธิบายได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูลสุขภาพ ชักถามจนสามารถประเมินตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลือกรับบริการเพื่อการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้ (วชิระ เพ็งจันทร์, 2560) นอกจากนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังไม่ใช่เพียงแต่เป็นลักษณะส่วนบุคคลยังเป็นปัจจัยทำนายผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Batterham, Hawkins, Collins, Buchbinder, & Osborne, 2016) เช่น พฤติกรรมการป้องกันการเกิดมะเร็ง การควบคุมตนเองในการงดสูบบุหรี่ การควบคุมน้ำหนัก การวินิจฉัยล่าช้า และการรักษาและผลลัพธ์ที่ไม่ดี (Aljassim & Ostini, 2020) ดังนั้นการที่มารดาที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี จะทำให้มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลหรือแหล่งบริการทางสุขภาพ ทำความเข้าใจและตัดสินใจนำข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ได้รับจากหลากหลายช่องทาง โดยเฉพาะการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรด้านสุขภาพตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ที่มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์ตามไตรมาส ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ มารดาที่ได้รับข้อมูลสุขภาพโดยเฉพาะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะทำให้มีข้อมูลและแหล่งบริการสุขภาพที่จำเป็นและตรงตามความต้องการ มารดาจะทำความเข้าใจและนำข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไปใช้ในการปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอดได้ในระดับดี

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลหรือบุคลากรสุขภาพควรมีการจัดกิจกรรมที่เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นในทุกด้าน

2. จัดระบบการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งรายเดี่ยวและรายกลุ่ม มากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์และให้เหมาะสมกับระดับการศึกษาของมารดา รวมถึงควรเน้นเนื้อหาการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเด็นการแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น การแก้ไขภาวะหัวนมแตก เป็นต้น ซึ่งมีค่าคะแนนน้อยที่สุด

ด้านการศึกษา

อาจารย์พยาบาลควรสอดแทรกเนื้อหาการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. ควรมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดากลุ่มอื่น ๆ เช่น มารดาวัยรุ่น มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น
3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2561). *แผนยุทธศาสตร์ กรมอนามัย พ.ศ. 2553-2556*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- ณัฏพรณ โภคบุตร. (2559). *การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพฤติกรรม การให้อาหารเสริมทดแทนนมแม่*. สารนิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต วิทยาลัยการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญศรี จันทร์เพ็ญ. (2567). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีที่นำลูกมาเข้ารับ บริการในโรงพยาบาลบางชั้น จังหวัดนครศรีธรรมราช*. *วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพ ปฐมภูมิและสาธารณสุข*, 2(3), 16-30.

- ปริญชาติ วัฒนศิริ, บังอร ศุภวิทิตพัฒนา และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาที่มีบุตรคนแรก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 33(2), 1-12.
- พิชญ์ศุภาภรณ์ ไต้เมฆ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ภัทรพร ชูประพันธ์, วิณา เทียงธรรม และปาหนัน พิชยภิญโญ. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของแม่ในเขตภาคกลางตอนล่าง. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ และสาเล่ แซ่เบ๊. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองความรู้สึกลึกซึ้งในตัวเองและเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรก. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 11(3), 10-21.
- ลักขณา ไชยนอก. (2558). รายงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- วชิระ เพ็งจันทร์. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. ใน เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัย เรื่อง ความรอบรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สมพงษ์ ชัยโอภาณนท์. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในจังหวัดนนทบุรี. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 6(2), 97-108.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). รายงานผลฉบับสมบูรณ์โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). รายงานผลฉบับสมบูรณ์. โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง (2560). การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Aljassim, N., & Ostini, R. (2020). Health literacy in rural and urban populations: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 103(10), 2142-2154.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.06.007>

- Asimaki, E, Dagla, M., Sarantaki, A, & Iliadou, M. (2022). Main biopsychosocial factors influencing breastfeeding: A systematic review. *Maedica*, 17(4), 955-962.
<https://doi.org/10.26574/maedica.2022.17.4.955>
- Batterham, R. W., Hawkins, M., Collins, P. A., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2016). Health literacy: Applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*, 132, 3-12. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.01.001>
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rd edition). New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Chowdhury, R., et al. (2015). *Breastfeeding and Maternal Health Outcomes: A systematic review and meta-analysis*. Retrieved July 29, 2024 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26172878>.
- Degefa, N., et al. (2019). *Breast feeding practice: positioning and attachment during breast feeding among lactating mothers visiting health facility in Areka Town, Southern Ethiopia*. Retrieved May 31, 2024 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31080479/>.
- El Shafei, A. M., & Labib, J. R. (2014). Determinants of exclusive breastfeeding and introduction of complementary foods in rural Egyptian communities. *Global Journal of Health Science*, 6(4), 236-244. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n4p236>
- Hoseini, F., Rasekhi, A., & Lamyian Myandoab, M. (2020). Investigating the relationship between exclusive breast-feeding and health literacy in primiparous women. *Daneshvar Medicine*, 26(4), 31-36.
- Kim, S. K., Park, S., Oh, J., Kim, J., & Ahn, S. (2018). Interventions promoting exclusive breastfeeding up to six months after birth: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 94-105.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.004>
- Liu, C., et al. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family Medicine and Community health*, 8(2), e000351.
<https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351>
- Peñacoba, C., & Catala, P. (2019). Associations between breastfeeding and mother-infant relationships: A systematic review. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 14(9), 616-629.
<https://doi.org/10.1089/bfm.2019.0106>

- Rafizadeh, R., Heidari, Z., Karimy, M., Zamani-Alavijeh, F., & Araban, M. (2019). Factors affecting breast-feeding practice among a sample of Iranian women: A structural equation modeling approach. *Italian Journal of Pediatrics*, 45(1), 1-8.
<https://doi.org/10.1186/s13052-019-0724-9>
- Rohini, A. M., Elavally, S., & Saradakutty, G. (2022). Effectiveness of breastfeeding education compared to standard hospital information on exclusive breastfeeding among mothers: A systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*, 11, 125.
https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_708_21
- Santana, G. S., Giugliani, E. R. J., Vieira, T. O., & Vieira, G. O. (2018). Factors associated with breastfeeding maintenance for 12 months or more: A systematic review. *Jornal de Pediatria*, 94(2), 104-122. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.06.013>
- Schroeder, M. A. (1990). Diagnosing and dealing with multicollinearity. *Western Journal of Nursing Research*, 12(2), 175-187. <https://doi.org/10.1177/019394599001200204>
- Smith, J. A., & Johnson, L. M. (2021). The impact of childbirth on women's long-term health: A comprehensive review. *Obstetrics & Gynecology*, 137(3), 458-469.
- Temple Newhook, J., et al. (2017). Poverty and breastfeeding: Comparing determinants of early breastfeeding cessation incidence in socioeconomically marginalized and privileged populations in the final study. *Health Equity*, 1(1), 96-102.
<https://doi.org/10.1089/heq.2016.0028>
- Valero-Chillerón, M. J., et al. (2022). Influence of health literacy on maintenance of exclusive breastfeeding at 6 months postpartum: A multicentre study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5411.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19095411>
- Victora, C. G., et al. (2015). Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: A prospective birth cohort study from Brazil. *The Lancet. Global Health*, 3(4), e199-e205. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70002-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70002-1)
- World Health Organization. (2023). *Infant and young child feeding*. Retrieved March 29, 2024 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.

