



บทความวิชาการ

- ➔ การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยสารเสพติดเพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

บทความวิจัย

- ➔ การพัฒนารูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร
- ➔ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมการรับรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง
- ➔ ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านห้องเรียนอัจฉริยะของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกิน
- ➔ ปัจจัยทำนายการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง
- ➔ โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้การปฏิบัติและความคาดหวังในการดูแลผู้สูงอายุด้านกายภาพบำบัดของผู้ดูแล ในตำบลท่าเกษม อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว
- ➔ ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชน
- ➔ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
- ➔ ความรู้ ทักษะ และความคาดหวังต่อการตรวจสารพันธุกรรมของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม
- ➔ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน
- ➔ วิธีการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมเพื่อให้เกิดการสู้งายอย่างมีศักยภาพ: กรณีศึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุประเทศไทย
- ➔ การรับรู้ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิต ในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก(อีอีซี)



สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ตึก 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ / โทรสาร 02-590-1834 www.tnaph.org

พิมพ์ที่ : บริษัท ยุทธินันท์การพิมพ์ จำกัด

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
Nursing Journal of the Ministry of Public Health

วัตถุประสงค์

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการพยาบาลทุกสาขาและการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

ชื่อวารสาร

ภาษาไทย : วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
ชื่อย่อภาษาไทย วารสาร พ.ส.
ภาษาอังกฤษ : Nursing Journal of the Ministry of Public Health
ชื่อย่อภาษาอังกฤษ : NJPH

ขอบเขต

- วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข จะตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวข้องดังนี้
1. คุณานิธิ เป็นบทความเขียนถึงผู้มีพระคุณ ผู้ที่มีผลงานดีเด่น เป็นที่เชิดชูวิชาชีพ ผู้นำวิชาชีพหรือผู้ปฏิบัติทางวิชาชีพ ด้วยเจตนาเพื่อเผยแพร่ให้เป็นที่รู้จัก เป็นตัวอย่าง และเป็นภาคภูมิใจของชนรุ่นหลัง
 2. บทความวิชาการ เป็นบทความทางการแพทย์ การศึกษาพยาบาล การบริหารและงานทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
 3. รายงานการวิจัยทางวิชาชีพ หรือเกี่ยวข้อง
 4. นานาสาระ เป็นบทความข้อความความรู้ทั่วไปที่เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์
 5. ข่าวน่ารู้จากสมาคมฯ เป็นข้อมูลข่าวสารที่มาจากองค์กรการสาธารณสุข การศึกษาและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

กำหนด

1. ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม
2. อัตราค่าสมาชิก 3 เล่ม 300 บาท/ปี

บทความและรายงานวิจัยในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อัตราการลงโฆษณาในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

พื้นที่โฆษณา		ราคาต่อฉบับ
ปกหลังด้านใน	เต็มหน้าพิมพ์ 4 สี	10,000 บาท
ปกหลังด้านใน	เต็มหน้าพิมพ์ 1 สี	6,000 บาท
ในเล่ม	เต็มหน้าพิมพ์ 1 สี	2,500 บาท
ใบแทรกในเล่ม		1,500 บาท

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566 ISSN 2673-0693

คณะที่ปรึกษา

ดร. ดารารพร คงจา

ดร. อีรพร สิริอังกูร

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ

ดร. ศุภกรใจ เจริญสุข

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

กองบรรณาธิการ

ดร. เชษฐา แก้วพรม

ดร. นุสรา ประเสริฐศรี

ดร. บุญเตือน วัฒนกุล

ผศ.ดร. จิราพร วัฒนศรีสิน

ผศ.ดร. ละเอียต แจ่มจันทร์

รศ.ดร. พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์

รศ.ดร. นิภาวรรณ สามารถกิจ

ดร. อุษณีย์ เทพวรชัย

ผศ.ดร. นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์

ดร. สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์

ดร. กิรติ กิจธีระวุฒิมังษ์

ผศ.ดร.ภก. วินัย สยอวรรณ

รศ.ดร. โสเพ็ญ ชูวอล

ดร. สุวัฒนา เกิดม่วง

ดร. ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม

ผศ. สมศักดิ์ วงศ์वास

ผศ.ดร. อัครวิณี ตันกุริมาน

ดร. คมวัฒน์ รุ่งเรือง

ดร. ยศพล เหลืองโสมนภา

ดร. ชินกร สุจิมงคล

ดร. โสภภาพันธ สอาด

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

โครงการจัดตั้งคณะเภสัชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

โรงพยาบาลเลย

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

Dr. Paul Alexander Turner

St.Francis Xavier School

ผู้จัดการ/เลขานุการ

นางสาวใบศรี นวลอินทร์ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

เจ้าของ

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตึก 4 ชั้น 7

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ / โทรสาร 02-590-1834



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้กลั่นกรองบทความวิชาการ/วิจัย
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566 ISSN 2673-0693

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. รศ.ดร. โสเพัญ ชุนวล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 1. รศ.ดร. นิภาวรรณ สามารถกิจ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 2. รศ.ดร. แสงทอง อีระทองคำ | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 3. ผศ. สมศักดิ์ วงศ์ชาวาส | สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. รศ.ดร. ดิเรกต์ เตชะศักดิ์ศรี | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 5. ผศ.ดร. กฤตปักษ์ ดันตอมรกุล | คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยพะเยา |
| 6. ผศ.ดร. อัมพล เมธารัฐกุล | คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยพะเยา |
| 7. ดร. ดลวิวัฒน์ แสนโสม | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 8. ผศ.ดร. ศุภาพิชญ์ โพน โบร์แมนน์ | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 9. ผศ.ดร. ยุนี พงศ์จตุรวิทย์ | ผู้ทรงคุณวุฒิ |
| 10. ดร. ศุภกรใจ เจริญสุข | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี |
| 11. ดร. เชษฐา แก้วพรม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 12. ดร. คมวัฒน์ รุ่งเรือง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ |
| 13. ดร. ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 14. ดร. พิมพิมล วงศ์ไชยา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา |
| 15. ดร. ศรินยากร พลสิงห์ชาญ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ |
| 16. ดร. วิไลพร ขาวงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี |
| 17. ดร. พัทธราภา กาญจนอุดม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี |
| 18. ดร. เมทณี ระเบิดาบุตร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี |
| 19. ดร. ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช |
| 20. ดร. นุสรา ประเสริฐศรี | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ |
| 21. ดร. สุวัฒนา เกิดมั่งง | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี |
| 22. ดร. กীরติ กิจธีระวุฒิมงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช |
| 23. ดร. ปฐยาวัชร ปรากฏผล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท |



วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566 ISSN 2673-0693

สารบัญ

บทความวิชาการ

- การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยสารเสพติด เพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ.....1

บทความวิจัย

- การพัฒนารูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน.....11
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร
- ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม.....26
การรับรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการส่งเสริม
พัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านห้องเรียนอัจฉริยะ.....38
ของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกิน
- ปัจจัยทำนายการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง.....55
- โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ การปฏิบัติและความคาดหวังในการดูแล.....71
ผู้สูงอายุด้านกายภาพบำบัดของผู้ดูแล ในตำบลท่าเกษม อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง.....85
ด้านจิตใจของประชาชน
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี.....97
- ความรู้ ทัศนคติ และความคาดหวังต่อการตรวจสารพันธุกรรมของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม.....112
- ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน.....124
- วิธีการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมเพื่อให้เกิดการสูงวัยอย่างมีศักยภาพ:กรณีศึกษา.....138
โรงเรียนผู้สูงอายุประเทศไทย
- การรับรู้ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม.....150
ความเชื่อ และวิถีชีวิต ในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก(อีอีซี)



บรรณาธิการกล่าว

สวัสดีค่ะ...สมาชิกวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 2 ปีที่ 33 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566 บทความที่นำมาตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้ มีจำนวน 12 เรื่อง เป็นบทความวิชาการ 1 เรื่องคือ “การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยสารเสพติดเพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ” และมีบทความวิจัย 11 เรื่องที่เน้นปัญหาสุขภาพที่สำคัญซึ่งรวมถึงโรคมะเร็ง บทความวิจัยในวารสารฉบับนี้ จึงเป็นเรื่องเกี่ยวกับโรคมะเร็ง 2 เรื่อง ได้แก่ “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน” และ “ความรู้ ทักษะคติ และความคาดหวังต่อการตรวจสารพันธุกรรมของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม” และบทความวิจัยยังครอบคลุมการดูแลบุคคลทุกช่วงวัยตั้งแต่เด็ก ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อาทิ “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง” “ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงใจในการลดน้ำหนักผ่านห้องเรียนอัจฉริยะของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกิน” “ปัจจัยทำนายการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง” “โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ การปฏิบัติและความคาดหวังในการดูแลผู้สูงอายุด้านกายภาพบำบัดของผู้ดูแลในตำบลท่าเกษม อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว” “วิธีการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมเพื่อให้เกิดการสูงวัยอย่างมีศักยภาพ:กรณีศึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุประเทศไทย” และ “การรับรู้ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิต ในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก” นอกจากนี้ยังมีบทความที่น่าสนใจเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ได้แก่ “การพัฒนารูปแบบความรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร” และ “ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชน”

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขได้รับการรับรองคุณภาพอยู่ในฐานข้อมูล ACI มาตั้งแต่ 24 พฤศจิกายน 2560 และมีความสนใจที่จะพัฒนาวารสารเข้าสู่ฐานข้อมูล SCOPUS จึงจะเปิดรับบทความวิจัยหรือบทความวิชาการภาษาอังกฤษในปี 2566 เป็นต้นไป ท้ายสุดนี้วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการทุกท่านที่ได้ร่วมกันกลั่นกรองบทความที่มีคุณภาพลงตีพิมพ์ในวารสาร และขอเชิญชวนท่านที่สนใจส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสาร ขอให้ศึกษาคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ทาง website ของ ThaiJo หรือ website ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นเจ้าของวารสารได้ วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขมุ่งมั่นจะเป็นเวทีให้พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และผู้สนใจได้แลกเปลี่ยนเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีคุณค่าเช่นนี้ต่อไป

ดร. ศุภรีใจ เจริญสุข

บรรณาธิการ



การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยสารเสพติด เพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

Enhancement of Self-Efficacy in Substance Abuse Patients to Prevent Relapse

ภัทรินทร์ ธรรมดวงศรี¹ ศุภรดา วงศ์จำปา¹

Pattarin Thamduangsri¹ Suparada Wongjumpa¹

¹วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Suparada Wongjumpa; Email: suparada@smnc.ac.th

Received: March 25, 2022 Revised: June 22, 2023 Accepted: July 12, 2023

บทคัดย่อ

ปัญหาสารเสพติดถือเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยมายาวนาน และมีแนวโน้มการระบาดรุนแรง ขยายวงกว้างออกไปในทุกสาขาอาชีพและทุกกลุ่มวัยมากขึ้น ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดสารเสพติดยังคงมีอัตราการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำค่อนข้างสูงถือเป็นปัญหาที่สำคัญ และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำมากที่สุดคือปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อาการอยากยา การขาดแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด การขาดทักษะการปฏิเสธ การขาดทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกใช้สารเสพติด ปัจจุบันมีรูปแบบการบำบัดที่หลากหลายที่นำมาใช้ในการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ซึ่งการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกใช้สารเสพติด เป็นอีกหนึ่งวิธีที่สำคัญที่นำมาใช้ในผู้ป่วยสารเสพติด บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยสารเสพติด เพื่อให้พยาบาลและบุคคลที่เกี่ยวข้องสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลและติดตามผู้ป่วยสารเสพติดให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกใช้สารเสพติดและป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับสังคมอย่างปกติสุข

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถของตนเอง; การบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด; ป้องกันการเสพติดซ้ำ



Enhancement of Self-Efficacy in Substance Abuse Patients to Prevent Relapse

Pattarin Thamduangsri¹ Suparada Wongjumpa¹

¹Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Suparada Wongjumpa; Email: suparada@smnc.ac.th

Received: March 25, 2022 Revised: June 22, 2023 Accepted: July 12, 2023

Abstract

Substance abuse has been a major health problem in Thailand for many years and continues to spread rapidly, affecting all occupations and age groups. However, patients who receive substance abuse treatment have a relatively high relapse rate, which is a significant problem. It has also been found that the most significant factors contributing to the relapse are personal factors, including drug cravings, a lack of motivation to stop the substance abuse, a lack of refusal skills, a lack of skills in dealing with high-risk substance abuse situations, and a lack of self-efficacy to stop substance abuse. Different types of therapies are currently available to prevent relapse. Enhancing self-efficacy for quitting substance addiction is an important approach used in substance abuse treatments. This article aimed to present knowledge about enhancing self-efficacy in patients with substance abuse for nurses and related individuals to apply in the care and monitoring of these patients, as well as to enhance self-efficacy that could stop substance abuse and prevent relapse, so that the patient can integrate harmoniously into society.

Keywords: self-efficacy; substance abuse treatment; relapse prevention



ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัญหาเสพติดถือเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยมายาวนาน และมีแนวโน้มขยายไปในทุกสาขาอาชีพ และทุกกลุ่มวัย ทั้งยังส่งผลกระทบต่อตัวบุคคล ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศ จากการรายงานของสำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ¹ พบว่า ในปี 2562 มีผู้ใช้สารเสพติดประมาณ 275 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของประชากรโลกในช่วงอายุ 15–64 ปีโดยมีการคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ใช้สารเสพติดประมาณ 299 ล้านคน สำหรับในประเทศไทยนั้นพบว่าในปีงบประมาณ 2565 กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานผลการดำเนินงานการบำบัดและฟื้นฟูการติดสารเสพติดในระบบจำนวน 127,186 ราย และในปีงบประมาณ 2566 มีการรายงานจำนวนผู้ที่เข้ารับการบำบัดตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือนมิถุนายน 2566 จำนวน 109,100 ราย โดยจำนวนผู้ที่เข้ารับการบำบัดมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นจากปีงบประมาณที่ผ่านมา²

การกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำเป็นอีกปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยสารเสพติด เนื่องจากผู้ป่วยที่กลับมาใช้สารเสพติดซ้ำจะต้องเพิ่มระยะเวลาและรูปแบบการรักษาที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น กลายเป็นผู้ป่วยที่เสพติดเรื้อรัง เริ่มมีอาการแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น รับประทานอาหารได้น้อย ร่างกายทรุดโทรม อ่อนเพลียง่าย คิดช้า สับสน เป็นโรคติดเชื้อมากมาย ได้ง่ายขึ้น มีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน เกิดโรคร่วมทางจิตเวช เช่น โรคจิต โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว โรควิตกกังวล เป็นต้น³⁻⁴ การกลับไปเสพซ้ำนั้นไม่ได้เกิดขึ้นในทันทีทันใด แต่จะมีระดับของการกลับไปเสพซ้ำ โดยเริ่มจากการพลาด (slip) เสพชั่วคราว (lapse) กลับไปเสพซ้ำ (relapse) การกลับไปเสพยาและสารเสพติดสลับกับการรักษา (relapse episode) และการกลับไปติดยาเสพติดซ้ำ (read addiction)⁵ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำที่สำคัญคือ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกใช้สารเสพติด การขาดความเชื่อมั่น ความสามารถในการเผชิญปัญหา แรงจูงใจในการเลิกเสพยา เป็นต้น⁶⁻⁸ โดยเฉพาะในเรื่องของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกใช้สารเสพติด นั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะแสดงพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการ คือ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (efficacy expectation) และความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้น (outcome expectation) บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคล นั้น และบุคคลนั้นจะมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูงเช่นกัน โดยสามารถใช้วิธีการในการส่งเสริม ดังนี้ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จจากการปฏิบัติ (enactive mastery experience) 2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จ (vicarious experience) 3) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) และ 4) สภาวะทางสรีระวิทยาและอารมณ์ (physiological and emotional)⁹ ดังเช่นการศึกษาของ มาห์ลัดและกอร์ดอน¹⁰ ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการเลิกใช้สารเสพติดที่ต่ำจะสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดและมีแนวโน้มของการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำที่สูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ โชครุ่งและคณะ¹¹ พบว่าผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกเสพยาในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการเลิกเสพยาสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง ทั้งในระยะหลังทดลองทันทีและระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยทำนายการใช้สารเสพติดซ้ำได้¹² นอกจากนี้พบว่าผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนครอบครัวต่อพฤติกรรมการไม่เสพยา ส่งผลให้พฤติกรรมการไม่เสพยาของผู้ป่วยเสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนครอบครัวมีส่วนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹³ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมี



การเสริมสร้างหรือพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกใช้สารเสพติดให้แก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะในขั้นติดตามดูแล (after-care) ที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมเดิม และมีปัจจัยกระตุ้นให้กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ¹⁴

บทความวิชาการนี้จะนำเสนอในส่วนของเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยสารเสพติด เพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ โดยรวบรวมขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าจากตำราและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและบูรณาการเชื่อมโยงจากประสบการณ์ของผู้เขียนที่ได้ให้การดูแลและให้คำปรึกษาผู้ป่วยสารเสพติดเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อพยาบาลหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดได้นำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

การรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง คือ การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะแสดงพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ซึ่งแนวคิดนี้พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (social learning theory) ของแบนดูรา⁹ ที่พัฒนาและทดสอบทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ภายใต้สมมติฐานที่ว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้หรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้น มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นอย่างแน่อน การรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีผลต่อการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมใด ๆ นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ ดังนี้ 1) ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (efficacy expectation) หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะจัดการในการดำเนินการพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ 2) ความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้น (outcome expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่จะปฏิบัติได้ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ ซึ่งเป็นการคาดหวังในสิ่งที่เกิดขึ้น แบนดูราได้กล่าวว่า บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคลนั้น โดยบุคคลนั้นจะมีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูงเช่นกัน ในขณะเดียวกันนั้น บุคคลที่มีความรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำจะไม่มั่นใจต่อการกระทำพฤติกรรมเพื่อให้เกิดความสำเร็จของตนเอง ซึ่งจะมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่ำเช่นเดียวกัน แบนดูราได้เสนอปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองไว้ 4 ปัจจัยหลัก ดังนี้¹⁵

1. ประสบการณ์ความสำเร็จจากการปฏิบัติ (enactive mastery experience) การประสบความสำเร็จจากการปฏิบัติเป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้รับมาโดยตรง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคลมากที่สุด โดยบุคคลจะเชื่อว่าตนเองสามารถกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดให้สำเร็จได้ดี เมื่อบุคคลเคยมีประสบการณ์ความสำเร็จของสิ่งนั้นเกิดขึ้นแล้ว บุคคลนั้นจะรับรู้ว่าจะมีความสามารถในการกระทำสิ่งนั้นแล้ว จึงจะเกิดความพยายาม ไม่ย่อท้อหรือยอมแพ้ แต่จะพยายามทำสิ่งนั้นให้เกิดผลสำเร็จ

2. การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นประสบความสำเร็จ (vicarious experience) การที่บุคคลได้เห็นบุคคลอื่นกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันแล้วประสบผลสำเร็จนั้น บุคคลจะเกิดการเปรียบเทียบพฤติกรรมความสามารถของตนเองกับผู้อื่น แล้วนำมาพิจารณาและปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมและดียิ่งขึ้น ทำให้บุคคลนั้นรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น

3. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) การใช้คำพูดชักจูงจากผู้อื่น จะทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้น ซึ่งบุคคลที่จะสามารถพูดชักจูงได้เป็นผลสำเร็จจะต้องเป็นบุคคลที่มีความน่าเชื่อถือ ได้รับความไว้วางใจ หรือเป็นบุคคลสำคัญ และมีอิทธิพลต่อผู้ฟัง การพูดชักจูงจะทำให้บุคคลเกิดความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จ และเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น



4. สภาวะทางสรีระวิทยาและอารมณ์ (physiological and emotional) สภาวะทางสรีระวิทยาและอารมณ์ของบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจรับรู้ความสามารถของตนเอง บุคคลที่อยู่ในสภาวะร่างกายและอารมณ์ตึงเครียด มีความวิตกกังวล อ่อนเพลีย ร่างกายจะได้รับการกระตุ้นอย่างสูง ส่งผลให้บุคคลนั้นกระทำการพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง หากบุคคลนั้นสามารถระงับหรือลดการถูกกระตุ้นอารมณ์ทางด้านลบได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองดีขึ้น และหากมีการกระตุ้นอารมณ์ทางด้านบวกได้ ก็จะช่วยในการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง และส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองมากขึ้น

จะเห็นได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องอยู่ 2 ประการ คือ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (efficacy expectation) และความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้น (outcome expectation) โดยปัจจัยทั้งสองอย่างนี้ไม่สามารถแยกจากกันได้ และทั้งสองปัจจัยนี้จะเกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์เมื่อบุคคลนั้นเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการกระทำการพฤติกรรมนั้นสำเร็จมาแล้ว และได้รับหรือเห็นประสบการณ์ความสำเร็จของบุคคลอื่นที่มีการกระทำของพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกัน ร่วมกับการอยู่ในสภาวะร่างกายและอารมณ์ที่ปกติ ไม่ตึงเครียด และการได้รับแรงสนับสนุนจากการพูดชักจูงจากบุคคลที่ตนเองเคารพและให้ความสำคัญ นำเชื่อถือและไว้วางใจ ปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลให้การรับรู้ความสามารถของบุคคลในการกระทำการพฤติกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จตามความคาดหวังได้

การบำบัดรักษาและการป้องกันการเสพยา

การบำบัดผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดโดยทั่วไป มุ่งหวังเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหยุดใช้สารเสพติด และที่สำคัญที่สุดคือการป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำอีก ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศฉบับที่ 164 ในปี พ.ศ. 2543 ในเรื่องของการแบ่งขั้นตอนของการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดผิดกฎหมาย สำหรับสถานพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการบำบัดรักษา ออกเป็น 4 ขั้นตอน¹⁶ คือ 1) ขั้นตอนเตรียมการ (pre-admission) เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการบำบัดรักษาภายในระยะเวลา 7 วัน 2) ขั้นตอนพิษยา (detoxification) เป็นขั้นตอนการบำบัดอาการทางกายที่เกิดจากการใช้สารเสพติด 3) ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) เป็นขั้นตอนในการปรับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและพฤติกรรม เพื่อเตรียมความพร้อมในการกลับสู่สังคมได้อย่างปกติ และ 4) ขั้นติดตามดูแล (after-care) เป็นขั้นตอนในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดทั้ง 3 ขั้นตอน มีการให้คำปรึกษา การสร้างกำลังใจ การเยี่ยมบ้านและการติดตามเป็นระยะ การป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ในกระบวนการของการบำบัดรักษาทั้ง 4 ขั้นตอนนั้นพบหลายปัญหา ได้แก่ ผู้เข้ารับการบำบัดมีการเสพยาซ้ำหรือเข้ารับการบำบัดไม่ครบถ้วนทุกขั้นตอน ผู้รับการบำบัดไม่ได้ตั้งใจที่จะเลิกใช้สารเสพติดจริง การไม่ได้รับความร่วมมือจากครอบครัว และการไม่นำทักษะที่ได้จากการบำบัดไปประยุกต์ใช้จริง¹⁷ ส่งผลให้ผู้ป่วยสารเสพติดได้รับการบำบัดไม่ต่อเนื่องหรือมีการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำหลังจากการบำบัดรักษาลิ้นสุดแล้ว

การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำจะไม่ได้เกิดขึ้นในทันที แต่การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำจะมีลักษณะของการกลับไปเสพยาที่แตกต่างกัน โดยเริ่มจากการพลาด (slip) กลับไปเสพยาครั้งแรกหลังจากหยุดเสพยาสารเสพติดมาระยะหนึ่ง และต่อจากนั้นมีการกลับไปใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายวันจนกว่าจะหยุดเสพยาได้ เรียกว่าเป็นขั้นกลับไปเสพยาชั่วคราว (lapse) หากไม่สามารถหยุดเสพยาในขั้นกลับไปเสพยาชั่วคราวได้ ยังคงมีการเสพยาต่อเนื่องในระยะยาว และกลับไปใช้ชีวิตในรูปแบบของผู้ติดสารเสพติดอีกครั้ง ถือเป็นการกลับไปเสพยา (relapse) ในขั้นนี้จะก่อให้เกิดความรู้สึกกังวลใจสลับกับความรู้สึกผิด แต่ในขณะเดียวกันก็มีความต้องการที่จะเสพยาสารเสพติดต่อไป เมื่อมีความตระหนักเกิดขึ้นจะทำให้กลับเข้ารับการบำบัดอีกครั้ง ในระหว่างการบำบัดนี้หากมีการกลับไปใช้สารเสพติดอีกครั้งจะเรียกว่า การกลับไปเสพยาสลับกับการรักษา (relapse episode) เมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้บ่อย ๆ จะส่งผลให้เกิด



ความท้อแท้ หดหู่ที่จะเลิกใช้สารเสพติด ทำให้บุคคลนั้นหันกลับไปใช้สารเสพติดอย่างสมบูรณ์ (read addiction)⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปเสพซ้ำแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านบุคคล ด้านจิตสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม^{6-8,18} ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำที่สำคัญคือ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกใช้สารเสพติด การขาดความเชื่อมั่นความสามารถในการเผชิญปัญหา และแรงจูงใจในการเลิกเสพ เป็นต้น⁶⁻⁸ โดยเฉพาะในเรื่องของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกใช้สารเสพติดนั้น พบการศึกษาของ มาห์ลัดและกอร์ดอน¹⁰ ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการเลิกใช้สารเสพติดที่ต่ำจะสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด และมีแนวโน้มของการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำที่สูง กล่าวคือการบำบัดรักษาในผู้ป่วยสารเสพติดมักเกิดปัญหาการเสพซ้ำ จึงต้องมีกระบวนการขั้นเตรียมการ (pre-admission) ขั้นตอนพิษยา (detoxification) ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) และขั้นติดตามดูแล (after-care) ในขณะเดียวกันการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองก็เป็นอีกหนึ่งวิธีที่สำคัญที่จะช่วยป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำได้ ซึ่งสามารถทำควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาได้ เมื่อบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการเลิกใช้สารเสพติด จะส่งผลต่อความเชื่อมั่น และความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติด¹¹ เกิดการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องและนำไปสู่การยุติวงจรการกลับไปเสพซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยสารเสพติด

การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นวิธีการบำบัดที่นิยมนำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยสารเสพติด เพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังจะเห็นได้จากผลงานการวิจัยของ พรทิพย์ โชครุ่ง และคณะ¹¹ พบว่าผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกเสพยาในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการเลิกเสพยาแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนว่าสามารถแสดงพฤติกรรมใดได้ ก็จะมี ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสูงขึ้น⁹ และยังสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนครอบครัวต่อพฤติกรรมการไม่เสพซ้ำ พบว่าพฤติกรรมการไม่เสพซ้ำของผู้ป่วยเสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนครอบครัว มีสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹³ แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีผลการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชายที่รับการบำบัดในสถานบำบัดยาเสพติดของรัฐโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง¹⁹ แสดงให้เห็นว่าการที่บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกใช้สารเสพติด แต่ยังคงมีความเสี่ยงที่จะกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างหรือพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกใช้สารเสพติดให้แก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะในขั้นติดตามดูแล (after-care) ที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมเดิม และยังมีปัจจัยกระตุ้นเดิมให้กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ¹⁴ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพยาในลำดับต้น ๆ นั้น เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ความสำเร็จจากการปฏิบัติ (enactive mastery experience) ถือเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดตามแนวคิดของ แบนดูรา อย่างไรก็ตามในการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยสารเสพติดนั้นควรมีการเสริมสร้างและพัฒนาให้ครบในทุกองค์ประกอบ เพื่อให้ประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อตัวผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด โดยมีวิธีการดังนี้^{11,15,20-21}



1. ประสบการณ์ความสำเร็จจากการปฏิบัติ (enactive mastery experience) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรงของความสำเร็จของผู้ป่วยเอง โดยบุคคลจะเชื่อว่าตนเองสามารถกระทำการหนึ่งสิ่งใดให้สำเร็จได้ดี เมื่อบุคคลเคยมีประสบการณ์ความสำเร็จของสิ่งนั้นเกิดขึ้นแล้ว บุคคลนั้นจะรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการกระทำการนั้น จะเกิดความพยายาม ไม่ย่อท้อหรือยอมแพ้ และจะพยายามทำสิ่งนั้นให้เกิดผลสำเร็จ ดังนั้นจำเป็นต้องฝึกให้ผู้ป่วยมีทักษะที่สามารถนำไปใช้ในการที่จะเลิกใช้สารเสพติดได้อย่างสำเร็จ ควบคู่ไปกับการทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะเลิกใช้สารเสพติดได้จริง โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยเฉพาะประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เคยเลิกใช้สารเสพติดได้สำเร็จ เช่นในกรณีของผู้ป่วยที่เคยผ่านการบำบัดมาแล้วสามารถหยุดเสพได้ในระยะหนึ่ง ถึงแม้ว่าจะมีการกลับมาเสพอีกจากการพลาด หรือจากปัจจัยใด ๆ ก็แล้วแต่ ควรเน้นให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าในครั้งหนึ่งเขาเคยทำการหยุดเสพได้สำเร็จ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ผลดี-ผลเสียของการหยุดใช้สารเสพติด ซึ่งควรเน้นที่ผลดีมากกว่าผลเสีย พร้อมทั้งส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการหยุดใช้สารเสพติด โดยชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงจุดแข็งของตนเองร่วมกับชื่นชมและให้กำลังใจ พร้อมทั้งบอกจุดอ่อนที่จะต้องนำมาพัฒนาและปรับปรุงในการเลิกใช้สารเสพติดในครั้งนี้ โดยเฉพาะการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เกิดจากสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำ²¹ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิดถึงสถานการณ์ที่เคยเกิดขึ้นจริง และฝึกทักษะการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงนั้น ฝึกการผ่อนคลายความเครียด ฝึกการกล้าแสดงออก และฝึกทักษะการปฏิเสธอย่างจริงจัง¹⁸

2. การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นประสบความสำเร็จ (vicarious experience) การที่บุคคลได้เห็นบุคคลอื่นกระทำการพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนเองแล้วประสบผลสำเร็จนั้น บุคคลจะเกิดการเปรียบเทียบพฤติกรรมความสามารถของตนเองกับผู้อื่น นำมาพิจารณาและปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมและดีขึ้น และทำให้บุคคลนั้นรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น ในองค์ประกอบนี้ควรเน้นการปรับปรุงพฤติกรรมของผู้ป่วยจากประสบการณ์ของผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จมาแล้ว โดยการใช้ตัวแบบ (modeling) เป็นลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะทำได้ ตัวแบบนี้แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง ๆ (live model) และตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (symbolic model) ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ตัวแบบจากบุคคลอื่นได้แก่ การรับรู้ถึงความคล้ายกันระหว่างผู้ป่วยและตัวแบบ ระดับความสามารถของตัวแบบควรใกล้เคียงกับความสามารถของผู้ป่วย ตัวแบบที่เป็นบุคคลควรมีลักษณะเป็นกันเองและอบอุ่น ตัวแบบควรมีจำนวนที่มากและมีความหลากหลายเพื่อให้ผู้ป่วยได้เลือกตัวแบบที่เหมาะสมกับตนเอง การยอมรับอิทธิพลของตัวแบบ เป็นบุคคลที่มีความรู้ความชำนาญ มีชื่อเสียง มีอำนาจ หรือเป็นบุคคลที่มีความนิยมในสังคมนั้น ๆ เป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ตัวแบบที่น่าเสนออาจเป็นบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการเลิกใช้สารเสพติดที่อยู่ในชุมชนหรือสื่อวิถีชีวิตของดารารหรือผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในการเลิกใช้สารเสพติด โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่เพื่อนมีอิทธิพลต่อการกลับไปใช้มากที่สุด ควรเลือกตัวแบบที่เป็นกลุ่มเพื่อนที่สามารถเลิกใช้สารเสพติดได้¹⁹ ดังนั้นการเลือกตัวแบบจึงควรเลือกให้เหมาะสมกับช่วงวัย บริบท และสถานการณ์หรือประสบการณ์ที่มีความคล้ายคลึงกัน พยาบาลมีหน้าที่ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยทำความเข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลของผู้ป่วยมาพิจารณาควบคู่กับปัจจัยของตัวแบบนำไปสู่การเลือกตัวแบบที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย กระตุ้นให้ตัวแบบและผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสริมสร้างแรงจูงใจจากตัวแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยไปทางที่ดียิ่งขึ้น

3. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) การใช้คำพูดชักจูงจากผู้อื่น เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลายเนื่องจากทำงานง่ายและสามารถทำได้ตลอดเวลา การพูดชักจูงหรือโน้มน้าวจะทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในตนเอง



มากยิ่งขึ้น ซึ่งบุคคลที่จะสามารถพูดชักจูงหรือโน้มน้าวได้เป็นผลสำเร็จจะต้องมีบุคลิกภาพที่ดี มีความน่าเชื่อถือและสร้างความไว้วางใจให้กับผู้ป่วย เมื่อเกิดความไว้วางใจแล้วจะนำไปสู่การยอมรับและรับฟัง อาจเป็นบุคคลสำคัญและมีอิทธิพลต่อผู้ป่วย การพูดชักจูงจะทำให้บุคคลเกิดความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จ และเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น ในการพูดชักจูงจะต้องคำนึงถึงความถนัดหรือความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นจริง และควรใช้ร่วมกับการทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ของความสำเร็จอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามลำดับขั้นตอน และสอดแทรกเรื่องของการจัดความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด นอกจากตัวพยาบาลเองที่สามารถพูดชักจูงผู้ป่วยได้แล้วนั้นพยาบาลยังสามารถฝึกให้บุคคลในครอบครัว ชุมชน หรือบุคคลที่สำคัญต่อผู้ป่วย เข้ามามีส่วนร่วมในการพูดชักจูงผู้ป่วยให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม ในการคงไว้ซึ่งการหยุดใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง ชื่นชมให้กำลังใจ ส่งเสริมแรงจูงใจในการเลิกใช้ยาเสพติด เสริมแรงทางบวก สะท้อนพฤติกรรมที่เหมาะสมที่ผู้ป่วยได้กระทำอยู่หรือสามารถใช้สื่อที่แสดงคำพูดชักจูงจากบุคคลที่มีชื่อเสียงในสังคมมาใช้ประกอบด้วย

4. สภาวะทางสรีระวิทยาและอารมณ์ (physiological and emotional) สภาวะทางสรีระวิทยาและอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจรับรู้ความสามารถของตนเอง ในสภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการทางบวกมากกว่าอารมณ์ทางลบ มักจะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายได้สำเร็จ ในทางตรงกันข้ามหากอยู่ในสถานการณ์ที่ถูกกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางลบ จะทำให้เกิดความเครียด กลัว วิตกกังวลสูง ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ลดลง¹⁹ หากผู้ป่วยสามารถระงับหรือลดการถูกกระตุ้นอารมณ์ทางด้านลบได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองดีขึ้น และหากมีการกระตุ้นอารมณ์ทางด้านบวกได้ก็จะช่วยในการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองและส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองมากขึ้น ซึ่งอารมณ์ที่ทำให้กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำมากที่สุด ได้แก่ เหน็ดเหนื่อย ไร้เรี่ยวแรง หิว และเหนื่อย ดังนั้นพยาบาลมีหน้าที่ในการฝึกให้ผู้ป่วยสังเกตและตระหนักรู้ในอารมณ์ที่เกิดขึ้นของตนเอง และจัดการกับอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้น โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด การฝึกเจริญสติ และการให้รางวัล

การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยสารเสพติด เป็นอีกหนึ่งวิธีการบำบัดที่พยาบาลและบุคคลที่เกี่ยวข้องสามารถนำมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด เพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาจเริ่มจากวิธีการให้บทวนถึงประสบการณ์ความสำเร็จที่ตนเองเคยกระทำสำเร็จ ร่วมกับการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นที่มีลักษณะคล้ายตนเองมีความประสบความสำเร็จในการเลิกใช้สารเสพติด การใช้คำพูดชักจูงจากบุคคลที่เคารพ เชื่อถือและไว้วางใจ นอกจากนั้นแล้วการให้อยู่ในสถานการณ์ที่ผ่อนคลาย ลดสิ่งกระตุ้นและให้กำลังใจก็จะช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นและส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองมากขึ้น

บทสรุป

การบำบัดผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดโดยทั่วไปมุ่งหวังเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหยุดใช้สารเสพติด และที่สำคัญที่สุดคือการป้องกันไม่ให้อาการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ดังนั้นการให้การช่วยเหลือในการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำในเวลาที่เหมาะสมจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการพลาดและกลับไปใช้สารเสพติดได้ โดยเฉพาะในขั้นตอนการติดตามดูแล (after-care) หากมีการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองให้กับผู้ป่วย โดยวิธีการให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงประสบการณ์ความสำเร็จของการเลิกใช้สารเสพติดของตนเอง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเลิกใช้สารเสพติดได้สำเร็จกับบุคคลอื่น การใช้คำพูดชักจูงหรือโน้มน้าวให้เลิกใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งการชื่นชมและให้กำลังใจ และการส่งเสริมให้อยู่ในสภาวะของร่างกายและอารมณ์ในด้านบวก วิธีการเหล่านี้จะช่วยในการเสริมสร้างหรือพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการที่จะเลิกใช้สารเสพติดได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการ



เลิกใช้สารเสพติด ไม่กลับไปเสพซ้ำ ดังนั้นการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยสารเสพติดจึงเป็นอีกหนึ่งวิธีที่สามารถทำควบคู่ไปกับการบำบัดรักษา เพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำได้

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

จากการศึกษาดำรงและการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยสารเสพติดในการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกใช้สารเสพติด หรือนำไปพัฒนาเป็นงานวิจัยในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยสารเสพติดแต่ละชนิด เพื่อพัฒนารูปแบบในการบำบัดให้มีความหลากหลายและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

References

1. Office of the Narcotics Control Board. Narcotics prevention in the community [Internet]. 2021 [cited 5 March 2023]. Available from: https://www.oncb.go.th/SitePages/narcotics_effect.aspx
2. Office of Secretary of National Addiction treatment & Rehabilitation Committee, Ministry of Public Health [Internet]. 2023 [cited 13 June 2023]. Available from: <https://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/Runtime/Form/FrmReports/>
3. Choosunthia W, Pinituntorn S. The impact of drug addiction on patients admitted to Thanyarak hospital, Udonthani: a case study. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University 2017;5(3):523-33.(in Thai)
4. Sonhong N. Psychiatric comorbidity with substance use disorder patients at Songkhla Rajanagarindra psychiatric hospital. Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry 2016;10(1):52-63.(in Thai)
5. Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. Therapist manual: Outpatient drug addiction treatment based on cognitive-behavioral therapy model [Internet]. 2012 [cited 5 March 2023]. Available from: [https://udo.moph.go.th/Net_Narcotic/Manual/2%20Patient%20workbook\[1\].pdf](https://udo.moph.go.th/Net_Narcotic/Manual/2%20Patient%20workbook[1].pdf)
6. Purahong G. Factors affecting relapsing drug addicted patients in Pathumthani province. Journal of Public Health Nursing 2018;32(2):23-40.(in Thai)
7. Chatu-hong S, Tan-sri-sa-kul S. Factors affecting relapse drug users with competency rehabilitation in Treatment compulsory system as a case study of office of probation, Roi-ed province. Chophayom Journal 2018;29(1):199-209.(in Thai)
8. Sirinual S, Suphunnakul P, Noosorn N, Wongsawad P. Factors affecting amphetamine relapse among drug addicts after treatment. Journal of Health Science 2016;10(1):39-45.(in Thai)
9. Bandura A. Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Rrentice-Hall;1986.
10. Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press.1985.



11. Chokrung P, Hengudomsub P, Vatanasin D, Pratoomsri W. The effect of program to enhance perceived drug abstinence self-efficacy on intention to drug abstinence among persons with amphetamine dependence. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2016;32(3):37-50.(in Thai)
12. Bashirian S, Barati M, Mohammadi Y, Zarnagh HG, Bagheri S. Predictors of drug abuse relapse for Iranian addicted women: an application of social cognitive theory. *Addictive Disorders & Their Treatment* 2021;20(4):260-7. DOI: 10.1097/ADT.0000000000000249.
13. Puntong B, Kimsungnoen N. Effectiveness of self-efficacy and family support program on addiction behaviors in patients with amphetamine dependence in the national institute of drug abuse treatment. *Journal of Health Science* 2014;23(1):61-8.(in Thai)
14. Panya S. Study on the risk factors for repeated drug addiction among drug addiction patient at a drug addiction Rehabilitation Center in the Northeast. The 2st National Conference Ubon Ratchathani 2017;4.(in Thai)
15. Saengduenchai S, Nilban S, Jaipatum W, Konghom S, Jhinpracha Y, Singtho T. The effect of cognitive behavior therapy on relapse prevention of methamphetamine dependence among in-patients. Nonthaburi:The Graphico Systems. 2014.(in Thai)
16. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for the treatment and rehabilitation of alcohol/drug/substance dependence with psychotic symptoms and psychiatric comorbidities, department of mental health. Nonthaburi:Dee na doo media plus. 2021.(in Thai)
17. Pittayaruengnon W, Vivatthanaporn A. Problems of addiction treatment: a case study of public hospitals. *Journal of Dhammasuksa Research* 2022;5(2):94-102.(in Thai)
18. Panya S, Thajang S, Chapik N, Kanchanabut S, Mongkolsawad J. The relationship between personal factors, psychosocial factors, and environmental factors among repeated methamphetamine recurrence in Thanyarak hospital. *Nursing Journal* 2021;48(2):273-82.(in Thai)
19. Samputtanon J, Yunibhand J. Factors related to self-efficacy for amphetamine relapse prevention among male adolescents, government drug abuse treatment centers. *Journal of Nursing and Health Care* 2018;36(1):6-14.(in Thai)
20. Sirited P, Thamaseeha N. Self-efficacy theory and self-healthcare behavior of the elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2019;20(2):58-65.(in Thai)
21. Tongtub K, Uthis P. The effect of coping skills training in relapse prevention program on amphetamine abstinence self-efficacy of amphetamine users. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2014;28(2):88-99.(in Thai)



การพัฒนารูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร

Development of a Health Literacy Model for Tuberculosis Prevention of Household Contacts Using Community Participation in the 13th Regional Health Bangkok Metropolis

คำพอง คำนนท์¹, พรสุข หุ่นรินทร์²

Kampong Kamnon¹, Pornsuk Hunnirun²

¹นักศึกษาลัทธิสุตรปรัชญาดุสิตบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

¹Graduated Student of Doctor of Philosophy (Public Health), Faculty of Public Health, Western University of Thailand

²Faculty of Public Health, Western University of Thailand

Corresponding author: Kampong Kamnon; Email: kampongant@gmail.com

Received: September 6, 2022 Revised: April 29, 2023 Accepted: May 2, 2023

บทคัดย่อ

ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคมากกว่าประชาชนทั่วไป หากผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคมีความรอบรู้สุขภาพยังไม่เพียงพอเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรค การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินการเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค ด้วยการวิจัยแบบผสมผสาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค 200 คน ใช้วิธีสุ่ม แบบหลายขั้นตอน โดยตอบแบบสอบถาม และกลุ่มภาคีเครือข่าย จำนวน 50 คน ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบความรอบรู้สุขภาพ ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ทดลองใช้กับผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค 50 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติความแปรปรวนแบบวัดทางเดียว และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า 1) ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคมีความรอบรู้สุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านความรู้ความเข้าใจที่อยู่ในระดับต่ำ 2) รูปแบบความรอบรู้สุขภาพ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ ช่องทางการสืบค้น ร้องแจ้งแพทย์จากโรค กล้าคิด ไตร่ตรองพิจารณา ก้าวข้ามความเสี่ยง ทำถูกวิธีปลอดภัย และถ่ายทอดประสบการณ์ และ 3) ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค หลังใช้รูปแบบ และระยะติดตามผลหลังใช้รูปแบบฯ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น การดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน; ความรอบรู้สุขภาพ; ผู้สัมผัสร่วมบ้าน; การป้องกันวัณโรค



Development of a Health Literacy Model for Tuberculosis Prevention of Household Contacts Using Community Participation in the 13th Regional Health Bangkok Metropolis

Kampong Kamnon¹, Pornsuk Hunnirun²

¹Graduated Student of Doctor of Philosophy (Public Health), Faculty of Public Health, Western University of Thailand

²Faculty of Public Health, Western University of Thailand

Corresponding author: Kampong Kamnon; Email: kampongant@gmail.com

Received: September 6, 2022 Revised: April 29, 2023 Accepted: May 2, 2023

Abstract

Household contacts of tuberculosis (TB) patients have a higher risk of tuberculosis infection than the general population if the household contacts of tuberculosis patients have low level of health literacy about tuberculosis prevention. This research and development study aimed to develop a health literacy model for tuberculosis prevention of household contacts using community participation. The research was conducted in 3 phases. Phase 1 studied the problems and needs of the TB household contacts using a mixed methods approach. The sample consisted of 200 TB household contacts selected by a multi-stage random sampling. The participants were asked to answer a health literacy questionnaire. Moreover, 50 network stakeholders were interviewed using in-depth interviews. Phase 2 consisted of development of the health literacy model, and phase 3 involved evaluation of the developed model. The sample included 50 TB household contacts, and data were collected using the health literacy questionnaire. The quantitative data were analyzed by repeated one-way MANOVA and qualitative data were analyzed by content analysis. The results were as follows: 1) Overall, TB household contacts had health literacy at a moderate level, except for cognitive aspects which was at a low level. 2) The health literacy model consisted of 6 activities: (1) search channels, (2) knowledge to protect oneself from disease, (3) courage to think, reflect and consider, (4) overcome risks, (5) do the right thing and be safe, and (6) share experiences. 3) TB household contacts after using the model had a statistically significant higher health literacy level than before using the model at the .05 level. Therefore, a model of community participation in TB prevention of TB household contacts can be used effectively for TB prevention in TB household contacts in the community.

Keywords: community participation; health literacy; household contacts; tuberculosis prevention



ความเป็นมาและความสำคัญ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุข ทำให้เกิดผลกระทบและความสูญเสียต่อเศรษฐกิจ สังคม รวมถึงตัวผู้ป่วย ครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด องค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญเรื่องการยุติปัญหาวัณโรค โดยมีเป้าหมายที่จะลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 รายต่อแสนประชากรโลก ภายใน ปี ค.ศ. 2035 เพื่อมุ่งสู่ความสำเร็จของเป้าหมายในการยุติการแพร่ระบาดของวัณโรค¹ ในประเทศไทยมีการรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 105,000 ราย และเสียชีวิตสูงถึง 10,000 รายต่อปี ผลสำเร็จของอัตราการค้นหวัณโรคคิดเป็นร้อยละ 82 และความสำเร็จในการรักษาครอบคลุมร้อยละ 85² ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ต่ำกว่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้คือ ร้อยละ 90 ในเรื่องอัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรค และเร่งค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมโดยการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงที่จะนำไปสู่การยุติปัญหาวัณโรค¹ จึงต้องเร่งรัดในการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค โดยมียุทธศาสตร์ที่กำหนด คือ การค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ ได้แก่ เด็กที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ได้รับการรักษาการติดเชื้อในระยะแฝง²

การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทยมีการจัดบริการและบริหารจัดการในลักษณะของเขตสุขภาพ โดยแบ่งเขตสุขภาพออกเป็น 13 เขตสุขภาพ³ จากการแบ่งเขตสุขภาพได้มีแผนการดำเนินงานวัณโรค เพื่อให้ตอบสนองยุทธศาสตร์การยุติวัณโรคจึงกำหนดเป้าหมาย คือ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคต้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 และอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 โดยเขตสุขภาพที่มีการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำน้อยที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร พบว่า มีอัตราการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ 71.5 และอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคอยู่ที่ร้อยละ 82.5³ จึงเป็นความท้าทายของการควบคุมวัณโรคในเขตสุขภาพที่ 13 ทำให้มีแผนการดำเนินการในการขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมายในปี พ.ศ. 2566 คือ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำต้องมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 88 รวมถึงมีการค้นหา เร่งรัดตรวจค้นหาในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค เด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี และผู้ป่วยเอชไอวี เพื่อวินิจฉัยวัณโรค พร้อมทั้งเพิ่มความสำเร็จของการรักษาวัณโรค และลดการเสียชีวิตของผู้ป่วย⁴ ดังนั้นกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคจึงเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการดูแลและเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะพื้นที่เขตเมืองที่มีความซับซ้อน สภาพความเป็นอยู่ที่แออัดของชุมชน คนเร่ร่อนไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง เป็นสาเหตุหนึ่งที่มีผลต่อการล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรค การค้นหา และการควบคุมวัณโรค³

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน เกิดจากตัวบุคคล การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการสัมผัส ลักษณะของที่อยู่อาศัย การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน¹ ทั้งนี้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการป่วยเป็นวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 30 พบมีการติดเชื้อวัณโรค และอีกประมาณร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อวัณโรคจะไม่มีอาการป่วยและไม่แพร่เชื้อสู่ผู้อื่น จึงเรียกผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่า มีการติดเชื้อวัณโรคแฝง¹ หากผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยเอชไอวีก็จะทำให้เกิดความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อวัณโรคได้ง่าย หากภายในบ้านมีการระบายอากาศที่ไม่ดี คับแคบก็จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้² การปฏิบัติตนของผู้ป่วยและผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในครอบครัว และชุมชน⁵ ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการยุติปัญหาวัณโรคตามแผนยุทธศาสตร์วัณโรคจึงจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคให้แก่ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค

การเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพ (health literacy) เป็นการเสริมทักษะและสร้างพฤติกรรมทางสุขภาพให้แก่ประชาชนในการพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลเพื่อการรักษาสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืน กระบวนการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพตามแบบจำลองวีเซฟ (V-shape) ประกอบด้วย การเข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน เปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ⁶ เมื่อบุคคลมีระดับความรอบรู้สุขภาพต่ำก็จะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวมคือ บุคคลขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง และทำให้ป่วยเป็นโรคได้⁷ มีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีระดับความรอบรู้สุขภาพต่ำ ส่งผลทำให้ไม่รับประทายยาต่อเนื่อง ขาดยาเอง ทำให้การรักษาไม่หายเนื่องจากมีความรู้ไม่ถูกต้องและขาดทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง⁸ และผู้ป่วยวัณโรคที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับต่ำ จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันวัณโรคไม่ถูกต้อง⁹ ทั้งนี้หากบุคคลมีความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับสูงย่อมส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ดังการศึกษาในผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค พบว่ามีระดับความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับสูง ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ครอบครัวยุ และชุมชนให้ปลอดภัยจากวัณโรค¹⁰ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยวัณโรคมีความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับต่ำจะส่งผลให้มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อให้กับผู้ที่อยู่ในครอบครัวนั้นก็คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค และประชาชนในชุมชน⁶

ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสติดเชื้อวัณโรคได้มากกว่าประชาชนทั่วไป หากขาดความรู้เรื่องวัณโรค การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ² สาเหตุที่ทำให้ชุมชนมีปัญหาการแพร่ระบาดของวัณโรค คือ การขาดความร่วมมือของชุมชน ขาดความเข้าใจในเรื่องการเฝ้าระวังและควบคุมวัณโรคในชุมชน และไม่ตระหนักถึงปัญหาการแพร่ระบาดของวัณโรค เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังขาดการติดตามดูแลผู้ป่วย และขาดการประสานงานป้องกันวัณโรคอย่างต่อเนื่อง¹¹ ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลโดยตรงต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากคนในชุมชนจะมีสุขภาพที่ดีได้ ต้องมีการปรับวิถีคิด และลงมือปฏิบัติต่อต้านสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ และมีการวางแผนสุขภาพอย่างเหมาะสม⁵ การดำเนินงานวัณโรคในชุมชนสามารถทำได้ตั้งแต่ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินงาน การรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล¹² สอดคล้องกับข้อกำหนดในการวางแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ข้อที่ 1 คือ สร้างความเข้มแข็งของบุคคล ชุมชน ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาควิชาเครือข่ายภาคประชาชน และภาคประชาสังคมด้านสุขภาพมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นจะส่งผลให้การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง²

จากความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร เพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มภาคีเครือข่ายที่นำไปสู่การปฏิบัติในชุมชนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรค เพื่อนบ้าน และชุมชนให้มีการจัดการเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันวัณโรค เกิดความตระหนักและความรับผิดชอบต่อชุมชนที่อาศัย ส่งผลต่อความปลอดภัยในการติดเชื้อวัณโรคของสมาชิกในชุมชนได้

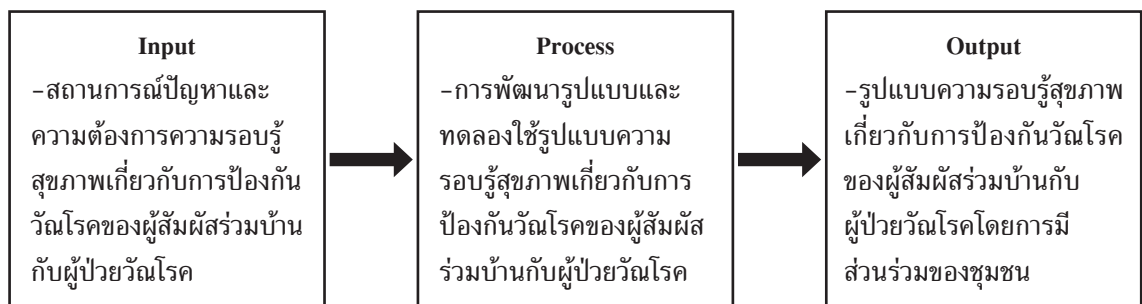
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคในเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคตามแบบจำลองวีเซฟ (V-shape)⁶ และทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน¹² มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อให้เห็นภาพรวมของการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ สถานการณ์ปัญหาและความต้องการความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรค จากนั้นนำสู่กระบวนการ (process) ได้แก่ การพัฒนารูปแบบและทดลองใช้รูปแบบความรอบรู้สุขภาพฯ ได้ผลผลิต (output) ได้แก่ รูปแบบความรอบรู้สุขภาพฯ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ระยะเวลาการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม - พฤศจิกายน 2664 มีขั้นตอนการดำเนินวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการความรอบรู้สุขภาพฯ ประชากร คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาโรคกับเจ้าหน้าที่ที่เป็นแม่ข่ายดูแลโรคเรื่องการขึ้นทะเบียนรักษาของกรุงเทพมหานคร จำนวน 2,497 คน กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคเลือกตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) จากทั้งหมด 50 เขต ในกรุงเทพมหานคร โดยการคำนวณสูตรของแตเนียล¹³ ได้จำนวน 200 คน เกณฑ์การคัดเข้า คือ มีผลการตรวจเอกซเรย์ปอดปกติ สามารถอ่าน เขียน สื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย และ 2) กลุ่มภาคีเครือข่าย เลือกแบบเจาะจง จำนวน 50 คน ประกอบด้วย ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรค 30 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 10 คน ผู้นำชุมชน 5 คน เจ้าหน้าที่ที่เป็นแม่ข่ายดูแลโรค 3 คน และพยาบาลเยี่ยมบ้าน 2 คน เกณฑ์การคัดเข้า คือ สามารถให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยตนเองได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ 2) แบบสอบถามวิถีชีวิต จำนวน 14 ข้อ 3) แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพฯ มี 6 ด้าน คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการติดต่อซักถามแลกเปลี่ยน ด้านการประเมินตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และด้านการบอกต่อ ในแต่ละด้านมี

จำนวน 10 ข้อ เป็นการเลือกตอบ 3 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติ (1 คะแนน) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) กำหนดเกณฑ์เป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 1.00–1.49 ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50–2.49 และระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.50–3.00 และด้านความรู้ ความเข้าใจ จำนวน 15 ข้อ เป็นการเลือกตอบถูกผิด กำหนดเกณฑ์เป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย .00–.59 ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย .60–.79 และระดับสูง ค่าเฉลี่ย .80–1.00 และ 4) คำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ 4.1) ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค ในประเด็นการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชน และวิธีการให้ความรู้ 4.2) อาสาสมัครสาธารณสุข ในประเด็นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค การมีส่วนร่วมในชุมชนในการให้ความช่วยเหลือและวิธีการให้ความรู้ และ 4.3) กลุ่มภาคีเครือข่าย ในประเด็นการให้ความช่วยเหลือในชุมชน การมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบในชุมชน และวิธีการให้ความรู้ในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ หาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ความถูกต้อง ภาษาที่ใช้ และความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (IOC) ระหว่าง .82–1.00 และทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพฯ (5 ด้าน ยกเว้นด้านรู้ความเข้าใจ) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพฯ (ด้านความรู้ความเข้าใจ) โดยใช้วิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR-20) ได้เท่ากับ .83

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามวิถีชีวิต และแบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพฯ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาถอดเสียงเป็นข้อความ จากนั้นทำความเข้าใจในเนื้อหา ตีความข้อมูล สรุปเนื้อหา และจัดหมวดหมู่ตามประเด็นขอบเขตเนื้อหาที่ศึกษา

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบความรอบรู้สุขภาพฯ ดำเนินการโดย 1) ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการความรอบรู้สุขภาพฯ ในระยะที่ 1 มาบูรณาการกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มากำหนดเป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบความรอบรู้สุขภาพฯ ที่ประกอบด้วย รูปแบบ ขั้นตอน กิจกรรมการเรียนรู้ และการประเมินผล 2) การตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบความรอบรู้สุขภาพฯ ผู้วิจัยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรค 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดต่อ และการควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านความรอบรู้สุขภาพ 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยชุมชน 1 ท่าน และพยาบาลเยี่ยมบ้านประจำศูนย์บริการสาธารณสุข 1 ท่าน ผู้วิจัยแก้ไขปรับปรุงรูปแบบความรอบรู้สุขภาพฯ ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบความรอบรู้สุขภาพฯ ในระยะนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยศึกษาการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง และติดตามผล (one group pretest posttest design and follow design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค เลือกตัวอย่างโดยอิงตามเกณฑ์ตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยกำหนดครัวเรือนผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคและได้รับการรักษายังไม่ครบ 6 เดือน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ อยู่ระหว่างการรักษาตั้งแต่ 3 เดือน ขึ้นไป ระหว่างเดือนกันยายน – พฤศจิกายน 2564 และเมื่อสิ้นสุดการทดลองมีการติดตามประเมินผลการตรวจเอกซเรย์ปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาและได้รับการรักษานครบ 6 เดือน (พฤศจิกายน 2564) ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเป็นไป



ตามเกณฑ์ที่กำหนด 50 ครั้วเรือน (50 คน) ได้แก่ กลุ่มกรุงเทพกลาง 29 ครั้วเรือน (29 คน) และกลุ่มกรุงเทพเหนือ 21 ครั้วเรือน (21 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) รูปแบบความรอบรู้สุขภาพ 2) แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพ (ชุดเดิมกับระยะที่ 1) และ 3) แบบวัดความพึงพอใจต่อรูปแบบความรอบรู้สุขภาพ จำนวน 7 ข้อ เป็นการเลือกตอบ 3 ระดับ คือ พึงพอใจน้อย 1 คะแนน ปานกลาง 2 คะแนน และมาก 3 คะแนน กำหนดเกณฑ์เป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 และระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.50-3.00 ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .82

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความรอบรู้สุขภาพ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบตัวแปรเดียว มีการวัดซ้ำ (repeated Measure Univariate Analysis of variance [ANOVA]) และเปรียบเทียบความรอบรู้สุขภาพ รายด้าน และช่วงเวลาก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบหลายตัวแปรแบบทางเดียว (one-way Multivariate Analysis of variance [MANOVA])

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัย เวสเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ WTU /2563-0055 เมื่อวันที่ 21 กันยายน 2563 และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจาก ปลัดกรุงเทพมหานคร และผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร

2. ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการความรอบรู้สุขภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลา 1 เดือน (มีนาคม 2564) หลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อผู้ประสานงานการวิจัยช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มกรุงเทพใต้ (100 ฉบับ) และกลุ่มกรุงเทพ ตะวันออก (100 ฉบับ) รวม 200 ฉบับ โดยแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง และระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม ระหว่างรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามผ่านไป 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดต่อผู้ประสานงานการวิจัยเพื่อกระตุ้นให้ผู้ตอบแบบสอบถามดำเนินการตอบแบบสอบถาม เมื่อครบกำหนดติดตามรับแบบสอบถามคืนและตรวจนับแบบสอบถามที่ได้รับ พบว่า แบบสอบถามมีความสมบูรณ์ทุกฉบับจึงลงข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป และ 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลา 2 เดือน (กุมภาพันธ์-มีนาคม 2564) ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูล ด้วยตนเอง แนะนำตัว อธิบาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์ กลุ่มที่ให้สัมภาษณ์ คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรค อาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มภาคีเครือข่าย โดยสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล ใช้เวลา 30-45 นาที ขณะสัมภาษณ์ขออนุญาตจดบันทึกและบันทึกเสียง ทบทวนความสมบูรณ์ สรุปประเด็นของเนื้อหาก่อนยุติการสัมภาษณ์ และนำข้อมูลที่ได้อาจต้องเป็นข้อความ อ่านบันทึกข้อมูล ติดตามตามเค้าโครงของการศึกษา สรุปเนื้อหาในภาพรวม และจัดทำรายงาน

3. ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบความรอบรู้สุขภาพ โดย 1) ผู้วิจัยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 มาบูรณาการกับแนวคิด หลักการทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มากำหนดวัตถุประสงค์กิจกรรมการเรียนรู้ ขั้นตอน เนื้อหาเกี่ยวกับ กิจกรรมการเรียนรู้ระยะเวลาการเรียนรู้และการประเมิน เพื่อนำมายกร่างรูปแบบความรอบรู้สุขภาพตามองค์ประกอบของรูปแบบ 2) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำผลการประเมินและตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ มาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปใช้จริง



4. ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบความรอบรู้สุขภาพฯ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลา 10 สัปดาห์ (กันยายน-พฤศจิกายน 2564) ในการทดลองใช้รูปแบบฯ ผู้วิจัยดำเนินการ 1) ประสานกับพื้นที่ (กลุ่มกรุงเทพมหานคร และกลุ่มกรุงเทพเหนือ) และขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษารูปแบบที่พัฒนาขึ้น 2) ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลเยี่ยมบ้านที่ผ่านการการอบรมและผ่านการทดลองการทำกิจกรรมการเรียนรู้ของรูปแบบฯ 5 คน ในการดำเนินงานตามแผนกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อให้เกิดความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ 3) ส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพตามองค์ประกอบหลักของความรอบรู้สุขภาพ ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประเด็นการศึกษา ระยะเวลา และกิจกรรมการเรียนรู้ต่าง ๆ 2) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพฯ และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม 2) ดำเนินการทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน โดยแบ่งกลุ่มในการเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบความรอบรู้สุขภาพฯ เป็น 6 ฐาน กลุ่มละ 8 คน จำนวน 4 กลุ่ม และกลุ่มละ 9 คน จำนวน 2 กลุ่ม ตามกิจกรรม 6 ฐาน (ช่องทางสืบค้นวัคซีน รู้ถ่องแท้ปลอดภัย จากวัคซีน กล้าคิดไตร่ตรองพิจารณา ก้าวข้ามความเสี่ยง ทำถูกชีวีปลอดภัย และถ่ายทอดประสบการณ์) โดยฐานกิจกรรมใช้เวลาฐานละ 1 ชั่วโมง ทุกกลุ่มจะได้ทำกิจกรรมการเรียนรู้ครบทุกฐาน และต้องผ่านเงื่อนไขการประเมิน

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2-7) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล และสร้างแอปพลิเคชันกลุ่มไลน์ในการสื่อสาร สาทิวิถีการปฏิบัติเกี่ยวกับการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การกำจัดขยะติดเชื้อจากผู้ป่วย วัคซีน ใช้เวลาในการเยี่ยม 30-40 นาทีต่อคน

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 8) ประเมินผลรูปแบบฯ โดยใช้แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพฯ และประเมินความพึงพอใจหลังใช้รูปแบบ

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 10) ประเมินผลรูปแบบฯ เพื่อติดตามผลของรูปแบบฯ โดยใช้แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพฯ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ และติดตามผลการติดเชื้อวัคซีนจากผลการตรวจเอกซเรย์ทรวงอกเมื่อสิ้นสุดการทดลอง

ผลการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการความรอบรู้สุขภาพฯ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 มีอายุเฉลี่ย 34.47 ปี (SD=11.28) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 54.5 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 38.0 มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 30.5 รายได้พอใช้จ่ายร้อยละ 60.0 ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุด คือ ลูก/ป้า ร้อยละ 22.0 ส่วนใหญ่พบไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.5

1.2 ข้อมูลวิถีชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในบ้านที่มีลักษณะเป็นอาคารพาณิชย์/ทาวเวอร์/ห้องแถว ร้อยละ 51.5 ภายในบ้านมีการใช้เครื่องปรับอากาศร้อยละ 29.0 จำนวนห้องทั้งหมดในบ้านมี 1 ห้อง ร้อยละ 44.0 มีห้องนอน 1 ห้อง ร้อยละ 48.5 ส่วนจำนวนหน้าต่างที่มีไว้สำหรับการระบายอากาศภายในบ้านมีจำนวน 1-3 บาน ร้อยละ 51.0 มีประตูทางเข้า-ออกบ้านจำนวน 2 บาน ร้อยละ 49.0 มีวิธีการกำจัดขยะภายในบ้าน คือ การใช้ถังขยะ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีการใช้ถังขยะที่ไม่มีฝาปิดถึงร้อยละ 72.0 มีการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคเป็นระยะเวลา 1 เดือน ร้อยละ 96.0 เป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา ร้อยละ 52.5 และนอนร่วมห้องนอนเดียวกับผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 52.0



1.3 ความรอบรู้สุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ($\bar{X}$ =2.47, SD=.31) การโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน ($\bar{X}$ =2.41, SD=.35) การประเมินตัดสินใจวิธีปฏิบัติตน ($\bar{X}$ =1.95, SD=.46) พฤติกรรมการป้องกันโรค ($\bar{X}$ =2.28, SD=.34) และด้านการบอกต่อ ($\bar{X}$ =2.09, SD=.42) ส่วนในด้านความรู้ความเข้าใจมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ =.58, SD=.15)

1.4 ข้อมูลเชิงคุณภาพกลุ่มตัวอย่าง (ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรค ասահմանափակ և անվտանգ) ผลการสัมภาษณ์วิเคราะห์ตามประเด็นหลัก ประเด็น และประเด็นย่อย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ประเด็นหลัก ประเด็น และประเด็นย่อย เพื่อจัดกลุ่มความรอบรู้สุขภาพ

ประเด็นหลัก (Category)	ประเด็น (Themes)	ประเด็นย่อย (Sub-themes)	การนำคำพูด (Quotation)
พฤติกรรมป้องกัน การติดเชื้อโรค	การดูแลสุขภาพ โดยทั่วไป	1. การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน	
		- การรับประทานอาหาร ร่วมกับผู้อื่น	- อยู่บ้านเวลาทานอาหารปกติก็จะไม่ใช่ ช้อนกลาง จะใช้ช้อนของตัวเอง เพราะ คิดว่าปลอดภัยกว่าการใช้ช้อนร่วมกัน หลายคน (TBC6)
		2. การป้องกันตัวเอง	
		- การสวมหน้ากากอนามัย	- เวลาอยู่ในบ้านกับคนในครอบครัวจะ ไม่ใส่หน้ากากอนามัย เพราะหายใจ ลำบาก รู้สึกอึดอัด (TBC22)
		3. การจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้าน	
		- การแยกห้องนอน	- ช่วงแรกๆ ไม่ได้แยกห้องนอนจะนอน รวมกัน เพราะไม่เห็นคนป่วยมีอะไร คิดว่าหายแล้ว (TBC29)
การควบคุมโรค ในชุมชน	การดูแลสุขภาพผู้ป่วย	- การกำกับการกินยา	- ปกติถ้าไม่มีโควิดก็จะตามไปดูคนป่วย ให้ทานยา ช่วงนี้นานๆ ไปดูคนป่วยก็ ไม่ทานยา (CL3)
	การส่งเสริมสุขภาพ	- การให้ความรู้ เรื่อง โรค การปฏิบัติตัว	- ในชุมชนแออัดแบบนี้ ช่วงโควิดเจ้า หน้าที่จะลงพื้นที่น้อยในการให้ความ รู้ยากให้มาให้ความรู้ ถ้ามีตรงนี้จะ ทำให้คนในชุมชนเข้าถึงการรักษาได้ เร็วขึ้น (AN3)
มาตรการป้องกัน โรคในชุมชน	การสนับสนุน เชิงนโยบาย	- สนับสนุนงบประมาณให้กับ ชุมชน	- ในเขตทุกเขตของกทม. มีงบให้กับ พื้นที่เขต ไม่ว่าจะเป็นบอบบม อสส. หรือประชาชนที่สนใจอยากพัฒนา ชุมชนของตนเอง (DK1)
	การสนับสนุน ด้านการบริการ	- การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกัน ร่างกาย	- ถ้าในส่วนของการป้องกันศูนย์บริการ สาธารณสุข จะได้รับการสนับสนุน อุปกรณ์เหล่านี้เพื่อเอาไปผู้ป่วยที่ไม่มี คนดูแลหรือไม่มีกำลังซื้อ (NB1)



2. ได้รูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร ดังภาพที่ 2

เป้าหมาย (Goal)
ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคไม่ติดเชื้อไวรัส
ผลที่คาดว่าจะได้รับ (Expectation outcome)
1. ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ถูกต้อง 2. ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคมีความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค



แนวคิดความรอบรู้สุขภาพ	ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน
กิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพ 6 กิจกรรม 1. เสริมสร้างทักษะการเข้าถึงข้อมูลและแหล่งบริการสุขภาพ 2. เสริมสร้างทักษะการคิดวิเคราะห์ 3. เสริมสร้างทักษะการสื่อสาร 4. เสริมสร้างทักษะการกำหนดทางเลือกและการตัดสินใจ 5. เสริมสร้างทักษะการกำหนดเป้าหมายและวางแผน 6. เสริมสร้างทักษะการถ่ายทอดความรู้	ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการดำเนินการของผู้มีส่วนได้-ส่วนเสีย 1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจถึงวิธีการป้องกันโรค 2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการป้องกันโรคของสมาชิกในชุมชน 3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการปฏิบัติในการดูแลตนเอง 4. ร่วมประเมินอาการผิดปกติในครอบครัวและชุมชน
สถานการณ์ (Reality)	ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคมีความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไม่เพียงพอมีการติดเชื้อไวรัสในผู้สัมผัสร่วมบ้าน

ภาพที่ 2 รูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรค

3. ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบความรอบรู้สุขภาพฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.0 มีอายุเฉลี่ย 48.96 ปี (SD=12.92) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 48.0 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 26.0 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 38.0 รายได้ไม่พอใช้จ่าย ร้อยละ 54.0 ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคมากที่สุด คือ บิดา/มารดา ร้อยละ 18.0 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 58.0 อาศัยอยู่ในบ้านที่มีลักษณะเป็นบ้านชั้นเดียวติดพื้น ร้อยละ 42.0 ภายในบ้านไม่ใช้เครื่องปรับอากาศ ร้อยละ 52.0 จำนวนห้องทั้งหมดในบ้านและห้องนอนมี 2 ห้อง และ 1 ห้อง ร้อยละ 38.0 และร้อยละ 40.0 ตามลำดับ ส่วนจำนวนหน้าต่างที่มีไว้สำหรับการระบายอากาศภายในบ้านมี 1-2 บาน ร้อยละ 86.0 มีประตูทางเข้า-ออกบ้าน 1 บาน ร้อยละ 48.0 มีวิธีการกำจัดขยะภายในบ้าน คือ การใช้ถังขยะ โดยส่วนใหญ่จะมีการใช้ถังขยะที่ไม่มีฝาปิด ร้อยละ 70.0 มีการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคเป็นเวลา 3 เดือน ร้อยละ 42.0 เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา ร้อยละ 80.0 และนอนร่วมห้องนอนเดียวกับผู้ป่วยโรค ร้อยละ 70.0 ผลการนำรูปแบบความรอบรู้สุขภาพฯ ไปทดลองใช้ มีดังนี้

3.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพฯ พบว่า ก่อนใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 5 ด้าน ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ หลังใช้รูปแบบ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกด้านอยู่ในระดับสูง และระยะติดตามผลหลังทดลองใช้รูปแบบฯ ยังคงมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพฯ อยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านของกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบ และระยะติดตามผล (n=50)

ความรอบรู้สุขภาพ	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ			ระยะติดตามผล		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
การเข้าถึงข้อมูล	2.45	.34	ปานกลาง	2.81	.25	สูง	2.85	.19	สูง
ความรู้ ความเข้าใจ	.56	.15	ต่ำ	.97	.12	สูง	.99	.11	สูง
การโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน	1.61	.42	ปานกลาง	2.58	.39	สูง	2.62	.16	สูง
การประเมินตัดสินใจ	2.16	.36	ปานกลาง	2.82	.13	สูง	2.90	.12	สูง
พฤติกรรมป้องกันการโรค	2.24	.40	ปานกลาง	2.85	.19	สูง	2.88	.19	สูง
บอกต่อการปฏิบัติ	2.35	.24	ปานกลาง	2.68	.15	สูง	2.79	.14	สูง

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างในแต่ละช่วงเวลาภายในกลุ่มของความรอบรู้สุขภาพ พบว่า หลังการใช้รูปแบบ และระยะติดตามผลมีความรอบรู้สุขภาพทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างในแต่ละช่วงเวลาภายในกลุ่มของความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบ และระยะติดตามผล (n=50)

แหล่งความแปรปรวน	ช่วงเวลา	ตัวแปรตาม	SS	MS	F	Sig
ช่วงเวลา	หลังใช้รูปแบบ	การเข้าถึงข้อมูล	2.664	2.974	63.330	.000*
		ความรู้ ความเข้าใจ	.547	.765	85.387	.000*
		การโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน	2.708	3.180	79.597	.000*
		การประเมินตัดสินใจ	3.275	3.590	57.720	.000*
		พฤติกรรมป้องกันการโรค	3.890	4.740	48.521	.000*
		บอกต่อการปฏิบัติ	3.226	3.226	95.186	.000*
	ระยะติดตามผล	การเข้าถึงข้อมูล	2.602	3.197	57.541	.000*
		ความรู้ ความเข้าใจ	.573	.727	90.511	.000*
		การโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน	2.598	4.140	77.449	.000*
		การประเมินตัดสินใจ	2.772	3.141	57.420	.000*
		พฤติกรรมป้องกันการโรค	3.561	4.282	46.820	.000*
		บอกต่อการปฏิบัติ	3.375	3.797	93.466	.000*

* p<.05

3.3 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.81$, $SD=.23$) เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด คือ การนำรูปแบบไปใช้มีประโยชน์ต่อชุมชน ($\bar{X}=2.96$, $SD=.19$) และกิจกรรมของรูปแบบ ($\bar{X}=2.87$, $SD=.22$)

3.4 ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างไปพบแพทย์เพื่อตรวจคัดกรองวัณโรค โดยการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก เมื่อสัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคครบ 6 เดือนมีผลการตรวจเอกซเรย์ทรวงอกปกติ ไม่ติวัณโรค

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาศาสนาการแก้ปัญหาและความต้องการความรู้สุขภาพฯ พบว่า ความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูล การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน การประเมินตัดสินใจ พฤติกรรม การป้องกันวัณโรค และการบอกต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันวัณโรค ยกเว้นด้านความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับต่ำ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการสำรวจของกรมอนามัยที่พบว่า ความรอบรู้สุขภาพของประชาชนไทยอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65) โดยทักษะที่เป็นจุดอ่อน คือ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจ และการซักถาม¹⁴ เช่นเดียวกับการศึกษาของศศิกานต์ มาลากิจสกุล¹⁰ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 69.4) โดยทักษะที่มีคะแนนต่ำที่สุด คือ ทักษะการเข้าถึง การเข้าใจ และทักษะการโต้ถาม และการศึกษาเพนาโลชา และคณะ⁸ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มีความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 90.7) ทักษะที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาวัณโรค

ผลการสัมภาษณ์ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มภาคีเครือข่าย พบประเด็นปัญหา คือ 1) มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคที่ไม่ถูกต้อง เรื่อง การรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น การสวมหน้ากากอนามัย และการแยกห้องนอน 2) มีการควบคุมวัณโรคในชุมชนยังไม่ทั่วถึง ในการกำกับการรับประทานยา และการให้ความรู้ 3) มาตรการป้องกันวัณโรคในชุมชนยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ในชุมชนทั้งหมด ดังคำกล่าวที่ว่า “ต้องยอมรับว่าช่วงนี้การลงพื้นที่ในกทม. ยังเป็นปัญหา เรายังลงพื้นที่ปูพรมในการคัดกรองหาวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านไม่ได้ เนื่องจากตอนนี้เรายังดูกลุ่มคนที่ป่วยให้ได้รับการรักษาครบก่อน” (DK1) สอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนา สว่างศรี¹⁵ พบว่า สาเหตุที่ทำให้พบอัตราผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เพิ่มขึ้น เกิดจากสาเหตุด้านผู้ป่วยมีการดูแลตนเองไม่ถูกต้องในการรับประทานยา การแยกห้องนอนจากผู้อื่น การกำจัดเสมหะ ส่วนในด้านบุคลากร พบว่า ยังมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง และในด้านชุมชนยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคในชุมชน และการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง

2. ผลการพัฒนาแบบความรู้สุขภาพฯ โดยใช้กรอบแนวคิดความรู้สุขภาพตามแบบจำลอง V-shape⁶ และทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน¹² พบว่า กิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพที่จะนำไปสู่เป้าหมายได้ คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและแหล่งบริการสุขภาพ การคิดวิเคราะห์ การสื่อสาร การกำหนดทางเลือกและการตัดสินใจ การกำหนดเป้าหมายและวางแผน และทักษะการถ่ายทอดความรู้ รวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยกิจกรรมดังกล่าวจะบรรลุเป้าหมายได้จะต้องได้รับความร่วมมือจากชุมชน ตั้งแต่การได้ร่วมคิดร่วมทำ รวมถึงการมีช่องทางสำหรับใช้ในการสื่อสาร และต้องได้รับการสนับสนุนจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากการบูรณาการแนวคิดและทฤษฎีดังกล่าว ทำให้ได้ผลที่คาดว่าจะได้รับของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคมีพฤติกรรมในการป้องกันวัณโรคที่ถูกต้อง และมีความรอบรู้สุขภาพฯ นำไปสู่เป้าหมาย คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค และประชาชนในชุมชนไม่ติดเชื้อวัณโรค จึงได้รูปแบบความรู้สุขภาพฯ ที่ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ 1) ช่องทางการสืบค้น



2) รู้ถ่องแท้ปลอดภัยจากโรค 3) กล้าคิดไตร่ตรองพิจารณา 4) ก้าวข้ามความเสี่ยง 5) ทำถูกวิธีปลอดภัย และ 6) ถ่ายทอดประสบการณ์ รูปแบบที่ได้จากการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนา สว่างศรี¹⁵ พบว่า รูปแบบที่ทำการศึกษามีส่วนกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในทุกกระดับ โดยผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมตั้งแต่การร่วมคิดในการวางแผน ร่วมหาแนวทางปฏิบัติ ร่วมดำเนินการ ร่วมสังเกตการณ์ และร่วมสะท้อนผล ทำให้เกิดการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการศึกษาของสำเร็จ ชิมรัมย์ และคณะ⁵ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบฯ คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน ภาครัฐเครือข่ายในชุมชน และการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

3. ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบความรู้สุขภาพฯ

3.1 คะแนนเฉลี่ยความรู้สุขภาพฯ หลังใช้รูปแบบ และระยะติดตามผลหลังทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกด้านอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากได้ผ่านการปฏิบัติตามรูปแบบความรู้สุขภาพฯ ทั้ง 6 กิจกรรม ที่มีทั้งวิธีการบรรยาย ชมวีดิทัศน์ การใช้แอปพลิเคชัน สมาร์ทโฟน และฝึกปฏิบัติจริง ทำให้เกิดการเรียนรู้และจำได้ และรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นการบูรณาการกระบวนการสร้างความรอบรู้สุขภาพตาม V-shape 6 ด้าน ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การโต้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยน การประเมินตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรค และการบอกต่อ ร่วมกับก่อนการพัฒนาการใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรู้สึกมีคุณค่า มีความเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน เห็นความสำคัญ และเกิดความมั่นใจในการนำไปปรับใช้ในชุมชนและครอบครัว นำไปสู่กระบวนการยอมรับการใช้รูปแบบและให้เกิดความยั่งยืน¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของศศิกันต์ มาลากิจสกุล¹⁰ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้โรคหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จากระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 69.4) เป็นระดับดีมาก (ร้อยละ 85.4) และการศึกษาของเพนาโลซา และคณะ⁸ พบว่า คะแนนความรู้สุขภาพหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากร้อยละ 54.8 เป็นร้อยละ 71

3.2 ความแตกต่างในแต่ละช่วงเวลาภายในกลุ่มของความรู้สุขภาพฯ พบว่า หลังใช้รูปแบบ และระยะติดตามผล มีความรอบรู้สุขภาพทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการวัดผลหลังใช้รูปแบบ และระยะติดตามผล มีระยะเวลาต่างกันเพียง 2 สัปดาห์ จึงทำให้ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้สุขภาพ หากต้องการให้เกิดความรู้สุขภาพที่ยั่งยืน ควรมีการติดตามต่อเนื่องในระยะยาว ดังการศึกษาของเอชเจส และคณะ¹⁷ พบว่า หลังทดลองและติดตามผลในระยะเวลา 1 สัปดาห์ คะแนนความรู้สุขภาพอยู่ในเกณฑ์ระดับดี และคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3.3 ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ พบว่า อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.81$, $SD=.23$) ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด คือ การนำรูปแบบไปใช้มีประโยชน์ต่อชุมชน และกิจกรรมของรูปแบบ เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นการเสริมสร้างการเรียนรู้ภายในตัวบุคคล และการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อรูปแบบดังการศึกษาของดาวประกาย ญาณงาม¹⁸ พบว่า หลังทดลองผู้ป่วยโรคและดูแลผู้ป่วยโรคมีความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดในชุมชนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.33$, $SD=.28$) และการศึกษาของสำเร็จ ชิมรัมย์ และคณะ⁵ พบว่า กระบวนการพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีส่วนร่วมในกระบวนการร่วมคิดและสื่อสารความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้-ส่วนเสียในระดับระบบสุขภาพและระดับชุมชน ทำให้เห็นความชัดเจนและเหมาะสมกับระบบ

3.4 ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ พบว่า กลุ่มทดลองเมื่อสัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคครบ 6 เดือน ไปตรวจคัดกรองวัณโรคโดยการเอกซเรย์ทรวงอกมีผลการตรวจปกติ ไม่ติดเชื้อวัณโรค และประชาชนใน



ชุมชนไม่ติดเชื่อวัณโรค แสดงให้เห็นว่ารูปแบบทำให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคมีความมั่นใจในการปฏิบัติ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างชัดเจน สามารถนำมาใช้ได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของเอชเจส และคณะ¹⁷ พบว่า หลังทดลองคะแนนความรอบรู้สุขภาพในระดับดี จากร้อยละ 43.0 เป็นร้อยละ 79.0 เมื่อไปตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคและเอกซเรย์ทรวงอกไม่มีการติดเชื่อวัณโรค

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. การนำรูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านไปใช้ควรศึกษาถึงความรอบรู้สุขภาพ และการมีส่วนร่วมของแต่ละชุมชน
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีบริบทใกล้เคียงกัน สามารถนำกิจกรรมความรอบรู้สุขภาพไปใช้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในชุมชน และควรดำเนินกิจกรรมเป็นระยะๆ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบท และความรู้ต่างๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความยั่งยืนของการปฏิบัติของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคภายหลังใช้รูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรค
2. ควรนำรูปแบบความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคไปทดลองใช้ในกลุ่มโรคติดต่ออื่นๆ ในบริบทชุมชนเขตเมืองที่มีความซับซ้อน

References

1. World Health Organization. Tuberculosis [Internet]. 2021 [cited 2022 April 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
2. Division of Tuberculosis, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. National tuberculosis control programme guideline Thailand 2022. Bangkok: Aukson graphic and design publisher; 2022. (in Thai)
3. Working Group on the Development of Forms of Establishment of Community Health Zones. Form of establishment of health zones for communities. Bangkok: Office of the National Health Commission; 2015.(in Thai)
4. Directions to Institute for Urban Disease Control and Prevention, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Report data of tuberculosis in the 13th Regional. Bangkok: Directions to Institute for Urban Disease Control and Prevention; 2021.(in Thai)
5. Samrerng S, Jirapa S, Somsak S. Development of a model of tuberculosis prevention and control by community participation at Satuek district, Buriram province. J Mahasarakham Hospital 2015;12(1), 139–49.
6. Department of Health, Ministry of Public Health. Promotion and evaluated of health literacy and healthy behavior. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2018.(in Thai)



7. Yang SH, Jung EY, Yoo YS. Health literacy, knowledge and self-care behaviors in patient with pulmonary tuberculosis living in community. *J Korean Acad of Fundam Nurs* 2020; 27(1), 1–11.
8. Penaloza R, Navarro JI, Jolly PE, Junkins A, Seas C, Otero L. Health literacy and knowledge related to tuberculosis among outpatients at a referral hospital in Lima, Peru. *Research and Reports Trop Med* 2019; 10, 1–10.
9. Li Y, Zhang S, Zhang T, Cao Y, Lui W, Jiang, Ren D, et al. Chinese health literacy scale for tuberculosis patients: a study on development and psychometric testing. *BMC Infect Dis*, 2019; 19(545), 1–14.
10. Sasigan M. Result of health literacy tuberculosis model for risk group in regional health area 3. *J Dis Health Risk* 2021; 15(1), 20–9.(in Thai)
11. Supaporn M, Rachanee R, Satianpong S. Development of tuberculosis prevention and control model for pulmonary tuberculosis new patients and household contacts in health network of Nong Phok district, Roi-Et province. *J Med and Public, Ubon Ratchathani University* 2020; 3(3), 164–74.(in Thai)
12. Edwards VL. A theory of participation for 21st century. *Inter J organization Theory & Behavior*. 2013; 16(1), 1–28.
13. Daniel WW. *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (11th ed). New York: John Wiley & Sons; 2018.
14. Health Education Division, Ministry of Public Health. Assessment and promotion of health literacy [Internet]. 2022. [cited 21 May 2022]. Available from: <http://www.hed.go.th>.(in Thai)
15. Wattana S. Development of tuberculosis care model in community, Mueang district Mahasarakham province. *J Mahasarakham Hospital* 2019; 16(3), 116–29.(in Thai)
16. Hunnirun P. Diffusion of innovation theory: Concept and application in research. *Proceeding of the 20th Nation academic conference*; 2021 Nov 25–26; Prathum Thanee, Western University. 118–32.(in Thai)
17. Aceijas C, Weaver T, Baez-Caraballo P, Bello-Corassa R, Cummings N, Sowamber ND. Improving health literacy about tuberculosis among drug users: a pilot randomized controlled trial. *Drug Depend Addict-Open Access J* 2019; 1, 1–18.
18. Yangam D. Development of community care model for pulmonary tuberculosis by the health network of Thatpanom district, Nakhon Phanom province [master's thesis]. Mahasarakham: Mahasarakham University; 2022.(in Thai)



ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

Relationships between Perceived Benefits, Perceived Barriers, Perceived Social Support, Perceived COVID-19 Pandemic, and the Promotion of Early Childhood Developmental Behaviors among Parents

ฉันทวรรณ วิชัยพล¹ ยมนา ชนะนิล¹ ภูษณิศ มินาเขตร¹ อังศวีร์ จันทะโคตร¹

Chanthawan Vichaipon¹ Yommana Chananin¹ Phusanisa Meenakate¹ Angsawee Jantakot¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อุบลราชธานี ประเทศไทย

¹Faculty of Nursing, Ubonratchathani University, Thailand

Corresponding Author; Chanthawan Vichaipon; Email: benjamaporn.w@ubu.ac.th

Received: April 6, 2023 Revised: July 1, 2023 Accepted: July 12, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยในจังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 138 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลวิจัยโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีค่าเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .88, .90, .88, .72 และ .73 ตามลำดับ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย มีพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการในระดับมาก ($\bar{X}=2.34$, $SD=.26$) การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ($r=.528$, $p<.01$; $r=.512$, $p<.01$ และ $r=.216$, $p<.05$) ตามลำดับ การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ($r=-.194$, $p<.05$) ดังนั้นการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยควรเน้นให้ผู้ปกครองรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการ รวมทั้งให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ และครูที่เสี่ยงในการสนับสนุนผู้ปกครอง สร้างความเข้าใจในสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และหาแนวทางจัดอุปสรรคในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครอง ในชีวิตวิถีใหม่ต่อไป

คำสำคัญ: การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019; ผู้ปกครอง; การรับรู้ประโยชน์; การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม; พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย



Relationships between Perceived Benefits, Perceived Barriers, Perceived Social Support, Perceived COVID-19 Pandemic, and the Promotion of Early Childhood Developmental Behaviors among Parents

Chanthawan vichaipon¹ Yommana Chananin Phusanisa Meenakate¹ Angsawee Jantakot¹

¹Faculty of Nursing, Ubonratchathani University, Thailand

Corresponding Author; Chanthawan vichaipon; Email: benjamaporn.w@ubu.ac.th

Received: April 6, 2023 Revised: July 1, 2023 Accepted: July 12, 2023

Abstract

This study aimed at examining the relationships between perceived benefits, perceived barriers, perceived social support, perceived COVID-19 pandemic, and the promotion of early childhood developmental behaviors among parents. The participants were 138 parents living in Ubon-Ratchathani province. They were randomly selected for the study using multiple random sampling. The research instruments were questionnaires on perceived benefits, perceived barriers, perceived social support, perceived COVID-19 pandemic, and promotion of early childhood developmental behaviors. These instruments were tested for reliability and Cronbach's alphas were .88, .90, .88, .72, and .73, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficients. The results showed that promotion of early childhood developmental behaviors of the participants was at a high level ($\bar{X}=2.34$, $SD=.26$). Perceived benefits, perceived social support, and the COVID-19 pandemic had statistically positive correlations with the promotion of early childhood developmental behaviors ($r=.528$, $p<.01$; $r=.512$, $p<.01$ and $r=.216$, $p<.05$) respectively. Conversely, perceived barriers had statistically negative correlation with the promotion of early childhood developmental behaviors ($r=-.194$, $p<.05$). Therefore, the promotion of early childhood developmental behaviors among parents should be done by enhancing perceived benefits, perceived social support and perceived COVID-19 pandemic. Furthermore, the parents should identify the barriers that could prevent them from enhancing early childhood developmental behaviors in the new normal way.

Keywords: COVID-19 pandemic; parents; perceived benefits; perceived social support; promotion of early childhood development

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เริ่มระบาดครั้งแรกในเดือนธันวาคม 2562 ที่ประเทศจีน องค์การอนามัยโลกได้ประกาศภาวะฉุกเฉินการระบาดในวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 จนถึงในช่วงปี พ.ศ. 2564 ยังคงทวีความรุนแรงมากขึ้นทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก¹ การแพร่ระบาดส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม การสาธารณสุข และการศึกษา โรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ต้องปิดอย่างไม่มีกำหนดเนื่องจากยังไม่มีวัคซีนการป้องกันโรคในเด็กปฐมวัยกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศแนวทางการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลเพื่อป้องกันและลดการแพร่กระจายเชื้อโดยเฉพาะเด็กปฐมวัยที่ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ คือ ให้เด็กเล่นในบ้าน ห้ามพาเด็กออกไปสถานที่สาธารณะ การเว้นระยะห่างทางสังคม ล้างมือ ใส่หน้ากากอนามัย หลีกเลี่ยงการสัมผัสใบหน้า หู ตา จมูกปากโดยไม่จำเป็น ส่งผลให้ช่วงเวลาสำคัญในการพัฒนารากฐานที่สำคัญของชีวิตได้รับผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะเด็กปฐมวัยต้องการพื้นที่ปลอดภัยในการกิน นอน เล่น สัมผัสสิ่งแวดล้อมเพื่อเรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 เป็นการส่งเสริมพัฒนาการในทุกด้าน การใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นเพื่อฝึกทักษะทางสังคม² การเปลี่ยนแปลงมากมายที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบให้ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยเกิดความกังวลใจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เด็กปฐมวัยต้องอยู่แต่บ้าน ไม่ได้เล่นกับเพื่อนทำให้เด็กไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้สัมผัสสิ่งแวดล้อมน้อยลง ในขณะที่ตัวผู้ปกครองก็มีความเครียดเพิ่มมากขึ้นจากการพยายามสร้างสมดุลระหว่างการทำงานและการเลี้ยงดูเด็กรู้สึกยากลำบากในการหากิจกรรมเล่นกับเด็ก อีกทั้งยังพบช่องว่างของครูปฐมวัยในการทำงานร่วมกับผู้ปกครองในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019³

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยล่าช้าในประเทศไทยก่อนการระบาดของของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถือเป็นสถิติที่เข้าขั้นวิกฤตของประเทศไทยที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน และในปัจจุบันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กำลังเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่กำลังส่งผลให้พัฒนาการเด็กปฐมวัยล่าช้าเพิ่มมากขึ้น จากผลการดำเนินการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในประเทศไทยก่อนการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปี พ.ศ. 2561-2562 พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 21.20 และ 25.60 ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2563-2564 ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบร้อยละ 26.60 และ 27.80 ตามลำดับ จังหวัดอุบลราชธานีเป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่พบสถิติเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าร้อยละ 20 โดยในปี พ.ศ. 2562-2564 พบ ร้อยละ 25.62, 26.11, 26.11 และ 28.41 ตามลำดับ⁴ จะเห็นได้ว่าเด็กปฐมวัยพัฒนาการสงสัยล่าช้ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และสูงกว่าระดับประเทศซึ่งนับว่าเป็นเรื่องที่น่ากังวลเพราะรากฐานปฐมวัยที่สมบูรณ์จะทำให้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ดีและมีคุณภาพเป็นกำลังหลักสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป ปัจจุบันในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงศึกษาธิการมีนโยบายจัดการศึกษาของประเทศไทยตามแนวคิด “การเรียนรู้การศึกษาโรงเรียนอาจหยุดได้แต่การเรียนรู้หยุดไม่ได้”⁵ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นจึงได้กำหนดแนวทางในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเช่นกัน โดยรูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และการส่งเสริมพัฒนาการ ได้เปลี่ยนแปลงจากการเรียนรู้ที่ศูนย์ พัฒนาเด็กเป็นการเรียนรู้ที่บ้าน ผ่านทั้งรูปแบบเครือข่ายอินเตอร์เน็ต โทรศัพท์หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ และการส่งเอกสารที่บ้าน โดยออกแบบกิจกรรมระหว่างสถานศึกษา ครู และผู้ปกครองอย่างเหมาะสมตามความพร้อมและความแตกต่างของครอบครัวให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ⁶ แนวทางการส่งเสริมการเรียนรู้ที่บ้านเริ่มจากการที่ผู้ปกครองจัดกิจวัตรประจำวันให้เด็กอย่างเหมาะสมยืดหยุ่นได้การฝึกฝนให้เด็กทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ช่วยทำงานบ้าน การเล่นอิสระในพื้นที่ปลอดภัยผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 การส่งเสริมการอ่านโดยการเล่านิทาน⁶⁻⁷ การจัดเตรียมความพร้อมในการดูแลป้องกันโรคเชิงบวกให้กับเด็ก นอกจากนี้ผู้ปกครองยังต้องติดตามข่าวสาร



ดูแลตนเองเพื่อให้เข้าใจแนวปฏิบัติและรับมือกับการแพร่ระบาดของโรค^๖ เพื่อให้เด็กปฐมวัยได้รับการดูแลและการส่งเสริมพัฒนาการอย่างเหมาะสมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคที่ยังมีความผันผวน คลุมเครือและไม่แน่นอน การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลที่เกิดขึ้นเป็นการรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าวจะเป็นการช่วยให้เด็กปฐมวัยได้รับการดูแล มีสุขภาวะที่ดีและมีความปลอดภัยจากการแพร่ระบาดของโรคที่เชื่อมโยงมายังตัวเด็กอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ผู้ปกครองจึงมีบทบาทสำคัญหรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในช่วงการระบาดของโรค ดังนั้นความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กปฐมวัย การรับรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การสนับสนุน ส่งเสริมจากบุคคลใกล้ชิดที่มีอิทธิพลต่อความคิดและพฤติกรรมจะส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดความมุ่งมั่นและสามารถก้าวข้ามอุปสรรค ความยากลำบากในช่วงเวลานี้ สามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้อย่างดีและมีประสิทธิภาพในช่วงเวลาที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การวิจัยในครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้กรอบแนวคิดของเพนเดอร์^๗ ที่กล่าวว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเกิดจากแรงจูงใจที่บุคคลต้องการยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน หากบุคคลต้องการให้สุขภาพดีจะต้องรับรู้ประโยชน์มากกว่านี้ถึงอุปสรรค รับรู้ความสามารถของตน อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ที่จะช่วงส่งเสริมความมุ่งมั่นทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับและพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองเพื่อนำผลการวิจัยเป็นข้อมูล ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

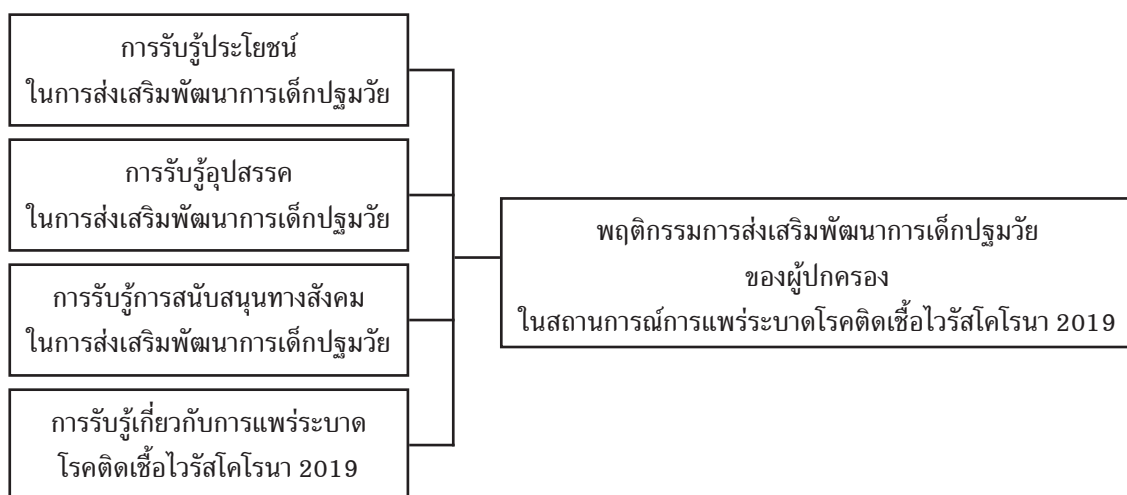
สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์^๗ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพื่อคัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ซึ่งเพนเดอร์^๗ กล่าวว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเกิดจากแรงจูงใจที่บุคคลต้องการยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน จากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการ

ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้ 1) การรับรู้ประโยชน์เป็นแรงจูงใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรม 2) การรับรู้อุปสรรคเป็นสิ่งที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ความไม่รู้ ความไม่มีเวลา ความรู้สึกไม่สะดวก ผลกระทบของค่าใช้จ่าย ความรู้สึกยากลำบาก 3) อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผ่านการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว บุคลากรด้านสุขภาพ และครูพี่เลี้ยง ที่ส่งผ่านความคิด ความเชื่อ สนับสนุนส่งเสริม ให้กำลังใจหรือขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมและ 4) อิทธิพลจากสถานการณ์ ผ่านการรับรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อาจส่งเสริมหรือขัดขวางความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินงานวิจัย

ประชากร คือ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 58,652 คน ช่วงระหว่าง เดือนเมษายน – สิงหาคม พ.ศ. 2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 138 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคำนวณ G-power กำหนดค่าขนาดอิทธิพลในระดับปานกลางเท่ากับ .3 จากการศึกษาของ ภควดี นนทพันธ์ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็กจังหวัดสงขลา ซึ่งวัดตัวแปรคล้ายคลึงกับการศึกษานี้¹⁰ ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .95 ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยอายุ 2 ปี แต่ไม่เกิน 6 ปี 2) มีบทบาทหลักในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างน้อย 6 เดือน 3) ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอนซึ่งจังหวัดอุบลราชธานีแบ่งเขตสุขภาพบริการออกเป็น 4 โซนเขตแม่ข่ายพัฒนาสาธารณสุขจังหวัด ผู้วิจัยทำการสุ่ม 1) สุ่มอำเภอที่เป็นตัวแทนของแต่ละโซนเขตแม่ข่ายพัฒนาสาธารณสุขจังหวัดด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ประกอบด้วย 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเขื่องใน อำเภอตระการพืชผล อำเภวารินชำราบ และอำเภอเดชอุดม 2) สุ่มเลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 4 ศูนย์จาก 4 อำเภอโดยวิธีการจับฉลาก โดยแต่ละอำเภอมีสัดส่วนศูนย์เด็กเล็กใกล้เคียงกัน 3) คำนวณสัดส่วนของกลุ่ม



ตัวอย่างตามจำนวนเด็กปฐมวัย แต่ละศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด โดยการจับฉลากสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืนจนได้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัย ประสบการณ์ในการดูแลเด็กปฐมวัย รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน

2. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจำนวน 10 ข้อ การรับรู้อุปสรรคในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจำนวน 9 ข้อ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจำนวน 12 ข้อ และการรับรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่บ้านในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^{2-3,6-8} และแนวทางการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁵ สำหรับเด็กปฐมวัย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁹ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก

- 5 หมายถึง ระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง ระดับมาก
- 3 หมายถึง ระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง ระดับน้อย
- 1 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

ข้อคำถามเชิงลบ

- 1 หมายถึง ระดับมากที่สุด
- 2 หมายถึง ระดับมาก
- 3 หมายถึง ระดับปานกลาง
- 4 หมายถึง ระดับน้อย
- 5 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับตามแนวคิดของเบสท์¹¹ คือ คะแนนระหว่าง 3.68–5.00 ระดับมาก คะแนนระหว่าง 2.34–3.67 ระดับปานกลาง และ คะแนนระหว่าง 1.00–2.33 ระดับน้อย

3. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่บ้านในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^{2-3,6-8} และแนวทางการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁵ สำหรับเด็กปฐมวัย เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ จำนวน 13 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 11 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 2 ข้อ มีเกณฑ์การให้คือ 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ อย่างน้อย 4 วันต่อ 1 สัปดาห์ 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้งอย่างน้อย 1–3 วันต่อสัปดาห์ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับตามแนวคิดของเบสท์¹¹ คือ คะแนนระหว่าง 2.34–3.00 หมายถึง ระดับมาก คะแนนระหว่าง 1.67–2.33 ระดับปานกลาง และคะแนนระหว่าง 1.00–1.66 ระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านดังนี้ 1)แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อในเด็ก 2)พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการงานอนามัยแม่และเด็ก 3)อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ดำเนินตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์และนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence) ได้ค่าระหว่าง .67–1



ดำเนินการปรับแก้ไขและนำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้กับผู้ปกครองที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .88, .90, .88, .72 และ .73 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขรับรอง UBU-REC-02/2565 ในวันที่ 21 มกราคม 2565 จึงเริ่มทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยกับผู้ดำเนินการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยเสนอผ่านนายกองค์การบริหารส่วนตำบลที่สังกัดชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือแล้วลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยยึดหลักการตามจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที โดยเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เมื่อผู้ปกครองติดต่อเข้ารับกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยกับครูพี่เลี้ยง ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อลดการรวมตัวกันของบุคคล ตามประกาศจังหวัดอุบลราชธานี เรื่อง กำหนดมาตรการการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลงวันที่ 3 มกราคม 2565 ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัย ในภาพรวม และข้อมูลจะถูกทำลายทิ้งภายหลังการตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป รายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.23) มีอายุเฉลี่ย 38.30 ปีอายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 58 ปี และมีอายุอยู่ช่วงระหว่าง 31-40 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 32.61) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 84.78) จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด (ร้อยละ 30.43) รองลงมาคือจบมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 26.81) ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด (ร้อยละ 42.75) รองลงมาคือรับจ้าง (ร้อยละ 31.89) ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 59.42) รองลงมาคือเป็นปู่ ย่า ตา ยาย (ร้อยละ 34.06) ระยะเวลาในการดูแลเด็กปฐมวัย 3 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 37.68) รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ที่ 5,000-14,999 บาท (ร้อยละ 57.97) และส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 55.80)
2. การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และการรับรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ปกครองพบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้อุปสรรคอยู่



ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.81$, $SD=.61$, $\bar{X}=3.75$, $SD=.61$, $\bar{X}=3.41$, $SD=.40$ และ $\bar{X}=2.74$, $S=.76$) ตามลำดับรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ปกครอง ($n=138$)

ตัวแปรที่ทำการศึกษา	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	SD	การแปลผล
การรับรู้ประโยชน์ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	3.81	.61	ระดับมาก
การรับรู้อุปสรรคในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	2.74	.76	ระดับปานกลาง
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	3.75	.61	ระดับมาก
การรับรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	3.41	.40	ระดับปานกลาง

3. พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ปกครองจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.34$, $SD=.26$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าการสอนเด็กล้างมือ และสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องออกไปนอกบ้านมากที่สุด ($\bar{X}=2.67$, $SD=.50$) รองลงมาการฝึกเด็กทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยคอยดูแลช่วยเหลือ ($\bar{X}=2.59$, $SD=.50$) และการไม่ได้พาเด็กไปเล่นนอกบ้านเพราะกังวลติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 น้อยที่สุด ($\bar{X}=1.83$, $SD=.51$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ปกครอง ($n=138$)

พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	SD	การแปลผล
การประเมินพัฒนาการเด็กตามคู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	2.30	.53	ระดับปานกลาง
การติดตามชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงเพื่อประเมินการเจริญเติบโตที่บ้าน	2.40	.54	ระดับมาก
การเล่านิทานและอ่านหนังสือให้เด็กฟัง	2.21	.54	ระดับปานกลาง
การฝึกเด็กทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยคอยดูแลช่วยเหลือ	2.59	.50	ระดับมาก
การแบ่งเวลาทำงานเพื่อเล่นกับเด็ก	2.50	.57	ระดับมาก
การจัดพื้นที่บริเวณบ้านให้เด็กได้เล่นอิสระอย่างปลอดภัย	2.54	.54	ระดับมาก
การไม่ได้พาเด็กไปเล่นนอกบ้านเพราะกังวลติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	1.78	.62	ระดับปานกลาง
การให้เด็กเล่นโทรศัพท์ เพื่อให้เด็กอยู่นิ่งและสงบ	1.83	.51	ระดับปานกลาง
การทำงานจำกัดเวลาดูโทรศัพท์ โทรทัศน์ของเด็กไม่เกิน 1 ชั่วโมงต่อวัน	2.41	.56	ระดับมาก
การพาเด็กไปเล่นในพื้นที่โล่งแจ้งที่ปลอดภัยจากการแพร่ระบาดของโรค	2.42	.49	ระดับมาก
การติดตามข่าวสารการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเด็ก	2.31	.53	ระดับมาก
การสอนเด็กล้างมือ และสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องออกไปนอกบ้าน	2.67	.50	ระดับมาก
การติดตามกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กจากครูศูนย์เด็กปฐมวัย	2.51	.55	ระดับมาก
ผลรวม	2.34	.26	มาก



4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับปานกลาง ($r=.528, p<.01$; $r=.512, p<.01$ ตามลำดับ) การรับรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับน้อย ($r=.216, p<.05$) และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับน้อย ($r=-.194, p<.05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง (n=138)

ปัจจัย	พฤติกรรมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	
	r	p-value
1. การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	.528	<.001
2. การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	-.194	.023
3. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	.512	<.001
4. การรับรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.216	.011

สรุปและอภิปรายผล

1. ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการในระดับมาก ($\bar{X}=2.34, SD=.26$) อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดาซึ่งเป็นบุคคลมุ่งหวังให้ลูกของตนมีพัฒนาการที่สมบูรณ์อยู่แล้วเป็นพื้นฐาน และจบการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด (ร้อยละ 30.43) จึงทำให้มีความรู้เข้าใจการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและสามารถเข้าถึงข่าวสารได้ง่าย และรวดเร็ว มีการศึกษาหาความรู้ติดตามข่าวสารเพื่อให้การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในช่วงการแพร่ระบาดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.31, SD=.53$) รวมทั้งผู้ปกครองส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กปฐมวัยมากถึง 3 ปี (ร้อยละ 37.68) ทำให้สามารถสอนเด็กล้างมือ และสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องออกไปนอกบ้านมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=2.67, SD=.50$) รองลงมาการฝึกเด็กทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยคอยดูแลช่วยเหลือ ($\bar{X}=2.59, SD=.50$) สอดคล้องกับรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการที่บ้านเมื่อมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁷⁻⁸ และการศึกษาของดิษิรา ผางสง่า และศศิลักษณ์ ชัยนกิจ พบว่า การส่งเสริมสุขอนามัยเด็กวัยอนุบาลในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมากและการจัดกิจวัตรประจำวันมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือการป้องกันโรค¹² และการไม่ได้พาเด็กไปเล่นนอกบ้านเพราะกังวลติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 น้อยที่สุด ($\bar{X}=1.83, SD=.51$) อาจเป็นเพราะผู้ปกครองประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 42.75) จึงทำให้มีพื้นที่เกษตรกรรมที่ปลอดภัยจากการแพร่กระจายเชื้อโรคให้เด็กปฐมวัยได้เล่นนอกบ้านอย่างอิสระ แต่หากพบว่า ผลการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของภควดี นนทพันธ์ ในช่วงที่ไม่มีการแพร่ระบาดของ



โรคอยู่ในระดับปานกลาง¹⁰ อาจเป็นเพราะว่าในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ปกครองมีบทบาทหลักในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตลอด 24 ชั่วโมงโดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงพื้นที่จากศูนย์พัฒนาการเด็กเป็นการจัดการเรียนรู้ที่บ้าน

2. การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้สามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ประโยชน์ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ($r=.528, p<.01$) สอดคล้องกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁹ ที่กล่าวไว้ว่าการรับรู้ประโยชน์เป็นแรงจูงใจทั้งทางตรงและทางอ้อม ที่ทำให้เกิดการตัดสินใจมุ่งมั่นต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อผู้ปกครองรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ดีจึงส่งผลให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการที่ดีตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของของณฐมน สีธีแก้วและคณะพบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการเล่นดูเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในจังหวัดเชียงราย¹³ การศึกษาของอัจฉราพร ปิติพัฒน์ และคณะที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของผู้ดูแลวัยเตาะแตะ¹⁴ และจากการศึกษาของ รรณณ แสงแก้วและคณะ พบว่าการรับรู้ประโยชน์สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 26.4 ($R^2=.264, p<.05$)¹⁵

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ($r=.512, p<.1$) สอดคล้องกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁹ ที่กล่าวว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพและมีผลโดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคมหรือการกระตุ้นความมุ่งมั่นทำให้เกิดพฤติกรรมนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของของกวดิ นนทพันธ์ ที่พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็กในจังหวัดสงขลา¹⁰ รวมถึงการศึกษาของพรรษา ตระกูลบางคล้าและคณะ ที่กล่าวถึงการจัดการเรียนรู้ที่บ้านสำหรับเด็กปฐมวัย ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครูพี่เลี้ยงมีบทบาทในการสนับสนุนสื่อการสอน การติดต่อสื่อสารระหว่างบ้านและโรงเรียน การดูแลสุขภาพจิตที่ดีของเด็ก ครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครอง⁷ และจากการศึกษาของปรีชญาพร ธิสาระและคณะพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้ ($\beta=.196, p<.05$)¹⁵

การรับรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ($r=.216, p<.05$) จากการแพร่ระบาดของโรคส่งผลให้ผู้ปกครองมีความกลัว ความกังวล รู้สึกไม่ปลอดภัยในการดูแลเด็กปฐมวัย สอดคล้องกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁹ ที่กล่าวไว้ว่าการรับรู้และความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์จะส่งเสริมพฤติกรรมหากรับรู้ทางเลือกที่มีอยู่ ตามลักษณะความต้องการและความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม ดังนั้นแม้มีความยากลำบากและอุปสรรคมากมายเกิดขึ้นท่ามกลางการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจในการระบาดของโรคตามสื่อต่างๆ ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่บ้าน การจัดสรรพื้นที่ปลอดภัยให้เด็กได้เล่นอิสระ รวมทั้งกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นได้กำหนดแนวทางการส่งเสริมการเรียนรู้ที่บ้านตามความพร้อมของแต่ละครอบครัวสามารถยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสม⁵ ส่งผลให้ผู้ปกครองสามารถรับรู้ถึงทางเลือกที่มีอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของโชติรส สุทธิประเสริฐกุล และคณะ กล่าวว่า ผู้ปกครองต้องติดตามข่าวสารสม่ำเสมอเพื่อทำให้จิตใจให้เข้มแข็งรับมือกับการคงอยู่ของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อดูแลเด็กปฐมวัยได้อย่างครอบคลุม ท่ามกลางสภาวะความผันผวนไม่แน่นอนและซับซ้อนตามแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของเด็กรุ่นใหม่⁸



3. การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้สามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้อุปสรรคการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ($r = -.194, p < .05$) สอดคล้องกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁹ ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลรับรู้อุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพ จะเป็นสิ่งขัดขวางทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ดังนั้นการที่ผู้ปกครองรับรู้ถึงอุปสรรคในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยน้อย ส่งผลให้ผู้ปกครองมีความสามารถและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของภควดี นนทพันธ์ ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการของผู้เลี้ยงดูเด็ก¹⁰ และการศึกษาของอัจฉราพร ปิติพัฒน์ และคณะ ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของผู้ดูแลวัยเตาะแตะ¹⁴

ข้อเสนอแนะ

1. การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยควรเน้นให้ผู้ปกครองรับรู้ประโยชน์และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ และครูพี่เลี้ยง ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง
2. การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บุคลากรทางสุขภาพควรสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรค และแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้กับผู้ปกครอง
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในรูปแบบการเรียนรู้ที่บ้านในช่วงวิถีชีวิตใหม่สำหรับผู้ปกครอง โดยให้ความสำคัญในการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์เพื่อจัดอุปสรรคสร้างความเข้าใจในการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสร้างเสริมการสนับสนุนทางสังคม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

References

1. Division of communicable diseases. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. Nonthaburi: Department of disease control; 2021 [cited 2022 Oct 1]. Available from: [\(in Thai\)](http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php)
2. Department of disease control. Guidelines for prevention of coronavirus disease 2019 for children [Internet]. Nonthaburi; 2022 [cited 2022 Oct 1]. Available from: [\(in Thai\)](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/g_other080465.pdf)
3. ThaiHealth Promotion Foundation. Promoting early childhood's development during the coronavirus disease 2019 Pandemic. [Internet]. Bangkok; ThaiHealth Official; 202 [Cited 2022 Oct 1]. Available from: [\(in Thai\)](https://www.thaihealth.or.th)



4. Ministry of Public Health. Report to indicators at early childhood's development. [Internet]. Health Data Center; 2021 [cited 2022 Oct 1]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page>.(in Thai)
5. Department of health. A guideline for educational institutions in epidemic prevention of the COVID-19 of school [Internet]. Nonthaburi: Q advertising company limited; 2020 [cited 2021 Oct 1]. Available from: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/associates/educational-manual-covid19>.(in Thai)
6. Thaila P, Onthanee A, Jantakoon J. Early childhood and new learning promotion in new normal method. *Journal of Humanities and Social Sciences*. 2021;13(1):187-202.(in Thai)
7. Trakulbangkla P, Sankapong W, Roonnajak C. Home-based learning for young children during Coronavirus pandemic (COVID-19). *Journal of Educational Studies* 2022;16(1):32-41.(in Thai)
8. Sutthiprasert C, Nawan W, Rungseewong P, Poompachati P. The well-being of early childhood in new normal situationg. *Dhonburi Rajabhat University Journal* 2021; 15(1):225-41.(in Thai)
9. Pender NJ, Murdaugh, C. L., Parsons, M. A. Health promotion in nursing practice. 6thed. New Jersey: Prentice-Hall; 2011.
10. Nontapan P. Factors related to behaviors promoting preschooler development among child care Providers, Songkhla Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi province* 2018;1(2):10-24.(in Thai)
11. Best, John W. Research in education. 10thed. Boston: Pearson Education, Inc; 2016.
12. Disira Phangsanga D, Khayankij S. Parents' roles in promoting preschooler's health care during the spread of COVID-19 in Watamarintraram school; 2021 [cited 2023 Jun 1]. Available from: <https://so01.tci-thaijo.org/index.php/OJED/article/download/248559/168547/913567>.(in Thai)
13. Seethikaew N, Kodyee S, Moonpanane K, Pitchalard K, Reangsing C, Singkhorn O, et al. Factors related to positive parenting behaviors and executive function in preschool-age children, Chiang Rai Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2022;32(3):122-33.(in Thai)
14. Pitipat A, Bhokkhabhubeth S, Khamsripon C, Reungworaboon S. Factors related to behaviors promoting toddler's growth and development of toddler caregivers. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2018;13(3):1-10.(in Thai)
15. Saengkaew R, Poogpan J, Kamenkan K, Maspromrat W. Factors predicting behaviors of caregivers in promoting early childhood development. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2021; 14(2):152-64. (in Thai)
16. Thisara P, Ponmark J, Seekhao P, Sinlapawitthayathon B. Predictive factors of parental behaviors on promoting early childhood development in Phayao Province. *Journal of Nursing and Health Care* 2017; 35(2):169-76.(in Thai)
17. Lee SJ, Ward KP, Chang OD, Downing KM. Parenting activities and the transition to home-based education during the COVID-19 pandemic. *Child Youth Serv Rev*. 2021 Mar;122:105585. doi: 10.1016/j.childyouth.2020.105585. Epub 2020 Oct 13. PMID: 33071407; PMCID: PMC7553006.



ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านห้องเรียน อัจฉริยะของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกิน

The Effectiveness of an Enhancing Motivation Program via Smart Classroom in Weight Reduction of Nursing Students with Over Body Mass Index

บุญชัย ภาละกาล¹ สุทธิพร มุลศาสตร์² ขจิตพรหม กฤตพลวิมาน²

Boonchai Phalakan¹ Sutteeporn Moolsart² Khajitpan Kritpolviman²

¹นักศึกษาหลักสูตร พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

²สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

¹Master student of M.N.S. (Community Nurse Practitioner) School of Nursing,

Sukhothai Thammathirat Open University

²Department of Nursing, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

Corresponding author: Sutteeporn Moolsart; Email: sutteeporn@yahoo.com

Received: April 11, 2023 Revised: May 15, 2023 Accepted: May 19, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านห้องเรียนอัจฉริยะต่อแรงจูงใจในการลดน้ำหนัก พฤติกรรมการลดน้ำหนัก เส้นรอบเอว และ ดัชนีมวลกายของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกิน การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกิน ที่ศึกษาในสถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี เป็นกลุ่มทดลอง และในจังหวัดนครราชสีมา เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนกลุ่มละ 30 คน กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านห้องเรียนอัจฉริยะที่พัฒนาขึ้นใช้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยประยุกต์แนวคิดแบบจำลองแรงจูงใจของเซลเลอร์มีระยะเวลา 10 สัปดาห์ ดำเนินการในระหว่างวันที่ 19 ธันวาคม 2565-26 กุมภาพันธ์ 2566 ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 กิจกรรมการเรียนรู้ผสมผสานการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบเผชิญหน้าและผ่านห้องเรียนอัจฉริยะซึ่งประกอบด้วยการใช้ภูเกิลคลาสรูมในการบรรยายและศึกษาสื่อออนไลน์ การใช้ภูเกิลมีฟในการปฏิสัมพันธ์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการใช้ไลน์ออฟฟิเชียล แอดเคาท์ในการสื่อสารเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจและติดตามสมดุลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย 2) แบบสอบถาม ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แรงจูงใจในการลดน้ำหนัก และส่วนที่ 3 พฤติกรรมการลดน้ำหนัก โดยส่วนที่ 2 และ 3 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .91 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจในการลดน้ำหนักและพฤติกรรมการลดน้ำหนักดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เส้นรอบเอวน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนดัชนีมวลกายน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ดัชนีมวลกายเกิน; นักศึกษาพยาบาล; แรงจูงใจ; ห้องเรียนอัจฉริยะ; การลดน้ำหนัก



The Effectiveness of an Enhancing Motivation Program via Smart Classroom in Weight Reduction of Nursing Students with Over Body Mass Index

Boonchai Phalakan¹ Sutteeporn Moolsart² Khajitpan Kritpolviman²

¹ Master student of M.N.S. (Community Nurse Practitioner) School of Nursing,
Sukhothai Thammathirat Open University

² Department of Nursing, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

Corresponding author: Sutteeporn Moolsart; Email: sutteeporn@yahoo.com

Received: April 11, 2023 Revised: May 15, 2023 Accepted: May 19, 2023

Abstract

The purpose of this study was to determine the effectiveness of a weight loss motivational program delivered in a smart classroom setting on nursing students with high body mass indices in terms of their motivation to lose weight, their weight loss behaviors, their waist circumference, and their BMI. The quasi-experimental study used a two-group pretest-posttest design. Both an experimental group of 30 nursing students with a high body mass index who attended a nursing school in the province of Ubon Ratchathani and a comparison group of 30 students from the province of Nakhon Ratchasima made up the sample. The samples were selected at random. The research resources used included: 1) a 10-week smart classroom weight reduction motivation program which was created based on Keller's ARCS-V Motivation Model for the context of the 2019 Coronavirus Disease epidemic. The quality of tools were checked by experts with content validity index of 1.00. The learning activities were hybrid workshops held both on-site and online conducted from December 19, 2022 to February 26, 2023. This includes utilizing Google Classroom for instruction and learning via online resources, Google Meet for discussions to share knowledge, and the official LINE account for communication to spark motivation and monitor the balance between food intake and activity. 2) The questionnaire was divided into three parts: Part I was for personal information, Part II was for motivation to lose weight, and Part III was for conduct. Parts 2 and 3 both had content validity indices of 1.00 and Cronbach alpha coefficients of .91 and .92, respectively. Descriptive statistics and t-tests were used to assess the data. The outcomes showed that after joining the program, the experimental group had better weight loss motivation and weight loss behavior than before participating in the program, and better than the comparison group at a statistically significant level of .05. Waist circumference was lower than before joining the program at a statistically significant level of .05 and was not statistically significantly different from the comparison group at the .05 level, while body mass index was lower than before joining the program and was not statistically significantly different from the comparison group at the .05 level.

