

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH

ISSN 1906-0319 (Print) ISSN 2697-5025 (Online)

ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2563 Volume 14 No. 1 January - April 2020

JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH



Sudkanya Pancharern Nitima Suparee
Supapen Panawatthanapisuit

ปภัสรา สังข์สุข วิชัย โชควิวัฒน์

ลักษณะนา พงษ์ภุมมา ขวัญตา เพชรณิโชติ
เชษฐา แก้วพรม เมทนี ระดาบุตร

นิชดา สารถวัลย์แพทย์ สุदारัตน์ วันนามวิเศษ
วสิรัตน์ แตรตุลาการ

ชนัดดา อนุพัฒน์ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์
ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ ศรียามน ติรพัฒน์

ณัชนันท์ ชีวานนท์ จินตนา วัชรสินธุ์

เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ สาริณี โต๊ะทอง
ทานตะวัน แยมบุญเรือง

ไอลดา บ่อมเงิน เทียม ศรีคำจักร
สุภาวดี พุฒิน้อย

ศุขญา โตจันทร์ มุกดา เดชประพันธ์ สุภาพ อารีเอื้อ

วิภารัตน์ สุวรรณไวพฒนะ วิภาวี พลแก้ว
วิรุพจิตร อนุจางวาง

วรญา สร้อยทอง พีร วงศ์อุปราช

อนาวิน ภักธภาคินทรกุล ทศน์กร อินทจักร์
จิรพิชชา บุญพอ

ผกามาต พิมพ์ธรา ดารารวรรณ รองเมือง



Learning factors affecting the development of 21st century skills of nursing students

การศึกษาความปลอดภัยและประสิทธิผลการรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินด้วยยาตัวรับสมุนไพรร
ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี

ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
และดัชนีมวลกายในวัยผู้ใหญ่ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

การรับรู้และพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมตามนโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียว
ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการพาดพิงจากของเด็กวัยก่อนเรียนตามการรับรู้
ของครูที่เลี้ยงเด็ก ในเขตจังหวัดชลบุรี

ผลการใช้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวหาที่ยึดแบบกลุ่มและแบบรายบุคคลต่อความสามารถ
จัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

การพัฒนาเครื่องมือประเมินรูปแบบการรับรู้สำหรับวัยรุ่นและผู้ใหญ่

แหล่งความรู้ ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิก

ผลของสถานการณ์จำลองการเป็นผู้สูงอายุที่มีต่อเจตคติความเป็นผู้สูงอายุของเด็กวัยรุ่น
ตอนกลาง

การออกแบบโปรแกรมเพิ่มความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองด้วยทฤษฎีการจำแนก
วัตถุประสงค์ทางการศึกษาของมารชาโนในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียน
ในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน จังหวัดแม่ฮ่องสอน

การดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำ
ในโรงพยาบาล

บทบาทพยาบาลชุมชนในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการช่วยเหลือผู้

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจอ่านบทความ
วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2563



ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์
ดร.กนกพร แจ่มสมบุรณ์
ดร.กุลนรี หาญพัฒนชัยกุล
ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส
รศ.ดร.จิตตินันท์ บุญสธิกุล
ดร.จักรกฤษณ์ พลราชม
รศ.ดร.ฉัตรสมน พฤทธิภิญโญ
ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล
ดร.ดาราวรรณ รongเมือง
ดร.นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ
ผศ.ภก.ดร.บุญดิศย์ วงศ์ศักดิ์
ผศ.ดร.ประนอม รอดคำดี
ดร.พนารัตน์ วิศวเทพนิมิตร
ดร.พิมพ์พิมล วงศ์ไชยา

ผศ.ดร.ภัทราวดี มากมี
ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา
ดร.ยุพาภรณ์ ดิระไพรวงศ์
ดร.ลัดดา เหลืองรัตมาศ
รศ.ดร.วรางคณา จันทร์คง
ดร.วิภาศิริ นราพงษ์
ดร.วิไลพร รังควัต
ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาครโพน โบร์แมนน์
ดร.ศิริพร ครุฑทากาศ
ดร.สุชีวา วิชัยกุล
ดร.สุภาพร วรรณสันทัด
ดร.สุรศักดิ์ สุนทร
รศ.ดร.อรนุช ภาชีน
ดร.อดิพร สำราญบัว



วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการพิจารณา (Peer review) ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายสาขาในการพิจารณาตรวจคุณภาพงานทุกเรื่องก่อนได้รับการตีพิมพ์ บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆในวารสารฯ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนวารสารฯ หรือคณะกรรมการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ จัดทำโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความวิชาการทางการแพทย์ การสาธารณสุข และวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้อง

เจ้าของ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ที่ปรึกษาโครงการ	ดร.กมลรัตน์	เทอร์เนอร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
	ศ.ดร.บุญทิพย์	สิริรังศรี	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
	รศ.ดร.โยธิน	แสงดี	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.สังวรณ์	จัตตระโท	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
	ผศ.ดร.ประนอม	รอดคำดี	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ดร.ศุภกิจ	เจริญสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี
บรรณาธิการ	ดร.มาสริน	ศุกลักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ดร.สุดคณิง	ฤทธิ์ถ้าย	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

	ดร.ลัดดา	เหลื่องรัตนมาศ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี
	อาจารย์สุจิตรา	ฟุ้งเฟื่อง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
กองบรรณาธิการ	Prof. Dr. (Med) Benno	Von Bormann	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	ศ.กิตติคุณ ดร.วัลลภา	เทพหัสดิน ณ อยุธยา	ผู้ทรงคุณวุฒิ
	ศ.เกียรติคุณ ดร.สุขุมาล	จงธรรมคุณ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.แอนน์	จิระพงษ์สุวรรณ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.อรพรรณ	ลีอนุชัชชัย	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
	ผศ.ดร.พรชัย	จุลเมตต์	มหาวิทยาลัยบูรพา
	ผศ.ดร.วรรณรัตน์	ลาวัง	มหาวิทยาลัยบูรพา
	Assist. Prof. Dr. Dan	Bressington	Hong Kong Polytechnic University
	น.อ.หญิง ดร.พว.ธนพร	แย้มสุดา	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
	Dr. Paul	Turner	โรงเรียนเซนต์ฟรังซิสเซเวียร์
	ดร.ศุภาพิชญ์	มณีสาคร โพน โบรมันน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	ดร.สุชีวา	วิชัยกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นพรัตน์วัชร
	ดร.กนกวรรณ	เวทศิลป์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นพรัตน์วัชร
	ดร.สุภาพร	วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพ
	ดร.พนารัตน์	วิศวะเพนนิมิตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพ
	ดร.ยศพล	เหลื่องโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
	ดร.เพ็ญพรรณ	พิทักษ์สงคราม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี
	ดร.บุญมี	โพธิ์คำ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
	ดร.กมลนัทธ์	ม่วงยิม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
	อาจารย์ชลลลย์	โชคดีศรีจันทร์	วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัด
	ปราจีนบุรี		
	ดร.วานิชย์	ลำไย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี

ฝ่ายจัดการ

ดร.วานิชย์

ลำไย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี

กำหนดออก

ราย 4 เดือน

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพได้รับการรับรองคุณภาพของวารสารในฐานข้อมูล Thai-Journal Citation Index (TCI) กลุ่มที่ 1 รอบที่ 4 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ไปจนถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2567 และฐานข้อมูล ASEAN Citation Index (ACI) วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ กำหนดการออกวารสารทุก 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ (ม.ค.- เม.ย. พ.ค.- ส.ค. และ ก.ย.- ธ.ค.)

ในฉบับนี้มีบทความตีพิมพ์ จำนวน 14 เรื่อง เป็นบทความวิจัย 12 เรื่อง ที่เกี่ยวกับ ปัจจัยสนับสนุนการเรียนรู้ที่มีอิทธิพลต่อทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล(Learning factors affecting the development of 21st century skills of nursing students) ซึ่งเป็นบทความภาษาอังกฤษ ความปลอดภัยและประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินด้วยยาตำรับสมุนไพรโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความรู้พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและดัชนีมวลกายในวัยผู้ใหญ่ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมตามนโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียว ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ ความวิตกกังวลจากการพรางจากของเด็กวัยก่อนเรียน การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์ การพัฒนาเครื่องมือประเมินรูปแบบการรับรู้สีก พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิก สถานการณ์จำลองการเป็นผู้สูงอายุที่มีต่อเจตคติความเป็นผู้สูงอายุของเด็กวัยรุ่นตอนกลาง โปรแกรมเพิ่มความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองด้วยทฤษฎีการจำแนกวัตถุประสงค์ทางการศึกษาของมาร์ซาโน โปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียน และบทความวิชาการ 2 เรื่องที่เกี่ยวกับ การดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และบทบาทพยาบาลชุมชนในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการช่วยเหลือผู้พิการ

ทั้งนี้ขอขอบพระคุณคณะที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ (peer review) กองบรรณาธิการทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ในการปรับปรุงบทความให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจนผู้สนับสนุนที่ให้ความร่วมมือในการเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนด ซึ่งช่วยให้ขั้นตอนการดำเนินการเป็นไปตามมาตรฐาน รวมถึงผู้อ่านทุกท่านที่นำบทความไปใช้อย่างกว้างขวาง ที่จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อวงการวิชาการต่อไป และขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่สนับสนุนการจัดทำวารสารฉบับนี้

ดร.มาสริน ศุกลบัณฑิ

บรรณาธิการ

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ต้นฉบับ	PAGE	Original Articles
Learning factors affecting the development of 21st century skills of nursing students Sudkanya Pancharern Nitima Suparee Supapen Panawatthanapisuit	1	ปัจจัยสนับสนุนการเรียนรู้ที่มีอิทธิพลต่อทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล สุดกัญญา ปานเจริญ นิธิมา สุภารี สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒนพิสุทธิ์
การศึกษาความปลอดภัยและประสิทธิผล การรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินด้วยยาตำรับ สมุนไพรรในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี ปภัสรา สังข์สุข วิชัย โชควิวัฒน์	11	A study of the safety and efficacy of Psoriasis treatment with herbal medicine in Chaophraya Abhaibhubejhr Hospital, PrachinBuri Province Papatsara Sungasuk Vichai Chokvivat
ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ต่อความรู้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและ ดัชนีมวลกายในวัยผู้ใหญ่ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อ การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลักษณา พงษ์ภุมมา ขวัญตา เพชรหมณีโชติ เชษฐา แก้วพรม เมทนี ระดาบุตร	21	The effects of a motivational interview program on knowledge, health promoting behaviors, and body mass index among adults with risk factors of type 2 diabetes Laksana Pongpumma Kwanta Petmaneechote Chetta Kaewphom Matanee Radabutr
การรับรู้และพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานและ สิ่งแวดล้อมตามนโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียวของ นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี นิชดา สารถวัลย์แพศย์ สุดารัตน์ วันงามวิเศษ วลีรัตน์ แตรตุลาการ	32	Perceptions and behaviors of energy and environment conservation in accordance with the green university policy among students at Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi Nichada Santwanpas Sudarat Wangnamwiset Waleerat Traetulakarn

สารบัญ	
นิพนธ์ ต้นฉบับ	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ ชนัดดา อนุปัทน์ วิวาพรรณ วิโรจน์รัตน์ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ ศรียามน ตีรพัฒน์	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการ พรากจากของเด็กวัยก่อนเรียนตามการรับรู้ของ ครูพี่เลี้ยงเด็ก ในเขตจังหวัดชลบุรี ณชนันท์ ชีวานนท์ จินตนา วัชรสินธุ์	
ผลการใช้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์ แบบกลุ่มและแบบรายบุคคลต่อความสามารถ จัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ สาริณี โต๊ะทอง ทานตะวัน แยมบุญเรือง	
การพัฒนาเครื่องมือประเมินรูปแบบ การรับรู้ความรู้สึกสำหรับวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ไอลดา ป้อมเงิน เทียม ศรีคำจักร สุภาวดี พุฒิน้อย	
แหล่งความรู้ ความรู้ และพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิก ศุขญา โตจันทร์ มุกดา เดชประพนธ์ สุภาพ อารีเอื้อ	

หน้า	CONTENTS
PAGE	Original Articles
43	Factors influencing frailty in older adults Chanatda Anupat Virapun Wirojratana Doungrut Watanakijkrilert Sariyamon Tirapha
55	Factors related to separation anxiety of pre-school children as perceived by child- caregivers in Chon Buri province Natchanan Chivanon Chintana Wacharasin
65	Effects of Satir's psychological group and individual counseling on coping abilities of nursing students Janejira Kiatsinsap Sarinee Thongtong Tantawan Yamboonruang
76	Development of Thai's sensory patterns assessment tool for adolescents and adults Ilada Pomngern Tiam Srikhamjak Supawadee Putnoi
86	Sources of knowledge, knowledge, and self-care behaviors of older adults with metabolic syndrome Suchaya Tojun Mukda Detprapon Suparb Aree-Ue

สารบัญ	หน้า
นิพนธ์ ต้นฉบับ	PAGE
ผลของสถานการณ์จำลองการเป็นผู้สูงอายุที่มีต่อ เจตคติความเป็นผู้สูงอายุของเด็กวัยรุ่นตอนกลาง วิภารัตน์ สุวรรณไพบัฒนะ วิภาวี พลแก้ว วิรุพจิตรา อุ่นจางวาง	97
การออกแบบโปรแกรมเพิ่มความสามารถด้านการ บริหารจัดการของสมองด้วยทฤษฎีการจำแนก วัตถุประสงค์ทางการศึกษาของมาร์ซาโนในเด็ก นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 วรญา สร้อยทอง พีร วงศ์อุปราช	106
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียน ใน โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน จังหวัด แม่ฮ่องสอน อนาวิน ภัทรภาคินวรกุล ทัศนกร อินทจักร์ จิรพิชชา บุญพอ	118
การดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลวเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำใน โรงพยาบาล ผกามาศ พิมพ์ธารา ดาราวรรณ รองเมือง	128
บทบาทพยาบาลชุมชนในการพัฒนาอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการช่วยเลิกบุหรี่ นิชมน หล้ารอด ธนะวัฒน์ รวมสุข เอนกพงศ์ ฮ้อยคำ พัฒนา เศรษฐวัชรวานิช	139

CONTENTS
Original Articles
The effect of the aging simulation on attitude toward older people among middle adolescents Wiparat Suwanwaiphatthana Wipawee Ponkaew Wirunjitra Aunjangwang
Designing an executive function enhancement program using Marzano's Taxonomy of educational objectives for the 6th grade primary school students Woraya Sroythong Peera Wongupparaj
Effects of health promoting behaviour and consumption behaviour programmes among school age children in border patrol police schools of Mae Hong Son Province Anavin Phattharaphakinworakun Thatsakorn Inthajuk Jirapitcha Boonpor
Transitional care for patients with congestive heart failure to reduce readmission rates Pakamas Pimtara Daravan Rongmuang
The roles of community nurses in capacity building for smoking cessation of village health volunteers Nichamon Lumrod Tanawat Ruamsook Anekpong Hoikum Pattana Sattawatcharawanij

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ขอเรียนเชิญผู้สนใจส่งผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ทางกายภาพ การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์และเผยแพร่ในวารสาร โดยสามารถส่งต้นฉบับได้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งนี้ กองบรรณาธิการมีเงื่อนไขในการพิจารณาผลงานและคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้ (วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดต่างๆ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า)

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงาน

1. ผลงานวิจัยที่ส่งพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน หรือไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับที่จัดทำตามคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับนี้เท่านั้น
3. ผลงานวิจัยที่จะลงตีพิมพ์จะต้องได้รับการรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากหน่วยงานที่เก็บข้อมูล มหาวิทยาลัย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยต้องแสดงหลักฐานและหมายเลขใบรับรอง
4. ผลงานทุกเรื่องจะได้รับการพิจารณาตรวจอ่านโดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน/ 1 เรื่อง โดยผู้เขียนจะต้องดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะภายในระยะเวลาที่กำหนด หากพ้นกำหนดจะถูกเลื่อนไปฉบับถัดไป
5. ผู้เขียนต้องตรวจสอบการเขียน Abstract ให้สอดคล้องกับบทคัดย่อ และถูกหลักภาษาอังกฤษ หรือสามารถแจ้งความประสงค์ให้ทางวารสารจัดหา editor ให้
6. กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบผลการพิจารณา เพื่อตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยขอให้ผู้เขียนส่งผลงานที่แก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด
7. กรณีบทความวิจัย ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ไม่เกิน 3 ปี

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์โดยใช้โปรแกรม Microsoft Word ใช้อักษร Browallia UPC ขนาดตัวอักษร 16 pt. ห่างจากขอบกระดาษ ทุกด้าน 1 นิ้ว หรือ 2.54 เซนติเมตร เว้นบรรทัดใช้ระยะ Single space พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่นที่ม้วนขวบหน้า ทำเป็น 1 คอลัมน์
2. พิมพ์บนกระดาษขนาด A4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้า ตั้งแต่ บทคัดย่อ จนถึง เอกสารอ้างอิง
3. ชื่อตาราง แผนภูมิ รูปภาพ ให้ใส่ชื่อตาราง หรือคำอธิบายเพิ่มเติมเหนือตาราง
4. การเขียนบทความภาษาไทยให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน ควรหลีกเลี่ยงการใช้คำภาษาอังกฤษยกเว้นกรณีจำเป็น และหลีกเลี่ยงการใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากล
5. ส่งต้นฉบับจำนวน 1 ชุด พร้อมจดหมายนำส่ง ระบุชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ และ E-mail address ได้ทางระบบออนไลน์ สามารถเข้าไปดูรายละเอียด คู่มือการใช้งานเว็บไซต์ได้ที่ URL: <https://www.tci-thaijo.org>
6. การส่งต้นฉบับลงในวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 - ฉบับที่ 1 ภายในวันที่ 31 ต.ค. ของทุกปี
 - ฉบับที่ 2 ภายในวันที่ 28 ก.พ. ของทุกปี
 - ฉบับที่ 3 ภายในวันที่ 30 มิ.ย. ของทุกปีหากพ้นกำหนดในระยะเวลาดังกล่าว ต้นฉบับจะเลื่อนการพิจารณาลงในฉบับต่อไป
7. การรับเรื่องต้นฉบับ
 - 7.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้ง ตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และขอเอกสารเพิ่มเติม พร้อมแจ้งชำระค่าตีพิมพ์ทาง E-mail
 - 7.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาจัดพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่ไม่ส่งต้นฉบับคืน

รูปแบบของบทความให้เรียงลำดับดังนี้

บทความวิจัย (Research article) เป็นบทความวิจัยที่เป็นผลงานที่สร้างขึ้นใหม่ มีลำดับหัวข้อดังนี้

1. บทคัดย่อภาษาไทย เขียนตามรูปแบบดังนี้

- ชื่อเรื่องภาษาไทย กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
- ชื่อ นามสกุลภาษาไทย ของผู้แต่งทุกคน กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ขนาดตัวอักษร 16 pt.
- เนื้อหาบทคัดย่อ จำนวนไม่เกิน 300 คำ กรณีเป็นบทคัดย่อผลงานวิจัยให้เรียงลำดับเนื้อหาดังนี้
 - บทนำ เขียนโดยย่อ
 - วัตถุประสงค์การวิจัย
 - วิธีการวิจัย: แบบวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ วิธีการเก็บข้อมูล สถิติที่ใช้
 - ผลการวิจัย
 - สรุปผล
 - คำสำคัญ (Keywords) ภาษาไทยไม่เกิน 5 คำ
- ต่อจาก คำสำคัญ ใส่ สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคน และผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding author) ใส่ E-mail address ต่อท้ายด้วย

2. บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) เขียนตามรูปแบบดังนี้

- ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
- ชื่อ นามสกุล ภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ขนาดตัวอักษร 16 pt.
- เนื้อหาบทคัดย่อภาษาอังกฤษ จำนวนไม่เกิน 300 คำ เนื้อหาต้องสอดคล้องกับบทคัดย่อภาษาไทย
- กรณีเป็นบทคัดย่อผลงานวิจัยให้เรียงลำดับเนื้อหาดังนี้
 - Background
 - Objectives
 - Methods: design, samples, tools, data collection and data analysis
 - Results
 - Conclusions
 - Keywords ภาษาอังกฤษไม่เกิน 5 คำ
- ต่อจาก Keywords ใส่ สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคนเป็นภาษาอังกฤษ และ ผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding author) ใส่ E-mail address ต่อท้ายด้วย

3. เนื้อหา (Main document) ประกอบด้วย หัวข้อดังนี้

- บทนำ กล่าวถึงความสำคัญของปัญหาโดยย่อ และวัตถุประสงค์การวิจัย
- วิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ข้อพิจณาด้านจริยธรรม
- วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล

- **ผลการวิจัย** เสนอผลการวิจัยอย่างชัดเจน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ถ้าเป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่มีตัวเลขหรือตัวแปรจำนวนมาก ควรนำเสนอด้วยตาราง หรือ รูปภาพ ทั้งนี้ไม่ควรเกิน 3 ตารางหรือรูป โดยมีการแปลความหมายและวิเคราะห์ผลที่ค้นพบร่วมด้วย
- **อภิปรายผล**
- **สรุปและข้อเสนอแนะ** (โดยแยกการเขียนประเด็นสรุป และข้อเสนอแนะ)
- **กิตติกรรมประกาศ** และการเปิดเผยการได้รับผลประโยชน์ต่างๆ ของผู้เขียน (Conflict of interest) (ถ้ามี) เช่น การได้รับทุน ค่าตอบแทน เงินเดือน ฯลฯ จากหน่วยงานใดๆ นอกเหนือจากงานประจำ
- **เอกสารอ้างอิง** ต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการโดยใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver และให้มีรายการอ้างอิงได้ไม่เกิน 25 รายการ ยกเว้น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review, Meta-analysis)

บทความวิชาการ (Academic article)

1. บทคัดย่อภาษาไทย เขียนตามรูปแบบดังนี้

- ชื่อเรื่องภาษาไทย กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
- ชื่อ นามสกุลภาษาไทย ของผู้แต่งทุกคน กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ขนาดตัวอักษร 16 pt.
- เนื้อหาบทคัดย่อ จำนวนไม่เกิน 300 คำ
- โดยบทคัดย่อประกอบด้วยเนื้อหา คือ เกริ่นนำ สิ่งที่ทำ สรุปผลสำคัญที่ได้ และเห็นภาพรวมทั้งหมดของงาน
- คำสำคัญ (Keywords) ภาษาไทยไม่เกิน 5 คำ
- ต่อจาก คำสำคัญ ใส่ สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคน และผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding author) ใส่ E-mail address ต่อท้ายด้วย

2. บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) เขียนตามรูปแบบดังนี้

- ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
- ชื่อ นามสกุลภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ขนาดตัวอักษร 16 pt.
- เนื้อหาบทคัดย่อภาษาอังกฤษ จำนวนไม่เกิน 300 คำ เนื้อหาต้องสอดคล้องกับบทคัดย่อภาษาไทย
- Keywords ภาษาอังกฤษไม่เกิน 5 คำ
- ให้ใส่ ตำแหน่ง สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคนเป็นภาษาอังกฤษ รวมทั้งชื่อ นามสกุลภาษาอังกฤษของ ผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding author) พร้อม E-mail address ต่อจาก Keywords

3. เนื้อหา (Main document) ประกอบด้วย หัวข้อดังนี้

- **บทนำ** กล่าวถึงความสำคัญของปัญหาโดยย่อ วัตถุประสงค์ ขอบเขตของเรื่อง และคำจำกัดความหรือนิยาม
- **เนื้อเรื่อง** (การจัดลำดับเนื้อหาสาระ การเรียบเรียงเนื้อหา การวิเคราะห์ วิพากษ์ วิจัย)
- **สรุป**
- **กิตติกรรมประกาศ** และการเปิดเผยการได้รับผลประโยชน์ต่างๆ ของผู้เขียน (Conflict of interest) (ถ้ามี) เช่น การได้รับทุน ค่าตอบแทน เงินเดือน ฯลฯ จากหน่วยงานใดๆ นอกเหนือจากงานประจำ

- เอกสารอ้างอิง ต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการโดยใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver และให้มีรายการอ้างอิงได้ไม่เกิน 30 รายการ

การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

การอ้างอิง ในเนื้อหา (In-text citation) ใช้ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความที่อ้างอิง เช่น¹ โดยเรียงตามลำดับที่อ้างอิงในเนื้อหา หากมีการอ้างอิงมากกว่า 1 ฉบับ หรือเลขต่อเนื่องกันให้ใช้ตัวเลขดังนี้¹⁻³ หากมีการอ้างอิงซ้ำรายการเดิม ให้ใช้หมายเลขเดิม

- การอ้างอิงในเนื้อหา ถึงงานที่มีผู้แต่งไม่เกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อ นามสกุลทุกคน โดยคนสุดท้ายเชื่อมด้วยคำว่า “และ” เช่น นवलพรรณ วรณเสน, เสนา วาริรักษ์ และมารยาท การเพียร¹ หรือ ถ้าผู้แต่งชาวต่างชาติให้เขียนเฉพาะนามสกุล เช่น Redford, Brosnan and Gear²
- การอ้างอิงในเนื้อหา ถึงงานที่มีผู้แต่งคนไทยเกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อ นามสกุล คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และ คณะ” เช่น วารินทร์ กางกำจกร และคณะ³ หรือ ถ้าผู้แต่งชาวต่างชาติให้เขียนเฉพาะนามสกุลคนแรกแล้วตามด้วยคำว่า “et al.” เช่น Jones et al.⁴

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver ตัวเลขในเอกสารอ้างอิงท้ายบทความต้องสอดคล้องกับตำแหน่งที่อ้างถึงในเนื้อหา เรียงเลขที่ตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา และต้องเป็น ภาษาอังกฤษทุกรายการ สำหรับเอกสารอ้างอิงที่เดิมเป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ ควรขึ้นต้นด้วยนามสกุล ต่อด้วยตัวอักษรตัวแรกของชื่อ และวงเล็บท้ายรายการว่า (in Thai) ดังตัวอย่าง

1. Komutiganon S. A study of the actual conditions and expectations of teamwork, as reported by the health team in the Hospital under the Department of Medicine Bangkok. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 1993. (in Thai).

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง (Reference) ท้ายบทความ ที่ใช้บ่อยมีดังนี้

- ก. ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน เขียนสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ กันให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (.) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง

2. Field A, Hole G. How to Design and Report Experiments. London: Sage Publications; 2003.

- ข. ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (.) และตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

3. Gray RJ, Leese M, Bindman J, Becker T, Burti L, David A, et al. Adherence therapy for people with schizophrenia: European multicentre randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2006;189:508-14.

- ค. ชื่อบทความ บทความภาษาอังกฤษ ให้ใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด

- ง. ชื่อวารสาร ถ้าเป็น วารสารไทย ให้ใช้ชื่อเต็ม เช่น Journal of Health Science Research วารสารต่างประเทศ ใช้ชื่อย่อตามมาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in

NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) ซึ่งคำย่อเหล่านี้ได้เขียนตามกฎการเขียนคำย่อของ American National Standard for Information Sciences-Abbreviation of Title of Publications หรือ search คำย่อจาก Caltech Library (<http://library.caltech.edu/reference/abbreviations/>)

- จ. ให้ใส่เฉพาะปี และเล่มที่เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่และฉบับที่
- ฉ. เลขหน้า ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น p.223-35 เป็นต้น
- ช. การเขียนอ้างอิงบทความจากวารสาร (**Articles in Journals**) มีรูปแบบดังนี้
- ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร. ปีที่พิมพ์; เล่มที่ของวารสาร: หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของบทความ.
- ตัวอย่าง
4. Cary T, Pearce J. Aortic stenosis: pathophysiology, diagnosis, and medical management of nonsurgical patients. Crit Care Nurse. 2013;33(2):58-72.
- ซ. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา (**Books or textbooks**) ทั้งเล่ม มีรูปแบบดังนี้
- ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.
- ตัวอย่าง
5. Field A, Hole G. How to design and report experiments. London: Sage Publications; 2003.
- ฅ. การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ (Chapter in a book) มีรูปแบบดังนี้
- ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.
- ตัวอย่าง
6. Nitirat P, Sitanon T. Surveillance Rapid Response Team (SRRT): A proactive model of health prevention excellence. In: Turner K, editor. SRRT: Clipping the wings of emerging diseases in Thailand. Bangkok: Sahamitr Printing & Publishing; 2013. p.45-55.
- ญ. เอกสารอ้างอิงที่เป็นบทความในหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (**Conference paper in proceedings**) มีรูปแบบดังนี้
- ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า.
- ตัวอย่าง
7. Macer D. Bioethical implications of public health from environmental issues in light of Fukushima. In Poddar S. editor. International conference on allied health sciences. 22nd-24th July 2011; Malaysia. Kurla Lumpur: Percetakan Horizon Waves; p.16-22.

ฎ. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

ตัวอย่าง

8. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: The elderly's access and utilization [Dissertation]. St. Louis: Washington University; 2001.

ฏ. บทความบนอินเทอร์เน็ต (Article on the Internet) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง/ชื่อหน่วยงาน. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ วันที่ เดือน ปี]; เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

9. Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. 2014 [cited 2014 Sep 9]; Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

Journal of Health Science Research

Author guidelines for an English manuscript

Editors welcome manuscripts in the field of health science. Our journal is peer reviewed. Each manuscript will be reviewed by at least 2 experts in the field. Double blinded review process is conducted to ensure quality. Authors are advised to read and follow the author guidelines. Editors reserve all rights to accept or reject manuscripts.

General criteria

1. The manuscript must not be published, or under submission process, elsewhere.
2. Manuscripts should be written in good English. Authors whose first language is not English are advised to have a native English editing their manuscripts prior to submitting.
3. Payment of 180 US\$ per manuscript is required for reviewing process and subscribing for 1 year membership.
4. Each paper will be blindly reviewed by at least 2 reviewers.
5. If revision is required by reviewers, authors must re-submit within a designated time frame, otherwise the manuscript will be automatically postponed to the next issue.

Essential criteria

1. Manuscripts must be in Microsoft Word, Browallia UPC 16 pt. Single space with 1 inch margin on each side of the page is required. Page number must appear on the upper right corner of every page; starting with 1, 2, 3,..
2. Manuscripts are limited to 12 pages of content, including Tables, Figures, images, and references, (abstract to reference list).
3. Names of Tables, Figures or Images must appear above them.
4. Manuscript and cover letter stating names, address, phone number, email address can be submitted to [URL:https://www.tci-thaijo.org](https://www.tci-thaijo.org)

Research article

Manuscript format

Title page

- Title: appears in the middle of the page, using Browallia UPC 20 pt. font.
- Academic position (or title) and names of all authors, using Browallia UPC 16 pt. font. Qualifications of all authors, affiliations and full mailing address, including e-mail addresses must appear after keywords.