การบูรณาการเทคโนโลยีความเป็นจริงและความเป็นจริงเสริม
ในการจำลองสถานการณ์ทางการพยาบาล: ความท้าทายในการศึกษาพยาบาล
The Integration of Virtual Reality (VR) and Augmented Reality (AR) Technologies
in Nursing Simulation: Challenges for Nursing Education

สืบตระกูล ตันตลานุกุล¹, ภิตินันท์ อิศรางกูร ณ อยุธยา^{2*}, ชลชนก ธนาภควัตกุล²

Seubtrakul Tantalanutkul¹, Phitinan Isarangura Na Ayudhaya^{2*}, Chonkanok Thanaphakawatkul²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข¹,

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข^{2*}

Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health¹,
Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health^{2*}

(Received: June 21, 2024; Revised: October 16, 2024; Accepted: October 31, 2024)

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้นำเสนอการบูรณาการเทคโนโลยีความเป็นจริงเสมือน (Virtual Reality (VR)) และความเป็นจริงเสริม (Augmented Reality (AR)) ในการจำลองสถานการณ์ทางการพยาบาล โดยวิเคราะห์ศักยภาพ ความท้าทาย และแนวโน้มในอนาคตของการใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ในการศึกษาพยาบาล บทความครอบคลุมหลักการทำงานของ VR และ AR การประยุกต์ใช้ในการจำลองสถานการณ์ทางการพยาบาล แนวทางการบูรณาการเข้ากับหลักสูตร ผลกระทบต่อการเรียนรู้ ข้อจำกัด นวัตกรรมปัจจุบัน กรณีศึกษาแนวทางการประเมินผล และข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้และการวิจัยในอนาคต ผลการศึกษาพบว่า การบูรณาการ VR และ AR ในการศึกษาพยาบาลช่วยยกระดับการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในด้านการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจทางคลินิก และความมั่นใจของนักศึกษา อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทายในด้านค่าใช้จ่าย การฝึกอบรมผู้สอน และประเด็นด้านจริยธรรมที่ต้องพิจารณา บทความนี้ชี้ให้เห็นว่าการบูรณาการ VR และ AR ในการจำลองสถานการณ์ทางการพยาบาลมีศักยภาพสูงในการปฏิวัติวิธีการเรียนการสอน แต่จำเป็นต้องมีการวางแผนอย่างรอบคอบ การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการวิจัยเชิงลึกเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: การจำลองสถานการณ์, การศึกษาพยาบาล, ความเป็นจริงเสมือน, ความเป็นจริงเสริม, นวัตกรรม การเรียนการสอน

*ผู้ให้การติดต่อ ภิตินันท์ อิศรางกูร ณ อยุธยา e-mail: phitinan@bcnc.ac.th

Abstract

This academic article presents the integration of Virtual Reality (VR) and Augmented Reality (AR) technologies in nursing simulation. It specifically investigates the potential, challenges, and forthcoming developments associated with the utilization of these technologies in nursing education. The article discusses the fundamental principles of VR and AR, their use in nursing simulation, strategies for incorporating them into nursing curricula, impacts on learning, limitations, current innovations, case studies, evaluation methods, and recommendations for implementation and future research. The study demonstrates that VR and AR possess significant potential for enhancing critical thinking skills, clinical decision-making abilities, and self-assurance among nursing students. However, there are still challenges regarding costs, instructor training, and ethical issues that need consideration. The article highlights that integrating VR and AR in nursing simulation has high potential to revolutionize teaching methods, but careful planning, continuous development, and in-depth research are necessary to maximize the benefits for nursing students' learning.

Keywords: Simulation, Nursing Education, Virtual Reality, Augmented Reality, Educational Innovation

บทนำ

การผสมผสานเทคโนโลยีความเป็นจริงเสมือน (Virtual Reality (VR)) และความเป็นจริงเสริม (Augmented Reality (AR)) เข้ากับการจำลองสถานการณ์ทางการพยาบาลกำลังเป็นกระแสสำคัญที่มีศักยภาพในการปฏิรูปกระบวนการทัศน์การเรียนการสอนทางการพยาบาล เทคโนโลยีเหล่านี้เปิดมิติใหม่ในการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้เชิงลึกที่มีความสมจริงและปลอดภัย โดยไม่ต้องเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจริง การศึกษาพยาบาลในปัจจุบันกำลังเผชิญกับความท้าทายในการเตรียมความพร้อมนักศึกษาให้สามารถรับมือกับสภาพแวดล้อมทางคลินิกที่มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว VR และ AR ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการยกระดับการศึกษาพยาบาล โดยนำเสนอโอกาสในการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีความสมจริงและปลอดภัย (Prasad, Jain, & Aggarwal, 2022) เทคโนโลยีเหล่านี้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะทางคลินิก การตัดสินใจ และความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาล โดยไม่ต้องเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจริง (Lioce et al., 2020) แนวโน้มการใช้เทคโนโลยีในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลกำลังมุ่งสู่การบูรณาการ VR และ AR เข้ากับหลักสูตรอย่างเต็มรูปแบบ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สถาบันการศึกษาพยาบาลทั่วโลกกำลังลงทุนในเทคโนโลยีเหล่านี้เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Fogg et al., 2021) นอกจากนี้ การพัฒนาของเทคโนโลยี 5G และการประมวลผลแบบคลาวด์ยังเปิดโอกาสให้เกิดการจำลองสถานการณ์ที่มีความซับซ้อน

และสมจริงมากขึ้น สามารถรองรับการเรียนรู้ทางไกลและการฝึกปฏิบัติแบบ Real-Time ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Chen et al., 2023) อย่างไรก็ตาม การนำ VR และ AR มาใช้ในการศึกษาพยาบาลยังคงมีความท้าทายทั้งในด้านการพัฒนาเนื้อหา การฝึกอบรมผู้สอน และการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ (Wang et al., 2022) การศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิผลและแนวทางการบูรณาการเทคโนโลยีเหล่านี้เข้ากับหลักสูตรพยาบาลศาสตรจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้เกิดการพัฒนาการศึกษาพยาบาลที่ยั่งยืนและมีคุณภาพในอนาคต บทความนี้มุ่งนำเสนอการบูรณาการ VR และ AR ในการจำลองสถานการณ์ทางการพยาบาล โดยวิเคราะห์ศักยภาพ ความท้าทาย และแนวโน้มในอนาคต ผู้อ่านจะได้รับความรู้เกี่ยวกับหลักการทำงานของเทคโนโลยีเหล่านี้ แนวทางการประยุกต์ใช้ในการศึกษาพยาบาล ผลกระทบต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ ตลอดจนข้อพิจารณาในการนำไปใช้และการวิจัยในอนาคต ซึ่งจะเป็ประโยชน์สำหรับผู้บริหารการศึกษา อาจารย์พยาบาล และผู้สนใจในการพัฒนาการศึกษาพยาบาลด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่

พื้นฐานเทคโนโลยี VR และ AR ในการศึกษาพยาบาล

เทคโนโลยีความเป็นจริงเสมือน (Virtual Reality (VR)) และความเป็นจริงเสริม (Augmented Reality (AR)) เป็นนวัตกรรมที่กำลังเปลี่ยนแปลงวิธีการเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติในวงการการแพทย์และการพยาบาล ทั้งสองเทคโนโลยีมีหลักการทำงานและคุณลักษณะที่แตกต่างกัน แต่มีศักยภาพในการเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนการสอนอย่างมีนัยสำคัญ VR เป็นเทคโนโลยีที่สร้างสภาพแวดล้อมเสมือนจริงแบบสามมิติที่ผู้ใช้สามารถโต้ตอบได้โดยใช้อุปกรณ์สวมศีรษะ (Head-Mounted Display (HMD)) และตัวควบคุมทำให้ผู้ใช้รู้สึกเหมือนอยู่ในโลกเสมือนจริงอย่างสมบูรณ์ (Pottle, 2019) ในทางตรงกันข้าม AR เป็นเทคโนโลยีที่เสริมโลกจริงด้วยข้อมูลดิจิทัล เช่น ภาพ เสียง หรือข้อความ โดยผู้ใช้อย่างยังสามารถมองเห็นและโต้ตอบกับสภาพแวดล้อมจริงได้ (Eckert, Volmerg, & Friedrich, 2019) ความแตกต่างหลักระหว่าง VR และ AR คือ ระดับการแทนที่โลกจริง โดย VR สร้างประสบการณ์ที่ผู้ใช้ถูกแยกออกจากโลกจริงโดยสมบูรณ์ ในขณะที่ AR เสริมโลกจริงด้วยข้อมูลเสมือน ทำให้ AR มีความยืดหยุ่นมากกว่าในการใช้งานในสถานการณ์จริง เช่น ในห้องผ่าตัดหรือหอผู้ป่วย (Gerup, Soerensen, & Dieckmann, 2020) ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา VR และ AR ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางในการศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะในการจำลองสถานการณ์ทางคลินิกที่ซับซ้อน เช่น การฝึกการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน และการฝึกทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย (Prasad, Jain, & Aggarwal, 2022) ส่วน AR ได้รับการพัฒนาให้สามารถใช้ในการแสดงข้อมูลทางการพยาบาลแบบ Real-Time ระหว่างการฝึกปฏิบัติ ช่วยเพิ่มความแม่นยำและลดความเสี่ยงในการฝึก (Wüller, Behrens, Garthaus, Marquard, & Remmers, 2021) ในประเทศไทยมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้ VR และ AR ในการศึกษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการนำเทคโนโลยี Virtual Reality (VR 360°) มาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาล ช่วยแก้ไขข้อจำกัดในการฝึกปฏิบัติ เช่น เวลา จำนวนหุ่น และอุปกรณ์การฝึกที่ไม่เพียงพอ รวมถึงช่วยลดความตื่นเต้นและเพิ่มความมั่นใจให้กับนักศึกษา