Keywords: excessive body mass index; nursing students; motivation; smart classroom; weight loss

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนจัดเป็นปัญหาสุขภาพที่คุกคามหลายประเทศทั่วโลก ข้อมูลล่าสุดขององค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า ประชากรทั่วโลกมีภาวะน้ำหนักเกินมากถึง 1.9 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 39 ของประชากรโลก โดยแบ่งเป็นประชากรในวัยผู้ใหญ่ 650 ล้านคน วัยรุ่น 340 ล้านคน และเด็ก 39 ล้านคน ตัวเลขนี้ยังคงเพิ่มขึ้น และ ประเมินการว่าภายในปี 2568 ผู้คนประมาณ 167 ล้านคน ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก จะมีสุขภาพที่แย่ลงเนื่องจากมีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน¹ นอกจากนี้ข้อมูลของภูมิภาคอาเซียน พบว่าประเทศไทยมีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนสูงเป็นอันดับ 2 อยู่ที่ร้อยละ 8.5 รองจากมาเลเซีย² และจากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายทั่วประเทศล่าสุด ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบความชุกของภาวะอ้วนในประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 42.2 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจ ครั้งที่ 5 เมื่อปี พ.ศ. 2557 โดยเฉพาะในผู้หญิงความชุกเพิ่มจากร้อยละ 41.8 เพิ่มเป็นร้อยละ 46.4 ส่วนในผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 32.9 เป็นร้อยละ 37.8 ซึ่งความชุกของภาวะอ้วนของประชากรมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน³ โดยขณะที่ข้อมูลจากกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปี 2564-2566 ร้อยละของประชากรคนไทยวัยรุ่นและวัยทำงานอายุ 19-29 ปี ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน มีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น จาก ร้อยละ 28.42 ในปี 2564 เพิ่มเป็น ร้อยละ 35.65 ในปี 2566⁴

นักศึกษาพยาบาลถือว่าอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงที่ต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ อาทิเช่น เปลี่ยนจากการอยู่กับผู้ปกครองมาใช้ชีวิตในหอพัก ประกอบกับการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ที่มีเนื้อหาที่ยาก ซับซ้อน ทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย ซึ่งพบว่าความเครียดส่งผลให้รูปแบบการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงจนเกิดภาวะอ้วน⁵ และในช่วงในปีการศึกษา 2563-2564 มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สถาบันการศึกษาได้มีมาตรการในการควบคุมการเข้าออกอย่างเคร่งครัด ทำให้นักศึกษาสั่งอาหารผ่านบริการ Food Delivery เป็นหลัก มีกิจกรรมทางกายที่ลดลง จึงมีผลทำให้มีดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแก้ไขภาวะน้ำหนักเกินดังกล่าว หากไม่เช่นนั้นนักศึกษาพยาบาลเหล่านี้จะกลายเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีปัญหาสุขภาพในอนาคต และนอกจากนั้นพยาบาลวิชาชีพ ยังถูกคาดหวังจากสังคมในการเป็นแบบอย่างประชาชนด้านสุขภาพที่ดีของประชาชน⁶ โดยในปีการศึกษา 2564 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ได้มีการตรวจสุขภาพนักศึกษาประจำปี ระหว่างปีการศึกษา 2562-2564 พบว่ามีนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI 23.00-30.99 Kg/m²) มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเมื่อพิจารณานักศึกษาในรุ่นเดียวกันจากชั้นปีที่ 1- ชั้นปีที่ 4 ในปีการศึกษา 2562-2564 พบว่ามีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.59 เป็น ร้อยละ 21.66 และร้อยละ 22.73 ตามลำดับ⁷ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าจำนวนและสัดส่วนของผู้มีน้ำหนักเกินนี้มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในขณะที่ใช้ชีวิตอยู่ในวิทยาลัย

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง โดยในประเทศไทยพบว่ามีแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁸ และนอกจากนี้ยังพบว่า โรคอ้วนเป็นปัจจัยที่ชักนำให้การป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีความรุนแรงและเสียชีวิตได้ง่ายเพิ่มมากขึ้นได้ถึง 2-3 เท่าและ 5 เท่าในคนอ้วนที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร และ 40 กิโลกรัม/ตารางเมตร ตามลำดับ⁹ ภาวะน้ำหนักเกินไม่ได้ส่งผลต่อสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังส่งผลต่อเศรษฐกิจ โดยพบว่า ร้อยละ 13.2 ของงบประมาณสาธารณสุขทั่วโลก สูญเสียไปกับปัญหาน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ซึ่งเศรษฐกิจประเทศไทยก็ได้รับผลกระทบเช่นเดียวกัน โดยปัญหานี้ก่อความสูญเสียทางเศรษฐกิจคิดเป็น มูลค่ามากกว่า 2 แสนล้านบาท หรือร้อยละ 1.27 ของ GDP ทั้งประเทศ¹⁰



จากศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักเกิน และพฤติกรรมการลดความอ้วนของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ความรู้และทัศนคติต่ออาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอุปนิสัย การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงจูงใจในการลดน้ำหนัก การจัดการความเครียด ปัจจัยลักษณะเฉพาะทางวิชาชีพ ความต้องการภาพลักษณ์ที่ดี และ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ เป็นต้น ในส่วนของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาพยาบาล พบว่ามีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura¹¹ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House¹² การใช้กรอบแนวคิด 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) แนวคิดเทคนิคกำกับตนเองของเคนเฟอร์¹³ แนวคิดแบบจำลองแรงจูงใจ (ARCS-V Motivation Model) ของ Keller¹⁴ โดยใช้ระยะเวลาตั้งแต่ 8 สัปดาห์ ถึง 16 สัปดาห์ มีการร่วมกิจกรรมแบบเผชิญหน้าเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาจไม่เหมาะสมในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และพบว่าการศึกษาวิจัยที่นำการสื่อสารหรือการทำกิจกรรมผ่านระบบออนไลน์ กลับได้ผลลัพธ์ที่ดี แม้ว่าปัจจุบันสถานการณ์การระบาดจะคลี่คลายลงแล้วก็ตาม

ห้องเรียนอัจฉริยะ (Smart Classroom) เป็นรูปแบบหนึ่งของผู้สอนสามารถนำมาประยุกต์ในการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดการเรียนรู้โดยมีการนำเอานวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการเรียน ซึ่งมีองค์ประกอบหลักที่มาจากคำสำคัญที่แสดงให้เห็นในมิติในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ 1) S (Showing) มิติของความสามารถในการนำเสนอข้อมูลสารสนเทศในการเรียนการสอน 2) M (Manageable) มิติด้านความสามารถในเชิงบริหารจัดการ 3) A (Accessible) มิติด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางการเรียนรู้ 4) R (Real-time Interactive) มิติในเชิงปฏิสัมพันธ์ในการสร้างประสบการณ์ทางการเรียนการสอน และ 5) T (Testing) มิติด้านการทดสอบ¹⁵ จากการศึกษาวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศยังไม่พบว่ามีหรือนำหลักการหรือรูปแบบดังกล่าวมาประยุกต์ใช้เพื่อการลดน้ำหนักหรือแก้ปัญหาภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านห้องเรียนอัจฉริยะของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกิน โดยได้ออกแบบโปรแกรมดังกล่าวให้เสมือนหนึ่งเป็นห้องเรียนอัจฉริยะที่ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารและแอปพลิเคชันต่าง ๆ บนสมาร์ตโฟน เป็นการทำกิจกรรม การเรียนรู้และสื่อสารออนไลน์ สามารถทำกิจกรรมการลดน้ำหนักได้ด้วยตนเอง ไม่จำกัดเวลาหรือสถานที่ ภายใต้แนวคิดแบบจำลองแรงจูงใจ (ARCS-V Motivation Model) ของเคลเลอร์ (Keller)¹⁶ มาใช้สร้างแรงจูงใจลดน้ำหนัก และ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลดน้ำหนัก อันจะนำไปสู่การลดน้ำหนักได้อย่างเหมาะสมสำหรับนักศึกษาพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านห้องเรียนอัจฉริยะต่อแรงจูงใจในการลดน้ำหนัก พฤติกรรมการลดน้ำหนัก เส้นรอบเอว และดัชนีมวลกายของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกิน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านห้องเรียนอัจฉริยะต่อแรงจูงใจในการลดน้ำหนักของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกิน
- 2) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักห้องเรียนอัจฉริยะต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกิน



- 3) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงใจในการลดน้ำหนักผ่านห้องเรียนอัจฉริยะต่อเส้นรอบเอวของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกิน
- 4) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงใจในการลดน้ำหนักผ่านห้องเรียนอัจฉริยะต่อดัชนีมวลกายของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกิน

สมมติฐานการวิจัย

หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ นักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกินในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของแรงใจในการลดน้ำหนัก พฤติกรรมการลดน้ำหนัก ดีกว่าเข้าร่วมโปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เส้นรอบเอว และดัชนีมวลกาย น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงใจในการลดน้ำหนักผ่านห้องเรียนอัจฉริยะต่อแรงใจในการลดน้ำหนัก พฤติกรรมการลดน้ำหนัก เส้นรอบเอว และดัชนีมวลกายของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกิน โดยประยุกต์แนวคิดแบบจำลองแรงใจ (ARCS-V Motivation Model) ของ Keller¹⁶ ซึ่งเชื่อว่าแรงใจทำให้ผู้เรียนเกิดทิศทางและความคงอยู่ของความพยายามสู่การลงมือปฏิบัติจนกว่าจะบรรลุเป้าหมาย ทั้งนี้กระบวนการออกแบบการสร้างเสริมแรงใจในลดน้ำหนักประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความสนใจ (attention) เป็นการกระตุ้นความสนใจ ความอยากรู้ของผู้เรียน 2) ความสัมพันธ์ (relevance) เป็นการรับรู้ของผู้เรียนว่ากิจกรรมการเรียนรู้สอดคล้องกับเป้าหมาย 3) ความเชื่อมั่น (confidence) เป็นการสร้างความความคาดหวังเชิงบวกต่อความสำเร็จ 4) ความพึงพอใจ (satisfaction) เป็นการสร้างความรู้สึกที่ดีจากผลลัพธ์พฤติกรรมที่นำไปสู่ความสำเร็จและ 5) การตัดสินใจด้วยตนเอง (volition) เป็นการกำกับตนเองให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งจะทำให้เกิดแรงใจและพฤติกรรมในการลดน้ำหนัก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และ กลุ่มเปรียบเทียบ โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากรได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2565 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 630 คน 2) กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1-3 ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกิน ($BMI \geq 23 \text{ Kg/m}^2$) ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เป็นกลุ่มทดลอง และในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power วิเคราะห์และคำนวณ effect size จากงานวิจัยของ อดุลย์ วุฒิจรัสพันธุ์, สุทธิพร มุลศาสตร์ และกฤษฎณาพร ทิพย์กาญจนเรขา¹⁴ ได้เท่ากับ 1.006 และค่าแอลฟา (alpha) ที่ .05 ใช้ค่าอำนาจทดสอบ (power) ที่ .95 โปรแกรมคำนวณจำนวนตัวอย่างได้กลุ่มละ 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 เป็นกลุ่มละ 30 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยสุ่มเลือกจากข้อมูลงานทะเบียนและผลการตรวจสุขภาพนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-3 ปี



การศึกษา 2564 ผู้ที่มีดัชนีมวลกาย $\geq 23 \text{ Kg/m}^2$ จำนวนทั้งหมด 94 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีดัชนีมวลกาย $\geq 23 \text{ Kg/m}^2$ 2) เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-3 3) มีอายุระหว่าง 18-25 ปี 4) ใช้โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟน 5) ไม่รับประทานยา/ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หรือ หายุดรับประทานมาไม่น้อยกว่า 1 ปี 6) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมโปรแกรม 7) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยมี 2 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านห้องเรียนอัจฉริยะของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกิน โดยประยุกต์แนวคิดแบบจำลองแรงจูงใจ (ARCS-V Motivation Model) ของ Keller¹⁶ โปรแกรมประกอบด้วยกรอบเชิงปฏิบัติการแบบเผชิญหน้าและแบบออนไลน์ผ่านห้องเรียนอัจฉริยะ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และสายวัดรอบเอว ดังนี้ 1) แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจผ่านห้องเรียนอัจฉริยะในการลดน้ำหนักของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกิน ใช้แบบสอบถามโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ ของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนของ อุดลย์ วุฒิจรัสพันธุ์, สุทธิพร มูลศาสตร์ และกฤษณาพร ทิพย์กาญจนธนา¹⁴ โดยนำแบบสอบถามดังกล่าวมาปรับปรุงเพื่อให้เข้ากับกลุ่มตัวอย่าง และบริบทพื้นที่ที่ศึกษาประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ชั้นปี เพศ อายุ บุคคลในครอบครัวที่มีภาวะอ้วน และ ประสบการณ์ในการลดน้ำหนัก ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ มีจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แรงจูงใจในการลดน้ำหนัก มีข้อคำถามทั้งสิ้น 25 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการลดน้ำหนักตั้งแต่ แรงจูงใจในการลดน้ำหนักอยู่ในระดับน้อยที่สุด-แรงจูงใจในการลดน้ำหนักอยู่ในระดับมากที่สุด¹⁷

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการลดน้ำหนัก มีข้อคำถามทั้งสิ้น 32 ข้อ การแปลผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการลดน้ำหนัก โดยพิจารณาตามเกณฑ์การแปลความหมายของข้อมูลตามคะแนนเฉลี่ย (Mean) ของช่วงระดับคะแนน 5 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง เกือบทุกครั้ง และเป็นประจำ ซึ่งใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการลดน้ำหนักตั้งแต่ พฤติกรรมการลดน้ำหนักอยู่ในระดับน้อยที่สุด-พฤติกรรมการลดน้ำหนักอยู่ในระดับมากที่สุด¹⁷

ส่วนที่ 4 ผลการตรวจร่างกาย (บันทึกโดยผู้วิจัย) ประกอบด้วย เส้นรอบเอว น้ำหนักส่วนสูงและ ดัชนีมวลกาย เป็นแบบเติมคำตอบ มีจำนวน 4 ข้อ 2) เครื่องชั่งน้ำหนัก 3) สายวัดรอบเอว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป มีความรู้ความชำนาญในเรื่องที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (item content validity index, I-CVI) ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมฯโดยรวมเท่ากับ 1.0 ความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามด้านแรงจูงใจในการลดน้ำหนัก เท่ากับ .98 ด้านพฤติกรรมการลดน้ำหนักเท่ากับ .99 2) การตรวจสอบค่าความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยตรวจสอบค่าความเที่ยง โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับประชากรที่ศึกษา จำนวน



30 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ผลคือ แรงจูงใจในการลดน้ำหนักเท่ากับ .96 และพฤติกรรมการลดน้ำหนักเท่ากับ .90

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการทดลอง

1. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองเป็นเวลา 10 สัปดาห์โดยมีการจัดการเรียนการสอน ตามปกติร่วมกับการใช้โปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจ โดยการทำกิจกรรมในรูปแบบเผชิญหน้า และกิจกรรมในรูปแบบออนไลน์ผ่านห้องเรียนอัจฉริยะ ตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 19-20 ธันวาคม 2565 เวลา 17.00-20.30 น. จัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการลดน้ำหนักตามโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจ

สัปดาห์ที่ 1-10 (วันที่ 19 ธันวาคม 2565-25 กุมภาพันธ์ 2566) จัดกิจกรรมทาง Online ผ่านห้องเรียนอัจฉริยะ โดยมีกิจกรรมในทุกวันที่ 1, 3 และ 5 ของสัปดาห์

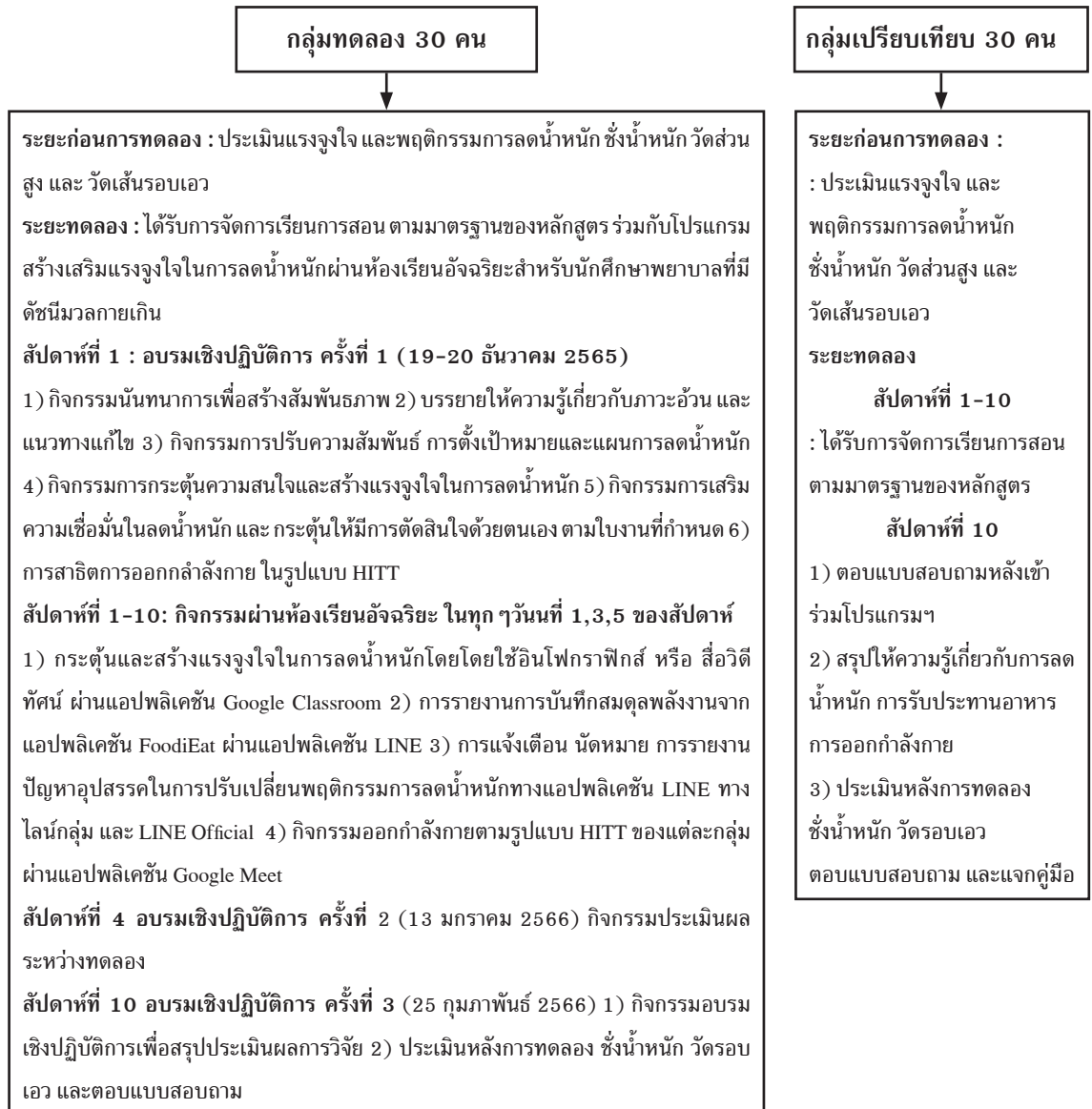
สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมประเมินผลระหว่างการทดลอง (วันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2566) มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อติดตามการนำแผนการลดน้ำหนักไปปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 10 (วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566) จัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อสรุปประเมินผลการวิจัยตามโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจ

2. กลุ่มเปรียบเทียบ กิจกรรมประกอบด้วยการตอบแบบสอบถามโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ ครั้งที่ 1 ในวันที่ 20 ธันวาคม 2565 โดยในช่วงวันที่ 20 ธันวาคม 2565 ถึงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2566 ได้รับการจัดการเรียนการสอนและทำกิจกรรมตามปกติของวิทยาลัย โดยไม่ได้ควบคุมปัจจัยอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับการลดน้ำหนัก หลังสิ้นสุดผู้วิจัยได้ให้ตอบแบบสอบถามหลังการทดลองและมอบคู่มือโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ พร้อมทั้งอธิบายการใช้งานแอปพลิเคชันต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง



ขั้นตอนการทดลองโปรแกรมการเสริมสร้างแรงใจในการลดน้ำหนักฯ แสดงดังภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความแตกต่างตัวแปรระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติทดสอบที (independent t-test) การเปรียบเทียบความแตกต่างตัวแปรระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติทดสอบที (paired t-test) โดยมีการทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติของตัวแปรก่อนทดลองตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติทดสอบที ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ดำเนินการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 25/2565 เมื่อวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ.2565 รวมทั้งได้มีการชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการลงนามในเอกสารยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างอิสระ โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการถอนตัวออกจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งนี้ในกลุ่มเปรียบเทียบได้ให้ผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่เป็นผู้ช่วยดำเนินการให้เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน และผู้วิจัยได้นำโปรแกรมไปให้กับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังสิ้นสุดโปรแกรมสัปดาห์ที่ 10 เพื่อให้กลุ่มเปรียบเทียบได้นำไปใช้ในการลดน้ำหนักของตนเองต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลส่วนบุคคลที่ใกล้เคียงกัน ดังนี้ 1) ชั้นปี ทั้งสองกลุ่มเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1-3 โดยเป็นนักศึกษาในชั้นปีที่ 1 มากที่สุด 2) เพศ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 3) อายุ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 19.90 ปี กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 19.80 ปี บุคคลในครอบครัวที่มีภาวะอ้วน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีบุคคลในครอบครัวที่มีภาวะอ้วน โดยส่วนใหญ่เป็น บิดา/มารดา และ 5) ประสิทธิภาพในการลดน้ำหนัก ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพในการลดน้ำหนัก โดยใช้วิธีการควบคุมอาหาร ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชั้นปี				
ชั้นปีที่ 1	13	43.33	11	36.67
ชั้นปีที่ 2	8	26.67	10	33.33
ชั้นปีที่ 3	9	30.00	9	30.00
เพศ				
ชาย	2	6.70	3	10.00
หญิง	28	93.30	27	90.00
อายุ	M = 19.90, SD = 1.18		M = 19.80, SD = .66	
	Min = 18, Max = 22		Min = 18, Max = 21	
18 ปี	2	6.70	1	3.30
19 ปี	12	40.00	7	23.30
20 ปี	7	23.30	19	63.30
21 ปี	5	16.70	3	10.00
22 ปี	4	13.30	-	-
บุคคลในครอบครัวที่มีภาวะอ้วน				
ไม่มี	6	20.00	6	20.00
มี	24	80.00	24	80.00
บิดา/มารดา	18	60.00	19	63.30
พี่/น้อง	8	26.70	8	26.70
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	9	30.00	2	6.70
ลุง/ป้า/น้า/อา	7	23.30	4	13.30
ประสบการณ์ในการลดน้ำหนัก				
ไม่มี	6	20.00	6	20.00
มี	24	80.00	24	80.00
ควบคุมอาหาร	18	75.00	20	83.33
งดการรับประทานบางมื้อ	15	62.50	18	75.00
ออกกำลังกาย	14	58.33	21	87.50
รับประทานยาลดความอ้วน	2	8.33	2	8.33
ปรึกษาแพทย์	1	4.17	0	.00
เข้าร่วมโปรแกรมลดน้ำหนัก	1	4.17	1	4.17



2. แรงจูงใจในการลดน้ำหนักของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกิน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการลดน้ำหนักอยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการลดน้ำหนักอยู่ในระดับมากซึ่งดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 2, 3 และ 4

3. พฤติกรรมการลดน้ำหนักของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกิน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการลดน้ำหนักอยู่ในระดับน้อย หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการลดน้ำหนักอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 2, 3 และ 4

4. เส้นรอบเอวของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกิน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 87.17 เซนติเมตร หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 85.01 เซนติเมตร ซึ่งน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 2, 3 และ 4

5. ดัชนีมวลกายของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกิน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายเฉลี่ยอยู่ในระดับอ้วนระดับ 1 (BMI เฉลี่ย = 29.04 kg/m^2) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนระดับ 1 (BMI เฉลี่ย = 28.94 kg/m^2) ซึ่งน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 2, 3 และ 4

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแรงจูงใจในการลดน้ำหนัก พฤติกรรมการลดน้ำหนัก เส้นรอบเอว และ ดัชนีมวลกาย ของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกินของกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($n=30$)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			paired sample t- test	p (one tail)
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
1. แรงจูงใจในการลดน้ำหนัก	3.12	.42	ปานกลาง	3.59	.31	มาก	-5.51	<.001*
2. พฤติกรรมการลดน้ำหนัก	2.52	.40	ปานกลาง	3.43	.26	ปานกลาง	-13.42	<.001*
3. เส้นรอบเอว	87.10	12.04	-	85.00	12.13	-	2.725	.011*
4. ดัชนีมวลกาย	29.04	4.97	อ้วนระดับ1	28.94	5.22	อ้วนระดับ1	.520	.607

* $p < .05$



ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแรงใจในการลดน้ำหนัก พฤติกรรมการลดน้ำหนัก เส้นรอบเอว และ ดัชนีมวลกาย ของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกินของกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและ หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			paired sample t- test	p (one tail)
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
1. แรงใจในการลดน้ำหนัก	2.98	.37	ปานกลาง	3.09	.35	ปานกลาง	-1.80	.081
2. พฤติกรรมการลดน้ำหนัก	2.83	.35	ปานกลาง	2.83	.27	ปานกลาง	-.09	.929
3. เส้นรอบเอว	83.70	11.08	-	84.00	11.63	-	-.199	.843
4. ดัชนีมวลกาย	28.04	4.53	อ้วน ระดับ1	27.44	4.79	อ้วน ระดับ1	.754	.457

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแรงใจในการลดน้ำหนัก พฤติกรรมการลดน้ำหนัก เส้นรอบเอว และ ดัชนีมวลกาย ของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)			independent t-test	p (one tail)
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
1. แรงใจในการลดน้ำหนัก	3.59	.31	มาก	3.09	.35	ปานกลาง	5.717	<.001*
2. พฤติกรรมการลดน้ำหนัก	3.35	.33	ปานกลาง	2.86	.38	ปานกลาง	5.374	<.001*
3. เส้นรอบเอว	85.01	12.13	-	84.04	11.62	-	.317	.752
4. ดัชนีมวลกาย	28.94	5.22	อ้วน ระดับ1	27.44	4.79	อ้วน ระดับ1	1.155	.253

* p<.05

อภิปรายผล

1. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมแรงใจในการลดน้ำหนักผ่านห้องเรียนอัจฉริยะต่อแรงใจในการลดน้ำหนักของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกิน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแรงใจในการลดน้ำหนักดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อาจเนื่องจากโปรแกรมสร้างเสริมแรงใจ สร้างมาจากกรอบแนวคิดแบบจำลองแรงใจ (ARCS-V Motivation Model) ของ Keller¹⁶ ที่มุ่งการสร้างแรงใจที่เชื่อมโยงถึงทิศทาง มิติ และความคงอยู่ของพฤติกรรมประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ ความใส่ใจ ความสัมพันธ์ ความเชื่อมั่น ความพึงพอใจ และการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยมีกิจกรรมในโปรแกรมที่ทำให้กลุ่มทดลองเกิดแรงใจในการ



ลดน้ำหนัก โดยใช้กิจกรรมทั้งในรูปแบบเผชิญหน้าได้แก่ กิจกรรมนันทนาการเพื่อกระตุ้นความสนใจในการลดน้ำหนัก การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการลดน้ำหนักที่ประสบผลสำเร็จ และกิจกรรมในรูปแบบออนไลน์ผ่านห้องเรียนอัจฉริยะได้แก่ การนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เป็นอินโฟกราฟิกส์ คลิปวิดีโอ ทบทวนความรู้และตั้งคำถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก ผ่านการใช้แอปพลิเคชัน Google Classroom ร่วมกับกระตุ้นความสนใจและกำกับติดตามด้วยแอปพลิเคชัน Line Official ในการแจ้งเตือนการทำกิจกรรมต่างๆ ในทุก ๆ วันที่ 1, 3 และ 5 ของสัปดาห์ ทำให้กลุ่มทดลองสนใจกิจกรรมและมีแรงจูงใจที่จะลดน้ำหนัก สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา^{12-14,18-19} ที่พบว่าแรงจูงใจในการลดน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านห้องเรียนอัจฉริยะต่อพฤติกรรมลดน้ำหนักของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกิน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมลดน้ำหนักดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องจากโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจสร้างมาจากกรอบแนวคิดแบบจำลองแรงจูงใจ (ARCS-V Motivation Model) ของ Keller¹⁶ ที่อธิบายว่าพฤติกรรม การลงมือปฏิบัติเป็นผลมาจากการกระตุ้นความสนใจ การปรับความสัมพันธ์ การเสริมความเชื่อมั่น เพื่อให้เกิดทิศทางความพยายาม จนกระทั่งสู่การลงมือปฏิบัติด้วยกลวิธีควบคุมการกระทำ (การกำกับตนเอง) และ กิจกรรมการบันทึก พฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย เพื่อกำกับตนเอง ผ่านห้องเรียนอัจฉริยะโดยใช้แอปพลิเคชันต่างๆ ที่เกี่ยวข้องดำเนินการภายใต้มิติต่างๆของห้องเรียนอัจฉริยะได้แก่ 1) มิติด้านการนำเสนอข้อมูล โดยประยุกต์ใช้สื่อ นำเสนอความรู้ให้กับกลุ่มตัวอย่าง ผ่าน Google Classroom โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลที่ประสบผลสำเร็จในการลดน้ำหนัก ทำให้กลุ่มตัวอย่างอยากเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองไปในทางที่ดีขึ้น 2) มิติด้านการบริหารจัดการ (Manageable, M) โดยใช้การบริหารจัดการ การให้ความรู้ การติดตามนัดหมายกิจกรรมต่างๆ โดยใช้ Line Official ร่วมกับ Line กลุ่ม ทำให้การติดต่อสื่อสารกับกลุ่มตัวอย่างเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) มิติด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล (Accessible, A) โดยจัดให้มีการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้วยการใช้ Line Official เป็นตัวกลางในการส่ง Link ข้อมูล บทความ หรือสื่อการสอนที่เกี่ยวข้องไปยังกลุ่มตัวอย่างเป็นรายกลุ่มและบุคคล 4) มิติด้านการทำงานที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วยเวลาจริง (Real-time Interactive, R) มีการประชุมและมีกิจกรรมการออกกำลังกายรายกลุ่มผ่าน Google Meet และ 5) มิติด้านการทดสอบ (Testing, T) จัดให้มีการทดสอบผ่านการตอบคำถามเกี่ยวกับการลดน้ำหนักประจำสัปดาห์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามพร้อมทั้งเก็บคะแนนผ่าน Google Classroom ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา^{11,13-14,19-20} ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการลดน้ำหนัก หลังเข้าร่วมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านห้องเรียนอัจฉริยะต่อเส้นรอบเอวของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกิน พบว่า เส้นรอบเอวของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกินหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีเส้นรอบเอวเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นไปตามสมมุติฐาน แต่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่าง มีรอบเอวที่ลดลง ด้วยการออกกำลังกายจากปัจจัยการเผาผลาญไขมัน 2 ประการ คือ 1) ปริมาณกรดไขมันในพลาสมาและไตรกลีเซอไรด์ในกล้ามเนื้อ และ 2) ความสามารถของกล้ามเนื้อในการเผาผลาญกรดไขมัน²¹ สอดคล้องกับผลการวิจัยหลายเรื่อง^{14,22-25} ที่เน้นเรื่องโภชนาการและการออกกำลังกายด้วยตนเอง โดยผลวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีน้ำหนักและค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)



อย่างไรก็ตามการการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอวไม่มีความแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากระยะเวลาของโปรแกรมใช้เวลาทั้งหมด 10 สัปดาห์ อาจทำให้กระบวนการเผาผลาญพลังงานจากการใช้ไขมันส่วนเกินบริเวณหน้าท้องดังกล่าวไม่มากพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา²⁴⁻²⁵ ที่ผลวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักและเส้นรอบเอว มีแนวโน้มลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ

4. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมแรงใจในการลดน้ำหนักผ่านห้องเรียนอัจฉริยะต่อดัชนีมวลกายของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกิน พบว่า ค่าดัชนีมวลกายก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายเฉลี่ยไม่แตกต่างจากหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ และไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ การวิจัยนี้จึงไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจากระยะเวลาของโปรแกรมใช้เวลาทั้งหมด 10 สัปดาห์ อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้การเปลี่ยนแปลงของปริมาณมวลเนื้อเยื่อที่จะทำให้น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลง²⁴ และอาจเนื่องมาจาก ในช่วงของการทดลองเป็นช่วงที่นักศึกษาที่เป็นกลุ่มทดลองมีกิจกรรมการเรียนการสอนที่ค่อนข้างหนัก ส่งผลให้พฤติกรรมมารับประทานอาหารและออกกำลังกายไม่เป็นไปตามโปรแกรม ทั้งนี้ปัญหาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²⁵ ที่พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการลดน้ำหนักของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนเกิดจากปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ ลักษณะเฉพาะของวิชาชีพพยาบาล โดยมีเนื้อหาวิชาที่ยาก ละเอียด และ ซับซ้อน สอดคล้องกับปัญหาในการการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา²⁶ ที่พบปัญหาว่า นักศึกษามีภาระงานจากการเรียน และกิจกรรมต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก ทำให้ไม่มีเวลาในการปฏิบัติตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้อย่างเคร่งครัด ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองมีการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายที่ไม่ได้ตามสัดส่วนดังกล่าว หรือความหนักเบาของการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ เนื่องด้วยปัญหาหลายประการดังที่กล่าวแล้วในข้างต้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา²⁸⁻²⁹

ข้อจำกัดของงานวิจัย

ในกิจกรรมออกกำลังกายตามรูปแบบ HITT ของแต่ละกลุ่ม ผ่านแอปพลิเคชัน Google Meet ไม่สามารถทำได้ครบตามตารางที่ระบุเนื่องจากช่วงของการทดลองเป็นช่วงสอบและฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาทำให้มีเวลาว่างไม่ตรงกันจึงไม่สามารถออกกำลังกายร่วมกันแบบเป็นกลุ่มได้ ทั้งนี้ได้แก้ปัญหาโดยการปรับเปลี่ยนรูปแบบการออกกำลังกายตามรูปแบบ HITT แบบเดี่ยวแล้วส่งหลักฐานเป็น Clip VDO ผ่านระบบ Line กลุ่มแทน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมสร้างเสริมแรงใจในการลดน้ำหนักผ่านห้องเรียนอัจฉริยะของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกิน สามารถนำไปปรับใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกินในวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก หรือคณะพยาบาลศาสตร์ ในมหาวิทยาลัยที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) การวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาทำการทดลอง 10 สัปดาห์ ซึ่งพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายน้อย ครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาของโปรแกรมเป็น 3-6 เดือน

2) การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษามุ่งสร้างเสริมแรงใจในการลดน้ำหนักด้านพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งอาจไม่เพียงพอสำหรับการลดน้ำหนักในระยะยาว ดังนั้นอาจเพิ่มการจัดการความเครียดและเพิ่ม



แนวปฏิบัติเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการลดน้ำหนักในสถาบันการศึกษา เช่นการปรับปรุงโรงอาหารให้ส่งเสริมการลดน้ำหนัก การจัดสถานที่ออกกำลังกายและนโยบายการจัดการเรียนการสอนที่เอื้อต่อการลดน้ำหนัก เข้าไปในโปรแกรมครั้งต่อไป

3) รูปแบบกิจกรรมออนไลน์ ผ่านห้องเรียนอัจฉริยะในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แอปพลิเคชัน Google Classroom, Line และ Line Official เป็นหลักซึ่งตามสภาพปัจจุบันพฤติกรรมการใช้โปรแกรมโทรศัพท์มือถือถือพบว่ามีหลายแอปพลิเคชันที่นักศึกษาใช้ในชีวิตประจำวัน ในการศึกษาครั้งต่อไปอาจใช้แอปพลิเคชันที่หลากหลายขึ้น เช่น เฟสบุ๊ค (Facebook) อินสตาแกรม (Instagram) ติกตอก (TikTok) ทวิตเตอร์ (Twitter) เป็นต้น และควรออกแบบในรูปของเว็บแอปพลิเคชัน (Web Application) ที่ใช้งานบนสมาร์ตโฟนที่สามารถรวมการใช้ทุกแอปพลิเคชันไว้ในแอปพลิเคชันเดียวเพื่อสะดวกในการใช้งาน

References

1. World Health Organization. Obesity and overweight. [Internet]. 2021 [cited 2021 December16]. Available from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
2. ARoFIIN. Tackling obesity in ASEAN: prevalence, impact and guidance on interventions.572 The Economist Intelligence Unit (EIU) and the Asia Roundtable on Food Innovation For 573 Improved Nutrition (ARoFIIN). [Internet]. 2016 [cited 2021 October 10]. Available from https://www.evolveasia.org/wp-content/uploads/2019/11/EIU_Tackling-Obesity-in-ASEAN_Final-Report.pdf
3. Ekkapalakorn W, Phakcharoen H, Sathienoppakao W. Health survey Thai people by physical examination, 6th time, 2019–2020. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. Mahidol University; 2021.
4. Department of Health, Ministry of Public Health. Percentage of working-age population aged 19–29 years with Overweight and obese. [Internet]. 2023 [cited 2023 January12]. Available from <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/nutri1929fat?year=2023>
5. Saenchan M, Wibulchai N. Self-management experience of students Obese nurses. Mahachula Nakhonthat Journal 2022; 9(5):985–602.(in Thai)
6. Kelly M, Wills J, Jester R. & Speller V. Should nurses be role models for healthy lifestyles? Results from a modified Delphi study. [Internet]. 2017 [cited 2021 October 11]. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27683233/>
7. Boromarajonani College of Nursing. Summary report on the analysis of health examination data of nursing students for the academic year 2019–2021. Unpublished raw data ; 2021.(in Thai)
8. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Situation of NCDs prevention and control in Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health ; 2020.(in Thai)
9. Mohammad S, Aziz R, Al Mahri S, Malik SS, Haji E, Khan AH, et al. Obesity and COVID-19: what makes obese host so vulnerable? Immune Ageing. [Internet]. 2021 [cited 2022 January12]. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33390183/>



10. Wirunhakaroon T. Obesity, a serious threat that destroys health. [Internet]. 2022 [cited 2022 October 12]. Available from <https://moneyandbanking.co.th/2022/14537/>
11. Sornkasetrin A, Sriyasak A, Sangthong W, Keawpetch W, Teekhayuwatana K. The effectiveness of the caloric application on dietary behavior and body weight for overweight students. King Mongkut's college of Nursing Phetchaburi Province. *Journal of Health Research and Innovation*, 2022; 5(2):52–62.(in Thai)
12. Srimuangngam W. The effect of a weight loss program applying the self-efficacy perception theory. Behavior change step theory combined with social support theory of overweight nursing students Ratchathani University. *Ratchaphruek Journal*, 2015; 13(2) : 115–123.(in Thai)
13. Sae-Tew P, Teepapal T. Development of a health promotion program for weight loss among nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani who are overweight. *Journal of Nursing and Education* 2016; 9 (3), 80–94.(in Thai)
14. Wuthijureephan A, Sutheeporn Munsat S, Thipkanjanarekha K. The effectiveness of Weight Loss Motivation Program through Electronic Communication in Obese Nursing Students. *Journal of Health and Nursing Research* 2019; 35(2),57–70.(in Thai)
15. Huang R, Hu Y, Yang J, Xiao G. The functions of smart classroom in smartLearning age. [Internet]. 2014 [cited 2022 October 12]. Available from <http://www.lsl.nic.edu.sg/icce2012/wpcontent/uploads/2012/12/C4-3-162.pdf>
16. Keller J M. Motivational design for learning and performance. New York: Springer; 2010.
17. Srisaart B. Preliminary research. (10th edition). Bangkok: Suweeriyasan; 2017.
18. Saenchan M, Wibulchai N. Self-management experience of students. Obese nurses. *Mahachulana Nakhonthat Journal*, 2022; 9(5),585–602.(in Thai)
19. Chenglai N. Effects of weight loss program in the Thailand 4.0 era on body weight of overweight adolescents in Trang Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 2021; 24(3), 23–33.(in Thai)
20. Suwatthana A. Development of interactive model using virtual reality technology for intelligent classrooms. *Academic Journal. Industrial Education King Mongkut North Bangkok*, 2017; 13(1),42–50.(in Thai)
21. Silamad S. Physical activity for health. Bangkok: Chulalongkorn Printing House University; 2014.
22. Stephens J, Yager M, Allen J. Smartphone technology and text messaging for weight loss in young adults: A Randomized Controlled Trial. [Internet]. 2017 [cited 2021 October 12] Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26646593/>
23. Kiatchanok S. The effect of the use of a manual to change eating behavior to reduce energy intake for a weight loss program of overweight and obese students. *Journal of SDU Res.J*, 2015; 8(3),97–118. (in Thai)
24. Chumkhiao A, Thongbunnak K, Chuensamran U, Tantranon N. (2019). The effectiveness of a weight control program focused on modifying eating behaviors in overweight or obese students. *The Journal of Nursing Substance* 46(3),106–17.(in Thai)



25. Thamlikitkul S, Sinudomphol S. Problems, obstacles and solutions for Reduce the weight of obese nursing students. Kuakarun Faculty of Nursing Navamindradhiraj University. Kuakarun Journal, 2016; 23(2),7-30.(in Thai)
26. Samamorn W. Effects of using a weight loss program for overweight students. Journal of MCU Humanities Review 2019; 5(2),61-70.(in Thai)
27. Thiappo J, Tupanich W, Lamana N. Challenges faced by community nurses. in the management of obesity in adults. Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital 2022; 18(1),99-114.(in Thai)
28. Pattanapongsa T. The Effectiveness of Using Social Media for Weight Loss in Students. Overweight Undergraduate Program [Master thesis], Chulalongkorn University, Bangkok; 2018.



ปัจจัยทำนายการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง

Factors Predicting Mortality in the Patients with Moderate to Severe Traumatic Brain Injury

ปาลมา โสบุตร¹, ศตวรรษ อุดรศาสตร์¹, กุมาลีพร ตรีสอน¹, ปานิสรา ทองมี²

Palama Sobut¹, Sattawas Udonsat¹, Kumaleporn Treesorn¹, Panitsara Thongmee²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด, ²โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

¹Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University, ²Roi Et Hospital

Corresponding author; Sattawas Udonsat; Email: sattawas.u@reru.ac.th

Received: April 6, 2023 Revised: June 29, 2023 Accepted: July 12, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเสียชีวิตและปัจจัยทำนายการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรงหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด 270 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นระบบสุ่มคัดเลือกจากเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งหมด เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2563 รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยทำนายการเสียชีวิตจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยโลจิสติก นำเสนอค่า OR_{Adj} และ 95% CI ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 28.9 เกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 25.9 พบในช่วงอายุระหว่าง 18-30 ปี สาเหตุที่เสียชีวิตส่วนใหญ่ คือ อุบัติเหตุจากรถ ร้อยละ 20.4 รองลงมา คือ ตกที่สูงหรือล้ม ร้อยละ 12.2 และถูกทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 1.5 ปัจจัยทำนายการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ Glasgow Coma Scale แกร็บ 3-8 คะแนน ($OR_{Adj} = 2.44$; 95%CI: 1.10-5.40), ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบภาวะ subarachnoid hemorrhage ($OR_{Adj} = 2.06$; 95%CI: 1.09-3.88)ภาวะ Brain edema ($OR_{Adj} = 3.67$; 95%CI: 1.50-8.99) ภาวะ Brain Herniation ($OR_{Adj} = 3.31$; 95%CI: 1.58-6.94) และรูม่านตาไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง ($OR_{Adj} = .36$; 95%CI: .15-.83) ผลการศึกษาครั้งนี้เสนอแนะให้พยาบาลพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการเฝ้าระวังผู้ป่วยภายใน 72 ชั่วโมงหลังบาดเจ็บที่สมองอย่างใกล้ชิด ให้การพยาบาลและการรักษาอย่างเร่งด่วนทันที โดยเฉพาะผู้ที่มีระดับความรู้สึกตัว (GCS) ระดับรุนแรง ขนาดของรูม่านตาผิดปกติไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบภาวะ subarachnoid hemorrhage ภาวะ brain edema และภาวะ brain herniation ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีพยาธิสภาพรุนแรงที่บ่งชี้โอกาสเสียชีวิตสูง

คำสำคัญ: อุบัติการณ์การเสียชีวิต; ระดับความรู้สึกตัว; การบาดเจ็บที่สมอง



Factors Predicting Mortality in the Patients with Moderate to Severe Traumatic Brain Injury

Palama Sobut¹, Sattawas Udonsat¹, Kumaleporn Treesorn¹, Panitsara Thongmee²

¹Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University, ²Roi Et Hospital

Corresponding author; Sattawas Udonsat; Email: sattawas.u@reru.ac.th

Received: April 6, 2023 Revised: June 29, 2023 Accepted: July 12, 2023

Abstract

This retrospective study aimed to explore the incidence of mortality and factors predicting mortality in patients with moderate to severe traumatic brain injury (TBI) after hospital admission. The participants were recruited with a purposive sampling method. The 270 participants were systematically randomized from the lists of patients' medical records. Data were collected from the medical records of patients with traumatic brain injury who were admitted between 1 January 2020 and 31 December 2020. The instrument used to collect data was a predicting mortality factors form developed by the researchers. The data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression analysis. The results of the study showed that the incidence rate of mortality in patients with moderate to severe traumatic brain injury was 28.9%. Most of them were male (25.9%), aged between 18 to 30 years old, had traffic accidents (20.4%), fell from a height or fell down (12.2%), and assault (1.5%). Predictive factors for brain injury mortality in traumatic brain injury patients included the first assessment of Glasgow Coma Scale (GCS) of 3-8 ($OR_{Adj} = 2.44$; 95% CI: 1.10-5.40), Subarachnoid hemorrhage ($OR_{Adj} = 2.06$; 95% CI: 1.09 - 3.88), Brain edema ($OR_{Adj} = 3.67$; 95% CI: 1.50-8.99), Brain Herniation ($OR_{Adj} = 3.31$; 95% CI: 1.58-6.94), and Mydriasis ($OR_{Adj} = .36$; 95% CI: .15-.83). This study suggested that nurses should develop a nursing intervention model for patients with moderate to severe traumatic brain injury within 72 hours after diagnoses and provide treatment immediately, especially patients with a low GCS score, a CT scan showing mydriasis, subarachnoid hemorrhage, brain edema and brain herniation. These are signs of severe pathology that increase incidence of mortality.

Keywords: incidence of mortality; level of consciousness; traumatic brain injury



ความเป็นมาและความสำคัญ

การบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic Brain Injury [TBI]) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรโลก ในปี 2562 ทั่วโลกมีอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุที่สมองจากการจราจรสูงถึง 5.5 ล้านราย¹ การบาดเจ็บที่สมองเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความพิการและการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรช่วงอายุระหว่าง 15 ถึง 29 ปี ซึ่งเป็นวัยเรียนและวัยทำงาน² โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าแนวโน้มผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจากอุบัติเหตุจราจรปี 2030 จะเพิ่มขึ้น ซึ่งมีการคาดการณ์ว่าจะมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 1.2 ล้านคนต่อปี³ ก่อให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจมูลค่า 518 พันล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี⁴ สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ในปี 2561-2563 อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บการจราจรพบ 16,137 คน, 17,245 คน และ 15,748 คน ตามลำดับ⁵ และสมองเป็นอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บที่พบบ่อยและรุนแรงที่สุด⁶ ซึ่งผู้ที่เสียชีวิตส่วนใหญ่ส่วนหนึ่งอยู่ในช่วงวัยทำงานซึ่งเป็นวัยที่มีความสำคัญต่อประเทศชาติ⁶ ส่งผลให้เกิดความสูญเสียประชากรวัยแรงงานและงบประมาณในการรักษา ซึ่งผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่มีการบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางและระดับรุนแรงหรือผู้ป่วยที่มีระดับ Glasgow Coma Scale [GCS] ต่ำกว่า 9 คะแนน⁷

ดังที่กล่าวไปแล้วว่าระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสมองระดับปานกลางถึงรุนแรงเป็นสาเหตุสำคัญก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตหลังบาดเจ็บที่สมอง⁸ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในระยะแรกเป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยวินิจฉัย รักษา ส่งต่อไปโรงพยาบาลที่เหมาะสมตามศักยภาพ สามารถเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และผ่าตัดได้อย่างรวดเร็วทันเวลาจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตตามมา⁹ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงภายหลังเกิดการบาดเจ็บสมองชนิดปฐมภูมิสามารถเกิดการเคลื่อนที่ของศีรษะอย่างรุนแรง รวดเร็วมีแรงกระทบต่ออวัยวะชั้นต่าง ๆ ของศีรษะซึ่งสามารถเกิดการบาดเจ็บสมองชนิดทุติยภูมิตามมาภายหลังได้โดยใช้ระยะเวลาเป็นนาที ชั่วโมง หรืออาจเป็นวันก็ได้ มีผลทำให้เกิดภาวะเลือดออกในสมอง สมองบวม ความดันในกะโหลกศีรษะสูงและการเคลื่อนของสมองได้ การบาดเจ็บสมองในระยะนี้ส่งผลต่อพยาธิสภาพทำให้เซลล์สมองถูกทำลายเพิ่มมากขึ้น ระดับความรู้สึกตัวลดลงและสัญญาณชีพเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในระยะเวลา 24-72 ชั่วโมง ทำให้อาการทางระบบประสาทแย่ลงอย่างรวดเร็วมีโอกาเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 49-56¹⁰ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วและเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่สมองทั้งในและต่างประเทศพบว่ายังมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะประเทศไทยพบเพียงการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมอง¹¹ และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเพศ¹² อายุ¹³ สาเหตุของการบาดเจ็บ¹⁴ คะแนนระดับความรู้สึกตัว (GCS) แกรับ¹⁵ ความดันโลหิตซิสโตลิก¹⁴ การหายใจ¹⁶ O₂ Saturation¹⁷ ปฏิกริยาตอบสนองต่อแสงของรูม่านตา¹⁷ และผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่พบ Intracerebral hemorrhage, subarachnoid hemorrhage, midline shift, brain edema¹⁸⁻²⁰ มีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตและอัตราความรุนแรงจากการบาดเจ็บที่สมองและปัจจัยดังกล่าวเป็นการศึกษาเฉพาะเพียงในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บสมองทั้งในชนิตรุนแรงและไม่แบ่งระดับความรุนแรง¹¹⁻¹⁷ ยังไม่มีการศึกษาที่จำเพาะเจาะจงเกี่ยวกับอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งถ้าหากสามารถดูแลและจัดการอาการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ จะช่วยให้ลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยทำนายการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยศึกษาจากปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานหรือองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยทำนายการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง อันจะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินและวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงมากขึ้นและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป



วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรงและปัจจัยทำนายการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง

สมมติฐานการวิจัย

เพศ อายุ สาเหตุ คะแนนระดับความรู้สึกตัว (GCS) แกรับ ความดันโลหิต การหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ปฏิกริยาตอบสนองต่อแสงของรูม่านตาและผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่พบความผิดปกติสามารถร่วมทำนายการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ใช้ทำนายการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางถึงรุนแรง ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ปัจจัยก่อนการบาดเจ็บ ได้แก่ สาเหตุของการบาดเจ็บและปัจจัยขณะที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ได้แก่ คะแนนระดับความรู้สึกตัว (GCS) แกรับ ความดันโลหิต การหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ปฏิกริยาตอบสนองต่อแสงของรูม่านตาและผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่พบความผิดปกติ

ปัจจัยทำนายการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง

- เพศ
- อายุ
- สาเหตุของการบาดเจ็บ
- GCS แกรับ 3-8 และ 9-12 คะแนน
- ความดันโลหิตซิสโตลิก
- การหายใจ
- ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O_2 Saturation)
- ปฏิกริยาตอบสนองต่อแสงของรูม่านตา
- ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่พบความผิดปกติ ได้แก่ Epidural hemorrhage, Subdural hemorrhage, Subarachnoid hemorrhage, Intracerebral hemorrhage, Intraventricular hemorrhage, Brain edema, Brain herniation

การเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บ
สมองระดับปานกลาง
ถึงรุนแรง

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research design) ของปัจจัยด้านเพศ อายุ สาเหตุของการบาดเจ็บ ระดับความ



รู้สึกตัว (GCS) แกร็บ ความดันโลหิตซิสโตลิก การหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ปฏิกริยาตอบสนองต่อแสงของรูม่านตา ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่พบความผิดปกติ ได้แก่ epidural hemorrhage, subdural hemorrhage, subarachnoid hemorrhage, intracerebral hemorrhage, intraventricular hemorrhage, brain edema, brain herniation

ประชากร คือ เวชระเบียนของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง วินิจฉัยโดยแพทย์ที่ทำการรักษาโดยดูจากค่าคะแนน GCS แกร็บ ระหว่าง 3-12 คะแนน ที่เคยได้รับการรักษาที่แผนกศัลยกรรมอุบัติเหตุของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2563 ทั้งหมด 440 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง จำนวน 270 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (systematic randomization) จากรายชื่อของผู้ป่วยที่ได้จากแผนกทะเบียน โดยสุ่มคัดเลือกจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 1 คน เว้น 1 คน เริ่มต้นจากผู้ป่วยลำดับที่ 1,3,5,...เรียงไปจนครบจำนวนของขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยใช้เกณฑ์การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามที่กำหนด ดังนี้ 1) เป็นผู้มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป 2) มีการบันทึกข้อมูลปัจจัยที่ศึกษาในเวชระเบียนผู้ป่วยครบถ้วน 3) ไม่มีภาวะอื่นที่อาจมีผลกับ Hemodynamic ได้แก่ ภาวะที่มีการสูญเสียเลือดร้อยละ 15-30 หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามต่อชีวิต ได้แก่ บาดเจ็บช่องท้องรุนแรง กระดูกซี่โครงหักแบบปิดและแบบเปิด ภาวะเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด การบาดเจ็บไขสันหลัง เป็นต้น

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการคำนวณจากสูตร logistic regression กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ .8 ผู้วิจัยเลือกปัจจัยในงานวิจัยของ Miller, Daugherty, Waltzman and Sarmiento²¹ ที่มีอายุใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Rosner B22 กำหนด $P_1(\text{outcome/exposure}) = .617$ $P_2(\text{outcome/unexposure}) = .383$ Ratio (r) = 6.04

$Z_{1-\alpha/2} = \alpha$ เท่ากับ .05 หรือระดับความเชื่อมั่น 95 % ค่า Z ในตาราง คือ 1.96

$Z_{1-\beta}$ = ค่าอำนาจการทดสอบ กำหนดค่า β ร้อยละ 20 จึงได้ค่าอำนาจการทดสอบร้อยละ 80

Sample size = 54

$$n_{\text{exposure}} = \left[\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{pq(1+\frac{1}{r})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1 q_1 + \frac{p_2 q_2}{r}}}{\Delta} \right]^2$$

จากนั้นจึงนำค่า n ที่ได้มาคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยแทนค่าในสูตรคำนวณ multiple logistic

regression $np = \frac{n}{(1 - p_{21,2,...p})}$ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 270 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยทำนายการเสียชีวิตจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งข้อมูลเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดนามบัญญัติ (nominal scale) อายุ แบ่งออกเป็นช่วงอายุ 18 ปี-30 ปี อายุ 31-45 ปี อายุ 46-60 ปี อายุ 60 ปีขึ้นไป แบบมาตรวัดนามบัญญัติ (nominal scale)

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกปัจจัยก่อนการบาดเจ็บ ได้แก่ สาเหตุของการบาดเจ็บ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดนามบัญญัติ (nominal scale)

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกปัจจัยขณะที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ได้แก่ คะแนน GCS แรกได้รับประหมื่นแรกที่ได้รับที่ห้องฉุกเฉิน แบ่งออกเป็น GCS 3-8 คะแนน GCS 9-12 คะแนน ความดันซิสโตลิกแรกได้รับประหมื่นที่ห้องฉุกเฉิน แบ่งออกเป็นช่วงความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg. ความดันโลหิตซิสโตลิก 91-140 mmHg. ความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่า 140 mmHg. อัตราการหายใจประหมื่นแรกได้รับที่ห้องฉุกเฉินเท่ากับ 12-20 ครั้ง/นาที การหายใจมากกว่า 20 ครั้ง/นาที O₂ Saturation ประหมื่นแรกได้รับที่ห้องฉุกเฉิน แบ่งออกเป็น O₂ Saturation มากกว่าหรือเท่ากับ 90% O₂ Saturation น้อยกว่า 90% ปฏิกริยาตอบสนองต่อแสงของรูม่านตาประหมื่นแรกได้รับที่ห้องฉุกเฉิน แบ่งออกเป็นปฏิกริยาตอบสนองต่อแสงของรูม่านตาคิด ปฏิกริยาตอบสนองต่อแสงของรูม่านตาคิดผิดปกติ ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบ epidural hemorrhage, subdural hemorrhage, subarachnoid hemorrhage, intracerebral hemorrhage, intraventricular hemorrhage, brain edema, brain herniation ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดนามบัญญัติ (nominal scale) เลือกตอบ 2 คำตอบ ใช่หรือไม่ใช่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลปัจจัยทำนายการเสียชีวิตทั้งหมด คือ 1) แบบบันทึกปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ 2) แบบบันทึกปัจจัยก่อนการบาดเจ็บ ได้แก่ สาเหตุของการบาดเจ็บ 3) แบบบันทึกปัจจัยขณะที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ได้แก่ คะแนนระดับความรู้สึกตัว (GCS) ความดันโลหิตซิสโตลิก การหายใจ O₂ Saturation ปฏิกริยาตอบสนองต่อแสงของรูม่านตา ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่พบความผิดปกติ ได้แก่ epidural hemorrhage, subdural hemorrhage, subarachnoid hemorrhage, intracerebral hemorrhage, intraventricular hemorrhage, brain edema, brain herniation และเหตุผลให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมระบบประสาท 1 ท่านและพยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านศัลยกรรมระบบประสาท 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องตามหลักภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ได้ค่า CVI .90 จากนั้นนำแบบบันทึกข้อมูลปัจจัยทำนายการเสียชีวิตมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะโดยมีการปรับภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และมีการตัดข้อความที่ไม่สัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่าง ให้แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลงานวิจัย

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด (เลขที่ 077/2565) และภายหลังการพิจารณาผ่านความเห็นชอบและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (RE 018/2566) ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการทำวิจัย และขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างจนได้ครบตามจำนวนที่กำหนด เมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไม่มีการระบุชื่อ-สกุล หรือเลขประจำตัวของเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับและจะทำลายทิ้งหลังได้รับการตีพิมพ์ผลงานวิจัย



ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด
2. ผู้วิจัยทำการเข้าพบหัวหน้างานเวชระเบียนเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล พร้อมแนะนำตัวเอง แจ้งวัตถุประสงค์ และวันเวลาที่จะมาเก็บข้อมูลการวิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และตรวจสอบความเรียบร้อยความครบถ้วนของข้อมูล หลังจากนั้นนำแบบบันทึกข้อมูลไปจัดไปประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในส่วนของแบบบันทึกข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์โดยใช้อำนาจทำนายปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยก่อนการบาดเจ็บและปัจจัยขณะที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกแบบทวิหรือแบบขั้นตอนเดียว (binary logistic regression) ขั้นตอนประกอบด้วย (1) การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (univariate analysis) หาค่า ORcrude, 95% CI กำหนดค่า $P < .05$ (2) คัดเลือกตัวแปรที่มีค่า $P < .25$ เข้าวิเคราะห์ตัวแปรพหุคูณ (multivariate analysis) หาค่า ORAdjust, 95% CI กำหนดค่า $P < .05$ และ (3) วิเคราะห์โมเดลทำนายการเสียชีวิตของการบาดเจ็บที่สมอง โดยการทดสอบ Goodness of fit เพื่อทดสอบความสอดคล้องระหว่างโมเดลกับข้อมูลในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก โดยใช้ Hosmer-Lemeshow statistic เพื่อดูว่าโมเดลที่สร้างขึ้นนั้นสามารถให้ค่าทำนายความน่าจะเป็นของการเกิดเหตุการณ์สอดคล้องกับการเกิดเหตุการณ์จริงที่วัดได้จากข้อมูลที่เก็บมาหรือไม่ ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยโลจิสติกแบบทวิหรือแบบขั้นตอนเดียว ได้แก่ (1) ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเป็นศูนย์หรือไม่มีความสัมพันธ์กัน และ (2) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันหรือไม่เกิดปัญหา multicollinearity ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต้องไม่เกิน .80 การทดสอบตัวแปรอิสระพบว่าค่า Variance Inflation Factor (VIF) อยู่ระหว่าง 1.04–2.60 และ tolerance อยู่ระหว่าง .38–.95 ในการศึกษาไม่พบปัญหา multicollinearity ระหว่างตัวแปรต้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำสุด 18 ปี และมีอายุสูงสุด 89 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.91 ปี (SD=19.86) ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18–40 ปี ร้อยละ 41.1 รองลงมา คือ อายุ 41–64 ปี ร้อยละ 40.0 และอายุ ≥ 65 ปี ร้อยละ 18.9 ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 80.7 เพศหญิงร้อยละ 19.30
2. อุบัติการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 28.9 สาเหตุที่เสียชีวิตส่วนใหญ่ คือ อุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 20.4 รองลงมา คือ ตกที่สูงหรือลื่น ร้อยละ 12.2 และถูกทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 1.5



ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรงในกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) (n=270)

ปัจจัย	การเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ระดับปานกลางถึงรุนแรงภายหลัง 72 ชั่วโมง		Simple logistic regression	
	ไม่เสียชีวิต (ร้อยละ)	เสียชีวิต (ร้อยละ)	OR _{Crude} (95%CI)	P-value
เพศ				
ชาย	148(54.8)	70(25.9)	.76(.33-1.72)	.51
หญิง	30(11.1)	22(8.2)	1	
อายุ(ปี)				
18-30 ปี	49(18.1)	26(9.7)	.99(.45-2.19)	.98
31-45 ปี	37(13.7)	20(7.4)	1.16(.53-2.52)	.69
46-60 ปี	47(17.4)	24(8.9)	1.02(.49-2.12)	.94
>60 ปี	45(16.7)	22(8.1)	1	
สาเหตุการบาดเจ็บ				
อุบัติเหตุจราจร	116(43)	55(20.4)	1.32(.38-4.54)	.66
ตกที่สูง/ล้ม	50(18.5)	33(12.2)	2.22(.62-7.94)	.26
ถูกทำร้ายร่างกาย	12(4.4)	4(1.5)	1	
ระดับ GCS แกร็บ				
GCS 3-8 คะแนน	39(14.4)	61(22.6)	2.27(.97-5.31)	.05*
GCS 9-12 คะแนน	139(51.5)	31(11.5)	1	
ความดันซิสโตลิก				
≤ 90 mmHg	4(1.5)	12(4.4)	1.49(.71-3.13)	.28
91-140 mmHg	106(39.3)	47(17.4)	.94(.52-1.69)	.85
>140 mmHg	68(25.2)	33(12.2)	1	
การหายใจ				
12-20 ครั้ง/นาที	158(58.5)	71(26.3)	1.06(.42-2.67)	.89
>20 ครั้ง/นาที	20(7.4)	21(7.8)	1	
O2 sat แกร็บ				
O2 saturation ≤ 90%	1(0.4)	5(1.9)	.19(.01-2.43)	.02*
O2 saturation > 90%	177(65.5)	87(32.2)	1	
การตอบสนองของรูม่านตา				
ไม่ตอบสนอง	26(9.6)	43(15.9)	.42(.16-1.13)	.08
ตอบสนองต่อแสง	152(56.3)	49(18.2)	1	



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัย	การเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ระดับปานกลางถึงรุนแรงภายหลัง 72 ชั่วโมง		Simple logistic regression	
	ไม่เสียชีวิต (ร้อยละ)	เสียชีวิต (ร้อยละ)	OR _{Crude} (95%CI)	P-value
Epidural hemorrhage				
ไม่มี	152(56.3)	71(26.3)	1	
มี	26(9.6)	21(7.8)	1.95(.82-4.62)	.12
Subarachnoid hemorrhage				
ไม่มี	101(37.4)	38(14.1)	1	
มี	77(28.5)	54(20.0)	1.97(1.01-3.81)	.04*
Subdural hemorrhage				
ไม่มี	93(34.4)	30(11.1)	1	
มี	85(31.5)	62(23.0)	1.39(.69-2.79)	.34
Intracerebral hemorrhage				
ไม่มี	163(60.4)	75(27.7)	1	
มี	15(5.6)	17(6.3)	1.26(.45-3.47)	.65
Brain edema				
ไม่มี	169(62.6)	63(23.3)	1	
มี	9(3.3)	29(10.8)	3.39(1.28-8.94)	.01**
Brain herniation				
ไม่มี	159(58.9)	53(19.6)	1	
มี	19(7.0)	39(14.5)	2.86(1.21-6.86)	.01**

*p < .05 **p < .01

จากตารางที่ 1 พบว่าวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเสียชีวิตการบาดเจ็บสมองของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว โดยหาค่า ORcrude, 95% CI กำหนดค่า P < .05 คัดเลือกตัวแปรที่มีค่า P < .25 เข้าวิเคราะห์ Multivariate analysis พบว่ามีตัวแปรเดียวที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 7 ตัวแปร ได้แก่ GCS แกร็บ 3-8 คะแนน (OR Crude= 2.27 ; 95%CI =.97-5.31), O2 saturation < 90%(OR Crude= .19; 95%CI= .01-2.43), รูม่านตาไม่ตอบสนองต่อแสง(OR Crude=.42 ; 95%CI = .16-1.13), ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบเลือดออกชนิด Epidural hemorrhage(OR Crude=1.95 ; 95%CI = .82-4.62), subarachnoid hemorrhage(OR Crude= 1.97 ; 95%CI =1.01-3.81), brain edema(OR Crude=3.39 ; 95%CI =1.28-8.94) และ brain herniation(OR Crude=2.86 ; 95%CI =1.21-6.86)



ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรงในกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุคูณ (multivariate analysis) (n=270)

ปัจจัย	OR _{adj}	95%CI	p-value
ระดับ GCS แกรับ			
GCS 3-8 คะแนน	2.44	1.10-5.40	.02*
GCS 9-12 คะแนน		1	
การตอบสนองของรูม่านตา			
ไม่ตอบสนอง	.36	.15-.83	.01**
ตอบสนองต่อแสง		1	
Subarachnoid hemorrhage			
มี	2.06	1.09-3.88	
ไม่มี		1	.02*
Brain edema			
มี	3.67	1.50-8.99	.04*
ไม่มี		1	
Brain herniation			
มี	3.31	1.58-6.94	.00**
ไม่มี		1	

*p < .05 **p < .01

จากตารางที่ 2 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเสียชีวิตของการบาดเจ็บที่สมองของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุคูณ โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression หาค่า OR Adjust, 95% CI กำหนดค่า P < .05 เข้าวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุคูณ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของการบาดเจ็บที่สมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ คะแนน GCS แกรับ 3-8 คะแนน (OR Adj=2.44 ; 95%CI=1.10-5.40), รูม่านตาไม่ตอบสนองต่อแสง (OR Adj= .36; 95%CI= .15-.83), ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบ subarachnoid hemorrhage (OR Adj=2.06; 95%CI=1.09-3.88), brain edema (OR Adj=3.67; 95%CI=1.50-8.99) และ brain herniation (OR Adj=3.31; 95%CI=1.58-6.94)

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการการเสียชีวิตของการบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรงได้ผลการวิเคราะห์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. อุบัติการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 28.9 เกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 25.9 และพบในช่วงอายุระหว่าง 18-30 ปี ร้อยละ 20.4 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 20.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ Pearkao และ Thaweekhoon²³ พบเพศชายมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตของการบาดเจ็บที่สมองมากกว่าเพศหญิงและสาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่สมองมากที่สุดคือ



อุบัติเหตุจราจร แม้ว่าตัวเลขอุบัติการณ์จะไม่สูงเท่ากับงานวิจัยหลายประเทศที่มีสูงถึง 60%–85% แต่มีโอกาที่จะเกิดความรุนแรงและเกิดการเสียชีวิตของการบาดเจ็บที่สมองเพิ่มขึ้น ส่วนอายุพบว่าผลการศึกษานี้พบการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บที่สมองมีอายุน้อย กล่าวคือ ระหว่าง 18–30 ปี ในขณะที่การศึกษาของ Phantuon N และคณะ¹¹ พบว่ามีอายุระหว่าง 18–60 ปี

2. ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการการเสียชีวิตของการบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรงจากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สามารถนำมาทำนายการเสียชีวิตของการบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ ระดับ GCS แกร็บ 3–8 คะแนน รูม่านตาไม่ตอบสนองต่อแสง ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบ subarachnoid hemorrhage, brain edema, brain herniation และปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการเสียชีวิตของการบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ผู้วิจัยตั้งไว้ ได้แก่ เพศ อายุ สาเหตุของการบาดเจ็บ ความดันโลหิตซิสโตลิก อัตราการหายใจ ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบ epidural hemorrhage, subdural hemorrhage, intracerebral hemorrhage, intraventricular hemorrhage ซึ่งอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

2.1 ระดับ GCS แกร็บ 3–8 คะแนนทำนายการเสียชีวิตของการบาดเจ็บที่สมองในระดับรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{Adj} = 2.44$; 95%CI=1.10–5.40) กล่าวคือ GCS เป็นมาตรวัดระดับความรู้สึกตัวของผู้บาดเจ็บที่สมองใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองจะเริ่มประเมินตั้งแต่ระยะแรกและมีความสำคัญอย่างยิ่งในการติดตามการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองอย่างต่อเนื่อง ผลรวมของคะแนน GCS ที่ลดลงบ่งบอกถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองซึ่งใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและทำนายผลลัพธ์ของการบาดเจ็บ²⁴ ซึ่งผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าระดับ GCS แกร็บที่ประเมินได้ระดับรุนแรงบ่งชี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองและมีโอกาสเกิดการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Amare และคณะ¹⁷ ที่พบว่า GCS ทำนายการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บที่สมอง โดยพบว่าผู้ที่มีการบาดเจ็บที่สมอง $GCS \leq 8$ คะแนน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่สมองมากกว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง 4.8 เท่า

2.2 รูม่านตาไม่ตอบสนองต่อแสงทำนายการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{Adj} = .36$; 95%CI=.15–.83) กล่าวคือ เมื่อสมองได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงและตำแหน่งของเลือดที่ออกไปกดทับเส้นประสาทสมองคู่ที่ 3 ทำให้เกิดความผิดปกติของรูม่านตาในการตอบสนองต่อแสงซึ่งเกิดจากรอยโรคที่อยู่ระหว่าง thalamus และ pons รูม่านตาสามารถขยายข้างเดียวกันกับรอยโรคในระยะแรกหลังบาดเจ็บที่สมองใน 72 ชั่วโมง เป็นอาการแสดงที่บ่งบอกถึงภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงซึ่งบ่งบอกความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองที่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Robledo GJ และคณะ¹⁴ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่พบรูม่านตาไม่ตอบสนองต่อแสงมีโอกาสเกิดความรุนแรงมากขึ้นและมีอัตราการเสียชีวิตสูง

2.3 ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบ subarachnoid hemorrhage ทำนายการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{Adj} = 2.06$; 95%CI=1.09–3.88) ทั้งนี้เมื่อหลอดเลือดดำเกิดการฉีกขาด จะทำให้เลือดเกิดการไหลซึมเข้าสู่ช่องว่างในชั้นเยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง เลือดที่ออกจะระคายเคืองต่อเยื่อหุ้มสมองและเนื้อเยื่อเส้นประสาท เกิดปฏิกิริยาการอักเสบ อาจเกิดการขัดขวางการดูดซึมน้ำกลับของน้ำหล่อสมองและไขสันหลัง ทำให้เกิดการคั่งของน้ำหล่อสมองและไขสันหลัง น้ำหล่อสมองและไขสันหลังจึงมีเลือดปน เม็ดเลือดไปอุดตันตาม arachnoid villi หรือไปอุดตันทางเดินน้ำหล่อสมองและไขสันหลังทำให้ไม่สามารถดูดซึมน้ำกลับได้ ส่งผลให้โพรงสมองมีน้ำหล่อสมองและไขสันหลังเพิ่มมากขึ้น มีผลให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้น้อยลง นำไปสู่ภาวะสมองขาดเลือดใน

ระยะหลังตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Sobut P และคณะ¹⁸ ที่พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีเลือดออกในชั้น arachnoid มีโอกาสเกิดความรุนแรงมากขึ้นและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต

2.4 ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบภาวะ brain edema ทำนายการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{Adj} = 3.67; 95\%CI = 1.50 - 8.99$) กล่าวคือ ภาวะเลือดออกในสมองจากการบาดเจ็บสมองระยะทุติยภูมิเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดที่สมองทำให้ก้อนเลือดกดเบียดเนื้อสมองทำให้เนื้อสมองเพิ่มปริมาตร ส่งผลทำให้ blood-brain barrier สูญเสียหน้าที่ vascular permeability เพิ่มขึ้น สารน้ำต่าง ๆ ไปอยู่ใน intercellular spaces ถ้าปริมาตรส่วนใดส่วนหนึ่งเพิ่มขึ้นตลอดเวลาเกินความสามารถในการรักษาความสมดุลภายในสมองไว้ ส่งผลทำให้กลไกการปรับตัวล้มเหลว ส่งผลทำให้แรงดันในสมองเพิ่มขึ้นเกิดการกดเบียดหลอดเลือดบริเวณใกล้เคียงทำให้การนำออกซิเจนและการไหลเวียนของเลือดที่จะมาเลี้ยงสมองลดลง เกิดภาวะสมองขาดออกซิเจนสูญเสียการทำหน้าที่ของสมอง เซลล์สมองเกิดการเผาผลาญอาหารแบบไม่ใช้ออกซิเจนเกิดภาวะสมองบวมและความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Tucker และคณะ²⁰ ที่พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีภาวะสมองบวมมีโอกาสเกิดการเสียชีวิตสูงถึง 8 เท่า

2.4 ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบภาวะ brain herniation ทำนายการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{Adj} = 3.31; 95\%CI = 1.58 - 6.94$) กล่าวคือ จากภาวะสมองบวมหลังจากการบาดเจ็บสมองเข้าสู่ระยะทุติยภูมิทำให้มีปริมาตรภายในกะโหลกศีรษะของเนื้อสมองระบบไหลเวียนเลือด น้ำหล่อสมองและไขสันหลังเพิ่มมากขึ้น ทำให้กลไกการปรับตัวล้มเหลวส่งผลทำให้ blood-brain barrier สูญเสียหน้าที่ vascular permeability สารน้ำต่าง ๆ ไปอยู่ใน intercellular spaces เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง เกิดภาวะสมองขาดเลือด ทำให้สมองบวมเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น เมื่อถึงจุดหนึ่งซึ่งไม่สามารถปรับตัวต่อไปได้เนื้อสมองจะเคลื่อนที่จากช่องที่มีความดันสูงไปสู่ที่มีความดันต่ำกว่าเกิดการกดทับเส้นเลือดเส้นประสาทสมองคู่ที่ 3 ถูกกดทับในช่องใต้ปลอกประสาทตาสูงขึ้น ทำให้ประสาทตาถูกกดเกิด optic disc edema เกิดการมองเห็นบกพร่อง ระยะแรกของการบาดเจ็บจะทำให้รู้ม่านตาขยายข้างเดียวกับรอยโรคหลังจากนั้นเข้าสู่ระยะท้ายรู้ม่านตาจะขยายทั้ง 2 ข้าง และไม่พบปฏิกิริยาต่อแสงซึ่งบ่งบอกถึงการพยากรณ์โรคที่รุนแรงหลังเกิดการบาดเจ็บ เกิดการกดทับบริเวณก้านสมองทำให้สูญเสียกลไกการควบคุมอัตโนมัติ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Tucker และคณะ²⁰ พบว่าผู้ป่วยหลังบาดเจ็บสมองที่มีภาวะสมองเคลื่อนมีโอกาสเกิดการเสียชีวิตสูง

2.5 ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบ epidural hemorrhage ไม่ใช่ตัวแปรเดี่ยวที่อธิบายการเสียชีวิตของการบาดเจ็บสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง อธิบายได้ว่า เมื่อมีเลือดออกชนิด epidural hemorrhage ทำให้เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงเยื่อหุ้มสมองส่วนกลาง อาการที่ตรวจพบระยะแรกอาจไม่พบอาการผิดปกติ ในรายที่ตรวจวินิจฉัยได้เร็วและผ่าตัดทันเวลาจะช่วยให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติได้ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถหยุดคุดและให้ประวัติตัวเองได้ในระยะแรก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sobut P และคณะ¹⁸ พบว่าผู้ป่วยหลังบาดเจ็บสมองที่พบมีเลือดออกชนิด epidural hemorrhage ไม่สามารถทำนายการเสียชีวิตหลังบาดเจ็บที่สมองได้

2.6 ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบ subdural hemorrhage ไม่ใช่ตัวแปรเดี่ยวที่อธิบายการเสียชีวิตของการบาดเจ็บสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง อธิบายได้ว่า ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเป็นภาวะที่มีก้อนเลือดสะสมอยู่ระหว่างเยื่อหุ้มสมองชั้น dura กับเนื้อสมอง ส่วนใหญ่จะเกิดเลือดออกชนิดเฉียบพลันแสดงอาการภายใน 48-72 ชั่วโมงหลังได้รับบาดเจ็บ ในรายที่ตรวจวินิจฉัยได้เร็วและผ่าตัดทันเวลาจะช่วยให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติได้และลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล¹³ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Heydari และคณะ¹⁹



พบว่าผู้ป่วยที่พบเลือดออกชนิด Subdural hemorrhage ไม่สามารถทำนายการเสียชีวิตหลังบาดเจ็บที่สมองได้

2.7 ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบ intracerebral hemorrhage พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังบาดเจ็บที่สมอง มีการศึกษา พบว่าเลือดออกชนิด Intracerebral hemorrhage เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหลังบาดเจ็บที่สมอง 1.5 เท่า¹⁷ แต่ในการศึกษานี้ยังไม่พบว่าเลือดออกชนิด Intracerebral hemorrhage เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหลังการบาดเจ็บที่สมอง

2.8 ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบ intraventricular hemorrhage พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังบาดเจ็บที่สมอง มีการศึกษา พบว่าเลือดออกชนิด Intraventricular hemorrhage เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหลังบาดเจ็บที่สมอง 3.7 เท่า¹⁵ แต่ในการศึกษานี้ยังไม่พบว่าเลือดออกชนิด intraventricular hemorrhage เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหลังการบาดเจ็บที่สมอง

2.9 เพศ ไม่ใช่ตัวแปรเดียวที่อธิบายการเสียชีวิตของการบาดเจ็บสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง กล่าวคือ เมื่อเกิดการบาดเจ็บที่สมองความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองเกิดขึ้นจากแรงที่มากกระทบสมองทั้งทางตรงและทางอ้อมทำให้เกิดการบาดเจ็บตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงรุนแรง ไม่ว่าจะเกิดการบาดเจ็บที่สมองกับเพศใดความรุนแรงสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองเมื่อเกิดขึ้นแล้วทั้งเพศหญิงและเพศชายมีความรุนแรงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Amare และคณะ¹⁷

2.7 อายุ ไม่ใช่ตัวแปรเดียวที่อธิบายการเสียชีวิตของการบาดเจ็บสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง กล่าวคือ เมื่อเกิดความรุนแรงเกิดกับสมองแล้วไม่ว่าจะเกิดกับช่วงอายุใดสามารถเกิดความรุนแรงไม่แตกต่างกัน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ควรพิจารณาปัจจัยอื่นร่วมด้วย อาทิ เช่น โรคประจำตัว การใช้ยากลุ่มละลายลิ่มเลือดเนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของสมองจากกระบวนการชราภาพเกิดการฝ่อตัวของเซลล์สมอง เมื่อเกิดการบาดเจ็บที่สมองร่วมแล้วยิ่งส่งผลให้เกิดความรุนแรงมากยิ่งขึ้น¹⁷ ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษาของ Tucker และคณะ²⁰ พบว่าอายุมากกว่า 65 ปี มีโอกาสเกิดการเสียชีวิตหลังบาดเจ็บที่สมองมากกว่าช่วงวัยอื่น

2.8 สาเหตุของการบาดเจ็บ ไม่ใช่ตัวแปรเดียวที่อธิบายการเสียชีวิตของการบาดเจ็บสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะเมื่อเกิดการบาดเจ็บสมองจะมีแรงกระทบศีรษะ เมื่อศีรษะถูกกระทบจะส่งผลต่อบริเวณที่ถูกกระทบโดยตรงซึ่งความรุนแรงของการบาดเจ็บสมองขึ้นอยู่กับแรงที่มากกระทบไม่ได้ขึ้นอยู่กับสาเหตุด้านการบาดเจ็บ ดังนั้นควรพิจารณาปัจจัยอื่นร่วมด้วย

2.9 ความดันโลหิตซิสโตลิก ไม่ใช่ตัวแปรเดียวที่อธิบายการเสียชีวิตของการบาดเจ็บสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง กล่าวคือ เมื่อศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนเกิดการบาดเจ็บที่สมองทำให้มีปริมาตรส่วนใดส่วนหนึ่งในสมองเพิ่มขึ้นทำให้ความดันกะโหลกศีรษะ ร่างกายจะเกิดการปรับตัวโดยกลไกการปรับตัวเองของสมอง มีผลต่อการไหลเวียนเลือดในสมองเกิดการเปลี่ยนแปลงของรีเฟล็กซ์จากการหดตัวของหลอดเลือด กล่าวคือ เมื่อความดันโลหิตในร่างกายสูงขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงที่สมองลดลงหรือในทางตรงกันข้าม ถ้าความดันโลหิตในร่างกายต่ำลงจะเกิดรีเฟล็กซ์ทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงที่สมองขยายตัว และมีการเพิ่มระดับเมตาบอลิซึม จึงมีความต้องการเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงสมองมากขึ้น ผลิตคาร์บอนไดออกไซด์มากทำให้กลไกการปรับตัวของสมองไม่สามารถควบคุมได้จะทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นและเกิดความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น⁸ ซึ่งผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ความดันโลหิตซิสโตลิกที่แตกต่างกันมีผลต่อความรุนแรงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ Amare และคณะ¹⁷ พบว่าผู้ป่วยหลังบาดเจ็บที่สมองที่มีความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่า 90 mmHg. มีโอกาสเกิดความรุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น

2.10 อัตราการหายใจและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ไม่ใช่ตัวแปรเดี่ยวที่อธิบายการเสียชีวิตของการบาดเจ็บสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง จากผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่การหายใจอยู่ระหว่าง 12-20 ครั้งต่อนาที อธิบายได้ว่าเมื่อเกิดการบาดเจ็บสมองในช่วงแรกการทำงานของประสาทสมองในระบบ (reticular activating system) ตัวเซลล์ประสาทของ RAS อยู่ที่ก้านสมองส่วนล่างเป็นที่ตั้งของศูนย์ควบคุมการหายใจ รีเฟล็กซ์การหายใจ ถ้าผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองได้รับการบาดเจ็บรุนแรงอาจส่งผลให้เกิดการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่เพียงพอเกิดภาวะพร่องออกซิเจนซึ่งค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ลดลงสะท้อนให้เห็นถึงร่างกายได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอโดยเฉพาะการขนส่งออกซิเจนจากปอดไปสู่เนื้อเยื่อไม่เพียงพอส่งผลทำให้สมองขาดออกซิเจนไปเลี้ยงบริเวณรอบ ๆ สมองเกิดการบวมส่งผลให้เกิดความรุนแรงและอัตราเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าอัตราการหายใจและ O2 saturation ที่แตกต่างกันมีผลต่อความรุนแรงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษาของ Assele และคณะ¹³ ที่พบว่าอัตราการหายใจและ O2 saturation มีผลต่อการเสียชีวิตหลังเกิดการบาดเจ็บที่สมอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลของการวิจัยครั้งนี้ใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหลังเข้ารับการรักษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรงได้ดียิ่งขึ้น โดยคำนึงถึงปัจจัยที่สำคัญที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังบาดเจ็บที่สมอง 72 ชั่วโมง ได้แก่ระดับความรู้สึกตัว ปฏิกริยาตอบสนองต่อแสงของรูม่านตา ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่พบความผิดปกติเพื่อใช้ในการจัดการป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำผลการศึกษานี้มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองประกอบด้วย การประเมินระดับความรู้สึกตัว (GCS) ปฏิกริยาตอบสนองของรูม่านตา ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่พบความผิดปกติด้วยการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว การพัฒนาระบบช่องทางด่วน (Fast track) ในการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับรุนแรงอย่างรวดเร็วและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในการวินิจฉัยและให้การพยาบาลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองเพิ่มมากขึ้น

References

1. Iaccarino C, Carretta A, Nicolosi F, Morselli C. Epidemiology of severe traumatic brain injury. Journal of Neurosurgical Sciences 2018;62(5):535-41.
2. Williamson C, Rajajee V. Traumatic brain injury: epidemiology, classification, and pathophysiology. Waltham: UpToDate; 2021.
3. World Health Organization [WHO], World road safety report 2021. Geneva: World Health Organization; 2021.
4. World Health Organization [WHO], World road safety report 2015. Geneva: World Health Organization; 2015.



5. Chollacoop N, Vichiensan V, Jaensirisak S, Luatthep P, Julagasigorn P, Silva K, Saengkam MK. Disseminating and exploring the potential role of social media in promoting road safety among risk-taking youngsters and youths (Phase II). [Internet] 2021; Available from: [https://www.thairsc.com/.\(in Thai\)](https://www.thairsc.com/.(in Thai))
6. Transportation Statistics Group. Statistics of the Department of Land Transport. Bangkok: Planning Division, Department of Land Transport. [Internet]2015; Available from: [https://www.otp.go.th/.\(in Thai\)](https://www.otp.go.th/.(in Thai))
7. Phuenpathom N, Sririjvilaikul T. Clinical practice guidelines for traumatic brain injury. Collection of Academic Performance in The Royal College of Neurological Surgeons of Thailand [Internet]2020; Available from: <http://www.neurosurgerycmu.com/files/2019/12/GPG compressed.pdf. in Thai>.
8. Prachuablarp C. Increased intracranial pressure in patients with brain pathology: a dimension of evidence-based nursing practice. Thai Journal of Nursing Council 2018;33(2):15-28.(in Thai)
9. National Association of Emergency Medical Technicians. Information Technology for Emergency Medical System (ITEM)[Internet]2019; Available from:[https://www.naemt.org/WhatsNewALLNEWS/2019/08/16/2019-national-ems-awards-of-excellence-recipients-announced.\(in Thai\)](https://www.naemt.org/WhatsNewALLNEWS/2019/08/16/2019-national-ems-awards-of-excellence-recipients-announced.(in Thai))
10. Behzadnia MJ, Anbarlouei M, Hosseini SM, Boroumand AB. Prognostic factors in traumatic brain injuries in emergency department. Journal of Research in Medical Sciences 2022; 27(1), 83.
11. Phantuon N, Phutthikhamin N, Parito J. Factors associated with severity of traumatic brain injury after hospital admission. Journal of Nursing Science & Health 2019;42(4): 1-9.(in Thai)
12. Ghanem S, Lamine M, Alaali Y, Almutawa E, Facharzt MF, Mohamed AB. Factors affecting mortality in severe traumatic brain injury. Bahrain Medical Bulletin 2017;39(2), 96-9.
13. Assele DD, Lendado TA, Awato MA, Workie SB, Faltamo WF. Incidence and predictors of mortality among patients with head injury admitted to Hawassa University Comprehensive Specialized Hospital, Southern Ethiopia: a retrospective follow-up study. PLoS one 2021;16(8), e0254245.
14. Robledo GJ, González MF, García M, Barba SM, Hernández SF. Prognostic factors associated with mortality in patients with severe trauma: from prehospital care to the intensive care unit. Medicina Intensiva (English Edition) 2015;39(7):412-21.
15. Okidi R, Ogwang DM, Okello TR, Ezati D, Kyegombe W, Nyeko D, Scolding NJ. Factors affecting mortality after traumatic brain injury in a resource-poor setting. BJS open 2020; 4(2), 320-25.
16. Amare AT, Tesfaye TD, Ali AS, Woelile TA, Birlie TA, Kebede WM et al. Survival status and predictors of mortality among traumatic brain injury patients in an Ethiopian hospital: a retrospective cohort study. African Journal of Emergency Medicine 2021;11(4):396-403.
17. Sobut P, Phutthikhamin N. Factors predicting brain injury severity in the patients with traumatic brain injury. Mahasarakham Hospital Journal 2022;19(1): 77-87.(in Thai)
18. Heydari F, Golban M, Majidinejad S. Traumatic brain injury in older adults presenting to the emergency department:epidemiology, outcomes and risk factors predicting the prognosis. Advanced Journal of Emergency Medicine 2020;4(2):19-25.



19. Tucker B, Aston J, Dines M, Caraman E, Yacyshyn M, McCarthy et al. Early brain edema is a predictor of in-hospital mortality in traumatic brain injury. *The Journal of Emergency Medicine* 2017;53(1):18-29.
20. Miller GF, Daugherty J, Waltzman D, Sarmiento K. Predictors of traumatic brain injury morbidity and mortality: examination of data from the national trauma data bank: predictors of TBI morbidity & mortality *Injury* 2021;52(5):1138-44.
21. Rosner B. *Fundamentals of biostatistics*. Cengage learning; 2015.
22. Pearkao C, Thawekhoon R. The development of smart phone application for symptomatic observation of neurological system in mild traumatic brain injury patients. *Journal of Nursing Science & Health* 2019; 42(3); 31- 40.(in Thai)
23. Potaya S. The Glasgow Coma Scale. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018;1(1):30-38.(in Thai)



โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ การปฏิบัติ และความคาดหวังในการดูแลผู้สูงอายุด้านกายภาพบำบัดของผู้ดูแล ใน ตำบลท่าเกษม อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว

Effectiveness of a Self – Efficacy Program on Knowledge, Practices and Expectations on Elderly Care in relation to Physical Therapy of Caregivers in Tambon Takasem, Meuang District, Sa kaeo Province

วิภาวี แป้นทอง¹ เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์² ปาจริย์ อับดุลลาซิม² รจฤดี โชติกาวิรินทร์²

Wipawee Panthong¹ Aimutcha Wattanaburanon² Pajaree Abdullakassim² Rotruedee Chotigawin²

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹Student of Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Burapha University, Thailand

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

²Faculty of Public Health, Burapha University, Thailand

Correspondence author; Rotruedee Chotigawin; Email; rotruedee@go.buu.ac.th

Received: February 7, 2023 Revised: April 24, 2023 Accepted: May 30, 2023

บทคัดย่อ

ปัจจุบันการดูแลด้านกายภาพบำบัดเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งหากผู้ดูแลปฏิบัติไม่ถูกต้องและครบถ้วน สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนของ Bandura มาใช้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ การปฏิบัติ และความคาดหวังในการดูแลผู้สูงอายุด้านกายภาพบำบัดของผู้ดูแล ในตำบลท่าเกษม อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว โดยการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่ม ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม 70 ชั่วโมง มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 20 คน และสามารถเข้าร่วมโปรแกรมตลอดการวิจัย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสังเกต ก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน Repeated measure ANOVA ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนความรู้ การปฏิบัติ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าระยะติดตามเพียงเล็กน้อย โดยญาติและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความพึงพอใจต่อผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 100 สรุปได้ว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองขึ้นผ่านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จได้เป็นอย่างดี

คำสำคัญ: ผู้ดูแล; ผู้สูงอายุ; กายภาพบำบัด; โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถแห่งตน



Effectiveness of a Self – Efficacy Program on Knowledge, Practices and Expectations on Elderly Care in relation to Physical Therapy of Caregivers in Tambon Takasem, Meuang District, Sa kaeo Province

Wipawee Panthong¹ Aimutcha Wattanaburanon² Pajaree Abdullakasin² Rotruedee Chotigawin²

¹Student of Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Burapha University, Thailand

²Faculty of Public Health, Burapha University, Thailand

Correspondence author; Rotruedee Chotigawin; Email; rotruedee@go.buu.ac.th

Received: February 7, 2023 Revised: April 24, 2023 Accepted: May 30, 2023

Abstract

Currently, physical therapy is an essential component of caregivers in the care of dependent elderly persons. If caregivers cannot perform care correctly and comprehensively, it may have an impact on the health of the elderly persons. Therefore, the researchers applied Bandura's concept of self – efficacy to develop a program to investigate the effectiveness of the program on the knowledge, practices and expectation of elderly persons regarding physical therapy of caregivers in Tambon Takasem, Meuang District, Sa kaeo Province. A quasi – experimental study was conducted on a single group, using the purposive sampling method. The sample group consisted of 20 caregivers who had undergone 70 hours of training, had at least 1 year of experience in caring for elderly persons, and are able to participate in the program throughout the research. Data were collected through interviews and observations about –before the program, –at the conclusion of the program, and –12 weeks after the end of the program. Data analysis was conducted using descriptive statistics and repeated measures ANOVA. The results showed that the average score of the caregivers after the program for knowledge, practice, and self – efficacy expectations were significantly higher than –that of before the program at the .05 level of significance. In addition, the score was slightly higher after the program than at the follow – up period. Satisfaction score of relatives and older persons for caregivers were at a high level, with a satisfaction rate of 100%. In conclusion, the developed program resulted in an improvement of self – perceived abilities through successful experiences.

Keywords: caregiver; elderly; physical therapy; self-efficacy program



ความเป็นมาและความสำคัญ

ในปี 2559 เป็นต้นมา รัฐบาลมุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีการสนับสนุนงบประมาณให้แก่สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการทางการแพทย์ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ให้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงตามชุดสิทธิประโยชน์ รวมถึงมีการสร้างระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care, LTC) ขึ้นมารองรับ โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (care manager, CM) และผู้ดูแล (caregiver, CG)¹ และกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดทำคู่มือและมีการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมงขึ้น เพื่อเป็นกลไกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนอีกด้วย² ซึ่งกลุ่มผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในการให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ แต่อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาของ Suanrueang³ พบว่า ควรมีการอบรมพัฒนาศักยภาพ รวมทั้งส่งเสริมการพัฒนาคำถามความรู้ในด้านนี้ และส่งเสริมให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลกันอย่างต่อเนื่อง ระหว่างทีมสหวิชาชีพกับผู้ดูแลผู้สูงอายุตลอดจนส่งเสริมการพัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากปัญหาของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุหลังจากการอบรมไปแล้ว 70 ชั่วโมง พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ซ้ำ และไม่ได้อบรมหรือพัฒนาทักษะเฉพาะเพิ่มเติม ส่งผลให้ขาดความรู้และวิธีการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกต้องและไม่ครบถ้วน นำมาสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่ยังไม่มากนัก

สำหรับการเสริมสร้างความรู้และการพัฒนาทักษะการปฏิบัติมีทฤษฎีและวิธีพัฒนาการได้หลายวิธี หนึ่งในนั้น ได้แก่ การพัฒนาและประยุกต์โปรแกรมที่สามารถพัฒนาความรู้และการปฏิบัติมาใช้เสริมสร้างความสามารถแห่งตน เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลและการอบรมฟื้นฟูเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลขึ้นได้ โดยแนวคิดการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนของ Bandura⁴ เป็นแนวคิดที่ประกอบด้วยความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลของการกระทำโดยมีสมมุติฐานของทฤษฎีคือหากบุคคลมีการรับรู้หรือมีความเชื่อในความสามารถตนเองสูง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติ มีงานวิจัยต่าง ๆ ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมและการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถแห่งตน เพื่อใช้ในการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติ จากการศึกษาของ Prombut⁵ ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ อสม. หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีการรับรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม Pinyo⁶ ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนสามารถส่งเสริมความรู้ ทักษะคิดและ พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนของ อสม. ได้ จึงควรขยายผลให้ อสม. ทั้งหมดในตำบลได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการจัดโปรแกรมที่อบรมการดูแลผู้สูงอายุแบบภาพรวม แต่ยังไม่ชัดเจนในส่วนของการให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงด้านกายภาพบำบัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจการนำแนวคิดการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนของ Bandura มาใช้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนที่สามารถพัฒนาความรู้ และการปฏิบัติด้านกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในพื้นที่ตำบลท่าเกษม จังหวัดสระแก้ว ซึ่งเป็นตำบลที่มีจำนวนของผู้ดูแล สูงเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัด และมีจำนวน

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงเป็นอันดับต้นของอำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว ซึ่งผลการศึกษานำไปสู่การเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแล และการอบรมฟื้นฟูเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุขึ้น และเป็นการช่วยแก้ไขปัญหของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการที่พบได้อย่างตรงจุด และตรงประเด็น อันนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล ได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ การปฏิบัติ และความคาดหวังในการดูแลผู้สูงอายุด้านกายภาพบำบัดของผู้ดูแล ในตำบลท่าเกษม อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว

สมมุติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุด้านกายภาพบำบัดของผู้ดูแล ตำบลท่าเกษม อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุด้านกายภาพบำบัดของผู้ดูแล ตำบลท่าเกษม อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. ค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในการดูแลผู้สูงอายุด้านกายภาพบำบัดของผู้ดูแล ตำบลท่าเกษม อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยการจัดการเรียนรู้ด้านกายภาพบำบัด
กิจกรรมส่งเสริมความสามารถแห่งตน ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้าง
ความสามารถแห่งตน ของ Bandura มี 4 กิจกรรม ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experience)
2. การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience)
สามารถจำแนกตัวแบบออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ตัวแบบที่มีชีวิต (Live model) และ ตัวแบบสัญลักษณ์ (symbol model)
3. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion)
4. การกระตุ้นอารมณ์ (emotional arousal)



- ความรู้ด้านกายภาพบำบัด
- การปฏิบัติด้านกายภาพบำบัด
- ความคาดหวังในผลของการ
กระทำการดูแลผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่ม (one-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ การปฏิบัติ และความคาดหวังในการดูแลผู้สูงอายุด้านกายภาพบำบัดของผู้ดูแล ในตำบลท่าเกษม อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว โดยทำการเก็บข้อมูล 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์



การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 โดยคำนวณจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้ คือ การศึกษาของ Pinyo⁶ แล้วนำมาคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มไม่อิสระต่อกัน ของ Jirawatkul⁷ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 18 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของการเก็บข้อมูล จึงคำนวณเพื่อการสูญหายอีกร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้จึงเท่ากับ 20 คน ผู้วิจัยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random sampling) ในการคัดเลือกผู้ดูแล ในตำบลท่าเกษม โดยมีคุณสมบัติในการคัดเลือก คือ ผ่านการอบรม 70 ชั่วโมง มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างน้อย 1 ปี ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย และอายุระหว่าง 18 - 60 ปี โดยมีกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดของเครื่องมือจำแนกตามประเภทได้ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย มีจำนวน 2 แบบ ได้แก่

1.1 โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยการจัดการเรียนรู้ด้านกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล จำนวน 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กระบวนการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ตามแนวคิดทฤษฎี Bandura ในการศึกษาประกอบด้วย 4 วิธี ดังนี้

วิธีที่ 1 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experience)

วิธีที่ 2 การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience)

วิธีที่ 3 การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion)

วิธีที่ 4 การกระตุ้นอารมณ์ (emotional arousal)

สัปดาห์ที่ 1

ผู้เข้าร่วมวิจัย เข้าร่วมกิจกรรม 4 กิจกรรมที่ประยุกต์ให้สอดคล้องกับ 4 วิธีตามแนวคิดทฤษฎี Bandura ได้แก่

1. กิจกรรมการให้ความรู้ด้านกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการบรรยายจากนักกายภาพบำบัด ใช้เวลา 1.5 ชั่วโมง ในหัวข้อ ดังนี้

โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย โรคที่พบบ่อย อาการ การรักษา การฟื้นฟูและภาวะแทรกซ้อน การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ภาวะข้อต่อติดและกล้ามเนื้อหดสั้น แผลกดทับ กล้ามเนื้ออ่อนแรงและฝ่อลีบ

2. กิจกรรมการฝึกปฏิบัติด้านกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากนักกายภาพบำบัด โดยแบ่งผู้เข้าร่วมการทดลองเป็น 2 กลุ่ม และมีนักกายภาพบำบัดดูแลประจำกลุ่ม ๆ ละ 10 คน ใช้เวลา 2 ชั่วโมง โดยหัวข้อการฝึกปฏิบัติ คือ

การขยับข้อต่อของรยางค์บนและล่าง เพื่อป้องกันภาวะข้อต่อติดและกล้ามเนื้อหดสั้น

การจัดท่า ได้แก่ ท่านอนหงายและท่านอนตะแคง เพื่อป้องกันแผลกดทับ

การออกกำลังกายท่าพื้นฐาน เพื่อป้องกันกล้ามเนื้ออ่อนแรงและฝ่อลีบ

3. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยทำการพูดชักจูงใจและกระตุ้นอารมณ์ โดยเป็นการพูดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างนักกายภาพบำบัดและผู้ดูแลในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อสร้างแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานให้ผู้ดูแลใช้เวลา 1.5 ชั่วโมง

4. กิจกรรมการใช้ตัวแบบเพื่อให้ได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น โดยการเชิญนักกายภาพบำบัดชำนาญการที่ปฏิบัติงานด้านการลงชุมชนได้พูดและเล่าถึงประสบการณ์ที่ได้ลงชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งหลัง



จากได้รับการดูแลพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการขึ้นชมในตัวเองและผู้ดูแล เพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ ใช้เวลา 1.5 ชั่วโมง

รวมกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลาทั้งหมด 7 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 และ 3

ผู้วิจัยติดตามผู้ดูแล โดยการโทรศัพท์สอบถามและให้คำปรึกษาทุกวันจันทร์และพฤหัสบดี

สัปดาห์ที่ 4

ผู้วิจัยนัดพบผู้ดูแล ครั้งที่ 1 เพื่อให้โปรแกรมตามเดิมเหมือนสัปดาห์ที่ 1

สัปดาห์ที่ 5-7

ผู้วิจัยติดตามผู้ดูแล และประเมินผลเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 3

สัปดาห์ที่ 8

ผู้วิจัยนัดพบผู้ดูแล ครั้งที่ 2 เพื่อประเมินผลและดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากการได้รับโปรแกรม

(post – test)

สัปดาห์ที่ 12

ผู้วิจัยนัดพบผู้ดูแล ครั้งที่ 3 เพื่อประเมินผลและดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากการได้รับโปรแกรม

(follow up)

1.2 คู่มือความรู้และการปฏิบัติด้านกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาได้รับการอบรมด้านกายภาพบำบัดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเป็นลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแล และระยะเวลาที่ผ่านการอบรมผู้ดูแลหลักสูตร 70 ชั่วโมง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือเก็บข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ในชุมชนของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยอ้างอิงจากคู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง⁸ และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁹ โดยลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลของการกระทำในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง เป็นข้อคำถามในการประเมินความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง โดยการประเมินใช้ลักษณะ ทำได้ทั้งหมด ค่อนข้างทำได้ ทำได้บ้าง ไม่แน่ใจ ไม่สามารถทำได้ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 เครื่องมือเก็บข้อมูลเป็นแบบสังเกตการปฏิบัติด้านกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ในชุมชนของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยอ้างอิงจากคู่มือการดูแลระยะยาวสำหรับทีมหมอครอบครัว¹⁰ และการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์และผลการใช้สื่อในการให้ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีกแก่ผู้ดูแล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระบบกล้ามเนื้อข้อต่อและกระดูก¹¹ โดยการใช้ปฏิบัติงานวิจัยครั้งนี้ได้เพิ่มในส่วนของการจัดทำที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการออกกำลังกายทำพื้นฐานที่จำเป็นต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ที่นอกเหนือจากเนื้อหาการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง โดยการประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการประเมินในหัวข้อการขยับข้อต่อของร่างกายบนและล่าง โดยมีเกณฑ์การประเมินในแต่ละท่าตามแบบสังเกตที่จัดทำขึ้น ได้แก่ ทำได้และถูกต้อง ทำได้แต่ไม่ถูกต้อง และทำไม่ได้ จำนวน 10 ข้อ การจัดทำ จำนวน 3 ข้อ และการออกกำลังกายทำพื้นฐาน จำนวน 3 ข้อ รวม 16 ข้อ



ส่วนที่ 5 เครื่องมือเก็บข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของญาติและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การประเมิน ทั้งหมด 3 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง และพึงพอใจน้อย หลักเกณฑ์การให้คะแนน คือทำการรวมคะแนนและนำมาจัดระดับของความพึงพอใจ ซึ่งแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจดังกล่าวจะใช้เฉพาะช่วงของการติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 เท่านั้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือหาค่าดัชนีความสอดคล้อง เพื่อตรวจสอบความตรง (validity) ของเนื้อหา โดยหาค่า IOC ของแบบสอบถาม โดยตรวจสอบความเหมาะสมด้านเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ในงานวิจัยครั้งนี้ ค่า IOC เท่ากับ .64 ขึ้นไป จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต และแบบประเมินความพึงพอใจ ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแล ในตำบลสระขวัญ อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว โดยวิธีการเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง นำแบบสอบถามส่วนที่วัดความรู้ไปทดสอบหาความยากง่ายรายข้อ มีค่าระหว่าง .3-.8 (ข้อคำถามที่มีค่าความยากง่าย .2-.8 เป็นข้อคำถามที่สามารถนำไปใช้ได้) และการทดสอบอำนาจจำแนกของความรู้ ความคาดหวัง และการปฏิบัติ มีค่าระหว่าง .2-.8 (ข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกมากกว่า .2 ขึ้นไปสามารถนำไปใช้ได้) ส่วนการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น นำแบบสอบถามที่วัดความรู้ ความคาดหวัง และการปฏิบัติ มาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่า .70 ขึ้นไป⁶ (ข้อคำถามที่มีค่าความเชื่อถือได้ตั้งแต่ .70 ขึ้นไปเป็นข้อคำถามที่นำไปใช้ได้)

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการวิจัยจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2564 เลขที่ IRB3 - 084 / 2564 โดยกลุ่มผู้ร่วมดำเนินการวิจัยทุกคนที่เข้าร่วมการวิจัยต้องเซ็นใบยินยอม (consent form)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนความรู้ การปฏิบัติด้านกายภาพบำบัด และความคาดหวังในผลของการกระทำในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชนของผู้ดูแล และคะแนนความพึงพอใจ และสถิติ Repeated measure ANOVA เปรียบเทียบความรู้ และการปฏิบัติด้านกายภาพบำบัด และความคาดหวังในผลของการกระทำในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของผู้ดูแล ก่อนการได้รับโปรแกรม หลังการได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ โดยข้อมูลที่ได้จากการทดสอบตามข้อตั้งกลเบื้องต้น (assumption) ของสถิติ Repeated measure ANOVA

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 มีอายุในช่วง 51 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 80 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 55 มีอาชีพค้าขายและเกษตรกรเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 35 มีรายได้น้อยกว่า 9,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 65 และมีระยะเวลาการเป็นผู้ดูแล 5 ปี และในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมามีเคยได้รับการอบรมด้านกายภาพบำบัดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100

2. ความรู้ของผู้ดูแล

1) หัวข้อเกี่ยวกับโรคที่พบในผู้สูงอายุ และหลักการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้ด้านโรคที่พบในผู้สูงอายุและหลักการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โดยข้อที่มีจำนวนคนตอบถูกเพิ่มมากที่สุด ได้แก่ ภาวะข้อเสื่อมในผู้สูงอายุทำให้การเคลื่อนไหวลำบาก ส่งผลต่อการทรงตัวและการหกล้ม ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียง จาก 8 คน



(คิดเป็นร้อยละ 40) เป็น 19 คน (คิดเป็นร้อยละ 95) 2) หัวข้อเกี่ยวกับการขยับข้อต่อร่างกายคั่นและล่าง ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนความรู้ด้านการขยับข้อต่อร่างกายคั่นและล่าง หลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โดยข้อที่มีจำนวนคนตอบถูกเพิ่มมากที่สุด ได้แก่ การออกกำลังกายเพื่อขยับข้อต่อควรทำการเคลื่อนไหวให้ครบทุกท่าด้วยความเร็ว เพื่อลดอาการล้าแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากผู้ตอบถูก จำนวน 11 คน (คิดเป็นร้อยละ 55) เป็น 19 คน (คิดเป็นร้อยละ 95) และคะแนนช่วงหลังได้รับโปรแกรม 3) หัวข้อเกี่ยวกับการออกกำลังกายท่าพื้นฐาน และหัวข้อเกี่ยวกับการจัดทำ พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนความรู้ด้านการออกกำลังกายท่าพื้นฐานหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โดยข้อที่มีจำนวนคนตอบถูกเพิ่มมากที่สุด ได้แก่ สภาพแวดล้อมภายในห้องของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องเป็นห้องที่แสง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้พักผ่อน จากผู้ตอบถูก จำนวน 10 คน (คิดเป็นร้อยละ 50) เป็น 18 คน (คิดเป็นร้อยละ 90)

เมื่อนำผลคะแนนทั้งหมดของความรู้มาจัดระดับความรู้ พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมของผู้ดูแลมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางและระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน หลังจากได้รับโปรแกรมและระยะติดตามกลับพบว่า ระดับคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี และระดับปานกลางใกล้เคียงกัน และไม่มีผู้ดูแลคนใดเลยที่มีคะแนนระดับน้อยเลย และเมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแล ก่อนการได้รับโปรแกรม หลังการได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผล พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแล ระยะติดตามและหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .0001$ และ $p < .0001$) ตามลำดับ ในขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าระยะติดตามเพียงเล็กน้อย ดังแสดงในตาราง 1 และตาราง 2

3. การปฏิบัติของผู้ดูแล

หัวข้อเกี่ยวกับการขยับข้อต่อร่างกายคั่นและล่าง การจัดทำและการออกกำลังกายท่าพื้นฐาน พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนการปฏิบัติ หลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และเกือบทุกข้อในระยะหลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตามมีจำนวนผู้ดูแลทั้งหมดทำถูกต้องใกล้เคียงกัน เมื่อนำผลคะแนนมาจัดระดับการปฏิบัติด้านกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมของผู้ดูแล และระยะติดตามกลับ พบว่า ระดับคะแนนอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 100

การเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติของผู้ดูแล ก่อนการได้รับโปรแกรม หลังการได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของผู้ดูแล ระยะติดตามและหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .00001$ และ $p < .0001$) ตามลำดับ ในขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าระยะติดตามเพียงเล็กน้อย ดังแสดงในตาราง 1 และ 2

4. ความคาดหวังในผลของการกระทำของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีความคาดหวังในผลของการกระทำของผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทุกข้อ โดยหลังได้รับโปรแกรมไม่มีข้ออยู่ในระดับน้อย และเกือบทุกข้อช่วงหลังได้รับโปรแกรมและช่วงติดตามมีจำนวนผู้ดูแลทั้งหมดอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน เมื่อนำผลคะแนนมาจัดระดับความคาดหวังในผลของการกระทำของผู้ดูแล พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมของผู้ดูแล มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 100 หลังจากได้รับโปรแกรมและระยะติดตามกลับ พบว่า ระดับคะแนนอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 100

การเปรียบเทียบคะแนนความคาดหวังในผลของการกระทำของผู้ดูแล ก่อนการได้รับโปรแกรม หลังการได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลของการกระทำของผู้ดูแล ระยะติดตามและหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .0001$ และ $p < .0001$) ตามลำดับ ในขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าระยะติดตามเพียงเล็กน้อย ดังแสดงในตาราง 1 และ 2



ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ การปฏิบัติ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองของผู้ดูแล ก่อนการได้รับโปรแกรม หลังการได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ โดยใช้สถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA)

ปัจจัย	ss	df	MS	F	p-value
ความรู้					
ช่วงเวลา	605.03	1.29	466.64	116.94	.0001*
ความคลาดเคลื่อน	98.30	24.63	3.99		
การปฏิบัติ					
ช่วงเวลา	2213.23	1.08	2056.36	425.77	.0001*
ความคลาดเคลื่อน	98.77	20.44	4.830		
ความคาดหวังในผลของการกระทำ					
ช่วงเวลา	2649.90	1.569	1.688.66	339.96	.0001*
ความคลาดเคลื่อน	148.10	29.82	4.97		

*p<.05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติ และความคาดหวังในผลของการกระทำของผู้ดูแล ก่อนการได้รับโปรแกรม หลังการได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผล 12 สัปดาห์ รายคู่ โดยวิธี LSD (n = 20)

คะแนนเฉลี่ย	$\bar{x}$	SD	ก่อนการได้รับโปรแกรม	หลังการได้รับโปรแกรม
ความรู้				
ก่อนการได้รับโปรแกรม	14.25	2.55		
หลังการได้รับโปรแกรม	21.20	1.47	.55(0.0001)*	
ติดตามผล	20.75	1.51	.63(0.0001)*	.24 (.119)
การปฏิบัติ				
ก่อนการได้รับโปรแกรม	31.95	1.95		
หลังการได้รับโปรแกรม	45.10	1.86	.58 (0.0001)*	
ติดตามผล	44.55	1.93	.64(0.0001)*	.15 (.002)*
ความคาดหวังในผลของการกระทำ				
ก่อนการได้รับโปรแกรม	27.95	2.65		
หลังการได้รับโปรแกรม	42.80	2.02	.67(1.0001)*	
ติดตามผล	41.15	2.52	.73(1.0001)*	.43(.001)*

*p<.05



5. ความพึงพอใจของญาติและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการศึกษา พบว่า ญาติและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความพึงพอใจมากถึงร้อยละ 100 เกี่ยวกับผู้ดูแลให้คำแนะนำการรักษาด้านกายภาพบำบัดเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรู้สึกได้รับการด้านกายภาพบำบัดจากผู้ดูแลอย่างเต็มรูปแบบ

อภิปรายผล

การเปรียบเทียบคะแนนผลการอบรมที่มีต่อความรู้ การปฏิบัติ และความคาดหวังในผลของการกระทำ พบว่า ผู้ดูแลคะแนนหลังจากได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นทุกด้าน และค่าเฉลี่ยคะแนนทั้ง 3 ด้าน ของผู้ดูแล ระยะติดตามและหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายคะแนนของความรู้ที่เพิ่มขึ้นได้ว่า ความรู้ คือ สิ่งที่เกิดขึ้นจากการศึกษา การอบรม การถ่ายทอดความรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ รวมถึงปัญหาและแนวทางแก้ไขที่ได้พบเจอ ทำให้มีประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้ มีทักษะเพิ่มขึ้น และมีทัศนคติที่ดีในการทำงาน ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ¹² ซึ่งผู้ดูแลอาจเคยได้รับความรู้ในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยวิธีการทางด้านกายภาพบำบัดมาบ้าง แต่จดจำรายละเอียดได้ไม่ครบทั้งหมด เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 51–60 ปี รวมกับในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมามีเคยได้รับการอบรมด้านกายภาพบำบัดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเพียง 3 ครั้ง และได้รับการอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลาเพียง 70 ชั่วโมง ซึ่งต้องเรียนรู้ในหลายหัวข้อในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีหัวข้อด้านกายภาพบำบัดเป็นหนึ่งในนั้น ส่งผลให้ผู้ดูแลนั้นไม่สามารถจดจำความรู้ด้านกายภาพบำบัดได้ถูกต้องและครบถ้วน จึงทำให้เกิดการตอบคำถามจากความรู้ที่พอจำได้และจากประสบการณ์ที่ได้รับมา โดยไม่ถูกต้องและครบถ้วนตามหลักวิชาการ ดังนั้นภายหลังการอบรมการดูแลผู้สูงอายุควรมีการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง และวิจัยและพัฒนาวิธีการอบรม เพื่อสร้างสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ ควรให้ความรู้และคำแนะนำที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น¹³ แต่เมื่อเข้ารับการอบรมตามโปรแกรมแล้วผู้ดูแลมีความรู้และเข้าใจเรื่องการดูแลผู้สูงอายุด้วยวิธีการด้านกายภาพบำบัดดีขึ้น จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้และการปฏิบัติด้านกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยนำมาใช้สามารถทำให้ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุภาคทางการมีความรู้เพิ่มขึ้นได้มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถแห่งตนของ Wu et al¹⁴ ที่มีการสนับสนุนให้ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถแห่งตนเป็นแบบจำลองในการจัดโปรแกรมให้ความรู้ เพื่อให้เข้าถึงพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Prombut⁵ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนต่อ ความรู้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ อสม. ประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่า ความรู้ของ อสม. หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ อสม. หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนมีการรับรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นการประเมินผลก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรม ไม่มีการติดตามผลหลังจากที่เข้ารับโปรแกรม ซึ่งจากการทดลอง พบว่าหลังจบการเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์ ผู้ดูแลมีคะแนนความรู้ลดลงเล็กน้อย จึงควรมีการจัดโปรแกรมเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง และควรมีการพัฒนาการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขควบคู่กับการอบรมพัฒนาความรู้ เพื่อให้เกิดการพัฒนาตนเอง นำไปสู่การเกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของประชาชนและการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ได้ตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยั่งยืนและเกิดสุขภาพดีแบบองค์รวมของชุมชน



ในขณะที่หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลมีการปฏิบัติเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกด้าน อธิบายได้ว่า การปฏิบัติ คือ การทำของบุคคลนั้นๆ ที่อาจเกิดจากความรู้ ความเข้าใจ ประสบการณ์ที่พบเจอ หรือความเชื่อต่าง ๆ ส่งผลต่อความคิดทัศนคติ ทำให้เกิดการปฏิบัติในแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันไป¹² ดังนั้นการที่จะมีทักษะการปฏิบัติที่ดีได้นั้น ต้องอาศัยหลักการพัฒนาทักษะการปฏิบัติที่ดี ประกอบด้วย การมีความรู้ และความเข้าใจด้านกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เมื่อมีความรู้ที่ถูกต้องจนนำไปสู่การลงมือปฏิบัติ และเมื่อปฏิบัติซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน จะส่งผลให้เกิดความคุ้นเคยได้รับได้รับทักษะการฝึกปฏิบัติด้านกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาบ้างแล้ว แต่ด้วยวิธีการปฏิบัติค่อนข้างซับซ้อน และมีรายละเอียดมากพอสมควรส่งผลให้ผู้ดูแลอาจหลงลืมขั้นตอนในการปฏิบัติ ซึ่งผู้ดูแลได้ให้ความเห็นว่าการได้รับการฝึกปฏิบัติในการดูแลและการฟื้นฟูสภาพอย่างครบถ้วน และได้รับคู่มือการดูแล ทำให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุฟื้นฟูสภาพ เมื่อสัปดาห์ในการฟื้นฟูสภาพก็สามารถเปิดคู่มือประกอบในการเตือนความจำได้¹⁵ และเมื่อได้เข้าร่วมโปรแกรมจึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้อง ครบถ้วนและเกิดความชำนาญ เนื่องจากผู้ดูแลได้ทบทวนความรู้และทักษะการปฏิบัติ เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องตามหลักวิชาการด้านกายภาพบำบัด เนื่องจากในโปรแกรมได้มีการมุ่งเน้นในส่วนของกิจกรรมการฝึกปฏิบัติในสัปดาห์ที่ 1 4 และ 8 รวมถึงได้มีการแบ่งกลุ่มย่อยในการฝึกการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความรู้อย่างใกล้ชิดและทั่วถึง และกิจกรรมการฝึกปฏิบัติจะเป็นกิจกรรมที่ 2 รองมาจากกิจกรรมที่ให้ความรู้ เนื่องจากการพัฒนาทักษะการปฏิบัติที่ชำนาญจะเกิดขึ้นภายใต้ขั้นตอน ดังนี้ 1. ขั้นความรู้ความเข้าใจ (The Cognitive Phase) เป็นขั้นตอนที่จะบอกถึงทักษะและความรู้ทางทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 2. ขั้นปฏิบัติ (The Associative Phase) เป็นการกระทำการเพื่อให้ได้พฤติกรรมในรูปแบบที่ถูกต้อง ทักษะจะเกิดขึ้นได้เมื่อได้ลงมือปฏิบัติการ และ 3. ขั้นชำนาญ (The Autonomous Phase) เป็นขั้นที่ปฏิบัติทักษะนั้นรวดเร็วและถูกต้อง¹⁶ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Anunta¹⁷ ได้ศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย อสม. ในการเยี่ยมบ้านตำบลขาว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จากผลการวิจัยพบว่าความรู้และทักษะการปฏิบัติงานในการเยี่ยมบ้านของ อสม. มีความรู้และและทักษะการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น หลังจากได้รับการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อาจกล่าวได้ว่าทักษะการปฏิบัติและความรู้มีความเกี่ยวเนื่องกัน

คะแนนความคาดหวังในผลของการกระทำ พบว่า ผู้ดูแลมีความคาดหวังในผลของการกระทำเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกด้าน อธิบายได้ว่า แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง ประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการกระทำ การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ กล่าวคือหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเอง และมีความคาดหวังของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูงทั้งสองด้าน จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมอย่างแน่นอน แต่ถ้ามีเพียงด้านใดสูงหรือต่ำ บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะไม่แสดงพฤติกรรม¹³ ผู้ดูแลอาจจะขาดความรู้วิธีการปฏิบัติ ส่งผลให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยวิธีการด้านกายภาพบำบัด แต่เมื่อได้เข้าร่วมโปรแกรมได้มีการจัดกิจกรรมที่ให้ความรู้ การปฏิบัติ การพูดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างนักกายภาพบำบัดและผู้ดูแล การใช้ตัวแบบเพื่อให้ได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น โดยการเชิญนักกายภาพบำบัดชำนาญการ ที่ปฏิบัติงานด้านการลงชุมชนได้พูดและเล่าถึงประสบการณ์ที่ได้ลงชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเสริมสร้างตามหลักทฤษฎีการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง จึงทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์มีผลต่อการตัดสินใจที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pinyo⁶ ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนเองต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลของ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนจังหวัดขอนแก่น จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง อาสาสมัครมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม



การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการวิจัย โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถแห่งตน สามารถส่งเสริมความรู้ ทักษะและพฤติกรรม การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนของ อสม. ได้ จึงควรขยายผลให้ อสม. ทั้งหมดในตำบลได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพ แม้ว่าทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองจะเป็นทฤษฎีหลักที่มีความสำคัญในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นแนวทางในการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมด้านสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามควรมีการประเมินระดับการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนจัดทำโปรแกรม เพื่อปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป¹⁸

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การใช้โปรแกรมในการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ และการปฏิบัติด้านกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ การปฏิบัติ และความตระหนักต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยวิธีการด้านกายภาพบำบัด สามารถนำโปรแกรมไปใช้ร่วมกับการพัฒนางานวิจัยอื่นได้ หรือนำไปใช้กับการอบรมบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอื่นได้
2. การนำโปรแกรมในการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ และการปฏิบัติด้านกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล สามารถนำไปปรับรายละเอียดในโปรแกรม เพื่อให้สอดคล้องกับหัวข้อและบริบทในแต่ละพื้นที่ได้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการจัดโปรแกรม
3. การนำโปรแกรมในการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ และการปฏิบัติด้านกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล สามารถสร้างสื่อการเรียนรู้ที่สามารถดูหรืออ่านแล้วเข้าใจได้ง่ายและดึงดูดความสนใจ เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และการปฏิบัติที่ไม่ซับซ้อน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการจัดให้ความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และเสริมความสามารถและความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้แก่ผู้ดูแลทุก ๆ 12 สัปดาห์ เพื่อเป็นการทบทวนให้เกิดการเรียนรู้ที่ยั่งยืน และการปฏิบัติที่ชำนาญในอนาคต
2. การนำโปรแกรมในการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ และการปฏิบัติด้านกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล อาจมีการเพิ่มระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีระยะเวลาในการจดจำ เรียนรู้ และเกิดทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องและแม่นยำมากขึ้น
3. ควรมีโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ และการปฏิบัติด้านกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ไปใช้โดยการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เพื่อให้เกิดการเปรียบเทียบถึงประสิทธิผลของโปรแกรม และควรมีการนำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาด้านกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างยั่งยืน



References

1. National Health Security Office. The manual of long term care for the dependent elderly in community (Long term Care) under universal health coverage scheme, Fiscal year 2016. Bangkok: National Health Security Office. 2016.
2. Bureau of Elderly Health. Department of Health, Ministry of Public Health. The program for training care giver B.E. 2020 Bangkok: Bureau of Elderly Health. 2020.
3. Suanrueang P, Wannasri A, Srithamrongsawat S. Community care by caregivers to Dependent Elderly under the community-based long-term care policy, *Journal of Health Systems Research* 2018; 12(3): 437–51.(in Thai)
4. Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and company; 1997.
5. Prombutr P, Sookpool A, Phinyo K, Phinyo P. The effect of self-efficacy program toward knowledge and self-efficacy of village health volunteers in diabetic and hypertension patient care in community in Northeast Province. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences* 2015; 35(2): 113–28.(in Thai)
6. Phinyo P, Phinyo K, janhauna S, Aphiathan W, Sayawat T, Akkarsetsakul A. The Effectiveness of self-efficacy enhancement program on knowledge, attitudes and behaviors of the village health volunteers providing the long term care for the elders, Khon Kaen province. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences* 2017; 37(3): 109–20.(in Thai)
7. Jirawatkul A. Biostatistics for health science research. Khon Kaen. Biostatistics sector. Faculty of Public Health, Khon Kaen University 2004.(in Thai)
8. Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health. The manual for training care giver for 70 hours B.E. 2013. Bangkok: Bureau of Health Promotion. 2013.
9. Puwarodom U, et al. Clinical practice guidelines for stroke rehabilitation Bangkok: Tanapress & graphic company limited: 2016.(in Thai)
10. Chansirikarn S, Sasat S, Labbenjakul S, Suthutvoravut A, Khemthong S, Puenrum S. Health Administration division. The manual of long term Care for family care team. Bangkok: CyberPrint Group Co., Ltd. 2016.(in Thai)
11. Uthissampankul A. Development and effect of video-based education to knowledge and skill of hemiplegic stroke patient's for care giver. *Medical journal of Srisaket Surin Buriram hospitals* 2022; 37(1): 77–89.(in Thai)
12. Saksri Y, Relationship between knowledge, attitude and practice towards prevention of surgical site infection during Intraoperative period among perioperative nurses. Faculty of Nursing (Medical Nursing). Prince of Songkla University. 2017. Available from: <http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2016/12524>.(in Thai)
13. Kitreerawutiwong K, Kitreerawutiwong N. The development direction for long-term care giver in community. *Journal of Nursing and Health Care* 2018; 36(4): 15–24.(in Thai)



14. Wu SF, Courtney M, Edwards H, McDowell J, Shortridge-Baggett LM, Chang PJ. Self-efficacy, outcome expectations and self-care behaviour in people with type 2 diabetes in Taiwan. *Journal Clinical Nursing* 2007; 16(11C): 250-7.
15. Deethai S, Panuthai S, Khampolsiri T. Effect of preparation for discharge readiness on post-discharge coping difficulties among caregivers of older people with stroke. *Nursing Journal* 2021; 48(2): 170-80.(in Thai)
16. Kuttiwong K. Using Harrow's instructional model for psychomotor domain titled Thai desserts for Prathom Suksa 4 students, Nandachart Grade school Chiang Mai Province. Chiangmai. Graduated school, Chiangmai University. 2014.(in Thai)
17. Anunta P, Tonganake J. The effectiveness of home visit and training program in village health volunteers in Khwao, Selaphum, Roi Et. *Department of Public Health Selaphum, Roi-Et* 2013; 20(1): 1-8.(in Thai)
18. Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, Mahaki B, Tavassoli E, Sharifirad G. Impact of health literacy, self-efficacy, and outcome expectations on adherence to self-care behaviors in Iranians with type 2 diabetes. *Oman Medical Journal* 2016; 31(1): 52-59.



ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต ต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชน The Effect of a Mental Health Literacy Promotion Program on Mental Health Self-Care Ability of People

กัญญาวิณ์ โมกขาว¹ มนัสวี จำปาเทศ¹ สุกัญญา สุรังสี¹ ชะเอม มหากันท์²

Kanyawee Mokekhaow¹ Manasawee Jumpated¹ Sukanya Surangsi¹ Cha-Em Mahagun²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing, Chonburi: Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม จังหวัดฉะเชิงเทรา

Tha Kham Sub-District Health Promoting Hospital ,Chachoengsao

Corresponding Author: KanyaweeMokekhaow; Email: kanyawee@bnc.ac.th

Received: September 20, 2022 Revised: June 1, 2023 Accepted: July 21, 2023

บทคัดย่อ

ความรู้ด้านสุขภาพจิต และความเข้มแข็งทางใจ เป็นพื้นฐานสำคัญในการดูแลตนเองด้านจิตใจ งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ประชาชนในตำบลท่าข้าม อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 102 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 51 คน และกลุ่มควบคุม 51 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ และโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .88 และ 1.00 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และด้วยสถิติที (t-test) ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลอง มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .01$) โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและครอบครัว ตลอดจนช่วยให้บุคคลพัฒนาความคิดเชิงบวก ปรับวิธีคิดที่เหมาะสม และสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างสร้างสรรค์ มีความเชื่อมั่น และภาคภูมิใจในตนเอง

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพจิต; การส่งเสริมสุขภาพจิต; การดูแลตนเองด้านจิตใจ; ความเข้มแข็งทางใจ



The Effect of a Mental Health Literacy Promotion Program on Mental Health Self-Care Ability of People

Kanyawee Mokekhaow¹ Manasawee Jumpated¹ Sukanya Surangsri¹ Cha-Em Mahagun²

¹Boromarajonani College of Nursing, Chonburi; Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Tha Kham Sub-District Health Promoting Hospital, Chachoengsao

Corresponding Author: Kanyawee Mokekhaow; Email: kanyawee@bnc.ac.th

Received: September 20, 2022 **Revised:** June 1, 2023 **Accepted:** July 21, 2023

Abstract

Mental health literacy and resilience have been an important foundation for the ability to self-care for mental health. The objective of this quasi-experimental research with a two-group pretest-posttest design was to study the effect of a mental health literacy promotion program on the mental self-healthcare ability of people. The sample consisted of 102 people in Thai Kham Sub district, Bang Pakong District, Chachoengsao Province – equally divided into an experimental group and a control group. The instruments were the mental self-health care ability questionnaire and a mental health literacy promotion program, which were quality assessed by 3 experts (IOC = .88 and 1.00 respectively). The data were analyzed using descriptive statistics. The differences in the mental self-care ability of the experimental group before and after the experiment, and between the experimental group and the control group, were determined by using independent and paired sample t-tests. The results of this study showed that after the experiment, mental self-health care ability of the experimental group was statistically higher than those before experiment at the p-value of .01, and higher than that of the control group at the p-value of .01. The mental health literacy promotion program helps individuals understand mental health issues and develop positive thinking, modify thinking appropriately, to help solve problems creatively, and to develop confidence and self-esteem.

Keywords: mental health literacy; mental health promotion; mental self-health care; resilience



ความเป็นมาและความสำคัญ

สังคมในปัจจุบันมีวิกฤตการณ์เกิดขึ้นมากมาย ทั้งจากภัยจากธรรมชาติ ภัยจากมนุษย์ ภัยสังคมที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี และภาวะเศรษฐกิจ เหตุการณ์เหล่านี้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของคนในสังคมไทย และทำให้ปัญหาสุขภาพจิตทวีความรุนแรงขึ้น ซึ่งรายงานของกรมสุขภาพจิต ปี 2565 พบว่า ใน 3 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มมากขึ้น โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคจิตเภท และโรคซึมเศร้า รวมทั้งอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยพบอัตราการฆ่าตัวตาย 6.32, 6.64 และ 7.37 ต่อแสนประชากร ในปี 2562, 2563 และ 2564 ตามลำดับ¹ ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้สามารถยับยั้งไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงได้ หากประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ตลอดจนส่งเสริมให้มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจที่ดี และมีความเข้มแข็งทางใจ²⁻³

ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อ การมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข พึงพอใจในชีวิต สามารถประกอบจิตใจทั้งในภาวะปกติ และภาวะวิกฤติ ให้คงอยู่อย่าง ปกติได้³ ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจประกอบด้วย 6 ด้านคือ ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการ ติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการเผชิญปัญหา ด้านการพัฒนาและดำรง รักษา ระบบสนับสนุนทางสังคม และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา⁴ ความสามารถดังกล่าวถือเป็นตัวแปรสำคัญ ดังนั้นกรมสุขภาพจิตจึงได้มีนโยบายส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจที่ดี ด้วยการ พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy)¹ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นความรู้ ความเข้าใจ ของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ทำให้บุคคลตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตและสามารถจัดการหรือป้องกัน การเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ซึ่งจอร์มได้กล่าวถึง 5 องค์ประกอบในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตคือ 1) การประเมิน ความเสี่ยงของการเกิดปัญหาทางจิต 2) การใช้เทคนิคการฟังอย่างตั้งใจ ไม่ตัดสิน 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับ สุขภาพจิต 4) รู้ช่องทางในการช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต และ 5) การส่งเสริมกลยุทธ์การช่วยเหลือตนเอง⁵ อีกทั้งยังส่งเสริมให้บุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ให้เข้าถึง เข้าใจยอมรับ และให้ออกาสผู้ที่มีปัญหา สุขภาพจิตได้เข้ามามีส่วนร่วมในวิถีชีวิต สร้างกระแสเพื่อลดตราบาปต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต⁶ และจากการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลด้านจิตใจของประชาชน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความเข้มแข็ง ทางใจมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷⁻⁸

ความเข้มแข็งทางใจ (resilience) เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาวิกฤตหรือ ความยากลำบากที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ช่วยให้มีการปรับตัว และช่วยหาวิธีแก้ไขปัญหาลงไปได้ ความเข้มแข็งทางใจ อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้และการสั่งสมประสบการณ์ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่าน มา⁹ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ฉันมี.... (I HAVE) 2) ฉันเป็น..... (I AM) และ 3) ฉันสามารถที่จะ... (I CAN) โดยที่ “ฉันมี”(I HAVE) ได้มาจากแหล่งสนับสนุนจากภายนอก “ฉันเป็นคน”(I AM) เป็นความเข้มแข็ง ที่เกิดภายในบุคคล ส่วน “ฉันสามารถที่จะ”

(I CAN)¹⁰ เป็นทักษะในการบริหารจัดการกับปัญหา บุคคลที่มีความเข้มแข็งทางใจจะเป็นคนที่สามารถ ยืนหยัดโดยใช้พลังกาย และพลังใจในการต่อสู้ให้ตนเองผ่านพ้นจากสภาวะการณ์ที่เลวร้ายนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้นและสามารถดูแลด้านจิตใจของตนเองได้เป็นอย่างดี¹¹ สอดคล้องกับ การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีระดับความเครียดลดลง และมีศักยภาพในการจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹²



จากการศึกษาภาวะสุขภาพจิต ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชนตำบลท่าข้าม อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ประชาชนมีความเข้มแข็งทางจิตใจ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตค่อนข้างน้อย⁷ และจากการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตของชุมชนพบว่า ปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรวมทั้งมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต¹³ รวมทั้งสถิติการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิตพบว่า จังหวัดฉะเชิงเทรา มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับ 2 รองจากจังหวัดจันทบุรี¹ ในปี 2565 จากรายงานของเทศบาลตำบลท่าข้ามพบว่า มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเกณฑ์ที่กรมสุขภาพจิตกำหนด¹³ ดังนั้นผู้วิจัยร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้ามจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อนำไปใช้กับประชาชนโดยมุ่งเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตทราบช่องทางในการช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งการส่งเสริมให้ประชาชนมีความเข้มแข็งทางใจ มีความสามารถในการปรับตัว และหาวิธีการในการจัดการกับปัญหาของตนเองได้รวมทั้งมีความคาดหวังว่าหลังจากที่ประชาชนเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว ประชาชนจะมีความสามารถในการดูแลด้านจิตใจของตนเอง ครบครันได้ และสามารถลดความเจ็บป่วยทางจิตใจรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

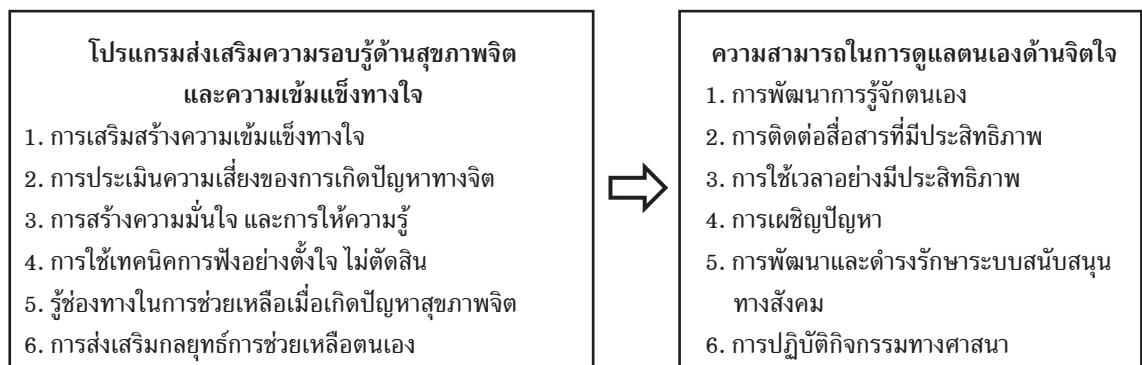
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชนในตำบลท่าข้าม อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจ มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจ มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ทางด้านสุขภาพจิตของจอร์ม และคณะ⁵ และแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของกรอตเบิร์ก¹⁰ ร่วมกับการวิจัยที่เกี่ยวข้องมากำหนดกรอบแนวคิด ดังแสดงตามภาพที่ 1





วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชน

ประชากร ได้แก่ ประชาชนในตำบลท่าข้าม อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 84,267 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนในตำบลท่าข้าม อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (G* Power) ใช้ effect size (f^2) เท่ากับ .5, ค่าแอลฟาเท่ากับ .05, ค่า power of test เท่ากับ .8 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 102 คน โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายในกลุ่มประชาชนที่มีอายุมากกว่า 20-60 ปี สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ ไม่มีการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่รุนแรง และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย จากนั้นผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาจากความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ที่ประเมินก่อนการทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 51 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 51 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลท่าข้าม พร้อมทั้งแนบเอกสารการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสลบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ REC BNC 01/ 2564) ประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของ รพ.สต.ท่าข้าม และผู้ประสานงานประจำหมู่บ้านเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ จากนั้นผู้วิจัยประสานงานกับผู้ประสานงานประจำหมู่บ้านเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้ ดำเนินการสุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยสอบถามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เวลา 2 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2565 สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มควบคุมเข้าร่วมโปรแกรมฯ เหมือนกับกลุ่มทดลอง หลังจากการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ผู้วิจัยใช้แบบวัดของศรีธญา ยอดสุด³ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ จำนวน 35 ข้อ ตามการรับรู้ของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง 6 ข้อ ด้านการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ 6 ข้อ ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ 6 ข้อ ด้านการเผชิญปัญหา 6 ข้อ ด้านการสนับสนุนทางสังคม 5 ข้อ และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา 6 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 1 คะแนนหมายถึงไม่ปฏิบัติ/เกือบไม่ปฏิบัติเลย, 2 คะแนนหมายถึงปฏิบัติเป็นบางครั้ง/นาน ๆ ครั้ง, 3 คะแนนหมายถึง ปฏิบัติบ่อย ๆ/เว้นเป็นบางวัน และ 4 คะแนนหมายถึงปฏิบัติเป็นประจำทุกวันมีเกณฑ์การพิจารณาระดับคะแนนเฉลี่ยสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ คือ 1.00-1.75 ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจต่ำ, 1.76-2.50 ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจค่อนข้างต่ำ, 2.51-3.25 ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจค่อนข้างสูง และ 3.26-4.00 ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจสูง แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .67-1.00 และได้ตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปใช้กับประชาชนในตำบลท่าข้ามที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89



2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากสภาพปัญหาที่รวบรวมได้จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ บุคลากรกับแนวคิดความรู้ทางด้านสุขภาพจิตของจอร์ม และคณะ⁵ และแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของกรอตเบิร์ก⁹ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยด้วยตนเองโปรแกรมฯ มีการดำเนินการ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมงเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 17 คน โดยมีการดำเนินการดังนี้

กลุ่มที่ 1 ดำเนินโปรแกรมในวันจันทร์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์

กลุ่มที่ 2 ดำเนินโปรแกรมในวันพุธ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์

กลุ่มที่ 3 ดำเนินโปรแกรมในวันศุกร์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์

โปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 1 ชื่อกิจกรรม “รอบรู้เรื่องสุขภาพจิต สร้างชีวิตที่มีความสุข” เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตปัญหาสุขภาพต่าง ๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพจิต ความเสี่ยงของการเกิดปัญหาทางจิตของตนเอง⁵ ร่วมกับการเสริมสร้างความรู้สึที่ดีต่อตัวเองจนเกิดภาคภูมิใจ โดยให้เห็นด้านดีของตนเองในมุมมองของผู้อื่น¹⁰

โปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 2 ชื่อกิจกรรม “มองโลกในแง่ดี ปรับวิธีการดูแลจิตใจ” เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือตนเองและครอบครัวเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิตเข้ามากระทบจิตใจ⁵ ร่วมกับการเสริมสร้างทักษะการมองโลกในแง่ดี โดยฝึกให้พิจารณามุมมองด้านดีในเหตุการณ์ที่ไม่ดี เข้าใจและยอมรับในสิ่งที่ตนเองเป็น¹⁰

โปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 3 ชื่อกิจกรรม “มีความสุขอย่างพอเพียง ฟังตนเองได้” เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและครอบครัวในระยะยาวฝึกทักษะการฟังอย่างตั้งใจไม่ตัดสินแนะนำช่องทางในการช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงมากขึ้น⁵ กิจกรรมการสร้างความสุขให้กับตัวเองด้วยวิธีง่าย ๆ¹⁰

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 และได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้กับประชาชนในตำบลท่าข้ามที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน เพื่อดูความเป็นไปได้ของโปรแกรม และนำผลที่ได้มาปรับปรุงโปรแกรมฯ ก่อนนำไปใช้ในงานวิจัยต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานกับนายกเทศบาลตำบลท่าข้าม และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต รพ.สต.ท่าข้าม อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของขั้นตอนการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และอธิบายรายละเอียดของขั้นตอนการวิจัย สอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายโดยกลุ่มทดลองอยู่ในหมู่บ้านที่เป็นเลขคู่ ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่ในหมู่บ้านที่เป็นเลขคี่ แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 17 คน ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต กลุ่มที่ 1 ในวันจันทร์ กลุ่มที่ 2 ในวันพุธ และกลุ่มที่ 3 ในวันศุกร์ ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ก่อนการทดลอง ดำเนินการทดลองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ จากนั้นให้กลุ่มทดลองทำแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ หลังการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นทันที ส่วนกลุ่มควบคุม



ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิตตามปกติของ รพ.สต. ทำซ้ำ หลังการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นทันที ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระดับความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบระดับความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independence t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.55 อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 49.02 รองลงมาคือ 51-60 ปี ร้อยละ 29.41 การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 50.98 อาชีพส่วนใหญ่คือ เกษตรกร และว่างงาน/แม่บ้าน ร้อยละ 31.37 รายได้ต่อเดือนโดยเฉลี่ยเท่ากับ 18,784.31 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000-15,000 บาท ร้อยละ 49.02 ส่วนกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.47 อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 42.94 การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 50.98 อาชีพส่วนใหญ่คือ รับจ้าง ร้อยละ 35.30 รองลงมาคือ เกษตรกร ร้อยละ 31.37 รายได้ต่อเดือนโดยเฉลี่ยเท่ากับ 18,627.45 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000-15,000 บาท ร้อยละ 47.06 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	14	27.45	12	23.53
หญิง	37	72.55	39	76.47
อายุ	$(\bar{X} = 45.90 \text{ ปี}, SD = 6.43)$		$(\bar{X} = 45.99 \text{ ปี}, SD = 6.36)$	
30- 40 ปี				
41- 50 ปี	11	21.57	10	19.61
51- 60 ปี	25	49.02	27	52.94
	15	29.41	14	27.45
การศึกษา				
ประถมศึกษา	26	50.98	26	50.98
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	11.77	5	9.81



ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษาตอนปลาย	15	29.41	16	31.37
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	4	7.84	4	7.84
อาชีพ				
เกษตรกร	16	31.37	16	31.37
ค้าขาย	3	5.88	3	5.88
รับจ้าง	15	29.42	18	35.30
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	1	1.96	1	1.96
ว่างงาน/ แม่บ้าน	16	31.37	13	25.49
รายได้ต่อเดือน	$(\bar{X} = 18,784.31 \text{ บาท}, SD = 8374.52)$		$(\bar{X} = 18,627.45 \text{ บาท}, SD = 8384.24)$	
น้อยกว่า 10,000 บาท	-	-	1	1.96
10,000- 15,000 บาท	25	49.02	24	47.06
15,001- 20,000 บาท	8	15.69	9	17.65
มากกว่า 20,000 บาท	18	35.29	17	33.33

จากการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ พบว่า ก่อนทำการทดลองความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยความสามารถ ค่อนข้างต่ำ ($\bar{X} = 1.95$, $SD = .19$) โดยมีด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ($\bar{X} = 2.04$, $SD = .19$) และด้านที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ($\bar{X} = 1.86$, $SD = .33$) ส่วนกลุ่มควบคุมในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ ($\bar{X} = 1.95$, $SD = .17$) โดยมีด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ($\bar{X} = 2.04$, $SD = .20$) และด้านที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ($\bar{X} = 1.86$, $SD = .31$; $\bar{X} = 1.86$, $SD = .33$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านจิตใจ	กลุ่มควบคุม(51 คน)			กลุ่มทดลอง (51 คน)		
	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
- ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง	1.94	.32	ค่อนข้างต่ำ	1.94	.29	ค่อนข้างต่ำ
- ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	1.86	.33	ค่อนข้างต่ำ	1.86	.31	ค่อนข้างต่ำ
- ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	1.89	.33	ค่อนข้างต่ำ	1.86	.33	ค่อนข้างต่ำ
- ด้านการเผชิญปัญหา	1.96	.11	ค่อนข้างต่ำ	1.96	.11	ค่อนข้างต่ำ
- ด้านพัฒนาและรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม	1.99	.13	ค่อนข้างต่ำ	1.20	.20	ค่อนข้างต่ำ
- ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	2.04	.19	ค่อนข้างต่ำ	2.04	.20	ค่อนข้างต่ำ
ความสามารถฯ โดยรวม	1.95	.19	ค่อนข้างต่ำ	1.95	.17	ค่อนข้างต่ำ



จากการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยความสามารถฯ ค่อนข้างสูง ($\bar{X} = 2.87, SD=.12$) โดยมีด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการเผชิญปัญหา ($\bar{X} = 2.97, SD=.10$) และด้านที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ($\bar{X} = 1.86, SD=.33$) ส่วนกลุ่มควบคุมในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.97 ($SD=.17$) โดยมีด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ($\bar{X} = 2.34, SD=.21$) และด้านที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ($\bar{X} = 1.84, SD=.29$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านจิตใจ	กลุ่มควบคุม(51 คน)			กลุ่มทดลอง (51 คน)		
	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
- ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง	2.76	.28	ค่อนข้างสูง	1.91	.27	ค่อนข้างต่ำ
- ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	2.86	.27	ค่อนข้างสูง	1.84	.29	ค่อนข้างต่ำ
- ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	2.88	.19	ค่อนข้างสูง	1.88	.32	ค่อนข้างต่ำ
- ด้านการเผชิญปัญหา	2.97	.10	ค่อนข้างสูง	1.96	.11	ค่อนข้างต่ำ
- ด้านพัฒนาและรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม	2.94	.12	ค่อนข้างสูง	1.99	.13	ค่อนข้างต่ำ
- ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	2.81	.35	ค่อนข้างสูง	2.34	.21	ค่อนข้างต่ำ
ความสามารถฯ โดยรวม	2.87	.12	ค่อนข้างสูง	1.97	.17	ค่อนข้างต่ำ

การเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของทั้งสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ	mean	SD	df	t	P-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	1.95	.19	100	-.031	.975
กลุ่มควบคุม	1.95	.17			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	1.95	.12	100	30.63	.000
กลุ่มควบคุม	1.95	.17			

การเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 5



ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ	mean	SD	df	t	P-value
ก่อนทดลอง	1.95	.19	50	-29.14	.000
หลังการทดลอง	2.87	.12			

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ทำให้เห็นว่าความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลอง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจ มุ่งสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต ปัญหาทางจิต การประเมินภาวะสุขภาพจิต และความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตของตนเองและครอบครัว ทราบวิธีการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิตและวิธีการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ รวมทั้งเรียนรู้เทคนิคการจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและครอบครัวได้ฝึกทักษะการฟังอย่างตั้งใจ ไม่ตัดสิน^๑ รับรู้เสียงที่ได้ยินอย่างเข้าใจในความคิดความรู้สึก เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น¹⁴ จึงทำให้กลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจเพิ่มขึ้น และเมื่อพิจารณารายด้านของความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการเผชิญปัญหาเป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ดีจะมีทักษะการช่วยเหลือตนเองและเผชิญปัญหาที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิต และจัดการกับปัญหาทางสุขภาพจิตเบื้องต้นได้รวมทั้งสามารถแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมสื่อสารกับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ครอบครัว และเพื่อน เพื่อได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของความรู้ด้านสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตในประชาชนของเมืองเมลเบิร์น ประเทศออสเตรเลีย^๑ ที่พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิตของประชาชนดีขึ้นเมื่อประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของโล กูปตา และ เคอาตติง¹⁶ สรุปได้ว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต จะมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจได้มากขึ้น

นอกจากนี้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตนี้ยังได้บูรณาการกิจกรรมที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกดีต่อตัวเอง ชื่นชมและภาคภูมิใจในความคิด และความสำเร็จของตนเองที่ผ่านมา รู้จักการมองโลกในแง่ดี เข้าใจ และรู้จักวิธีการสร้างความสุขให้กับตัวเอง¹⁰ ในทางกลับกันยังทำให้กลุ่มตัวอย่างยอมรับในสิ่งที่ตนเองเป็นในปัจจุบัน ยอมรับความผิดพลาดที่เคยเกิดขึ้นในอดีต พัฒนาทักษะการมีมุมมองทางบวกฝึกคิดถึงสิ่งที่ดีได้แก่ การมีคนที่รักหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่พร้อมจะช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสร้างความตระหนักรู้ถึงสิ่งที่ดีที่เขาเป็นได้แก่ ความรู้สึก ทศนคติ และความเชื่อภายในตนเกี่ยวกับความภาคภูมิใจในตนเอง การเป็นที่รักของคนอื่น การเป็นผู้มีความรัก ตลอดจนมีความรู้สึกที่ตนเองมีความสามารถจากการเป็นผู้ที่มีความหวัง มีความศรัทธา และเชื่อมั่นในความถูกต้องพัฒนาทักษะในการจัดการกับปัญหา ส่งเสริมความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ทำให้สามารถยืนหยัดโดยใช้พลังกาย และพลังใจในการต่อสู้ให้ตนเองผ่านพ้นจากสภาวะการณ์ที่เลวร้ายนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอีกทั้งยังช่วยพัฒนาความสามารถของบุคคลในการเผชิญปัญหา อุปสรรค



ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจได้อย่างอดทนซึ่งเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความเข้มแข็งทางใจให้กับกลุ่มทดลอง¹⁰ สอดคล้องกับงานวิจัยของสตีเวิร์ต และหยวน¹⁷ ที่พบว่า กลุ่มบุคคลที่มีความเข้มแข็งทางใจ จะมีความสามารถในการปรับตัว และจัดการกับปัญหายุ่งยากใจที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้เป็นอย่างดีอีกทั้งในโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจนี้ยังมีการจัดกิจกรรมให้มีการฝึกการทำจิตใจให้สงบ ฝึกสมาธิ และฝึกการผ่อนคลายควบคู่ไปด้วยซึ่งการฝึกดังกล่าวมีส่วนช่วยให้จิตใจสงบ ละวางสิ่งที่เป็นปัญหา และอยู่กับปัจจุบันขณะ ทำให้เพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา และปรับตัวให้กลับมาอยู่ในสภาวะปกติได้¹⁸ สอดคล้องกับงานวิจัยของศุภวรรณ ธนภาพรังสรรค์ และมาลีวัล เลิศสารศิริ¹⁹ พบว่า การฝึกสติ และการทำสมาธิบำบัด ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีจิตใจที่สงบ ช่วยพัฒนากระบวนการคิด และเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจกับกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น กลุ่มนักเรียน กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อเป็นการขยายผลการศึกษา เนื่องจากโปรแกรมฯ สามารถช่วยปรับวิถีคิด และวิธีการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์มีความเชื่อมั่นและภาคภูมิใจในตนเอง

References

1. Department of Mental Health. Report of patients receiving psychiatric services [internet]. 2022 [cited 1 July 2023] Available from: www.dmh.go.th/report/datacenter/map/reds.asp (in Thai)
2. Surakran A, Arin N. Mental health care: community participation. Srinakharinwirot University (Journal of Science and Technology) 2014;6(12):176–84. (in Thai)
3. Yodsud S. Examination of mental self-care and disease preventive behavior in elderly. [Master thesis] Bangkok: Srinakharinwirot University. 2010. (in Thai)
4. Hill L, Smith N. Self-care nursing: promotion of health. 2nd ed. Norwalk: Appleton & Lange 1985.
5. Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. Am Psychol. 2012 Apr;67(3):231–43. doi: 10.1037/a0025957.
6. Reavley NJ, McCann TV, Jorm AF. Mental health literacy in higher education students. Early Interv Psychiatry. 2012;6:45–52
7. Mokekhaow K, Changpradub W, Promla, W. Effect of positive psychology and mental health literacy to mental self-health care ability of people in Thakam sub-district, Bang Pakong district, Chachoengsaoprovence. Journal of Nursing Division 2020;47(3):57–70. (in Thai)
8. Piper SE, Bailey PE, Lam LT, Kneebone II. Predictors of mental health literacy in older people. Arch Gerontol Geriatr. 2018;79:52–6.
9. Deachkong T. Resilience learning program. Nonthaburi. Beyond publishing Company 2021.



10. Grothberg E. A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit 1995. [cited 2020 February 2]; Available from: <http://resilience.uiuc.edu/library/groth95.html>.
11. Posai V, Boonchoo R, Watradul D, Makkabphalanon K and Thangkratok P. Mental health literacy and quality of life among patients with stroke. Chiang Mai Medical Journal 2021;60(1):63-74.
12. Tossungnoen B, Tungpunkom P, Sethabouppha H. Effect of the resilience enhancement program on stress. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2011;33(3):170-85.
13. ThaKham Subdistrict Municipality [Internet]. Chachoengsao: 2017. [cited 2020 Nov 18]; Available from: <http://www.Thakam.go.th/>. (inThai)
14. Tankan W. Deep Listening. Songkla. Prince of Songkla University; 2020.
15. Thangkratok P, Palacheewa N, Trainattawan W, Boonpradit P. Mental health literacy: concept and application for mental health problem prevention in older adults. Chiang Mai Medical Journal 2020;59(3):163-72. (inThai)
16. Lo K, Gupta T, Keating JL. Interventions to promote mental health literacy in university students and their clinical educators. A systematic review of randomized control trials. Health Professions Education 2018;4(3):161-75. doi: 10.1016/j.hpe.2017.08.001
17. Steward ES, Yuen T. A Systemic review of resilience in the physically III. Psychosomatics 2011;52:199-209.
18. Kantharadussadee-Triamchaisri S. MD: Meditation for holistic self-healer and cells healing [Internet]. Bangkok: The Department of Public Health Nursing: Mahidol University; 2016 [cited 2016 Apr 5]. Available form: http://www.thaicam.go.th/index.php?option=com_attachments&task=download&id=268
19. Tanupabrunsun S, Lertsakornsiri M. The effects of meditation practice approaches by integrating Sati-patthana 4 and SKT 1 on mental ability, self-awareness, and academic achievement of nursing students. Songklanagarind Journal of Nursing 2016;36(Supplement):13-27.



ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากร โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

Factors Predicting Exercise Behavior of healthcare Personnel at Chonburi Cancer Hospital

รังสันต์ ไชยคำ¹ ลัดดาวัล ฟองคำ¹ ธาณี ขามชัย¹ อนัญญา ปิ่นแก้ว² ศิวพร นนทะดี²

จุฑาทิพย์ พันธุ์² สินจัย สันทอง² ปณณทัต บณขุนทด³

Rangsant Chaikham¹ Laddawan Vonk¹ Thanee Khamchai¹ Anutacha Pinkeaw² Siwaporn Nontadee²

Juthathip Panvol² Sinjai Sontong² Punpathut Bonkhunthod³

¹การกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ²การกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น บุรีรัมย์

¹Nursing division, Chonburi Cancer Hospital

²Health system development division, Chonburi Cancer Hospital

³Faculty of Nursing, Western University, Buri Ram

Corresponding author: Rangsant Chaikham; Email: Rangsant2013@gmail.com

Received: April 5, 2023 Revised: July 9, 2023 Accepted: July 24, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกาย และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 230 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึงพฤษภาคม 2564 เครื่องมือประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ 3) แบบวัดการรับรู้อุปสรรค 4) แบบวัดการรับรู้ความสามารถแห่งตน 5) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม 6) แบบวัดอิทธิพลด้านสถานการณ์ และ 7) แบบวัดพฤติกรรมการออกกำลังกาย ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธี Cronbach's alpha coefficient อยู่ระหว่าง .84-.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ส่วนการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการออกกำลังกาย การสนับสนุนทางสังคมต่อการออกกำลังกาย และอิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง 2) การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการออกกำลังกาย ($\beta = .49$) การสนับสนุนทางสังคมต่อการออกกำลังกาย ($\beta = .22$) และการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย ($\beta = -.14$) สามารถรวมทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ร้อยละ 40.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Adjust $R^2 = .401$, $p < .001$) เสนอแนะพยาบาลควรมีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายในบุคลากรโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้บุคลากรสามารถออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม ผู้บริหารควรสนับสนุนสถานที่และอุปกรณ์ออกกำลังกายแก่บุคลากร และกำหนดเป็นนโยบายเกี่ยวกับการออกกำลังกายสำหรับบุคลากรเพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมการออกกำลังกายในองค์กร

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพ; การออกกำลังกาย; บุคลากรโรงพยาบาล



Factors Predicting Exercise Behavior of healthcare Personnel at Chonburi Cancer Hospital

Rangsan Chaikham¹ Laddawan Vonk¹ Thanee Khamchai¹ Anutacha Pinkeaw² Siwaporn Nontadee²

Juthathip Panvol² Sinjai Sontong² Punnathut Bonkhunthod³

¹Nursing division, Chonburi Cancer Hospital

²Health system development division, Chonburi Cancer Hospital

³Faculty of Nursing, Western University, Buri Ram

Corresponding author: Rangsan Chaikham; Email: Rangsan2013@gmail.com

Received: April 5, 2023 Revised: July 9, 2023 Accepted: July 24, 2023

Abstract

This predictive correlational study aimed to examine exercise behavior and predictive factors among healthcare personnel at Chonburi Cancer Hospital. The sample of 230 people working at Chonburi Cancer Hospital was recruited by a simple random sampling technique. Data collection took place from April to May 2023, utilizing a comprehensive set of tools consisting of components: 1) personal information, 2) perception of exercise benefits, 3) perception of exercise barriers, 4) self-efficacy in exercise, 5) social support for exercise, 6) situational influence, and 7) exercise behavior. Reliability analysis using Cronbach's alpha coefficient confirmed the high internal consistency of the instruments, with values ranging from .84 to .95. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation, and multiple stepwise regression analyses. The findings revealed that: 1) the exercise behavior of healthcare personnel was at a low level, while the perception of exercise benefits was high, and the perception of exercise barriers was low. In addition, the perception of self-efficacy for exercise, social support for exercise, and the influence of situational factors on exercise was at a moderate level; 2) self-efficacy in exercise, social support for exercise, and perception of exercise barriers significantly predicted exercise behavior, with standardized regression coefficients (β) of .49, .22, and -.14, respectively. The predictive factors accounted for 40.1% of the variance in exercise behavior (Adjusted $R^2 = .401$, $p < .001$).

Based on these results, it is recommended that nurses implement continuous exercise activities for healthcare personnel at the hospital to foster appropriate exercise engagement. The hospital administrators should provide exercise facilities and equipment as well as establish policies that promote exercise among the personnel to cultivate a culture of exercise within the organization.

Keywords: health promotion; exercise behavior; hospital personnel



ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันสถานบริการสุขภาพเล็งเห็นถึงความสำคัญของการออกกำลังกาย และได้มีการรณรงค์ให้บุคลากรในหน่วยงานออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากการออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่งที่มีประโยชน์ทำให้ระบบอวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้รับการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานดีขึ้น ซึ่งส่งผลดีต่อการทำงานของปอดและหัวใจ ระบบต่อมไร้ท่อและการเผาผลาญพลังงาน ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ทั้งยังช่วยป้องกันการเกิดโรคที่สามารถป้องกันได้¹ นอกจากนี้การออกกำลังกายยังเป็นกิจกรรมที่สนุกสนาน ทำท่ายความสามารและสร้างสุขภาพที่ดีกับคนทุกเพศทุกวัย ทั้งยังทำให้มีรูปร่างที่สง่างาม เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อผู้อื่น มีไหวพริบและสติปัญญาที่ดี ไม่โมโหง่าย ไม่ใจร้อน มีความสุขุมรอบคอบ ยิ้มแย้มสดชื่นตลอดทั้งวัน²⁻³ จะเห็นได้ว่าการออกกำลังกายเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพกายและจิตใจโดยตรง นอกจากจะช่วยให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ยังช่วยให้อารมณ์แจ่มใส คลายเครียดและอาการซึมเศร้าได้ ยังช่วยเสริมภูมิคุ้มกัน ป้องกันการเจ็บป่วยได้⁴⁻⁵ สำหรับบุคลากรที่มีภาวะอ้วนหรือโรคอ้วน การออกกำลังกายมีประโยชน์ในการลดน้ำหนัก ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน⁶ การออกกำลังกายจึงส่งผลดีต่อสุขภาพทุกเพศวัยและสามารถปฏิบัติได้ทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรหรือผู้นำทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้ถูกต้องและเหมาะสมแก่ประชาชนทั่วไป รวมถึงการให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำด้านสุขภาพด้วย หากปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม ย่อมส่งผลเสียต่อสุขภาพตนเองและยังขาดการยอมรับนับถือจากบุคคลทั่วไปได้ การออกกำลังกายถึงแม้จะส่งผลดีแก่บุคลากรทางด้านสุขภาพ แต่ยังพบว่าส่วนใหญ่มีอุปสรรคในการออกกำลังกายหลายอย่าง เช่น ขาดจำกัดเรื่องเวลา มีความยุ่งยากในการปฏิบัติ ไม่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต การไม่รู้จักรแบ่งเวลา บางครั้งใจตัวเองไม่ได้ หัวใจการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเองไม่ได้

บุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีรวมถึงแผนกให้บริการรักษาและแผนกสนับสนุนบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์และพยาบาลถือเป็นผู้นำทางด้านสุขภาพที่ประกอบอาชีพในการดูแลสุขภาพประชาชนให้เกิดสุขภาพที่ดี จากรายงานการตรวจสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2560-2563 ยังพบปัญหาสุขภาพบุคลากรส่วนใหญ่ยังมีค่าดัชนีมวลกายเกินกว่าปกติไปจนถึงโรคอ้วนคือ มีค่า BMI 23 kg/M² ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 56.2, 28.3, 32.9 และ 42.1 ต่อปีตามลำดับ หรือประมาณ 1 ใน 3 ที่มีภาวะอ้วน และยังพบปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3 อันดับต้นๆ ได้แก่ 1) ความดันโลหิตสูง 2) น้ำตาลในเลือดสูง 3) ไขมันในเลือดสูง ด้วยเช่นกัน แม้ได้มีการจัดกิจกรรมออกกำลังกายเพื่อลดและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าว รวมถึงการลดน้ำหนักหรือต้องการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงของบุคลากรด้วยความสมัครใจ แต่ยังพบว่ามีส่วนร่วมกิจกรรมน้อย อาจเนื่องจากภาระงาน ขาดแรงจูงใจ และสถานการณ์โรคโควิด-19 ส่งผลให้บุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาถึงภาระงานของบุคลากรพบว่าภาระงานที่ต้องรับผิดชอบส่งผลให้สนใจดูแลสุขภาพตนเองน้อยลงจนลืมที่จะดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านออกกำลังกาย⁸ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวพบว่าบุคลากรโรงพยาบาลมีแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป เกิดการเหนื่อยล้า ขาดการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม ดังนั้นการส่งเสริมการออกกำลังกายของบุคลากรจึงมีความสำคัญ เพราะการออกกำลังกายเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยผ่อนคลายความเครียดทำให้บุคลิกภาพที่มั่นคง สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม เมื่อเกิดความเครียดจะปรับตัวได้เร็วและดีกว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย และการออกกำลังกายช่วยบรรเทาให้อารมณ์ซึมเศร้าดีขึ้น ความเครียดลดลงซึ่งเป็นผลมาจากการหลั่งสารโดปามีน (dopamine) และซีโรโทนิน (serotonin) ภายในร่างกายซึ่งจะช่วยลดอาการซึมเศร้า และภายหลังการออกกำลังกายจะมีการหลั่งฮอร์โมนเอนโดर्फิน (endorphine) ซึ่งมีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟินเพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้ร่างกายรู้สึกผ่อนคลาย อารมณ์แจ่มใส มีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁹⁻¹⁰

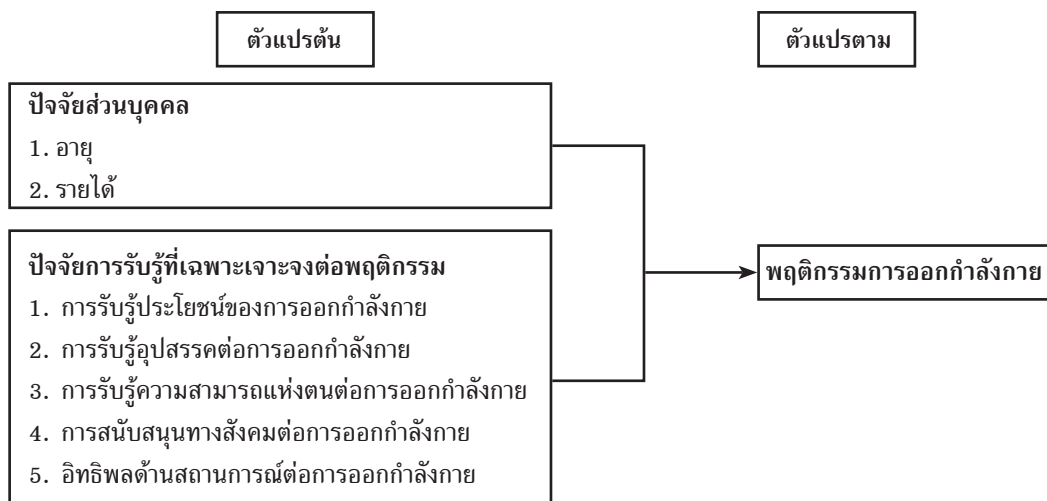
สำหรับพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรียังพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ออกกำลังกายน้อย ถึงแม้จะมีการณรงค์ให้ออกกำลังกายก็ตาม ทั้งนี้เนื่องจากภาระงานที่หนัก ต้องดูแลให้บริการผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง อีกทั้งส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานที่ต้องทำงานหารายได้จุนเจือครอบครัว ขาดการตระหนักถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย จึงส่งผลให้พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เหมาะสมได้โดยพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับ 2 องค์ประกอบหลักตามแนวคิดของเพนเดอร์¹¹ ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (individual characteristics and experiences) และปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (behaviours specific cognitive and affect) โดยปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมมีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากที่สุดคือ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถแห่งตน อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลด้านสถานการณ์ จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีแก่บุคลากรได้โดยผู้วิจัยเห็นความสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีดังกล่าว จึงได้คัดสรรปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ รายได้ และปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการออกกำลังกาย การสนับสนุนทางสังคมต่อการออกกำลังกาย และอิทธิพลด้านสถานการณ์ นำมาทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในบุคลากรโรงพยาบาลให้เหมาะสมเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์¹¹ ซึ่งการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ปฏิบัติเพื่อยกระดับและเพิ่มพูนความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองให้มีสุขภาพดี จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุและรายได้สามารถทำนายพฤติกรรมออกกำลังกายได้โดยอายุบ่งชี้ถึงความแตกต่างทางพัฒนาการทั้งร่างกายและความรู้สึนึกคิดของแต่ละบุคคลอายุมากขึ้นย่อมมีวุฒิภาวะมากขึ้นตามวัย มีประสบการณ์และการเรียนรู้เพิ่มขึ้น สามารถเลือกแนวทางที่ดีในการปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกายได้ และรายได้ หากบุคลากรมีรายได้เพียงพอก็มีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการออกกำลังกายได้มากขึ้น ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการออกกำลังกาย การสนับสนุนทางสังคมต่อการออกกำลังกายและอิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายได้เช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้คัดสรรปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมนำมาทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ดั่งภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โดยมีวิธีการวิจัย ดังนี้

ประชากร ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 345 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง จำนวน 230 คน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรอัตราส่วน 30 เท่าของตัวแปรทำนาย¹² ซึ่งมีจำนวนตัวแปรทำนายทั้งสิ้น 7 ตัวแปร จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน $7 \times 30 = 210$ คน และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมทั้งสิ้น 230 คน¹³

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายในบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลจนครบจำนวน 230 คน เกณฑ์การคัดเข้า 1) บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ทั้งชายและหญิง 2) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก 1) ถอนตัวออกจากการวิจัย 2) ตอบแบบสอบถามไม่ครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุนับเป็นปีตั้งแต่ปีเกิดของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จนถึงวันตอบแบบสอบถามหากเกิน 6 เดือนปัดเป็น 1 ปี และรายได้ของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีต่อเดือน มีหน่วยเป็นบาทต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี สร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์¹¹ ใช้วัดพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นคำถามด้านบวก จำนวน 15 ข้อ

ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อย ปฏิบัติน้อย และไม่ปฏิบัติเลย เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติประจำ หมายถึง ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอหรือประมาณ 5-7 วันต่อสัปดาห์ (4 คะแนน) ปฏิบัติบ่อย หมายถึง ปฏิบัติค่อนข้างสม่ำเสมอหรือปฏิบัติ 3-4 วันต่อสัปดาห์ (3 คะแนน) ปฏิบัติน้อย หมายถึง ปฏิบัติค่อนข้างน้อยหรือปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์ (2 คะแนน) ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) การแปลผล คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้¹⁴ พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 15.00-30.00) พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 30.01-45.00) พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง (ช่วงคะแนน 45.01-60.00)

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี สร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์¹¹ ใช้วัดความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และผลดีของการออกกำลังกาย เป็นคำถามด้านบวก จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อความมากที่สุด (4 คะแนน) เห็นด้วยมาก หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อความเป็นส่วนมาก (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย (1 คะแนน) การแปลผล คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้¹⁴ การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 10.00-20.00) การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 20.01-30.00) การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง (ช่วงคะแนน 30.01-40.00)

ส่วนที่ 4 แบบวัดการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี สร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์¹¹ ใช้วัดความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจถึงสิ่งที่มาขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นคำถามทางลบ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อความมากที่สุด (4 คะแนน) เห็นด้วยมาก หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อความเป็นส่วนมาก (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย (1 คะแนน) การแปลผล คะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้¹⁴ การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 10.00-20.00) การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 20.01-30.00) การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูง (ช่วงคะแนน 30.01-40.00)

ส่วนที่ 5 แบบวัดการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของแบนดูรา¹⁵ ใช้วัดความรู้สึกรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในความสามารถในการปฏิบัติ พฤติกรรมการออกกำลังกายให้สำเร็จตามเป้าหมาย เป็นคำถามทางบวก จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจน้อย และไม่มั่นใจเลย เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มั่นใจมากที่สุด หมายถึง มั่นใจมากที่สุดว่าจะสามารถกระทำได้ (4 คะแนน) มั่นใจมาก หมายถึง มั่นใจมากกว่าจะสามารถกระทำได้ (3 คะแนน) มั่นใจน้อย หมายถึง มั่นใจเล็กน้อยว่าจะสามารถกระทำได้ (2 คะแนน) ไม่มั่นใจเลย หมายถึง ไม่มั่นใจเลยว่าจะสามารถกระทำได้ (1 คะแนน) การแปลผล คะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการออกกำลังกายแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้¹⁴ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 9.00-18.00) การรับรู้ความสามารถแห่งตนในระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 18.01-27.00) การรับรู้ความสามารถแห่งตนในระดับสูง (ช่วงคะแนน 27.01-36.00)



ส่วนที่ 6 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมต่อการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของเฮาส์⁶ ใช้วัดการรับรู้ของบุคลากรถึงการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ จากบุคคลอื่น ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่าและด้านทรัพยากร ลักษณะคำถามเป็นคำถามด้านบวก จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงส่วนมาก เป็นจริงน้อย และไม่เป็นจริง เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด (4 คะแนน) เป็นจริงส่วนมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงเป็นส่วนใหญ่ (3 คะแนน) เป็นจริงน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงเพียงเล็กน้อย (2 คะแนน) ไม่เป็นจริง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริง (1 คะแนน) การแปลผล คะแนนการสนับสนุนทางสังคมต่อการออกกำลังกายแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้¹⁴ การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 10.00–20.00) การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 20.01–30.00) การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง (ช่วงคะแนน 30.01–40.00)

ส่วนที่ 7 แบบวัดอิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี สร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์¹¹ ใช้วัดการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม หรือสถานการณ์สำคัญที่จะช่วยเพิ่มทางเลือก หรือโอกาสในการออกกำลังกายของบุคลากรได้ง่ายขึ้น เช่น มีนโยบายออกกำลังกายในหน่วยงาน พื้นที่ออกกำลังกาย สถานที่ออกกำลังกาย อุปกรณ์กีฬา เป็นต้น ลักษณะคำถามเป็นคำถามด้านบวก จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อความมากที่สุด (4 คะแนน) เห็นด้วยมาก หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อความส่วนมาก (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย (1 คะแนน) การแปลผล คะแนนอิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อการออกกำลังกายแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้¹⁴ อิทธิพลด้านสถานการณ์อยู่ในระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 5.00–10.00) อิทธิพลด้านสถานการณ์อยู่ในระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 10.01–15.00) อิทธิพลด้านสถานการณ์อยู่ในระดับสูง (ช่วงคะแนน 15.01–20.00)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรมการออกกำลังกาย แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย แบบวัดการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย แบบวัดการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการออกกำลังกาย แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมต่อการออกกำลังกาย และแบบวัดอิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 1 ท่าน อาจารย์ภาควิชาสุศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน เพื่อพิจารณา ความถูกต้อง ขอบเขตเนื้อหา การใช้ภาษาที่รัดกุม การตีความหมายของข้อคำถามรวมถึงข้อเสนอแนะ และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้ .94, .95, .91, .96, .96 และ .88 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราชอุดรธานี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .95, .93, .91, .91, .84 และ .90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยและเครื่องมือการเก็บข้อมูลวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี รหัสโครงการ 22/2563 เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว จึงดำเนินการวิจัยโดยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ การยินยอมเข้าร่วมการวิจัยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และสามารถปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อตัวกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกนำเสนอในภาพรวมที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ ในแบบวัดจะใช้รหัสแทนชื่อ - นามสกุล ของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลจะทำลายภายหลังจากผลการวิจัยมีการเผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โดยชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย เพื่อขออนุญาตและอำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนพฤษภาคม 2564 โดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 7 ส่วน และให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีต่อคน เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามที่ได้รับคืนจนครบจำนวน 230 คน และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติและแปลผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ พิสัย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยทำการทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ Outliers การเกิด Autocorrelation ของตัวแปรตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (75.2%) อายุระหว่าง 41- 50 ปีมากที่สุด (31.4%) อายุเฉลี่ย 39.44 ปี (SD=9.73) สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (52.2%) รองลงมาคือสถานภาพโสด (41.3%) มีรายได้ระหว่าง 10,001- 20,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด (34.8%) รองลงมามีรายได้ระหว่าง 20,001- 30,000 บาทต่อเดือน (31.3%) โดยเฉลี่ย 21,690.42 บาท/เดือน (SD=11,987.02) ดัชนีมวลกาย (BMI) 18.50- 22.49 (ปกติ) (35.7%) รองลงมาระหว่าง 25.00- 29.90 (อ้วน/โรคอ้วนระดับ 2) (29.1%) มีโรคประจำตัว (30.9%) บุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี พบโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 24 คน (10.4%) รองลงมาไขมันในเลือดสูง จำนวน 18 คน (7.8%) และโรคเบาหวาน จำนวน 12 คน (5.2%) บุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ออกกำลังกายที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ วิ่ง จำนวน 73 คน (31.7%) เดินแอโรบิค จำนวน 35 คน (15.2%) และฟิตเนส จำนวน 21 คน (9.19%) ตามลำดับ



ส่วนที่ 2 บุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีมีการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายในระดับสูง ($M = 33.07$, $SD=5.29$) การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายในระดับต่ำ ($M = 19.16$, $SD=6.75$) การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการออกกำลังกาย การสนับสนุนทางสังคมต่อการออกกำลังกาย อิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อการออกกำลังกายในระดับกลาง ($M = 22.62$, $SD=5.29$; $M = 23.70$, $SD=5.49$ และ $M = 12.80$, $SD=3.02$) ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับต่ำ ($M = 24.75$, $SD = 6.37$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคการรับรู้ความสามารถแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม อิทธิพลด้านสถานการณ์ และพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ($n = 230$)

ตัวแปร	ค่าพิสัย	M	SD	การแปลผล
การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย	10-40	33.07	5.29	สูง
การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย	10-40	19.16	6.75	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการออกกำลังกาย	9-36	22.62	5.29	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมต่อการออกกำลังกาย	10-40	23.07	5.49	ปานกลาง
อิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อการออกกำลังกาย	5-20	12.80	3.02	ปานกลาง
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	15-60	24.75	6.37	ต่ำ

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์อำนาจการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โดยใช้สถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) จากกลุ่มตัวอย่าง 230 คน โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ไม่มี outliers ไม่เกิด autocorrelation เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นทั้งหมด พบว่าไม่มีตัวแปรใดมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่า .80¹⁷ แสดงว่าตัวแปรต้นไม่มี (multicollinearity) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ (X_1) รายได้ (X_2) การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย (X_3) การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย (X_4) การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการออกกำลังกาย (X_5) การสนับสนุนทางสังคมต่อการออกกำลังกาย (X_6) และอิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อการออกกำลังกาย (X_7) กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Y) ($n = 230$)

ตัวแปร	Y	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7
Y	1.00							
X1	-.08	1.00						
X2	.26**	.26**	1.00					
X3	.22**	-.04	.25**	1.00				
X4	-.29**	-.17**	-.25**	-.02	1.00			
X5	.59**	.03	.30**	.23**	-.30**	1.00		
X6	.36**	-.10	.13	.18**	-.06	.29**	1.00	
X7	.26**	.04	.03	.13	.05	.26**	.35**	1.00

* $p < .05$, ** $p < .01$



เมื่อนำปัจจัยทำนายเข้าสมการถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยที่ทำนายได้สูงสุดตัวแรก คือ การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการออกกำลังกาย ($\beta = .49$) รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคมต่อการออกกำลังกาย ($\beta = .22$) และการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย ($\beta = -.14$) ตามลำดับ และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้ร้อยละ 40.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\text{Adjust } R^2 = .401, p = <.001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์สมการถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างปัจจัยทำนายกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ($n = 230$)

ปัจจัยทำนาย	b	Beta	SE	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	7.935		2.24	3.535	<.001
การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการออกกำลังกาย	.59	.49	.07	8.781	<.001
การสนับสนุนทางสังคมต่อการออกกำลังกาย	.25	.22	.06	4.055	<.001
การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย	-.13	-.14	.05	-2.556	.011
Adjust $R^2 = .401, R^2 = .409, F_{(1,226)} = 6.534, p = <.001$					

สรุปสมการทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปแบบการดิบ $Y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + \dots + b_nX_n$

พฤติกรรมการออกกำลังกาย = $7.935 + .59(\text{การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการออกกำลังกาย}) + .25(\text{การสนับสนุนทางสังคมต่อการออกกำลังกาย}) - .13(\text{การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย})$

สมการพยากรณ์ในรูปแบบมาตรฐาน

พฤติกรรมการออกกำลังกาย = $49(\text{การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการออกกำลังกาย}) + .22(\text{การสนับสนุนทางสังคมต่อการออกกำลังกาย}) - .14(\text{การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย})$

สรุปและอภิปรายผล

พฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีอยู่ในระดับต่ำ ($M = 24.75, SD = 6.38$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน ทั้งนี้เนื่องจากบทบาทของบุคลากรทางด้านสุขภาพต้องปฏิบัติงานเป็นผลัด ทำให้ช่วงเวลาไม่เอื้อต่อการออกกำลังกาย และเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ส่วนใหญ่ป้องกันการติดเชื้อสู่ร่างกายโดยไม่ออกกำลังกายนอกสถานที่ตามแหล่งชุมชน สนามกีฬา เป็นต้น แต่นโยบายการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพของประเทศไทยยังมุ่งสร้างเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตของประชากร โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ได้ออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมการออกกำลังกาย ในช่วงปี 2563 เป็นต้นมา โดยจัด 3 โครงการหลัก ได้แก่ โครงการ 1 ล้านครอบครัวไทยออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ โครงการทำไทย...ก้าวไกลโรค และโครงการส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างยั่งยืนระดับประเทศ เนื่องจากทั้ง 3 โครงการมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง และมีนโยบายให้บุคลากรในโรงพยาบาลมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ¹⁸ แต่อย่างไรก็ตามจากสถานการณ์โควิด-19 และภาระงานที่ปฏิบัติจึงส่งผลให้พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำได้ จากการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายนานครั้งละ 30 นาที น้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ ส่วนมากปฏิบัติ



ในระดับน้อย (57.8%) หลังออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย (Cool down) ด้วยการเหยียดกล้ามเนื้อเพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาพปกติ 5-10 นาที ปฏิบัติในระดับน้อย (43.5%) ระบุว่าจะต้องประเริมร่างกายด้วยการจับชีพจรก่อนและหลังออกกำลังกายทุกครั้ง ปฏิบัติในระดับน้อย (45.7%) ก่อนออกกำลังกายจะอบอุ่นร่างกาย (Warm up) ด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อหรือวิ่งเหยาะ ๆ ก่อนออกกำลังกาย 5-10 นาที ปฏิบัติในระดับน้อย (44.3%) ขณะออกกำลังกายหากมีอาการผิดปกติ เช่น ข้อเท้าพลิก เคล็ด ชัดยอก สามารถจัดการกับอาการนั้นได้ โดยจะหยุดพักและประคบเย็นบริเวณดังกล่าว ปฏิบัติในระดับน้อย (34.3%) ออกกำลังกายจนหัวใจเต้นแรง เหงื่อออกแต่ยังพูดเป็นคำได้ ปฏิบัติในระดับน้อย (45.2%) จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากปฏิบัติพฤติกรรมในระดับน้อย จึงส่งผลให้พฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ

3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี พบว่า ปัจจัยที่ทำนายได้สูงสุดตัวแรก คือ การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการออกกำลังกาย ($\beta = .49$) รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคมต่อการออกกำลังกาย ($\beta = .22$) และการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย ($\beta = -.14$) ตามลำดับ และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้ร้อยละ 40.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Adjust $R^2 = .401$, $p < .001$)

การรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ($r = .59$, $p < .05$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีได้ ($\beta = .49$) แสดงให้เห็นว่า บุคลากรสามารถรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการออกกำลังกายอาจเป็นเรื่องของความพยายามในการฝึกฝนและพัฒนาความสามารถทางกายภาพของตนเองเพื่อปรับปรุงสุขภาพของตนเองและความเหมาะสมของร่างกาย หากบุคลากรมีการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกายสูงจะเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายมากขึ้น เนื่องจากการรับรู้ความสามารถแห่งตนเป็นตัวประเมินและตัดสินความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรม และเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ให้สำเร็จ¹⁵ และช่วยให้บุคคลสามารถบรรลุในพฤติกรรมที่ตนเองคาดหวังได้ผ่านแรงจูงใจ การรับรู้และกระบวนการตัดสินใจ ดังนั้นการรับรู้ความสามารถของตนเองจึงเป็นอีกหนึ่งวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี¹⁹ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์¹¹ ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนเป็นแรงเสริมโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และผลทางอ้อมต่อการรับรู้อุปสรรค และเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรม จากการศึกษาพบว่าบุคลากรพยายามในการฝึกฝนและพัฒนาความสามารถทางกายภาพของตนเองโดยสามารถออกกำลังกายตามลำพังโดยไม่มีเพื่อนได้ แม้ว่าจะเป็นวันหยุดพักผ่อนและไม่มีอุปกรณ์ในการออกกำลังกายก็ตาม โดยจะเลือกกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและอายุของตนเอง เช่น วิ่ง เต้นแอโรบิก เป็นต้น และสามารถออกกำลังกายได้แม้ว่ามีสถานที่จำกัด เมื่อรู้สึกไม่สบายใจหรือรู้สึกเหนื่อยจากการทำงานก็ยังสามารถมีเวลาออกกำลังกายได้ โดยถือว่าออกกำลังกายยังเป็นกิจกรรมผ่อนคลายอีกประเภทหนึ่ง โดยจะกำหนดวัน เวลา และกิจกรรมการออกกำลังกายลักษณะต่าง ๆ ไว้ล่วงหน้าและจะปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายได้^{2,8,20}

การสนับสนุนทางสังคมต่อการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ($r = .36$, $p < .05$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีได้ ($\beta = .22$) แสดงให้เห็นว่าบุคลากรมีระดับการสนับสนุนที่เหมาะสมจากสังคมหรือบุคคลรอบข้าง เพื่อส่งเสริม



และสนับสนุนให้บุคลากรสามารถออกกำลังกายได้อย่างเต็มที่ อาจเป็นการเสนอแนะ หรือสนับสนุนในเรื่องออกกำลังกาย การให้คำปรึกษา เข้าร่วมกิจกรรม หรือการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการออกกำลังกายได้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร การประเมินค่าและทรัพยากร ตามกรอบแนวคิดของเฮาส์¹⁵ ซึ่งจะส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมได้ เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยเอื้อและส่งเสริมให้บุคลากรมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยหากมีนโยบายของโรงพยาบาลกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการได้รับคำชมเชยจากบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานในการเสริมแรงให้ออกกำลังกาย มีสถานที่ที่ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม จัดสรรเวลาให้เหมาะสำหรับการออกกำลังกาย และได้รับคำแนะนำหากมีปัญหาเกี่ยวกับการออกกำลังกายและสามารถจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม ปัจจัยเหล่านี้สนับสนุนพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ การได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางด้านสุขภาพ เป็นการสนับสนุนทางสังคมปัจจัยหนึ่งที่ถือเป็นปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคล ตามทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์¹¹ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า บุคลากรรับรู้ถึงการสนับสนุนจากหน่วยงานมีนโยบายออกกำลังกายโดยกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ออกกำลังกายมากที่สุด บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานให้กำลังใจชมเชยเมื่อมีการออกกำลังกาย โดยบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานพูดคุยหรือแนะนำเกี่ยวกับสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกาย เวลาที่เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกาย และให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหาหรืออาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเกี่ยวกับการออกกำลังกาย เช่น แน่นหน้าอก หายใจเหนื่อยผิดปกติ แนะนำควรหยุดการออกกำลังกายทันที และบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานพูดคุยหรือแนะนำวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับบุคลากร ชักถามความรู้สึกละหลังออกกำลังกาย มีผู้เชี่ยวชาญอธิบายถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่จะได้รับการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการออกกำลังกายจากบุคคลในครอบครัว เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรได้^{8,20-21}

การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r = -.29, p < .05$) และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลเมรีเซิลบุรีได้ ($\beta = -.14$) เนื่องจากบุคลากรรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายต่ำและรับรู้ปัจจัยที่จะมาขัดขวางวิถีชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายน้อย จะสนับสนุนส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดี ซึ่งอธิบายได้ว่าหากบุคลากรรับรู้ว่ามีสิ่งใดที่มาขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพก็จะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น โดยอุปสรรคอาจเกิดจากรู้หรือคาดการณ์ไปเอง จากความไม่สะดวกสบาย ยุ่งยาก ลำบาก สิ้นเปลือง การเป็นภาระคนอื่น เช่น ไม่สามารถออกกำลังกายได้เพราะไม่มีเวลา หรือไม่มีอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย ไม่มีสถานที่ที่เหมาะสมแก่การออกกำลังกาย ไม่มีเพื่อนออกกำลังกาย สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม หรือปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง อาจทำให้บุคลากรมีความยากลำบากในการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ตั้งใจไว้ หากบุคลากรรับรู้ถึงอุปสรรคเหล่านี้มากก็จะขัดขวางของการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ อย่างไรก็ตามการใช้กลยุทธ์ เช่น การวางแผนล่วงหน้า เลือกเวลาที่เหมาะสม หรือการหาแนวทางการออกกำลังกายทดแทนอื่น ๆ อาจช่วยลดอุปสรรคและส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายให้เกิดขึ้นได้ตามที่ตั้งใจไว้ เป็นต้น เพนเดอร์¹¹ กล่าวถึง การรับรู้อุปสรรคเป็นแรงจูงใจให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้น ๆ หากมีอุปสรรคมากการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพก็เกิดขึ้นได้ยาก จากการศึกษาพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มองเห็นถึงอุปสรรคที่จะมาขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย ซึ่งช่วงเวลาที่ปฏิบัติงานไม่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายสำหรับผู้ปฏิบัติงานผลัด และส่วนน้อยที่ไม่ทราบวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง แม้ไม่มีอุปกรณ์หรือสถานที่ออกกำลังกายก็ไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายเช่นกัน ซึ่งบุคลากรสามารถเลือกวิธีการออกกำลังกายทดแทนได้อย่างเหมาะสม แต่ยังไม่รู้ลึกซึ้งพอเมื่อก่อน



กำลังกายแล้วน้ำหนักไม่ลด และการออกกำลังกายทำให้เสียเวลาในการทำงานเพื่อหารายได้เสริม และอุปสรรคต่อการออกกำลังกายอีกอย่างหนึ่งของบุคลากรคือไม่ออกกำลังกายเพราะไม่มีผู้สอนหรือแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการออกกำลังกาย จะไม่ออกกำลังกายเพราะไม่มีเพื่อน และจะเล่นกีฬาตามความเหมาะสมของตนเอง ดังนั้นการเล่นกีฬาที่ไม่ถนัดจึงไม่เป็นอุปสรรคที่ทำให้บุคลากรไม่ออกกำลังกาย และรับรู้ถึงแม้มีสุขภาพดีหรือไม่ก็ตามควรออกกำลังกาย จะเห็นได้ว่าเมื่อมีการรับรู้อุปสรรคเหล่านั้นน้อยบุคลากรจึงมุ่งมั่นปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกาย ส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคสามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายสามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายได้²¹⁻²²

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านนโยบาย

1.1 สนับสนุนการสร้างสถานที่ที่เหมาะสม อุปกรณ์สำหรับกิจกรรมการออกกำลังกายในโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรสามารถเข้าถึงและออกกำลังกายได้ง่ายขึ้น

1.2 กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องสำหรับบุคลากรให้เกิดวัฒนธรรมการออกกำลังกายในองค์กร สนับสนุนและส่งเสริมการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน เช่น การเดินหรือการขี่จักรยานไปทำงานหรือ การเดินขึ้น-ลงลิฟท์ การสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เต็มไปด้วยการเคลื่อนไหว

1.3 สนับสนุนการร่วมกิจกรรมกลุ่มหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย เช่น การก้าวเดินหรือการออกกำลังกายกลุ่ม การร่วมกิจกรรมด้านกีฬา หรือการสร้างกลุ่มสนับสนุนสำหรับผู้ที่มีความสนใจในการออกกำลังกาย

1.4 มีการประเมินติดตามพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และประเมินตัวชี้วัดเกี่ยวกับการออกกำลังกายทุกปี เช่น น้ำหนักตัว BMI ผลการตรวจสุขภาพประจำปี

2. ด้านการปฏิบัติพยาบาล

2.1 พยาบาลควรกระตุ้นให้บุคลากรในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี รับรู้ถึงความสามารถของตนเอง ในการฝึกฝนและพัฒนาความสามารถทางกายภาพในการออกกำลังกาย เพื่อปรับปรุงสุขภาพของตนเองให้เหมาะสม โดยการให้คำแนะนำประเภทของการออกกำลังกาย ประโยชน์ของการออกกำลังกาย หลีกเลี่ยงอุปสรรคที่ขัดขวางการออกกำลังกาย การเตรียมพร้อมก่อนและหลังการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละบุคคล

2.2 ผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องนำไปจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ให้เป็นแบบแผนโดยเน้นให้เหมาะสมกับความสามารถของแต่ละคน ส่งเสริม สนับสนุนการออกกำลังกาย และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกายในโรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาคอื่น ๆ เพราะอาจมีปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายที่แตกต่างกัน

2. ผลการวิจัยใช้เป็นข้อมูล และแนวทางในการศึกษางานวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมออกกำลังกายของบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี หรือโรงพยาบาลอื่นต่อไป



กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากเงินบำรุงโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน รวมถึงบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล งานวิจัยสำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

References

1. Thaikiew S, Palwisut P. Development of investigating exercise behavior model of students using apriori algorithm. *UTK Research Journal* 2021;15(1):31–44.(in Thai)
2. Yamsri T, Toonsiri C, Leelukkanaveera Y. Factors predicting exercise behaviors among nursing students in Boromarajonani College of Nursing, The North Eastern Region Network. *Journal of Nursing and Health Care* 2017;35(2):158–68.(in Thai)
3. Pakchumni P, Thongsrisuk T, Chuachang A, Sattayarak P. Factor on exercise of students at Chaiyaphum Rajabhat University. *Dhammathas Academic Journal* 2021;21(2):13–26.(in Thai)
4. Kakai T, Suksombat D. Factors affecting exercise behaviors of undergraduate students of higher education institutions in Nakhon Ratchasima. *Sikkha Journal of Education* 2021;8(2):193–205. (in Thai)
5. Muensaen N, Kraiphibul S. Community participation for health promotion of the elderly in Thunglue Village, Chiang Dao District, Chiang Mai Province. *Nursing Journal* 2014;41(1):1–12.(in Thai)
6. Armstrong A, Jungbluth Rodriguez K, Sabag A, Mavros Y, Parker HM, Keating SE, Johnson NA. Effect of aerobic exercise on waist circumference in adults with overweight or obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews* 2022; 23(8): e13446. doi:10.1111/obr.13446
7. Khampeng S, Boonpradit A, Prommarut A, Poysungnoen Y. The Effects of the self-directed programs on food consumption, exercise, body weight and blood sugar levels among diabetic patients in Muang District, Lopburi Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2019;29(2):74–85.(in Thai)
8. Kiadkangwan T, Arpanantikul M, Malathum P. Factors predicting exercise behavior of middle-aged female nurses in the Northeast Region of Thailand. *Ramathibodi Nursing Journal* 2012; 18(1):24–42.(in Thai)
9. Mhaopech K, Choupanich K, Lapho P, Teamtaokerd w: Behaviors for exercises of personnel in Kasetsart University, Kamphaengsaen Campus;2012.
10. Bundasak T, Jungasem N, Supsung A, Chaichanarungruang W. Prevention of depression among nursing students. Boromarajonani College of Nursing, *Uttaradit Journal* 2021;13(1):62–70. (in Thai)
11. Pender NJ. *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). New Jersey: Pearson Education;2011.



12. Suphunnakul P, Sirinual S, Noin J, Chayodom V, Singhadej O. Factors predicting self-care behaviors among the elderly with type 2 diabetes in Sukhothai Province. *EAU Heritage Journal Science and Technology* 2017;11(1):211–23.(in Thai)
13. Vanichbuncha, K. Advanced statistical analysis by SPSS for Windows. Bangkok: Chulalongkorn University Book Center;2017.(in Thai)
14. Khattiya S, Suwajittanon W. Research patterns and statistics. 2nd eds. Prayurawong;2011.(in Thai)
15. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman;1997.
16. House JS. Work stress and social support. New Jersey: Prentice Hall;1981.
17. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. Cengage Learning. Hampshire, United Kingdom; 2019.
18. Tuantha-em K, Ariyasajsiskul S. The development of community potential indicator for exercising promotion. *Academic Journal of Thailand National Spots University* 2022;14(3): 115–29.(in Thai)
19. Namarak R, Watcharasin C, Deoisres W. Family factors influencing exercise and eating behavior among elderly with overweight in Muang District, Nakhon Prathom Province. *Nursing Journal* 2018;45(3):46–57.(in Thai)
20. Sirited P, Thammaseeha N. Self-efficacy theory and self-healthcare behavior of the elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2019;20(2):58–65.(in Thai)
21. Sopha C, Meedech N, Khattipan N, Lim N, Wongkhomlue C, Khamkrueang N, Jinkam S, Aksornsri A. Factors associated with exercise behavior among undergraduate students during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional correlation study. *Nursing Science Journal of Thailand.* 2022;40(4):65–76.(in Thai)
22. Thammasanit T, Panbamrunakit B, Phokas P, Wanaklang T. The predictive factors on exercise behaviors of undergraduate students of Rambhai Barni Rajabhat University. *Rajabhat Rambhai Barni Research Journal* 2017;11(1):111–21.(in Thai)



ความรู้ ทักษะ และความคาดหวังต่อการตรวจสารพันธุกรรม ของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม

Knowledge, Attitudes and Expectations toward Genetic Testing of Women with Breast Cancer

นุสรา ประเสริฐศรี^{1*} ชลียา วามะลุน² โสภิต ทับทิมหิน² ชญาณิศ บุญรอง¹ ชนาภานต์ บังศรี¹ ชลลดา สมโคตร¹

ชญญา กัณห์หา¹ ทิมภพร ศักดิ์ศรี¹ ณัฐชยา สุขเงิน¹ ณัฐสุดา บุตรดีวงศ์¹ ทิตยา ศรีษะ¹ ธวัชชัย นานาน¹

Nusara Prasertsri¹ Chaliya Wamalun² Sopit Taptimhin² Chayanit Boonrong¹ Chanakan Bangsri¹ Chonlada Somkhot¹

Chanya Kunha¹ Timporn Saksri¹ Natchaya Sookngoen¹ Natsuda Butdiwong¹ Thittaya Srisa¹ Thawatchai Nachan¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สรรพสิทธิประสงค์, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก

²โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

¹Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Nursing Faculty, Praboromarajchanok Institute

²Ubonratchathani Cancer Hospital

Corresponding author: Nusara Prasertsri; Email: nussara@bcnsp.ac.th

Received: June 6, 2023 Revised: July 9, 2023 Accepted: July 25, 2023

บทคัดย่อ

ความผิดปกติในรหัสพันธุกรรมของยีน BRCA1 และ BRCA2 เป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งเต้านม การตรวจหาความผิดปกติของยีนทั้งสองนี้เป็นแนวทางในการรักษาและป้องกันโรคที่คำนึงถึงความเสี่ยงทางพันธุกรรม การศึกษาครั้งนี้ เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และความคาดหวัง ต่อการตรวจสารพันธุกรรมของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม รวมจำนวน 127 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับมะเร็ง การผิดปกติของยีน การตรวจสารพันธุกรรมจำนวน 13 ข้อ และ 2) แบบสอบถามทัศนคติและความคาดหวังในการตรวจสารพันธุกรรม จำนวน 9 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อายุเฉลี่ย 53.30 ปี (SD±12.6) การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.2 มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 27.6 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน (ร้อยละ 31.6) ได้คะแนนความรู้มากกว่าร้อยละ 50 ของคะแนนความรู้ สนใจที่จะเรียนรู้ในการตรวจสารพันธุกรรมในโรคมะเร็ง ร้อยละ 72.4 เชื่อว่าการตรวจสารพันธุกรรมจะช่วยให้เกิดการดูแลโรคมะเร็งที่ดีขึ้น ร้อยละ 74.0 ต้องการตรวจสารพันธุกรรม ร้อยละ 76.4 มีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับประโยชน์จากการตรวจสารพันธุกรรมเพื่อตัดสินใจในการตรวจ ร้อยละ 35.4 ต้องการคำปรึกษาทางพันธุกรรมที่เป็นทางการก่อนที่จะเข้ารับการตรวจ ร้อยละ 70.1 สรุป ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความรู้ไม่เพียงพอการตรวจสารพันธุกรรม แต่ต้องการตรวจสารพันธุกรรมควรมีการพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจสารพันธุกรรมให้กับผู้ป่วย

คำสำคัญ: ทักษะ; มะเร็งเต้านม; ความคาดหวัง; การตรวจสารพันธุกรรม; ความรู้



Knowledge, Attitudes and Expectations toward Genetic Testing of Women with Breast Cancer

Nusara Prasertsri¹ Chaliya Wamalun² Sopit Taptimhin² Chayanit Boonrong¹ Chanakan Bangsri¹ Chonlada Somkhot¹

Chanya Kunha¹ Timporn Saksri¹ Natchaya Sookngoen¹ Natsuda Butdiwong¹ Thittaya Srisa¹ Thawatchai Nachan¹

¹Boromarajonani Collage of Nursing, Sanpasithiprasong, Nursing Faculty, Praboromarajchanok Institute

²Ubonratchathani Cancer Hospital

Corresponding author: Nusara Prasertsri; Email: nussara@bcnsp.ac.th

Received: June 6, 2023 Revised: July 9, 2023 Accepted: July 25, 2023

Abstract

Abnormalities in the genetic code of the BRCA1 and BRCA2 genes are responsible for the development of breast. DNA testing for abnormalities in both genes is a form of precision medicine in treating and preventing diseases that consider the abnormality of the genes. This research aimed to study the knowledge, attitudes, and expectations of women with breast cancer to genetic testing. Descriptive cross-sectional design was conducted. The samples were 127 patients with breast cancer. They were selected by purposive sampling with inclusion criteria. The research tools consisted of 1) the test of cancer knowledge, abnormality of genes, genetic testing, 13 items and 2) an attitude and expectation questionnaire, nine items. The data analyzed using descriptive statistics. The results showed that the average age of the sample was 53.30 years (SD± 12.6), primary education was 47.2%. Of 27.6% was family history of breast cancer. The sample were 38 people (31.6%) received a knowledge score of more than 50% of the knowledge scores. Of 72.4% were interested in learning about genetic testing in cancer, and 76.4% were to be tested of gene testing. Of 35.4% had sufficient knowledge about the potential benefits and risks of genetic testing to decide on testing; 70.1% needed more formal genetic counseling prior to testing. Conclusion although breast cancer patients knew little about genetic testing, many expressed interests in being tested. Educational program might develop providing women about cancer genetics and testing.

Keywords: attitudes; breast cancer; expectations; genetic testing; knowledge

ความเป็นมาและความสำคัญ

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อย 1 ใน 3 อันดับแรกของผู้หญิงและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของทั่วโลก¹ ประเทศไทยมะเร็งเต้านมพบเป็นอันดับ 1 ของมะเร็งในผู้หญิงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง² สาเหตุการเกิดมะเร็งเต้านมมีหลายปัจจัยเช่น พฤติกรรม สิ่งแวดล้อมและพันธุกรรม³ ปัจจัยด้านพันธุกรรมของการเกิดมะเร็งเต้านมคือการกลายพันธุ์ หรือมิวเทชัน (mutation) เป็นความผิดปกติในรหัสพันธุกรรมของยีน BRCA ซึ่งมีสองชนิดคือ BRCA1 และ BRCA2⁴ ยีนทั้งสองเป็นกลุ่มยีนที่ทำหน้าที่ควบคุมการเจริญของเซลล์ (tumor suppressor gene) หน้าที่หลักของยีนนี้คือซ่อมแซมดีเอ็นเอที่เสียหายให้กลับสู่ปกติ เมื่อรหัสในดีเอ็นเอของยีนสองตัวนี้เปลี่ยนแปลงกลายพันธุ์ไปจนทำให้การทำงานผิดปกติ ดีเอ็นเอที่เสียหายไม่ได้รับการซ่อมแซมทำให้เกิดโอกาสเกิดเป็นมะเร็งเต้านมสูงขึ้น⁴ การถ่ายทอดทางพันธุกรรมยีนที่มีการกลายพันธุ์ เกิดได้จากการรับรหัสพันธุกรรมสองชุดที่เรียกว่าดีเอ็นเอชุดแรกได้มาจากแม่ส่วนอีกชุดมาจากพ่อ ความผิดปกติของยีน BRCA สามารถถ่ายทอดได้ทั้งจากพ่อและแม่ ถ้ามีประวัติคนในครอบครัวไม่ว่าทางพ่อหรือแม่เป็นมะเร็งเต้านมก็บ่งบอกว่าอาจมียีน BRCA ที่ผิดปกติในครอบครัวนั้น และคนที่ได้รับยีนที่มีการกลายพันธุ์นี้จะเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าร้อยละ 30⁵

ยีน BRCA1 และ BRCA2 ที่มีความผิดปกติมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านม มากกว่าร้อยละ 80⁶ และผู้หญิงที่มีการกลายพันธุ์ของ BRCA1 มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นมะเร็งเต้านมก่อนอายุ 40 ปี และเมื่ออายุ 70 ปี พบอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมร้อยละ 45 ถึง 66⁷ ในงานวิจัยของต่างประเทศพบว่าผู้หญิงให้ความสนใจในการตรวจพันธุกรรมหรือดีเอ็นเอเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งเต้านมจากการกลายพันธุ์ของยีน BRCA⁸⁻⁹ บุคคลที่ควรตรวจหาความผิดปกติของยีน BRCA ได้แก่ ผู้มีประวัติบุคคลในครอบครัวทางบิดาหรือมารดาเป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่ หรือเป็นมะเร็งเต้านมในเพศชาย กรณีมีญาติหลายคนและเป็นญาติสายตรง (บิดา มารดา พี่น้อง) เป็นมะเร็งดังกล่าวเป็นสิ่งที่บ่งชี้ว่าอาจมีสาเหตุมาจากพันธุกรรมมากยิ่งขึ้น¹⁰ สำหรับคนทั่วไปที่ไม่มีประวัติครอบครัวดังกล่าว การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ พบแพทย์ปีละครั้ง และเข้ารับการตรวจคัดกรองด้วยดิจิตอลแมมโมแกรมอย่างสม่ำเสมอ เป็นวิธีเฝ้าระวังมะเร็งเต้านมได้ดีที่สุด การตรวจหาความผิดปกติของยีน BRCA ทั้ง BRCA1 และ BRCA2 จำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาและให้คำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น¹¹

การตรวจการกลายพันธุ์ของยีน เป็นแนวทางใหม่ในการรักษาและป้องกันโรคที่คำนึงถึงความผิดปกติของยีนเรียกว่าการแพทย์แม่นยำ (precision medicine) การแพทย์แม่นยำเปลี่ยนแปลงการวิจัยทางคลินิกและชีวการแพทย์ การดูแลสุขภาพ แนวความคิดและมุมมองในการใช้เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงสุขภาพของประชาชนและลดค่าใช้จ่ายของระบบสาธารณสุขของประเทศ¹² การทดสอบทางพันธุกรรมสำหรับความบกพร่องหรือการกลายพันธุ์ทางกรรมพันธุ์ของมะเร็งคือองค์ประกอบสำคัญของการรักษามะเร็งเต้านม ผลลัพธ์มีนัยสำคัญมากขึ้นสำหรับการรักษาตามระบบ ทางเลือกในการผ่าตัด การรักษาแบบมุ่งเป้า และรังสีรักษา เป็นตัวแปรที่สำคัญในการเฝ้าระวังมะเร็งเต้านมที่มากขึ้น หรือการผ่าตัดป้องกันโรค (การตัดเต้านมออกก่อนการเกิดมะเร็งเต้านม) และอาจมีผลต่อการตัดสินใจวางแผนของครอบครัว¹³ ประเทศไทยในปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้บรรจุ “การตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและกลุ่มญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ เป็นสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹⁴

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการยินยอมให้ความร่วมมือตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและกลุ่มญาติสายตรง แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความรู้และความทัศนคติส่วนบุคคล¹⁵ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและกลุ่มญาติสายตรง เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกลายพันธุ์ทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งเต้านม เช่น BRCA1 และ BRCA2 และไม่ทราบถึงลักษณะทางพันธุกรรมของมะเร็ง



เต้านม ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว ความรู้ยังไม่เพียงพอเกี่ยวกับกระบวนการทดสอบทางพันธุกรรม รวมถึงประโยชน์ ข้อจำกัด และการรับรู้ผลที่ตามมาอาจแตกต่างกันไป¹⁶ ทศนคติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและกลุ่มญาติสายตรง ในการตรวจสอบพันธุกรรมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการตัดสินใจ ไปจนถึงการรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็น หรืออาจจะทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัวและความลับของข้อมูลทางพันธุกรรม ส่งผลต่อทัศนคติต่อการตรวจสอบพันธุกรรม¹⁷ ผู้หญิงบางคนอาจมีความกลัวเกี่ยวกับผลกระทบทางจิตใจของผลการตรวจสอบพันธุกรรมที่มีการกลายพันธุ์¹⁵ ผู้หญิงที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมอาจคิดว่าการตรวจสอบพันธุกรรมมีความสำคัญมากเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม¹⁸ ความคาดหวังการตัดสินใจในการตรวจสอบพันธุกรรมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจึงอาจมีความแตกต่างกัน มีผลต่อการพิจารณาเพื่อประกอบการตัดสินใจวางแผนครอบครัว เช่น ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการกลายพันธุ์ไปยังลูกหลาน หรือความจำเป็นในการป้องกันสำหรับสมาชิกในครอบครัวที่มีความเสี่ยง

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งในเขตบริการสุขภาพที่ 10 ใน 5 จังหวัด ประกอบด้วย อุบลราชธานี ศรีสะเกษ มุกดาหาร อำนาจเจริญ และยโสธร รับนโยบายการแพทย์แม่นยำจากกรมการแพทย์ ให้บริการ genetic testing สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่ามีผู้หญิงมะเร็งเต้านมร้อยละ 10 ที่ยินยอมการตรวจ genetic testing สำหรับ ยีน BRCA1 และ BRCA2

การวิจัยจึงมีความสำคัญเพื่อศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และความคาดหวัง ต่อการตรวจสอบพันธุกรรมของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม ทั้งนี้การศึกษาประเทศไทยยังมีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ ต่อการตรวจสอบพันธุกรรมของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม ประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัยจะเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาความรู้ และทัศนคติ ให้กับผู้หญิงมะเร็งเต้านมเนื่องจากครอบครัวมีความผิดปกติของยีน BRCA1 และ BRCA2 ที่มีความเสี่ยงเกิดการกลายพันธุ์ไปยังลูกหลาน และมีความจำเป็นให้ข้อมูลการป้องกันสำหรับสมาชิกในครอบครัวที่มีความเสี่ยงการพันธุ์ของยีน BRCA1 และ BRCA2 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และความคาดหวัง ต่อการตรวจสอบพันธุกรรมของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วง เดือนมกราคม ถึง เมษายน 2566

กลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสถิติผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม ที่มารับการรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในช่วงเดือน มกราคม ถึง เดือนเมษายน 2565 เท่ากับ 200 ราย จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้สูตรของการประมาณค่าเฉลี่ย $n = \frac{NZ^2}{e} + \frac{Z^2}{2}$ โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่สูงที่สุดที่ผู้วิจัยรับได้ กำหนด $e = .05$ ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับผู้ป่วยจำนวน 106 ราย เพิ่ม ร้อยละ 20 กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 127 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ประกอบด้วย



- 1) เป็นผู้หญิงที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป
- 2) เป็นผู้ป่วยที่มารักษาในหอผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน
- 2) สื่อสารภาษาไทยได้
- 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เลขที่ EC 04/ 2023 วันที่อนุมัติ 17 กุมภาพันธ์ 2566 โดยผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรฐานสากลของจริยธรรมการวิจัยในคนทุกประการ

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยข้อความ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบเก็บข้อมูลการเจ็บป่วยมะเร็งเต้านมและการรักษา จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อความ staging วันที่ถูกวินิจฉัย การรักษาด้วยการผ่าตัด การรักษาด้วยเคมีบำบัด การรักษาด้วยรังสี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับมะเร็งกับการตรวจสารพันธุกรรมมะเร็งเต้านมจำนวน 13 ข้อ ให้เลือกตอบหนึ่งคำตอบโดยมีตัวเลือก 3 คำตอบประกอบด้วย 1) ถูก 2) ผิด และ 3) ไม่ทราบ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินทัศนคติ และความคาดหวังต่อการตรวจสารพันธุกรรมในโรคมะเร็งจำนวน 9 ข้อ ให้เลือกตอบหนึ่งคำตอบโดยมีตัวเลือก 3 คำตอบประกอบด้วย 1) ใช่ 2) ไม่ และ 3) ไม่แน่ใจ

คุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

แบบสอบถามทั้งหมดตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาล 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แบบสอบถามทั้ง 4 ส่วน วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง IOC (index of item objective congruence) รายข้อเครื่องมือทั้งหมดอยู่ระหว่าง .67-1.0

ความเที่ยงของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาและได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้ (tryout) กับผู้ป่วยคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณหาความเชื่อมั่น (reliability) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ ได้ KR 20 เท่ากับ .69 ส่วนที่ 4 แบบประเมิน ทัศนคติ และความคาดหวัง หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .81



วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ทีมผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยขั้นตอนการวิจัยและการขอเข้าถึงข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

2. ทีมผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพประจำ ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย

3. ทีมผู้วิจัยแนะนำตัวต่อผู้ป่วยที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือ หลังจากผู้ป่วยแสดงความยินยอมตอบรับเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย

4. หลังการนั้น ทีมผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยใน และสำหรับผู้ป่วยนอกเก็บข้อมูลขณะรอพบแพทย์ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) และค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 127 คน อายุเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง 53.30 ปี (SD± 12.6) สถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 66.1 และระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.2 ประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 27.6 และมะเร็งอื่น ร้อยละ 32.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=127)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ		
โสด	17	13.4
สมรส/คู่	84	66.1
หย่าร้าง/หม้าย/แยก	26	20.5
อายุ		
< 21 ปี	1	.8
21 – 30 ปี	6	4.7
31 – 40 ปี	21	16.5
41 – 50 ปี	25	19.7
51 – 60 ปี	36	28.4
> 60 ปี	38	29.9



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	60	47.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	7.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	12	9.4
อนุปริญญา/ปวส	12	9.4
ปริญญาตรี	34	26.8
ประวัติครอบครัว		
มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม	35	27.6
มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งรังไข่	15	11.8
มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งอื่น	41	32.3
ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็ง	36	28.3

ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย

ตารางที่ 2 แสดงประวัติการเจ็บป่วยมะเร็ง ส่วนใหญ่ป่วยเป็นมะเร็งระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 78.0 การรักษาที่ได้รับผู้ป่วยบางรายได้รับการรักษามากกว่าหนึ่งวิธีการรักษา การรักษาด้วยเคมีบำบัดมากที่สุด ร้อยละ 77.2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย (n=127)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
1 - 5 ปี	99	78.0
6 - 10 ปี	12	9.4
> 10 ปี	16	12.6
การรักษาที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
Surgery	78	61.4
Radiation	49	38.6
Chemotherapy	98	77.2
Targeted cancer drug	17	13.4

ความรู้เกี่ยวกับการตรวจสารพันธุกรรมมะเร็งเต้านม

ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการตรวจสารพันธุกรรมมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างตอบความรู้ถูกต้องคะแนนอยู่ระหว่าง 1 ถึง 11 (จากคะแนนเต็ม 13) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน (ร้อยละ 31.6) ได้คะแนนความรู้มากกว่าร้อยละ 50 ของคะแนนความรู้ (ตอบถูก 7 ข้อขึ้นไป) ตารางที่ 3



ตารางที่ 3 แสดงความถี่และร้อยละข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการตรวจสารพันธุกรรมมะเร็งเต้านม (n=127)

ข้อมูล	จำนวน					
	ถูก		ผิด		ไม่ทราบ	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
1. มะเร็งเป็นเซลล์ที่มีการเจริญเติบโตที่ไม่สามารถควบคุม	67	52.8	28	22.0	32	25.2
2. มะเร็งทุกชนิดรุกรานได้อย่างรวดเร็ว	67	52.8	25*	19.7	35	27.6
3. ปัจจัยที่ทำให้เกิดมะเร็ง ประกอบไปด้วยพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม รูปแบบการดำเนินชีวิต	95	74.8	15	11.8	17	13.4
4. มะเร็งที่พบทั่วไป เกิดจากพันธุกรรม	84	66.1	17*	13.4	26	20.5
5. ยีนส์เป็นส่วนประกอบของดีเอ็นเอ	40	31.5	4	3.1	83	65.4
6. การกลายพันธุ์คือการเปลี่ยนแปลงใน DNA	42	33.1	3	2.4	82	64.6
7. การเปลี่ยนแปลงพันธุกรรมภายในเซลล์ ทำให้เกิดมะเร็ง	48	37.8	14*	11.0	65	51.2
8. มะเร็งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของยีนส์เดียว	29	22.8	12*	9.4	86	67.7
9. การตรวจ DNA สามารถระบุยีนส์ที่ทำให้เกิดมะเร็งได้	52	40.9	9	7.1	66	52.0
10. มะเร็งทุกชนิดมีลักษณะทางพันธุกรรมคล้ายกัน	40	31.5	22*	17.3	65	51.2
11. การตรวจสารพันธุกรรมสามารถช่วยทำนายการเกิด มะเร็งได้	69	54.3	10	7.9	48	37.8
12. การตรวจ BRCA1 BRCA 2 สามารถช่วยทำนายการ เกิดมะเร็งเต้านมได้	25	19.7	0	0	102	80.3
13. วัตถุประสงค์การตรวจสารพันธุกรรม	72	56.7	55	43.3	0	0

*เป็นคำตอบที่ผิด มีการกลับค่าคะแนนก่อนวิเคราะห์ข้อมูล

ทัศนคติ และความคาดหวังต่อการตรวจสารพันธุกรรมในโรคมะเร็ง

ข้อมูลทัศนคติ และความคาดหวังต่อการตรวจสารพันธุกรรมในโรคมะเร็ง ร้อยละ 70.9 สนใจที่จะเรียนรู้ในการตรวจสารพันธุกรรมในโรคมะเร็ง ยินดีที่จะได้รับการตรวจสารพันธุกรรมโดยการเจาะเลือด ร้อยละ 73.2 มีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการตรวจสารพันธุกรรมเพื่อตัดสินใจในการตรวจ ร้อยละ 35.4 และต้องการคำปรึกษาทางพันธุกรรมที่เป็นทางการมากกว่านี้ก่อนที่จะเข้ารับการตรวจ ร้อยละ 70.1 ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความถี่และร้อยละข้อมูลทัศนคติ และความคาดหวังต่อการตรวจสารพันธุกรรมในโรคมะเร็ง (n=127)

ข้อมูล	จำนวน					
	ใช่		ไม่		ไม่แน่ใจ	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
1. คุณสนใจเรียนรู้พันธุกรรมที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง	90	70.9	18	14.2	19	15.0
2. คุณต้องการตรวจสารพันธุกรรมในมะเร็งโดยการเจาะเลือด	97	76.4	14	11.0	16	12.6
3. คุณสนใจเรียนรู้เรื่องการตรวจสารพันธุกรรมในโรคมะเร็ง	92	72.4	22	17.3	13	10.2
4. คุณยินดีที่จะได้รับการตรวจสารพันธุกรรมโดยการเจาะเลือด	93	73.2	17	13.4	17	13.4
5. คุณเชื่อว่าการตรวจสารพันธุกรรมจะช่วยให้เกิดการดูแล โรคมะเร็งที่ดีขึ้น	94	74.0	20	15.7	13	10.2

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน					
	ใช่		ไม่		ไม่แน่ใจ	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
6. คุณต้องการได้รับผลการตรวจสารพันธุกรรมที่จะส่งผลต่อการรักษามะเร็งของคุณในปัจจุบัน	93	73.2	22	17.3	12	9.4
7. คุณต้องการเปิดเผยผลการตรวจสารพันธุกรรมเกี่ยวกับความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งจากกรรมพันธุ์ในครอบครัว	93	84.5	8	7.3	12	9.4
8. คุณคิดว่ามีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับประโยชน์และความเสี่ยงอาจเกิดขึ้นจากการตรวจสารพันธุกรรม	45	35.4	42	33.1	40	31.5
9. คุณรู้สึกว่าการคำปรึกษาทางพันธุกรรมที่เป็นทางการมากกว่านี้ก่อนที่จะเข้ารับการตรวจ	89	70.1	17	13.4	21	16.5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความรู้ทัศนคติและความคาดหวังต่อการตรวจสารพันธุกรรมของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม ผลการวิจัยระบุว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งและการตรวจสารพันธุกรรมของมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับต่ำ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับการทดสอบทางพันธุกรรม ความเสี่ยง ประโยชน์ และข้อจำกัดของการทดสอบ แต่กลุ่มตัวอย่งนี้มีทัศนคติที่ดีต่อการตรวจสารพันธุกรรม และมีความต้องการตรวจสารพันธุกรรม แต่ต้องการคำปรึกษาทางพันธุกรรมที่เป็นทางการก่อนที่จะเข้ารับการตรวจ ผลการวิจัยอภิปรายตามประเด็นได้ดังต่อไปนี้

ความรู้เกี่ยวกับพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง และการตรวจสารพันธุกรรมของมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับต่ำ อาจจะเป็นเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 47.2 และร้อยละ 30 เป็นผู้สูงอายุอาจมีโอกาสน้อยที่จะมีความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับหัวข้อดังกล่าว อีกทั้งการเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้น้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Gó mez-Trillos และคณะ¹⁷ ศึกษาในผู้หญิงอเมริกันเชื้อสายลาติน พบว่าส่วนใหญ่ผู้หญิงที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ทำให้การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องนี้น้อยกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูง ผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการศึกษาของ McCall MK และคณะ⁹ ศึกษาในผู้หญิงมะเร็งเต้านม ผิวขาวและผิวสีจำนวน 48 คนพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้พันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง และการตรวจสารพันธุกรรมของมะเร็ง และพบว่า การศึกษาและความรู้ทางพันธุกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวก

การตรวจสารพันธุกรรมเป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทย ซึ่งอาจจะทำให้ประชาชนยังไม่รู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ ส่งผลทำให้ความรู้ในกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ อีกทั้งการตรวจสารพันธุกรรมและการประชาสัมพันธ์หรือให้ข้อมูลเรื่องนี้ยังไม่เป็นข้อมูลสาธารณะที่จะให้ประชาชนเรียนรู้ได้ง่ายหน่วยบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องจึงจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางเพื่อให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายต่อไป รวมถึงผู้ให้บริการด้านสุขภาพ การให้ข้อมูลความรู้กับผู้ป่วยและประชาชนเกี่ยวกับการตรวจสารพันธุกรรมยังต้องพัฒนา สำหรับประเทศที่มีการตรวจสารพันธุกรรมในผู้ป่วยมะเร็ง มีการพัฒนาที่เป็นระบบในการให้ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับการตรวจสารพันธุกรรม¹⁹

ผลการศึกษาเกี่ยวกับ ทัศนคติต่อการตรวจสารพันธุกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีและเชื่อประโยชน์ของการตรวจสารพันธุกรรม ทั้งต่อตนเองและสมาชิกในครอบครัวสอดคล้องกับการศึกษาของ Gó mez-Trillos และคณะ¹⁷ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อการตรวจสารพันธุกรรมให้เหตุผลเปรียบเทียบ



การตรวจวัดความดันโลหิตเพื่อที่จะได้รักษาต่อไป และสอดคล้องการศึกษาของ E. Van Riel และคณะ²⁰ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีทัศนคติเชิงบวกตรวจสอบการพันธุกรรม แต่กังวลเกี่ยวกับผลการตรวจที่อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความกังวล ทั้งนี้ผลการตรวจจะเป็นการระบุความรุนแรงของการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1 และ BRCA2 อาจจะทำให้กังวลในการวางแผน ทางเลือกการรักษาต่อไป ดังนั้นการได้รับคำปรึกษาทางพันธุกรรมจากผู้เชี่ยวชาญทางพันธุศาสตร์โรคมะเร็งจึงมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยหรือญาติ²¹ เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างต้องการคำปรึกษาทางพันธุกรรมที่เป็นทางการมากกว่านี้ก่อนที่จะเข้ารับการตรวจ ร้อยละ 70.1

ความคาดหวังต่อการตรวจสอบการพันธุกรรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยินดีที่จะได้รับการตรวจสอบการพันธุกรรม ร้อยละ 73.2 กลุ่มตัวอย่างคิดว่าเป็นระบบบริการสุขภาพที่ดี เพื่อจะได้วางแผนการรักษาต่อไป และ การตรวจนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายเนื่องจาก การตรวจยีน BRCA1/BRCA2 ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเสี่ยงสูงและกลุ่มญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ เป็นสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹⁴ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ McCall MK และคณะ⁹ เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายเสียค่าตรวจด้วยตนเองจึงทำให้การตัดสินใจตรวจมีจำนวนร้อยละน้อยกว่า

สรุป ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ ขาดความรู้เกี่ยวกับมะเร็งและการตรวจสอบการพันธุกรรมของมะเร็งเต้านม ทัศนคติต่อการตรวจสอบการพันธุกรรมและต้องการตรวจสอบการพันธุกรรม

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากศึกษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีแห่งเดียว การนำผลวิจัยไปใช้จึงควรพิจารณาต่อไปนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางกลุ่มตัวอย่างได้โดยการเลือกแบบเจาะจง ผลที่ได้ในการศึกษานี้ อาจจะไม่สามารถอ้างอิงกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในสถานบริการสุขภาพอื่นได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการตรวจสอบการพันธุกรรมเพื่อที่จะให้ความรู้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่อไป
2. ควรมีการพัฒนากระบวนการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยที่ตรวจสอบการพันธุกรรมในผู้ป่วยมะเร็ง
3. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมเพื่อพัฒนาความรู้การตรวจสอบการพันธุกรรมให้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ ทัศนคติ และการตรวจสอบการพันธุกรรม ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่สนับสนุนทุนในการดำเนินการวิจัย



References

1. Giaquinto AN, Sung H, Miller KD, Kramer JL, Newman LA, Minihan A, et al. Breast cancer statistics, 2022. CA: A Cancer Journal for Clinicians 2022;72(6):524–41.
2. National Cancer Institute. Hospital-based cancer registry 2020. In: Health DoMSMoP, editor.: National Cancer Institute, 2021.
3. Katsura C, Ogunmwonyi I, Kankam HK, Saha S. Breast cancer: presentation, investigation and management. British Journal of Hospital Medicine 2022;83(2):1–7.
4. Albert C, Haase M, Albert A, Kropf S, Bellomo R, Westphal S, et al. BRCA1/BRCA2 pathogenic variant breast cancer: treatment and prevention strategies. Annals of laboratory medicine 2020;40(2): 114–21.
5. Okano M, Nomizu T, Tachibana K, Nagatsuka M, Matsuzaki M, Katagata N, et al. The relationship between BRCA-associated breast cancer and age factors: an analysis of the Japanese HBOC consortium database. Journal of Human Genetics 2021;66(3):307–14.
6. Kuchenbaecker KB, Hopper JL, Barnes DR, Phillips K-A, Mooij TM, Roos-Blom M-J, et al. Risks of breast, ovarian, and contralateral breast cancer for BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. Jama 2017;317(23):2402–16.
7. Zang F, Ding X, Chen J, Hu L, Sun J, Zhang J, et al. Prevalence of BRCA1 and BRCA2 pathogenic variants in 8627 unselected patients with breast cancer: stratification of age at diagnosis, family history and molecular subtype. Breast Cancer Research and Treatment 2022;195(3):431–9.
8. Terui-Kohbata H, Egawa M, Yura K, Yoshida M. Knowledge and attitude of hereditary breast cancer among Japanese university female students. Journal of Human Genetics. 2020;65(7):591–9.
9. McCall MK, Ibikunle S, Murphy Y, Hunter K, Rosenzweig MQ. Knowledge and attitudes about genetic testing among black and white women with breast cancer. Journal of Racial and Ethnic Health Disparities 2021;8(5):1208–16.
10. Metcalfe KA, Eisen A, Poll A, Candib A, McCready D, Cil T, et al. Rapid genetic testing for BRCA1 and BRCA2 mutations at the time of breast cancer diagnosis: an observational study. Annals of Surgical Oncology 2021;28(4):2219–26.
11. Valencia OM, Samuel SE, Viscusi RK, Riall TS, Neumayer LA, Aziz H. The role of genetic testing in patients with breast cancer: a review. JAMA surgery 2017;152(6):589–94.
12. Meehan J, Gray M, Martínez-Pérez C, Kay C, Pang LY, Fraser JA, et al. Precision medicine and the role of biomarkers of radiotherapy response in breast cancer. Frontiers in oncology 2020;10:628.
13. Pujol P, Barberis M, Beer P, Friedman E, Piulats JM, Capoluongo ED, et al. Clinical practice guidelines for BRCA1 and BRCA2 genetic testing. European Journal of Cancer 2021;146:30–47.
14. National Health Security Office (NHSO). Screening for breast cancer genes in high-risk patients reduce the risk of cancer in direct relatives. [internet] [cited 1 June 2023] Available from <https://www.nhso.go.th/news/38772023>.



15. Guo F, Hirth JM, Fuchs EL, Cofie LE, Brown V, Kuo Y-F, et al. Knowledge, attitudes, willingness to pay, and patient preferences about genetic testing and subsequent risk management for cancer prevention. *Journal of Cancer Education* 2020;1-8.
16. Elkefi S, Choudhury A, Strachna O, Asan O. Impact of health perception and knowledge on genetic testing decisions using the health belief model. *JCO Clinical Cancer Informatics* 2022;6:e2100117.
17. Gómez-Trillos S, Sheppard VB, Graves KD, Song M, Anderson L, Ostrove N, et al. Latinas' knowledge of and experiences with genetic cancer risk assessment: Barriers and facilitators. *Journal of genetic counseling* 2020;29(4):505-17.
18. Starkings R, Shilling V, Jenkins V, Fallowfield L. A systematic review of communication interventions to help healthcare professionals discuss genetic testing for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2020;183:9-21.
19. Conley CC, Castro-Figueroa EM, Moreno L, Dutil J, Garcí a JD, Burgos C, et al. A pilot randomized trial of an educational intervention to increase genetic counseling and genetic testing among Latina breast cancer survivors. *Journal of genetic counseling* 2021;30(2):394-405.
20. Van Riel E, Warlam-Rodenhuis CC, Verhoef S, Rutgers EJ, Ausems MG. BRCA testing of breast cancer patients: medical specialists' referral patterns, knowledge and attitudes to genetic testing. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2010;19(3):369-76.
21. Ademuyiwa FO, Salyer P, Tao Y, Luo J, Hensing WL, Afolalu A, et al. Genetic counseling and testing in African American patients with breast cancer: a nationwide survey of US breast oncologists. *Journal of Clinical Oncology* 2021;39(36):4020-8.



ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน

Factors Affecting Prevention Behavior of Cervical Cancer in Community

กรกฎ วิเชียรเทียบ¹ รังสันต์ ไชยคำ¹ ลัดดาวัล ฟองค์¹ ชัญญวักค วงษ์ษา¹

Koragot Vicheantheab¹ Rangsan Chaikham¹ Laddawan Vonk¹ Chanyapak Wongsar¹

¹ภาควิชาการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

Nursing Department, Chonburi Cancer Hospital

Corresponding author: Koragot Vicheantheab; Email: Vicheantheab272519@gmail.com

Received: April 10, 2023 Revised: July 19, 2023 Accepted: July 30, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก สตรีในชุมชน กลุ่มตัวอย่างสตรีอายุ 30-60 ปี ตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 103 คน ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก แบบวัดที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมแมน และแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า 1) การรับรู้ประโยชน์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรู้แรงการเกิดโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับมาก ส่วนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้อุปสรรคการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย 2) อายุ ($\beta = .19$) การรับรู้อุปสรรคการตรวจมะเร็งปากมดลูก ($\beta = -.47$) และการสนับสนุนทางสังคมในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($\beta = .24$) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ ร้อยละ 36.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R^2_{adj} = .345$, $p < .001$) การวิจัยมีประโยชน์สำหรับบุคลากรด้านการพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะการลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมารับตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: มะเร็งปากมดลูก; พฤติกรรมการป้องกัน; สตรีกลุ่มเสี่ยง



Factors Affecting Prevention Behavior of Cervical Cancer in Community

Koragot Vicheantheab¹ Rangsan Chaikham¹ Laddawan Vonk¹ Chanyapak wongsar¹

¹Nursing Department, Chonburi Cancer Hospital

Corresponding author: Koragot Vicheantheab; Email: Vicheantheab272519@gmail.com

Received: April 10, 2023 Revised: July 19, 2023 Accepted: July 30, 2023

Abstract

The research described aims to study cervical cancer prevention behaviors and factors that influence such behaviors among women in the community. The sample consisted of 103 women aged 30–60 years in Ban Puk Sub-district Mueang District Chonburi Province. The data collection instruments included a general information questionnaire, the cervical cancer knowledge test form, the measure developed from Becker and Maiman's Belief Theory of Health and the cervical cancer prevention behavior scale. The questionnaire passed a content straightness check. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression statistics. The results showed that 1) Perception of benefits of cervical cancer screening perception of the severity of the disease and perceived risk opportunities were at a high level. The social support was moderate. 2) age ($\beta = .19$), perceived barriers to cervical cancer screening ($\beta = -.47$) and social support for screening cervical cancer ($\beta = .24$) could together predict cervical cancer prevention behavior 36.4% with statistical significance at the .05 level ($R^2_{adj} = .345$, $p < .001$). The research is useful for personnel in developing activities or programs to promote cervical cancer prevention behaviors in at-risk women. Reducing factors that hinder cervical cancer screening and increasing social support for at-risk women to receive cancer screening cervical impregnation.

Keywords: : cervical cancer; protective behavior; women at risk



ความเป็นมาและความสำคัญ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลกและเป็นภาระด้านสุขภาพของประเทศที่กำลังพัฒนารวมถึงประเทศไทย จากสถิติพบผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 604,127 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.1 เสียชีวิตประมาณ 341,831 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.4 โดยมากกว่าครึ่งเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่ร้อยละ 85 อาศัยอยู่ในประเทศด้อยพัฒนา ซึ่งพบว่าเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับ 6 ของโลก¹ สาเหตุหลักเกิดจากการขาดการป้องกันโรค ขาดการเข้าถึงบริการอย่างเสมอภาค และการตรวจคัดกรองที่ไม่มีประสิทธิภาพส่งผลให้ตรวจพบมะเร็งในระยะลุกลาม การรักษาไม่มีประสิทธิภาพทำให้มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น

สถานการณ์โรคมะเร็งในผู้หญิง 5 อันดับแรก คือ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งมดลูก และมะเร็งรังไข่โดยมะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งเต้านม และลำไส้ใหญ่¹ แต่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทย ปัจจุบันมะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มพบอัตราป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 9,158 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.8 เสียชีวิต 4,705 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.8 ของประชากรที่เสียชีวิตจากการเป็นมะเร็งทั้งหมด¹ หรือเฉลี่ยเสียชีวิตวันละ 13 คนสาเหตุการเกิดมะเร็งปากมดลูกยังไม่ทราบแน่ชัด จากการศึกษาพบว่าเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมา (Human Papilloma Virus, HPV) หรือไวรัสเอชพีวีโดยเฉพาะสายพันธุ์ 16 และ 18 เป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดมะเร็งปากมดลูก ส่วนการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย มีบุตรคนแรกตั้งแต่อายุน้อย ประวัติของการตั้งครรภ์หลายครั้ง การมีคู่นอนหลายคนอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีในสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกจะตรวจพบเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์ความเสี่ยงสูงทุกรายที่จะดำเนินจนกลายเป็นรอยโรคก่อนมะเร็ง (pre-cancerous lesion) และมากขึ้นจนกลายเป็นรอยโรคก่อนมะเร็งขั้นเล็กน้อย (mild) ขั้นปานกลาง (moderate) และขั้นรุนแรงในที่สุด (severe) การเปลี่ยนแปลงตามลำดับนี้นำไปสู่การเป็นมะเร็ง หากเซลล์ที่ผิดปกติลุกลามถึงชั้นล่างสุดของเยื่อผิว (basement membrane)² จะเห็นได้ว่าปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี โดยเฉพาะสายพันธุ์ 16 และ 18 ซึ่งการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกจะสามารถค้นหาความผิดปกติ เพื่อเข้ารับการรักษาได้รวดเร็วและหายขาดได้

จากสถิติโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีพบมะเร็งปากมดลูกมากเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งเต้านม ช่วงอายุที่พบมากที่สุดอยู่ระหว่าง 30-55 ปี³ ซึ่งอุบัติการณ์เกิดโรคและเสียชีวิตอยู่ในวัยทำงาน ซึ่งเป็นช่วงที่สำคัญที่สุดของชีวิต การเสียชีวิตในวัยนี้ถือเป็นโศกนาฏกรรมของครอบครัวและสังคมอย่างมาก ทั้งที่โรคนี้สามารถป้องกันและรักษาให้หายขาดได้หากได้รับการคัดกรอง และการรักษาตั้งแต่แรก อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งสำคัญคือการส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมมะเร็งปากมดลูกอย่างบูรณาการให้สตรีที่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกที่ด้อยโอกาสสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ และให้ตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากข้อมูลงานส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเขตบริการสุขภาพที่ 6 พบอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่ถึงร้อยละ 20 ซึ่งน้อยมากเมื่อเทียบกับประชาชนกลุ่มเสี่ยง และไม่บรรลุตามแผนยุทธศาสตร์การตรวจคัดกรองและค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น (screening and early detection) ที่ต้องได้รับการคัดกรองไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ตามนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง โดยพบว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีมีความสัมพันธ์กับอายุ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก และการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตรได้แก่ ประวัติการมีบุตร การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปาก



มดลูก การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังที่มีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการได้รับการสนับสนุนคำแนะนำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และประวัติการมีบุตรสามารถพยากรณ์การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30-60 ปีได้ร้อยละ 81.30⁴ และการศึกษา ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของภรรยาคือการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ และการสนับสนุนของครอบครัว โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 17.70⁵ การศึกษาเหตุผลและปัจจัยของการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สตรีอายุ 30-60 ปี ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และความรู้เรื่องเหตุผลของการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นปัจจัยหนึ่งที่สตรีไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก⁶ และการศึกษาที่พบว่าปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลโดยรวมประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษาและการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷ สอดคล้องกับ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของ Becker⁸ ที่ว่าบุคคลพร้อมแสดงพฤติกรรมก็ต่อเมื่อมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ได้มากขึ้น หากประเมินแล้วว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ๆ มีประโยชน์หรือเกิดผลดีกับตนเองมากกว่าผลเสียหรืออุปสรรค โดยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติจากสังคม จากภายในบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกนึกคิด แรงจูงใจ ความตระหนักรู้ในตนเอง เป็นต้น และการกระตุ้นจากภายนอกบุคคล ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว สิ่งแวดล้อม ข้อมูลข่าวสาร สื่อต่าง ๆ และชุมชนจะช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ดีและเหมาะสมได้⁹ จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวที่เป็นปัจจัยที่สตรีกลุ่มเสี่ยงไม่เข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกและยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอีกหรือไม่ เพื่อนำมาพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งวางแผนกำหนดนโยบายสนับสนุนให้สตรีกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ตามแผนยุทธศาสตร์การตรวจคัดกรองและค้นหา มะเร็งในระยะเริ่มต้น (screening and early detection) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ตามนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของ Becker⁸ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเนื่องจากเชื่อว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ต่อเมื่อมีการรับรู้ความเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของโรค โดยบุคคลนั้นจะแสดงพฤติกรรมมากขึ้นหากประเมินว่าเมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วจะเกิดประโยชน์หรือผลดีต่อตนเองเพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน โดยข้อมูลนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของสตรีในชุมชน เพื่อให้สตรีในชุมชน สามารถเข้าถึงการบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพ และสามารถค้นพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกได้รวดเร็วต่อไป

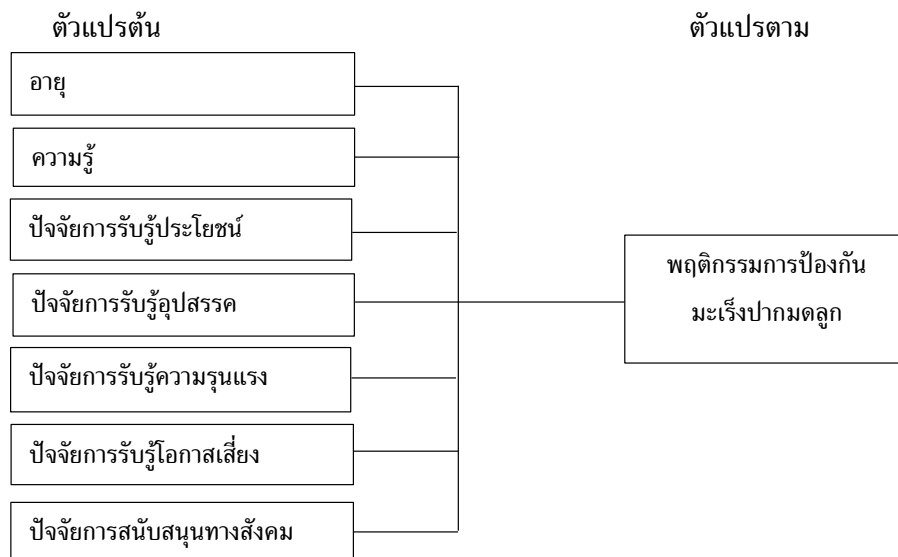
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชนตำบลบ้านปึก อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน ตำบลบ้านปึก อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี

สมมติฐานการวิจัย

อายุ ความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน ตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรีได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



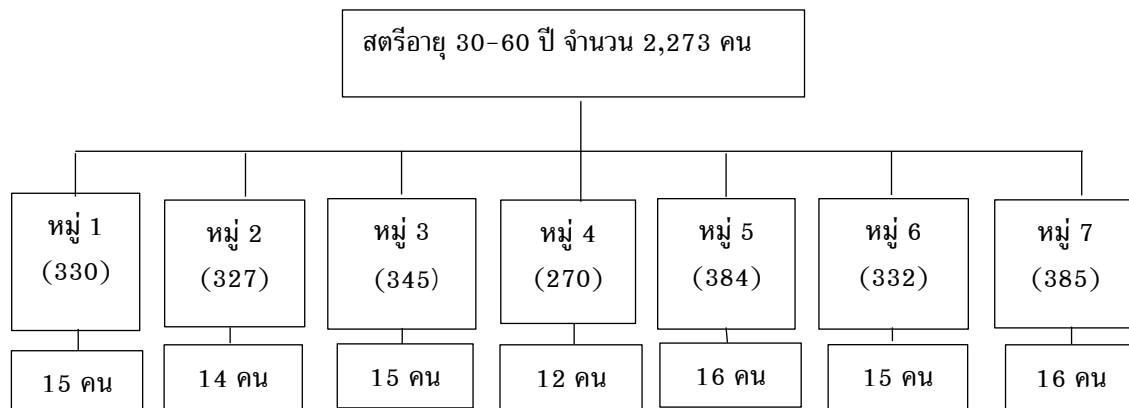
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีอายุระหว่าง 30-60 ปี ในชุมชนตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 2,273 คน
กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีอายุระหว่าง 30-60 ปี คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดอำนาจการทดสอบ ($P = 0.80$) นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กำหนด Effect size ขนาดกลาง = .15 ตัวแปรทำนายจำนวน 8 ตัว จำนวน 103 คน คิดเป็นสัดส่วนจากประชากร 1 ต่อ 22 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบขั้นตอน ในสตรีอายุระหว่าง 30 - 60 ปี จำนวน 2,273 คน ใน 7 หมู่บ้าน จนได้กลุ่มตัวอย่างจนครบตามจำนวน โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถสื่อสารรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ดังตาราง



ภาพที่ 2. แสดงสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 8 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลประกอบด้วยอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ และประวัติการมีเพศสัมพันธ์

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 6 ข้อ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การรักษา รวมถึงการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ถูก-ผิด โดยคำตอบที่ถูกต้องให้ 1 คะแนน คำตอบที่ผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับความรู้ 6 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 100 โดยกำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ไว้ 3 ระดับ ช่วงคะแนน 0-2 หมายถึง มีระดับความรู้น้อย ช่วงคะแนน 3-4 หรือมากกว่าหมายถึง มีระดับความรู้ปานกลาง ช่วงคะแนน 5-6 เท่ากับ มีระดับความรู้มาก⁹