Abstract (English and Thai language)

- should not exceed 300 words, with the following sub-headings;
 - Background
 - Objectives
 - Methods: design, samples, tools, data collection and data analysis

- Results
- Conclusions
- Keywords (English): 3-5 words

Main document

- **Introduction:** Background, rational, objectives
- **Methodology:** tools, samples, ethical considerations, data collection, data analysis
- **Results:** using appropriate Tables, Figures is recommended. Tables should not repeat what is already mentioned in the text, with a maximum of two tables.
- **Discussion**
- **Conclusions and Recommendations:** implications (e.g., for research, teaching, policy, practice)
- **Acknowledgement:** funding, conflict of interest (if any).
- **References:** Vancouver Style, using a tool to manage reference such as Reference Manager is preferable. References list must not exceed 25 items **except** Systematic review or Meta-analysis, or literature review must not exceed 30 items. All references must be in English only.

Academic Article

Manuscript format

Title page

- Title: appears in the middle of the page, using Browallia UPC 20 pt. font.
- Academic position (or title) and names of all authors, using Browallia UPC 16 pt. font. Qualifications of all authors, affiliations and full mailing address, including e-mail addresses must appear after keywords.

Abstract (English and Thai language)

- should not exceed 300 words, with the following sub-headings;
 - Introduction (or background), objectives
 - Conclusions: summary of important results or implications
 - Keywords (English): 3-5 words

Main document

- **Introduction:** Background, rational, objectives
- **Body Paragraphs:** grading material, Sequence analysis of critical reviews, Analysis critical review
- **Conclusions:** summary of important results or implications
- **Acknowledgement:** funding, conflict of interest (if any).
- **References:** Vancouver Style, using a tool to manage reference such as Reference Manager is preferable. References list must not exceed 30 items. All references must be in English only.

Learning factors affecting the development of 21st century skills of nursing students

Sudkanya Pancharern* Nitima Suparee** Supapen Panawatthanapisuit*

Abstract

Background: 21st Century skills are important abilities that today's nursing students need to succeed in their careers during the Information Age.

Objectives: This study aimed to examine 1) the 21st century skills of nursing students, 2) the relationship between learning factors and the 21st century skills, and 3) the predictors of the 21st century skills.

Methods: This descriptive study used a stratified random sampling technique to recruit 172 nursing students from Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan. The questionnaires about learning factors and 21st century skills were used to gather the data. The reliability by Cronbach's alpha coefficient was .89 and .87, respectively. Data were analyzed by using Pearson's correlation coefficient, Chi-square, and Stepwise multiple regression.

Results: The findings in this study demonstrated that: 1) the 21st century skills of nursing students were at a good level ($\bar{X} = 3.94$). Their learning & professional skills, ICT skill, and creative thinking & innovative skills were 4.15, 4.12, and 3.66, respectively. 2) The ten learning factors - learning styles, learning motive, self-directed learning, relationships among friends, curriculums, teaching quality, supervision systems, students' activities, learning environment, and classroom atmosphere, were correlated with the 21st century skills of nursing students at a significant level ($r = .54, .56, .60, .54, .62, .57, .53, .51, .44, \text{ and } .63$ respectively, $p < .01$). 3) The predictors were learning environment, self-directed learning, quality of teaching, and learning styles. These four predictors explained approximately 57.30 % of the variance in the 21st century skills of nursing students. The predictive equation was written as 21st century skills = $0.89 + .277 \text{ learning environment} + .210 \text{ SDL} + .143 \text{ quality of teaching} + .155 \text{ learning styles}$.

Conclusions: The findings of this study lead to recommendations that providing nursing students with a good learning environment and promotion of their self-directed learning competency could help them to develop 21st century skills.

Keywords: 21st century skills, nursing students, learning factors

*Boromarajonani College of Nursing Sawanpracharak Nakhonsawan, Praboromrajchanok Institute, Thailand

**Boromarajonani College of Nursing Sawanpracharak Nakhonsawan, Praboromrajchanok Institute, Thailand, E-mail: nithima@bcnsprnw.ac.th

Received: April 24, 2019

Revised: March 13, 2020

Accepted: April 24, 2020

ปัจจัยสนับสนุนการเรียนรู้ที่มีอิทธิพลต่อทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล

สุดกัญญา ปานเจริญ* นิธิมา สุภารี** สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒนพิสุทธิ์*

บทคัดย่อ

บทนำ: ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 เป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จที่นักศึกษาพยาบาลต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องในยุคสารสนเทศ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อหาปัจจัยสนับสนุนการเรียนรู้ที่ทำนายทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล

วิธีการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาคัดเลือกนักศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ จำนวน 172 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามปัจจัยสนับสนุนการเรียนรู้ และแบบประเมินทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .89 และ .87 ตามลำดับ สถิติที่ใช้คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: 1) ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.94$) โดย ทักษะอาชีพและทักษะการเรียนรู้/ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร/ ทักษะด้านการคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม มีคะแนน 4.15, 4.12 และ 3.66 ตามลำดับ 2) ปัจจัยสนับสนุนการเรียนรู้ คือ พฤติกรรมการเรียน แรงจูงใจในการเรียนรู้ ความสามารถในการเรียนรู้แบบนำตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเพื่อน หลักสูตรการศึกษา คุณภาพการสอนของอาจารย์ ระบบอาจารย์ที่ปรึกษา กิจกรรมนักศึกษา สภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ และบรรยากาศการเรียนรู้ มีความสัมพันธ์กับทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .54, .56, .60, .54, .62, .57, .53, .51, .44, \text{และ} .63$ ตามลำดับ) 3) ตัวแปรทำนายทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล คือ บรรยากาศการเรียนรู้ ความสามารถในการเรียนรู้แบบนำตนเอง คุณภาพการสอนของอาจารย์ และพฤติกรรมการเรียน สามารถทำนายทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 57.30 สมการทำนายทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล คือ ทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 = $.89 + .277$ บรรยากาศการเรียนรู้ + $.210$ ความสามารถในการเรียนรู้แบบนำตนเอง + $.143$ คุณภาพการสอนของอาจารย์ + $.155$ พฤติกรรมการเรียน

สรุปผล: การสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ และส่งเสริมทักษะการเรียนรู้แบบนำตนเอง ช่วยให้นักศึกษาพัฒนาทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21

คำสำคัญ: ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 นักศึกษาพยาบาล ปัจจัยสนับสนุนการเรียนรู้

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ สถาบันพระบรมราชชนก

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ สถาบันพระบรมราชชนก,

Introduction

Social changes in the fields of technology, economy, and cultural transformation have come together to give rise to a new form of society in the 21st century. In order to prepare nursing students for all of these changes, educators have to design a curriculum that will help them to develop their 21st century skills and connect with the world. 21st Century skills are important abilities that today's nursing students need to succeed in their careers during the Information Age.¹

In order to prepare health science students to play their role in the 21st century society, World Health Organization claimed that a health education model for 2010-2013 should be transformative education². Furthermore, The Thai Ministry of Education had announced the 12th national education plan (October 1st, 2016- September 30th, 2021) to develop the quality of life of the Thai people. These mean that Thai citizens should have knowledge, skills, and moral integrity with good quality of life and happiness. Learning is about discovery, not the memorization of facts. Instead of passively receiving information, the students would gather information on their own, under the guidance of their teachers. Different learning styles are encouraged. Students have an enhanced sense of motivation and responsibility. They engage in many different types of hands-on

activities, as well as demonstrating learning in many different ways. They also should have 21st Century skills³.

From social and cultural changes of 21st Century, the learning process methodology of nursing study needs to change. The aim of nursing study is to prepare registered nurses who are knowledgeable and well learned workers with 21st Century skills. Due to the fact that there is always an expectation that graduated nurses had to be knowledgeable and skillful. This group of people should have the ability to think clearly and rationally about what to do or what to believe. They also need to have cross-cultural understanding in order to work with all groups of patients. Thus, nursing education needs to have a clear strategy for preparing nurses for the future.⁴

Since 2009, there were many changes in the nursing curriculum of Praboromarajchanok Institute. The new health concepts, social science and humanized care are integrated into the teaching and learning activities across the entire curriculum. The concepts of student centeredness and authentic learning are also included to facilitate the production of knowledgeable and professionally competent personnel with critical thinking, clinical decision making, and lifelong learning skills.⁵ However, findings of a previous study about 21st Century skills of nursing

students in Boromarajonani College of Nursing during 2008-2009 indicated that their critical thinking skills were at fair level.⁶

All of the above, the researchers were interest in a relationship between the learning factors and the 21st century skills of nursing students in Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan. Findings of this study could be baseline information to develop a new learning process methodology promoting 21st Century skills of nursing students.

The present study aimed to examine
1) the 21st century skills of nursing students,
2) the relationship between the learning factors and the 21st century skills, and 3) the predictors of the 21st century skills.

Methodology

A research framework of this descriptive research based on Trilling & Fadel concept of 21st century skills.⁷

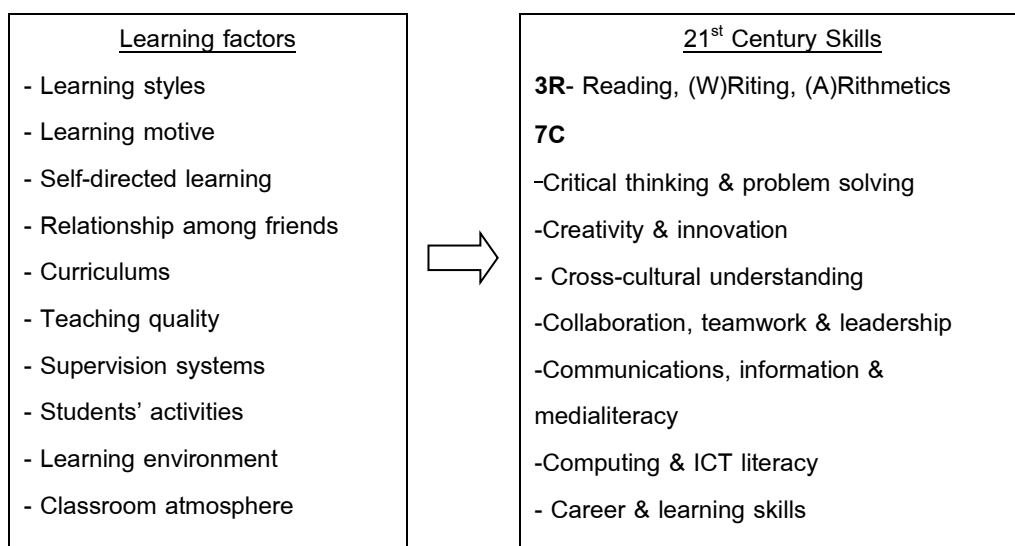


Diagram 1. Research Framework

Research Tool

A questionnaire was used to gather data from 172 participants over July 2018. This questionnaire was composed of 3 parts:

Part 1. Socio-demographic data: there were 4 multiple choice questions about gender, age, academic year, and grade

point average.

Part 2. The questionnaires about learning factors by Jaratsri Petchkong⁸ composed of 10 items and 76 questions. The details of each item are present as follows:

There were 10 questions for students' learning styles, 10 questions for learning motive, 11 questions for self-directed learning, and 8 questions for relationship among friends. Furthermore, there were 8 questions for teachers' teaching quality, 9 questions for curriculums, 5 questions for supervision systems, 5 questions for students' activities, 5 questions for learning environment, and 5 questions for classroom atmosphere.

All questions were 5-Rating Scale. Scoring values were customizable, but would typically be as follows;

- 4.50 - 5.00 = Exceptional
- 3.51 - 4.49 = Exceeds expectations
- 2.51 - 3.50 = Meets expectations
- 1.51 - 2.50 = Development Required
- 1.00 - 1.50 = Improvement Required

Part 3. The questionnaires about 21st century skills of nursing students by Kamolrat Turner⁹ based on Trilling & Fadel concept of students' 21st century skills had 8 items with 63 questions. The details of each item are present as follows:

There were 11 questions for 3R- Reading, (W)riting, (A)rithmetics, 8 questions for critical thinking & problem solving, 6 questions for Creativity & innovation, 4 questions for Cross-cultural understanding, 9 questions for Collaboration, teamwork & leadership, 8 questions for Communications, information & media literacy, 7 questions for

Computing & ICT literacy, 10 questions for Career & learning skills.

All questions were 5-Rating Scale. Scoring values were customizable, but would typically be as follows;

- 4.50 – 5.00 = Excellent
- 3.51 – 4.49 = Very Good
- 2.51 – 3.50 = Good
- 1.51 – 2.50 = Fair
- 1.00 – 1.50 = Poor

Reliability and validity of the questionnaire

Content validity of the questionnaire was done by 3 experts (IOC=0.8). It was piloted in a group of 30 students having similar characteristics to the potential participants. The questionnaire was revised several times before data collection taking place. The reliability by Cronbach's Alpha Coefficient was .89 and .87.

Populations and Participants

Populations in the present study included 741 nursing students from Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan. They were studying in the second term of academic year 2017. There were 249 students in the 1st year, 192 in the 2nd year, 165 in the 3rd year, and 135 in the 4th year.

Participants: the process of sample selection in this study was based on stratified random sampling. A sample size was calculated by using Power Analysis.¹⁰

The intended power of the test was .80 and the significance level of the test was .01. The potential participants in this study were 172 nursing students.

Ethical considerations

The study was approved by the Research Ethics Committee of Nakhon Sawan provincial public health office No. NSWPHO-027/61 on 29th June 2018.

Data collection

Potential participants were approached by the researchers in a classroom. They were given information about the research project, the purposes of the study, what they would be asked to do, the possible outcomes of participating in the study, anonymity and confidentiality, and the right to withdraw at any time without negative repercussions. All participants were given an opportunity to ask or discuss unclear points with the researchers. After that, the researcher left potential participants to make a decision about participation. Then, they returned to ask for their decision. Informed consent was obtained from all participants before they start filling the questionnaires. The researchers gave potential participants 30 minutes to fill their own questionnaires. After that they returned to collect and check a completion of the questionnaire.

All data were anonymised. Each participant was assigned a code known only

to the researchers. The personal details were stored separately.

Data analysis

Frequency, Percentage, mean, standard deviation, Pearson's correlation coefficient, Chi-square, and Stepwise multiple regression were selected to analyse the data.

Results

Findings in the present study demonstrated that:

1. Most of the sample were female (97.10%), male (2.90%) and had grade point average between 2.51 – 3.00 (43.00%).

2. The learning factors were at good level ($\bar{X} = 3.92$). There were supervision system ($\bar{X} = 4.18$), quality of teaching ($\bar{X} = 4.11$), and learning environment ($\bar{X} = 3.62$) respectively.

3. The 21st century skills of nursing students were at good level ($\bar{X} = 3.94$). Their learning & professional skills, ICT skill, and creative thinking & innovative skills were 4.15, 4.12, and 3.66 respectively.

4. The learning factors- learning styles, learning motive, self-directed learning, relationship among friends, curriculums, teaching quality, supervision systems, students' activities, learning environment, and classroom atmosphere- were correlated with the 21st century skills of nursing students at the significant level of .01 ($r = .54, .56, .60, .54, .62, .57, .53, .51, .44$, and $.63$ respectively).

Table 1 Pearson's product moment correlation coefficient between learning factors were correlated with the 21st century skills of nursing students

Factors	21 st century skills
	r
Learning styles	.54**
Learning motive	.56**
Self-directed learning	.60**
Relationship among friends	.54**
Curriculums	.62**
Teaching quality	.57**
Supervision systems	.53**
Students' activities	.51**
Learning environment	.44**
Classroom atmosphere	.63**

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

5. The predictors were learning environment, self directed learning, quality of teaching, and learning styles. These 4 predictors explained approximately 57.30 % of the variance in the 21st century skills of

nursing students. The predictive equation was written as 21st century skills = .89 +.277 learning environment +.210 SDL + .143 quality of teaching +.155 learning styles.

Table 2 The predictor variables

Variables	r		t
	b	Beta	
Constant (a)	.89		4.31**
Learning environment	.277	.37	6.04**
Self directed learning	.21	.26	3.59**
Teaching quality	.14	.18	2.88**
Learning styles	.155	.17	2.42*
F	58.37**		
R ²	.58		
Adjust R ²	.57		

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

Discussion

Findings in the present study revealed that learning factors were correlated with the 21st century skills of nursing students. The predictors were learning environment, self- directed learning, teaching quality, and learning styles. The first predictor was learning environment. It significantly increased the learning outcomes of nursing students. A good relationship between students and lecturers could arouse students' interest and motivation to the lectures which was a key of success in education. These also relieved students' stress from attending long lectures and could create enjoyable learning environments.¹¹ In order to create friendly learning environment, lecturers had to be sensitive to students' reaction and develop new learning process methodologies to response to their needs. It would help students to achieve their greatest potential.¹²

A significant correlation between self-directed learning and the 21st century skills of nursing students had also been reported in previous studies in Thailand.¹³ They demonstrated that self- directed learning could promote students' information and media literacy skills as they had to find information from many different resources. These also promoted students' life-long process of learning.¹⁴⁻¹⁵

Teaching quality was one of the important predictor variables of nursing

students' 21st Century skills. Teachers were important human resources affecting the development of national youth. Again, they were an important factor affecting the quality of education. For this reason, they had to adapt themselves to a global change and to develop their 21st Century skills¹⁶.

Previous research¹⁷ also supported this study's reports of teaching quality. They found that lecturers' teaching quality affected nursing students' learning outcomes. Nursing students expected that their lectures should have learning process methodology with friendly environments. They should always feel free to ask their lecturers for some more advice.

Learning styles are important factors promoting students' learning skills. Similar findings were found in many studies about students' learning outcomes in Thai. They revealed that students' learning styles directly affected their learning outcomes. Students attending classes regularly and always questioning would have better understanding about the subjects. These also helped them to develop their critical thinking, communications and information retrieval skills.¹⁸⁻¹⁹

Conclusions

Findings in the present study revealed that predictors were self- directed learning, learning styles, learning environment, and teaching quality. These 4 predictor variables explained approximately 57.30 % of the

variance in the 21st century skills of nursing students.

The most important predictor variable was learning environment. This led to recommendations that providing nursing students with a good learning environment, promoting their learning style, and self-directed learning could help them to develop their 21st century skills. Moreover nursing lecturers should develop learning process methodology focusing on students' need along with traditional teaching. These would help the students to develop their learning and 21st century skills.

References

1. Kramer N. Capturing the curriculum: A curriculum maturation and transformation process. *Nurse Educ.* 2005;30(2):80-4.
2. Mishra P, Kereluik K. What 21st Century Learning? A review and a synthesis. In Koehler M, Mishra P. editors. *Society for Information Technology & Teacher Education International Conference 2011.7-11th March 2011; USA. Tennessee: Nashville; p.3301-12.*
3. Office of the Education Council. *National education plan (2017- 2036).* Bangkok: Prigwhan Graphic; 2017. (in Thai).
4. Kunaviktikul W. Teaching and learning in the discipline of nursing in the 21st century. *Nursing Journal.* 2015;42(2): 152-56. (in Thai).
5. Thana K, Nittayawan S. McCormick student nurses' satisfaction thru reflective learning in fundamental nursing practice (Sn. 281), semester 2, academic year 2012-2013. [Research report]. Chiang Mai: McCormick Faculty of Nursing, Payap University; 2013. (in Thai).
6. Waisurasing L, Noparoojjinda S. The development of Instructional Model Using Authentic Learning Approach to enhance Achievement and Critical Thinking Ability of Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi. *Journal of Nursing and Education.* 2011;4(3):63-77. (in Thai).
7. Trilling B, Fadel C. 21st century skills: Learning for life in our times. San Francisco, CA: John Wiley & Sons. 2009.
8. Petchkong J. Causal Factors Affecting to Learning Outcomes of Nursing Students: Boromarajonani College of Nursing Chakriraj. *EAU Heritage Journal Science and Technology.* 2016;10(2):199-211. (in Thai).
9. Turner K, Leungratanamart L, Niranrat S, Jamarerux J, Wattanakull, Reunreang, T. 21st century skills, nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Chonburi. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health.* 2015; 25(2):178-93. (in Thai).
10. Anderson NG. *Practical process research and development.* 2nd ed. Massachusetts: Academic Press; 2012.

11. Haim G. Teacher & child: a book for parents and teachers. Nonthaburi: Bee Media; 2015. (in Thai).
12. Foundation of Virtuous youth. The key of education reform [Internet]. 2014 [cited 2014 Oct 18]; Available from: <http://apps.qlf.or.th/member/UploadedFiles/prefix-18102557-051507-5s1DfC.pdf>
13. Ucharattana P, Augmekiat T, Khanta A, Limpongsathorn T. Effect of clinical teaching methods using portfolio and knowledge market on self-directed learning of students in program of nursing specialty in nursing management, Journal of Nursing Science. 2012;30(4): 18-27. (in Thai).
14. Panich V. 21st Century skills. Bangkok: Sodsri-Saridwongso Foundation; 2013. (in Thai).
15. Bamroongcheep U. HyFlex Learning : Instructional Technology in 21 Century. Journal of Education. 2014;25(1):15-29. (in Thai).
16. Panich V. Framework for 21st Century Learning. Bangkok: Sodsri-Saridwongso Foundation; 2012. (in Thai).
17. Keawin N, Hongpasi P. Nursing students' expectation and reality towards nursing teachers in ward practice of principles and techniques in nursing practicum of the 18th class, the second year students, Boromarajonnani College of Nursing, Udon Thani [Research report]. Udon Thani: Boromarajonnani College of Nursing, Udon Thani ; 2011. (in Thai).
18. Chevasutho R. Relationship between teaching quality, learning behavior and learning efficacy as observed among st third-year nursing science majors at Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri. Thai Journal of Nursing Council. 2012;27(4):43-56. (in Thai).
19. Tuntiekarat T. The study behavior classes on academic achievement, thinking and decision making subjects of the student, Suan Dusit University in Trang Center. In proceedings of The 7th Hatyai National and International Conference 2016. 23th June 2016; Thailand. Songkhla: Hatyai University; p. 1035-46. (in Thai).

การศึกษาความปลอดภัยและประสิทธิผลการรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินด้วยยาตำรับสมุนไพรรในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี

ปัทสรา สังข์สุข* วิชัย โชควิวัฒน์**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความปลอดภัยในการรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินด้วยยาตำรับสมุนไพรรเปรียบเทียบกับความรุนแรงของโรคและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการรักษาของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินด้วยการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

วิธีการวิจัย: เก็บข้อมูลย้อนหลังจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามลำดับผู้มารับบริการ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสะเก็ดเงินหรือเรื้อนกวางและได้รับตำรับยาสมุนไพรรของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ paired sample t-test

ผลการวิจัย: ผู้มารับบริการโรคสะเก็ดเงินที่ได้รับตำรับยาสมุนไพรรเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุช่วง > 40 - 60 ปี ระยะเวลาที่เป็นโรคสะเก็ดเงินพบมากที่สุดในช่วงเวลา 1 – 5 ปี และผู้มารับบริการการรักษาโรคสะเก็ดเงินที่ได้รับตำรับยาสมุนไพรรหลังการรักษามีค่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรค (PASI) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ก่อนการรักษาค่าเฉลี่ย = 5.41 หลังการรักษา ค่าเฉลี่ย = 3.33) และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (DLQI) ก่อนรักษาเท่ากับ 7.42 และหลังการรักษา 4.54 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนการรักษา และไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ในการใช้ยาสมุนไพรร

สรุปผล: ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนาแนวทางในการรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินให้มีความปลอดภัยและมีประสิทธิผลการรักษาที่ดี รวมถึงพัฒนาเป็นแนวเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินได้ในอนาคต

คำสำคัญ: สะเก็ดเงิน ความปลอดภัย ประสิทธิภาพ แพทย์แผนไทย

*วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail:

papatsara@acttm.ac.th

**สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Received: December 17, 2019 **Revised:** March 22, 2020 **Accepted:** April 17, 2020

A study of the safety and efficacy of Psoriasis treatment with herbal medicine in Chaophraya Abhaibhubejhr Hospital, PrachinBuri Province

Papatsara Sungsuk* Vichai Chokvivat**

Abstract

Objectives: The purpose of this research was to study the safety and efficacy of treatment for psoriasis patients with Thai Traditional Medicine and compare the quality of life of the patients before and after treatment at Chaophraya Abhaibhubejhr Hospital.

Methods: A retrospective study was employed with a purposive sampling to recruit psoriasis patients who received formulated herbal medicine for psoriasis from Abhaibhubejhr hospital, Prachinburi. The data were analysed using paired sample t-tests.

Results: The study found that psoriasis patients who received formulated herbal medicine consisted of more males than females. The majority of the patients were between 40 and 60 years old and the duration of the disease was 1 to 5 years. The average score of Psoriasis Area Severity Index (PASI) after treatment reduced significantly ($p < .05$) as compared to before treatment (before treatment score = 5.41 and after treatment score = 3.33). The average score of the Dermatology Life Quality Index (DLQI) after treatment was also reduced when compared to before treatment, i.e., from 7.42 to 4.54. No adverse effects were observed during using the herbal medicines in this study

Conclusions: This study showed that treatment for psoriasis using formulated herbal medicines was safe and efficient but should be developed further in terms of safety and effectiveness in order to develop guidelines for the treatment of psoriasis in the future.

Keywords: Psoriasis, safety efficacy, Thai Traditional Medicine

*Abhaibhubejhr College of Thai Traditional Medicine Prachinburi, Praboromrajchanok Institute, Thailand,

E-mail: papatsara@acttm.ac.th

**College of Allied Health Sciences, Suansunandha Rajabhat University

บทนำ

ดั้งเดิมการแพทย์แผนไทย เรียกอาการของผิวหนังที่มีการหนาตัวขึ้นว่า โรคเรื้อน และในการแพทย์แผนปัจจุบัน เรียกว่า Psoriasis แปลเป็นภาษาไทยได้ว่า สะเก็ดเงินหรือเรื้อนกวาง¹ ซึ่งโรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังเรื้อรังชนิดหนึ่งที่เกิดจากการหนาตัวของชั้นผิวหนังที่มีการผลิตเซลล์ผิวอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดเป็นผื่นหนาขนาดใหญ่ พบความชุกของโรคสะเก็ดเงิน² ในแต่ละประเทศ อยู่ในระหว่างร้อยละ 0.09 ถึงร้อยละ 11.43 ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจ ครอบครัว สังคม และส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

ในประเทศไทย โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคที่พบได้บ่อยในทุกวัย เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม ภูมิคุ้มกันของร่างกาย และปัจจัยกระตุ้นจากภายนอก หากเทียบจากประชากร 100 คน จะพบผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินถึง 2 คน และหากเทียบจากประชากรทั้งหมด 67 ล้านคน จะมีผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ประมาณ 1.34 ล้านคน โรคสะเก็ดเงินสามารถพบได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย³ ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ โดยพบบ่อยใน 2 ช่วงอายุที่เริ่มเป็น คือ อายุ 22 ปี และ 55 ปี ในวัยผู้ใหญ่พบที่ช่วงอายุ 27 – 60 ปี ส่วนวัยเด็กอายุเฉลี่ยที่พบ คือ 8 ปี และไม่น้อยกว่า 15 ปี

การรักษาโรคสะเก็ดเงินในปัจจุบัน มีการรักษาที่หลากหลายวิธี⁴ ได้แก่ การรักษาตามมาตรฐาน คือ ยาทาภายนอก ยารับประทาน การใช้แสงแดดเทียม หรือยาฉีดกลุ่มชีวภาพ มีการรักษาแบบประคับประคอง ร่วมกับการดูแลรักษาทางจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้ขึ้นกับความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยแต่ละราย

ในคัมภีร์แพทย์แผนไทย⁵ มีการกล่าวถึงความผิดปกติของผิวหนังที่เป็นผื่นนูนหนาหรือเรื้อนในคัมภีร์วิฤทธิกุโรโร มีการกล่าวถึงเรื้อนไว้ 9 จำพวก 1 ใน 9 จำพวก คือ เรื้อนกวาง ซึ่งตรงกับอาการของโรคสะเก็ดเงินในการแพทย์แผนปัจจุบัน

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จึงได้มีการให้บริการรักษาโรคสะเก็ดเงินด้วยการใช้สมุนไพรตำรับในการถ่าน้ำเหลืองและของเสียประกอบด้วย ไพล ขาวเย็นเหนือ ขาวเย็นใต้ ดีเกลือ ขมิ้นอ้อย ยาดำ และมะขามเปียก ซึ่งการใช้ยาตำรับสมุนไพรจะเป็นตำรับเฉพาะของโรงพยาบาล เหมือนกับโรงพยาบาลพระปกเกล้า ที่มีการใช้ยาตำรับสมุนไพรกับผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินและพบว่ามีการรักษาอาการของผู้ป่วยเป็นไปในทางที่ดีขึ้นและไม่ส่งผลกระทบต่ออวัยวะภายในของร่างกาย⁶ แต่อาการแสดงภายนอกของผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอายและทุกข์ทรมานกับอาการป่วย ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินไม่ดี

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความปลอดภัยและเปรียบเทียบประสิทธิผลก่อนและหลังการรักษาของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในการจ่ายยาสมุนไพรและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการรักษาของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินด้วยตำรับยาสมุนไพรของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในสถานพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความปลอดภัยและเปรียบเทียบประสิทธิผลก่อนและหลังการรักษาของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินด้วยยาตำรับสมุนไพรในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการรักษาของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินด้วยตำรับยาสมุนไพรในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (analytical research) โดยแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ งานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และร้านยาไทยต้นแบบโพธิ์เงินอภัยภูเบศรโฮสเทล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี โดยผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษา Clinical Practice Guideline (CPG) ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ด้วยตำรับยาสมุนไพรตำรับเดียวกัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ณ งานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และร้านยาไทยต้นแบบ โพธิ์เงิน อภัยภูเบศรโฮสเทล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ระหว่างเดือนมีนาคม 2557 – เดือนกันยายน 2561 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนไทยประยุกต์เป็นโรคสะเก็ดเงินหรือเรื้อนกวาง

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนไทยประยุกต์ว่าเป็นโรคสะเก็ดเงินและได้รับตำรับยาสมุนไพร ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 325 คน จากนั้นกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากสูตรของ ทาโร ยามาเน่⁷ (Taro Yamane) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยใช้ความคลาดเคลื่อนที่ร้อยละ 5.00 จำนวน 180 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสะเก็ดเงินโดยแพทย์แผนไทยประยุกต์
2. ผู้ป่วยที่มีผลการประเมินความรุนแรงระดับ Mild Psoriasis (PASI<10 และ DLQI<10) ซึ่งเป็นระดับแรก ที่ผู้วิจัยสนใจในการติดตามความรุนแรงของโรคในการรับการรักษาโดยใช้ตำรับยาสมุนไพร