ก่อนการทำหัตถการจริง เทคโนโลยีนี้จำลองสภาพแวดล้อมเสมือนจริงผ่านแว่น VR หรือแอปพลิเคชันบนมือถือในรูปแบบ 3D 360° ทำให้นักศึกษาสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองตลอด 24 ชั่วโมง (Chokprasanchai, 2023) ดังนั้น การบูรณาการ VR และ AR เหล่านี้ในการศึกษาพยาบาลจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้และเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาพยาบาล ในการรับมือกับสถานการณ์จริงได้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามการนำเทคโนโลยีเหล่านี้มาใช้อย่างมีประสิทธิภาพยังคงต้องการการวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การบูรณาการ VR และ AR ในการจัดการเรียนการสอนพยาบาล

การนำเทคโนโลยี VR และ AR มาบูรณาการในการจัดการเรียนการสอนพยาบาลเป็นแนวโน้มที่กำลังได้รับความนิยมอย่างมากในวงการการศึกษาพยาบาล การผสมผสานเทคโนโลยีเหล่านี้กับวิธีการสอนแบบดั้งเดิมมีศักยภาพในการยกระดับคุณภาพการศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ แนวทางการบูรณาการ VR และ AR ในการจัดการเรียนการสอนพยาบาล การบูรณาการ VR และ AR เข้ากับการเรียนการสอนพยาบาลต้องอาศัยการวางแผนอย่างรอบคอบและเป็นระบบ Fogg et al. (2021) เสนอแนวทางการผสมผสานโดยใช้โมเดล "Blended Learning" ซึ่งรวมการเรียนการสอนแบบดั้งเดิมเข้ากับประสบการณ์เสมือนจริง โดยสามารถประยุกต์ใช้ในแต่ละชั้นปีของหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ได้ดังนี้ ชั้นปีที่ 1 ใช้ AR ในการเรียนวิชาพื้นฐาน เช่น กายวิภาคศาสตร์ โดยแสดงโมเดล 3 มิติของระบบร่างกายมนุษย์ระหว่างการบรรยาย ชั้นปีที่ 2 ใช้ VR ในการจำลองสถานการณ์พื้นฐานทางการพยาบาล เช่น การวัดสัญญาณชีพ การทำแผล ชั้นปีที่ 3-4 ใช้ VR ในการจำลองสถานการณ์ที่ซับซ้อนมากขึ้น เช่น การดูแลผู้ป่วยวิกฤต การช่วยฟื้นคืนชีพ และ Wüller, Behrens, Garthaus, Marquard, & Remmers (2021) แนะนำให้เริ่มต้นด้วยการใช้ AR ในการเสริมการเรียนการสอนภาคทฤษฎี ก่อนที่จะค่อย ๆ เพิ่มการใช้ VR ในการจำลองสถานการณ์ที่ซับซ้อนมากขึ้น การบูรณาการนี้ควรคำนึงถึงวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ทรัพยากรที่มี และความพร้อมของทั้งผู้เรียนและผู้สอน การออกแบบประสบการณ์การเรียนรู้แบบจำลองสถานการณ์ด้วย VR และ AR ต้องคำนึงถึงหลักการออกแบบการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ Pottle (2019) ได้เสนอแนวทางการออกแบบที่เน้นการสร้างสถานการณ์จำลองที่สมจริงและมีความหมาย โดยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและแก้ปัญหา ตัวอย่างเช่น การใช้ VR จำลองสถานการณ์ฉุกเฉินในห้องอุบัติเหตุ โดยให้นักศึกษาต้องตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมภายใต้เวลาจำกัด การออกแบบควรรวมถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับแบบทันทีและโอกาสในการทบทวนและฝึกซ้ำ อีกทั้ง Prasad, Jain, & Aggarwal (2022) ได้แนะนำการใช้หลักการ "Scaffolding" ในการออกแบบประสบการณ์การเรียนรู้ โดยเริ่มจากสถานการณ์ที่ไม่ซับซ้อนและค่อย ๆ เพิ่มความซับซ้อนตามระดับความสามารถของผู้เรียน การออกแบบควรคำนึงถึงการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียน เช่น การจำลองสถานการณ์ที่ต้องทำงานเป็นทีม การบูรณาการ VR และ AR ในการจัดการเรียนการสอนพยาบาลมีศักยภาพในการปฏิวัติวิธีการเรียนการสอนทางการพยาบาล อย่างไรก็ตาม การนำเทคโนโลยีเหล่านี้มาใช้อาจต้อง

อาศัยการวางแผนอย่างรอบคอบ การพัฒนาทักษะของผู้สอน และการประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล

ผลกระทบต่อผลลัพธ์การเรียนรู้

การนำเทคโนโลยี VR และ AR มาใช้ในการศึกษาพยาบาลได้ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิก รวมถึงการเพิ่มความมั่นใจและความพร้อมในการปฏิบัติงานจริง การพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิก การใช้ VR และ AR ในการจำลองสถานการณ์ทางคลินิกได้แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีในการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล Foronda, Fernandez-Burgos, Nadeau, Kelley, & Henry (2020) พบว่า การใช้ VR ในการจำลองสถานการณ์ฉุกเฉินช่วยเพิ่มความสามารถในการประเมินสถานการณ์และการตัดสินใจอย่างรวดเร็วของนักศึกษา โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูง นอกจากนี้ Sapiano, Sammut, & Trapani (2022) รายงานว่าการใช้ AR ในการฝึกทักษะหัตถการทางการแพทย์ช่วยพัฒนาความสามารถในการวิเคราะห์และการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย การเห็นข้อมูลเพิ่มเติมแบบ Real-Time ช่วยให้นักศึกษาสามารถประมวลผลข้อมูลและตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การเพิ่มความมั่นใจและความพร้อมในการปฏิบัติงานจริง นอกจากนี้การใช้ VR และ AR ในการฝึกปฏิบัติได้แสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของความมั่นใจและความพร้อมในการปฏิบัติงานจริงของนักศึกษาพยาบาล Chen et al. (2023) ได้ทำการวิเคราะห์หัตถการและพบว่า การใช้ VR ในการจำลองสถานการณ์ทางการแพทย์ส่งผลให้นักศึกษามีความมั่นใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับวิธีการสอนแบบดั้งเดิม Dang, Palicte, Valdez, & O'Leary-Kelley (2021) รายงานว่าการใช้ AR ในการฝึกทักษะการตรวจร่างกายช่วยเพิ่มความมั่นใจของนักศึกษาในการปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง โดยนักศึกษารู้สึกว่าได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดีขึ้นสำหรับการฝึกงานในสถานพยาบาล นอกจากนี้จากการศึกษาของ Fealy et al. (2019) พบว่าการใช้ VR ในการจำลองสถานการณ์ที่มีความเครียดสูง เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ ช่วยให้นักศึกษารู้สึกพร้อมรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินในการปฏิบัติงานจริงมากขึ้น โดยช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจในความสามารถของตนเอง อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบระยะยาวของการใช้ VR และ AR ต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ และการเปรียบเทียบประสิทธิภาพกับวิธีการสอนแบบดั้งเดิมในบริบทที่หลากหลาย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นเกี่ยวกับประโยชน์และข้อจำกัดของเทคโนโลยีเหล่านี้ในการศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของประเทศไทย ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและความพร้อมของสถาบันการศึกษาที่แตกต่างกัน