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเนื้อหาเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติและประโยชน์ของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ¹⁰ คะแนน 6-14 คะแนน หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ระดับน้อย คะแนน 14.01-22.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ระดับปานกลาง และคะแนน 22.01-30 คะแนน หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบวัดการรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเนื้อหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ความเชื่อ ความวิตกกังวล และความสะดวก ที่เป็นอุปสรรคต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ¹⁰ คะแนน 9-21 คะแนน หมายถึง การรับรู้อุปสรรคน้อย คะแนน 21.01-33 คะแนน หมายถึง การรับรู้อุปสรรคระดับปานกลาง และคะแนน 33.01-45 คะแนน หมายถึง การรับรู้อุปสรรคระดับมาก

ส่วนที่ 5 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม



และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้ระยะของโรค ภาวะแทรกซ้อน และความเจ็บปวดของมะเร็งปากมดลูก จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน การแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ¹⁰ คะแนน 7-16.33 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงน้อย คะแนน 16.34-25.66 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงระดับปานกลาง คะแนน 25.67-35 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงระดับมาก

ส่วนที่ 6 แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก เช่น อายุระหว่าง 30-60 ปี การติดเชื้อไวรัส การมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน การแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ¹⁰ คะแนน 7-16.33 คะแนน หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงน้อย คะแนน 16.34-25.66 คะแนน หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับปานกลาง คะแนน 25.67-35 คะแนน หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับมาก

ส่วนที่ 7 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยที่สนับสนุนต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก เช่น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การสนับสนุนทางด้านครอบครัว การสนับสนุนในชุมชน และการได้รับข่าวสารในการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน การแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ¹⁰ คะแนน 10-23.3 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนน 23.34-36.66 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คะแนน 36.67-50 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมมาก

ส่วนที่ 8 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก เช่น ความสม่ำเสมอในการตรวจ การสังเกตอาการผิดปกติ ความรู้ รวมทั้งหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน การแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ¹⁰ คะแนน 9-21 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งน้อย คะแนน 21.01-33 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปานกลาง คะแนน 33.01-45 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งมาก

การตรวจสอบคุณภาพ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องของขอบเขตเนื้อหา และภาษาที่รัดกุม การตีความหมายของข้อคำถามพร้อมทั้งข้อเสนอแนะซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งนรีเวช 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน แล้วนำไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบวัดส่วนที่ 2-8 ได้เท่ากับ .90, .91, .98, 1, .83, 1 และ .94 ตามลำดับ และหาความ



เชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับสตรีที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder Richardson (KR20) และ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71, .78, .79, .85, .87, .81 และ .70 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในชุมชนโดยวิธีแจกแบบสอบถาม 8 ส่วน พร้อมแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมก่อนเก็บข้อมูล โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยต่างๆ ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที จนครบจำนวน 103 คน เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติและแปลผลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการพิจารณาวิจัยในคนของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี รหัสโครงการ 013/64 ลงวันที่ 13 ธันวาคม 2564 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย ผลดีผลเสียและการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้อย่างอิสระโดยไม่มีผลต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บอย่างมิดชิดและใช้รหัสแทนชื่อ-สกุล โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ร้อยละ ค่าพิสัย ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรม การป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบ โค้งปกติ ไม่มี outliers ไม่เกิด autocorrelation โดยดูค่า durbin-watson = 1.734 มีค่าระหว่าง 1.5-2.5 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นทั้งหมด พบว่าไม่มีตัวแปรใดมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่า .80 แสดงว่าตัวแปรต้นไม่มี (multicollinearity)

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง ข้อมูลส่วนบุคคล มากที่สุดมีอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 38.3) รองลงมา อายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 33) และอายุระหว่าง 30-40 ปี (ร้อยละ 28.2) ตามลำดับ (อายุเฉลี่ย 46 ปี SD=9.21) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 43.7) รองลงมาคือระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 39.8) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ / อยู่กับสามีแฟนหนุ่ม (ร้อยละ 68.9) และส่วนใหญ่ มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว (ร้อยละ 91.3)

ระดับความรู้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมาก (ร้อยละ 69.9) รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 19.4) และน้อยที่สุดมีความรู้ในระดับน้อย (ร้อยละ 10.7) ตามลำดับ

ปัจจัยด้านการรับรู้ต่อพฤติกรรม และพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกในระดับมาก ($M=23.61$, $SD=4.10$) การรับ



รู้อุปสรรคต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกในระดับน้อย ($M=19.65$, $SD=5.20$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับมาก ($M=26.79$, $SD=3.93$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกในระดับมาก ($M=28.20$, $SD=4.49$) การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ($M=35.06$, $SD=6.00$) และพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในระดับมาก ($M=37.48$, $SD=3.99$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม และพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ($n=103$)

ตัวแปร	ค่าพิสัย	M	SD	การแปลผล
การรับรู้ประโยชน์	6 – 30	23.61	4.10	มาก
การรับรู้อุปสรรค	9 – 45	19.65	5.20	น้อย
การรับรู้ความรุนแรง	7 – 35	26.79	3.93	มาก
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	7 – 35	28.20	4.49	มาก
การสนับสนุนทางสังคม	10 – 50	35.06	6.00	ปานกลาง
พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก	9 – 45	37.48	3.99	มาก

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง เข้าสมการถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่าปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก คือ การรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($\beta = -.47$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .24$) และอายุ ($\beta = .19$) ตามลำดับ โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ได้ร้อยละ 36.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R^2_{adj} = .345$, $p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 วิเคราะห์สมการถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างปัจจัยทำนายกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ($n = 103$)

ปัจจัยทำนาย	b	Beta	SE	t	p-value
การรับรู้อุปสรรค (X2)	-.36	-.47	.063	-5.737	<.001
การสนับสนุนทางสังคม(X5)	.16	.24	.054	3.004	<.01
อายุ (X1)	.08	.19	.035	2.336	<.05
Constant = 35.053, $R^2_{adj} = .345$, $R^2 = .364$, $F(3,99) = 18.891$, $p < .05$					



การอภิปรายผล

พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=37.48$, $SD=3.99$) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลมากที่สุด ซึ่งเป็นสุขอนามัยขั้นพื้นฐานของสตรีที่พึงกระทำ รองลงมาคือ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก เช่นการไม่สวมใส่กางเกงชั้นในที่ชื้นหรือรา หรืออับชื้น มีการสังเกตอาการผิดปกติทางช่องคลอดและเมื่อพบความผิดปกติรีบปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ทันที ยินดีเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก มีการหาความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และสื่อต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งได้ชวนเพื่อนหรือญาติพี่น้องไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำ โดยเข้ารับการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี โดยกลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จึงส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจ คัดกรองพบว่าเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกประกอบด้วย การณรงค์ตรวจ คัดกรอง/ตรวจสุขภาพประจำปี และเหตุผลการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกประกอบด้วย การสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัว/เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข/อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมีอาการผิดปกติ เช่น มีตกขาวมากผิดปกติ มีเลือดออก⁶

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และอายุ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ ร้อยละ 36.4 โดยมีรายละเอียดดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน ($r=.32$, $p<.05$) เป็นตัวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้สูงสุด ($\beta=.24$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร การประเมินค่าและทรัพยากร จะส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสม เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาอาการด้านร่างกาย จิตใจ และการจัดการกับปัญหาของกลุ่มตัวอย่างได้ จากการช่วยเหลือของบุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งของอิทธิพลระหว่างบุคคล จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมัธยมศึกษาจนถึงปริญญาตรี สามารถอ่านออก เขียนได้ เข้าถึงสื่อและความรู้ได้เป็นอย่างดี และส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 70 มีครอบครัวและอยู่ด้วยกันซึ่งสังคมไทยเป็นสังคมที่มีความรักใคร่กลมเกลียวกันในครอบครัว มักให้ความช่วยเหลือกันอย่างเต็มใจ และเต็มความสามารถ เมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยมักให้ความช่วยเหลือเป็นกำลังใจ จะเห็นได้จากเมื่อมีบุคคลในบ้านเจ็บป่วยจะมีญาติพามาพบแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและมีกำลังใจในการเผชิญความเจ็บป่วยได้อย่างมั่นคงเมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด รองลงมา คือ บุคคลในครอบครัวให้กำลังใจในการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก การมีบริการเจ้าหน้าที่ออกให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชน สมาชิกในครอบครัวให้ความช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่าย และคอยช่วยเหลือในวัน เวลา และสถานที่ในการมารับการตรวจ ส่วนช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารได้จากสื่อเช่น โทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต รวมทั้งมีความไว้วางใจสถานที่และเครื่องมือมีความเหมาะสมทันสมัย เป็นสิ่งสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยในการส่งเสริมให้สตรีมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock¹¹ ที่กล่าวว่า สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (due to action) มีผลมาจากสิ่งชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อมวลชนต่าง ๆ ญาติ แพทย์ พยาบาล เป็นสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นการสนับสนุนทางสังคมทั้งสิ้น ซึ่งสอดคล้อง

กับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชนได้^{4,7,12} และสอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสามีภรรยา พบว่าการสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิได้ร้อยละ 17.70⁵

อายุของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน ($r = .27, p < .01$) สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ ($\beta = .19$) เนื่องจากอายุจะเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะ และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล อายุมากสามารถตัดสินใจทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่อายุน้อย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี จะมีประสบการณ์ในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำ ทั้งการมาตรวจสุขภาพประจำปี หรือการมาตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จึงเกิดความตระหนักและรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ต้องกระทำเป็นประจำทุกปี เพื่อดูแลสุขภาพของตน จึงส่งผลให้อายุสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน จังหวัดชลบุรีได้ สอดคล้องกับ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และร่วมทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนได้^{7,13}

การรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกในชุมชน ($r = -.52, p < .01$) สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่เป็นอุปสรรคสำหรับตนเอง และรับรู้ว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นสิ่งที่ดีและจำเป็น หากพบความผิดปกติจะสามารถเข้ารับการรักษาทันทีได้อย่างรวดเร็ว และมีโอกาสหายขาดจากโรคมะเร็งได้ ประกอบกับการรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นนโยบายระดับชาติ Service plan ด้านโรคมะเร็ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถให้บริการตรวจคัดกรองได้ในชุมชน รวมทั้งมีการออกหน่วยคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องทำให้สตรีในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง ยิ่งชุมชนที่ทำการศึกษาดังอยู่ในเขตเมืองชลบุรี มีโรงพยาบาลทั้งรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน และที่สำคัญมีโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ มีการคมนาคมที่สะดวก ส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย และสะดวกจึงทำให้การรับรู้อุปสรรคการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ทางด้านลบ เมื่อพิจารณารายข้อของการรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่า ผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกทำให้วิตกกังวล รองลงมาไม่มีญาติพามาตรวจ ไม่สะดวกในการเดินทาง ไม่ทราบว่าจะไปรับการตรวจได้ที่ไหน การตรวจมะเร็งปากมดลูกทำให้เจ็บบริเวณที่ตรวจ สถานที่ตรวจไม่มิดชิดทำให้รู้สึกอาย การมาตรวจมะเร็งปากมดลูกทำให้สูญเสียรายได้ การไปตรวจมะเร็งปากมดลูกทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายมาก และการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกทำให้เสียเวลาทำงาน ตามลำดับ สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock¹¹ ที่กล่าวว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ถึงค่าใช้จ่ายที่แพง ความละอาย เป็นต้น ซึ่งการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้น จึงขึ้นอยู่กับ การชั่งน้ำหนักข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย อุปสรรคต่อการปฏิบัติจึงเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจ ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติ จะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจยากแก่การแก้ไข จะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับมาก ขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับน้อย จึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สามารถพยากรณ์การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ได้^{4,14-15}



ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ได้แก่

ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากปัจจุบันการเข้าถึงความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายและหลายช่องทาง เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ อินเทอร์เน็ต สื่อประชาสัมพันธ์ออนไลน์ รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างเพียงพอ จากงานวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับมาก จึงส่งผลให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจหามะเร็งปากมดลูก¹³

การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ ถึงแม้ว่าการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมากก็ตาม ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างเพียงพอเกี่ยวกับประโยชน์การมาตรวจแพปสเมียร์ทุกปีช่วยให้ค้นหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกและยังสามารถดูความผิดปกติอื่น ๆ ของช่องคลอดได้ โดยรับรู้ว่าการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกสามารถรักษาให้หายขาดได้ ทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผิดปกติต่าง ๆ รวมถึงการได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเมื่อมีความผิดปกติ ทั้งนี้การรับรู้ประโยชน์ที่เพียงพอจึงส่งผลให้ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี แต่ไม่สามารถพยากรณ์การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีได้⁶ และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้¹⁵

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ เนื่องจากมีการณรงค์ประชาสัมพันธ์เรื่องมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคได้ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าโรคนั้นจะเกิดอันตรายต่อร่างกายหรือ กระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคมของตน¹⁶ จึงส่งผลให้การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัดกรองในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา⁷

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกในระดับมาก แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก สามารถปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงนั้นได้อย่างเหมาะสม จึงส่งผลให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูกไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้¹⁷

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านนโยบาย ผู้บริหารด้านสาธารณสุขควรพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชน ให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย เหมาะสมกับบริบทของประชาชนในชุมชน เช่น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเชิงรุกในโรงงานอุตสาหกรรม และการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง



โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นต้น

2. ด้านการปฏิบัติพยาบาล

2.1 บุคลากรทางด้านสุขภาพส่งเสริมให้สตรีเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการจัดการบริการเชิงรุกเพื่อให้เกิดความสะดวก รวดเร็วและง่ายต่อการรับบริการ

2.2 สนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือสตรี และให้กำลังใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง

2.3 ผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาล และผู้เกี่ยวข้องนำไปจัดโปรแกรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในชุมชน โดยเน้นเรื่องการลดอุปสรรค และเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมให้กับสตรีในชุมชน เพื่อเป็นสิ่งกระตุ้นให้สตรีในชุมชนมาเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งชนิดอื่นในชุมชน เพราะอาจมีปัจจัยส่งเสริมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งชนิดอื่นที่แตกต่างกัน ผลการวิจัยใช้เป็นข้อมูล และแนวทางในการศึกษางานวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเล่มนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยงบบำรุง โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน รวมถึงสตรีในชุมชน ตำบลบ้านปึก อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

References

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin 2021;71(3):209–49.
2. Tharavichitkul E. Radiotherapy in cervical cancer of the vagina. Journal of Thai Association of Radiation Oncology 2019;25(2):07–18.
3. Chonburi Cancer Hospital. Hospital–Based 2020 Cancer Registry. Chonburi: Chonburi Cancer Hospital. 2021.
4. Wicheanpoon O, Jariya W. Factors affecting the utilization behaviors of cervical cancer screening services for women aged 30–60 years in Saklek district Pichit province. Research and Development Health System Journal 2020;13(2):250–58.(in Thai)
5. Nakrukamphonphatn S, Suwannakoot N, Natason A. Predicting factors of primary prevention of cervical cancer among couples. Regional Health Promotion Center 9 Journal 2022;16(2):469–83.
6. Pinnark P. Causes and factors to cervical cancer unscreened measuring: a case study of women aged 30–60 years in Na Pho Sub–District, Sawi District, Chumphon Province. Journal of Health Research and Innovation 2020;3(1):119–31.



7. Sangprasert P, Wiroj J. The predictive factors of health promotion behaviors among a population living in the urban community of metropolitan Bangkok. *Journal of Public Health* 2015;23:113–26.
8. Becker MH. The health belief model and sick role behavior. *Health education monographs* 1974;2(4): 409–19.
9. Sakulthaew C. Factors related to safety behavior in chemistry laboratory among undergraduate students [Master thesis]. Bangkok: Thammasat University 2016.(in Thai)
10. Srisathitnarakoon B. Instrument development and quality validation: psychological measurement properties. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House 2012.(in Thai)
11. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs* 1974;2(4):328–35.
12. Kengganpanich M, Ngamdum S, Kengganpanich T. Factors predicting cervical cancer screening behavior among women in Ratchaburi province. *Journal of Public Health* 2013;43(2):175–87.(in Thai)
13. Narueponjirakul C, Thummavichit R, Suteeprasert T. Factors related to pap smear screening behaviors of women at municipality Suphanburi province. *Journal of Health Science* 2014;23(6):1022–31. (in Thai)
14. Nwabichie CC, Manaf RA, Ismail SB. Factors affecting uptake of cervical cancer screening among African women in Klang Valley, Malaysia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2018;19(3): 825–31. Doi:10.22034/APJCP.2018.19.3.825.
15. Kooariyakul A, Muenya S, Kooariyakul K, Phuengbanhan K, Jerayingmongkol P. Predictive factors of self-care behavior among people with hypertension for prevention of chronic kidney disease. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2022;32(3):13–24.(in Thai)
16. Becker MH, Maiman LA, Kirscht JP, Haefner DP, Drachman RH. The health belief model and prediction of dietary compliance: A field experiment. *Journal of Health and Social behavior* 1977;1:348–66.
17. Kanjanawanit P. The factors affecting self-care behaviors for non-communicable diseases (NCDs) prevention of Village Health Volunteer (VHV), Suphanburi province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)* 2021;36(2):20–33.(in Thai)



วิถีการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมเพื่อให้เกิดการสูงวัยอย่างมี ศักยภาพ:กรณีศึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุประเทศไทย

Trajectories of Engagement in Social Activities for Active Aging: A Case Study of Older Adult Schools in Thailand

สุวรรณา วุฒิธรณารัตน์¹, จุฑามาศ วงจันทร์², กฤษณา อุไรศรีพงษ์¹, พรพรรณ มนัสจกุล³

Suwanna Vudhironarit¹, Jutamast Wongjan², Krisana Uraisipong¹, Pornpun Manasatchakun³

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Received: June 12, 2023 Revised: July 20, 2023 Accepted: July 31, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายวิถีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดการสูงวัยอย่างมีศักยภาพ โดยครอบคลุมมิติของการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรม วิถีการร่วมกิจกรรม การจัดการปัญหาและอุปสรรค และผลของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนจาก 6 ภูมิภาคของประเทศไทย ภูมิภาคละ 1 โรงเรียน ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 60 คนคัดเลือกอย่างเจาะจงโดยเป็นผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่องมากกว่า 3 ปี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกตามแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น นำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์สร้างข้อสรุปแบบอุปนัย พบว่า วิถีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ประกอบด้วย การตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมจากเหตุผล 5 ประการ ได้แก่ 1) ได้รับข้อมูลการจัดกิจกรรม 2) การบริหารจัดการตนเอง 3) รูปแบบของกิจกรรมทางสังคม 4) มีบุคคลที่รู้จักในกิจกรรม และ 5) ผลของกิจกรรม และการเข้าร่วมกิจกรรมแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) เริ่มจากกิจกรรมที่มีประสบการณ์ มีความรู้ความสามารถ และเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ 2) ดำเนินกิจกรรมตามความสามารถตนเอง 3) ประเมินตนเอง และประโยชน์ที่เกิดขึ้น และ 4) เสนอวิธีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้เหมาะสม เพื่อทำให้เกิดความต่อเนื่องของการเข้าร่วมกิจกรรม ผลการศึกษาสะท้อนว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมได้ต่อเนื่องและมีศักยภาพ ต้องเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับเวลาว่างของผู้สูงอายุ และสามารถบริหารจัดการให้ตนเองมาร่วมกิจกรรมได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนทรัพยากรในการมาร่วมทำกิจกรรม และมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมให้เป็นไปตามบริบทของชุมชน เกิดประโยชน์ และเหมาะสมกับตนเอง

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ; ผู้สูงอายุ; กิจกรรมผู้สูงอายุ; การมีส่วนร่วมทางสังคม



Trajectories of Engagement in Social Activities for Active Aging: A Case Study of Older Adult Schools in Thailand

Suwanna Vudhironarit¹, Jutamast Wongjan², Krisana Uraisipong¹, Pornpun Manasatchakun³

¹Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri Nursing Faculty, Praboromarajchanok Institute

²Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima Nursing Faculty, Praboromarajchanok Institute

³Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai Nursing Faculty, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Suwanna Vudhironarit; Email: suvudhi@gmail.com

Received: June 12, 2023 Revised: July 20, 2023 Accepted: July 31, 2023

Abstract

This qualitative study aimed at explaining the nature and mode of continuous engagement in social activities that lead to active aging among older adults regarding four dimensions, including engagement in activities, mode of engagement, management of problems and barriers, and results of the engagement in social activities. The sample was selected through multi-stage sampling from six regions of Thailand. One school was selected from each region, and 60 key informants were purposively selected from older adults who engaged in school-based activities for more than three years. Data were collected by conducting in-depth interviews using semi-structured interview forms developed by the researchers. The data obtained were analyzed to create an inductive conclusion. The findings revealed that the way of continuous engagement in social activities leading to active aging in older adults consists of a decision to participate in activities for the following five reasons: 1) received information about the activity; 2) self-management; 3) the form of social activity; 4) known acquaintances in activities; and 5) the benefits of activities, and engagement in activities, which was divided into four phases: 1) starting from activities in which older adults had experience, knowledge, ability, and which were suitable for older adults' health; 2) performing activities according to one's abilities; 3) self-assessment and resulting benefits; and 4) proposing methods to modify activities to ensure continuity of participation in activities. The findings indicated that activities that older adults can engage in on an ongoing basis to support active aging must be compatible with their leisure time and allow them to manage their engagement. In addition, older adults should receive support in order to participate in the activities, and be able to identify activities that are consistent with community context, beneficial, and suitable for older adults.

Keywords: active aging; older adults; older adult activities; social engagement



ความเป็นมาและความสำคัญ

จากการที่ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้วในปี พ.ศ. 2565 โดยมีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 20-30 และคาดว่าไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2573¹ นอกจากจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มจำนวนขึ้นยังพบว่าประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้นโดยจากการคาดการณ์ อายุของคนไทยโดยประมาณจะอยู่ที่ 85 ปี ในปี พ.ศ. 2568² แสดงให้เห็นว่าโครงสร้างประชากรของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากอัตราการเกิดที่น้อยลง และคนมีอายุยืนยาวขึ้น เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุสมรรถนะในการทำงานลดลงจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเผชิญกับความเจ็บป่วยหรือโรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย³ เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เกิดความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เกิดความพิการ หรือ เผชิญต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ รวมถึงเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและการรู้สึกถูกทอดทิ้งจากการที่ต้องแยกจากของสมาชิกครอบครัว เช่น บุตร หลาน ซึ่งไปทำงาน หรือแยกครอบครัวไป หรือ การเสียชีวิตของคู่ชีวิต ผู้สูงอายุบางคนอาจมีอาการซึมเศร้า⁴ รู้สึกเศร้า จิตใจหม่นหมอง หดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ชอบอยู่เฉยๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตมีคุณค่าลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อในมิติของสุขภาพของผู้สูงอายุ⁴⁻⁵ นอกจากผลกระทบที่เกิดกับภาวะสุขภาพในระดับบุคคล การมีประชากรสูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นอาจจะกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เช่น เกิดปัญหาขาดแคลนแรงงานเป็นผลจากการที่วัยแรงงานมีสัดส่วนที่น้อยลงอย่างต่อเนื่อง ผลกระทบจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระบบสุขภาพ หรือผลกระทบต่อผู้ดูแลซึ่งต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยหรือขาดความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จากผลกระทบทั้งในระดับบุคคลและเชิงระบบ สะท้อนความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุให้คงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้คงไว้ซึ่งคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง มีความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีภายใต้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าระดับการร่วมกิจกรรมของบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และความพึงพอใจในชีวิต เพราะการร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตต่อเนื่อง⁶ จากการมีสุขภาพกายที่ดี⁷ จากได้รับการเสริมสร้างให้มีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมเกิดความพร้อมเข้าร่วมกิจกรรมในลักษณะต่างๆ เพิ่มขึ้น เกิดความผูกพัน จึงร่วมกิจกรรมต่อเนื่อง⁸ นอกจากนี้ยังพบว่าการเสริมสร้างให้มีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม ควรเป็นกิจกรรมสอดคล้องกับความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ของผู้สูงอายุ^{7,9} จากการศึกษาพบว่ากิจกรรมทางสังคมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ³ โดยการทำกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุมีเป้าหมายสำคัญเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตในผู้สูงอายุ¹⁰ และเป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดการสูงวัยอย่างมีศักยภาพ (active aging)¹¹ จากความสำคัญของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุผ่านการดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้ดูแลด้านสุขภาพในระบบสุขภาพของไทยจำเป็นต้องมีการวางแผนในการส่งเสริม/สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้คงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับการสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้คงไว้ซึ่งศักยภาพแห่งตนภายใต้การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ⁸

ในการนี้คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิธีการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เพื่อให้ได้แนวทางการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงที่มีความต่อเนื่อง ผ่านกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ อันนำไปสู่การแนวทางในการเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุตัดสินใจมาร่วมกิจกรรมทางสังคม และดำรงความต่อเนื่องของกิจกรรมทางสังคมไว้เพื่อคงไว้ซึ่งศักยภาพของผู้สูงอายุ



วัตถุประสงค์

เพื่ออธิบายวิธีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่องในโรงเรียนผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดการสูงวัยอย่างมีศักยภาพ

การดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายวิธีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่องซึ่งครอบคลุมการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ขั้นตอนและลักษณะการร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ รวมทั้งการจัดการปัญหาและอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม และผลจากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในโรงเรียนผู้สูงอายุของประเทศไทย โดยดำเนินการดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุซึ่งจัดขึ้นโดยองค์กรท้องถิ่นใน 6 ภูมิภาคของไทยโดยแต่ละภูมิภาคมีความแตกต่างกันใน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) กายภาพทั่วไปของพื้นที่ 2) สถานการณ์การพัฒนาภาค ด้านเศรษฐกิจ สังคม และทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม 3) บริบทของพื้นที่ และ 4) เป้าหมายและแนวทางการพัฒนา ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ตอนบน ภาคใต้ตอนล่าง¹² คัดเลือกพื้นที่ในการศึกษาแบบเจาะจง โดยผู้วิจัยมีการกำหนดคุณลักษณะเฉพาะของพื้นที่โดย 1) ต้องเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีความโดดเด่นด้านการดำเนินการโรงเรียนผู้สูงอายุ 2) มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า 5 ปี 3) มีการจัดกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุซึ่งมีรูปแบบกิจกรรมที่หลากหลาย 4) มีความหลากหลายทางบริบทด้านวัฒนธรรมและประเพณี 5) มีความแตกต่าง/หลากหลายของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม เช่น ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะเจ็บป่วย/โรคประจำตัว และ ช่วงอายุของผู้สูงอายุ โดยผลจากการคัดเลือกพบว่าได้จำนวนโรงเรียนผู้สูงอายุทั้งหมด 6 พื้นที่ ดังนี้ 1) ภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดแพร่ เทศบาลตำบลเด่นชัย โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลเด่นชัย 2) ภาคกลาง ได้แก่ จังหวัดสิงห์บุรี องค์การบริหารส่วนตำบลท่างาม โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลท่างาม 3) ภาคตะวันออก ได้แก่ จังหวัดตราด องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยแร้ง โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลห้วยแร้ง 4) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น เทศบาลเมืองศิลา โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองศิลา 5) ภาคใต้ตอนบน ได้แก่ จังหวัดระนอง เทศบาลตำบลบางนอน โรงเรียนพ่อเผ่าแม่เผ่า และ 6) ภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ จังหวัดสงขลา เทศบาลนครสงขลา โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลนครสงขลา

จากพื้นที่ทั้งหมด 6 พื้นที่ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างเจาะจง (purposive sampling) โดยพิจารณาจาก 1) เป็นผู้ที่มีาร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป 2) มีการร่วมกิจกรรมทางสังคมอื่นๆ นอกเหนือจากกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 กิจกรรม 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยจำนวนได้ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจำนวน 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิก รายได้ โรคประจำตัว จำนวนการเป็นสมาชิกทางสังคม กิจกรรมทางสังคมที่เข้าร่วม

2) แบบสัมภาษณ์วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

2.1) การตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรม ประกอบด้วย ทศนคติต่อข้อมูลที่ได้รับ การจัดการตนเอง การสนับสนุน



บทบาทในกิจกรรม ประโยชน์จากกิจกรรม และผลกระทบจากกิจกรรม ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมที่ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างไรบ้าง? ท่านมีหลักในการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ อย่างไร? ท่านรู้สึกต่อข้อมูลที่ท่านได้รับอย่างไร?

2.2) ขั้นตอนและลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ รวมทั้งการจัดการปัญหาและอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น ท่านเริ่มเข้าร่วมกิจกรรมอย่างไร มีกระบวนการดำเนินกิจกรรมที่ให้ต่อเนื่องมาจนถึงบัดนี้อย่างไร? ท่านมีบทบาทอะไรบ้างในกิจกรรมที่ท่านเข้าร่วม? กิจกรรมที่ท่านเข้าร่วมมีลักษณะอย่างไร ท่านมีอุปสรรค หรือปัญหาอะไรบ้างในการเข้าร่วมกิจกรรม และท่านจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไร?

2.3) ผลของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น ท่านมีความรู้สึกอย่างไรบ้างต่อการเข้าร่วมต่อกิจกรรม? ท่านคิดว่ากิจกรรมที่เข้าร่วมเกิดประโยชน์ต่อท่านหรือไม่ อย่างไร? อะไรเป็นเหตุผลให้ท่านเข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่อง?

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปรับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity index) = .93 พร้อมทั้งปรับแก้แบบสัมภาษณ์ตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้มีความครอบคลุมในการนำไปใช้จริง นอกจากนั้นได้ การนำไปทดลองใช้โดยใช้สัมภาษณ์กลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คนและทำการปรับแก้ไขข้อคำถามให้เกิดความชัดเจนและให้เกิดความสอดคล้องมากขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนัดหมายเวลาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสะดวกในการให้ข้อมูล มีการนัดการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และไลน์
2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมขออนุญาตในการจัดบันทึก การบันทึกเทป และชี้แจงรายละเอียดขณะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งแสดงเอกสารได้รับอนุมัติในการรับอนุญาตให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ อธิบายสิทธิผู้ให้ข้อมูล แสดงหนังสือเพื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งแจ้งระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งละประมาณ 45-60 นาที
3. ผู้วิจัยดำเนินการส่งแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนการสัมภาษณ์
4. ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวตามแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แบบสัมภาษณ์วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่โครงสร้างตามที่ได้ออกแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้สัมภาษณ์ได้นำมาถอดเทปแบบคำต่อคำ และผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยการสร้างข้อสรุปเชิงพรรณนาแบบอุปนัย (analytic induction)¹³ ดังนี้

1. ถอดเทปแบบคำต่อคำ โดยการแยกอ่านแบบบันทึกการถอดเทป (transcription)
2. จำแนกข้อมูลและจัดระบบข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่
3. นำหมวดหมู่ที่ได้ จำแนกชนิดข้อมูลที่ได้นำมาเปรียบเทียบความเหมือนกันและแตกต่างกันของแต่ละหมวดหมู่
4. นำข้อมูลที่จัดหมวดหมู่มาตีความเพื่อค้นหาความหมายจากข้อมูลที่ได้
5. สร้างข้อสรุปวิธีการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี เลขที่ BNC REC No. 01/2565 เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2565 ผู้วิจัยมีการชี้แจงสิทธิ์แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ ผู้วิจัยคำนึงถึงความเสี่ยงหรือความไม่สบายทุกประการที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัยโดยสามารถยกเลิกความยินยอมได้ทุกเมื่อ และไม่มีผลใด ๆ กับผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยมีการดูแลรักษาความลับของข้อมูลต่าง ๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัยจะไม่ถูกเปิดเผยชื่อ สกุล โดยจะเปิดเผยเฉพาะข้อสรุปจากผลการวิจัย และการเปิดเผยข้อมูลจะกระทำต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุน และกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น ข้อมูลจะถูกเก็บรักษาโดยผู้เข้าถึงคือผู้วิจัยเท่านั้น และข้อมูลจะถูกทำลายภายใน 1 ปี

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาโดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่องในโรงเรียนผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดการสูงวัยอย่างมีศักยภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 73.33 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ร้อยละ 70.00 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 66.67 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 41.67 ร้อยละ 56.67 ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัวอาศัยอยู่ด้วยกันร้อยละ 95.00 ส่วนใหญ่มีรายได้ตั้งแต่ 3,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 73.33 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 58.33 เป็นสมาชิกชมรม สมาคมอื่น ๆ นอกจากโรงเรียนผู้สูงอายुर้อยละ 95.00 และส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมตั้งแต่ 2 แห่งขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 73.33

ส่วนที่ 2 วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่องในโรงเรียนผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดการสูงวัยอย่างมีศักยภาพ มีข้อค้นพบ ดังนี้

2.1 การตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพมีการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมโดย

1) ได้รับข้อมูลการจัดกิจกรรม ที่ประกอบด้วย ข้อมูลที่นำเสนอลักษณะของกิจกรรมที่ชัดเจน และประโยชน์ของกิจกรรมต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว สังคม และชุมชน จากการได้รับเชิญให้เข้าร่วมกิจกรรมจากผู้จัดกิจกรรมผ่านทางผู้นำท้องถิ่น เพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน หรือสมาชิกในครอบครัว ถ้าไม่เชิญส่วนใหญ่จะไม่ไป เพราะรับรู้ถึงคุณค่าและสมรรถนะที่ลดลง ทำให้ไม่มั่นใจตนเองว่าจะสามารถร่วมกิจกรรมได้ตามวัตถุประสงค์ของกิจกรรม

2) การบริหารจัดการให้ตนเองมีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่

2.1) เวลา มีเวลาว่างอยู่แล้ว หรือสามารถบริหารให้มีเวลาว่างตรงกับการจัดกิจกรรมได้ และเวลาเข้าร่วมในกิจกรรมมีความยืดหยุ่นได้ เพื่ออำนวยความสะดวกการจัดการปัญหาทางสุขภาพให้มีความพร้อม

2.2) ความพร้อมด้านร่างกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาทางสุขภาพ เช่น การปวดหลัง ปวดขา เหนื่อยง่าย ความทนต่อกิจกรรมลดลง ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง การมองเห็น ขาอ่อนแรง และความบกพร่องต่าง ๆ ด้านร่างกายอื่น ๆ ต้องสามารถแก้ปัญหาให้พอไปร่วมกิจกรรม โดยนำการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ที่หน่วยงานที่จัดกิจกรรมมาเสริมให้ตนเองมีความพร้อม และสามารถไปร่วมกิจกรรมได้โดยไม่เป็นภาระ หรือต้องพึ่งพาผู้อื่น

2.3) ค่าใช้จ่ายในการไปร่วมกิจกรรม เช่น ค่าพาหนะ ค่าวัสดุ อุปกรณ์ ทรัพยากร ที่ต้องใช้ในการทำกิจกรรม ซึ่งส่วนใหญ่ทางหน่วยงานสนับสนุน จึงไม่มีภาระเรื่องค่าใช้จ่ายในการไปร่วมกิจกรรม

3) รูปแบบของกิจกรรมทางสังคม ระยะแรกเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ หรือมีการฝึกอบรมให้ความรู้ เพิ่มทักษะ ก่อนเริ่มกิจกรรม อีกทั้งมีการสนับสนุนอุปกรณ์ เทคโนโลยี ให้เหมาะสมกับความสามารถของ



ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมั่นใจว่าเริ่มทำกิจกรรมได้ทันที ดังคำกล่าวที่ว่า

“.....สิ่งแรกเลยที่ต้องดูว่า เวลาที่เขาจัดฟ้างใหม่ ถ้าวางค้อยมาดูว่ากิจกรรมเป็นอะไร แบบไหน พี่จะไปร่วมไหวไหม ไปแล้วจะทำได้ไหม พี่ก็ไม่ได้มีความสามารถอะไรมากมาย อีกอย่างสุขภาพก็แย่ง ไม่เก่งเหมือนเมื่อก่อนแล้ว ต่อมาเพื่อนพี่ที่ข้างบ้านก็มาชวนอีก มาเคยยันคะยอ เพราะเพื่อนไม่ยอมไปคนเดียว กลัวไปแล้วไม่รู้จักใคร อีกทั้งบอกว่าเราไม่ต้องจ่ายอะไรเลยนะ ที่อบต จัดให้เราหมดเลย.... พี่คิดนะ เลยตัดสินใจ ไปก็ไป เลยบอกไปว่าเธอต้องมารับฉันนะ ให้ไปเองฉันไปไม่ไหวหรอก”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 42

4) บุคคลที่รู้จัก ได้แก่ เพื่อน หรือผู้จัดกิจกรรม เพราะถ้าไม่มีคนรู้จักในการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุจะรู้สึกไม่มั่นใจในการไปร่วมกิจกรรม รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดความมั่นใจ เมื่อผู้สูงอายุมีความพร้อมในประการต่าง ๆ ดังกล่าว จึงตัดสินใจไปร่วมกิจกรรมทางสังคม ดังคำกล่าวที่ว่า

“...พอไปถึงพี่เห็นเขาล้อมวงกินข้าวกัน ป้าก็เอ๊ะ ป้าจะไปอยู่ที่ไหน ลูก ๆ ที่อบต. เขาเห็นก็รีบมาเรียกไปร่วมกินข้าว หลังจากนั้นเขาก็บอกป้าว่า ป้าไปเข้ากลุ่มปลูกต้นไม้กัน ป้าน่าจะชอบ พอเข้ากลุ่มป้าก็รู้จักเพื่อน ๆ หลายคน นี่นะถ้าลูก ๆ ไม่เรียกป้า อะป้ากลับบ้านแล้ว ฮ่า ฮ่า...”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 34

5) ผลของกิจกรรม เป็นกิจกรรมทางสังคมที่เกิดประโยชน์ต่อตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว สังคม หรือชุมชน และไม่มีผลกระทบทั้งต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว สังคม ชุมชน ดังคำกล่าวที่ว่า

“...ตอนแรกที่ได้ข่าว แม่ก็ไม่ไปหรอก แต่ป้าข้างบ้านชิมาชวนบอกว่าไปเถอะ สนุกมาก เพื่อนเยอะ เขามีกิจกรรมให้ทำเยอะเลย ดูแกชืดเย็นนี้แกไม่ปวดหลังแล้วนะ เดินร่าเริงมากเลย เมื่อก่อนนี้แกช้อย แอมยังเอากระเป๋ามาฝากอีก บอกเนี่ยแกทำเอง แม่ก็ว่าลองดูเนาะแกดูสำหามาชวน เพื่อเราจะไม่ลูกโอยนั่งโอ้ยเหมือนแก จะได้ไปไหนมาไหนสนุกสนานเหมือนแก ตอนนี้อารมณ์รู้ใหม่ นี่แม่ไม่ยอมให้มันหยุดเลย....”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7

2.2 ขั้นตอนและลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ แบ่งออกเป็น 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 เริ่มเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ผู้สูงอายุร่วมทำกิจกรรมที่มีประสบการณ์ ความรู้ ความสามารถ ทำให้รู้สึกมั่นใจ ติใจที่ได้กลับทำกิจกรรมต่าง ๆ อีกครั้ง ได้ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ ความสามารถ ยิ่งมีความภาคภูมิใจเพิ่มขึ้น สำหรับผู้สูงอายุ ที่สนใจกิจกรรมที่ชอบ หรือเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง แต่ไม่มีความรู้ ประสบการณ์ ก็ไปเริ่มเรียนรู้ แบ่งปัน ประสบการณ์จากผู้สูงอายุด้วยกัน และทดลองทำ และบางครั้งหน่วยงานที่จัด ได้จัดอบรมให้ความรู้เพิ่มทักษะ ทำให้ผู้สูงอายุร่วมทำกิจกรรมที่ได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถ และเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ เลือกเข้าร่วมเป็นกิจกรรมใหม่ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเลือกเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่ง่าย สะดวก มีขั้นตอนไม่ซับซ้อน ใช้เวลาไม่ต่อเนื่องเป็นเวลานาน เน้นการร่วมกิจกรรมเป็นกลุ่ม ได้พูดคุยกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่าง ๆ ผลของกิจกรรมเป็นประโยชน์กับชุมชน สังคม ที่เป็นรูปธรรม ผู้สูงอายุจะรู้สึกภูมิใจ ที่ได้มีโอกาสทำประโยชน์เพื่อสังคม ดังคำกล่าวที่ว่า

“...ป้าจะชอบทำอะไรง่าย ๆ ไม่ละเอียดยมาก เพราะตาไม่ดี นั่งนาน ๆ ก็ไม่ไหว เลยต้องแบบที่เปลี่ยนทำบ่อย ๆ ทำอะไรแต่ละอย่างก็ไม่ยุ่งยาก ใช้เวลาไม่มาก แต่ป้าก็พยายามนะอดทนให้มากที่สุด เพราะเวลาทำเสร็จก็ดีใจ ได้เอาผลงานมาโชว์กัน แต่ทำ ๆ ไปป้าก็ชอบนะ สนุกดี แจกคนข้าง ๆ บ้าน เขาก็ชอบเอาไปใช้ได้ ป้าดีใจมากขึ้น



หลัง ๆ มีขายได้เงินอีก ปากก็เลยชอบมาโรงเรียน อยากให้มีทุกวันด้วยซ้ำ อยู่บ้านทำงานบ้านเสร็จ ก็ไม่รู้อะไรจะทำ เบื่อเนาะ...”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 24

ระยะที่ 2 ระยะทำกิจกรรม เมื่อผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่ตนเองได้เลือกแล้วว่าตนเองสามารถทำได้ เป็นกิจกรรมทำแล้วไม่เกิดปัญหาต่อตนเอง โดยกิจกรรมเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติง่าย ไม่ซับซ้อน หรือใช้เทคนิคที่ยาก มีอิสระในการเข้าร่วม แต่ละอย่างแต่ละครั้งใช้เวลาไม่นานเกินไป สอดคล้องกับบริบทของตนเองและชุมชน และทำให้รับรู้ถึงประโยชน์ต่อตนเอง โดยเฉพาะความสามารถในการดำเนินชีวิตเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล เมื่อผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมไประยะหนึ่ง ผู้สูงอายุได้ประเมินผลตนเองพบว่าเริ่มด้วยการได้ผลผลิตมาใช้ในชีวิตประจำวัน แบ่งปันกันนำไปใช้ หลังการอบรม แลกเปลี่ยนความรู้ให้ทำให้การร่วมทำกิจกรรมมีความมั่นใจมากขึ้น มีการแลกเปลี่ยนทักษะ ทำให้ผู้สูงอายุเปิดใจยอมรับลักษณะกิจกรรมและปรับให้เป็นบริบทของตนเอง ทำให้ได้ความรู้ ทักษะ ความสามารถเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะด้านเทคโนโลยีที่พัฒนาก้าวหน้าไป ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ ภาคภูมิใจในตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพิ่มขึ้น มีรายได้เพิ่มขึ้น มีเครือข่าย และเพื่อนในสังคมมากขึ้น และยังทำให้เป็นคนรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเพิ่มขึ้น มีความสามารถในการใช้สื่อเทคโนโลยีเพิ่มขึ้น และรู้สึกว่าคุณค่าเพิ่มขึ้นจากการได้มีโอกาสเสนอความคิดเห็น และได้ร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคมที่เป็นประโยชน์ จึงมีความพร้อมในการร่วมกิจกรรมทางสังคมต่อไป และพบว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีความคับข้องใจ หรือมีปัญหาในการร่วมกิจกรรมทางสังคมเช่นกัน ซึ่งได้มีการนำเสนอเพื่อปรับกิจกรรมให้เหมาะสมต่อไป ดังคำกล่าวที่ว่า

“...ชอบ ๆ ที่ว่ามาโรงเรียนได้รู้อะไรมากมาย ได้ตั้งคด้วย นอกจากนี้นั่งได้ไปสอนเด็ก ๆ เห็นลูกหลานชุมชนเรา มีความสุข โดยเฉพาะเวลาเอาของไปแจก เด็ก ๆ ดีใจ พี่ก็ภูมิใจ ผลัดเปลี่ยนเวียนไปกันสอนเด็ก บางคนก็ได้เอาความรู้เดิมที่มีอยู่มาสอนเพื่อน ๆ เป็นกลุ่ม ๆ ช่วงบ่าย ๆ ดินะ พี่ก็ได้รับเชิญให้ไปสอนเหมือนกัน ฮ่า...ฮ่า...ฮ่า สอนปลูกต้นไม้ หนอย่ายว่าง่ายนะ ถ้าคนปลูกไม่เป็นอะ ตายนะ...”

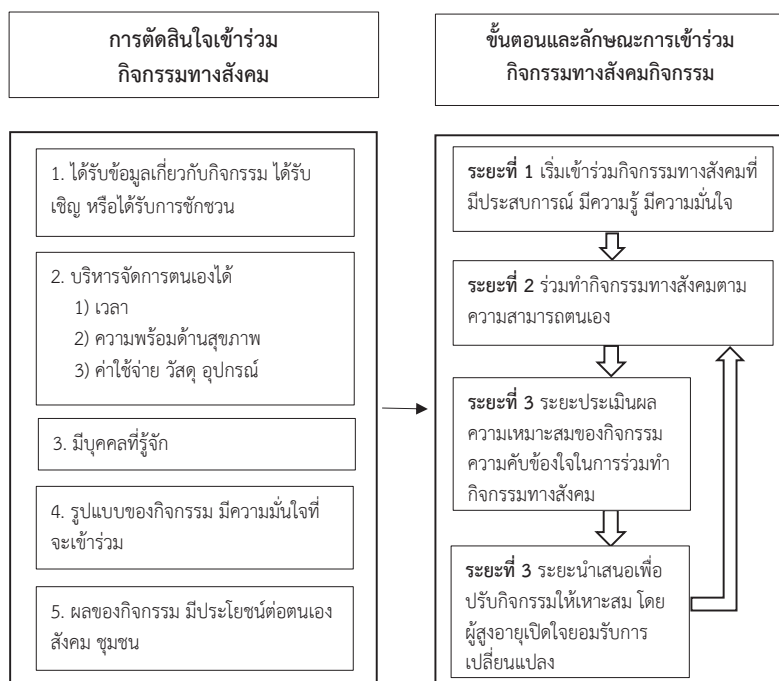
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 58

ระยะที่ 4 ระยะนำเสนอเพื่อปรับกิจกรรม เมื่อผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมทางสังคมไประยะหนึ่งผู้สูงอายุได้ประเมินความเหมาะสมของตนเองในแต่ละด้าน ภาวะสุขภาพ มีคับข้องใจในการร่วมกิจกรรมทางสังคมที่เลือก จากกิจกรรมไม่ใช่บริบทชีวิตของตนเอง ได้มีการนำเสนอ และร่วมกันปรับกิจกรรมให้เหมาะสม และร่วมกันให้กำลังใจ ช่วยเหลือ รวมทั้งผู้สูงอายุมีการเปิดใจยอมรับ พัฒนาให้เกิดประโยชน์เพิ่มขึ้น ทำให้สามารถร่วมกิจกรรมนั้น ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินกิจกรรม ผูกพันกับกิจกรรมที่จัดขึ้น และยืนยันว่าจะร่วมต่อไปอีกไม่มีกำหนด ดังคำกล่าวที่ว่า

“...เอาแต่วันแรกเลยนะคะ พอไปถึงวันแรกเขาก็เชิญไปนั่งเหมือนนักเรียนเลย ป้าไม่โอเคเลย แต่ก็เปิดใจยอมรับสิ่งที่เขาพูดเขาสอน แต่ก็ดินะพอมีประโยชน์ พอบ่ายก็มีกลุ่มต่าง ๆ หลายกลุ่ม ปากก็ไปร่วมถักปลาตะเพียน เพราะว่าเคยทำมาก่อน พอสักพักมีน้อง ๆ ที่อบต. มาสอนการแต่งปลาตะเพียน ร้อยลูกปัด ทาสีทำเสร็จสวยงาม ๆ เอาไปแจกเด็ก ๆ ต่อมาวันหลัง ๆ ก็จะมีกลุ่มเรียนมากขึ้น ได้ทำอะไร ๆ เยอะเลย ป้ารู้จักคนเยอะ ทุกคนคุยสนุกสนาน ได้ออกกำลังกาย ได้เต้นรำ กิจกรรมเขาเปลี่ยนไปเรื่อย ๆ นะไม่น่าเบื่อ....มีวันหนึ่งนะเขาสอนการใช้โทรศัพท์เล่นไลน์ ถ่ายรูป สนุกกันใหญ่เลย พอ ๆ เสร็จแล้วมันส์...”

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 54

จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถเขียนเป็นแผนภาพวิธีการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุได้ดังนี้



แผนภาพวิธีการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ

ความน่าเชื่อถือในการศึกษาเชิงคุณภาพ (Trustworthiness)

การศึกษานี้ผู้วิจัยคำนึงถึงความน่าเชื่อถือในการศึกษาเชิงคุณภาพ¹⁴ โดยครอบคลุมประเด็นดังนี้

1) ความน่าเชื่อถือ (credibility) การศึกษานี้มีการระบุวัตถุประสงค์การวิจัย ระเบียบวิธีการวิจัยที่ชัดเจน มีการคัดเลือกพื้นที่/ผู้เข้าร่วมการศึกษาที่สามารถให้ข้อมูลได้ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย และอธิบายขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล/การวิเคราะห์ข้อมูลอย่างชัดเจน 2) การพึ่งพา (dependability) กระบวนการวิจัยครั้งนี้มีทีมนักวิจัยร่วมในกระบวนการวิจัยเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลและลดอคติที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างการวิจัย 3) การยืนยันของการวิจัย (confirmability) การวิจัยนี้คำนึงถึงความเป็นกลางของผลการวิจัยโดยในกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลได้มีการพิจารณาตรวจสอบโดยทีมวิจัยในทุกขั้นตอน นักวิจัยร่วมให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสิ่งที่ค้นพบเพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้ถูกต้องและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย 4) ความสามารถในการถ่ายโอนข้อมูล (transferability) ผลการศึกษานี้จะนำไปใช้เพื่อผู้สนใจหรือผู้ที่เกี่ยวข้องได้นำไปใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทที่ใกล้เคียงกันเพื่อสร้างความเข้าใจในการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุประเทศไทย

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยการศึกษาวิธีการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมเพื่อให้เกิดการสูงวัยอย่างมีศักยภาพ: กรณีศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุประเทศไทย พบว่า วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ประกอบด้วย

1) การตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เมื่อผู้สูงอายุได้รับข้อมูลการจัดกิจกรรมทางสังคมแล้วสามารถการบริหาร



จัดการให้ตนเองมีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยมีเวลา มีความพร้อมด้านร่างกาย มีค่าใช้จ่ายในการไปร่วมกิจกรรม มีรูปแบบของกิจกรรมทางสังคมที่ผู้สูงอายุมั่นใจว่าเข้าร่วมได้ มีบุคคลที่รู้จักในกิจกรรมนั้น และผลของกิจกรรมเกิดประโยชน์ต่อตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว สังคม หรือชุมชน 2) ขั้นตอนและลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ระยะดำเนินกิจกรรมทางสังคม ระยะประเมินผลของกิจกรรม และระยะนำเสนอเพื่อปรับกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภทรดา อุ่นกมล⁷ ที่พบว่าผู้สูงอายุนำข้อมูลมาประเมินความพร้อมของตนเองเกี่ยวกับองค์ประกอบต่างๆ เพื่อการตัดสินใจ ได้แก่ มีเวลาว่างพอที่สามารถไปร่วมกิจกรรมได้ รวมทั้งจัดการความพร้อมด้านร่างกาย ค่าใช้จ่าย มีเพื่อนหรือคนรู้จักในการไปร่วมกิจกรรมทางสังคมนี้หรือไม่ ความสามารถในการร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้น และกิจกรรมนั้นมีประโยชน์⁶ ทั้งนี้โดยนำสิ่งสนับสนุนที่ผู้จัดกิจกรรมสนับสนุนมาร่วมพิจารณาว่าเอื้อให้เกิดความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งเป็นไปตามการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนเองมีประสบการณ์จากการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา และนำมาสิ่งสนับสนุนต่างๆ ที่ได้รับมาผสมผสานกับภาวะสุขภาพให้สามารถเข้าร่วมได้⁵ ดังนั้น การสนับสนุนจึงต้องมีความสอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ¹⁶ เพื่อลดปัญหาที่ประสบอยู่หรือเป็นเพราะประโยชน์ที่เกิดขึ้น และร่วมกันขับเคลื่อนของเครือข่าย แต่ในขณะเดียวกันพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนรับ – ส่งมาร่วมกิจกรรมมีภาวะเครียดในขณะเดินทางจากการกังวลเรื่องความปลอดภัยในระหว่างเดินทาง¹⁷ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lai DWL และ Qin N¹² ที่พบว่า เมื่อผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ผู้สูงอายุมีส่วนในการนำเสนอ ร่วมคิด ร่วมแก้ไขกิจกรรมที่จัดขึ้นให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ และชุมชน จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกผูกพัน หรือมีส่วนในกิจกรรมนั้น นอกจากนี้จะเห็นว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุเลือกในการเข้าร่วมนั้น เป็นกิจกรรมที่ตนเองมีประสบการณ์ มีความรู้ความสามารถ มีทักษะ มีลักษณะที่เหมาะสมกับความสามารถทางกาย¹⁸ ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุจะพอใจกับการทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ และมีความสามารถในกิจกรรมนั้นๆ จะกระทำได้สำเร็จ¹⁹ มีการถ่ายทอด ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เมื่อกิจกรรมนั้นเกิดประโยชน์ขึ้น ไม่ว่าจะเป็นตนเอง ครอบครัว สังคม หรือชุมชน ผู้สูงอายุก็จะรู้สึกว่าได้ตนเองมีคุณค่า และเกิดประโยชน์ และเมื่อผู้สูงอายุประเมินตนเองว่าความสามารถในการดำเนินชีวิตก็จะนำเสนอข้อมูลที่เป็นปัญหา และร่วมกันปรับแก้ไข ให้เหมาะสมกับตนเอง กลุ่มผู้สูงอายุต่อไป จึงเกิดความต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรม และนำมาซึ่งความพร้อมในการดำเนินชีวิต อันนำไปสู่คุณภาพชีวิตต่อไป^{9,20,21} สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ามีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ เป็นการกิจกรรมทางสังคมที่มีผลต่อตนเอง สังคม และสิ่งแวดล้อม มีการแบ่งปัน หรือการใช้ทรัพยากรร่วมกันให้เกิดประโยชน์ได้ยิ่งมีความพึงพอใจ¹⁶

ข้อเสนอแนะ

คณะผู้วิจัยได้นำผลการศึกษามาเป็นข้อเสนอแนะในการใช้ประโยชน์ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรมทางสังคมเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้สูงอายุ ควรดำเนินการ ดังนี้
 - 1.1 ประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมให้ชัดเจน โดยครอบคลุมในประเด็นของลักษณะกิจกรรม การสนับสนุนจากผู้จัดกิจกรรม ประโยชน์ที่ผู้สูงอายุ สังคม และชุมชน จะได้รับ เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้เป็นข้อมูลในการจัดการกับตนเอง ในการตัดสินใจมาร่วมกิจกรรม
 - 1.2 ประสานงานให้ผู้สูงอายุทราบ และเชิญชวน หรือแสดงให้เห็นว่าผู้จัดประสงค์ให้ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมอย่างแท้จริง
 - 1.3 เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมตัดสินใจเลือกกิจกรรม โดยกิจกรรมควรมีความสอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุและชุมชนนั้นๆ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมนำเสนอข้อมูล ปัญหา แนวทางการปรับเปลี่ยนลักษณะ



ของกิจกรรมรวมถึงความต้องการการสนับสนุนให้มีความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และเกิดประโยชน์สูงสุดตามความต้องการของผู้สูงอายุและชุมชน

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

2.1 ศึกษาความแตกต่างของศักยภาพของผู้สูงอายุที่ร่วมกิจกรรมทางสังคมที่มีลักษณะแตกต่างกัน

2.2 ศึกษาความแตกต่างของศักยภาพของผู้สูงอายุที่ร่วมกิจกรรมทางสังคมในพื้นที่ที่มีบริบททางสังคมที่แตกต่างกัน

2.3 ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้สูงอายุ

References

1. Chayomchai A, Petmee P, Treemek W, Sarnthong J, Autum J, Ngao-ngam R. Recreation in the elderly Thai people: supporting, motivation, satisfaction, and benefit view of recreational activities. IJSR 2020;6(3):177–93.(in Thai)
2. Danpradit P, Kittichottipanich B, Sribhen R. Problems and needs in basic elderly care of health volunteers in Nakorn Pathom Province. VNJ 2019;21(2):23–33.(in Thai)
3. Rupavichet P, Rupavichet P. Strategic of education management for the elderly forwards developing active ageing. CMU J. Edu. 2018;2(3):17–30.(in Thai)
4. Amnauy S. Model of health promotion behaviors for the elderly in Janlan Sub-district, Kuchinarai District Kalasin Province. JESEH 2023;8(1):576–81.(in Thai)
5. Vichean U, Sornjaeng D, Boonrasri J. Development of the health care new normal model for elderly Chachoengsao Province. JR TAN. 2021;22(3):151–9.(in Thai)
6. Aunkamol P. Social participation, self-esteem and life satisfaction of the elderly at Jatuchak District in Bangkok Metropolitan. Journal of Social Sciences Srinakharinwirot University. 2019;22(1):125–36. (in Thai)
7. Narushima M, Liu J, Diestelkamp N. Lifelong learning in active ageing discourse: its conserving effect on wellbeing, health and vulnerability. Ageing & Society 2018;38(4):651–75.
8. Wongprom J, Jongwutiwes K, Prasertsuk N, Jongwutiwes N. Community participation in the development of older persons' quality of life. Veridian E-Journal, Silpakorn University 2015;8(3):41–54. (in Thai)
9. Vudhironarit S, Yuhan-ngoh N, Sarai K. The developing a participation-building model for promoting active ageing among older adults. IRR 2023;18(1):23–30.
10. Homsombat P, Tabaselo PS, Fangkham B, Sornsakda S. Elderly school: enhancing potentials of elderly in aging society. IJERI 2022;6(2):540–51.(in Thai)
11. Worawong C, Sridawruang C, Thawinkarn D, Manasatchakun P. The development of aged friendly community: Tambon Naphu aging school, Amphur Phen, Udonthani . NJPH 2020;30(2):150–63. (in Thai)



12. Office of the National Economic and Social Development Council. A goals and guidelines for regional development 2023–2028. Bangkok: The National Economic and Social Development; 2022. (in Thai)
13. Larson J, Johnson A, Aiken-Wisniewski SA, Barkemeyer J. What is academic advising? An application of analytic induction. *NACADA Journal* 2018;38(2):81–93.
14. Connelly LM. Trustworthiness in qualitative research. *Medsurg Nursing*. 2016;25(6):435–36.
15. Wongsala M, Anbäcken EM, Rosendahl S. Active ageing–perspectives on health, participation, and security among older adults in northeastern Thailand–a qualitative study. *BMC geriatrics* 2021; 21:1–10.
16. Aroogh MD, Shahboulaghi FM. Social participation of older adults: a concept analysis. *IJCBNM* 2020;8(1):55–72.
17. Levasseur M, Génereux M, Bruneau JF, Vanasse A, Chabot E, Beaulac C, et al. Importance of proximity to resources, social support, transportation and neighborhood security for mobility and social participation in older adults: results from a scoping study. *BMC Public Health* 2015; 15:503.
18. Lai DW, Qin N. Extraversion personality, perceived health and activity participation among community-dwelling aging adults in Hong Kong. *PloS one* 2018;13(12):e0209154.
19. Ohnuma T, Hashidate H, Yoshimatsu T, Abe T. Clinical usefulness of indoor life-space assessment in community-dwelling older adults certified as needing support or care. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi* 2014; 51:151–160.
20. Aroogh MD, Shahboulaghi FM. Social participation of older adults: a concept analysis. *IJCBNM*. 2020;8(1):55–72.
21. Levasseur M, Routhier S, Clapperton I, Doré C, Gallagher F. Social participation needs of older adults living in a rural regional county municipality: toward reducing situations of isolation and vulnerability. *BMC geriatrics* 2020; 20:1–12.