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่ขาดการติดตามผลการรักษา
2. ผู้ป่วยที่ไม่มีค่า PASI หลังรับการรักษา
3. ผู้ป่วยที่ไม่มีค่า DLQI หลังรับการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคสะเก็ดเงิน⁸
2. แบบประเมินระดับความรุนแรงโรคสะเก็ดเงิน⁹ (Psoriasis Area and Severity Index: PASI)
3. แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนัง⁹ (Dermatological Quality of Life Index: DLQI)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา Certificate Number: COA. 1-107/2018 วันที่ 22 มีนาคม 2563

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตการเก็บข้อมูล
2. คัดเลือกประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสะเก็ดเงินโดยแพทย์แผนไทยประยุกต์ และมีผลการประเมินความรุนแรงของโรค (PASI <10) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

โรคผิวหนัง (DLQI <10) ซึ่งจัดอยู่ในระดับ Mild psoriasis

3. เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ตามลำดับการเข้ารับบริการ จำนวน 180 คน หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมอาจค้นจากเวชระเบียนของผู้ป่วย โดยข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละรายจะถูกแปลงเป็นรหัสแทนตัวผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยจะไม่สามารถระบุถึงตัวตนของผู้ป่วยแต่ละรายได้ (Privacy and Confidentiality protection) และหากพบว่าการเก็บข้อมูลไม่พบค่า PASI หรือ ค่า DLQI จะถูกคัดออก ตามเกณฑ์การคัดออกทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายข้อมูลทั่วไป และวิเคราะห์เปรียบเทียบประสิทธิผลการรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ก่อนและหลังเข้ารับการรักษา การวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ก่อนและหลังเข้ารับการรักษา โดยใช้สถิติ paired sample t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลประชากร

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 180 คน พบว่าเป็นเพศชาย จำนวน 112 คน (ร้อยละ 62.20) และเพศหญิง จำนวน 68 คน (ร้อยละ 37.80) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง >40 - 60 ปี จำนวน 93 คน (ร้อยละ 51.70) รองลงมาได้แก่ผู้ที่มีอายุ ช่วง >20 - 40 ปี จำนวน 48 คน (ร้อยละ 26.70) ช่วงอายุ > 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 34 คน (ร้อยละ 18.90) และลำดับสุดท้ายอายุ 0-20 ปี

จำนวน 5 คน (ร้อยละ 2.80) ระยะเวลาที่เป็นโรคสะเก็ดเงิน มากกว่า 1-5 ปี จำนวน 74 คน (ร้อยละ 41.10) รองลงมาได้แก่ผู้ที่มีระยะเวลาที่เป็นมากกว่า 10 ปีขึ้นไป จำนวน 36 คน (ร้อยละ 20.00) และลำดับสุดท้าย คือระยะเวลา 0-1 ปี จำนวน 30 คน และอายุมากกว่า 5-10 ปี จำนวน 30 คน (ร้อยละ 19.40)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลค่าความรุนแรงโรคสะเก็ดเงิน ก่อนและหลังรับการรักษา (PASI)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการรักษาด้วยตำรับยาสมุนไพร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงโรคสะเก็ดเงิน (PASI) หลังการรักษา 3.33 (SD = 3.21) ซึ่งลดลงกว่าค่าเฉลี่ยความรุนแรงโรคสะเก็ดเงิน (PASI) ก่อนการรักษา 5.41 (SD = 2.61) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ส่วนที่ 3 ข้อมูลระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ก่อนและหลังรับการรักษา

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (DLQI) หลังการรักษา 4.54 (SD = 3.88) ซึ่งมีค่าดีขึ้นมากกว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (DLQI) ก่อนการรักษา 7.42 (SD = 2.33) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2 และผู้ป่วยส่วนใหญ่อาการดีขึ้น จำนวน 155 คน (ร้อยละ 86.10) และพบอาการไม่ดีขึ้น จำนวน 25 คน (ร้อยละ 13.90) และในกลุ่มตัวอย่างของตารางที่ 1 และ 2 ที่มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่อนข้างสูง เนื่องจากค่าระดับความรุนแรงก่อนและหลังมีการกระจายตัวค่อนข้างมาก การเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของโรคและระดับคุณภาพชีวิต

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับความรุนแรงโรคสะเก็ดเงิน ก่อนและหลังรับการรักษาของผู้ป่วย (n=180)

ความรุนแรงของ โรคสะเก็ดเงิน	ค่า PASI		df	t	p
	$\bar{X}$	SD			
PASI ก่อนรักษา	5.41	2.61	179	8.554	0.000*
PASI หลังรักษา	3.33	3.21			

*p<.05

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ก่อนและหลังรับการรักษา (n=180)

คุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน	ค่า DLQI		df	t	p
	$\bar{X}$	SD			
DLQI ก่อนรักษา	7.42	2.33	179	10.101	0.000*
DLQI หลังรักษา	4.54	3.88			

*p<.05

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของอายุ ระหว่างระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินหลังการรักษา กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินหลังการรักษา (n=180)

		อายุ	PASI หลัง	DLQI หลัง
อายุ	Pearson Correlation	1	-.173*	-.169*
	Sig. (2-tailed)		.020	.024
	N	180	180	180
PASI หลัง	Pearson Correlation	-.173*	1	.797**
	Sig. (2-tailed)	.020		.000
	N	180	180	180
DLQI หลัง	Pearson Correlation	-.169*	.797**	1
	Sig. (2-tailed)	.024	.000	
	N	180	180	180

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

จากการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มีอายุต่างกัน กับระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินหลังการรักษาและคุณภาพชีวิตหลังการรักษา โดยวิธีการรักษาเดียวกัน พบว่า ค่า p ของ PASI หลังการรักษาเท่ากับ .020 และ ค่า p ของ DLQI หลังการรักษาเท่ากับ .024 ซึ่งน้อยกว่า .05 ทั้ง 2 ค่าหมายความว่า อายุและระดับความรุนแรงของโรคและคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันยิ่งอายุน้อย โอกาสที่จะหายหรือดีขึ้นมีมากกว่าในอายุที่มากขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 3

อภิปรายผล

ผลการศึกษาความปลอดภัยและประสิทธิผลการรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินด้วยการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ด้วยตำรับยาสมุนไพรที่มีส่วนประกอบ ได้แก่ ไพล ข้าวเย็นเหนือ ข้าวเย็นใต้ ดีเกลือ ขมิ้นอ้อย และมะขามเปียก เมื่อเทียบระหว่างก่อนและหลังการรักษา พบว่าตำรับยานี้สามารถลดความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินได้ ซึ่งในตำรับยานี้มีส่วนประกอบที่สำคัญคือ ข้าวเย็นเหนือและข้าวเย็นใต้ ซึ่งสอดคล้องกับตำรับยากินแก้กฏโรคในคัมภีร์วิฤทธิกฏโรค⁵ ที่มีข้าวเย็นเหนือและข้าวเย็นใต้เป็นส่วนประกอบเช่นกัน

จากงานวิจัยของ Singh & Tripathy¹⁰ ได้เขียนบทความวิชาการเรื่อง การรักษาโรคสะเก็ดเงินด้วยการแพทย์ทางเลือก โดยใช้สมุนไพรที่บอกว่าการใช้สมุนไพรรักษาโรคสะเก็ดเงินนั้นมีผลข้างเคียงน้อยกว่าการใช้ยาสังเคราะห์ และการใช้ยาสมุนไพรนั้นง่ายในการจัดหาและรักษา ซึ่งสมุนไพรที่ใช้ในการรักษา ก็มีพืชตระกูลข้าวเย็น เป็นส่วนประกอบอีกด้วย ส่วนคุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (DLQI) ดีขึ้น ซึ่งแปลว่าเมื่อค่าความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินลดลง ค่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก็ดีขึ้นด้วย ซึ่งก็เป็นไปตามข้อเสนอแนะของ ฉัตรชัย สวัสดิไชย และคนอื่น⁶ ที่ได้ศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินด้วยสมุนไพรตำรับโรงพยาบาลพระปกเกล้า โดยทำการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลพระปกเกล้า ในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มารับการรักษาในคลินิกแพทย์แผนไทยโดยใช้สมุนไพรตำรับโรงพยาบาลพระปกเกล้า 80 ราย พบว่าสมุนไพรตำรับที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินได้ผลดีหากได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และควรเพิ่มเรื่องการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังการรักษา เพื่อให้ได้ผลที่ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งก็สัมพันธ์กับ Deng et al.¹¹ ที่ได้ทำวิจัยเชิงคลินิกเรื่องยาสมุนไพรจีนที่ใช้รับประทานเพื่อรักษาโรคสะเก็ดเงินชนิดเรื้อรัง¹² โดยใช้สูตรยาสมุนไพรจีน ชื่อว่า Yinxieling และถูกพัฒนาเป็นยาเม็ด PSORI-CM01 และประเมินผลการรักษาด้วยแบบประเมินผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน Psoriasis Area and Severity Index (PASI) และ ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน Dermatology Life Quality Index (DLQI) พบว่าพื้นที่สะเก็ดเงินและดัชนีความรุนแรงของโรคลดลง อาการปวดและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินก็ลดลงเช่นกัน

มีการศึกษาวิจัยฤทธิ์ต้านสะเก็ดเงิน (anti-psoriatic) ของ สารสกัด Flavonoid quercetin จากหัว (เหง้า) ข้าวเย็นเหนือ¹³ (rhizome Smilax china Linn.) โดย Vijayalakshmi และคณะ โดยใช้สารสกัดเมทานอล (Methanol

extract 100 and 200 mg/kg b.w.) และ isolated flavonoid quercetin (25 และ 50 mg/kg b.w.) ทดสอบกับ Swiss albino mice โดยใช้ carrageenan-induced pleurisy ผลการวิจัย พบว่า isolated flavonoid quercetin จากหัวข้าวเย็นเหนือ มีผลต่อ orthokeratosis และมีฤทธิ์ต้านการอักเสบ (anti-inflammation) และต้านการแบ่งตัวของเซลล์ (antiproliferant) ซึ่งหัวข้าวเย็นเป็นสมุนไพรไทยที่เป็นส่วนผสมอยู่ในตำรับยาไทยถึง 2,449 ตำรับยาที่ขึ้นทะเบียนจากกระทรวงสาธารณสุขโดยใช้รักษาโรคน้ำเหลืองเสีย โรคผิวหนัง กามโรค โรคเรื้อน โรคมะเร็งในระบบต่างๆ โรคที่เกิดจากการอักเสบต่างๆ เช่น โรคไขข้อ โรคติดเชื้อ แก้วปวดต่างๆ เป็นต้น ในตำรับยาไทยจะใช้หัวข้าวเย็น 2 ชนิดใช้ร่วมกันคือหัวข้าวเย็นเหนือและหัวข้าวเย็นใต้ และการศึกษาการใช้ตำรับยาของการแพทย์แผนจีน¹⁴ ก็มีหัวข้าวเย็นใต้ (*Smilax glabra* Roxb) รวมอยู่ด้วย ซึ่งบ่งชี้ว่าหัวข้าวเย็นใต้ (*Smilax glabra* Roxb) มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ ต้านเนื้องอก และมีการวิจัยใน in vivo study ซึ่งทำการศึกษาฤทธิ์ต้านการแบ่งตัวของเซลล์ (anti-proliferation) โดยใช้ mouse vaginal epithelium model และ mouse tail model พบว่าสารสกัดจากหัวข้าวเย็นใต้มีฤทธิ์ต้านการแบ่งตัวของเซลล์ด้วย

สำหรับความปลอดภัยในการรักษาด้วยตำรับยาสมุนไพรในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้มารับบริการที่ป่วยด้วยโรคสะเก็ดเงินและได้รับตำรับยาสมุนไพร ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และเมื่อวิเคราะห์จากตำรับยาสมุนไพร จะมีรสขมเปรี้ยวเป็นส่วนประกอบหลัก ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย จะกล่าวว่า รสขมเปรี้ยวจะช่วยกระตุ้นพิษ จึงส่งผลให้มีผู้ป่วยบางรายมี

ผื่นมากขึ้นจากพิษของโรค แต่จะไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ เมื่อพิษของโรคสะเก็ดเงินลดลงแล้ว อาการผื่นต่างๆ ก็จะลดลงตามไปด้วย ซึ่งจากผลดังกล่าวสอดคล้องกับ บุญศรี เลิศวิริยจิตต์¹⁵ ได้ทำการศึกษาองค์ความรู้เรื่องการทำบำบัดโรคสะเก็ดเงินด้วยแพทย์แผนไทย ว่าหลักในการรักษา คือ บำรุงเลือดและน้ำเหลืองให้ปกติ โดยจ่ายยาสมุนไพรคือ รสขม และยา 9 รส คือ ยาเมาเบื่อ ซึ่งตำรับยาสมุนไพรของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ก็มีหัวข้าวเย็นเหนือ และ หัวข้าวเย็นใต้ ซึ่งจัดเป็นยารสเมาเบื่อ เช่นเดียวกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ตำรับยาสมุนไพรมีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงและสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน อีกทั้งมีความปลอดภัยในการรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในระดับ Mild Psoriasis

ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำวิจัยเป็นการศึกษาไปข้างหน้า (Prospective Study) และควรออกแบบการเก็บข้อมูลให้ครบถ้วน เช่น การกำหนดตัวแปรควบคุม ต้องได้รับยาตำรับสมุนไพรอย่างเดียว การกำหนดระยะเวลาในการรับประทานยาสมุนไพร เพื่อติดตามผลการรักษาที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพการรักษาโรคสะเก็ดเงินด้วยตำรับยาสมุนไพรเพิ่มเติม โดยใช้งานวิจัยนี้เป็นเครื่องมือพื้นฐาน ในการยืนยันประสิทธิผลและความปลอดภัยของตำรับยาสมุนไพรเพื่อใช้เป็นประโยชน์ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์
ที่ปรึกษางานวิจัยและขอขอบพระคุณงาน
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
โรงพยาบาล เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัด
ปราจีนบุรี ที่เอื้อเฟื้อสถานที่ในการเก็บข้อมูล
งานวิจัย

References

1. Dorland WA. Dorland's illustrated medical dictionary E-book 30th ed., Canada: W.B. Saunders; 2019.
2. World Health Organization. Global Report on Psoriasis [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 12]; Available from: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html.
3. Kunlavanit P, Phisambut P. Skin Disease in Modern Medicine Practice: Dermatology 2020. Bangkok: Holistic Publishing; 2012. (in Thai).
4. Nophakun N, Timphathanaphong P, Sinthuphak W, Watthanakrai P, Akaraphan R, Sutthiphaisan N, et al. Clinical Practice Guideline for Psoriasis. [Internet]. 2016 [cited 2017 July 12]; Available from: http://www.dst.or.th/files_news/Psoriasis_2010.pdf. (in Thai).
5. Wat Po Thai Traditional School, Thai medicinal recipes on Wat Phra Chettuphon Wimon Mangkhalaram's stone inscriptions; 2558. (in Thai).
6. Swaddichai C, Sookpaisal W, Chaicharoen pong K, Sanguansap P, Limprapaipong T. The Result of Treatment Psoriatic Patients with Herbal Compounds in Prapokklao Hospital. Journal Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center. 2010;27 (4):249-255. (in Thai).
7. Sinjaru T. Research and statistical data analysis with SPSS. Bangkok: V inter Print; 2006. (in Thai).
8. Teoli M, Zangrilli A, Chimenti MS, Talamonti M, Bavetta M, Graceffa D, et al. Evaluation of Clinical and Ultrasonographic Parameters in Psoriatic Arthritis Patients Treated with Adalimumab: A Retrospective Study. Clin Dev Immunol. 2012;823-54.
9. Thai Rheumatism Association. Guideline for Management of Psoriatic Arthritis [Internet]. 2012 [cited 2017 July 15]; Available from: <http://www.Thairheumatology.org/wp-content/uploads/2016/08/Guideline-for-Management-of-Psoriatic-Arthritis.pdf>.
10. Singh KK, Tripathy S. Natural Treatment Alternative for Psoriasis: A Review on Herbal Resources. Journal of Applied Pharmaceutical Science. 2014;4(11):114-21.
11. Deng J, Yao D, Lu C, Wen Z, Yan Y, He Z, et al. Oral Chinese herbal medicine for psoriasis vulgaris: protocol for a randomized, double-blind, double-dummy, multicenter clinical trial. BMI Open. 2017;7(11):1-6.
12. Huang X, Zhang L, Bie X. Traditional Chinese medicine for the treatment of psoriasis vulgaris: A systematic review. Afr J Microbiol Res. 2012;6(43):7040-47.

13. Vijayalakshmi A, Ruvichandiran V, Velraj M, Nirmala S, Male A, Jayakumari S, et al. Anti-Psoriatic activity of smilax china linn. Rhizome. Indian Journal of Pharma Educa and Res. 2013;47(1):82-9.
14. Yang L, Zhang SC, May B, Yu J, Guo X, Zhang LA, et al. Efficacy of combining oral Chinese herbal medicine and NB-UVB in treating psoriasis vulgaris: a systematic review and meta-analysis. Chin Med. 2015;10:27.
15. erdwiriyajitt B, editors. Thai Traditional Medicine: Psoriasis Treatment [Internet]. 2012 [cited 2017 Jul 15]; Available from: <http://www.ssruiir.ssrui.ac.th/bitstream/ssruiir/670/1/109-55.pdf>. (in Thai).

ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อ ความรู้ พฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเอง และดัชนีมวลกายในวัยผู้ใหญ่ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด โรคเบาหวานชนิดที่ 2

ลักษณา พงษ์ภุมมา* ขวัญตา เพชรณิโชติ** เชษฐา แก้วพรม*** เมทนี ระดาบุตร****

บทคัดย่อ

บทนำ: การสัมภาษณ์แบบสร้างแรงจูงใจเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่ส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและดัชนีมวลกายในวัยผู้ใหญ่ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีการวิจัย: วิจัยกึ่งทดลองชนิดศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน เข้าร่วมโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Miller & Rollnick ใช้เวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมง อย่างต่อเนื่อง จำนวน 5 ครั้ง เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบวัดความรู้ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .767 และ .826 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเปรียบเทียบ paired t-test

ผลการวิจัย: หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุปผล: ผลการศึกษาแสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสัมภาษณ์แบบสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ควรนำไปใช้ในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ: การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: laksana@bnc.ac.th

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

***วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่ สถาบันพระบรมราชชนก

****วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

Received: February 26, 2020 **Revised:** March 27, 2020 **Accepted:** April 17, 2020

The effects of a motivational interview program on knowledge, health promoting behaviors, and body mass index among adults with risk factors of type 2 diabetes

Laksana Pongpumma* Kwanta Petmaneechote** Chetta Kaewphom***Matanee Radabutr****

Abstract

Background: Motivational interviewing is considered an effective strategy to promote health behaviors among persons with a risk of type 2 diabetes.

Objectives: The aim of this research was to investigate the effectiveness of a motivational interview program on knowledge, health promoting behaviors and body mass index among adults with risk factors of type 2 diabetes.

Methods: This quasi-experimental research involved selection of 30 participants having risk factors for type 2 diabetes and living in one area, Muang Chonburi. A motivational interview program was developed based on Miller & Rollnick's framework. The program was administrated over a 1 to 2 hour session, with 5 sessions spreading over a period of 10 weeks. The data collection instruments were questionnaires used to obtain participants' knowledge and their health promoting behaviors. The questionnaires reported reliabilities of .767 and .826, respectively. Data were analyzed using paired t-test comparisons.

Results: The finding reveals that, after participating in motivational interview program, participants reported a significantly higher level of knowledge and health promoting behavior, when compared to those before participation ($p < .01$). In contrast, participants' body mass index was significantly lower than before participating the program ($p < .01$).

Conclusions: The findings reflect the effectiveness of the motivational interview program in terms of changing health behaviors, and can be adopted for persons with a risk of type 2 diabetes and other non-communicable diseases.

Keywords: motivation interviewing, diabetes type 2, health behaviors

*Boromarajonani College of Nursing Chon Buri, Praboromrajchanok Institute, Thailand,

E-mail: laksana@bnc.ac.th

**Boromarajonani College of Nursing Chon Buri, Praboromrajchanok Institute, Thailand

***Boromarajonani College of Nursing Phrae, Praboromrajchanok Institute, Thailand

****Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Praboromrajchanok Institute, Thailand

บทนำ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมเป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แม้ว่าผลการศึกษาจะพบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะเกี่ยวข้องกับ พันธุกรรม อายุ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น และระดับความดันโลหิต¹⁻² แต่สาเหตุเบื้องต้นของการเกิดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว เกิดจากการที่บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสมหรือขาดการดูแลสุขภาพของตนเอง จนปล่อยให้ตนเองเกิดสภาพร่างกายที่เป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค³ การรับประทานอาหารหวาน มัน การไม่ออกกำลังกาย เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ประชาชนมีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเกินมาตรฐาน และเกิดความดันโลหิตสูงจนส่งผลกระทบต่อระบบเมตาบอลิซึมและการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินลดลงทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การพัฒนาให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเองรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค การป้องกันการเกิดโรค³ การบริโภคอาหารอย่างถูกต้องและเหมาะสมตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยลดความเสี่ยงระดับน้ำตาลในกระแสเลือด และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2⁴⁻⁵ ดังนั้นการกระตุ้นให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงเป็นกุญแจสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเกิดโรค

การสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing: MI) เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่บุคลากรนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนด้วยความเชื่อว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นพื้นฐานของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อ

สร้างแรงจูงใจเป็นรูปแบบของการให้การปรึกษาที่กระตุ้นให้ประชาชนเกิดแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการจัดการความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเอง โดยบุคลากรที่ให้คำปรึกษามีบทบาทในการชี้นำสนับสนุน ช่วยเหลือในการค้นหาปัญหา และแก้ไขความลังเลใจ ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจภายใน ในการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจน และตัดสินใจกระทำการเปลี่ยนแปลงตามแนวทางแก้ปัญหาด้วยตนเอง⁶⁻⁷ จากการศึกษาของ Leelapattanapanit & Phunopas⁸ พบว่า การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจช่วยให้ประชาชนมีพฤติกรรมการกินและการออกกำลังกายดีขึ้น รวมถึงช่วยลดดัชนีมวลกายได้ โดยในการวิจัยสรุปว่าการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจแม้เพียงครั้งเดียวก็ช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่หากกระตุ้นหลายๆ ครั้งก็จะช่วยให้เกิดความต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sarakhwan⁹ ที่พบว่าการโปรแกรมการสัมภาษณ์แบบสร้างแรงจูงใจช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น

คณะผู้วิจัยเห็นถึงประโยชน์ของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการช่วยให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้เหมาะสม โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงได้พัฒนาโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ เพื่อพัฒนาประชาชนกลุ่มเสี่ยงให้มีความรู้ความเข้าใจ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ตลอดจนถึงดัชนีมวลกายลดลง ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคต ในการวิจัยนี้จะทำการทดลองในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จากการศึกษาแบบสำรวจในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ จำนวน 400 คน

ระหว่างเดือนสิงหาคม - เดือนพฤศจิกายน 2560 พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ไม่ชอบการไปออกกำลังกาย มีภาวะน้ำหนักเกิน ชอบรับประทานอาหารพวกแป้งและของทอด¹⁰ ซึ่งนับเป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยจึงศึกษาในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยหวังว่าหากประชาชนกลุ่มดังกล่าวได้รับการให้ปรึกษาทางสุขภาพที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงความเสี่ยงของการเกิดโรค และมีแรงจูงใจที่พัฒนาตนเองให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานในที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจ ต่อความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และดัชนีมวลกายของวัยผู้ใหญ่ ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองชนิดศึกษา กลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (one group pretest – posttest design) เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มิถุนายน – เดือน กันยายน 2561

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 35 - 59 ปี มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยมีเกณฑ์คัดเลือกคือมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (Fasting Blood Sugar: FBS) ในช่วง 3 เดือนสุดท้าย ระหว่าง 100 - 125 มก/ดล. มีบุคคลในครอบครัวสายตรงเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีดัชนีมวลกายมากกว่า

หรือเท่ากับ 27 อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 10 หมู่บ้าน จำนวน 974 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 คน คัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย โดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง¹¹ ซึ่งศึกษาผลของการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมดัชนีมวลกายของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 และให้ผลการทดสอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงนำค่าที่ได้จากการศึกษามาแทนที่ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรคำนวณขนาดอิทธิพล(effect size) ได้ขนาดอิทธิพล 1.4 จากนั้นนำค่าที่ได้ไปเทียบกับตารางของ Cohen¹² โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05และอำนาจการทดสอบที่ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 20 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างในการทดลองครั้งนี้ จำนวน 30 คนโดยกลุ่มตัวอย่าง สามารถอ่าน และเข้าใจภาษาไทย สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีที่อยู่อาศัยที่แน่นอน และมีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่

โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการให้คำปรึกษา โดยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (MI) ของ Miller & Rollnick⁷ ใช้เวลาในการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งละประมาณ 1-2 ชั่วโมง และนัดต่อเนื่องจนครบ 5 ครั้ง ระยะเวลารวม 10 สัปดาห์ โดยกิจกรรมกลุ่ม 5 ครั้งสำหรับกลุ่มทดลองมีดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัย นัดพบกลุ่มทดลองทั้ง 30 คน แจ้งผลการวัดค่าดัชนีมวลกาย ดำเนินการวัด

แรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ไม้บรรทัดวัดแรงจูงใจ ร่วมกับใช้แบบสอบถามแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลให้กลุ่มตัวอย่างเตรียมตัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกระตุ้นให้วางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง เพื่อกลับไปปฏิบัตินัดเข้ากลุ่มครั้งต่อไปอีก 2 สัปดาห์

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัย ใช้กระบวนการกลุ่มช่วยกลุ่มตัวอย่างให้ค้นหาสาเหตุของปัญหาและเป้าหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองพร้อมทั้งทำปฏิทินปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ให้กำลังใจและกระตุ้นให้กลับไปทดลองปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ นัดกลับมาเข้ากลุ่มครั้งต่อไปอีก 2 สัปดาห์

ครั้งที่ 3 ให้กลุ่มตัวอย่างพูดถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ หลังจากกลับไปทดลองปฏิบัติครั้งที่แล้วของตนเอง ให้คำชมเชยเมื่อเริ่มปฏิบัติได้ และปรับเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ใหญ่ให้เล็กลงเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเปลี่ยนแปลงได้สำเร็จ กลุ่มร่วมกันปรับปฏิทินสุขภาพและเสนอทางเลือกที่เหมาะสมของแต่ละคน และจัดการกับภาวะลังเลที่ยังหลงเหลืออยู่ นัดเข้ากลุ่มครั้งต่อไป อีก 4 สัปดาห์

ครั้งที่ 4 ติดตามผลการลงมือปฏิบัติตามแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจากครั้งที่แล้ว ประเมิน ความรู้สึก หาแนวทางแก้ไข ปัญหาจากการปฏิบัติที่เกิดขึ้น และสร้างความเชื่อมั่นในสิ่งที่ถูกต้อง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเริ่มเปลี่ยนแปลงตนเองได้ ร่วมกันค้นหาตัวกระตุ้นที่จะทำให้กลับไปมีพฤติกรรมเดิม ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขตัวกระตุ้นนั้น นัดกลับมาเข้ากลุ่มครั้งต่อไป อีก 2 สัปดาห์

ครั้งที่ 5 กลุ่มตัวอย่างสะท้อนผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้ดำเนินกิจกรรมชื่นชม ส่งเสริมให้เห็นคุณค่าในชีวิตร่วมกันกำหนดเป้าหมายระยะยาวที่ชัดเจน (clarifying goals) เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างถาวร และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สร้างความมั่นใจ (self efficacy) ต่อการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการปรับปรุงและพัฒนาจากเครื่องมือการวิจัยของเพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธุ์ และคณะ¹³ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิดดังนี้ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย ชื่อ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ น้ำหนัก และส่วนสูง

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีลักษณะแบบเลือกคำตอบ (multiple choice) จำนวน 24 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้ด้านพฤติกรรมความรู้ด้านการรับประทานอาหาร และความรู้ด้านภาวะแทรกซ้อน เกณฑ์การประเมินความรู้ข้อละ 1 คะแนน แปลผลโดยพิจารณาจากค่าคะแนนดังนี้

ร้อยละ 81-100 จำนวน 20 - 24 คะแนน หมายถึง ความรู้ระดับสูง

ร้อยละ 51 - 80 จำนวน 13 - 19 คะแนน หมายถึง ความรู้ระดับกลาง

ร้อยละ 0 - 50 จำนวน 0 - 12 คะแนน หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของวัยผู้ใหญ่ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (rating scale) จำนวน 30 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วยพฤติกรรมการ

ดูแลตนเองด้านร่างกาย ด้านการดูแลจิตใจ อารมณ์ และสังคม ด้านการดูแลรักษา และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยมีเกณฑ์การประเมินผลพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง มี 3 ระดับ ดังนี้

2.51 – 3.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูง

1.51 – 2.50 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับกลาง

1.00 – 1.50 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (MI) ของ Miller & Rollnick⁷ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขภาษาและเนื้อหาตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ

2. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยผู้ใหญ่ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิให้ปรับลดจำนวนข้อคำถาม เนื่องจากมีความซ้ำซ้อน จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างคือชุมชนตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของวัยผู้ใหญ่ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .826 และ แบบทดสอบความรู้เรื่อง

โรคเบาหวาน นำไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .767

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เลขที่อนุมัติ BNC REC 03/2561 รับรองเมื่อวันที่ 19 มิถุนายน 2562

การรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงการวิจัยได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองดังนี้

1.ระยะเตรียมการ ระยะเวลา 2 สัปดาห์ เตรียมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจโดยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

1.1 ผู้วิจัยประสานกับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการศึกษา

1.2 สรรวจปัญหา และความต้องการของกลุ่มเสี่ยงวัยผู้ใหญ่ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเป็นพื้นฐานในการศึกษา ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับต่ำ – ปานกลาง และมีดัชนีมวลกาย ระหว่าง 27 – 36.60 กิโลกรัม/เมตร² ($\bar{X}$ = 34.71, SD=4.31)