ความท้าทายและข้อจำกัด

แม้ว่าการนำเทคโนโลยี VR และ AR มาใช้ในการศึกษาพยาบาลจะมีประโยชน์มากมาย แต่ก็มีความท้าทายและข้อจำกัดที่ต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายและความคุ้มทุน การฝึกอบรมผู้สอนและการพัฒนาเนื้อหา รวมถึงข้อพิจารณาด้านจริยธรรมและความเป็นส่วนตัว การลงทุนในเทคโนโลยี VR และ AR สำหรับการศึกษาพยาบาลมีค่าใช้จ่ายสูง ทั้งในด้านฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ และการบำรุงรักษา Fealy et al. (2019) ชี้ให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายเริ่มต้นในการติดตั้งระบบ VR อาจเป็นอุปสรรคสำคัญสำหรับสถาบันการศึกษาขนาดเล็กหรือมีงบประมาณจำกัด นอกจากนี้ Wüller, Behrens, Garthaus, Marquard, & Remmers (2021) ยังเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการประเมินความคุ้มทุนอย่างรอบคอบ โดยพิจารณาถึงประโยชน์ระยะยาวต่อคุณภาพการศึกษาเทียบกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น การนำเทคโนโลยี VR และ AR มาใช้อย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยการฝึกอบรมผู้สอนและการพัฒนาเนื้อหาที่เหมาะสม Prasad, Jain, & Aggarwal (2022) ระบุว่า การขาดความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีของผู้สอนเป็นอุปสรรคสำคัญในการบูรณาการ VR และ AR เข้ากับหลักสูตร การฝึกอบรมผู้สอนไม่เพียงแต่ต้องครอบคลุมการใช้งานเทคโนโลยี แต่ยังรวมถึงวิธีการออกแบบการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพโดยใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ และ Chen et al., 2023 ยังเน้นย้ำถึงความท้าทายในการพัฒนาเนื้อหาที่มีคุณภาพสูงและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ การสร้างสถานการณ์จำลองที่สมจริงและมีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล นักออกแบบการเรียนรู้และนักพัฒนาเทคโนโลยี ซึ่งอาจใช้เวลาและทรัพยากรมาก

การใช้ VR และ AR ในการศึกษาพยาบาลยังมีประเด็นด้านจริยธรรมและความเป็นส่วนตัวที่ต้องพิจารณา โดย Dang, Palicte, Valdez, & O'Leary-Kelley (2021) ระบุถึงความกังวลเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมและการใช้ข้อมูลของนักศึกษาในระหว่างการใช้งานเทคโนโลยีเหล่านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการบันทึกและวิเคราะห์พฤติกรรมของนักศึกษาในสถานการณ์จำลอง นอกจากนี้ Foronda, Fernandez-Burgos, Nadeau, Kelley, & Henry (2020) ยังเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการพิจารณาผลกระทบทางจิตใจของการใช้ VR ในการจำลองสถานการณ์ที่มีความเครียดสูง และการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการใช้เทคโนโลยีเหล่านี้อย่างมีจริยธรรม การจัดการกับความท้าทายและข้อจำกัดเหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยการวางแผนอย่างรอบคอบ การลงทุนอย่างเหมาะสม และการพัฒนานโยบายที่ครอบคลุมเพื่อให้การนำ VR และ AR มาใช้ในการศึกษาพยาบาลเกิดประโยชน์สูงสุดโดยคำนึงถึงจริยธรรมและความเป็นส่วนตัวของผู้เรียน นอกจากนี้ การสร้างความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาพยาบาลและภาคเอกชนในการพัฒนาเทคโนโลยีและเนื้อหาที่เหมาะสมกับบริบทของไทย อาจเป็นแนวทางหนึ่งในการลดข้อจำกัดด้านทรัพยากรและเพิ่มประสิทธิภาพในการนำ VR และ AR มาใช้ในการศึกษาพยาบาลของไทย

นวัตกรรมและแนวโน้มในการบูรณาการ VR และ AR ในการจำลองสถานการณ์ทางการพยาบาล

การพัฒนาเทคโนโลยี VR และ AR ในการศึกษาพยาบาลกำลังก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว โดยมีนวัตกรรมและแนวโน้มที่น่าสนใจในการบูรณาการเข้ากับการจำลองสถานการณ์ทางการพยาบาล ดังนี้ การพัฒนาสถานการณ์จำลองที่มีความสมจริงและซับซ้อนมากขึ้น การใช้ VR และ AR ช่วยสร้างสถานการณ์จำลองที่มีความสมจริงและซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะในสถานการณ์ฉุกเฉินหรือหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง Foronda, Fernandez-Burgos, Nadeau, Kelley, & Henry (2020) พบว่าการใช้ VR ในการจำลองสถานการณ์ฉุกเฉินช่วยเพิ่มความสามารถในการประเมินสถานการณ์และการตัดสินใจอย่างรวดเร็วของนักศึกษาพยาบาล การเพิ่มประสิทธิภาพในการฝึกทักษะหัตถการ AR ได้รับการพัฒนาให้สามารถใช้ในการฝึกทักษะหัตถการทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น Wüller, Behrens, Garthaus, Marquard, & Remmers (2021) รายงานว่า AR มีประสิทธิภาพสูงในการสอนทักษะการตรวจร่างกายและการทำหัตถการพื้นฐาน โดยช่วยเพิ่มความเข้าใจในโครงสร้างกายวิภาคและขั้นตอนการปฏิบัติที่ถูกต้อง การพัฒนาระบบการเรียนรู้ทางไกลที่มีประสิทธิภาพ เทคโนโลยี 5G กำลังเปิดโอกาสใหม่ในการจัดการเรียนการสอนทางไกลแบบ Real-Time ที่มีคุณภาพสูง (Wang et al, 2021) นำเสนอการใช้ 5G ในการส่งข้อมูล VR แบบ High-Definition และ Low-Latency ซึ่งช่วยให้สามารถจัดการเรียนการสอนทางไกลที่มีปฏิสัมพันธ์สูงและสมจริงมากขึ้น แม้ว่านวัตกรรมเหล่านี้จะแสดงให้เห็นถึงศักยภาพอันกว้างขวางของเทคโนโลยี VR และ AR ในการยกระดับการศึกษาพยาบาล แต่การนำมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพยังจำเป็นต้องอาศัยการวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินผลกระทบระยะยาวต่อคุณภาพการศึกษาและการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล

กรณีศึกษาและตัวอย่างความสำเร็จ

การนำเทคโนโลยี VR และ AR มาใช้ในการศึกษาพยาบาลได้แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่น่าประทับใจในหลายสถาบันการศึกษาชั้นนำทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทย ตัวอย่างความสำเร็จเหล่านี้ไม่เพียงแต่แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของเทคโนโลยี แต่ยังเป็นแนวทางสำหรับสถาบันอื่น ๆ ในการพัฒนาการเรียนการสอนทางการพยาบาล การบูรณาการ VR และ AR ในการจัดการเรียนการสอนพยาบาล มหาวิทยาลัยจอห์นส์ฮอปกินส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้พัฒนาโปรแกรม VR สำหรับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต Goldsworthy, Patterson, Dobbs, Afzal, & Deboer (2019) รายงานว่าโปรแกรมนี้ช่วยเพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการตัดสินใจของนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญ ในประเทศออสเตรเลีย มหาวิทยาลัยเดกินได้นำ AR มาใช้ในการสอนกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา โดย Moro, Phelps, Redmond, & Stromberga (2021) พบว่านักศึกษาที่ใช้ AR มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่ากลุ่มที่ใช้วิธีการสอนแบบดั้งเดิมอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในด้านความเข้าใจโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่ซับซ้อน นอกจากนี้ผลการวิจัยล่าสุดเกี่ยวกับประสิทธิภาพของ VR และ AR ในการศึกษาพยาบาล (Chen et al, 2023) ได้ทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