การรับรู้ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิต ในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจ พิเศษภาคตะวันออก(อีอีซี)

Perceptions of Health Problems and Healthcare Needs of the Elderly with Respect to Culture, Beliefs, and Ways of life in the Eastern Economic Corridor zone (EEC)

ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา¹ จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส² สาวิตรี หลักทอง³

Laddawan Puttaruksa¹ Jinjutha Chaisena Dallas² Sawitree Lakthong³

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ²นักวิชาการอิสระ ³คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันปัญญาภิวัฒน์

¹Faculty of Nursing, Burapha university ²Independent Academician, ³Panyapiwat Institute of Management

Corresponding author: Laddawan Puttaruksa; E-mail: laddawanp2550@gmail.com

Received: March 24, 2023 Revised: July 30, 2023 Accepted: August 8, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ปัญหาสุขภาพ ความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิต ในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก และเปรียบเทียบการรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพ และความต้องการการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ที่มีความแตกต่างกันของ เพศ อายุ ความถี่ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล และการมีโรคประจำตัว ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนขนาดตัวอย่างได้ 440 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และความต้องการการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลโดยทีมผู้วิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ independent sample t-test ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.8 มีอายุระหว่าง 71-80 ปี มากที่สุดร้อยละ 54.8 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาตอนปลายร้อยละ 68.4 มีความถี่ 1-5 ครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุดร้อยละ 66.6 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.4 พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ปัญหาสุขภาพด้านจิตใจในระดับมาก (Mean 3.61, SD=.35) และรับรู้ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย และด้านจิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean 3.18, SD=.47 และ Mean 3.00, SD=.34 ตามลำดับ) ผู้สูงอายุมีระดับความต้องการการดูแลสุขภาพ ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิต และด้านพฤติกรรมกระดำเนินชีวิตในระดับมากที่สุด (Mean 4.52 (SD=.71), Mean 4.51 (SD=.78) และ Mean 4.50 (SD=.81) ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่า เพศ อายุ และความถี่ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล ที่แตกต่างกันส่งผลให้การรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพ และความต้องการการดูแลสุขภาพ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกัน ส่งผลให้การรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพแตกต่างกันด้วย ซึ่งผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้ใช้เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และสร้างนวัตกรรมองค์ความรู้ เพื่อเกื้อกูลบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: ปัญหาการดูแลสุขภาพ; การรับรู้ปัญหาสุขภาพ ความต้องการการดูแลสุขภาพ; ผู้สูงอายุ วัฒนธรรม; ความเชื่อ; วิถีชีวิต; ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก



Perceptions of Health Problems and Healthcare Needs of the Elderly with Respect to Culture, Beliefs, and Ways of life in the Eastern Economic Corridor zone (EEC)

Laddawan Puttaruksa¹ Jinjutha Chaisena Dallas² Sawitree Lakthong³

¹Faculty of Nursing, Burapha university ²Independent Academician, ³Panyapiwat Institute of Management

³Corresponding author: Laddawan Puttaruksa; E-mail: laddawanp2550@gmail.com

Received: March 24, 2023 Revised: July 30, 2023 Accepted: August 8, 2023

Abstract

This descriptive study aimed at assessing perceptions of health problems and healthcare needs among the elderly with respect to culture, beliefs, and ways of life in the Eastern Economic Corridor. The study compared perceptions of health problems and healthcare needs among the elderly with differences in gender, age, frequency of medical treatment, and congenital diseases. The population of this study was older people who were 60 years and older. A sample of 440 participants were recruited by the multi-stage sampling technique. The questionnaire developed by the researchers included 3 parts: general information, health problem perceptions, and healthcare needs among the elderly. Data were collected via an interview with the researchers. The statistics used were frequency, percentage, mean, standard deviation, and independent sample t-tests.

The results showed that the majority of the sample was female (71.8%) with ages between 71–80 years old (54.8%). Most of them (68.4%) had upper elementary education level, receiving medical treatment 1–5 times was 66.6%, with 54.4% having congenital disease. The study found a high level of perception of psychological health problems (Mean 3.61, SD=.35), and a moderate level of perception of physical and spiritual health problems (Mean 3.18, SD=.47). Their healthcare needs, which included personal factors, ways of life, and lifestyle behavior, were at the highest level (Mean 4.52 (SD=.71), Mean 4.51 (SD=.78) and Mean 4.50 (SD=.81)), respectively. Differences in gender, age, and frequency of medical treatment significantly affected in perceptions of health problems and healthcare needs. Differences in congenital diseases also showed a significant difference in perceptions of health problems. The researchers suggest that the findings can be used to expand the body of knowledge and innovation in transcultural nursing services for the elderly.

Keywords: health problem perceptions; healthcare needs; elderly; culture; beliefs; ways of life; Eastern; Economic; Corridor zone



ความเป็นมาและความสำคัญ

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัยเริ่มทวีจำนวนมากขึ้นตั้งแต่ปี 2548 ซึ่งมีสาเหตุมาจากอัตราการเกิดที่ลดลง และประชากรมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น จากรายงาน “World Population Ageing 2020 Highlights”¹ ข้อมูลในปี พ.ศ. 2563 พบว่าประชากรโลกซึ่งเป็นผู้สูงวัยอายุตั้งแต่ 65 ขึ้นไป มีจำนวน 727 ล้านคน โดยเป็นผู้สูงวัยเพศหญิงมากกว่าผู้สูงวัยเพศชาย และคาดการณ์ว่าในอีก 30 ปีข้างหน้าจำนวนประชากรผู้สูงวัยทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นจากเดิมมากกว่าเท่าตัว และจะเพิ่มเป็น 1.5 พันล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2593 สำหรับประเทศไทย เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ (completed aged society) ในปี พ.ศ. 2564 โดยจะมีสัดส่วนผู้สูงวัยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด หรือไม่น้อยกว่า 13 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ 20 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของคนไทยจะเป็นผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปจะมีมากถึง 3.5 ล้านคน² และจากข้อมูลพบว่าประเทศไทยมีอัตราการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่เร็วกว่าประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ ซึ่งโดยปกติจะใช้เวลานานถึง 18 - 115 ปี ขณะที่ประเทศไทยใช้เวลาเพียง 20 ปี พบว่ามีสัดส่วนประชากรอายุมากกว่า 65 ปีเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 8.7 เป็นร้อยละ 13 ในปี พ.ศ. 2563 และภายในปี พ.ศ. 2578 ประเทศไทยจะเป็นประเทศกำลังพัฒนาประเทศแรกที่เข้าสู่ผู้สูงวัย

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกายลดลงทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาของ นงนุช แยมวงษ์³ พบว่า ผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออก ร้อยละ 70 เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค โดย 3 อันดับแรกของโรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุเป็น คือ ความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูก และโรคเบาหวาน ในขณะที่นิรุธรรม เทิร์นโบส์ และคณะ⁴ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ ประวัติการเคยตรวจร่างกายประจำปี มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยด้านอายุของผู้สูงอายุพบว่ามีความสัมพันธ์ไปในทิศทางผกผันกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับน้ำฝน กองอินทร์, ชลธิชา เรือนคำ และโรชินี อุปรา⁵ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ นอกจากนี้ยังพบว่า Young Ik Cho et al.⁶ ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และการเลือกใช้บริการด้านสุขภาพส่งผลต่อสถานะด้านสุขภาพในกลุ่มคนอเมริกันจำนวนหนึ่ง นอกจากนี้ นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์ และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์⁷ ยังพบว่าสมการทำนายพฤติกรรมสุขภาพ มีองค์ประกอบของตัวแปร ระดับการศึกษา การเป็นสมาชิกชมรม การมีโรคประจำตัว และแรงสนับสนุนทางสังคมด้วย

จากการวิเคราะห์ความต้องการบริการพยาบาลของผู้รับบริการที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุจะมีวิถีชีวิต ความเชื่อ ความเข้าใจภาษา เชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรมในการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากผู้รับบริการในกลุ่มอื่น จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดของวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพประกอบไปด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นแนวคิดดั้งเดิมที่ว่า ความเชื่อ ประเพณี หรือพิธีกรรม ส่งผลต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของบุคคล กลุ่มบุคคล และชุมชน และส่วนที่ 2 เป็นแนวคิดใหม่ที่ว่าด้วยวัฒนธรรมองค์กรและวัฒนธรรมของสังคมหรือชุมชนหนึ่ง ๆ มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของคนในสังคมในภาพรวม⁸ ซึ่งเมื่อองค์กรต้องการส่งเสริมสุขภาพของประชากรที่ดีขึ้นนั้น ปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่ต้องนำมาใช้เพื่อการพัฒนาคือปัจจัยด้านวัฒนธรรม⁹ โดย ปราณีต ส่องวัฒนา¹⁰ กล่าวว่า การสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพที่หลากหลายของผู้ใช้บริการต่างวัฒนธรรม ซึ่งส่วนใหญ่อ้างอิงจากทฤษฎีการดูแลต่างวัฒนธรรมของโลนีนิงเจอร์¹¹ เป็นการดูแลผู้รับบริการที่ให้ความสำคัญกับความแตกต่างทางวัฒนธรรม 3 ประการ ดังนี้ (1) กระบวนการที่พยาบาลให้การดูแลโดยคำนึงถึงและเคารพซึ่งวัฒนธรรม



ความเชื่อของผู้รับบริการ (2) กระบวนการที่พยาบาลมีส่วนช่วยให้ผู้รับบริการเรียนรู้ที่จะปรับตัวต่อการดูแลอย่างค่อยเป็นค่อยไป และ (3) กระบวนการที่พยาบาลสามารถช่วยให้ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตของตนให้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลสุขภาพของทีมสุขภาพ¹⁰ สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของไกเกอร์และเดวิดไฮชาร์¹² ที่กล่าวว่าพยาบาลจะต้องมีความเข้าใจและเข้าถึงมิติด้านการเปิดพื้นที่ส่วนตัว การสื่อสาร การควบคุมสิ่งแวดล้อม และองค์การทางสังคมของผู้รับบริการด้วย

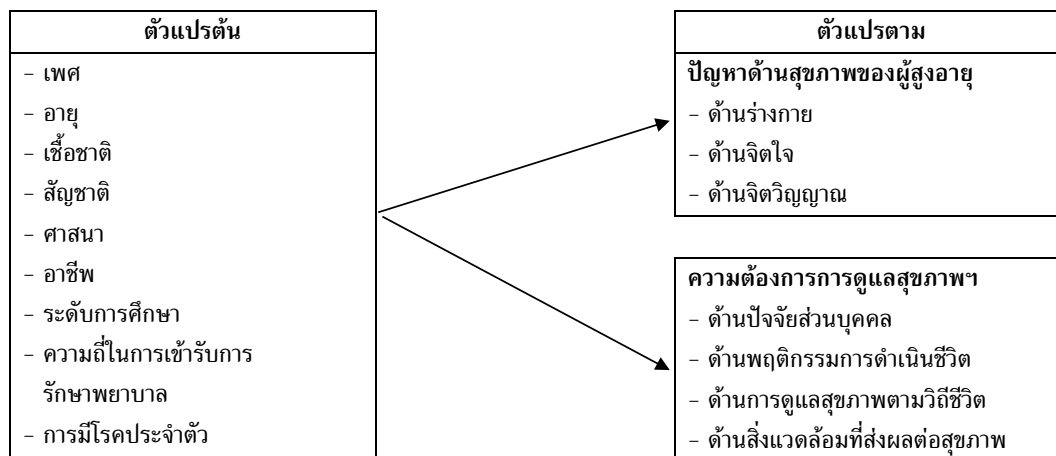
สำหรับผู้สูงอายุในเขตพื้นที่พัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) ก็เป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่กำลังเผชิญกับปัญหาด้านผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน ซึ่งในเขตพื้นที่ระเบียงเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออกระหว่างปี 2559-2569 จะมีจำนวนเปอร์เซ็นต์ของผู้สูงอายุต่อประชากรเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 14.26 ของประชากรทั้งหมดคิดเป็น 1,340,440 คนจาก 9,400,00 คน ซึ่งในปี 2569 จะมีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 19.77 ของประชากรทั้งหมดคิดเป็น 2,633,364 คนจาก 13,320,000 คน แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี¹³ และเมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก¹⁴ พบว่าระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ในขณะที่ระดับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและด้านสิทธิเสรีภาพอยู่ในระดับน้อยและพบว่าเพศต่างกันมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจต่างกัน ในขณะที่อายุต่างกันจะมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันด้วย ในส่วนของระดับการศึกษา ประเภทที่พักอาศัย อาชีพ จะมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านสิทธิเสรีภาพแตกต่างกัน ในขณะที่สุขภาพจะมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและด้านสัมพันธภาพทางสังคมแตกต่างกันด้วย

เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมและหาแนวทางไปสู่การแก้ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่ยั่งยืนในอนาคต ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (อีอีซี) โดยมุ่งเน้นศึกษาข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุใน 4 ด้าน คือด้านปัจจัยส่วนบุคคลด้านพฤติกรรมกรดำเนินชีวิตด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิต และด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้ใช้เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และสร้างนวัตกรรมองค์ความรู้ เพื่อเกื้อกูลบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก
2. เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก
3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพ และความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีความแตกต่างกันของ เพศ อายุ ความถนัดในการเข้ารับการรักษาพยาบาล และการมีโรคประจำตัว

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยการรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการการดูแลสุขภาพโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เคยมีประสบการณ์เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พักอาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี หรือจังหวัดฉะเชิงเทรา หรือจังหวัดระยอง จังหวัดใดจังหวัดหนึ่ง สามารถอ่านออกเขียนได้จำนวน 491,744 คน¹⁵ เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือเป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์รับการรักษาในโรงพยาบาล อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี หรือจังหวัดฉะเชิงเทรา หรือจังหวัดระยอง จังหวัดใดจังหวัดหนึ่ง อ่านออกเขียนได้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือมีความเจ็บป่วยจนทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เป็นผู้พิการ ติดเตียง พระภิกษุ และอาศัยอยู่นอกจังหวัดที่ระบุข้างต้น เมื่อหักเกณฑ์คัดออกแล้ว คงเหลือประชากรศึกษา จำนวน 387,539 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรในการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane¹⁶ คือ $n = N / (1 + Ne^2)$ และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน .05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 400 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มอีก 10 % เพื่อป้องกันปัญหากรณีเก็บข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือรายการในแบบสอบถามไม่ครบถ้วน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น $400 + 40 = 440$ คน โดยผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) โดยเริ่มต้นจากการสุ่มแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) และในขั้นสุดท้ายผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic sampling) ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ระบุไว้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ HSO75/2564 เมื่อวันที่ 21 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่างได้รับฟังการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นความสมัครใจโดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิที่ได้รับในปัจจุบันและในอนาคต แบบสอบถามใช้รหัสแทนชื่อ นามสกุลกลุ่มตัวอย่าง



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา ความถี่ในการเข้ารับการรักษายาบาล และอาการ/อาการแสดง หรือโรคที่เข้ารับการรักษ เป็นลักษณะคำถามเลือกตอบ และคำถามปลายเปิด รวม 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งหมด 16 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย 8 ข้อ ด้านจิตใจ 5 ข้อ และ ด้านจิตวิญญาณ 3 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ จาก 5-1 กำหนดให้ 5 หมายถึง ผู้สูงอายุมีปัญหาดังกล่าวในระดับมากที่สุด และกำหนดให้ 1 หมายถึง ผู้สูงอายุมีปัญหาดังกล่าวในระดับน้อยที่สุด และมีเกณฑ์ในการแปลผลข้อมูลปัญหาผู้สูงอายุ ดังนี้ 1.00-1.80 หมายถึง น้อยที่สุด 1.81-2.60 หมายถึง น้อย 2.61-3.40 หมายถึง ปานกลาง 3.41-4.20 หมายถึง มาก และ 4.21-5.00 หมายถึง มากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิต ทั้งหมด 44 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ 16 ข้อ ด้านพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ 11 ข้อ ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการ 11 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการ 6 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ จาก 5-1 กำหนดให้ 5 หมายถึง ผู้สูงอายุมีความต้องการฯ ดังกล่าวในระดับมากที่สุด และกำหนดให้ 1 หมายถึง ผู้สูงอายุมีความต้องการฯ ดังกล่าวในระดับน้อยที่สุด และมีเกณฑ์ในการแปลผลข้อมูลความต้องการการดูแลสุขภาพฯ ของผู้สูงอายุ ดังนี้ 1.00-1.80 หมายถึง น้อยที่สุด 1.81-2.60 หมายถึง น้อย 2.61-3.40 หมายถึง ปานกลาง 3.41-4.20 หมายถึง มาก และ 4.21-5.00 หมายถึง มากที่สุด

แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบไปด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ข้ามวัฒนธรรม มีการศึกษาระดับปริญญาเอก และมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยผู้รับบริการวัยสูงอายุอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 3 คน และพยาบาลวิชาชีพ มีการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป และมีประสบการณ์ดูแลผู้รับบริการวัยสูงอายุอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 2 คน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา

มีค่าเฉลี่ยของร้อยละความสอดคล้อง เท่ากับ .958 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ .90 และค่า CVI ทั้งฉบับมีค่า .842 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ .80 และทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามในด้านด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ .75 ด้านความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ .89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ IRB1-014/2565 ลงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 แล้วผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเริ่มจากการทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยไปยังนายกองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตพื้นที่ จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดระยอง และจังหวัดชลบุรี จำนวน 12 ตำบล เมื่อได้รับอนุญาตจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ระบุไว้



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้คือ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และ independent sample t-test แล้วแปลผลข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

การเก็บข้อมูลครั้งนี้มีอัตราตอบกลับคิดเป็นร้อยละ 100 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.8 มีอายุระหว่าง 71-80 ปีมากที่สุดร้อยละ 54.8 ทุกคนมีเชื้อชาติไทย และสัญชาติไทย ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 82.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ แม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ 51.1 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาตอนปลายร้อยละ 68.4 มีความถี่ 1-5 ครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุดร้อยละ 66.6 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.4 โดยมีรายละเอียดตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 440)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน	ร้อยละ
1.	เพศ		
1.1	เพศหญิง	235	53.4
1.1	เพศชาย	205	46.6
2	อายุ		
2.1	อายุระหว่าง 60-70 ปี	232	52.7
2.2	อายุระหว่าง 71-80 ปี	208	47.3
3	เชื้อชาติ		
3.1	เชื้อชาติไทย	440	100
4	สัญชาติ		
4.1	สัญชาติไทย	440	100
5	ศาสนา		
5.1	ศาสนาพุทธ	362	82.3
5.2	ศาสนาอิสลาม	63	14.3
5.3	ศาสนาคริสต์	15	3.4



ตารางที่ 1 (ต่อ)

	ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
6	อาชีพ		
	6.1 แม่บ้าน/พ่อบ้าน	225	51.1
	6.2 รับจ้าง /ก่อสร้าง/แม่ครัว	76	17.3
	6.3 ค้าขาย	69	15.7
	6.4 เกษตรกรรม	34	7.7
	6.5 ข้าราชการบำนาญ	17	3.9
	6.6 อาชีพอื่น ๆ	19	4.2
7	ระดับการศึกษา		
	7.1 ไม่ได้เรียน	13	3.0
	7.2 ประถมศึกษา	326	74.1
	7.3 มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า	83	18.9
	7.4 ปริญญาตรี	15	3.4
	7.5 สูงกว่าปริญญาตรี	3	.6
8	ความถี่ในการเข้ารับการรักษายาบาล		
	8.1 1-5 ครั้ง	293	66.6
	8.2 มากกว่า 5 ครั้ง	147	33.4
9	การมีโรคประจำตัว		
	9.1 ไม่มี	201	45.68
	9.2 มี	239	54.4

ตอนที่ 2 ข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระดับปัญหาสุขภาพด้านร่างกายภาพรวม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีปัญหาสุขภาพในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.18 (SD=.47) เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดแล้วพบว่าผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีปัญหาด้านสุขภาพในประเด็นดังนี้ (เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย) สายตามองเห็นไม่ชัดเจน ร้อยละ 61.8 รับประทานอาหารได้ลดลง / เบื่ออาหาร ร้อยละ 27.7 และ นอนไม่หลับ ร้อยละ 25.7

ระดับปัญหาสุขภาพด้านจิตใจภาพรวม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีปัญหาด้านจิตใจในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.61 (SD=.35) เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดแล้วพบว่าผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีปัญหาด้านจิตใจในประเด็นดังนี้ (เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย) รู้สึกถึงคุณค่าในตนเองลดลง เป็นภาระของลูกหลาน ร้อยละ 73.2 รู้สึกว่าครอบครัว/บุคคลในครอบครัวไม่มีเวลาดูแล ร้อยละ 71.4 และ รู้สึกว่าไม่อยากพบปะผู้อื่น ร้อยละ 65.9

ระดับปัญหาสุขภาพด้านจิตวิญญาณภาพรวม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีปัญหาด้านจิตวิญญาณในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.00 (SD=.34) เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดแล้วพบว่าผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีปัญหาด้านจิตวิญญาณในประเด็นดังนี้ (เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย) รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลงกว่าตอนเป็นวัยรุ่น ร้อยละ 56.8 รู้สึกหมดกำลังใจ ในการใช้ชีวิตประจำวัน ร้อยละ 55.7 และ รู้สึกว่าตนเองไม่ค่อยมีความภาคภูมิใจในชีวิต ร้อยละ 25.0 โดยมีรายละเอียดตามตารางที่ 2 ดังนี้



ตารางที่ 2 ระดับปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แยกรายด้าน (n = 440)

ลำดับ	รายการ	ระดับปัญหาสุขภาพ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านร่างกาย						
1	กลืนปัสสาวะไม่อยู่	2 (.5 %)	37(8.4%)	269(61.1 %)	102(23.2%)	30(6.8 %)
2	สายตามองเห็นไม่ชัดเจน	99(22.5%)	272(61.8 %)	37(8.4%)	30(6.8 %)	2 (.5 %)
3	การได้ยินลดลง	50(11.4%)	96(21.8%)	270(61.4 %)	19(4.3%)	5 (1.1 %)
4	รับประทานอาหารได้ลดลง	49(11.1%)	122(27.7%)	245(55.7 %)	20(4.5 %)	4 (.9 %)
5	นอนไม่หลับ	43(9.8%)	113(25.7%)	250(56.8 %)	28(6.4 %)	6 (1.4 %)
6	ขาตามปลายมือ-ปลายเท้า	20(4.5 %)	110(25.0%)	49(11.1%)	257(58.4 %)	4 (.9 %)
7	เดินเซ เดินไม่ตรง/ หน้ามืดตอนเปลี่ยนท่า	4(.9%)	42(9.5%)	127(28.9%)	263(59.8 %)	4 (.9 %)
8	สภาพร่างกายไม่แข็งแรง	45(10.2%)	113(25.7%)	244(55.5 %)	30(6.8 %)	8 (1.8 %)
รวมคะแนนเฉลี่ย ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย 3.18 (SD=.47) ระดับปานกลาง						
ด้านจิตใจ						
9	รู้สึกว่าครอบครัว/บุคคลในครอบครัวไม่มีเวลาดูแล	55(12.5%)	314(71.4 %)	53(12.0%)	10(2.3 %)	8 (1.8 %)
10	รู้สึกถึงคุณค่าในตนเองลดลง เป็นภาระของลูกหลาน	56(12.7%)	322(73.2 %)	45(10.2%)	9(2.0 %)	8(1.8 %)
11	มีความวิตกกังวล กลัวถูกทอดทิ้ง	24(5.5%)	68(15.5%)	342(77.7 %)	4(0.9 %)	2(.5 %)
12	รู้สึกโดดเดี่ยว กลัวถูกทอดทิ้ง	23(5.2 %)	102(23.2%)	280(63.6 %)	24(5.5%)	11 (2.5 %)
13	รู้สึกว่าไม่อยากพบปะผู้อื่น	32(7.3%)	290(65.9 %)	108(24.5%)	10(2.3 %)	0 (.0 %)
รวมคะแนนเฉลี่ย ปัญหาสุขภาพด้านจิตใจ 3.61 (SD=.35) ระดับมาก						
ด้านจิตวิญญาณ						
14	รู้สึกหมดกำลังใจ ในการใช้ชีวิตประจำวัน	49(11.1%)	20(4.5 %)	245(55.7%)	122(27.7%)	4(.9 %)
15	รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลงกว่าตอนเป็นวัยหนุ่มสาว	43(9.8%)	113(25.7%)	250(56.8 %)	28(6.4 %)	6(1.4 %)
16	รู้สึกว่าตนเองไม่ค่อยมีความภาคภูมิใจในชีวิต	49(11.1%)	20(4.5 %)	110(25.0%)	257(58.4 %)	4 (.9 %)
รวมคะแนนเฉลี่ย ปัญหาสุขภาพด้านจิตวิญญาณ 3.00 (SD=.34) ระดับปานกลาง						

ตอนที่ 3 ระดับความต้องการการดูแลสุขภาพโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ

ระดับความต้องการการดูแลสุขภาพฯ ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการภาพรวม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความต้องการการดูแลสุขภาพฯ ด้านปัจจัยส่วนบุคคลในระดับมากที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.52 (SD=.71) เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดแล้วพบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการให้จัดบริการโดยคำนึงถึงสิ่งต่างๆ ดังนี้ (เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย) อายุ ร้อยละ 77.7 เพศสภาวะและเพศสรีระ ร้อยละ 73.2 และ การนับถือศาสนา ร้อยละ 65.9

ระดับความต้องการการดูแลสุขภาพฯ ด้านพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตภาพรวม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับ



ความต้องการการดูแลสุขภาพฯ ด้านพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตในระดับมากที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50 (SD=.81) เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดแล้วพบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการให้จัดบริการโดยคำนึงถึงสิ่งต่างๆ ดังนี้ (เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย) การดูแลสุขภาพตามความเชื่อและวัฒนธรรม ร้อยละ 69.3 การขับถ่าย ร้อยละ 66.4 และการบริโภคอาหารตามความเชื่อและวัฒนธรรม ร้อยละ 65.0

ระดับความต้องการการดูแลสุขภาพฯ ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตภาพรวม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความต้องการการดูแลสุขภาพฯ ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตในระดับมากที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.51 (SD=.78) เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดแล้วพบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการให้จัดบริการโดยคำนึงถึงสิ่งต่างๆ ดังนี้ (เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย) ความเชื่อตามศาสนา ร้อยละ 71.8 ความเชื่อเรื่องการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์และการคลอด ร้อยละ 64.1 และ ความเชื่อในช่วงเวลาตามประเพณีหรือศาสนา ร้อยละ 62.7

ระดับความต้องการการดูแลสุขภาพฯ ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพภาพรวม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความต้องการการดูแลสุขภาพฯ ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพในระดับมากที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.34 (SD=.93) เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดแล้วพบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการให้จัดบริการโดยคำนึงถึงสิ่งต่างๆ ดังนี้ (เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย) วิถีชีวิตของบุคคลตามแหล่งที่อยู่อาศัย และประเพณีในสังคม ร้อยละ 60.9 ลักษณะที่พักอาศัย ร้อยละ 60.9 และ แนวทางการดูแลของบุคคลในครอบครัว ตามความเชื่อและวัฒนธรรม ร้อยละ 57.0 โดยมีรายละเอียดตามตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงผลการศึกษาระดับความต้องการการดูแลสุขภาพโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 440)

ลำดับ	รายการประเมิน	ระดับความต้องการการดูแลสุขภาพฯ				
		ให้มีการจัดบริการโดยคำนึงถึง	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย
ด้านปัจจัยส่วนบุคคล						
1	เพศภาวะและเพศสรีระ	322(73.2 %)	56(12.7%)	45(10.2%)	9(2.0 %)	8 (1.8 %)
2	อายุ	342(77.7 %)	68(15.5%)	24(5.5%)	4(.9 %)	2 (.5 %)
3	เชื้อชาติและสัญชาติ	289(65.7 %)	94(21.4%)	45(10.2%)	10(2.3 %)	2 (.5 %)
4	การนับถือศาสนา	290(65.9 %)	104(23.6%)	34(7.7%)	10(2.3 %)	2 (.5 %)
5	อาชีพ และลักษณะงานในการประกอบอาชีพ	269(61.1 %)	141(32.0%)	24(5.5%)	3(.7 %)	3 (.7 %)
6	ระดับการศึกษา	263(59.8 %)	140(31.8%)	31(7.0%)	4(.9 %)	2 (.5 %)
รวมคะแนนเฉลี่ย ความต้องการการดูแลสุขภาพฯ ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการ 4.52 (SD=.71) ระดับมากที่สุด						
ด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิต						
7	การดูแลสุขภาพตามความเชื่อและวัฒนธรรม	305(69.3 %)	71(16.1%)	47(10.7%)	16(3.6%)	1 (.2 %)
8	การบริโภคอาหารตามความเชื่อและวัฒนธรรม	286(65.0 %)	100(22.7%)	40(9.1%)	13(3.0 %)	1 (.2 %)
9	การขับถ่าย	292(66.4 %)	88(20.0%)	48(10.9%)	11(2.5 %)	1 (.2 %)
10	การออกกำลังกายตามความเชื่อและวัฒนธรรม	260(59.1 %)	115(26.1%)	49(11.1%)	13(3.0 %)	3 (.7 %)



ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลำดับ	รายการประเมิน ให้มีการจัดบริการโดยคำนึงถึง	ระดับความต้องการการดูแลสุขภาพ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
11	การพักผ่อนนอนหลับ	255(58.0 %)	126(28.6%)	42(9.5%)	15(3.4 %)	2 (.5 %)
รวมคะแนนเฉลี่ย ความต้องการการดูแลสุขภาพ ด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิต 4.50 (SD=.81) ระดับมากที่สุด						
ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิต						
12	ความเชื่อตามศาสนา	316(71.8 %)	81(18.4%)	34(7.7 %)	8(1.8 %)	1 (.2 %)
13	ความเชื่อในช่วงเวลาตามประเพณีหรือศาสนา	276(62.7 %)	102(23.2%)	47(10.7%)	12(2.7%)	3 (.7 %)
14	ความเชื่อและการให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน	271(61.6 %)	91(20.7%)	49(11.1%)	25(5.7 %)	4 (.9 %)
15	ความเชื่อเรื่องการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์และการคลอด	282(64.1 %)	78(17.7%)	53(12.0%)	23(5.2%)	4 (.9 %)
16	ความเชื่อในการดูแลสุขภาพในระยะใกล้เสียชีวิต	264(60.0 %)	96(21.8%)	52(11.8%)	23(5.2 %)	5 (1.1 %)
รวมคะแนนเฉลี่ย ความต้องการการดูแลสุขภาพ ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิต 4.51 (SD=.78) ระดับมากที่สุด						
ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ						
17	วิถีชีวิตของบุคคลตามแหล่งที่อยู่อาศัย และประเพณีในสังคม	268(60.9 %)	116(26.4%)	38(8.6%)	16(3.6 %)	2 (.5 %)
18	ลักษณะที่พักอาศัย	268(60.9 %)	120(27.3%)	35(8.0%)	15(3.4 %)	2 (.5 %)
19	แนวทางการดูแลของบุคคลในครอบครัว ตามความเชื่อและวัฒนธรรม	251(57.0 %)	102(23.2%)	60(13.6%)	27(6.1 %)	0 (.0 %)
รวมคะแนนเฉลี่ย ความต้องการการดูแลสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ 4.34 (SD .93) ระดับมาก						

ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพ และความต้องการการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันของ เพศ อายุ ความถี่ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล และการมีโรคประจำตัว

พบว่า เพศ อายุ ความถี่ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล และการมีโรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า เพศ อายุ ความถี่ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแลสุขภาพโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีรายละเอียดตามตารางที่ 4 ดังนี้



ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบการรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพ และความต้องการการดูแลสุขภาพฯ ของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันของ เพศ อายุ ความถี่ในการเข้ารับการรักษายาบาล และการมีโรคประจำตัว (n = 440)

ตัวแปร	คะแนนปัญหาด้านสุขภาพฯ				คะแนนความต้องการการดูแลสุขภาพฯ			
	N	Mean	SD	P-value	N	Mean	SD	P-value
1. เพศ								
1.1 เพศหญิง	235	2.81	.39	.000*	235	4.21	.77	.000*
1.2 เพศชาย	205	3.83	.57		205	4.67	.45	
2. อายุ								
2.1 อายุระหว่าง 60-70 ปี	232	2.92	.49	.015*	232	4.21	.77	.000*
2.2 อายุระหว่าง 71-80 ปี	208	3.69	.66		208	4.32	.54	
3. ความถี่ในการเข้ารับการรักษายาบาล								
3.1 1-5 ครั้ง	293	2.89	.39	.007*	293	4.32	.74	.025*
3.2 มากกว่า 5 ครั้ง	147	4.08	.49		147	4.63	.48	
4. การมีโรคประจำตัว								
4.1 ไม่มี	201	2.77	.40	.011*	201	4.36	.68	.066
4.2 มี	239	3.72	.59		239	4.48	.67	

* p<.05

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาด้านสุขภาพ และความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิต ในพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุแตกต่างกัน นับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาประถมศึกษาตอนปลาย มีความถี่ในการเข้ารับการรักษายาบาล 1-5 ครั้ง และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับ กิตติวงศ์สาสวดี¹⁷ พบว่าปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยด้านจิตลักษณะ และปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันเมื่อเจ็บป่วย และต้องการการดูแลสุขภาพ

ผลการศึกษาข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านจิตใจในระดับมาก เช่น รู้สึกถึงคุณค่าในตนเองลดลง เป็นภาระของลูกหลาน รู้สึกว่าครอบครัว/บุคคลในครอบครัวไม่มีเวลาดูแล รองลงมาคือด้านร่างกายคือปัญหาสุขภาพเช่น สายตามองเห็นไม่ชัดเจน รับประทานอาหารได้ลดลง นอนไม่หลับ และมีปัญหาด้านจิตวิญญาณเช่น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลงกว่าตอนเป็นวัยหนุ่มสาว รู้สึกหมดกำลังใจในการใช้ชีวิตประจำวัน และรู้สึกว่าตนเองไม่ค่อยมีความภาคภูมิใจในชีวิต สอดคล้องกับ Gajewski และ Falkenstein¹⁸ พบว่า มนุษย์ประสบกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในวัยชรา เช่น การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเนื่องจากความเจ็บป่วยหรือการเสื่อมสภาพตามธรรมชาติของหน้าที่ทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเนื่องจากการสูญเสียบทบาทในบ้านและสังคม สถานการณ์ทางเศรษฐกิจที่แย่ลง ความหดหู่ ความสันโดษ หรือแม้แต่แรงกระตุ้นการฆ่าตัวตาย ในบรรดาการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ การเสื่อมสภาพของการทำงานทางกายภาพเนื่องจากอายุที่มากขึ้นส่งผลต่อการทำงานของสมองในทางลบ และนำ

ไปสู่การทำงานด้านการรับรู้ที่ลดลง ซึ่งทำให้เกิดปัญหาด้านความจำ สับสน การตัดสินใจลดลง และความเข้าใจที่ไม่ดี¹⁸ เป็นที่ทราบกันดีว่าผู้สูงอายุที่ถูกแยกตัวออกจากสังคมเนื่องจากสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมที่ลดลงมักมีสถานะการรับรู้ที่ลดลง¹⁹ การทำงานด้านความรู้ความเข้าใจที่ลดลงในผู้สูงอายุทำให้ยากต่อการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างอิสระ นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและส่งผลให้หมดกำลังใจในการใช้ชีวิตและขาดความภาคภูมิใจในตนเองในที่สุด²⁰

ผลการศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ พบความต้องการของผู้สูงอายุดังนี้ 1) ด้านปัจจัยส่วนบุคคลเป็นความต้องการของผู้สูงอายุมากที่สุดต่อการได้รับการดูแลสุขภาพเพื่อตอบสนองเรื่อง อายุที่เปลี่ยนแปลงไป ลักษณะของเพศภาวะและเพศสรีระและการนับถือศาสนา เป็นต้น 2) ด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่มีระดับความต้องการการดูแลสุขภาพฯ เช่น การดูแลสุขภาพตามความเชื่อและวัฒนธรรม การขับถ่าย และการบริโภคอาหารตามความเชื่อและวัฒนธรรม เป็นต้น 3) ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตมีระดับความต้องการการดูแลสุขภาพฯ เช่น ความเชื่อตามศาสนา ความเชื่อเรื่องการดูแลตนเอง ในระยะตั้งครรภ์และการคลอด และความเชื่อในช่วงเวลาตามประเพณีหรือศาสนา เป็นต้น และด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพระดับความต้องการการดูแลสุขภาพฯ เช่น วิถีชีวิตของบุคคลตามแหล่งที่อยู่อาศัย และประเพณีในสังคม ลักษณะที่พักอาศัย และแนวทางการดูแลของบุคคลในครอบครัว ตามความเชื่อและวัฒนธรรม เป็นต้น สอดคล้องกับ Meinerding และคณะ²¹ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพทางร่างกายลดลงทั้งด้านการได้ยิน การมองเห็น และความแข็งแรงของร่างกายเนื่องจากอายุที่มากขึ้น จะมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การเคลื่อนไหว และอื่น ๆ ลดลง ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมักจะคาดหวังการดูแล และต้องการพึ่งพาผู้อื่นเพื่อช่วยเหลือและดูแลการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ ปัจจัยด้านจิตใจ ความมั่นคง ความเชื่อที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง เนื่องจากขาดการเชื่อมต่อกับวิถีชีวิตที่คุ้นเคยและความสัมพันธ์ทางสังคมที่คุ้นเคย²² นอกจากนี้ กิตติวงศ์ สาสวดี¹⁷ ยังกล่าวถึงการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุควรเป็นไปตามความต้องการตามช่วงอายุ เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะร่างกายที่แข็งแรงมีความคาดหวังเพียงต้องการให้เข้าใจถึงความต้องการ ความรู้สึกด้านอารมณ์จิตใจ และส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีความต้องการดูแลด้านอาหาร การรักษาโรค ด้านสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย การทำกิจวัตรประจำวัน และสภาพจิตใจที่อารมณ์อ่อนไหวง่าย¹⁷

ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพ และความต้องการการดูแลสุขภาพฯ ของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันของ เพศ อายุ ความถี่ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล และการมีโรคประจำตัว พบว่า เพศ อายุ ความถี่ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล และการมีโรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า เพศ อายุ ความถี่ในการเข้ารับการรักษาพยาบาล เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแลสุขภาพโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ นิรุวรรณ เทิร์นโบล์ และคณะ⁴ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ ประวัติการเคยตรวจร่างกายประจำปี มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยด้านอายุของผู้สูงอายุพบว่ามีความสัมพันธ์ไปในทิศทางผกผันกันกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารงานด้านสาธารณสุขและผู้บริหารในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (อีอีซี) สามารถนำข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ความต้องการการดูแลสุขภาพโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ



และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสุขภาพ และความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ได้จากการวิจัยเพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

2. พยาบาลวิชาชีพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และครอบครัว สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลความต้องการการดูแลสุขภาพ โดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อวางแผนพัฒนาการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการทางวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยพื้นฐานของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันในสัดส่วนใกล้เคียงกัน เช่น เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา และช่วงอายุของผู้สูงอายุ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ โดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยของผู้สูงอายุที่ส่งผลกับความต้องการการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน

2. ศึกษาปัญหาและการรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลความต้องการของผู้รับบริการและการรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อออกแบบและสร้างนวัตกรรมการดูแลผู้รับบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือและให้คำชี้แนะระหว่างการทำวิจัย นอกจากนี้ขอขอบพระคุณทุนอุดหนุนการการทำการกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ประจำปี 2565 ประเภท Fundamental Fund และ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้มอบทุนเพื่อทำการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้สนับสนุนการดำเนินการวิจัย

References

1. The United Nations. World Population Prospects 2019 Highlights. 2019 [Retrieved October 1, 2020], Available from https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf
2. Thailand Creative & Design Center. Looking ahead to 2050: moving towards an aging society. (Aging Society). 2019. [Retrieved October 1, 2020], from https://web.tedc.or.th/th/Articles/Detail/Aging_Society-2050.
3. Yamwong N. Quality of life and physical activities of daily living among elderly patients at HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. Journal of Medicine and Health Sciences 2014, 21(1): 37-44.(in Thai)
4. Turnbull N, Chada W, Chuppawa W, Seedaket S, Chanaboon S, Sangswai B, Chaichanwattana S Tangpratchayakun N. Health status and factors associated with self-care among older adults. Nursing Journal of the Ministry of Public Health; 2020, 30(3) : 35-49.(in Thai)
5. Kongarin N, Ruenkham C Upa R. Factors influencing health conditions of the elderly from the middle aged up in Chiang Mai. Chiang Mai: Boromarajonani College of Nursing. 2009.(in Thai)



6. Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social science & medicine* 2008, 66(8):1809–16.
7. Kitreerawutiwong N, Mekrungrongwong S. Factor influencing health behavior among elderly living in the community. *The Public Health Journal of Burapha University* 2016, 11(1): 63–74.(in Thai)
8. Sirasunthorn P. Culture and health. Documentation of lecture topics culture and health for undergraduate students Faculty of Nursing, University Naresuan. 2016. [Retrieved October 1, 2020], Available from www.socsci.nu.ac.th.pdf. (in Thai)
9. Kaewanuchit C, Thongpoon K Chaikan A. Steps towards public health reform, fundamentals in the 21st Century. *Journal of Public Health. Burapha University* 2014; 9(2), 108–120.(in Thai)
10. Songwatthana P. Nursing Research Across Cultures: Research Concepts and Issues. *Thai Journal of Nursing Council* 2014; 29(4), 5–21. (in Thai)
11. Leininger, MM. Cultural care diversity and universality: A theory of nursing. New York: John.1991.
12. Giger, JN., Davidhizar, RE. Transcultural nursing: assessment and intervention (4th ed). St. Louis: Mosby. 2004.
13. Overall diagram for the development of the Eastern Special Development Zone. Macroeconomic effects of Development of the Eastern Economic Corridor (EEC). 2018. [Retrieved on October 1, 2020]. Available from <https://www.eeco.or.th/web-upload/filecenter/untitled%20folder/eec001-7.pdf>
14. Sombunrattanachoke T Lomthaisong W. The comparison of quality of life for the elderly in Eastern Economic Corridor (EEC). *Rambhai Barni Research Journal*; 2020, 14(2):12–22.(in Thai)
15. The Bureau of Registration Administration. Official statistics registration systems: Age population. 2022. [Retrieved on August 7, 2023]. Available From <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php>
16. Yamane, T. Statistics, An Introductory Analysis, 2nd Ed., New York : Harper and Row.1967.
17. Sasuad K. Factor affecting the quality of life of the elderly in the Eastern province. *NRRU Community Research Journal*; 2017, 11(2) : 21–38. (in Thai)
18. Gajewski P D, Falkenstein M. Physical activity and neurocognitive functioning in aging—A condensed updated review. *European Review of Aging and Physical Activity* 2016, 13(1): 1–7.
19. Coyle C E, Dugan E. Social isolation, loneliness and health among older adults. *Journal of Aging and Health* 2012, 24(8): 1346–363.
20. Svantesson U, Jones J, Wolbert K, Alricsson M. Impact of physical activity on the self perceived quality of life in non-frail older adults. *Journal of Clinical Medicine Research* 2015, 7(8): 585–93.
21. Meinerding M, DeFeis B, Sunderaraman P, Azar M, Lawless S, Perez-Vivaldo C, Gu Y, Stern Y, & Cosentino S. Assessing dependency in a multiethnic community cohort of individuals with Alzheimer’s disease. *Innovation in Aging*; 2018, 2(1): 1–7.
22. Olsen C, Pedersen I, Bergland A, Enders-Slegers M J, Patil G, Ihlebaek C. Effect of animal-assisted interventions on depression, agitation and quality of life in nursing home residents suffering from cognitive impairment or dementia: A cluster randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2016, 31(12): 1312–1321.



คำแนะนำผู้พิมพ์

เพื่อให้การจัดทำวารสารไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจึงขอแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดทำวารสารและการเตรียมต้นฉบับบทความ ดังต่อไปนี้

1. วารสารฯ ได้กำหนดผลงานวิชาการที่จะลงเผยแพร่ในวารสาร ดังนี้

1.1 เป็นผลงานวิชาการในรูปของบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่เขียนเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข หรือสาขาที่เกี่ยวข้อง

1.2 เป็นผลงานวิชาการที่ไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน

1.3 หากเป็นบทความสืบเนื่องจากงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง หรือเป็นงานวิจัยที่เป็นไปตามข้อกำหนดของจริยธรรมการวิจัย

2. วารสารฯ กำหนดอัตราค่าธรรมเนียมในการบริหารจัดการบทความเพื่อเผยแพร่ในอัตราบทความละ 6,000 บาท (หกพันบาทถ้วน) (การชำระเงินจะเกิดขึ้นก่อนที่วารสารฯ จะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ เมื่อได้ชำระเงินแล้วทางวารสารฯ จะไม่คืนเงินในทุกกรณี)

3. วารสารฯ กำหนดการเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัย ตามรูปแบบดังนี้

3.1 การตั้งค่าหน้ากระดาษ ให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดขอบกระดาษด้านบน-ล่าง-ซ้าย-ขวา ด้านละ 1 นิ้ว พิมพ์โดยใช้ฟอนต์ EucrosiaUPC ขนาด 16 และ single space และมีเนื้อหารวมบทความย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

3.2 ขนาดและรูปแบบการพิมพ์ ให้ใช้ดังนี้

รายการ	ลักษณะอักษร	ตำแหน่งการพิมพ์	ขนาด
ชื่อบทความ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18-20
ข้อมูลผู้พิมพ์ (ไทยและอังกฤษ)	ตัวปกติ	กลางหน้ากระดาษ	14
บทคัดย่อ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
Abstract	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
หัวข้อใหญ่	ตัวหนา	ชิดซ้าย	18
หัวข้อย่อย	ตัวหนา	ย่อหน้า (เคาะ 1 tab)	16
หัวข้อย่อย	ตัวปกติ	ย่อหน้า (เคาะ tab)	16
เนื้อหาของบทคัดย่อและบทความ	ตัวปกติ	จัดข้อความชิดขอบทั้งสองข้าง	16
การเน้นข้อความในบทความ	ตัวปกติ	ตัวหนา หรือ ตัวเอียง	16
ข้อความในตาราง	ตัวปกติ	ข้อความให้ชิดซ้าย ส่วนตัวเลขให้ชิดขวา	14-16
ตัวเลขอ้างอิง	superscript	ด้วยก๊วยข้อความ	16
References	ตัวปกติ ใช้ลำดับตัวเลข	ชิดซ้าย	16



3.3 ในการพิมพ์เนื้อหาแต่ละย่อหน้าให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบย่อหน้า ไม่กด Enter ในระหว่างย่อหน้า ไม่ใช้การเคาะ space เพื่อจัดคำหรือจัดหน้า และในการเว้นวรรคระหว่างประโยคหรือคำเดียว ให้ใช้เว้นวรรคใหญ่ หรือเท่ากับการกด space 2 เคาะ

4. การเตรียมเนื้อหาของผลงานวิชาการ กำหนดให้เขียนดังนี้

4.1 ชื่อบทความวิชาการหรือชื่อบทความวิจัย ผู้เขียนควรกำหนดชื่อให้กระชับ มีความสอดคล้องหรือสะท้อนถึงประเด็นสำคัญของบทความ และควรหลีกเลี่ยงการระบุชื่อบุคคลหรือสถานที่ในชื่อบทความ (หากจำเป็นต้องระบุให้อธิบายไว้ในขอบเขตหรือระเบียบวิธีท้าวิจัย)

4.2 ในส่วนข้อมูลผู้พิมพ์ กำหนดให้บรรทัดแรกระบุชื่อและนามสกุลภาษาไทยของผู้แต่งหลักและผู้แต่งร่วมในบรรทัดเดียวกัน (ใช้ตัวเลขแบบตัวยกเพื่อการอ้างอิงต้นสังกัด) จากนั้นบรรทัดถัดไปให้ระบุชื่อและนามสกุลภาษาอังกฤษของผู้แต่งหลักและผู้แต่งร่วมในบรรทัดเดียวกัน (ใช้ตัวเลขแบบตัวยกเพื่อการอ้างอิงต้นสังกัด) บรรทัดถัดไปให้ระบุหน่วยงานต้นสังกัดของผู้พิมพ์ (ทางวารสารฯ ของสงวนสิทธิ์ในการแสดงแค่ชื่อคณะฯ และสถาบันเท่านั้น) ในบรรทัดสุดท้ายให้เขียน “Corresponding author: (ชื่อภาษาอังกฤษ); Email: (อีเมลที่ใช้ติดต่อ)”

4.3 บทคัดย่อภาษาไทยให้เขียนบทคัดย่อแบบย่อหน้าเดียว (ไม่กด Enter ระหว่างย่อหน้า) มีความยาวไม่เกิน 300 คำ การเขียนบทคัดย่อไม่ควรมีการอ้างอิงในบทคัดย่อ (สำหรับบทความวิชาการก็ให้เตรียมบทคัดย่อภาษาไทยเช่นเดียวกัน) สำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ให้เขียนในลักษณะเดียวกันกับบทคัดย่อภาษาไทยจากนั้นตามด้วยคำสำคัญ 3-5 คำ ตัวอย่างเช่น

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง; การส่งเสริมสุขภาพ; ความดันโลหิตสูง; ผู้สูงอายุ

Keywords: self-management; health promotion; hypertension; elderly

4.4 บทนำและวัตถุประสงค์ เป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของบทความหรือการวิจัยเขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษา อีกทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการท้าวิจัย หรือของการเขียนบทความวิจัย โดยอาจจะเพิ่มเป็นหัวข้อใหม่หรือไม่ก็ได้

4.5 วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการเขียนอธิบายกระบวนการท้าวิจัยตามหลักระเบียบวิธี ส่วนการเขียนบทความวิชาการ หากเป็นไปได้ให้อธิบายกระบวนการได้มาซึ่งเนื้อหาหรือการสังเคราะห์ความรู้ที่ปรากฏในบทความ

4.6 ผลการวิจัยเป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัย การเขียนผลการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ให้เขียนสิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแยกเป็นประเด็น ๆ ให้ชัดเจน พร้อมยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ส่วนการเขียนผลการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) หากมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตารางควรออกแบบตารางให้เหมาะสมและสอดคล้องสถิติที่ใช้ในแต่ละประเภท อธิบายข้อมูลในตารางก่อน โดยนำเสนอข้อมูลที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง จากนั้นทำการแทรกตาราง โดยรูปแบบตารางจะไม่มีเส้นแนวตั้ง (ดังตัวอย่าง) ชื่อของตารางควรเป็นข้อมูลสั้น ๆ ไม่เกินหนึ่งบรรทัด วางไว้ด้านบนของตาราง



ตัวอย่างการเขียนตาราง

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	.55
หญิง	28	.45
การสูบบุหรี่		
เคย	23	.37
ไม่เคย	39	.63

สำหรับการเขียนค่าสถิติต่าง ๆ ให้พิมพ์ชิดกัน ใช้ทศนิยมสองตำแหน่ง กรณีที่มีค่าไม่ถึง 1.00 หรือระหว่าง .01-.99 ไม่ต้องเขียนเลข 0 หน้าทศนิยม ตัวอย่างการเขียนค่าสถิติต่าง เช่น Mean=15.60 SD=1.28 $r=.75$ $p<.01$ เป็นต้น

4.7 สรุปและอภิปรายผล เป็นการสรุปและแปลความหมายของผลการวิจัย ไม่กล่าวซ้ำกับผลการวิจัย การอภิปรายจะเป็นการอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นที่เคยทำไว้หรือไม่อย่างไร ทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลอธิบายโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และมีการอ้างอิง (in-text citation) อย่างเหมาะสม

4.8 ข้อเสนอแนะ ในการเขียนข้อเสนอแนะ ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป

4.9 การใช้ภาษาไทยให้ยึดหลักการใช้คำตามราชบัณฑิตยสถานพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทยยกเว้นกรณีจำเป็น หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อนอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน

4.10 ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ในบทความ ขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปี มีการระบุชื่อผู้เขียนและปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจน ควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูล และบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาผลงานตีพิมพ์

4.11 หากบทความมีภาพประกอบ ให้ใช้ภาพสี โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านบนของภาพ หากเป็นภาพที่เป็นผลงานของบุคคลอื่น ให้ระบุที่มาของภาพไว้ที่ใต้ภาพ พร้อมทั้งมีการอ้างอิงด้วยตัวเลขหลังข้อความระบุที่มา และให้ทำการเขียนอ้างอิงท้ายเล่มด้วย เช่น

ที่มา: <http://www.wallpapers.eu.com/view/sunrise-reflection-ocean-city-maryland-other.html>²

4.12 การเขียนอ้างอิง วารสารฯ กำหนดให้ใช้การอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) จำนวน 15-20 รายการ การอ้างอิงในเนื้อหา (in-text citation) ให้นำตัวเลขอารบิกแสดงลำดับของเอกสารอ้างอิงมารวบรวมเขียนไว้ท้ายเนื้อหาส่วนที่มีการอ้างอิงและใช้ตัวยก และเรียงลำดับหมายเลข 1,2,3 ... ตามที่ปรากฏในเนื้อหา ไม่เว้นช่วงตัวอักษร (เช่น เนื้อหา1,7) หากมีการอ้างอิงเอกสารมากกว่าหนึ่งแหล่งและมีลำดับต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายติดกัน (-) เชื่อมระหว่างเอกสารชิ้นแรกถึงชิ้นสุดท้าย แต่หากลำดับเอกสารไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาคคั่นตัวเลข (เช่น เนื้อหา1-3,6,9) และตัวเลขที่แสดงเอกสารอ้างอิง จะต้องตรงกับรายการเอกสารอ้างอิงในท้ายบทความ

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ ให้อ้างอิงตามหมายเลขที่มีการอ้างอิงแทรกเนื้อหา (in-text citation) และเรียงลำดับต่อเนื่องกันโดยไม่แยกประเภทของเอกสารอ้างอิง เพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดของฐานข้อมูลอาเซียน (ASEAN Citation Index:ACI) รายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้ทำการแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการและให้ระบุว่า (in Thai) ไว้ท้ายรายการ และให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบแต่ละรายการ โดยไม่กด Enter ระหว่างกลาง (กด Enter เมื่อสิ้นสุดรายการเท่านั้น) และไม่เคาะ space เพื่อทำการจัดคำหรือจัดหน้า

สำหรับตัวอย่างของการเขียนเอกสารอ้างอิงที่ใช้อยู่ ได้แก่

การอ้างอิงบทความจากวารสาร ให้เขียนชื่อสกุลของผู้แต่งขึ้นก่อน เว้นวรรคตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้น และชื่อกลางโดยไม่มีเครื่องหมายใด ๆ คั่น (กรณีผู้เขียนเป็นคนไทยให้เขียนนามสกุลเป็นภาษาอังกฤษ เว้นวรรคตามด้วยอักษรแรกของชื่อผู้เขียน เช่น ปราณอม ใจเก่งกล้า ให้เขียนเป็น Jaikengkla P. เป็นต้น) ถ้าผู้เขียนมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คนให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายให้ใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.) หากผู้เขียนมีมากกว่า 6 คนให้ใส่ชื่อผู้เขียน 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค และตามด้วยคำว่า “et al.” สำหรับข้อความขอให้ใช้ตัวพิมพ์เล็ก ตลอดทั้งข้อความ (ยกเว้นอักษรแรกของประโยค หรือคำเฉพาะ) ส่วนชื่อวารสารขอให้ใช้ชื่อเต็มของวารสารนั้น ๆ ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากวารสาร เช่น

References

1. Siritharungsri B, Soranastaporn S, Surachet M. Demand and the impact of the elderly living alone. Journal of Gerontology and Geriatric Medicine 2011;12(3):11–22.(in Thai).
2. Kaewprom C, Curtis J, Deane FP. Factors involved in recovery from schizophrenia; a qualitative study of Thai mental health nurses. Nursing and Health Science 2011;13:323–7.

สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Digital Object Identifier: DOI) ให้ระบุรหัสประจำบทความ เช่น

3. Mookadam F. Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction. Arch Intern Med 2004;164(14):1514–8. doi:10.1001/archinte.164.14.1514.

สำหรับบทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ตหรือฐานข้อมูล ให้ผู้ค้นคว้าอ้างอิงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลเดิมก่อนที่จะนำมาเผยแพร่เว็บไซต์ (โดยทั่วไปผู้เผยแพร่จะแจ้งแหล่งข้อมูลเดิมไว้ที่หน้าเว็บไซต์) หรือหากเป็นไปได้ขอให้หลีกเลี่ยงการอ้างอิงจากหน้าเว็บเพจ

การอ้างอิงจากหนังสือ การเขียนชื่อผู้เขียนหนังสือให้ใช้ข้อกำหนดเดียวกับชื่อผู้เขียนวารสาร ชื่อหนังสือให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อหนังสือและชื่อเฉพาะ นอกนั้นเป็นอักษรตัวเล็กหมด ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากหนังสือ เช่น

4. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. Garland Publishing; 2001.
5. Department of Mental Health. Annual report 2006. Bangkok: Idea Square. 2006.(in Thai).



การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ให้ระบุประเภทหรือระดับปริญญาในวงเล็บเหลี่ยม เมืองที่ตั้งของมหาวิทยาลัย ชื่อมหาวิทยาลัย และปีที่ได้ส่งเล่มวิทยานิพนธ์ ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ เช่น

6. Mawat W. Clinical situational analysis of nursing management for patients with chronic kidney disease, Wang Nuea Hospital, Lampang Province [Master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University. 2012. (in Thai).

การอ้างอิงจากฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ตให้ระบุคำว่า [internet] ที่ท้ายชื่อเอกสาร ระบุวันที่เปิดเอกสาร โดยใช้คำว่า [Cited DD Month YYYY] ในวงเล็บเหลี่ยม และที่อยู่ของข้อมูลในอินเทอร์เน็ตโดยใช้คำว่า “Available from” อย่างไรก็ตามขอให้ผู้นิพนธ์พิจารณาอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลเดิมที่มีคนนำมาเผยแพร่ทางเว็บไซต์เพื่อให้เกียรติแก่เจ้าของข้อมูล ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต เช่น

7. Olsen NC. Self-reflection: Foundation for meaningful nursing practice [internet]. 2015 [cited 14 August 2020]. Available from: http://www.reflectionsonnursingleadership.org/Pages/Vol39_2_Olsen_Nightingale.aspx
8. Leungratanamart L, Sudjainark S, Wattanaviroj N, Meelai. Factors influencing the executive function in preschool-age children. Nursing Journal of the Ministry of Public Health [internet]. 2021 [cited 23 March 2022];31(3):15-27. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/255634/173945>. (in Thai).

ส่วนเอกสารอ้างอิงในรูปแบบอื่นๆ ขอให้ผู้เขียนศึกษาเพิ่มเติมได้จากหลักการเขียนอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ของคลีฟร ช่วยชูวงศ์ จากหอสมุดวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่

<http://lib.med.psu.ac.th/libmed2557/index.php/2013-09-04-07-04-05/2013-09-19-09-00-33/vancouver-style>

5. การส่งต้นฉบับบทความให้ผู้เขียนส่งบทความต้นฉบับบทความผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJo) ทั้งนี้ผู้เขียนจะต้องทำการลงทะเบียนเพื่อเป็นสมาชิก ThaiJo ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/> จากนั้นให้ผู้เขียนเข้าหน้าเว็บไซต์วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข โดยผ่านการสืบค้นผ่านหน้าเว็บไซต์ ThaiJo หรือเข้าไปที่ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph> และให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งต้นฉบับ ซึ่งทาง ThaiJo ได้เตรียมไว้ที่เมนู “For Author” ที่ขวามือของหน้าจอ หากมีปัญหาในการส่งต้นฉบับบทความผ่านระบบออนไลน์ให้ติดต่อกลับที่วารสารฯ

6. การจัดการบทความวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร เป็นไปตามขั้นตอนดังนี้

6.1 ผู้เขียนทำการส่งบทความวิชาการผ่านระบบออนไลน์ ThaiJo เมื่อสำเร็จทางกองบรรณาธิการวารสารจะได้รับจดหมายแจ้งเตือนจากระบบ ThaiJo ว่ามีบทความส่งเข้ามาที่วารสาร

6.2 บรรณาธิการวารสารฯ จะทำการตรวจสอบคุณภาพและรูปแบบของบทความเบื้องต้น หากพบไม่เป็นไปตามข้อกำหนดของวารสารฯ ก็จะส่งกลับให้ผู้นิพนธ์ทำการแก้ไข จากนั้นให้ผู้นิพนธ์ส่งบทความที่แก้ไขแล้วกลับเข้ามาใหม่ผ่านเมลของระบบ ThaiJo (โดยใช้ระบบ submission เดิม)

6.3 สำหรับบทความที่มีคุณภาพและรูปแบบตามที่วารสารฯ กำหนด ทางวารสารฯ จะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2-3 ท่านทำการพิจารณาและประเมินคุณภาพด้วยกระบวนการ double blinded review

6.4 เมื่อบทความได้รับการพิจารณาและประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ทางวารสารฯ จะส่งบทความกลับให้ผู้นิพนธ์ทำการแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้ผู้นิพนธ์ทำการแก้ไขและส่งบทความกลับผ่านระบบออนไลน์ภายในเวลาที่กำหนด (ในขั้นตอนนี้จะใช้ระยะเวลาและจำนวนครั้งมากหรือน้อยขึ้นกับมิติเห็นชอบในคุณภาพของบทความจากกองบรรณาธิการวารสาร)

6.5 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขจนมีคุณภาพสมบูรณ์แล้ว กองบรรณาธิการจะนำบทความไปจัดเรียงพิมพ์และตรวจสอบความถูกต้องทั้งรูปแบบและการพิมพ์อักษร ในขณะเดียวกันจะส่งบทความให้ผู้นิพนธ์ทำการตรวจสอบและยืนยันเนื้อหาบทความอีกครั้ง หากมีการแก้ไขกองบรรณาธิการจะนำกลับมาแก้ไข และเมื่อเสร็จเรียบร้อยแล้วบทความจะถูกนำไปจัดทำเป็นวารสารในที่สุด

7. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขนี้มีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม และตั้งแต่ฉบับที่ 1 ปีที่ 29 (มกราคม – เมษายน 2562) เป็นต้นไป ทางวารสารฯ จะเผยแพร่ในระบบออนไลน์ผ่านระบบ Thai Journal Online เท่านั้น ผู้สนใจเล่มวารสารฯ สามารถดาวน์โหลดไฟล์ต้นฉบับของวารสารได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสาร



การติดต่อ

ผู้พิมพ์หรือผู้สนใจสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

1. บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ดร.ศุกรใจ เจริญสุข

โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1974, 086-155-6862

E-mail : sukjai@bnc.ac.th

2. รองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ดร.เชษฐา แก้วพรม

โทรศัพท์/โทรสาร : 02-590-1834, 086-382-4635

E-mail : wlg2552@gmail.com

3. ผู้จัดการ/ผู้ประสานงาน วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

นางสาวใบศรี นวลอินทร์

โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1834

E-mail : n.tnaph@gmail.com