2.ระยะดำเนินการ ระยะเวลา 10 สัปดาห์

21 ผู้วิจัยแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ การทำวิจัย และพิทักษ์สิทธิในการร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 ให้ผู้วิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2.3 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความรู้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และดัชนีมวลกาย โดยตอบแบบวัดความรู้ แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง และชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง (หาค่าดัชนีมวลกาย) เพื่อเป็นการวัดก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการสัมมนา เพื่อสร้างแรงจูงใจ

2.4 ดำเนินโปรแกรมการสัมมนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ใช้เวลาในการทำกิจกรรมกลุ่ม ครั้งละประมาณ 1-2 ชั่วโมง และนัดต่อเนื่องจนครบ 5 ครั้ง ระยะเวลารวม 10 สัปดาห์

3. ระยะประเมินผล ระยะเวลา 2 สัปดาห์ นัดพบกลุ่มตัวอย่างให้ตอบแบบวัดความรู้ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพตนเองของกลุ่มเสี่ยงวัยผู้ใหญ่ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง (คำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย) เพื่อเป็นการวัดหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสัมมนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ แล้วนำผลมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพตนเองและดัชนีมวลกาย ของกลุ่มตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพตนเอง และดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=30)

ตัวอย่าง โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง และ ดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสัมมนาเพื่อสร้างแรงจูงใจโดยใช้การทดสอบค่าที (paired t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.00) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุระหว่าง 46-59 ปี อายุเฉลี่ย 48.16 ปี (SD= 1.06) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 58.40) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60.30) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 53.70) รายได้ไม่เกิน 9,000 บาท (ร้อยละ 72.30)

2. ผลของโปรแกรมการสัมมนา เพื่อสร้างแรงจูงใจ จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	df	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ความรู้โรคเบาหวาน	14.56	1.91	21.58	1.65	7.59	29	.000**
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	1.43	0.18	2.63	0.10	1.37	29	.000**
ดัชนีมวลกาย	34.71	4.31	29.01	5.92	3.72	29	.000**

**p< .01

อภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ผลการวิจัยพบประเด็นสำคัญดังนี้

1. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจช่วยพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้ การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นรูปแบบหนึ่งของการให้การปรึกษารายบุคคลที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ในกระบวนการดังกล่าว ทีมวิจัยจะมีหน้าที่รับฟังในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวาน และการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยไม่ตัดสินว่าสิ่งที่เขาเข้าใจนั้นถูกหรือผิด พยายามทำความเข้าใจถึงกระบวนการรับรู้ เพื่อหาแนวทางในการให้ข้อมูลเพื่อปรับเปลี่ยนให้เป็นความเข้าใจที่ถูกต้อง จากนั้นทำการสอดแทรกความรู้หรือข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปคิดทบทวนว่าความรู้ความเข้าใจเดิมนั้นมีความถูกต้องหรือไม่ ตลอดจนมีการซักถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความรู้ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ทั้งนี้ Miller & Rollnick¹⁴ อธิบายว่าการทำความเข้าใจการรับรู้ของผู้รับบริการโดยผ่านการรับฟังอย่างไม่ตัดสิน จะช่วยสร้างความไว้วางใจ ลดแรงต้านที่จะรับฟังข้อมูลใหม่และมีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจใหม่ให้ถูกต้อง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนา สารขวัญ⁹ และอิทธิพล ฟองแก้ว และคณะ¹⁵ ที่พบว่า การให้ความรู้ด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้าง

แรงจูงใจช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพได้ถูกต้องมากขึ้น

2. ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) สรุปได้ว่า โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจช่วยกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นเทคนิคที่สามารถนำมาใช้ในการให้คำปรึกษาเพื่อจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ ด้วยหลักสำคัญ 3 ประการ⁷ ได้แก่ 1) การสร้างความร่วมมือ เนื่องจากในกระบวนการให้การปรึกษาที่ทีมวิจัยรับฟังประสบการณ์และความรู้ด้านสุขภาพเดิมของกลุ่มตัวอย่าง รับฟังเหตุผลที่เขาจะยังคงหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะช่วยสร้างความไว้วางใจ ไม่ต่อต้านหรือเกิดความขัดแย้งในใจ และเปิดใจที่จะรับฟังข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง 2) การดึงความต้องการและความตั้งใจมาจากภายในตัวของกลุ่มตัวอย่าง ในกระบวนการให้การปรึกษาที่ทีมวิจัยจะรับฟังถึงความต้องการของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ตัดสินว่าความต้องการนั้นถูกหรือผิด ในการโน้มน้าวใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก็ไม่เน้นการสั่งหรือกดดันกลุ่มตัวอย่างให้เปลี่ยนพฤติกรรม แต่ทีมวิจัยจะเป็นผู้กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนถึงผลดี-ผลเสียของการคงอยู่หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการตระหนักรู้ของตนเอง และ 3) การสร้างความรู้สึกถึงความเป็นไปได้ และทำได้ด้วยตนเอง เป็นการสร้างความตระหนักว่าพฤติกรรมที่ตนเองทำอยู่นั้นสมควรจะมีการเปลี่ยนแปลง จากนั้นผู้วิจัยจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การดูแลตนเองให้เหมาะสม มีการให้กำลังใจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกถึงความเป็นไปได้ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทำได้ด้วยตนเอง มากกว่าการเชื่อฟัง จนเกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดูแลตนเองได้มากที่สุด ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Waker¹⁶ และของ Rosenbek และคณะ¹⁷ ที่ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ แบบสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวกลุ่มตัวอย่างต่างมี พฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า หลังเข้าร่วม โปรแกรมสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ กลุ่ม ตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สรุปได้ว่าโปรแกรม การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจช่วยให้กลุ่ม ตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแล ตนเองจนทำให้ดัชนีมวลกายลดลงได้ ดังกล่าวไป แล้วในข้างต้นว่า การสัมภาษณ์แบบสร้างแรงจูงใจ เป็นการให้การปรึกษาที่ช่วยกระตุ้นให้กลุ่ม ตัวอย่างตระหนักถึงผลดีของการมีพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสม มีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองเพื่อ ป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ในการ วิจัยครั้งนี้ ทีมวิจัยได้มุ่งเน้นเรื่อง การลดดัชนีมวล กายเพราะการมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานถือเป็น ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ ทำการประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมตามระยะของการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม (stage of change) และให้คำปรึกษา รายบุคคลโดยให้กลุ่มตัวอย่างค้นหาสาเหตุของ ปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพร้อม ทั้งทำแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ ตนเองได้อย่างเหมาะสมถึงขั้นลงมือเปลี่ยนด้วย ตนเอง ทั้งนี้ Miller & Rollnick¹⁴ ได้กล่าวถึง การ ช่วยเหลือและสนับสนุนให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่น ในศักยภาพของตนเอง (self efficacy) ที่จะ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญ ของการสัมภาษณ์แบบสร้างแรงจูงใจ ที่จะช่วยให้ บุคคลมีแรงจูงใจในเปลี่ยนแปลงด้วยตนเองใน ระยะยาว มีความยั่งยืนส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถ ควบคุมค่าดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ดีขึ้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ นกแก้ว¹⁸ และอดุลย์ วุฒิจรัสพันธุ์ และ คณะ¹⁹ ที่ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบสร้าง แรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งสองมี พฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและมีดัชนีมวลกายลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การสัมภาษณ์แบบสร้างแรงจูงใจเป็น กลยุทธ์หนึ่งที่ส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อ การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการ ดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรควรใช้โปรแกรมสัมภาษณ์แบบ สร้างแรงจูงใจในการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เนื่องจากเป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนความรู้และ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยมองผู้รับบริการ เป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการรับฟังผู้รับบริการด้วย ความเข้าใจ ยอมรับ ไม่ตัดสินถูก-ผิด และส่งเสริม การกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพและกำหนด แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยสร้างแรงจูงใจการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2) ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาประสิทธิภาพของ โปรแกรม สัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในระยะยาว โดย การติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ เพื่อดูความ

คงทนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวคิดการสัมภาษณ์แบบสร้างแรงจูงใจเพื่อใช้กับบุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคไตวาย โรคหลอดเลือดและหัวใจ เป็นต้น

References

1. Turi KN, Buchner DM, Grigsby-Toussaint DS. Predicting Risk of Type 2 Diabetes by Using Data on Easy-to-Measure Risk Factors. *Prev Chronic Dis*. 2017;14:160-244.
2. Chia DB, Wong LY, Liu DYK, Toh MPHS. Predictive factors of developing type 2 diabetes mellitus, Acute Myocardial Infarction and stroke in a cohort with Impaired Fasting Glucose in Singapore. *Diabetes Res Pract* .2017;132:59-67.
3. Sompan A, Terathongkum S, Piaseu N, Sakunhongsophon S. Factors predicting diabetes preventive behavior in persons with pre-diabetes. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2015;21(1):96-109. (in Thai).
4. Kaewsringam P, Nirattaradorn M, Wattana C. Factors predicting type II diabetes mellitus preventive behaviors among people at risk for diabetes. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2015;.27(2)119-31. (in Thai)
5. Chinsom J, Senaruk W. Type 2 diabetes risk in middle-aged Isaan women: a case study of urban community. *Journal of Nurse Association of Thailand North-Eastern Division*. 2011.29(1):31-40. (in Thai).
6. Wongthaicharoen P, Juthamas H, Suttithatip S. Effects of motivational interviewing group counseling in health behavior and level of cholesterol of hypertensive patients. *Ratchaphruek Journal*. 2015.13(3):91-102. (in Thai).
7. Miller W.R. & Rollnick S. What is motivational interviewing?: *Behav Cogn Psychother*. 1995;23:325-34.
8. Leelapattanapanit J, Phunopas A. The result of the motivational interviews and interpreting measurements of body mass to modify behavior in obese with waist circumference outsize. *Udontani Hospital Medical Journal*. 2017;25(2):113-19. (in Thai).
9. Sarakhwan W. Effect of counseling program applying motivational interview technique and health belief model on weight loss behavior of the employees of Quality Construction Product Co., Ltd (Thailand. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*. 2014;4(3):226-33. (in Thai)
10. Ban Suan Health Promoting Hospital. Annual Report for the year 2017. No. 12/2017; Thursday, 14 December 2017; At the meeting room. Ban Suan Health Promoting Hospital;2017. (in Thai).
11. Pittathano S. Effects of motivational interviewing based counseling on controlling body mass index of patients with type II Diabetes Mellitus. Research article presented at the national academic conference entitled "Integrated Methodology: Social Media and Management" organized by the Faculty of Management Science Silpakorn University in collaboration with the Center for Media and Communication Studies University of

- the Thai Chamber of Commerce at Novotel Hua Hin Cha-am Beach Resort and Spa. 22 March 2013. Available from [http://www. Amsar thailand.utcc.ac.th /attachments/article/34/14%20Sudtanom %20thai.pdf](http://www.Amsar-thailand.utcc.ac.th/attachments/article/34/14%20Sudtanom%20thai.pdf). (in Thai).
12. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral science. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
 13. Pongprapapan P. and faculty. The development of a health promotion model of diabetic patients in Wat Puranawas community. Bangkok: Bangkok Thonburi University; 2010. (in Thai).
 14. Miller WR, Rollnick S. Motivation interviewing: preparing people for change. New York: Guilford Press; 2002.
 15. Kaewfong I, Wannapornsiri C, Naewbood S. Effective of motivational interviewing program on knowledge, attitude, behaviors and lipid levels among hypertensive patients. Boromarajonani College of Nursing Uttaradit Journal. 2018;10(2):57-71. (in Thai).
 16. Waker C.L. Effects of Motivational Interviewing on Diabetes Self-Management Behaviors and Glycemic Control in Type 2 Diabetes: A Translational Study Graduate School of the University of Cincinnati in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in the College of Nursing. [Internet]. 2012. [cited 2015 February 22]. Available from: <http://www.proquestco.uk /en-UK>.
 17. Rosenbek LK, Wagner L, Lonvig EM, Hjelmberg J, Henriksen JE. The effect of motivational interviewing on glycemic control and perceived competence of diabetes self-management in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus after attending a group education programme: a randomized controlled trial, Diabetologia, [Internet]. 2011 [cited 2015 January 14]. Available from: <http:// www. springer.com/ medicine/nternal/journal/125>
 18. Nokkaew J. The effect of nursing program for motivation in yoga practice on body mass index. and blood glucose levels in overweight type 2 diabetic patients. (Master of Nursing Thesis). Graduate School, Songkhla: Prince of Songkla University; 2015. (in Thai).
 19. Wuttijureepan A, Moolsart S, Tipkanjanaraykha K. The effectiveness an enhancing motivation program in weight reduction via electronic communication in obese nursing students. Journal of Health and Nursing Research. 2019;35(2):57-70. (in Thai).

การรับรู้และพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อม ตามนโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียวของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

นิชดา สารถวัลย์แพศย์* สุภารัตน์ วันงามวิเศษ** วลีรัตน์ แตรตุลาการ**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมตามนโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียวและเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมตามนโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียวของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามชั้นปี

วิธีการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา ประชากร คือ นักศึกษาที่กำลังศึกษาชั้นปีที่ 1 – 4 ปีการศึกษา 2562 จำนวน 735 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับมหาวิทยาลัยสีเขียว และแบบสอบถามพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72 และ .73 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการของ Least Significant Different test (LSD)

ผลการวิจัย: การรับรู้ของนักศึกษาเกี่ยวกับนโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียวและการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม พบว่าประเด็นที่สำคัญที่สุดคือด้านพลังงาน โดยเริ่มจากการประหยัดไฟฟ้า สำหรับความรู้เกี่ยวกับมหาวิทยาลัยสีเขียวของนักศึกษาในอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.42$, $SD = 0.01$) และพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมของนักศึกษาอยู่ระดับมาก ($\bar{X} = 79.85$, $SD = 9.19$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่านักศึกษาแต่ละชั้นปีมีพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$, $[F(3,731) = 6.75, p = .000]$

สรุปผล: วิทยาลัยควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับนโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียว และการจัดการกับนักศึกษาทุกระดับชั้นเพื่อส่งเสริมให้มีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ: มหาวิทยาลัยสีเขียว การอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อม การรับรู้ พฤติกรรม

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: nichada@bcnnon.ac.th

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

Received: March 23, 2020 **Revised:** April 10, 2020 **Accepted:** April 16, 2020

Perceptions and behaviors of energy and environment conservation in accordance with the green university policy among students at Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi

Nichada Santwanpas* Sudarat Wangnamwiset** Waleerat Traetulakarn**

Abstract

Objectives: Aims: 1) to explore the perceptions and behaviors of energy and environmental conservation in accordance with the green university policy of nursing students in Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi, and 2) to examine the differences between the energy and environmental conservation behaviors according to the green university policy of the nursing students among different years.

Methods: This descriptive research was conducted in the population and sample of 735 students studying in the 1st to 4th year, academic year B.E. 2562. The instruments for collecting data consisted of the perception of the green university questionnaire and the environmental conservation behaviors questionnaires. The reliabilities of the questionnaires were .72, and .72, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, one-way analysis of variance, and Least Significant Different test (LSD).

Results: The results showed that an energy aspect played a significant role in the perceptions of nursing students on green university policy and environmental conservation. The nursing students perceived electricity saving at the highest level. The knowledge of nursing students on green university policy was at a moderate level ($\bar{X} = 3.42$, S.D. = 0.01). The mean score of energy and environmental conservation behaviors of nursing students was at a high level ($\bar{X} = 79.85$, S.D. = 9.19). Comparing the energy and environmental conservation behaviors of nursing students in different years found that the mean scores of energy and environmental conservation behaviors of nursing students in different years were significantly different ($p < .05$, $[F(3,731) = 6.75, p = .000]$).

Conclusions: Knowledge regarding green university should be more emphasized in nursing students and management for green university within the nursing college should be further promoted for continuity and sustainability of environmental preservation.

Keywords: green university, energy and environment conservation, perception, behavior

*Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Praboromrajchanok Institute, Thailand

E-mail: nichada@bcnnon.ac.th

**Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Praboromrajchanok Institute, Thailand

บทนำ

ปัจจุบัน การขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมก่อให้เกิดความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ก้าวกระโดดในภูมิภาคต่างๆ ทั่วโลก แต่การเจริญเติบโตดังกล่าวบางครั้งได้นำไปสู่ความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดปัญหามลพิษทางด้านต่างๆ ทั้งทางน้ำ อากาศ และดิน สถานการณ์เหล่านี้นับวันจะยิ่งทวีความรุนแรงขึ้น และส่งผลกระทบต่อประชาคมโลกทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะปัญหาสิ่งแวดล้อมเขตเมืองที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจากกิจกรรมของมนุษย์ ซึ่งสาเหตุหลักคือขาดการควบคุมมลพิษก่อนปล่อยสู่สิ่งแวดล้อม ขาดความตระหนักในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม¹ สิ่งที่เป็นจุดอ่อนและภาวะคุกคามของการพัฒนาเมืองที่เติบโตต่อการเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและสังคม ได้แก่ แนวโน้มการใช้พลังงานที่สูงขึ้นจากการเติบโตของเมืองและชุมชนส่งผลกระทบต่อสถานการณ์คุณภาพสิ่งแวดล้อม

การพัฒนาที่กระจุกตัวอยู่ในเขตเมืองทำให้ประชากรมีการอพยพเข้าสู่เมืองมากขึ้น สภาพแวดล้อมของเมืองจึงเผชิญแรงกดดันของปัญหาพลังงาน ภัยธรรมชาติและมลพิษเพิ่มมากขึ้น สิ่งแวดล้อมจึงถูกยกระดับความสำคัญให้บรรจุไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) ยุทธศาสตร์ที่ 5 ระบุชัดเจนว่า “การสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม” ซึ่งนำไปสู่ยุทธศาสตร์ตามแผนการศึกษาแห่งชาติ ยุทธศาสตร์ที่ 5 ว่าด้วย “การจัดการศึกษา เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม” ส่งผลให้สถานศึกษาทั่วประเทศต้องปรับตัวเพื่อรับกับยุทธศาสตร์ชาติและแผนการศึกษาแห่งชาติ 20 ปี²

บทบาทที่สำคัญของสถาบันการศึกษาในการเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม คือการรักษาสิ่งแวดล้อม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากรในองค์กร เพื่อลดการใช้พลังงาน ริเริ่มกิจกรรมที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เช่น ลดปริมาณขยะ การใช้ซ้ำ นำกลับมาใช้ใหม่ การลดและเลิกใช้สารเคมีอันตราย รวมถึงการจัดซื้อจัดจ้างสินค้าและบริการที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม การปลูกฝังจิตสำนึกให้กับอาจารย์ เจ้าหน้าที่และนักศึกษาเกิดความรู้สึกรักสิ่งแวดล้อมรอบตัวและไม่สร้างปัญหา ซึ่งสถาบันการศึกษามีหน้าที่หลักในการจัดการเรียนการสอน มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ได้แก่ ที่ดิน สิ่งปลูกสร้าง อาคารเรียน ระบบสาธารณูปโภค ตลอดจนความรู้และเทคโนโลยีสารสนเทศที่จะนำมารักษาสภาพแวดล้อมภายในสถาบัน เพื่อเป็นต้นแบบในเรื่องการรักษาสิ่งแวดล้อมแก่ชุมชนและสังคม ดังนั้นสถาบันการศึกษาส่วนใหญ่จึงได้ดำเนินการกำหนดพันธกิจในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการวิจัยและพัฒนาเพื่อหาองค์ความรู้ใหม่ๆ มาใช้ในการรักษาสภาพแวดล้อมให้มีคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง³ การจัดการเรียนการสอนทั้งในและนอกห้องเรียนจึงเป็นการพัฒนาผู้เรียนที่มีการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้เรียนและบริบทที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีต่อเรื่องพลังงานและสิ่งแวดล้อม สถาบันการศึกษาจึงจำเป็นต้องมีการสอดแทรกเรื่องพลังงานและสิ่งแวดล้อมเข้าสู่กระบวนการสอนทั้งในและนอกห้องเรียน ตลอดจนการจัดกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน และเมื่อผู้เรียนได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้เหล่านี้แล้ว จะเกิดแนวคิดว่ารวบยอดเรื่องพลังงานและสิ่งแวดล้อมได้อย่างครบถ้วน ชัดเจนและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางบวกมากขึ้น

ปัจจุบันสถาบันการศึกษาได้ให้ความสำคัญกับประเด็นด้านสิ่งแวดล้อมเพิ่มมากขึ้น จนกระทั่งมีการจัดอันดับมหาวิทยาลัยสีเขียวโลก ยูไอ กรีน เมตริก (UI Green Metric Ranking of World Universities) จัดโดยมหาวิทยาลัยอินโดนีเซีย (University of Indonesia, UI) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดความพยายามเกี่ยวกับความยั่งยืนของมหาวิทยาลัย ส่งเสริมให้สถาบันการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยทั่วโลกได้จัดทำนโยบาย และจัดระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในมหาวิทยาลัยให้เกิดความยั่งยืน โดยคำนึงถึงการอนุรักษ์พลังงาน การจัดการสิ่งแวดล้อมที่ดี รวมถึงการเพิ่มพื้นที่สีเขียวและการส่งเสริมให้เกิดพลังงานทดแทน ซึ่งเกณฑ์การตัดสินได้คำนึงถึงการจัดทำนโยบาย การพัฒนาระบบการจัดการ กิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และการนาระบบสู่การปฏิบัติให้ครบถ้วนภายในมหาวิทยาลัย มีเกณฑ์การให้คะแนน 6 ด้าน ได้แก่ 1) พื้นที่ตั้งและโครงสร้าง 2) การจัดการพลังงาน 3) การจัดการของเสีย 4) การใช้น้ำ 5) การจัดการระบบขนส่ง และ 6) การให้การศึกษาและพัฒนาสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน⁴ โดยประเทศไทยมีมหาวิทยาลัยที่ติดอันดับทั้งสิ้น 7 แห่ง ได้แก่ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ มหาวิทยาลัยบูรพา ตามลำดับ นับเป็นช่องทางหนึ่งที่แสดงถึงความมุ่งมั่นของสถาบันอุดมศึกษาที่มุ่งความเป็นมหาวิทยาลัยสีเขียวและมุ่งสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน⁵

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันการศึกษาพยาบาลที่จัดการศึกษา

ระดับอุดมศึกษา ผลิตบุคลากรเพื่อตอบสนองสังคมด้านสุขภาพ มีการดำเนินงานเกี่ยวกับกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการศึกษา เช่น การดำเนินการเรียนการสอน การสนับสนุนทางห้องปฏิบัติการ การบริการทางการศึกษา การสนับสนุนแหล่งการศึกษา การดำเนินการด้านอาคารสถานที่ การสร้างบรรยากาศในการเรียน การใช้ไอทีสนับสนุน การดำเนินชีวิตในสถานศึกษาและหอพัก การผลิตบัณฑิตให้มีคุณภาพภายใต้การดำเนินการดังกล่าว ย่อมมีการใช้ทรัพยากรธรรมชาติและพลังงานต่าง ๆ ในองค์กร เช่น กระดาษ น้ำ ไฟฟ้า ขวดพลาสติก ขยะ สารเคมี เชื้อเพลิง เป็นต้น ดังนั้นวิทยาลัยจึงมีบทบาทสำคัญและมีส่วนช่วยให้สังคมตระหนักถึงการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ควบคู่กับการรักษาสีเขียวอย่างยั่งยืนและช่วยเปลี่ยนการดำเนินชีวิตของผู้คนให้มีส่วนร่วมในการใช้พลังงานและทรัพยากรธรรมชาติได้อย่างรู้คุณค่า ภายใต้แนวคิดมหาวิทยาลัยสีเขียว (Green university)⁶ เพื่อลดปัญหาสิ่งแวดล้อม รวมทั้งเป็นการเพิ่มภาพลักษณ์ที่ดีให้กับวิทยาลัยในการให้ความสำคัญกับสภาพความเป็นอยู่ของนักศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมตามนโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียวของนักศึกษา เพื่อพัฒนาวิทยาลัยสู่การเป็นมหาวิทยาลัยสีเขียวที่เป็นรูปธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมตามนโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียวของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมตามนโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียวของนักศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
จำแนกตามชั้นปี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ชั้นปีที่ 1 - 4 ปีการศึกษา 2562 จำนวน 735 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา หลักสูตร

2. แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับมหาวิทยาลัยสีเขียว ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจ และความคิดเห็นเกี่ยวกับมหาวิทยาลัยสีเขียว⁷ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียว จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นหลายตัวเลือก 2) ความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับมหาวิทยาลัยสีเขียว จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นหลายตัวเลือก พิสัย 0 – 5 คะแนน โดยแบ่งระดับความรู้เป็น มาก ปานกลาง น้อย

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการณ์การอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม⁷⁻⁸ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการพลังงาน 2) การจัดการของเสีย 3) การจัดการน้ำ และ 4) การขนส่ง ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่ปฏิบัติ ถึงปฏิบัติเป็นประจำ พิสัย 25 – 100 คะแนน โดยแบ่งระดับพฤติกรรมการณ์การอนุรักษ์พลังงาน และสิ่งแวดล้อมเป็น มาก ปานกลาง น้อย

แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับมหาวิทยาลัยสีเขียว และแบบสอบถามพฤติกรรมการณ์การอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมนำไปหาค่า

ความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ .75 และ .81 ตามลำดับ และแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับมหาวิทยาลัยสีเขียวได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน เท่ากับ .72 และแบบสอบถามพฤติกรรมการณ์การอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .73

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี เลขที่ COE 62/026 ลงวันที่ 9 ธันวาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลทั่วไป การรับรู้เกี่ยวกับมหาวิทยาลัยสีเขียว และพฤติกรรมการณ์การอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการณ์การอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมของนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 – 4 ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และเปรียบเทียบรายคู่ (Post hoc comparison) ด้วยวิธีการของ Least Significant Difference (LSD)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.30 และเพศชาย ร้อยละ 5.70 มีอายุเฉลี่ย 20.45 ปี (Range 18 – 24, SD = 2.97) โดยมีอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 52.20 และ อายุ 20 – 30 ปี ร้อยละ 47.80 เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1, 2, 3 และ 4 ร้อยละ 24.40, 27.80, 25.70 และ 22.10 ตามลำดับ และศึกษา

ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ปรับปรุง) พ.ศ. 2561 ร้อยละ 52.20 และหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ปรับปรุง) พ.ศ. 2555 ร้อยละ 47.80

1. การรับรู้เกี่ยวกับนโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียวของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียวและการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และ 2) ความรู้เกี่ยวกับนโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียวและการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

1) ความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียวและการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม พบว่า นักศึกษา ทราบเกี่ยวกับนโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียว ร้อยละ 51.50 ประเด็นทางสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุดต่อวิทยาลัย คือ ด้านพลังงาน ร้อยละ 47.90 ความคิดริเริ่มด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญคือ การประหยัดไฟฟ้า ลดการใช้ที่ไม่จำเป็น ร้อยละ 88.30 แนวทางที่ดีในการส่งเสริมการคัดแยกขยะภายในวิทยาลัย คือ ติดตั้งถังขยะในห้องพักให้มากขึ้น ร้อยละ 34.20 รองลงมา คือ ติดตั้งถังขยะในอาคารเรียน/โรงอาหารมากขึ้น ร้อยละ 26.50 โดยขยะที่ได้รับการคัดแยกและทิ้งลงถังขยะคือ ขวดพลาสติกใส และกระป๋องโลหะ ร้อยละ 42.90 รองลงมา คือ กระดาษทั่วไป ร้อยละ 31.80 การศึกษารายวิชาที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและอนุรักษ์พลังงานคือ ควรให้นักศึกษาเลือกเรียนตามความสนใจ ร้อยละ 54.70 รองลงมาคือ ควรจัดโครงการกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ ร้อยละ 40.40 การเข้าร่วมโครงการหรือกิจกรรมด้านอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อม คือ เคยเข้าร่วมโครงการหรือกิจกรรมโดยสมัครใจเข้าร่วมเอง ร้อยละ 54.30

2) ความรู้เกี่ยวกับนโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียวและการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม พบว่า ภาพรวมความรู้เกี่ยวกับมหาวิทยาลัยสีเขียวและการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมของนักศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.42$, $SD = 0.01$) เมื่อพิจารณารายชั้นปี พบว่า นักศึกษาทุกชั้นปีมีความรู้เกี่ยวกับมหาวิทยาลัยสีเขียวและการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนตามลำดับ ดังนี้ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ($\bar{X} = 3.58$, $SD = 0.06$) นักศึกษาชั้นปีที่ 3 ($\bar{X} = 3.46$, $SD = 0.06$) นักศึกษาชั้นปีที่ 2 ($\bar{X} = 3.35$, $SD = 0.06$) และ นักศึกษาชั้นปีที่ 4 ($\bar{X} = 3.30$, $SD = 0.07$)

2. พฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อม พบว่า ภาพรวมของพฤติกรรมการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมของนักศึกษาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 79.85$, $SD = 9.19$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมด้านพลังงานและด้านน้ำอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 23.57$, $SD = 2.86$ และ $\bar{X} = 22.75$, $SD = 3.32$ ตามลำดับ) และพฤติกรรมการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมด้านของเสียและด้านขนส่งอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 18.53$, $SD = 3.10$ และ $\bar{X} = 15.27$, $SD = 2.21$ ตามลำดับ)

การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมของนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 ถึง 4 พบว่า ภาพรวมพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมของนักศึกษาแต่ละชั้นปีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [$F(3,731) = 6.75$, $p < .01$] และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า นักศึกษาแต่ละชั้นปีมีพฤติกรรมด้านการจัดการพลังงาน ด้านการจัดการน้ำ ด้านการจัดการของเสีย และด้านการขนส่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมของนักศึกษาแต่ละชั้นปี (N=735)

ปัจจัย	SS	Df	MS	F	p
ภาพรวมของพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อม					
ระหว่างกลุ่ม	1670.69	3	556.89	6.75	.000*
ภายในกลุ่ม	60312.84	731	82.51		
รวม	61983.53	734			
ด้านการจัดการพลังงาน					
ระหว่างกลุ่ม	255.31	3	85.10	10.83	.000*
ภายในกลุ่ม	5746.69	731	7.86		
รวม	6002.00	734			
ด้านการจัดการน้ำ					
ระหว่างกลุ่ม	109.28	3	36.43	3.34	.01*
ภายในกลุ่ม	7966.16	731	10.89		
รวม	8075.44	734			
ด้านการจัดการของเสีย					
ระหว่างกลุ่ม	89.61	3	29.87	3.14	.02*
ภายในกลุ่ม	6959.45	731	9.5		
รวม	7049.06	734			
ด้านการขนส่ง					
ระหว่างกลุ่ม	39.25	3	13.08	2.69	.04*
ภายในกลุ่ม	3556.95	731	4.87		
รวม	3596.20	734			