ของงานวิจัย 21 เรื่อง และพบว่าการใช้ VR ในการจำลองสถานการณ์ทางการพยาบาลช่วยเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความพึงพอใจของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับวิธีการสอนแบบดั้งเดิม Sapiano, Sammut, & Trapani (2022) พบว่านักศึกษาที่ได้รับการฝึกด้วย VR มีความแม่นยำในการกดหน้าอกและการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ กรณีศึกษาและผลการวิจัยเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของการบูรณาการ VR และ AR ในการยกระดับคุณภาพการศึกษาพยาบาล ทั้งในระดับนานาชาติและในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความจำเป็นในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบระยะยาวและแนวทางการบูรณาการเทคโนโลยีเหล่านี้เข้ากับหลักสูตรพยาบาลศาสตร์อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทย

แนวทางการประเมินผลและการวัดประสิทธิภาพ

การนำเทคโนโลยี VR และ AR มาใช้ในการศึกษาพยาบาลนำมาสู่ความจำเป็นในการพัฒนาวิธีการประเมินผลและการวัดประสิทธิภาพที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถวัดผลลัพธ์การเรียนรู้ได้อย่างแม่นยำและมีประสิทธิภาพ การพัฒนาเครื่องมือประเมินทักษะที่เหมาะสมสำหรับการเรียนรู้ผ่าน VR และ AR เป็นความท้าทายสำคัญในการศึกษาพยาบาล (Liaw et al, 2020) ได้พัฒนาแบบประเมินทักษะการตัดสินใจทางคลินิกสำหรับสถานการณ์จำลอง VR โดยใช้วิธีการวิเคราะห์การตัดสินใจแบบหลายขั้นตอน ซึ่งช่วยให้สามารถประเมินกระบวนการคิดและการตัดสินใจของนักศึกษาในสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้อย่างละเอียด นอกจากนี้ Daley, Borum, Layton, & Loftin (2022) ได้นำเสนอการใช้ระบบการให้คะแนนอัตโนมัติสำหรับการประเมินทักษะหัตถการที่ฝึกผ่าน AR โดยระบบสามารถวิเคราะห์ความแม่นยำของการเคลื่อนไหว ความเร็ว และลำดับขั้นตอนของการปฏิบัติได้อย่างแม่นยำ ช่วยให้การประเมินมีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้มากขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลการเรียนรู้แบบ Real-Time เป็นหนึ่งในประโยชน์สำคัญของการใช้ VR และ AR ในการศึกษาพยาบาล (Chen et al, 2023) ได้พัฒนาระบบการวิเคราะห์การเรียนรู้ที่สามารถติดตามและวิเคราะห์พฤติกรรมการเรียนรู้ของนักศึกษาในสภาพแวดล้อม VR แบบ Real-Time ระบบนี้ช่วยให้ผู้สอนสามารถระบุจุดแข็งและจุดอ่อนของนักศึกษาได้อย่างรวดเร็ว และสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับที่เฉพาะเจาะจงได้ทันที นอกจากนี้ การใช้เทคนิค Eye-Tracking ในการวิเคราะห์การรับรู้และการตัดสินใจของนักศึกษาในสถานการณ์จำลอง AR แบบ Real-Time ช่วยให้ผู้สอนเข้าใจกระบวนการคิดและการประมวลผลข้อมูลของนักศึกษาได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น นำไปสู่การพัฒนาวิธีการสอนที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Sapiano, Sammut, & Trapani, 2022) การพัฒนาแนวทางการประเมินผลและการวัดประสิทธิภาพที่เหมาะสมสำหรับการเรียนรู้ผ่าน VR และ AR ในการศึกษาพยาบาลยังคงเป็นพื้นที่ที่ต้องการการวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถวัดผลลัพธ์การเรียนรู้ได้อย่างครอบคลุมและแม่นยำ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการศึกษาพยาบาลในยุคดิจิทัลต่อไป

สรุป

การบูรณาการเทคโนโลยีความเป็นจริงเสมือน (VR) และความเป็นจริงเสริม (AR) เข้ากับการจำลองสถานการณ์ทางการแพทย์กำลังปฏิรูปวิธีการเรียนการสอนทางการแพทย์ โดยสร้างประสบการณ์การเรียนรู้เชิงลึกที่สมจริงและปลอดภัย การบูรณาการเทคโนโลยีทั้งสองนี้แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ที่โดดเด่นและแตกต่างจากวิธีการสอนแบบดั้งเดิม โดย VR ช่วยยกระดับทักษะการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิก ในขณะที่ AR มีประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะการตรวจร่างกายและการทำหัตถการพื้นฐาน การใช้ VR ในการจำลองสถานการณ์ทางการแพทย์ช่วยเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความพึงพอใจของนักศึกษา และการใช้ AR ช่วยเพิ่มความเข้าใจในโครงสร้างกายวิภาคและขั้นตอนการปฏิบัติที่ถูกต้อง ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนที่บูรณาการ VR และ AR ในสถานการณ์จำลองทางการแพทย์ส่งผลให้นักศึกษามีความมั่นใจและพร้อมรับมือกับสถานการณ์จริงมากขึ้น โดยเฉพาะในสถานการณ์ฉุกเฉินและซับซ้อน อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทายด้านงบประมาณ การพัฒนาศักยภาพผู้สอน และประเด็นจริยธรรมที่ต้องพิจารณา การออกแบบหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ที่บูรณาการ VR และ AR ควรผสมผสานระหว่างประสบการณ์เสมือนจริงและการฝึกปฏิบัติจริง พร้อมทั้งพัฒนาเครื่องมือประเมินผลที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการพัฒนาการใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ในการศึกษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน จำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบระยะยาวต่อสมรรถนะทางคลินิกของบัณฑิตพยาบาล และการพัฒนาเครื่องมือประเมินที่มีความเที่ยงตรง และการบูรณาการ VR และ AR ในการจำลองสถานการณ์ทางการแพทย์จะนำเสนอโอกาสในการปฏิรูปการเรียนการสอนทางการแพทย์ โดยการผสมผสานจุดแข็งของเทคโนโลยีทั้งสองเพื่อสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ที่ครอบคลุมทั้งด้านทฤษฎีและปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม การนำเทคโนโลยีเหล่านี้มาใช้อย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการวางแผนเชิงกลยุทธ์ การพัฒนาอย่างต่อเนื่องและการวิจัยเชิงลึกเพื่อยกระดับคุณภาพการศึกษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

การบูรณาการเทคโนโลยี VR และ AR เข้าสู่การศึกษาพยาบาลเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและการวิจัยเชิงลึก เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล แนวทางการบูรณาการ VR และ AR ในการจำลองสถานการณ์ทางการแพทย์ ควรคำนึงถึงหลายปัจจัย (Fogg et al, 2021) เสนอแนะว่าการออกแบบควรเน้นการผสมผสานระหว่างประสบการณ์เสมือนจริงและการฝึกปฏิบัติจริง โดยใช้ VR และ AR เป็นเครื่องมือเสริมสร้างทักษะและความมั่นใจก่อนการปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง Prasad, Jain, & Aggarwal (2022) แนะนำให้พัฒนาการจำลองสถานการณ์แบบ Modular ที่สามารถปรับเปลี่ยนและอัปเดตเนื้อหาได้ง่าย ตัวอย่างเช่น การจำลองสถานการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพที่สามารถปรับระดับความซับซ้อนได้ตามชั้นปีของนักศึกษา นอกจากนี้ ควรมีการบูรณาการการประเมินผลแบบต่อเนื่องและการให้ข้อมูลย้อนกลับแบบ Real-Time โดยใช้ระบบติดตามการเคลื่อนไหวและการตัดสินใจของนักศึกษาในสถานการณ์จำลอง ประเด็นวิจัยที่น่าสนใจ