*p<.05

เมื่อพิจารณาความแตกต่างเป็นรายคู่ (post hoc comparison) ด้วยวิธีของ Least Significant Difference (LSD) พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1, 2 และนักศึกษาชั้นปีที่ 3, 4 มีพฤติกรรม

การอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับคู่อื่นไม่พบความแตกต่าง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบพฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมของนักศึกษารายคู่ (N=735)

เปรียบเทียบรายคู่	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	Mean difference	SE	P
นักศึกษาชั้นปี 1 และ 2	81.67 (8.64)	80.14 (10.55)	1.53	0.92	.09
นักศึกษาชั้นปี 1 และ 3	81.67 (8.64)	77.51 (8.46)	4.16	0.94	.00*
นักศึกษาชั้นปี 1 และ 4	81.67 (8.64)	78.19 (8.22)	1.48	0.98	.05*
นักศึกษาชั้นปี 2 และ 3	80.14 (10.55)	77.51 (8.46)	2.63	0.91	.00*
นักศึกษาชั้นปี 2 และ 4	80.14 (10.55)	78.19 (8.22)	- 0.04	0.95	.05*
นักศึกษาชั้นปี 3 และ 4	77.51 (8.46)	78.19 (8.22)	- 2.68	0.97	.08

*p<.05

อภิปรายผล

การรับรู้เกี่ยวกับนโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียว ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า นักศึกษามีความคิดเห็น เกี่ยวกับประเด็นสิ่งแวดล้อมด้านพลังงานมากที่สุด ร้อยละ 47.90 โดยริเริ่มในการประหยัดไฟฟ้า ลดการใช้ที่ไม่จำเป็น ร้อยละ 88.30 อาจเนื่องจากการประเด็นด้านพลังงานเป็นประเด็นที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชีวิตประจำวันของนักศึกษามากที่สุด และสามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้ง่าย รวมทั้งปัจจุบันประเทศไทยมีการกำหนดยุทธศาสตร์ด้านพลังงานไว้อย่างชัดเจน และมีประกาศประชาสัมพันธ์ทางสื่อต่างๆ ให้ทราบโดยทั่วกัน⁹ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย⁷ พบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยบูรพาเห็นความสำคัญของประเด็นด้านพลังงานมากที่สุด ร้อยละ 40.80 และริเริ่มในการประหยัดไฟฟ้า ลดการใช้ที่ไม่จำเป็น ร้อยละ 54.20 และการศึกษาของจักษเรศ เมตตะธำรง¹⁰ พบว่า นักศึกษาเล็งเห็นคุณค่าของการประหยัดไฟฟ้าเพื่อความยั่งยืนมากที่สุด และภาพรวมนักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับมหาวิทยาลัยสีเขียวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.42$, $SD = 0.01$) อาจเนื่องจากนักศึกษาไม่ทราบถึงนโยบายเกี่ยวกับมหาวิทยาลัยสีเขียว ร้อยละ 49.50 และในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีรายวิชาที่สอดแทรกเกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อม แต่มีเนื้อหาเกี่ยวกับนโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียวค่อนข้างน้อย รวมทั้งจากแผนยุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2563 – 2567 เริ่มบรรจุนโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียวในแผนยุทธศาสตร์ของสถาบัน จึงทำให้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิจังหวัดนนทบุรี ภายใต้สังกัดพระบรมราชชนก มีการกำหนดนโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียวในปีการศึกษา 2562 คล้ายคลึงกับการศึกษาของ

โมทนา สิทธิพิทักษ์⁷ พบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ มีความรู้เกี่ยวกับมหาวิทยาลัยสีเขียว ระดับปานกลาง ร้อยละ 50.80 และ ร้อยละ 48.80 ตามลำดับ ซึ่งต่างกับการศึกษาของอารีญา จำนงฤทธิ์ และภริดา ชัยรัตน์¹¹ ที่พบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มีความรู้เกี่ยวกับนโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียวระดับมาก เนื่องจากมหาวิทยาลัยมีการดำเนินโครงการมหาวิทยาลัยสีเขียวตั้งแต่ พ.ศ. 2557 โดยมีการให้ความรู้แก่บุคลากรภายในมหาวิทยาลัยและประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรได้ตระหนักและเห็นความสำคัญกับกิจกรรมมหาวิทยาลัยสีเขียว

พฤติกรรมการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อม พบว่า ภาพรวมของพฤติกรรมการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมของนักศึกษาอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 79.85$, $SD = 9.19$) อาจเนื่องจากนักศึกษา ร้อยละ 94.30 เป็นเพศหญิงซึ่งเป็นเพศได้รับการเลี้ยงดูให้อยู่ระเบียบ สุภาพ รักสะอาด และเป็นมิตร จึงส่งผลให้เพศหญิงแสดงพฤติกรรมทางบวกมากกว่าเพศชาย¹² สนับสนุนจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.99$, $p < .05$)¹³ รวมทั้งในปัจจุบันประเทศไทยเห็นความสำคัญของการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อม มีการรณรงค์ในร่วมกันอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมผ่านทางสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ สื่อสังคมออนไลน์¹⁴ และในการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีรายวิชาที่สอดแทรกเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้การจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรของวิทยาลัย นักศึกษายังเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับ

การอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมโดยสมัครใจ เข้าร่วมเอง ร้อยละ 54.30 และเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมโดยเป็นส่วนหนึ่งของวิชาเรียน ร้อยละ 20.30 อาจมีส่วนสนับสนุนให้นักศึกษาเรียนรู้พฤติกรรม การอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมจากกิจกรรมที่เคยเข้าร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของโรงเรียนในจังหวัดยะลา พบว่า การเข้าร่วมจัดกิจกรรมด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.1, p < .05$)⁸

การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรม การอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 – 4 พบว่า นักศึกษาแต่ละชั้นปีมีพฤติกรรม การอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [$F(3,731) = 6.75, p < .01$] และเมื่อพิจารณา รายคู่ด้วยวิธีของ Least Significant Difference (LSD) พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1, 2 และนักศึกษาชั้นปีที่ 3, 4 มีพฤติกรรม การอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อาจเนื่องจากนักศึกษาชั้นปีที่ 1 และ 2 ศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตปรับปรุง พ.ศ. 2561 ซึ่งเป็นหลักสูตรที่ปรับปรุงใหม่มีการสอดแทรกเนื้อหาและส่งเสริมการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมในรายวิชามากขึ้น เช่น วิชาวิทยาศาสตร์เพื่อชีวิต วิชาการศึกษาทั่วไปเพื่อการพัฒนามนุษย์ เป็นต้น และมีการออกแบบการเรียนการสอนที่เน้นกิจกรรมการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อม อาจทำให้นักศึกษามีความเข้าใจและความคิดเกี่ยวกับการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก¹⁵ พบว่า การออกแบบการจัดกิจกรรม

โดยให้นักเรียนพยาบาลจัดทำโครงการเกี่ยวกับการบริการสังคม การส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการพัฒนาสิ่งแวดล้อม หลังจัดกิจกรรมนักเรียนพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความมีจิตอาสาและคะแนนเฉลี่ยของความสุขอยู่ในระดับมาก และการศึกษาความแตกต่างของพฤติกรรม การอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมในสถานศึกษา พบว่า นักเรียนที่กำลังศึกษาระดับชั้นต่างกัน มีพฤติกรรม การจัดการขยะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁶ และนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 3 ที่มีระดับชั้นเรียนต่างกันมีพฤติกรรม การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมในโรงเรียนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 3.59, p < .05$)⁸

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาแต่ละชั้นปีมีพฤติกรรม การอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมของแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. วิทยาลัยควรมีการกำหนดนโยบายสู่การปฏิบัติที่ชัดเจนในการพัฒนาสภาพแวดล้อมสู่มหาวิทยาลัยสีเขียว โดยครอบคลุมทุกด้าน ตลอดจนสนับสนุนการดำเนินงานสู่การปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมของนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่นักศึกษาอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการส่งเสริมสนับสนุนให้สโมสรนักศึกษาเป็นหน่วยปฏิบัติการจัดทำโครงการ/กิจกรรมเพื่อให้ทุกคนเกิดความตระหนักในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมของวิทยาลัย

3. ควรศึกษาขยายผลไปยังกลุ่มอาจารย์และเจ้าหน้าที่เพื่อให้ทุกคนในองค์กรเกิดความตระหนักและร่วมมือในการอนุรักษ์พลังงานและสิ่งแวดล้อมตามนโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียว

References

1. Aroonsrimorakot S, Bhaktikul k. Environmental Auditing. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2019. (in Thai).
2. Office of the education council. School Reform Policy 2017 – 2036. [Internet]. 2017 [cited 2020 March 5]. Available from: https://www.stou.ac.th/Offices/Oaa/OaaOldPage/Professional/Train_Professional/oaaInfo/oaa/Dept/Dept04/webcur61/Rule_MUA/Plan_Inter2560-2579.pdf
3. Wattanadham S. Guidelines for the Green Campus Development. [Thesis]. Bangkok: Saim University; 2015. (in Thai).
4. Tikul N. Building Development in Maejo University Lead to Green University. [Internet]. 2014 [cited 2020 March 5]. Available from: https://librae.mju.ac.th/goverment/20111119104834librae/Doc_25571127124324_581010.PDF. (in Thai).
5. Universitas Indonesia initiated. UI-Greenmetric world university ranking. [Internet]. 2019 [cited 2020 March 5]. Available from: <http://greenmetric.ui.ac.id/countrylist2019/?country=Thailand>.
6. Arreerard T. Green University:Green IT Implementation. Journal of Information Technology Management and Innovation. 2014;1(2):64-72. (in Thai).
7. Sitthipitaks M. Development of a sustainable green university Model for Thai higher Education. [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2015. (in Thai).
8. Cheatea M. Affecting factors on environmental conservation in school: A case study of students in secondary school of Thamvitya foundation school Yala. [Thesis]. Bangkok: National institute of development administration; 2013. (in Thai).
9. Ministry of energy. Strategy of Ministry of energy 2020 – 2022. [Internet]. 2019 [cited 2020 March 5]. Available from: <https://energy.go.th/2015/energy-strategy/>. (in Thai).
10. Mettathamrong J. Factor affecting participation of student at Rajamangala university of technology Isan Sakonnakhon campus in activities friendly to environment. Sripatum review of Humanities and Social sciences. 2018;18(2):7-17. (in Thai).
11. Jamnongrit A, Chairatana P. The undergraduate students participation in KU bike green campus at Kasetsart university, Bangkok campus. Journal of interdisciplinary research: Graduate studies. 2018;4(4):181-91. (in Thai).
12. Kanyanun P, The role of parents in children caring for good youths of Thai society. Pathumwan academic journal. 2011;1(2):1-4. (in Thai).

13. Yamviboon K. Knowledge and behavior in conserving energy in workplaces: A case study of fleet training command. [Thesis]. Chonburi: Burapha university ;2013. (in Thai).
14. Plumjit T. The encouragement of household conservation sustainability. [Thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2012. (in Thai).
15. Chaleoykitti S, Bandansin J, Kanglee K, Kumpraw P. The study of academic services integration with teaching and learning of general education for human development course on volunteer and happiness of study among 1st year nursing students of The Royal Thai Army Nursing College. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;15(3):421-9. (in Thai).
16. Boonchareon R, Phoochinda W. Management of zero-base trash: A case of Cprachasan School, Amphur Chomphra, Surin Province. Ph.D. in Social Sciences Journal. 2012;2(1):30-41. (in Thai).

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ

ชนัดดา อนุพัฒน์* วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์** ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ*** ศรียามน ดิรพัฒน์****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาอิทธิพลของรูปแบบการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และภาวะซึมเศร้าต่อภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยายแบบศึกษาอำนาจการทำนาย โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 301 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 2) แบบประเมินรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 3) แบบสำรวจสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมด้านสังคมเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ 4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย และ 5) แบบประเมินองค์ประกอบภาวะเปราะบาง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกทวิ (binary logistic regression)

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.70) อายุเฉลี่ย 70.57 ปี (SD=7.97) พบภาวะเปราะบาง ร้อยละ 33.20 และพบว่า รูปแบบการดำเนินชีวิต (adjusted OR=4.47, 95%CI 2.44-8.21, p=.00) สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย (adjusted OR=3.80, 95%CI 2.08-6.92, p=.00) และภาวะซึมเศร้า (adjusted OR=8.07, 95% CI 3.56-18.30, p=.00) สามารถร่วมทำนายภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 41.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมตัวแปรด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ (Nagelkerke R^2 = .417, Predictive correct = 78.10%, p<.05)

สรุปผล: พยาบาลควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้า รูปแบบการดำเนินชีวิต และสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย โดยให้การพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อลดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ภาวะเปราะบาง รูปแบบการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ภาวะซึมเศร้า

*นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

***คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

****สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

Received: February 1, 2020

Revised: April 1, 2020

Accepted: April 16, 2020

Factors influencing frailty in older adults

Chanatda Anupat* Virapun Wirojratana** Doungrut Watanakijkrilert*** Sariyamon Tiraphat****

Abstract

Objectives: The aim of this research was to study the influence of lifestyle, living environment, and depression on frailty among older adults.

Methods: This study was based on descriptive predictive research, and sampled a total of 301 people older than 60 years and lived in Mueang District, Nakhon Si Thammarat Province. The research instruments included 1) The Demographic Data Questionnaire, 2) The Health Enhancement Lifestyle Profile Screener, 3) The Neighborhood Environment Walkability and the Neighborhood Social Environment Scale, 4) The Thai Geriatric Depression Scale, and 5) The Tilburg Frailty Indicator. Data analysis was performed using binary logistic regression.

Results: The results revealed that most of the participants were female (78.70%), the average age was 70.57 years (SD=7.97), and 33.20% had frailty. According to this study, lifestyle (adjusted OR=4.47, 95%CI 2.44-8.21, $p=.00$), living environment (adjusted OR= 3.80, 95%CI 2.08-6.92, $p=.00$) and depression (adjusted OR=8.07, 95%CI 3.56-18.30, $p=.00$) were found to be able to co-predict frailty among older adults at 41.70% with statistical significance (Nagelkerke $R^2=41.70$, Predictive correct=78.10%, $p<.05$) by controlling variable of gender, age, level of education, occupation, and income.

Conclusions: Nurses should assess depression, lifestyle, and living environment, and provide appropriate care in order to reduce frailty in older adults.

Keywords: older adults, frailty, lifestyle, living environment, depression

*Student in Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing Mahidol University.

**Faculty of Nursing, Mahidol University, E-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

***Faculty of Nursing, Mahidol University.

****ASEAN Institute of Health Development (AIHD), Mahidol University.

บทนำ

ภาวะเปราะบาง (Frailty) ในผู้สูงอายุพบได้บ่อยและเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ¹ โดยเป็นภาวะการสูญเสียความสามารถในการปรับสมดุลพลังงานสำรองของร่างกาย จนเกิดวงจรความเสื่อมของพลังงานในร่างกายที่ผิดปกติ² ทำให้สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม³ การศึกษาในต่างประเทศพบภาวะเปราะบางระหว่างร้อยละ 13.60-31.20⁴⁻⁵ ส่วนในประเทศไทยพบระหว่างร้อยละ 22.10-32.10⁶⁻⁷ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและไม่ได้รับการดูแลแก้ไขจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพไม่พึงประสงค์ เช่น ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันลดลง มีโอกาสเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ใช้ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น การเข้ารับการรักษาซ้ำในแผนกฉุกเฉิน และมีโอกาสเสียชีวิตเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)⁸

จากการศึกษาและประเมินภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาภาวะเปราะบางเฉพาะทางด้านร่างกาย^{2,4,6} เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางจะมีอาการและอาการแสดงอย่างน้อย 3 ใน 5 อาการสำคัญของภาวะเปราะบาง ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง กิจกรรมทางกายต่ำ เดินช้า เหนื่อยง่าย และน้ำหนักลดลงโดยไม่ได้ตั้งใจ² อย่างไรก็ตาม แนวคิดภาวะเปราะบางแบบบูรณาการ (An integral conceptual model of frailty) ของ Gobbens et al.³ อธิบายเพิ่มเติมว่าภาวะภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับหลายมิติทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีมิติทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย ภาวะโภชนาการ การเคลื่อนไหวร่างกาย ความ

แข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความทนทานของร่างกาย การทรงตัว และประสาทสัมผัส มิติด้านอารมณ์และจิตใจ ประกอบด้วย ความสามารถในการเรียนรู้และความจำ อารมณ์ และการเผชิญปัญหา ส่วนมิติด้านสังคม ประกอบด้วย การมีปฏิสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยหลักที่ส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบางแบ่งเป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางด้านชีวิต 10 ปัจจัย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส รูปแบบการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย เหตุการณ์ในชีวิตด้านชีววิทยาหรือพันธุกรรม และปัจจัยด้านการเจ็บป่วย การประเมินภาวะเปราะบางทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทำให้สามารถวางแผนการดูแลรักษา และจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบางก่อนที่จะเกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ารูปแบบการดำเนินชีวิตที่ไม่ดี⁹ เช่น ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ได้รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การพักผ่อนนอนหลับน้อย¹⁰ ภาวะซึมเศร้า¹¹⁻¹² และสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมไม่ดี เช่น อุบัติเหตุทางถนน อาชญากรรม แรงสนับสนุนทางสังคมน้อย^{3,13} มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อีกทั้งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ^{1,11} อย่างไรก็ตาม พบว่าส่วนใหญ่ศึกษาภาวะเปราะบางเฉพาะทางด้านร่างกายและเป็นการศึกษาในต่างประเทศ⁴⁻⁵ ผู้สูงอายุไทยมีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ สังคม วัฒนธรรมที่แตกต่างกับผู้สูงอายุในต่างประเทศ ซึ่งใน

ประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาปัจจัยรูปแบบการดำเนินชีวิต ภาวะซึมเศร้า และสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่ส่งผลต่อภาวะเปราะบางทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

ดังนั้น การศึกษาอิทธิพลของรูปแบบการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และภาวะซึมเศร้าต่อภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ เพื่อประกอบเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล ส่งเสริม ป้องกัน และลดการเกิดภาวะเปราะบาง รวมถึงพัฒนารูปแบบการพยาบาลในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง เพื่อลดความรุนแรงในการเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ชะลอความเสื่อมของร่างกาย ลดภาวะพึ่งพิง และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของรูปแบบการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และภาวะซึมเศร้าต่อภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย แบบศึกษาอำนาจการทำนาย (descriptive predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีเกณฑ์คัดเลือกเข้า ได้แก่ 1) มีการเรียนรู้และความจำปกติ โดยคัดกรองจากแบบประเมินความรู้ความเข้าใจจีพีค็อก (ฉบับภาษาไทย) คะแนนเท่ากับ 9 คะแนน 2) สามารถสื่อสาร

ภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคในกลุ่ม Psychotic disorder และ 2) มีโรคร่วมเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น มะเร็งในระยะลุกลาม โรคไตเรื้อรังที่ต้องบำบัดทดแทนไต

ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power วิเคราะห์ด้วย logistic regression กำหนดการทดสอบสมมติฐานแบบสองทิศทาง อำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกำหนดค่า Odds Ratio (OR) เท่ากับ 2.802 ที่ได้จากงานวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลกับภาวะเปราะบางที่ใกล้เคียง¹² ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 301 ราย

ผู้วิจัยได้ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) โดยทำการแบ่งกลุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามจำนวนของประชากรสูงอายุออกเป็น 4 กลุ่ม จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนในแต่ละกลุ่ม และคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้คัดกรองเข้ากลุ่มตัวอย่าง และส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้คัดกรองเข้ากลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ ฉบับภาษาไทย โดย Griffiths, Puttinoi and Pongsaksri¹⁴ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เฉพาะตอนที่ 1 และคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างเมื่อคะแนนเท่ากับ

9 คะแนน ซึ่งหมายถึง มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ

2) แบบประเมินรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ สร้างโดย Hwang¹⁵ ผู้วิจัยใช้กระบวนการแปลย้อนกลับ (back-translation) ของ Brislin¹⁶ โดยผู้เชี่ยวชาญสองภาษาแปลต้นฉบับจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และแปลย้อนกลับฉบับภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้งโดยผู้แปลจากสถาบันภาษาเอกชนที่ได้รับมาตรฐานซึ่งไม่เคยเห็นแบบประเมินชุดต้นฉบับมาก่อน จากนั้น ผู้วิจัยได้พิจารณาความเหมือนกันหรือเทียบเท่ากันร่วมกับผู้พัฒนาแบบประเมิน ซึ่งแบบประเมินนี้ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน พฤติกรรมสุขภาพ การเผชิญความเครียด การทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและชุมชน และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจำนวน 15 ข้อ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-15 คะแนน การแปลผลคะแนน ≥ 9 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งผลให้สุขภาพดี และคะแนน < 9 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งผลให้สุขภาพไม่ดี

3) แบบสำรวจสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อมด้านสังคมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ของ ศรียา มน ติรพัฒน์ และคณะ¹⁷ ได้แก่ การเข้าถึงบริการในละแวกบ้าน ถนนในละแวกบ้าน สถานที่สำหรับเดินและขี่จักรยาน สุนทรียภาพละแวกบ้าน อันตรายจาก

การจราจร อาชญากรรมในชุมชน ความไว้วางใจในชุมชน ความมีปฏิสัมพันธ์กันในชุมชน และการช่วยเหลือกันในชุมชน จำนวน 32 ข้อ คะแนนรวมระหว่าง 32-128 คะแนน การแปลผลคะแนน $\geq \text{Median}$ หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุในระดับมาก และคะแนน $< \text{Median}$ หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุในระดับน้อย

4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (TGDS-15) โดย Wongpakaran and Wongpakaran¹⁸ จำนวน 15 ข้อ คะแนนรวมระหว่าง 0-15 คะแนน การแปลผลคะแนน 0-5 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 6-10 คะแนน หมายถึง เริ่มมีภาวะซึมเศร้า และคะแนน 11-15 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

5) แบบประเมินองค์ประกอบภาวะเปราะบาง สร้างโดย Gobbens et al.⁹ ผู้วิจัยใช้กระบวนการแปลย้อนกลับ ของ Beaton et al.¹⁹ แปลต้นฉบับจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยจำนวน 2 ฉบับโดยฉบับแรกแปลโดยผู้เชี่ยวชาญสองภาษาที่มีความรู้ทางคลินิก และอีกฉบับแปลโดยผู้เชี่ยวชาญสองภาษาที่ไม่มีความรู้ทางคลินิก จากนั้น ผู้วิจัยพิจารณาความถูกต้องเหมาะสม รวมถึงความสอดคล้องของภาษาวัฒนธรรม และแปลย้อนกลับจากฉบับภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษจำนวน 2 ฉบับโดยศูนย์การแปลและการล่ามเฉลิมพระเกียรติ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันภาษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จากนั้น ผู้วิจัยได้นำฉบับแปลย้อนกลับทั้ง 2 ฉบับ มาพิจารณาความเหมือนกันหรือเทียบเท่ากันร่วมกับผู้พัฒนาแบบประเมิน ซึ่งแบบประเมินนี้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) องค์ประกอบทางด้านร่างกาย ได้แก่ ภาวะโภชนาการ การ

เคลื่อนไหวร่างกาย กิจกรรมทางกาย ความแข็งแรงของร่างกาย ความทนทานของร่างกาย การทรงตัวของร่างกาย และการทำงานของประสาทสัมผัส 2) องค์ประกอบทางด้านจิตใจ ได้แก่ การเรียนรู้และความจำ อารมณ์ และการเผชิญปัญหา และ 3) องค์ประกอบทางด้านสังคม ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคม จำนวนทั้งหมด 15 ข้อ คะแนนรวมระหว่าง 0-15 คะแนน การแปลผลคะแนน < 5 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะเปราะบาง และคะแนน ≥ 5 คะแนน หมายถึง มีภาวะเปราะบาง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ และแบบประเมินองค์ประกอบภาวะเปราะบาง ผู้วิจัยดำเนินการแปลแบบย้อนกลับมีความเหมือนกันหรือเทียบเท่ากันของฉบับภาษาอังกฤษและภาษาไทย ส่วนแบบสำรวจสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมด้านสังคมเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย เป็นแบบประเมินที่ใช้อย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้สูงอายุจึงถือได้ว่าแบบประเมินมีความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยได้นำแบบประเมินแบบประเมินรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย และแบบประเมินองค์ประกอบภาวะเปราะบาง ด้วย KR-20 ได้เท่ากับ .74, .80 และ .72 ตามลำดับ ส่วนแบบสำรวจสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมด้านสังคมเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .88

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หนังสือรับรองโครงการวิจัยเลขที่ IRB-NS 2019/495.2203 เมื่อวันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2562

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจากพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุขในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแนะนำผู้สูงอายุที่มีความสนใจเข้าร่วมการวิจัยให้พบกับผู้วิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับผู้วิจัย และการวิจัย โดยผู้สูงอายุเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยตัวเอง และลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินความรู้ความเข้าใจจีพีค็อก (ฉบับภาษาไทย) และเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที ระยะเวลาการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาอิทธิพลโดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกทวิ (binary logistic regression)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.7 มีอายุเฉลี่ย 70.57 ปี (SD = 7.97) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมส่งผลให้สุขภาพดี ร้อยละ 65.50 ($\bar{X}$ = 9.64, SD = 2.83) เกินครึ่งหนึ่ง มีสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เอื้ออาทร

ต่อผู้สูงอายุในระดับมาก ($\bar{X}$ = 98.35, SD = 12.88) และไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 84.70 ($\bar{X}$ = 3.54, SD = 2.78) ในการศึกษาครั้งนี้ พบกลุ่มตัวอย่าง

ไม่มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 66.80 และมีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 33.20 ($\bar{X}$ = 4.71, SD = 3.24) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรูปแบบการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ภาวะซึมเศร้า และภาวะเปราะบาง (n = 301)

ตัวแปรที่ศึกษา	Range	$\bar{X}$	SD	ร้อยละ	การแปลผล
รูปแบบการดำเนินชีวิต	0-15	9.64	2.83	65.50	ดี
สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย	32-128	98.35	12.88	54.80	เอื้ออาทรระดับมาก
ภาวะซึมเศร้า	0-15	3.54	2.78	84.70	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
ภาวะเปราะบาง	0-15	4.71	3.24	66.80	ไม่มีภาวะเปราะบาง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่า รูปแบบการดำเนินชีวิต (χ^2 = 41.844, p = .00) สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย

(χ^2 = 31.478, p = .00) และภาวะซึมเศร้า (χ^2 = 36.309, p = .00) มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของการเกิดภาวะเปราะบาง จำแนกตามรูปแบบการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และภาวะซึมเศร้า (n = 301)

ตัวแปรที่ศึกษา	ภาวะเปราะบาง		χ^2	P
	ไม่มีภาวะเปราะบาง	มีภาวะเปราะบาง		
	(n=201) จำนวน (ร้อยละ)	(n=100) จำนวน (ร้อยละ)		
รูปแบบการดำเนินชีวิต			41.844	.000
ดี	153 (76.10)	38 (38.00)		
ไม่ดี	48 (23.90)	62 (62.00)		
สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย			31.478	.000
เอื้ออาทรระดับมาก	133 (66.20)	32 (32.00)		
เอื้ออาทรระดับน้อย	68 (33.80)	68 (68.00)		
ภาวะซึมเศร้า			36.309	.000
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	188 (93.50)	67 (67.00)		
เริ่ม/มีภาวะซึมเศร้า	13 (6.50)	33 (33.00)		

ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของรูปแบบการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และภาวะซึมเศร้าต่อภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก พบว่า รูปแบบการดำเนินชีวิต (adjusted OR = 4.479, 95% CI 2.442-8.217, p = .00) สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย (adjusted OR=3.800,

95%CI 2.086-6.925, p=.00) และภาวะซึมเศร้า (adjusted OR=8.076, 95% CI 3.563-18.303, p=.00) สามารถร่วมทำนายภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 41.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมตัวแปรด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ (Nagelkerke R²= .417, Predictive correct = 78.10%, p<.05) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงอำนาจการทำนายของรูปแบบการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ภาวะซึมเศร้าต่อภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ โดยควบคุมตัวแปรด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ (n= 301)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	S.E.	Adjusted OR	95% CI		Wald	P
				Lower	Upper		
รูปแบบการดำเนินชีวิต							
ดี			Ref.				
ไม่ดี	1.500	.310	4.479	2.442	8.217	23.461	.000*
สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย							
แออัดระดับมาก			Ref.				
แออัดระดับน้อย	1.335	.306	3.800	2.086	6.925	19.018	.000*
ภาวะซึมเศร้า							
ไม่มีภาวะซึมเศร้า			Ref.				
เริ่ม/มีภาวะซึมเศร้า	2.089	.417	8.076	3.563	18.303	25.039	.000*
ค่าคงที่ (Constant)	-1.392	.608	0.249			5.237	.022

*p<.05, Nagelkerke R²= .417, Predictive correct = 78.10%

การอภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 33.20 ใกล้เคียงกับที่ผ่านมา⁵⁻⁶ และพบว่า คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเปราะบางมีคะแนนภาวะเปราะบางทางด้านจิตใจสูงที่สุด ($\bar{X}$ =0.64, SD=0.31) สาเหตุอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง

ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต หรือประสบปัญหาในชีวิต โดยเกือบครึ่งหนึ่งเคยประสบกับเหตุการณ์การเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด ร้อยละ 42.90 ประสบปัญหาทางการเงิน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 52.50 อาจส่งผลกระทบต่ออารมณ์และความรู้สึกของผู้สูงอายุ เกิดความรู้สึกเสียใจ

หรือวิตกกังวลใจ³ รองลงมา คือ ภาวะเปราะบางทางด้านร่างกาย ($\bar{X}=0.63$, $SD=0.18$) อาจมีสาเหตุมาจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของอวัยวะในร่างกายและมีการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายเสื่อมลง²⁰ เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกยากลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ ถึง ร้อยละ 41.20 และจำเป็นต้องใช้เวลาพักนานมากขึ้นเนื่องจากเหนื่อยล้าง่าย ส่วนภาวะเปราะบางทางด้านสังคมมีคะแนนน้อยที่สุด ($\bar{X}=0.40$, $SD=0.34$) อาจเนื่องมาจากบริบทสังคมของกลุ่มตัวอย่างมีการไปมาหาสู่กันระหว่างเพื่อนบ้านมีความสัมพันธ์กันใกล้ชิดเหมือนเครือญาติ มีความสนิทสนมกัน พูดคุยพบปะ และช่วยเหลือกันเสมอ

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีอำนาจการทำนายภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุสูงสุด รองลงมาคือ รูปแบบการดำเนินชีวิต และสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ตามลำดับ ซึ่งผู้วิจัยได้อภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

ภาวะซึมเศร้า สามารถทำนายภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุสูงสุด โดยกลุ่มตัวอย่างที่เริ่มหรือมีภาวะซึมเศร้าจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า 8 เท่า (adjusted OR = 8.076, 95% CI 3.563-18.303, $p=.00$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเปราะบาง^{6,11-12} สามารถอธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้าจะส่งผลโดยตรงกับองค์ประกอบย่อยของภาวะเปราะบางด้านจิตใจ

ได้แก่ ด้านอารมณ์³ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกหดหู่ส่งผลกระทบกับภาวะเปราะบางทางด้านร่างกาย เช่น มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงเกิดภาวะทุพโภชนาการ ปัญหาเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และความสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง¹¹ ทำให้เกิดภาวะเปราะบางทางด้านสังคมในเวลาต่อมา

รูปแบบการดำเนินชีวิต สามารถทำนายภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งผลให้สุขภาพไม่ดีมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางได้มากกว่ากลุ่มที่มีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งผลให้สุขภาพดี 4.5 เท่า (adjusted OR=4.479, 95% CI 2.442-8.217, $p=.00$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gobbens et al.⁹ พบว่า รูปแบบการดำเนินชีวิตที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพมีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=1.06$, $p<.01$) และในการศึกษาครั้งนี้พบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันคอเลสเตอรอล เกลีสน้ำตาลสูง (ร้อยละ 61.10) การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์อุดมไปด้วยโปรตีน เส้นใยหรือแคลเซียมสูง ร้อยละ 54.20 และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน (ร้อยละ 53.80) ตามลำดับ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาของ van Oostrom et al.¹⁰ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพจะมีโอกาสในการเกิดภาวะเปราะบางเพิ่มขึ้น และการศึกษาของ Etman et al.²¹ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹

สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย สามารถทำนายภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR=3.800, 95%CI 2.086-6.925, p=.00) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุในระดับน้อยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรในระดับมาก 3.8 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Gobbens et al.³ ที่พบว่า สิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีจะส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุได้มากขึ้น เช่น สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยต่ำ มีการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เป็นต้น และการศึกษาของ Ye, Gao and Fu¹³ พบว่า สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง โดยหากผู้สูงอายุมีสิ่งแวดล้อมที่ดีทั้งด้านกายภาพและสังคมจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะเปราะบางลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และผลการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสิ่งแวดล้อมด้านความปลอดภัยจากอุบัติเหตุจราจรในระดับน้อย ($\bar{X}$ =2.50, SD=0.69) จึงทำให้มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะเปราะบางมากขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า รูปแบบการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมทำนายภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 41.70 สนับสนุนแนวคิดภาวะเปราะบางแบบบูรณาการของ Gobbens et al.³ ดังนั้น พยาบาลจึงควรคัดกรองภาวะซึมเศร้าร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการจัดการแก้ไขเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ พยาบาลควรประเมินรูปแบบการ

ดำเนินชีวิต และส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงประสานงานกับครอบครัว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการประเมินและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อลดภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งนี้ต่อไป ควรศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมในการจัดการภาวะเปราะบางเพื่อดูแลฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ และลดการเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดกับผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยบางส่วนจากสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปี 2561

References

1. World Health Organization. WHO clinical consortium on healthy ageing topic focus: frailty and intrinsic capacity [Internet]. 2017 [Cited 2018 June 1]; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272437>.
2. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(3):M146-56.
3. Gobbens RJJ, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JMGA. Towards an integral conceptual model of frailty. J Nutr Health Aging. 2010;14(3):175-81.

4. Ofori-Asenso R, Chin KL, Mazidi M, Zomer E, Ilomaki J, Zullo AR, et al. Global incidence of frailty and prefrailty among community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2019;2(8):e198398.
5. Gobbens RJJ, van Assen MA. Associations between multidimensional frailty and quality of life among Dutch older people. *Arch Gerontol Geriatr*. 2017;73:69-76.
6. Jaidee S, Sasat S. A study of frailty in older people resided in community, Bangkok. *Royal Thai Navy Medical Journal*. 2017;44(3):117-35. (in Thai).
7. Srinonprasert V, Chalemsri C, Aekplakorn W. Frailty index to predict all-cause mortality in Thai community-dwelling older population: A result from a National Health Examination Survey cohort. *Arch Gerontol Geriatr*. 2018; 77:124-8.
8. Vermeiren S, Vella-Azzopardi R, Beckwee D, Habbig AK, Scafoglieri A, Jansen B, et al. Frailty and the prediction of negative health outcomes: a meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(12):1163.e1-17.
9. Gobbens RJJ, van Assen MA, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. The Tilburg frailty indicator: psychometric properties. *J Am Med Dir Assoc*. 2010;11(5):344-55.
10. van Oostrom SH, Rietman ML, Picavet HSJ, Lette M, Verschuren WM, de Bruin SR, et al. A four-domain approach of frailty explored in the Doetinchem Cohort Study. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):196.
11. Robertson DA, Savva GM, Kenny RA. Frailty and cognitive impairment a review of the evidence and causal mechanisms. *Ageing Res Rev*. 2013;12(4):840-51.
12. Pegorari MS, Tavares DMS. Factors associated with the frailty syndrome in elderly individuals living in the urban area. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(5):874-82.
13. Ye B, Gao J, Fu H. Associations between lifestyle, physical and social environments and frailty among Chinese older people: a multilevel analysis. *BMC Geriatr*. 2018;18(1):314.
14. Griffiths J, Puttinio S, Pongsaksri M. The general practitioner assessment of cognition; GPCOG (Thai version): validity and reliability. Poster session presented at 9th Pan-Pacific Conference on Rehabilitation cum. 21st Annual Congress of Gerontology; Hong Kong; 2014.
15. Hwang JE. Development and validation of a 15-item lifestyle screening for community-dwelling older adults. *Am J Occup Ther*. 2012;66(6):e98-106.
16. Brislin RW. Back-translation for cross-cultural research. *J Cross-Cult Psychol*. 1970;1(3):185-216.
17. Tiraphat S, Thamma-Aphiphol K, Suthisukon K, Hong SA. Complete research report can a caring environment help the elderly improve

- their healthy ageing? Know your needs before it's too late. Nakhon Pathom: P.A. Living; 2016. (in Thai).
18. Wongpakaran N, Wongpakaran T. Prevalence of major depressive disorders and suicide in long term care facilities: a report from northern Thailand. *Psychogeriatrics*. 2012;12(1):11-7.
 19. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25(24):3186-91.
 20. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381(9868):752-62.
 21. Etman A, Kamphuis CB, van der Cammen TJ, Burdorf A, van Lenthe FJ. Do lifestyle, health and social participation mediate educational inequalities in frailty worsening?. *Eur J Public Health*. 2015; 25(2):345-50.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการพรางจาก ของเด็กวัยก่อนเรียน ตามการรับรู้ของครูพี่เลี้ยงเด็ก ในเขตจังหวัดชลบุรี

ณัชนันท์ ชีวานนท์* จินตนา วัชรสินธุ์**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างเด็กวัยก่อนเรียนกับครูพี่เลี้ยงเด็ก สภาพอารมณ์เครียดของครูพี่เลี้ยงเด็ก ประสิทธิภาพการสอนของครูพี่เลี้ยงเด็ก ประเภทครอบครัวของเด็กวัยก่อนเรียน และพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน กับความวิตกกังวลจากการพรางจากของเด็กวัยก่อนเรียน

วิธีการวิจัย: การวิจัยเชิงความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ครูพี่เลี้ยงเด็ก มารดาและบุตรวัยก่อนเรียน อายุ 1-4 ปี ในสถานรับเลี้ยงเด็ก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวนกลุ่มละ 98 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างเด็กกับครู สภาพอารมณ์เครียดของครู ประสิทธิภาพการสอนของครู ประเภทครอบครัวของเด็ก พื้นฐานทางอารมณ์ของเด็ก และแบบบันทึกพฤติกรรมความวิตกกังวลจากการพรางจากของเด็กวัยก่อนเรียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย: เด็กวัยก่อนเรียนมีคะแนนความวิตกกังวลจากการพรางจากเฉลี่ยเท่ากับ 8.87 (SD = 6.66) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างเด็กวัยก่อนเรียนกับครูพี่เลี้ยงเด็ก มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลจากการพรางจากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.20, p < .05$) ส่วนสภาพอารมณ์เครียดของครู ประสิทธิภาพการสอนของครู ประเภทครอบครัวของเด็ก และพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็ก ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการพรางจากของเด็กวัยก่อนเรียน

สรุปผล: เพื่อลดความวิตกกังวลจากการพรางจาก ผู้บริหารสถานรับเลี้ยงเด็กและผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กควรส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างเด็กวัยก่อนเรียนกับครูพี่เลี้ยงเด็ก

คำสำคัญ: ความวิตกกังวลจากการพรางจาก สัมพันธภาพระหว่างเด็กวัยก่อนเรียนกับครูพี่เลี้ยงเด็ก
สภาพอารมณ์เครียดของครูพี่เลี้ยงเด็ก เด็กวัยก่อนเรียน

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, E-mail: natchananc@gmail.com

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Factors related to separation anxiety of pre-school children as perceived by child-caregivers in Chon Buri province

Natchanan Chivanon* Chintana Wacharasin**

Abstract

Objectives: The purpose of this study was to examine the relationship between caregiver and child relationship, caregiver stress, caregiver experience, family type, child temperament and separation anxiety of pre-school children.

Methods: A descriptive correlational study of 98 caregivers, 98 mothers and their pre-school children in child care centers, Muang district, Chon Buri province was conducted. The research instruments included a demographic record form, a caregiver-child relationship questionnaire, caregiver stress questionnaire, caregiver experience questionnaire, child temperament questionnaire, and separation anxiety questionnaire. Descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation were used to analyze the data.

Results: The results showed that the mean score of separation anxiety of the pre-school children was 8.87 (SD = 6.66). Caregiver and child relationship was negatively correlated with separation anxiety of the pre-school children ($r = -.20, p < .05$). Caregiver stress, caregiver experience, family type, and child temperament were not significantly correlated with separation anxiety of the pre-school children.

Conclusions: In order to reduce separation anxiety of preschool children, child care center administrators or those involved with taking care of preschool children should promote caregiver-child relationship.

Keywords: separation anxiety, caregiver-child relationship, caregiver stress, pre-school children

*Faculty of Nursing Burapha University, E-mail: natchananc@gmail.com

**Faculty of Nursing Burapha University

บทนำ

ในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา สังคมไทย มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากซึ่งเป็นไปตามกระแสสังคม โลก ทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคมและเทคโนโลยี ครอบครัวซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสังคมก็มีการเปลี่ยนแปลง โดยลักษณะครอบครัวไทยเปลี่ยนไปจากเดิมที่เป็นครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว เมื่อบิดามารดาต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ขาดผู้ดูแลเด็ก บิดามารดาจึงต้องนำบุตรวัยก่อนเรียนเข้ารับบริการในสถานรับเลี้ยงเด็ก และอาจเป็นครั้งแรกของเด็กที่ต้องพรากจากบิดามารดาจึงทำให้เด็กเหล่านี้เกิดความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลจากการพรากจาก (Separation anxiety) เป็นความรู้สึกทางด้านอารมณ์ของเด็กที่เกิดขึ้นเมื่อเด็กต้องพรากจากสมาชิกในครอบครัว บุคคลหรือสถานที่อันเป็นที่รัก¹⁻² การไปสถานรับเลี้ยงเด็กทำให้เด็กต้องพรากจากครอบครัวเป็นครั้งแรก เมื่อเด็กไปอยู่ในสถานที่ใหม่ที่เด็กไม่คุ้นเคย จึงเป็นช่วงเวลาที่ทำให้เด็กเกิดความตื่นเต้น กระวนกระวายใจ พบว่าเด็กส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.00 จะหยุดร้องไห้ภายใน 3-4 นาที หลังจากนั้นเด็กก็จะปรับตัวให้เข้ากับสถานรับเลี้ยงเด็กได้ แต่เด็กที่มีความรู้สึกไม่มั่นคงทางอารมณ์ ร้อยละ 35.00 จะเกาะติดบิดามารดา ครู/พี่เลี้ยงเด็ก อาละวาด รบกวนเด็กคนอื่น ยากที่จะปรับตัวในการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกันไปจากเดิมได้³ และในบางรายเด็กอาจปฏิเสธบิดามารดาหรือแสดงอาการก้าวร้าวต่อบิดามารดาจากการศึกษาของ Chavira, Stein, Bailey & Stein⁴ พบว่ามีเด็กประมาณร้อยละ 5.00-10.00 มีความวิตกกังวลมาก มีอาการกลัวมากผิดปกติ

และถ้ายิ่งเด็กมีอาการของการวิตกกังวลจากการพรากจากที่รุนแรง คือมีอาการวิตกกังวลนานถึง 4 สัปดาห์ จะก่อให้เกิดความผิดปกติ กระสับกระส่าย ที่ถือได้ว่าเป็นความผิดปกติหรือเป็นโรคความวิตกกังวลจากการพรากจากได้ ที่เรียกว่า SAD (Separation anxiety disorder)⁵ ถือว่าเป็นปัญหาทางด้านอารมณ์ที่รุนแรง ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขและปล่อยทิ้งไว้ เด็กจะเกิดอาการ panic disorder และภาวะซึมเศร้ามากขึ้น นอกจากนี้ผลในระยะยาวของความวิตกกังวลจากการพรากจากในเด็กมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภทชนิดต่างๆ เช่น โรคกังวลทั่วไป (Generalized anxiety disorder) โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) โรคความเจ็บปวดที่เกิดทางกายโดยมีสาเหตุจากทางจิตใจ และโรคติดแอลกอฮอล์ (Pain disorder and Alcohol dependence) ซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัวเสื่อมถอยลง⁶

ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลจากการพรากจาก เช่น ความผูกพันระหว่างเด็กวัยก่อนเรียนกับครูพี่เลี้ยงเด็ก เมื่อเด็กต้องแยกจากบิดามารดาไปยังสถานรับเลี้ยงเด็ก เด็กจึงสร้างความรักความผูกพันขึ้นใหม่กับครูพี่เลี้ยงหรือผู้ดูแล เด็กที่อยู่กับพี่เลี้ยงดูที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะสามารถควบคุมสถานการณ์เมื่อเกิดความวิตกกังวลได้ดี ส่วนเด็กที่อยู่กับพี่เลี้ยงดูที่ไม่ได้ให้ความรัก ความผูกพันเพียงพอ เด็กจะไม่สามารถปรับตัวเมื่อเกิดความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม⁷ สภาพอารมณ์เครียดของครูพี่เลี้ยงเด็ก ถ้าครูพี่เลี้ยงเด็กมีสภาพอารมณ์เครียด ก็จะทำให้เด็กเกิดการรับรู้และมีความวิตกกังวลจากการพรากจากมากยิ่งขึ้น³ นอกจากนี้ประสบการณ์การสอนของครูพี่เลี้ยงจะมีผลกับความวิตกกังวลจากการพรากจาก

ของเด็กได้ เพราะครูที่มีประสบการณ์จะช่วยลดความเจ็บปวด สามารถวิเคราะห์ปัญหาและตอบสนองทางอารมณ์ของเด็กได้ดี⁸ ส่วนประเภทครอบครัวของเด็ก เด็กที่อยู่ในครอบครัวขยายจะพัฒนาความผูกพันต่อผู้ดูแลหลายคน เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย เด็กเหล่านี้จะปรับตัวต่อสิ่งใหม่ๆ ได้ง่ายกว่า ส่วนเด็กที่อยู่ในครอบครัวเดียวที่ไม่ค่อยได้พบปะบุคคลอื่นมากนัก การสร้างความผูกพันใหม่อาจไม่ย่นัก⁹ เด็กจึงมีโอกาสเกิดความเครียดจากการพลาจากบุคคลในครอบครัวค่อนข้างสูง และพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็ก เด็กที่เลี้ยงง่ายจะมีการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลอื่นได้ง่ายกว่ากลุ่มเด็กที่เลี้ยงยาก ความวิตกกังวลจากการพลาจากจึงน้อยกว่า¹⁰

ปัจจุบันมีสถานรับเลี้ยงเด็กหรือศูนย์เด็กเล็กจำนวนมาก เข้ามามีบทบาทในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการพลาจากของเด็กวัยก่อนเรียน ในสถานรับเลี้ยงเด็กวัยก่อนเรียน เพื่อที่จะนำมาเป็นแนวทางในการลดความวิตกกังวลจากการพลาจากและเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างเด็กวัยก่อนเรียนกับครูพี่เลี้ยงเด็ก สภาพอารมณ์เครียดของครูพี่เลี้ยงเด็ก ประสบการณ์การสอนของครูพี่เลี้ยงเด็ก ประเภทครอบครัวของเด็ก พื้นฐานทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน กับความวิตกกังวลจากการพลาจากของเด็กวัยก่อนเรียน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlation research design) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง สิงหาคม 2558

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย ครูพี่เลี้ยงเด็ก มารดาและเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 1-4 ปีที่มีพัฒนาการปกติตามวัยในสถานรับเลี้ยงเด็กของรัฐ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยครูพี่เลี้ยงเด็ก มารดาของเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 1-4 ปีซึ่งเป็นเด็กที่มีพัฒนาการปกติตามวัย และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ครูพี่เลี้ยงเด็กและมารดาเด็กมีสติสัมปชัญญะดี และสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ซึ่งสถานรับเลี้ยงเด็กที่เป็นหน่วยงานของรัฐ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี มีจำนวนทั้งสิ้น 12 แห่ง สุ่มรายชื่อสถานรับเลี้ยงเด็กโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Sampling without Replacement) จาก 12 แห่ง ได้สถานรับเลี้ยงเด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 แห่ง คิดจากร้อยละ 25.00¹¹ แล้วเลือกทุกคนที่มีคุณสมบัติเข้ากลุ่มตัวอย่าง และยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นครูพี่เลี้ยงเด็ก มารดาและเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 1-4 ปี รวมทั้งหมดกลุ่มละ 98 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่

เพศ อายุ และลำดับที่เกิด ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวเด็ก ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัว

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างเด็กกับครูพี่เลี้ยงเด็ก โดยผู้วิจัยปรับจากแบบสอบถาม¹² ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัด Maternal Attachment Inventory (MAI) ของมุลเลอร์ (Muller, 1994)¹³ ผู้ตอบแบบสอบถามคือครูพี่เลี้ยงเด็ก ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ เป็นชนิดมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมสูงหมายถึงครูพี่เลี้ยงมีสัมพันธภาพที่ดีกับเด็ก คะแนนน้อย หมายถึงครูพี่เลี้ยงมีสัมพันธภาพกับเด็กที่ไม่ดี มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .97

ชุดที่ 3 เป็นแบบสอบถามสภาพอารมณ์เครียดของครูพี่เลี้ยงเด็ก โดยใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹³ ผู้ตอบแบบสอบถามคือครูพี่เลี้ยงเด็ก ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบ มีเกณฑ์คะแนนให้ 4 ระดับ ดังนี้คือ ไม่เคยเลย ให้ 0 คะแนน เป็นครั้งคราว ให้ 1 คะแนน เป็นบ่อย ให้ 2 คะแนน เป็นประจำ ให้ 3 คะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึงครูพี่เลี้ยงมีความเครียดต่ำ หรือไม่มีความเครียด คะแนนสูง หมายถึงครูพี่เลี้ยงมีความเครียดในระดับสูง และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .76

ชุดที่ 4 แบบสอบถามพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็ควัยก่อนเรียน ใช้แบบสอบถามพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็ควัยก่อนเรียน¹⁴ ซึ่งแปลและเรียบเรียงจากแบบประเมินของ Thomas & Chess¹⁵ มีข้อคำถาม 36 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยลักษณะพื้นฐานอารมณ์ 6 ด้าน ได้แก่ ด้าน

ระดับกิจกรรม ด้านการปฏิบัติตัวเป็นเวลา ด้านปฏิกิริยาตอบ สนองต่อบุคคลหรือสิ่งเร้า ด้านความสามารถในการปรับตัว ด้านความรุนแรงในการตอบสนอง และด้านลักษณะอารมณ์ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ คะแนนรวมต่ำสุด ถึง คะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 36-180 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึงเด็กมีลักษณะพื้นฐานอารมณ์เป็นเด็กเลี้ยงง่าย คะแนนรวมน้อย หมายถึงเด็กมีลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์เป็นเด็กเลี้ยงยาก และมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .80

ชุดที่ 5 แบบบันทึกพฤติกรรมความวิตกกังวลจากการพรากจากของเด็ก ผู้วิจัยใช้ของพัชรินทร์ ยูพา¹⁶ ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของ Bowlby¹⁷ จะบันทึกลักษณะพฤติกรรมความวิตกกังวลจากการพรากจาก ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรม 3 ด้าน คือ พฤติกรรมประท้วง พฤติกรรมสิ้นหวัง และพฤติกรรมปฏิเสธ มีข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ เป็นแบบบันทึกรายการ (Check lists) คำตอบประกอบด้วย มีหรือไม่มีปฏิกิริยา ถ้าตอบว่า “มี” ค่าคะแนนเท่ากับ 1 และ “ไม่มี” ค่าคะแนนเท่ากับ 0 โดยคะแนนรวมน้อย หมายถึง เด็กมีความวิตกกังวลจากการพรากจากน้อย คะแนนรวมมาก หมายถึง เด็กมีความวิตกกังวลจากการพรากจากมาก โดยมีค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) เท่ากับ .78

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 57/2557 วันที่ 11 กันยายน 2557

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยทำ

หนังสือถึงนายกเทศมนตรีเทศบาลทั้ง 3 แห่ง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่สถานเลี้ยงเด็กของเทศบาลแต่ละแห่ง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์หรือ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย การเก็บรักษาความลับของข้อมูล การนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในหนังสือยินยอม และดำเนินการเก็บข้อมูลจนครบสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และความวิตกกังวลจากการพรางจาก ด้วยสถิติ สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นครูพี่เลี้ยง มีอายุเฉลี่ย 39.51 ปี (SD =7.11) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันกับคู่สมรส ร้อยละ 60.20 รองลงมาคือโสด ร้อยละ 30.60 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 51.00 รองลงมาคืออนุปริญญาหรือปวช. ปวส. ร้อยละ 27.60 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนเท่ากับ 25,169 บาท ประสบการณ์การสอนเฉลี่ย คือ 9.05 ปี (SD =3.19)

สัมพันธภาพระหว่างเด็กวัยก่อนเรียนกับครูพี่เลี้ยง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 86.48 คะแนน (SD =16.94) สภาพอารมณ์เครียดของครูพี่เลี้ยง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.81 คะแนน (SD =4.46) พื้นฐานทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 114.34 คะแนน (SD =14.89) ความวิตกกังวลจากการพรางจากของเด็กวัยก่อนเรียน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.41 คะแนน (SD =6.66) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมพันธภาพระหว่างเด็กวัยก่อนเรียนกับครูพี่เลี้ยง สภาพอารมณ์เครียดของครูพี่เลี้ยง พื้นฐานทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน และความวิตกกังวลจากการพรางจาก (n=98)

ตัวแปร	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าจริง	$\bar{X}$	SD
สัมพันธภาพระหว่างเด็กกับครูพี่เลี้ยงเด็ก	16-130	33-129	86.48	16.94
สภาพอารมณ์เครียดของครูพี่เลี้ยง	0-60	0-18	5.81	4.46
พื้นฐานทางอารมณ์	36-180	67-162	114.34	14.89
ความวิตกกังวลจากการพรางจาก	0-33	6-33	8.41	6.66

สัมพันธภาพระหว่างเด็กวัยก่อนเรียนกับครูพี่เลี้ยงเด็กมีความสัมพันธ์ทางลบ ระดับต่ำกับความวิตกกังวลจากการพรางจากของเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.20$, $p < .05$) ส่วนสภาพอารมณ์เครียดของครูพี่เลี้ยง

ประสบการณ์การสอนของครูพี่เลี้ยง ประเภทครอบครัวของเด็ก และพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการพรางจากของเด็กวัยก่อนเรียน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างเด็กกับครูพี่เลี้ยงเด็ก สภาพอารมณ์เครียดของครูพี่เลี้ยง ประสบการณ์การสอนของครูพี่เลี้ยง ประเภทครอบครัวของเด็ก พื้นฐานทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนกับความวิตกกังวลจากการพรางจากของเด็กวัยก่อนเรียน

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1.สัมพันธภาพระหว่างเด็กกับครูพี่เลี้ยงเด็ก	1.0	-.019	.158	-.206	.038	-.201*
2.สภาพอารมณ์เครียดของครูพี่เลี้ยง		1.0	.112	.041	-.137	.091
3.ประสบการณ์การสอนของครูพี่เลี้ยง			1.0	-.008	-.039	.083
4.ประเภทครอบครัวของเด็ก				1.0	-.024	-.195
5.พื้นฐานทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน					1.0	.093
6.ความวิตกกังวลจากการพรางจาก						1.0

* $p < .05$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าสัมพันธภาพระหว่างเด็กวัยก่อนเรียนกับครูพี่เลี้ยงเด็ก มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลจากการพรางจากของเด็กวัยก่อนเรียน อภิปรายได้ว่าเมื่อเด็กต้องแยกจากบิดามารดาไปยังสถานรับเลี้ยงเด็ก ครูพี่เลี้ยงเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็คนับว่าเป็นบุคคลที่สำคัญในชีวิตเด็ก เด็กจึงจำเป็นต้องสร้างสัมพันธภาพใหม่กับครูพี่เลี้ยงเด็ก และหากเด็กมีสัมพันธภาพที่ดีกับครูพี่เลี้ยงเด็ก จะทำให้เด็กรู้สึกมีความมั่นคงปลอดภัย และเกิดความวิตกกังวลจากการพรางจากมารดาน้อยลง ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับทฤษฎีความผูกพันของ Bowlby¹⁷ และจากแนวคิดเรื่องความวิตกกังวลจากการพรางจาก

ที่ว่าถ้าเด็กมีความผูกพันกับผู้เลี้ยงดูอย่างมั่นคง เด็กก็จะไม่เกิดความวิตกกังวลจากการพรางจาก การที่ครูพี่เลี้ยงเด็กมีสัมพันธภาพที่ดีต่อเด็ก จะทำให้ครูพี่เลี้ยงเด็ก เข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์ในเรื่องความกลัวและความวิตกกังวลของเด็ก และสามารถตอบสนองต่อเด็กได้อย่างถูกต้อง ทำให้เด็กรู้สึกมีความมั่นคงปลอดภัย เชื่อมมั่นว่าตนเองจะไม่ถูกทอดทิ้ง เมื่อต้องพรางจากบิดามารดา เด็กก็สามารถที่จะปรับตัวได้สอดคล้องกับการศึกษา Mofrad Abdullah & Uba¹⁸ ที่พบว่าความผูกพันที่มั่นคงระหว่างมารดาหรือผู้ดูแลกับเด็ก ช่วยทำให้คะแนนความวิตกกังวลจากการพรางจากต่ำลง และเด็กที่มีความผูกพันที่ไม่มั่นคงกับผู้ดูแล จะแสดงพฤติกรรมของความวิตกกังวลจากการ

พราะจากมากกว่าเด็กที่มีความผูกพันที่มั่นคง นอกจากนี้ความผูกพันที่ดีกับผู้ดูแลทำให้เด็กสามารถปรับตัวเมื่อเกิดความวิตกกังวลจากการแยกจากได้ดีกว่า ดังเช่นจากการศึกษาของ Commodari¹⁹ ที่ศึกษาในเด็กวัยก่อนเรียนจำนวน 152 คน พบว่า สัมพันธภาพระหว่างเด็กวัยก่อนเรียนกับครูนั้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการทางด้านภาษา ทักษะการเคลื่อนไหวของร่างกาย และความพร้อมในการปรับตัวในโรงเรียน

สภาพอารมณ์เครียดของครูพี่เลี้ยงเด็ก และประสิทธิภาพการสอนของครูพี่เลี้ยงเด็ก ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการพราะจาก อาจเนื่องจากว่าครูพี่เลี้ยงเด็กมีความมั่นคงทั้งรายได้และสวัสดิการ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ครูพี่เลี้ยงเด็กส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 51.00 รองลงมาคืออนุปริญญาหรือปวช. ปวส. ร้อยละ 27.60 และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวครูพี่เลี้ยงต่อเดือนเท่ากับ 25,169 บาท (SD = 10,624) ส่วนใหญ่ครูพี่เลี้ยงเป็นบุคลากรที่ทำงานสังกัดหน่วยงานเทศบาล ซึ่งเป็นงานที่มีความมั่นคง มีรายได้และสวัสดิการที่ดี อาจส่งผลให้ครูพี่เลี้ยงส่วนใหญ่ มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ เมื่อมีความเครียดน้อย ครูพี่เลี้ยงจึงให้ความสนใจต่อพฤติกรรมเด็ก สามารถตอบสนองความต้องการเด็กได้เหมาะสม ส่วนประสิทธิภาพการสอนของครูพี่เลี้ยงเฉลี่ย คือ 9.05 ปี (SD = 3.19) ซึ่งถือว่าส่วนใหญ่ครูพี่เลี้ยงมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนในสถานรับเลี้ยงเด็กเป็นเวลานานพอควร ทำให้เข้าใจพฤติกรรมหรือปฏิกิริยาต่อการพราะจากของเด็กและสามารถวิเคราะห์ปัญหาของเด็กและตอบสนองความต้องการเด็กได้ จึงไม่มีผลต่อความวิตกกังวล

จากการพราะจากของเด็กวัยก่อนเรียน สอดคล้องกับการศึกษา Saltali & Erbay⁸ ที่ได้ทำการศึกษาครูของเด็กอนุบาลจำนวน 45 คน ในการช่วยเหลือเด็กที่อยู่ในภาวะเครียด จากการพราะจากมารดาในช่วงวันแรก พบว่าครูที่มีประสบการณ์จะช่วยลดความรู้สึกเครียดของเด็กโดยการวางแผนการจัดกิจกรรมที่น่าสนใจสำหรับเด็ก พูดคุยกับเด็กเพื่อให้เด็กลดความเครียด ให้อารมณ์ดี แสดงพฤติกรรมให้ ความสนใจ ใส่ใจกับเด็ก ให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่เด็ก ไม่ให้ความสนใจต่อการแสดงพฤติกรรมทางลบของเด็ก และใช้กฎเกณฑ์ที่ง่าย และยืดหยุ่นกับเด็ก