เพื่อต่อยอดองค์ความรู้ ประการแรก การศึกษาผลกระทบระยะยาวของการใช้ VR และ AR ในการจำลองสถานการณ์ทางการพยาบาลต่อสมรรถนะทางคลินิกของบัณฑิตพยาบาล โดยติดตามผลการปฏิบัติงานของบัณฑิตในช่วง 1-3 ปีแรกหลังสำเร็จการศึกษา ประการที่สอง การพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของการจำลองสถานการณ์ที่ปรับเปลี่ยนตามการตอบสนองของผู้เรียน เช่น การจำลองสถานการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการเปลี่ยนแปลงตามการตัดสินใจของนักศึกษา ประการที่สาม การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการจำลองสถานการณ์ด้วย VR และ AR กับวิธีการสอนแบบดั้งเดิมในการพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ประการที่สี่ การพัฒนาและทดสอบเครื่องมือประเมินผลที่เหมาะสมสำหรับการเรียนรู้ผ่าน VR และ AR โดยเน้นการประเมินทักษะการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจในสถานการณ์จำลอง และประการสุดท้าย การศึกษาผลกระทบของการใช้ VR และ AR ต่อความเห็นอกเห็นใจและทักษะการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาล โดยจำลองสถานการณ์ที่ต้องใช้ทักษะการสื่อสารที่ละเอียดอ่อน เช่น การแจ้งข่าวร้าย การวิจัยในประเด็นเหล่านี้จะช่วยเพิ่มพูนองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ VR และ AR ในการจำลองสถานการณ์ทางการพยาบาล และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- Chen, F. Q., et al. (2023). Effectiveness of virtual reality simulation in nursing education: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 95, 104622.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.104622>
- Chokprasanchai, T. (2023). *Virtual Reality 360° and nursing education towards "Meta Nurse" [Special interview]*. Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Retrived May 15, 2024 from <https://www.rama.mahidol.ac.th/nursing/th/special-interview/15112023-0830>.
- Daley, B. J., Borum, V., Layton, K., & Loftin, C. (2022). Virtual and augmented reality in nursing education: A scoping review. *Journal of Nursing Education*, 61(2), 69-75.
<https://doi.org/10.3928/01484834-20220120-03>
- Dang, B. K., Palicte, J. S., Valdez, A., & O'Leary-Kelley, C. (2021). Assessing simulation, virtual reality, and television modalities in clinical training. *Clinical Simulation in Nursing*, 51, 35-41.
<https://doi.org/10.1016/j.ecns.2020.07.003>
- Eckert, M., Volmerg, J. S., & Friedrich, C. M. (2019). Augmented reality in medicine Systematic and bibliographic review. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(4), e10967. <https://doi.org/10.2196/10967>

- Fealy, S., et al. (2019). The integration of immersive virtual reality in tertiary nursing and midwifery education: A scoping review. *Nurse Education Today*, 79, 14-19.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.05.002>
- Fogg, N., et al. (2021). Transitioning from direct care to virtual clinical experiences during the COVID-19 pandemic. *Journal of Professional Nursing*, 37(5), 685-691.
<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.03.015>
- Foronda, C. L., Fernandez-Burgos, M., Nadeau, C., Kelley, C. N., & Henry, M. N. (2020). Virtual simulation in nursing education: A systematic review spanning 1996 to 2018. *Simulation in Healthcare*, 15(1), 46-54. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000411>
- Gerup, J., Soerensen, C. B., & Dieckmann, P. (2020). Augmented reality and mixed reality for healthcare education beyond surgery: An integrative review. *International Journal of Medical Education*, 11, 1-18. <https://doi.org/10.5116/ijme.5e01.eb1a>
- Goldsworthy, S., Patterson, J. D., Dobbs, M., Afzal, A., & Deboer, S. (2019). How does simulation impact building competency and confidence in recognition and response to the adult and pediatric deteriorating patient among undergraduate nursing students? *Clinical Simulation in Nursing*, 28, 25-32. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2018.12.001>
- Liaw, S. Y., et al. (2020). "Wow, I can do it!" development of a virtual reality system to enhance nursing students' self-efficacy in performing intravenous cannulation. *Nurse Education in Practice*, 49, 102887. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102887>
- Lioce, L., et al. (2020). *Healthcare simulation dictionary (2nd ed.)*. Society for Simulation in healthcare. Retrived May 15, 2024 from <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/patient-safety/resources/simulation/sim-dictionary-2nd.pdf>.
- Moro, C., Phelps, C., Redmond, P., & Stromberga, Z. (2021). HoloLens and mobile augmented reality in medical and health science education: A randomised controlled trial. *British Journal of Educational Technology*, 52(2), 680-694. <https://doi.org/10.1111/bjet.13049>
- Pottle, J. (2019). Virtual reality and the transformation of medical education. *Future Healthcare Journal*, 6(3), 181-185. <https://doi.org/10.7861/fhj.2019-0036>
- Prasad, S., Jain, A., & Aggarwal, A. (2022). Integration of virtual and augmented reality in medical education: A narrative review. *Medical Teacher*, 44(10), 1108-1116.
<https://doi.org/10.1080/0142159X.2022.2058901>

- Sapiano, A. B., Sammut, R., & Trapani, J. (2022). Effectiveness of virtual reality versus traditional clinical simulation in nursing education: A systematic review. *Journal of Nursing Education and Practice*, 12(4), 1-9. <https://doi.org/10.5430/jnep.v12n4p1>
- Wang, S., et al. (2021). A virtual reality simulation training system adapted to 5G and Internet of Things networks for improving nursing skills for peripheral intravenous catheterization. *International Journal of Nursing Sciences*, 8(2), 176-184. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.03.007>
- Wüller, H., Behrens, J., Garthaus, M., Marquard, S., & Remmers, H. (2021). A scoping review of augmented reality in nursing. *BMC Nursing*, 20(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00608-0>

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข เป็นวารสารของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ มีกำหนดในการตีพิมพ์เผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม และฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม กองบรรณาธิการของวารสารขอเชิญผู้ที่สนใจ และสมาชิกทุกท่านส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร ทั้งนี้ประเภทของผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ ได้แก่

1. บทความวิจัย (Research Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่ผู้เขียนเรียบเรียงจากงานวิจัยของตนเอง โดยเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับด้านการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. บทความวิชาการ (Academic Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่ผู้เขียนต้องการนำเสนอเนื้อหาสาระจากเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยได้จากการทบทวนวรรณกรรม และประสบการณ์เชิงวิชาการของผู้เขียน โดยเป็นบทความวิชาการที่เกี่ยวกับด้านการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. บทความปริทัศน์ (Review Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่มีการผสมผสานแนวคิด ผลงานวิจัยหลาย ๆ ชิ้นงาน โดยที่ผู้เขียนมีการสรุป วิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้ แนวคิด และผลการวิจัยจากงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อเป็นการทบทวนองค์ความรู้ในเรื่องนั้น ๆ และให้ข้อวิพากษ์ ที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาองค์ความรู้ต่อไป

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงานเพื่อตีพิมพ์

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุขมีข้อตกลงในการส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์ ดังนี้

1. ผลงานวิชาการนั้นต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ๆ ในเวลาเดียวกัน ยกเว้นเป็นผลงานวิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมวิชาการที่ไม่มี Proceedings

2. หากเป็นบทความวิจัย ต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง

3. กองบรรณาธิการจะตรวจสอบคุณภาพผลงานวิชาการของผู้เขียน โดยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหานั้น ๆ จำนวนอย่างน้อย 3 ท่าน เพื่อพิจารณาประเมินคุณภาพผลงานก่อนตีพิมพ์ สำหรับข้อความหรือข้อคิดเห็นต่าง ๆ ของผู้เขียน เป็นความเห็นส่วนตัว โดยกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นชอบด้วยเสมอไป

4. การประเมินคุณภาพผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ จะมีการทำอย่างเป็นระบบโดยไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง (Double Blind- Peer Review) กองบรรณาธิการจะแจ้งความคืบหน้า และข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิให้กับผู้เขียน เพื่อทำการแก้ไขบทความให้ถูกต้อง ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วส่งคืนเพื่อให้กองบรรณาธิการตรวจทานก่อนตีพิมพ์เผยแพร่