ประเภทครอบครัวของเด็ก ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการพราะจาก ซึ่งไม่สนับสนุนแนวคิด Balaban⁹ ที่ว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวขยาย จะสามารถปรับตัวกับสิ่งใหม่ๆ ได้ง่ายกว่า ส่วนเด็กที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวที่ไม่ค่อยได้พบปะบุคคลอื่น เมื่อต้องแยกจากบุคคลในครอบครัว เพื่อสร้างความผูกพันกับบุคคลใหม่อาจจะทำได้ไม่ถนัดนัก และมีโอกาสที่จะเกิดความเครียดจากการพราะจากได้ค่อนข้างสูง แต่การวิจัยครั้งนี้ พบว่าประเภทครอบครัวของเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการพราะจาก อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 74.80 ถึงแม้ว่าบิดามารดาของเด็กวัยก่อนเรียนจะแยกครอบครัวออกมาเป็นครอบครัวเดี่ยวแต่ก็มีการพบปะพียงพาอาศัยและไปมาหาสู่กับญาติ พี่น้อง หรือครอบครัวเพื่อนบ้าน เป็นประจำและคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อันเป็นลักษณะเด่นของครอบครัวไทย เหล่านี้ทำให้ลักษณะความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวเดียวกับครอบครัวขยาย

ไม่แตกต่างกันมาก อาจทำให้ไม่มีผลต่อความวิตกกังวลจากการพรากจากของเด็กวัยก่อนเรียน

พื้นฐานทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการพรากจาก ของเด็กวัยก่อนเรียน อาจเนื่องจากเด็กส่วนใหญ่กลุ่มนี้เป็นกลุ่มเด็กเลี้ยงง่าย (จากคะแนนลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ พบว่าร้อยละ 68.00 เด็กมีลักษณะเลี้ยงง่าย) ซึ่งเด็กกลุ่มนี้จะมีลักษณะการทำงานของร่างกายสม่ำเสมอ ปรับตัวเร็ว กินนอนง่าย ถึงเวลาตื่นก็ร้องเพียงเล็กน้อย ใช้เวลาในการทำกิจกรรมไม่นาน เด็กกลุ่มนี้ทำให้เกิดความสบายใจในการดูแล ครูปี่เลี้ยงจะเกิดความมั่นใจในการควบคุมสถานการณ์ จึงไม่เห็นความแตกต่างระหว่างพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนกับความวิตกกังวลที่ชัดเจน ผลการศึกษาครั้งนี้ต่างกับแนวคิดของ Young & Szpunar¹⁰ ที่กล่าวว่าพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็ก มีผลต่อความวิตกกังวลต่อการแยกจาก เนื่องจากเด็กที่มีพื้นฐานทางอารมณ์ที่ต่างกัน จะมีการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้า เช่น การปรับตัว ความเครียด ความวิตกกังวลที่แตกต่างกัน เด็กที่เลี้ยงยากจะหงุดหงิดง่าย ปรับตัวยาก เมื่อต้องปรับตัวต่อสถานที่ใหม่ บุคคลที่ไม่คุ้นเคย จะทำให้เด็กอารมณ์เสียได้ง่ายกว่าเด็กที่เลี้ยงง่าย

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

เพื่อลดความวิตกกังวลจากการพรากจาก ผู้บริหารสถานรับเลี้ยงเด็ก และผู้ที่มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็ก ควรส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างเด็กวัยก่อนเรียนกับครูปี่เลี้ยงเด็ก

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ปกครองและครูปี่เลี้ยงเด็ก ต้องให้ความสำคัญและส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างเด็กวัยก่อนเรียนกับครูปี่เลี้ยงเด็ก เพราะหากเด็กและครูปี่เลี้ยงมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะทำให้เด็กรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย และช่วยลดความวิตกกังวลจากการพรากจากของเด็กวัยก่อนเรียนลง

2. ผู้บริหารสถานรับเลี้ยงเด็กหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียน ควรจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวลจากการพรากจากของเด็กวัยก่อนเรียน แก่ผู้ดูแลเด็ก เพื่อให้สามารถป้องกันหรือลดความวิตกกังวลจากการพรากจากลง และควรกำหนดให้ต้องมีการคัดกรองการเกิดพฤติกรรมวิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง สำหรับเด็กที่เข้าเรียนใหม่ เพื่อพิจารณาให้การดูแลเด็กและครอบครัวอย่างรวดเร็ว และเหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. Hockenbery MJ, Wilson D. Wong's nursing care of infants and children.10thed. Missouri: Mosby; 2015.
2. Spencer AR. Childhood and adolescence: Voyages in development. Canada: Thomson Learning; 2001.
3. McLeod S. Attachment theory [Internet]. 2013. [cited 2018 Jan 20]; Available from [http:// www. Simplypsychology.org/attachment.html](http://www.simplypsychology.org/attachment.html).

4. Chavira DA, Stein MB, Bailey K, Stein MT. Child anxiety in primary care: prevalent but untreated Depress Anxiety. 2004;20(4):155-64.
5. Suwannakit K. Separation anxiety disorder in children and adolescent. Bangkok: Medical media; 1998. (in Thai).
6. Ellen JM, Gina H, Healthier L, Jaelline J, Jeanne S. Separation Anxiety and Separation Anxiety Disorder [Internet]. 2008. [cited 2013 Oct 28]; Available from: http://helpguide.org/mentalseparation_anxiety_causes_prevention_treatment.htm
7. Learnard K. Infant & toddlers separation anxiety: Preparing you & your child for separation. [Internet]. 2002. [cited 2014 Oct 20]; Available from: <http://www.Allaboutbaby.com/infants/separate.htm>
8. Saltali ND, Erbay F. Stressful situations experienced by six year-old children when starting pre-school education. Educational Research and Reviews. 2013;8(9):519-24.
9. Balaban N. Easing the separation process for infants, toddlers, and families. Young Children. 2006;61(6):14-8.
10. Young AR, Szpunar M. Parenting and fear and anxiety in young children. Integrating Science and Practice. 2012;2(1):10-4.
11. Srisathitnarakul B. The methodology in nursing research. Bangkok: You & I inter-media; 2007. (in Thai).
12. Kaikul S, Chaimongkol N, Paktoop M. The Journal of Boromarajonani College of Nursing Chonburi. 2009;22(1):19-28. (in Thai)
13. Muller ME. A questionnaire to measure mother-to infant attachment. J Nurs Meast. 1994;2(2):129-41.
14. Sangsai N, Chaimomgkol N, Parktoop M. Factors predicting adaptive behaviors of preschool children at childcare centers. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2011;19(2):97-109. (in Thai).
15. Thomas A, Chess, S. Temperament and development. New York: Brunner/ Mazel; 1977.
16. Yupa, P. Separation anxiety of children 2-3 years at childcare center in municipal area of Nakhonratchasima Province [Master' Thesis]. Khonkaen: Khonkaen University; 2009. (in Thai).
17. Bowlby J. Attachment and Loss: volume II separation: anxiety and anger. 4th ed. Great Britain: Hazell Watson & Viney;1981.
18. Mofrad S, Abdullah R, Uba R. Attachment patterns and separation anxiety symptom. Asian Social Science. 2010;6(11):148-53.
19. Commodari E. Preschool teacher attachment, school readiness and risk of learning difficulties. Early Child Res Q. 2013;28 (2013):123–33.

ผลการใช้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวชาเทียร์แบบกลุ่มและแบบรายบุคคลต่อ ความสามารถจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์* สารีณี โต๊ะทอง** ทานตะวัน แยมบุญเรือง**

บทคัดย่อ

บทนำ: การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวชาเทียร์เป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น โดยกระบวนการให้การปรึกษาทำได้ทั้งแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล ซึ่งแบบกลุ่มเป็นกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่นำกระบวนการกลุ่มมาใช้ร่วมด้วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการให้การปรึกษา

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวชาเทียร์แบบกลุ่มกับแบบรายบุคคลต่อความสามารถจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

วิธีการวิจัย: การวิจัยเชิงทดลองโดยใช้แบบแผนการทดลองการสุ่มสี่กลุ่มแบบโซโลมอน กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2560 ที่มีความเครียดระดับสูง จำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวชาเทียร์แบบกลุ่มและแบบรายบุคคล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง และแบบประเมินความสามารถจัดการความเครียดที่ปรับปรุงมาจากแบบประเมินความสามารถจัดการความเครียดของ Jalowiec วิเคราะห์เปรียบเทียบความสามารถจัดการความเครียดก่อนและหลังการได้รับการปรึกษาโดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test และวิเคราะห์เปรียบเทียบความสามารถจัดการความเครียดระหว่างกลุ่มการทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบ One-way ANOVA

ผลการวิจัย: ความสามารถในการจัดการความเครียดของนักศึกษาทั้ง 4 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า รูปแบบของการให้การปรึกษาและการทดสอบก่อนหลังไม่มีผลต่อความสามารถจัดการความเครียด ดังนั้น จึงเลือกใช้วิธีการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวชาเทียร์แบบกลุ่มที่ไม่ต้องมีการทดสอบก่อนรับการปรึกษา เพราะใช้เวลาน้อยที่สุด

สรุปผล: จากข้อค้นพบนี้ ชี้ให้เห็นว่า วิธีการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวชาเทียร์แบบกลุ่มที่ไม่ต้องมีการทดสอบก่อนรับการปรึกษาสามารถนำไปใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่มีความเครียดระดับสูงได้

คำสำคัญ : การปรึกษาเชิงจิตวิทยา การปรึกษาแนวชาเทียร์ การจัดการความเครียด

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: kiat_j@hotmail.com

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

Received: August 8, 2019

Revised: January 27, 2020

Accepted: April 24, 2020

Effects of Satir's psychological group and individual counseling on coping abilities of nursing students

Janejira Kiatsinsap* Sarinee Thongtong** Tantawan Yamboonruang**

Abstract

Background: Satir's psychological counseling is a method used to enhance clients' coping abilities. It can be conducted as an individual or a group counseling. The psychological counseling group is a process which used a group process to increase the effectiveness of counseling.

Objectives: This research aimed to compare the effects of using Satir's psychological group counseling and individual counseling on coping ability of nursing students in order to find the most effective psychological counseling method for them.

Methods: A true experimental research with a randomized Solomon Four-Group Design was used. Participants consisted of 32 first year students of the bachelor of nursing science program, Academic Year 2017, Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, who had a high stress level. The participants were randomly allocated into 4 groups with 8 people each. Two programs, group and individual, of Satir's psychological counseling were used in experiment. Data were collected using the Suan Prung Hospital Stress Assessment Form. The coping ability assessment modified from the Jalowiec stress management capability assessment form. A paired t-test was used to compare coping abilities before and after counseling, and a one-way ANOVA test was used to compare coping abilities among the 4 groups.

Results: The stress coping ability of all 4 groups of students was not significantly different at the .05 level, indicating that the type of counseling did not affect the stress coping ability of the students. Therefore, it was concluded that the method of Satir's psychological group counseling without pretest was the most appropriate method because it takes the least amount of time.

Conclusions: The findings suggest that the Satir group psychological counseling method without pretest can be applied to first year nursing students with high level of stress.

Keywords: psychological counseling, Sair's counseling concept, stress coping

*Boromrajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Praboromrajanok Institute, Thailand

E-mail: kiat_j@hotmail.com

**Boromrajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Praboromrajanok Institute, Thailand

บทนำ

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่ได้รับความนิยมกันอย่างกว้างขวางในกลุ่มผู้ทำงานด้านสุขภาพจิตในปัจจุบันเพื่อใช้ในการจัดการความเครียด หรือการเผชิญปัญหา คือ การปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดของ Virginia Satir เพราะเป็นการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีข้อดีคือ เป็นวิธีที่มีแนวคิดหลักการ กระบวนการที่ชัดเจนและเป็นระบบทำให้สามารถนำมาใช้ได้อย่างได้ผลและใช้เวลาไม่มาก¹ เป็นวิธีที่สามารถนำไปพัฒนาเชิงจิตวิทยาได้หลายด้าน เช่น ความสามารถในการจัดการความเครียด หรือการเผชิญปัญหา²⁻³ การตั้งเป้าหมายชีวิต⁴ การสร้างพลังสุขภาพจิต⁵ การสร้างความสอดคล้องกลมกลืนในตน⁶ การบำบัดการติดสุรา⁷ การสร้างความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร⁸ การลดอาการซึมเศร้า⁹ เป็นต้น และเป็นวิธีที่ใช้ได้กับผู้รับการปรึกษาหลากหลายกลุ่ม เช่น เยาวชน¹⁰ นักเรียนหรือนักศึกษา^{1,4,8} ผู้ติดยาเสพติด^{5,7} ผู้ป่วยจิตเภท¹¹ ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์² ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า⁹ ดังนั้น จึงเป็นวิธีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่ได้รับเลือกมาใช้ในการวิจัยนี้

การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์ หรือการทำจิตบำบัดแบบซาเทียร์ (Satir's Model) ช่วยสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึก ความเชื่อ ความคาดหวัง ความปรารถนา และตัวตนที่แท้จริงของตนเอง เกิดการเรียนรู้ใหม่แทนการเรียนรู้เดิมที่ไม่ถูกต้อง พัฒนาความเข้าใจ ความเชื่อ ทักษะคติหรือกฎเกณฑ์ต่างๆ ให้เป็นไปตามศักยภาพของตนเอง ทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่า และมีความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น¹² วิธีการบำบัดแนวซาเทียร์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และเข้าใจตัวเองได้ง่าย เป็นที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย คือ เทคนิค

การวิเคราะห์ภูเขาน้ำแข็งส่วนบุคคล เป็นเทคนิคที่ใช้การเปรียบเทียบธรรมชาติของบุคคลเป็นเหมือนภูเขาน้ำแข็งที่ลอยอยู่ในน้ำ ส่วนที่อยู่เหนือน้ำคือ พฤติกรรม และส่วนใหญ่ของภูเขาน้ำแข็งซึ่งเป็นส่วนที่อยู่ใต้น้ำเปรียบเสมือนสิ่งที่อยู่ในจิตใจของบุคคลที่ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาแต่มีผลกระทบต่อชีวิตมาก โดยเทคนิคการวิเคราะห์ภูเขาน้ำแข็งส่วนบุคคลเป็นวิธีการวิเคราะห์ธรรมชาติของบุคคลทั้งในส่วนที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรม และส่วนที่อยู่ภายในจิตใจจากประสบการณ์ตรงในชีวิตที่ผ่านมา ซึ่ง Satir¹³ เชื่อว่าการยอมรับอดีต เข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของตนเองอย่างแท้จริง และสามารถชื่นชมตนเองที่ยังคงยืนหยัดอยู่ได้นั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง มีพลังสามารถจัดการกับชีวิตของตนเองได้ดีขึ้น

Banmen¹⁴ ให้ความหมายของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์ว่า เป็นการจัดการความเครียดที่เป็นประสบการณ์ภายในจิตใจที่ส่งผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคล โดยเป็นการจัดการที่มีความสอดคล้องกันของประสบการณ์ภายในจิตใจในทุกระดับของภูเขาน้ำแข็ง ทั้งความรู้สึก ความรู้สึกต่อความรู้สึก การรับรู้ ความคาดหวัง ความปรารถนา และตัวตน ซึ่งนั่นหมายถึงความเครียดได้รับการจัดการที่ประสบผลสำเร็จที่คงทนถาวร

กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์สามารถดำเนินการได้ทั้งการปรึกษาแบบรายบุคคลและการปรึกษาแบบกลุ่ม ปัจจุบันวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ใช้การให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยา โดยใช้หลักจิตวิทยาทั่วไปและให้การปรึกษาแบบเป็น

รายบุคคลกับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ที่มีระดับความเครียดอยู่ในระดับสูงซึ่งมีจำนวนค่อนข้างสูงถึงร้อยละ 40.00 - 43.00¹⁵⁻¹⁸ ทำให้ต้องใช้เวลาในการให้การศึกษานานสำหรับจำนวนนักศึกษาดังกล่าว ดังนั้น จากข้อดีของการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์และปัญหาความล่าช้าที่เกิดจากการให้การปรึกษาเป็นรายบุคคล การวิจัยนี้จึงต้องการศึกษาเปรียบเทียบการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์แบบกลุ่มกับแบบรายบุคคล เพื่อให้ทราบว่าการให้การปรึกษาทั้งสองแบบมีผลต่อการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลมีความต่างกันหรือไม่ หากมีความแตกต่างกันก็จะเลือกแบบที่สามารถทำให้ความสามารถในการจัดการความเครียดของนักศึกษาได้ดีกว่า แต่หากไม่มีความแตกต่างกันก็จะเลือกการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์แบบกลุ่มแทนการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาโดยใช้หลักจิตวิทยาทั่วไปแบบรายบุคคล เพราะเป็นรูปแบบที่ทำให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาของนักศึกษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากที่สุด นั่นคือเป็นรูปแบบที่มีข้อดีทั้งความสามารถในการพัฒนาการจัดการความเครียดและใช้เวลา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์แบบกลุ่มกับแบบรายบุคคลต่อความสามารถในการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

นักศึกษาที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์แบบกลุ่มกับแบบรายบุคคลสามารถจัดการความเครียดได้แตกต่างกัน

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยทดลองโดยใช้แบบแผนการทดลองการสุ่มสี่กลุ่มแบบโซโลมอน (The randomized Solomon four-group design)¹⁹

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2560 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ที่มีความเครียดระดับสูง จำนวน 76 คนที่เลือกมาโดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัยเพื่อเข้าร่วมโครงการ ประกอบด้วย เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่มีความเครียดระดับสูง และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และการคัดเลือกผู้ร่วมวิจัยออกจากโครงการ คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่มีความเครียดระดับสูงที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย แต่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ครบตามกำหนด

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คนได้จากการเลือกแบบสุ่มจากประชากรที่ศึกษา โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มเข้ากลุ่มเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน ซึ่งเป็นขนาดที่เหมาะสมในกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Rogers⁶ และกำหนดให้เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 2 กลุ่ม ดังแสดงในภาพ

E1	R	O1	X1	O2
C1	R	O3	X2	O4
E2	R		X1	O5
C2	R		X2	O6

E1 หมายถึง กลุ่มที่ได้รับการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวชาเทียร์แบบกลุ่มและได้รับการทดสอบความสามารถจัดการความเครียดก่อนได้รับการศึกษา

C1 หมายถึง กลุ่มที่ได้รับการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวชาเทียร์แบบรายบุคคลและได้รับการทดสอบความสามารถจัดการความเครียดก่อนได้รับการศึกษา

E2 หมายถึง กลุ่มที่ได้รับการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวชาเทียร์แบบกลุ่มและไม่ได้รับการทดสอบความสามารถจัดการความเครียดก่อนได้รับการศึกษา

C2 หมายถึง กลุ่มที่ได้รับการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวชาเทียร์แบบรายบุคคลและไม่ได้รับการทดสอบความสามารถจัดการความเครียดก่อนได้รับการศึกษา

R หมายถึง การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

X₁ หมายถึง การให้การศึกษาศึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวชาเทียร์แบบกลุ่ม

X₂ หมายถึง การให้การศึกษาศึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวชาเทียร์แบบรายบุคคล

O₁ หมายถึง ผลการวัดความสามารถจัดการความเครียดของนักศึกษาในกลุ่ม E₁ ก่อนได้รับการศึกษา

O₂ หมายถึง ผลการวัดความสามารถจัดการความเครียดของนักศึกษาในกลุ่ม E₁ หลังได้รับการศึกษา

O₃ หมายถึง ผลการวัดความสามารถจัดการความเครียดของนักศึกษาในกลุ่ม C₁ ก่อนได้รับการศึกษา

O₄ หมายถึง ผลการวัดความสามารถจัดการความเครียดของนักศึกษาในกลุ่ม C₁ หลังได้รับการศึกษา

O₅ หมายถึง ผลการวัดความสามารถจัดการความเครียดของนักศึกษาในกลุ่ม E₂ หลังได้รับการศึกษา

O₆ หมายถึง ผลการวัดความสามารถจัดการความเครียดของนักศึกษาในกลุ่ม C₂ หลังได้รับการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการศึกษาศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวชาเทียร์แบบกลุ่มและแบบรายบุคคล ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นได้ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำ และไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คนเพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหาของกิจกรรมแล้วมีการปรับปรุงอีกครั้งเพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบประเมินความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง²⁰ และแบบประเมินความสามารถจัดการความเครียดที่ปรับปรุงมาจากแบบประเมินความสามารถจัดการความเครียดของ Jalowiec (Jalowiec coping scale)²¹ นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้จำนวน 30 คนได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 และ .84 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี เลขที่ 15/2560 วันที่ 20 ตุลาคม 2560

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยหลักเป็นผู้ดำเนินการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์แบบกลุ่มและแบบรายบุคคลโดยเริ่มดำเนินการทดลองตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2561 พร้อมกันทั้งแบบกลุ่ม และแบบรายบุคคล แบบกลุ่มดำเนินการเสร็จทั้งกลุ่มการทดลองที่ 1 และกลุ่มการทดลองที่ 2 ในเดือนกันยายน 2561 ส่วนแบบรายบุคคลเสร็จในเดือนมกราคม 2562 การวัดความสามารถจัดการความเครียดของนักศึกษาก่อนการให้การปรึกษาแบบกลุ่มดำเนินการวัดในวันให้การปรึกษาครั้งที่ 1 ส่วนการวัดความสามารถจัดการความเครียดของนักศึกษาก่อนการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลดำเนินการวัดในวันแรกให้การปรึกษาของแต่ละบุคคล สำหรับการวัดความสามารถจัดการความเครียดของนักศึกษาหลังการให้การปรึกษาแบบกลุ่มดำเนินการวัดในวันให้การปรึกษาครั้งที่ 9 ส่วนการวัดความสามารถจัดการความเครียดของนักศึกษาหลังการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลดำเนินการวัดในวันสุดท้ายที่ให้การปรึกษาของแต่ละบุคคล

กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์แบบกลุ่มใช้โปรแกรมที่ปรับปรุงจาก โทโมเอะ อซาอิ⁴ นันท์ชัตสัณห์ สกุลพงศ์ อรพินท์ ชูชม และณัฐสุดา เต็มพันธ์⁵ ไพสิน ลีวัฒน์ชัย⁶ ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 9 ครั้ง ติดต่อกัน

ภายใน 5 สัปดาห์ โดยครั้งแรกใช้เวลา 60 นาที ครั้งที่ 2 – 9 ใช้เวลาครั้งละ 120 นาที สรุปเป็นขั้นตอนการให้คำปรึกษาดังนี้

1. ผู้วิจัยทักทายต้อนรับสมาชิก แนะนำตนเองพร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์ของกลุ่ม วันเวลาและข้อปฏิบัติร่วมกันภายในกลุ่มตลอดเวลา 5 สัปดาห์ และให้สมาชิกเล่าเกี่ยวกับตนเองหมุนเวียนไปจนครบทุกคน

2. ให้นักศึกษาจับคู่บอกเล่าความภาคภูมิใจเกี่ยวกับตนเองอย่างน้อย 3 ลักษณะ และแลกเปลี่ยนกันบอกถึงสิ่งที่ประทับใจในตัวเพื่อน โดยผู้วิจัยเอื้ออำนวยให้กลุ่มดำเนินไปตามกระบวนการกลุ่ม

3. ให้แต่ละคนวาดภาพระบายสีแทนความรู้สึกที่เกิดขึ้นในใจ ณ ปัจจุบันอย่างอิสระ โดยผู้วิจัยช่วยให้นักศึกษาแบ่งปันประสบการณ์ตนเองผ่านรูปภาพ และให้การบ้านโดยให้นักศึกษาไปสังเกตท่าทาง คำพูดของตนในสถานการณ์ที่ตึงเครียดและจดบันทึก

4. ให้นักศึกษาดูละครโทรทัศน์แล้วให้นักศึกษาแต่ละคนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการสื่อสารที่ไม่สอดคล้องของตัวละคร 4 รูปแบบคือ แบบคล้ายตาม แบบเฉยใจแบบตำหนิ และแบบยึดติดเหตุผล

5. ให้นักศึกษาวาดรูปแสดงสีหน้าท่าทางในช่วงที่มีความตึงเครียด และเขียนความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์ดังกล่าวลงบนกระดาษ จากนั้นให้นักศึกษาแต่ละคนได้แบ่งปันเรื่องราวของตน โดยผู้วิจัยช่วยให้นักศึกษาตระหนักถึงที่มาที่ชัดเจนโดยวาดลงในภูเขาน้ำแข็ง และให้การบ้านโดยให้นักศึกษาไปทดลองสื่อสารอย่างสอดคล้อง และจดบันทึก

6. ให้นักศึกษาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันเกี่ยวกับรูปแบบการสื่อสารของคนในครอบครัวผ่านการแสดงบทบาทสมมุติครอบครัว

7. ให้นักศึกษาจับคู่และเล่าเรื่องราวที่ค้างคาใจในประเด็นรู้สึกผิด เสียใจ เศร้าใจ หรืออยากขอโทษกับคู่ของตน และนำประสบการณ์ที่เกิดขึ้นมาแลกเปลี่ยนภายในกลุ่ม

8. ให้นักศึกษาจับคู่และเล่าเรื่องราวที่ค้างคาใจในประเด็นประทับใจ รู้สึกดีในใจ ซาบซึ้ง หรืออยากขอบคุณกับคู่ของตน และนำประสบการณ์ที่เกิดขึ้นมาแลกเปลี่ยนภายในกลุ่ม

9. ให้นักศึกษาเขียนถึงความประทับใจที่มีต่อเพื่อนแต่ละคนในกลุ่ม และมอบข้อความนั้นให้เพื่อน และให้แต่ละคนได้แสดงความรู้สึกและสะท้อนกลับต่อเพื่อนในกลุ่ม ด้วยการสื่อสารที่สอดคล้องจริงใจ และสรุปประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน

กระบวนการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์แบบรายบุคคลใช้โปรแกรมที่พัฒนาโดย นางพวง ลิ้มสุวรรณ และ นิดา ลิ้มสุวรรณ¹ ประกอบด้วย การให้การศึกษา 10 ขั้นตอน โดยนักศึกษา (กลุ่มควบคุมที่ 1 และกลุ่มควบคุมที่ 2) แต่ละคนจะได้รับการปรึกษาครั้งละ 60 – 80 นาที จำนวนอย่างน้อย 2 ครั้ง จำนวนครั้งขึ้นอยู่กับปัญหาของนักศึกษาแต่ละบุคคล กระบวนการ 10 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1. การเตรียมตัวของผู้วิจัยก่อนพบนักศึกษา
2. การสร้างความเชื่อมโยงกับนักศึกษา (การแสดงความเห็นอกเห็นใจนักศึกษาด้วยท่าทีที่อบอุ่นเป็นกันเอง เข้าใจมุมมองของนักศึกษา แสดงออกด้วยการฟังด้วยความตั้งใจ และการวิเคราะห์ coping stance ของนักศึกษา)

3. การสำรวจปัญหาของนักศึกษา

4. การสำรวจผลกระทบของปัญหาต่อภูเขาน้ำแข็งของนักศึกษา

5. การตั้งเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงในการบำบัดแต่ละครั้ง

6. การสร้างพันธสัญญาต่อการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของนักศึกษา

7. การดำเนินการเปลี่ยนแปลงตามพันธสัญญาในทุกะดับของภูเขาน้ำแข็ง

8. การตอบย้ำหรือเน้นย้ำการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

9. การให้การบ้านเพื่อเพิ่มศักยภาพนักศึกษาในการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

10. การยุติการบำบัดและนัดหมายครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความสามารถจัดการความเครียดก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มควบคุมที่ 1 ใช้สถิติทดสอบ paired t-test และการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสามารถจัดการความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองทั้ง 4 กลุ่ม ใช้สถิติทดสอบ One-way ANOVA

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสามารถจัดการความเครียดของนักศึกษาก่อนและหลังรับการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถจัดการความเครียดของนักศึกษาหลังรับการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์ทั้งแบบกลุ่มและแบบรายบุคคลสูงกว่าก่อนรับการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตาราง ที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความสามารถจัดการความเครียดของนักศึกษา ก่อนและหลังรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์ (n = 32)

กลุ่มนักศึกษา	ความสามารถจัดการความเครียดของนักศึกษา				t	P
	ก่อนรับการปรึกษา		หลังรับการปรึกษา			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
กลุ่มรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์แบบกลุ่ม	78.4	9.1	108.1	18.3	5.36	.001*
กลุ่มรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์แบบรายบุคคล	90.5	7.2	114.8	8.5	7.77	.000*

* p < .05

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสามารถจัดการความเครียดของนักศึกษาที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์แบบกลุ่มกับแบบรายบุคคล พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถจัดการความเครียดของนักศึกษาหลังรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์ทั้ง 4 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความสามารถจัดการความเครียดของนักศึกษาที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวซาเทียร์แบบกลุ่มกับแบบรายบุคคล (n = 32)

กลุ่มนักศึกษา	ความสามารถจัดการความเครียด		F	P
	$\bar{X}$	SD		
กลุ่มรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์แบบกลุ่มที่มีการทดสอบก่อนและหลังการให้การศึกษา	108.1	18.3	1.97	.141
กลุ่มรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์แบบรายบุคคลที่มีการทดสอบก่อนและหลังการให้การศึกษา	114.8	8.5		
กลุ่มรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์แบบกลุ่มที่มีการเฉพาะการทดสอบหลังการให้การศึกษา	112.1	9.5		
กลุ่มรับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์แบบรายบุคคลที่มีการเฉพาะการทดสอบหลังการให้การศึกษา	123.1	12.5		

อภิปรายผล

ข้อค้นพบหลักของการวิจัย คือ นักศึกษาที่มีความเครียดระดับสูงกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์แบบกลุ่มสามารถจัดการความเครียดได้ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์แบบรายบุคคล

ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีความเครียดระดับสูงที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์แบบกลุ่มและแบบรายบุคคลสามารถจัดการความเครียดได้แตกต่างกันเพราะกระบวนการของสองวิธีมีความแตกต่างกัน โดยการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์