การเตรียมต้นฉบับบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์

ต้นฉบับของบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ ต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word Windows ให้ตั้งค่าหน้ากระดาษ A4 (21×29.7 ซม.) โดยแบบอักษรใช้ TH SarabunPSK ขนาด 16 ในตารางใช้ขนาด 14 ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (Single Space) กำหนดระยะขอบกระดาษ ด้านบน - ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 2.54 cm. ด้านขวา 2.54 cm. ควรมีความยาวไม่เกิน 15 - 20 หน้า (รวมตาราง รูปภาพ และรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ

ส่วนที่ 1 หน้าแรกของบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์ ประกอบด้วย

1. ชื่อเรื่อง (Title) เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้ตรงกลางหน้าแรก แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK ขนาด 18 ความยาวไม่เกิน 120 ตัวอักษร ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษพิมพ์ตัวใหญ่ในอักษรตัวแรกของทุกคำ

2. ชื่อผู้เขียน (Author Name) พิมพ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ วางถัดจากชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ โดยบรรทัดแรก ให้ระบุชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) ของผู้เขียนหลักและผู้เขียนร่วมในบรรทัดเดียวกัน บรรทัดถัดไปให้ระบุชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) ของผู้เขียนหลักและผู้เขียนร่วมในบรรทัดเดียวกัน และบรรทัดถัดไปให้ระบุหน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน โดยระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้เขียน เพื่อแสดงรายละเอียดหน่วยงานต้นสังกัดและบรรทัดสุดท้าย ให้เขียนระบุชื่อผู้รับผิดชอบบทความ (Correspondence Author) ตามด้วยไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) ของผู้รับผิดชอบบทความ

3. บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทย ไม่เกิน 1 หน้า และตามด้วยคำสำคัญ 3-5 คำ เช่น คำสำคัญ: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3,ระหว่างคำให้กันด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และเคาะเว้นวรรค 1 ครั้ง (ตัวอย่างในเอกสารภาคผนวกที่ 2) บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้า กำหนดคำสำคัญภาษาอังกฤษ (Keywords) 3-5 คำให้เขียนลักษณะเดียวกับภาษาไทย

ส่วนที่ 2 เนื้อหาของบทความวิจัย ประกอบด้วย

1. บทคัดย่อ (ภาษาไทย) และภาษาอังกฤษ (Abstract)
2. บทนำ (Introduction)
3. วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)
 - 3.1 วัตถุประสงค์เฉพาะ (ถ้ามี) (Specific Objectives)
4. สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) (Hypotheses)
5. กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

6. ระเบียบวิธีวิจัย (Methods)

- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement)
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Validity and Reliability of Measurement)
- การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)
- การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

7. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (Ethical Consideration)

8. ผลการวิจัย (Results)

9. การอภิปรายผล (Discussion)

10. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ (Implication)

11. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)

12. กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

13. เอกสารอ้างอิง (Reference)

ส่วนที่ 3 เนื้อหาของบทความวิชาการ/ บทความปริทัศน์ ประกอบด้วย

1. บทคัดย่อ (ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ) (Abstract)
2. บทนำ (Introduction)
3. เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ
4. บทสรุป (Conclusion)
5. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ (Suggestion)
6. เอกสารอ้างอิง (Reference)

ส่วนที่ 4 การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง

1. ใช้การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิงตามระบบ American Psychological Association (APA6) โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://aus.libguides.com/apa/apa-website>
2. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 40 รายการ
3. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี นับจากปีที่ส่งตีพิมพ์ ยกเว้นหนังสือ ตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

การอ้างอิงในเนื้อหา

การเขียนอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหาในรูปแบบ APA Style ใช้ระบบนาม - ปี (Author- Date Citation System) เป็นการเขียนระบุถึงแหล่งที่มาของเนื้อหาในเอกสารหรืองานนิพนธ์เฉพาะในส่วนที่ผู้เขียนได้อ้างถึงสารสนเทศจากงานนิพนธ์ของผู้อื่น การอ้างอิงในเนื้อหา มี 2 ลักษณะ ได้แก่

1. การอ้างอิงชื่อผู้เขียนก่อนข้อความ

1.1 เอกสารที่เป็นภาษาไทย ให้เขียนชื่อของผู้เขียน เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยปีที่พิมพ์ในวงเล็บ กรณีไม่มีปีที่ตีพิมพ์ ให้ใช้คำว่า “ม.ป.ป.” หมายถึง ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ เช่น

อัมภิกา นาไวย (2563) พบว่า.....

อัมภิกา นาไวย และปณัสยา พรหมดี (2562) พบว่า.....

ปุลวิช ทองแดง (ม.ป.ป.) พบว่า.....

1.2 เอกสารที่เป็นภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุลของผู้เขียนทับศัพท์เป็นภาษาไทย จากนั้น เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยนามสกุลภาษาอังกฤษ เครื่องหมายจุลภาค (,) เว้น 1 ตัวอักษร และปีที่ตีพิมพ์ในวงเล็บ กรณีที่ไม่มีปีที่ตีพิมพ์ ใช้คำว่า “n.d.” หมายถึง no date หากผู้เขียนมีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อแรก ตามด้วย et al., เช่น

กรีน (Green, 2020) พบว่า.....

นิวแมน (Newman, n.d.) พบว่า.....

รอย และคณะ (Roy et al., 2016) พบว่า.....

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. อ้างอิงจากวารสารแบบเล่ม

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)/ ชื่อบทความ./ ชื่อวารสาร./ เลขของปีที่/ (เลขของฉบับที่)/ เลขหน้า.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 1 คน

ปวีตรา ทองมา. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 13(1), 50-62.

Nawai, A. (2019). Chronic pain management among older adults: A scoping review. *SAGE Open Nursing*, 5(1), 1-17.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 2 คน

รัฐนันท์ พงศ์วิทธิธรร และภาคภูมิ ภักดีวิลาส. (2557). แนวทางการพัฒนาศักยภาพชุมชนเชิงเศรษฐกิจ สร้างสรรค์อย่างยั่งยืน ชุมชนบ้านแม่ปูคา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 35(2), 44-58.

Nawai, A. & Phongphanngam, S. (2019). Exploring the use and efficacy of complementary and alternative interventions for managing chronic pain in older adults: A systematic review. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 11(1), 1-25.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 3-6 คน

สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์, ทศนีย์ ภู่อำวงศ์, ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์ และวนลดา ทองใบ. (2563). อิทธิพลของภาวะสุขภาพองค์รวม ภาระการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลต่อ

ศักยภาพการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 13(1), 145-162.

Nawai, A., Leveille, S. G., Shmerling, R. H., van der Leeuw, G., & Bean, J. F. (2017). Pain severity and pharmacologic pain management among community-living older adults: The MOBILIZE Boston Study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 29(6), 1139–1147.

ตัวอย่าง ผู้เขียนมากกว่า 6 คน

Ogawa, E. F., et al. (2020). Chronic pain characteristics and gait in older adults: The MOBILIZE Boston Study II. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(3), 418–425.

2. อ้างอิงจากหนังสือ

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์

อาชัญญา รัตนอุบล. (2559). *การเรียนรู้ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Lawrence, R. A. & Lawrence, R. M. (2016). *Breastfeeding: A guide for the medical profession* (8th edition). Philadelphia: Elsevier.

3. อ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(ปริญญาานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต หรือ Doctoral dissertation หรือ วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต หรือ Master's Thesis)./สถานที่พิมพ์:/ชื่อสถาบัน.

ตัวอย่าง

สาคร ช่วยดำรงค์. (2558). *การบริหารศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอ เพื่อการเป็นศูนย์กลางการจัดการศึกษาตลอดชีวิต*. วิทยานิพนธ์ปริญญา ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

Pattana, N. (2012). *Effects of social support program on anxiety and satisfaction of acute myocardial infarction patients at intensive care unit*. Master of Nursing Science Thesis, Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University.

4. อ้างอิงจากเว็บไซต์

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อบทความ./สืบค้น หรือ Retrieved วัน/เดือน/ปี./จาก หรือ from/http://www.xxxxxxxxxx

ตัวอย่าง

เกียรติอนันต์ ล้วนแก้ว. (2557). *หน้าต่างความคิด: การศึกษาขั้นพื้นฐานของฟินแลนด์: บทเรียนและบาดแผล*. กรุงเทพฯ: น. 11. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2561 จาก http://www.dpu.ac.th/laic/upload/content/file/article_instructor/article2557/B232.pdf.

Severo, I. M., Almeida, M. A., Kuchenbecker, R., Vieira, D. F. V. B., Weschenfelder, M. E., Pinto, L. R. C., et al., (2014). *Risk factors for falls in hospitalized adult patients: An integrative review*. Retrived March 12, 2016 from <http://www.scielo.br/scielo.php>.

5. อ้างอิงจากการนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)/ ชื่อเรื่อง./ ใน หรือ In ชื่อบรรณาธิการ. (บ.ก. หรือ Ed. หรือ Eds.)/ ชื่อ *Proceedings*./ (น. หรือ p. หรือ pp. เลขหน้า)/ สถานที่พิมพ์:/ สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1991). *A motivational approach to self: Integration in personality*. In R. Dienstbier (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Vol.38 Perspectives on motivation* (pp. 237-288). Lincoln: University of Nebraska Press.

6. การจัดเรียงลำดับหัวข้อความ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา) กรณีเป็นการเกริ่นแบบไม่มีเลขหัวข้อ ให้ตั้งคาระยะย่อหน้าแรกที 0.38 นิ้ว และย่อหน้าถัดไปที่ละ 7 เคาะ (Space) หรือตั้งคาระยะแท็บ ดังนี้

แท็บที่ 1 (ระยะย่อหน้าที่ 1)	= 0.38"
แท็บที่ 2	= 0.69"
แท็บที่ 3	= 1.00"
แท็บที่ 4	= 1.38"

7. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. สำหรับหัวข้อย่อยให้ใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 ซม. และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข

ตัวอย่าง

1.....
1.1.....
1.1.1.....

1).....

1.1).....

-

8. ตาราง ให้เว้นบรรทัดเพื่อแบ่งส่วนเนื้อหา 1 บรรทัด และเริ่มบรรทัดใหม่ โดยขีดขอบซ้ายของหน้ากระดาษให้ใส่คำว่า “ตารางที่” ด้วยตัวหนา ตามด้วยชื่อตาราง หลังจากใส่ชื่อตารางแล้ว ให้แทรกตารางโดยไม่ต้องเว้นบรรทัด และหากนำตารางมาจากแหล่งอื่นให้ใส่แหล่งอ้างอิง โดยระบุคำว่า “ที่มา” ไว้ใต้ตารางโดยไม่ต้องเว้นบรรทัด และไม่ใช่เส้นตรงในการแบ่งตารางในแต่ละคอลัมน์

9. รูปภาพ การใส่รูปภาพให้เว้นบรรทัดเพื่อแบ่งส่วนเนื้อหา 1 บรรทัด จากนั้นแทรกภาพโดยกำหนดไว้กึ่งกลางกระดาษ จากนั้นเว้น 1 บรรทัด แล้วใส่คำอธิบายภาพ โดยใส่ภาพที่..... ให้พิมพ์ตัวหนาชื่อภาพให้จัดชิดขอบซ้ายของหน้ากระดาษ

การส่งบทความ

ให้ผู้เขียนส่งต้นฉบับบทความผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJO) ทั้งนี้ผู้เขียนจะต้องทำการลงทะเบียนเพื่อเป็นสมาชิก ThaiJO ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/> จากนั้นให้ผู้เขียนเข้าเว็บไซต์ของวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข โดยสืบค้นผ่านเว็บไซต์ ThaiJO หรือเข้าไปที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr> และให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งต้นฉบับ ซึ่งทางระบบ ThaiJO ได้เตรียมไว้ในเมนู For Author ที่ขวามือของหน้าจอ หากมีปัญหาในการส่งต้นฉบับบทความผ่านระบบออนไลน์ สามารถติดต่อที่กองบรรณาธิการวารสารเพื่อรับคำแนะนำ และการช่วยเหลือต่อไป



Template บทความวิจัย

↓ 2.54 ซม.

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

2.54 ซม.

2.54 ซม.

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น ผู้เขียนคนที่ 1^{1*}, _____², _____³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ผู้เขียนคนที่ 1^{1*}, _____², _____³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 1^{1*}, สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 2² ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อ 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 16 หนา) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการค้นคำ เช่น

→ ความเจ็บปวด, ซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

ย่อหน้า 1.75

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

*ผู้ให้การติดต่อ..... e-mail..... (ขนาด 12 ไม่หนา)



2.54 ซม.



Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาย่อ 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 16 หน้า) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกันคำ เช่น

—————> Pain, Depression, Older Adults (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญภาษาไทย)

ย่อหน้า 1.75

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

วัตถุประสงค์การวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

วัตถุประสงค์เฉพาะ (ถ้ามี) (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



ภาพที่ 1 (หน้า)..... (ชื่อภาพไม่หนา)..... ขนาด 14

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....



เกณฑ์การคัดเข้า (ขนาด 16 ไม่หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

เกณฑ์การคัดออก (ขนาด 16 ไม่หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

การวิเคราะห์ข้อมูล (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ชื่อหัวข้อ ขนาดตัวอักษร 16 หน้า คำอธิบาย ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา)

1. ข้อมูลทั่วไป

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

ตารางที่ 1ชื่อตาราง..... (ตารางที่ 1 ขนาด 16 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 16 ไม่หนา)

ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หนา) เนื้อหา (ไม่หนา)

	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ				
ชาย		x	x	x
หญิง		x	x	x

ที่มา: (ถ้ามี)

(Enter ขนาด 16)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

อธิบายตาราง (เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ชื่อหัวข้อ ขนาดตัวอักษร 16 หน้า คำอธิบาย ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา)

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

ตารางที่ 2ชื่อตาราง..... (ตารางที่ 2 ขนาด 16 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 16 ไม่หน้า)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หน้า)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
ก่อนทดลอง	x	x	x	x
หลังทดลอง	x	x		

*p-value < 0.05

การอภิปรายผล (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หน้า).....

.....

(Enter ขนาด 16)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หน้า).....

.....

(Enter ขนาด 16)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หน้า).....

.....

(Enter ขนาด 16)

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า) เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) (สามารถ
ศึกษาการอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น)

.....

.....

.....

.....



Template บทความวิชาการ/ บทความปริทัศน์

2.54 ซม.

2.54 ซม.

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18
ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

2.54 ซม.

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น ผู้เขียนคนที่ 1^{*}, _____², _____³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ผู้เขียนคนที่ 1^{*}, _____², _____³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 1^{*}, สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 2² ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อ 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 16 หนา) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกันคำ เช่น

→ ความเจ็บปวด, ซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

ย่อหน้า 1.75 ซม.

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

*ผู้ให้การติดต่อ..... e-mail..... (ขนาด 12 ไม่หนา)

2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 16 หน้า) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกันคำ เช่น News

—————> Pain, Depression, Older Adults (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญ ภาษาไทย)

ย่อหน้า 1.75 ซม.

(Enter ขนาด 16)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า) (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)



สรุป (ขนาด 16 หน้า)

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า) ให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) (สามารถศึกษาการอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น)

.....

.....

.....

.....

.....

การติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. บรรณาธิการวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
ดร. อัมภิกา นาไวย์
โทรศัพท์ 053-121121 ต่อ 203, 081-7658575
E-mail: ampicha@bcnc.ac.th, jnphr@bcnc.ac.th
2. ผู้จัดการ/ผู้ประสานงาน วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
นางสาวปณัสยา พรหมดี
โทรศัพท์ 053-121121 ต่อ 203, 063-7988805
E-mail: panutsaya@bcnc.ac.th, jnphr@bcnc.ac.th