แบบกลุ่มเป็นวิธีการที่มีการบูรณาการกระบวนการกลุ่มร่วมกับกระบวนการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวชาเทียร์ด้วย ซึ่งสามารถดำเนินการได้เพราะการทำจิตบำบัดแนวชาเทียร์สามารถนำวิธีการที่เป็นด้านบวกมาใช้ร่วมได้²² ดังนั้น การศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวชาเทียร์แบบกลุ่มน่าจะช่วยให้นักศึกษาสามารถจัดการความเครียดได้ดีขึ้น สามารถอธิบายเหตุผลสนับสนุนข้อค้นพบได้ว่า การศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวชาเทียร์แบบกลุ่มกับแบบรายบุคคลต่างก็ทำให้นักศึกษาบรรลุเป้าหมายหลัก 4 ประการของการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวชาเทียร์ ได้แก่ 1) ตระหนักถึงคุณค่าในตัวเองมากขึ้น 2) ตัดสินใจเองเลือกเองได้มากขึ้น 3) รับผิดชอบชีวิตตัวเองมากขึ้น และ 4) มีความสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น¹ ดังนั้น การนำกระบวนการกลุ่มเข้ามาใช้ร่วมกับการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวชาเทียร์เป็นเพียงส่วนที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการคือทำให้สามารถให้การศึกษานักศึกษาได้ในจำนวนที่มากขึ้น งานวิจัยที่สนับสนุนประสิทธิภาพของการให้การศึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวชาเทียร์แบบกลุ่ม ได้แก่ โทโมเอะอซาอิ⁴ แสดงให้เห็นว่า การศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวชาเทียร์แบบกลุ่มทำให้นักศึกษาสามารถตั้งเป้าหมายชีวิตได้ดีขึ้น นันทิชาตสันท์ สกุลพงศ์ อรพินทร์ ชูชม และณัฐสุดา เต็มพันธ์⁵ พบว่า การศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการเน้นแนวคิดชาเทียร์ทำให้ผู้ติดยาามีพลังสุขภาพจิตมากขึ้น ไพลิน ลิ้มวัฒนชัย⁶ พบว่า การศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวชาเทียร์แบบกลุ่มทำให้นักศึกษามีความสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น ส่วนแนวคิดทฤษฎีที่สนับสนุนว่า กระบวนการให้การศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวชาเทียร์แบบกลุ่มเป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ คือ แนวคิดเกี่ยวกับข้อดีของการให้

การปรึกษาแบบกลุ่ม 4 ประการคือ 1) ทำง่าย ประหยัดเวลา 2) เหมาะสมกับวัยรุ่นทำให้เกิดความเข้าใจเห็นใจอยากช่วยเหลือกัน 3) ฝึกทักษะสังคมได้ดี และ 4) การประทับประคองทางอารมณ์เกิดได้มาก²³

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างคือ กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มละ 8 คนซึ่งน้อยกว่าขนาดขั้นต่ำของกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเชิงทดลองที่ต้องใช้อย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน²⁴ ซึ่งต้องใช้จำนวนรวม 80 คน ทำให้เกิดข้อจำกัดเพราะจำนวนประชากรที่ศึกษาหรือนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 ที่มีความเครียดระดับสูง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยมีเพียง 76 คน ข้อจำกัดนี้อาจส่งผลต่อความตรงภายนอกหรือการอ้างอิงไปสู่ประชากรเป้าหมายได้ ดังนั้น การวิจัยครั้งต่อไปสิ่งที่สามารถกระทำได้ภายใต้ข้อจำกัดของจำนวนประชากรที่ศึกษา คือการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นอย่างน้อยกลุ่มละ 16 คน รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 64 คน โดยกลุ่มที่ได้รับการศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวชาเทียร์แบบกลุ่มให้แบ่งการปฏิบัติเป็น 2 กลุ่มย่อย แล้วนำผลการวัดมารวมกัน เพื่อวิเคราะห์ผลการวัดเป็นกลุ่มใหญ่ สอดคล้องกับงานวิจัยของไพลิน ลิ้มวัฒนชัย⁶ ที่ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัย ซึ่งใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 16 คน

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การศึกษาเชิงจิตวิทยาแนวชาเทียร์เป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้รับการศึกษาสามารถจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น โดยกระบวนการให้การศึกษาทำได้ทั้งแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล ซึ่ง

แบบกลุ่มเป็นกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่นำกระบวนการกลุ่มมาใช้ร่วมด้วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการให้การปรึกษา

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
จากข้อค้นพบ พบว่า การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์แบบกลุ่มมีประสิทธิภาพมากกว่าการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์แบบรายบุคคล ดังนั้นสถาบันการศึกษา ที่ผลิตพยาบาลระดับปริญญาตรีสามารถนำผลการวิจัยไปใช้พัฒนา โดยใช้กระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์แบบกลุ่มที่ไม่ต้องทำการทดสอบก่อนกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่มีความเครียดระดับสูง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
ศึกษาเปรียบเทียบการใช้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวซาเทียร์แบบกลุ่มและแบบรายบุคคลต่อความสามารถในการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาล

References

1. Limsuwan N, Limsuwan N. Satir: Psychotherapy and self-development. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2013. (in Thai).
2. Laohawirapap S. The effect of using the belief in karma in counseling along the Satir model on the coping ability of AIDS caregivers. [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2005. (in Thai).
3. Kornnook S, Vachiradilok P. Changes of families that serve family therapy based on the Satir concept: In case of teenage children having anti-behavior. Journal of Behavioral Science. 2016;22(1):109-22. (in Thai).
4. Azai T. The results of group counseling according to the Satir model on the goal setting of undergraduate students of Rajamangala University of Technology Lanna Chiang Mai. [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2008. (in Thai).
5. Sakulphong N, Chuchom O, Taephan N. The results of psychiatric group counseling emphasizing Satir concepts on the mental health power of female amphetamine addicts who are in rehabilitation phase: Mixed-method research. Suan Prung Journal. 2015;31(3):16-31. (in Thai).
6. Limwattanachai P. The results of Satir's psychiatric group counseling on self-congruence of university students. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013. (in Thai).
7. Jansod T. Spouses treatment based on the Satir concept in alcohol dependence patients, psychiatric hospital Nakhon Ratchasima Rajanagarindra. Journal of Mental Health Community of Thailand. 2013;1(1):49-61. (in Thai).
8. Ratanawijit S, Chamnian M. Effects of applying the Satir model on confidence in avoiding premature sexual intercourse in a female secondary school grade 1 students in urban areas of Nakhon Pathom Province. Kuakarun Journal of Nursing. 2017;24(1):102-17. (in Thai).

9. Singkhom O, Seeherunwong A, Kanjanakaron R, Panyadee W. Effects of the mental health education program using Satir based model on depression in Thai women with depression. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2016;30(3):21-35. (in Thai).
10. Longthong N, Chowsilpa S, Tapanya P. Effects of using Satir model program on coping ability of the youth affected by AIDS. *The Journal of Human Sciences*. 2010;11(1): 21-29. (in Thai).
11. Kongsuk P, Piyawattakoon N, Chutangkorn P, Chaiyamee M. Effects of family counseling on schizophrenic patients by using Satir 's concept. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2007;52(4):402-11. (in Thai).
12. Piddocke S. The Self: Reflections on its nature and structure according to the Satir Model. *The Satir Journal*. 2010;4(1):109-55.
13. Banmen J. *Satir transformational systemic therapy*. Palo Alto: Science and Behavior Books, Inc; 2008.
14. Banmen J. The Satir model: Yesterday and today. *Contemporary Family Therapy*, 2002;24:7-22.
15. Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi. 2014 student guidance activity report. Guidance Student Department; 2017. (in Thai).
16. Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi. 2015 student guidance activity report. Guidance Student Department; 2017. (in Thai).
17. Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi. 2016 student guidance activity report. Guidance Student Department; 2017. (in Thai).
18. Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi. 2017 student guidance activity report. Guidance Student Department; 2017. (in Thai).
19. Kamket W. *Research methodology in behavioral science*. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2012. (in Thai).
20. Mahatnirankun S, Pumpaisanchai W, Tapanya P. Creating the Suan Prung Stress Test. *Bulletin of Suan Prung*. 1997;13:1-20. (in Thai).
21. Jalowiec A. Confirmatory factor analysis of the Jalowiec Coping Scale. In: Waltz CF, Strickland OL, editors. *Measurement of nursing outcomes: measuring client outcomes*. New York: Springer; 1988. p. 287-308.
22. Limsuwan N, Piyawatkul N, Arunpongpaissal S. Satir model. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2007;52:1-7. (in Thai)
23. Kateman P. Knowledge of psychiatric disorders and behavioral problems: group counseling. [Internet]. 2007 [cited 2017 Sep 15]; Available from: www.psyclin.co.th. (in Thai).
24. Wongwanich S, Wiratchai N. *Thesis counseling guidelines*. 2nd ed. Bangkok: Center for Textbooks and Academic Documents, Faculty of Education, Chulalongkorn University; 2007. (in Thai).

การพัฒนาเครื่องมือประเมินรูปแบบการรับรู้ความรู้สึก สำหรับวัยรุ่นและผู้ใหญ่

ไอลดา ป้อมเงิน* เทียม ศรีคำจักร** สุภาวดี พุฒิน้อย**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินรูปแบบการรับรู้ความรู้สึกสำหรับวัยรุ่นและผู้ใหญ่ และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

วิธีการวิจัย: พัฒนาเครื่องมือประเมินรูปแบบการรับรู้ความรู้สึกสำหรับวัยรุ่นและผู้ใหญ่ด้านความตรงเชิงเนื้อหาด้วยวิธีการหาค่าคะแนนดัชนีความสอดคล้องจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน และด้านความเที่ยงแบบค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคในกลุ่มตัวอย่างอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง อำเภอดอยสะเก็ด และอำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน และหาความเที่ยงแบบทดสอบซ้ำด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นในกลุ่มตัวอย่างเดิม จำนวน 40 คน

ผลการวิจัย: เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 2 ชุดย่อย ได้แก่ ชุดที่ 1 รูปแบบความชอบทางการรับรู้ความรู้สึก จำนวน 50 ข้อ ลดลงจากเดิม 10 ข้อ และชุดที่ 2 รูปแบบความไวในการรับรู้ความรู้สึก จำนวน 60 ข้อเท่าเดิม แต่ละชุดจัดหมวดหมู่ข้อคำถามใหม่เป็น 6 ด้านคือ การมองเห็น การได้ยิน การดมกลิ่นและรับรส กายสัมผัส การทรงตัวและการรับรู้ความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ ใช้เวลาในการทดสอบลดลงเหลือ 5-10 นาที จากการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาหาค่าคะแนนดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือชุดที่ 1 และ ชุดที่ 2 อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 ความเที่ยงแบบค่าความสอดคล้องภายในมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือชุดที่ 1 เท่ากับ .89 และชุดที่ 2 เท่ากับ .79 และความเที่ยงแบบทดสอบซ้ำมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นของเครื่องมือชุดที่ 1 เท่ากับ .91 และชุดที่ 2 เท่ากับ .92

สรุปผล: เครื่องมือประเมินรูปแบบการรับรู้ความรู้สึกสำหรับวัยรุ่นและผู้ใหญ่ มีค่าความตรงและความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

คำสำคัญ: การรับรู้ความรู้สึก การพัฒนาเครื่องมือ วัยรุ่นและผู้ใหญ่

*นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, E-mail: iladapomngen@gmail.com

**สาขาวิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Development of Thai's sensory patterns assessment tool for adolescents and adults

Ilada Pomngern* Tiam Srikhamjak** Supawadee Putthinoi**

Abstract

Objectives: The aim of this research was to develop sensory assessment tools for adolescents and adults and to examine psychometric properties of the assessment tool, including content validity, internal consistency and test-retest validity. The content validity was assessed by the index of item-objective congruence (IOC) from 5 experts.

Methods: The sample group was selected by multistage sampling. A total of 400 participants aged more than 15 years old in Chiang Mai province were recruited for examining internal consistency and 40 participants were recruited for examine test retest reliability.

Results: This assessment consisted of 2 modules: a 50-item sensory preferences module that was reduced from 60 items and a 60-item sensory threshold. Each module was comprised of 6 sensory modalities: sight, sound, smell & taste, touch, proprioceptive and vestibular. Each assessment took 5-10 minutes to complete. The index of item-objective congruence (IOC) was between 0.60-1.00 for module 1 and module 2. The internal consistency using the Cronbach's alpha was .89 for module 1 and .79 for module 2. The test-retest reliability using Intraclass Correlation Coefficient (ICC) was .91 for module 1 and .92 for module 2.

Conclusions: These findings indicated that the sensory patterns assessment tool is a valid and reliable instrument for evaluating person's sensory pattern.

Keywords: sensory, tool development, adolescence and adult

*Master degree student, Master of Science, Department of occupational therapy, Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai University, E-mail: iladapomngen@gmail.com

**Department of occupational therapy, Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai University

บทนำ

การรับรู้ความรู้สึกเป็นความรู้สึกตัวอย่างง่าย ๆ เมื่อมีสิ่งเร้าจากภายในและภายนอกร่างกายเข้ามากระตุ้นเซลล์ประสาทรับรู้ความรู้สึกในปริมาณที่เซลล์นั้นๆ สามารถเปลี่ยนพลังงานของสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาให้กลายเป็นสัญญาณกระแสประสาท (nerve impulse) และส่งต่อไปยังสมอง¹ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการรับรู้ การเกิดอารมณ์ความรู้สึก รวมถึงพฤติกรรมและการแสดงออกต่างๆ ของมนุษย์² การที่แต่ละคนจะเลือกกิจกรรมแบบไหน โดยหลักขึ้นอยู่กับรูปแบบการรับรู้ความรู้สึกของแต่ละคน และการเข้าใจรูปแบบการรับรู้ความรู้สึกของตนเอง เพื่อน สมาชิกในครอบครัวเป็นเสมือนการเปิดประตูสู่การดำเนินชีวิตที่สุขสมบูรณ์³⁻⁴ ปัจจุบันมีการนำความรู้เรื่องการรับรู้ความรู้สึกมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดรักษาและส่งเสริมสุขภาพหลากหลายรูปแบบ เช่น ดนตรีบำบัด⁵ แสงบำบัด⁶ โอรามาเธราพี⁷ รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้มีความต้องการพิเศษประเภทต่างๆ เช่น ผู้มีความบกพร่องทางสติปัญญา ผู้ป่วยจิตเวช และโรคทางอารมณ์ กลุ่มผู้มีความระมัดระวังสูง เรียกว่า มัลติเซ็นซอรีหรือสโนซึลีน (multisensory environment or snoezelen) เป็นต้น⁸⁻¹⁰ โดยเครื่องมือที่จะช่วยคัดกรองว่าแต่ละคนมีรูปแบบการรับรู้ความรู้สึกเป็นแบบไหน เพื่อที่จะเลือกการบำบัดรักษาและส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลมีค่อนข้างน้อย¹¹ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือประเมินในเด็ก¹²⁻¹⁵ สำหรับในผู้ใหญ่พบว่ามี 3 ฉบับที่เป็นแบบรายงานตนเอง (self-report) คือ adolescence/adult sensory profile¹⁶ The sensory assessment and profiling tools¹⁷ และ Thai sensory profile assessment (TSPA)¹⁸ โดย TSPA ถือว่ามีความเหมาะสมกับคนไทยมากที่สุด เพราะนอกจากจะพัฒนามาจากเครื่องมือ 2 ฉบับ

ข้างต้นเพื่อใช้กับคนไทยโดยเฉพาะ ยังพบว่ามี การทดสอบความตรง และความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองทั้ง 5 ภูมิภาคของไทย พบว่า ได้ค่าส่วนใหญ่ เป็นที่ยอมรับได้ มีเพียงบางหมู่หมวดย่อยเท่านั้นที่มีความเที่ยงแบบค่าความสอดคล้องภายในค่อนข้างต่ำ¹⁸ นอกจากนี้เครื่องมือนี้ได้นำไปทดลองใช้ในทางคลินิกกับผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มเด็กวัยรุ่น ผู้ติดยา¹⁹⁻²⁰ และยังมีจุดเด่นอีกประการคือมีโปรแกรมในการประมวลผลและรายงานผลได้อย่างรวดเร็วบนสื่อออนไลน์

อย่างไรก็ดีเครื่องมือนี้ยังพบข้อจำกัดบางประการ จากการที่เครื่องมือแบ่งเป็น 2 ชุดย่อย คือ ความชอบทางการรับรู้ความรู้สึก (sensory preferences) และความไวในการรับรู้ความรู้สึก (sensory thresholds) โดยแบ่งการรับรู้ความรู้สึกออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การดมกลิ่น การรับรส กายสัมผัส และการเคลื่อนไหว ทำให้มีข้อคำถามค่อนข้างมาก ชุดละ 60 ข้อ ใช้เวลาทดสอบค่อนข้างนานประมาณ 10-15 นาที¹⁹ การมีข้อคำถามที่มากจะส่งผลให้เกิดความเบื่อหน่ายและลดความสนใจในการให้ข้อมูล อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลที่เกิดจากความไม่ตั้งใจในการตอบที่ส่งผลต่อความแม่นยำในการประเมิน รวมถึงผลการทดสอบความเที่ยงแบบค่าความสอดคล้องภายในอันเป็นเรื่องของกรวัดในสิ่งเดียวกันของด้านความไวในการรับรู้ความรู้สึกด้านการเคลื่อนไหวและด้านกายสัมผัสค่อนข้างต่ำ ($\alpha = 0.32$ และ 0.42)¹⁸ จากข้อมูลดังกล่าวมาทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาเครื่องมือดังกล่าวต่อให้ดียิ่งขึ้น โดยปรับปรุงข้อคำถามให้มีความกระชับรัดกุมและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น จัดหมวดหมู่ข้อคำถามใหม่ พร้อมตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือสำหรับการนำไปใช้กับบุคคล ช่วงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินรูปแบบการรับรู้ความรู้สึกสำหรับวัยรุ่นและผู้ใหญ่และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นบุคคลอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีประชากรจำนวนมาก มีความหลากหลายและกระจายตัวอยู่ทั่วพื้นที่ และสามารถเดินทางเพื่อเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างได้อย่างสะดวกและปลอดภัย จากฐานข้อมูลประชากร ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 พบว่ามีประชากรจำนวน 1,373,436 คน โดยการกำหนดขนาดของกลุ่ม

ตัวอย่างสำหรับการทดสอบความเที่ยงแบบค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) คำนวณจากสูตรของยามานะ²¹ (กำหนด $\alpha = .05$, $e = .05$, $Z = 1.96$) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน และขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับทดสอบความเที่ยงแบบทดสอบซ้ำ คำนวณจากโปรแกรม G*power 3.1 (กำหนดค่าอิทธิพลอยู่ที่ .25, $\alpha = .05$)²² ได้จำนวน 36 คน ซึ่งงานวิจัยนี้จะใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ดังนี้

1. การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น ซึ่งแบ่งชั้นเป็น 4 ช่วงอายุ โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละช่วงวัยคำนวณจากสัดส่วนจำนวนประชากรในแต่ละช่วงอายุดังที่แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงกลุ่มตัวอย่าง (n=400)

อายุ (ปี)	จำนวนประชากร	ร้อยละประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
15 - 19	91,992	6.69	27
20 - 39	477,467	34.76	139
40 - 59	480,009	34.95	140
60 ปีขึ้นไป	323,968	23.59	94
รวม	1,373,436	100.00	400

2. สุ่มเขตพื้นที่ในการเก็บข้อมูล ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยสุ่มอำเภอที่เป็นตัวแทนของเขตเมือง กึ่งเมือง และชนบทอย่างละ 1 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอดอยสะเก็ด และอำเภอแม่อน

3. ผู้วิจัยลงพื้นที่ชี้แจงรายละเอียดโครงการเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) คือ ยินดีเข้าร่วมการวิจัยสามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้และไม่ได้

จัดอยู่ในกลุ่มผู้พิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และสำหรับกลุ่มตัวอย่างการทดสอบความเที่ยงแบบทดสอบซ้ำใช้กลุ่มตัวอย่างเดิม 40 คน ที่มีความสมัครใจ โดยสุ่มคัดเลือกเฉพาะ 40 คนแรกที่ยินดีให้ข้อมูล 2 ครั้ง โดยหากเกินกว่านั้นข้อมูลจะไม่นำมาคิดคำนวณ หรือหากน้อยนั้นก็จะเป็นจำนวนเท่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ สำหรับงานวิจัยนี้สามารถเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างได้ครบถ้วนทั้ง 40 คน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาเครื่องมือประเมินฉบับร่าง และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ

1. ปรับปรุงเนื้อหา ภาษา และการจัดหมวดหมู่ข้อความคำถามในเครื่องมือประเมินรูปแบบการรับรู้ความรู้สึกเพื่อพัฒนาระบบประสาทสำหรับคนไทยของเทียม ศรีคำจักษ์ และคณะ¹⁸ ตามแนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาและประสาทวิทยาศาสตร์ รวมถึงตามประสบการณ์ทางคลินิกของคณะผู้วิจัย พร้อมกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ (operational definition) คือรูปแบบความชอบทางการรับรู้ความรู้สึก หมายถึงความรู้สึกพึงพอใจต่อสิ่งเร้าทางประสาทรับรู้ความรู้สึกตามปกติในชีวิตประจำวัน 6 ด้าน ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การดมกลิ่นและการรับรส กายสัมผัส การทรงตัว และความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ และรูปแบบความไวในการรับรู้ความรู้สึก หมายถึงปริมาณของสิ่งกระตุ้นทางการรับรู้ความรู้สึกทั้ง 6 ด้าน ส่งมาที่ระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกของแต่ละคนที่ต้องการสำหรับการตอบสนอง

2. ส่งเครื่องมือประเมินฉบับร่างให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านเครื่องมือประเมินและการรับรู้ความรู้สึก จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความชัดเจนของภาษา ด้วยวิธีการหาค่าคะแนนดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) และตรวจสอบความถูกต้องของการจัดหมวดหมู่ข้อความคำถามโดยผู้เชี่ยวชาญว่ามีความถูกต้องเหมาะสมตามหลักทฤษฎีหรือไม่

3. ปรับปรุงเครื่องมือประเมินอีกครั้งตามข้อเสนอแนะและคัดเลือกเฉพาะข้อความที่มีค่าคะแนนดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.5 ขึ้นไป²³

4. นำเครื่องมือประเมินไปทดลองใช้กับบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนภาษา และนำข้อคิดเห็นไปทำการปรับปรุงก่อนนำไปใช้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือประเมินรูปแบบการรับรู้ความรู้สึก สำหรับวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ฉบับที่ผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ให้เลือกตอบตามระดับความถี่ของพฤติกรรมการตอบสนองต่อสิ่งเร้าความรู้สึก 5 ระดับ คือ ไม่เคย น้อยครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุดย่อย ได้แก่ ชุดที่ 1 รูปแบบความชอบทางการรับรู้ความรู้สึก และชุดที่ 2 รูปแบบความไวในการรับรู้ความรู้สึก ข้อคำถามในแต่ละชุดแยกตามประเภทการรับรู้ความรู้สึก 6 ด้าน ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การดมกลิ่นและรับรส กายสัมผัส การทรงตัว และการรับรู้ความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ เอ็น และ ข้อต่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การทดสอบความเที่ยงแบบค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน และนำข้อมูลที่ได้มาทดสอบความเที่ยงแบบค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือชุดที่ 1 และชุดที่ 2 แบบทั้งฉบับและแบบแยกตามประเภทการรับรู้ความรู้สึก 6 ด้าน ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค การแปลความหมายความเที่ยงใช้เกณฑ์ของ Portney and Watkins²⁴ คือ สูงกว่า .75-1.00 หมายถึง ดี

.50-.75 หมายถึง ปานกลาง และต่ำกว่า .50 หมายถึง ต้องปรับปรุง

2. การทดสอบความเที่ยงแบบทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งภายหลังจากการประเมินครั้งแรก 7-14 วัน จากกลุ่มตัวอย่างเดิมจำนวน 40 คน และทดสอบความเที่ยงแบบทดสอบซ้ำของเครื่องมือชุดที่ 1 และชุดที่ 2 แบบทั้งฉบับ และแบบแยกตามประเภทการรับรู้ความรู้สึก 6 ด้าน โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient: ICC) โดยใช้เกณฑ์ของ Cicchetti and Sparrow²⁵ คือ

0.75 -1.00 หมายถึง ดีเยี่ยม

0.60- 0.74 หมายถึง ดี

0.40- 0.59 หมายถึง พอใช้

ต่ำกว่า 0.40 หมายถึง ต้องปรับปรุงแก้ไข

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพัฒนาซึ่งผ่านการรับรองทางจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะเทคนิคการแพทยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2562 เลขที่อนุมัติโครงการ AMSEC-62EX-036

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาเครื่องมือประเมินฉบับร่าง

ได้เครื่องมือประเมินรูปแบบความชอบทางการรับรู้ความรู้สึกและรูปแบบความไวในการรับรู้ความรู้สึกฉบับปรับปรุง ที่มีการจัดหมวดหมู่ข้อคำถามใหม่ ประกอบด้วย การรับรู้ความรู้สึก 6 ด้าน ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การดมกลิ่น และการรับรส กายสัมผัส การทรงตัว และความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ จำนวนด้านละ 10 ข้อ รวมเป็นชุดละ 60 ข้อ มา

จากการนำข้อคำถามด้านการดมกลิ่นและ การรับรสของเครื่องมือฉบับเดิมมารวมเป็นหมวดหมู่เดียวกัน และแยกข้อคำถามด้านการเคลื่อนไหวออกเป็น 2 หมวดหมู่ ได้แก่ ด้านการทรงตัวและด้านการรับรู้ความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่อ พร้อมกับการปรับปรุงภาษาให้มีความกระชับ ความครอบคลุม รวมถึงลดข้อคำถามที่ซ้ำซ้อน และเพิ่มข้อคำถามให้ครอบคลุมในแต่ละด้าน

2. ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ

2.1 ผลการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา พิจารณาคัดเลือกข้อคำถามจากค่าคะแนนดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.60-1.00 และข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ พบว่า เครื่องมือชุดที่ 1 รูปแบบความชอบทางการรับรู้ความรู้สึกมีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 50 ข้อ จากทั้งหมด 60 ข้อ และเครื่องมือชุดที่ 2 รูปแบบความไวในการรับรู้ความรู้สึก มีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 50 ข้อ จากทั้งหมด 60 ข้อ ทำให้ข้อคำถามของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นนี้ ลดลงจากฉบับเดิมจำนวน 10 ข้อ

2.2 ผลการตรวจสอบความชัดเจนของภาษา จากการทดลองใช้กับบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน พบว่า ความคิดเห็นส่วนใหญ่เป็นไปในทางเดียวกันว่าเครื่องมือมีความชัดเจนของภาษาสามารถอ่านเข้าใจได้ง่าย และใช้เวลาการทดสอบประมาณ 5-10 นาที ซึ่งลดลงจากเดิมที่ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

3. ผลการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

3.1 ผลการทดสอบความเที่ยงแบบค่าความสอดคล้องภายใน จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ประกอบด้วย ชาย 105 คน หญิง 295 คน ที่อาศัยในเขตเมือง 195 คน กึ่งเมือง 111 คน

ชนบท 94 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือชุดที่ 1 รูปแบบความชอบทางการรับรู้ความรู้สึก และชุดที่ 2 รูปแบบความไวในการรับรู้ความรู้สึกอยู่ในระดับดี ดังแสดงในตารางที่ 2 และจากการทดสอบค่าความสอดคล้องภายในแยกตาม

ช่วงอายุ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคในกลุ่มวัยรุ่น 15-19 ปี ชุดที่ 1 เท่ากับ .81 และชุดที่ 2 เท่ากับ .60 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางถึงดี ในกลุ่มผู้ใหญ่ 20-59 ปี ชุดที่ 1 เท่ากับ .88 และชุดที่ 2 เท่ากับ 0.77 ซึ่งอยู่ในระดับดี

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือประเมินรูปแบบการรับรู้สุขภาพ (n=400)

เครื่องมือชุดที่ 1	จำนวนข้อ	α	เครื่องมือชุดที่ 2	จำนวนข้อ	α
การมองเห็น	7	.61	การมองเห็น	10	.48
การได้ยิน	9	.72	การได้ยิน	10	.49
การดมกลิ่นและการรับรส	10	.76	การดมกลิ่นและการรับรส	10	.60
กายสัมผัส	8	.63	กายสัมผัส	10	.28
การทรงตัว	9	.84	การทรงตัว	10	.23
การรับรู้ความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ	7	.67	การรับรู้ความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ	10	.75
รวมทั้งฉบับ	50	.89	รวมทั้งฉบับ	60	.79

3.2 ผลการทดสอบความเที่ยงแบบทดสอบซ้ำ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (ICC) ของเครื่องมือชุดที่ 1 รูปแบบความชอบทางการ

รับรู้ความรู้สึก และชุดที่ 2 รูปแบบความไวในการรับรู้สุขภาพ อยู่ในระดับดีเยี่ยม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นของเครื่องมือประเมินรูปแบบการรับรู้สุขภาพ (n=40)

เครื่องมือชุดที่ 1	จำนวนข้อ	ICC	เครื่องมือชุดที่ 2	จำนวนข้อ	ICC
การมองเห็น	7	.68	การมองเห็น	10	.87
การได้ยิน	9	.87	การได้ยิน	10	.83
การดมกลิ่นและการรับรส	10	.88	การดมกลิ่นและการรับรส	10	.77
กายสัมผัส	8	.86	กายสัมผัส	10	.72
การทรงตัว	9	.92	การทรงตัว	10	.87
การรับรู้ความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ	7	.68	การรับรู้ความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ	10	.90
รวมทั้งฉบับ	50	.91	รวมทั้งฉบับ	60	.92

อภิปรายผล

ผลการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือประเมินที่พัฒนาขึ้นทั้ง 2 ชุดย่อย พบว่ามีจำนวนข้อคำถามลดลงและมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือมีค่าคะแนนดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50²³ ความเที่ยงแบบค่าความสอดคล้องภายในมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของทั้งฉบับเท่ากับ .89 และ .79 อยู่ในระดับดี²⁴ และความเที่ยงแบบทดสอบซ้ำมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นของทั้งฉบับเท่ากับ .91 และ .92 อยู่ในระดับดีเยี่ยม²⁵ ซึ่งโดยรวมพบว่า มีค่าสูงขึ้นจากฉบับเดิม¹⁸ อีกทั้งมีค่าความสอดคล้องภายในสูงกว่า Adolescence/Adult sensory profile ที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคแยกตามช่วงอายุระหว่าง .67-.78¹⁶ บ่งชี้ว่าเครื่องมือประเมินรูปแบบการรับรู้ความรู้สึกสำหรับวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้กับบุคคลในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้

อย่างไรก็ดี หากพิจารณาในรายละเอียดพบว่าเครื่องมือชุดที่ 2 รูปแบบความไวในการรับรู้ความรู้สึก มีค่าความสอดคล้องภายในแบบแยกรายด้าน คือ ด้านกายสัมผัส มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค = .28 และการทรงตัว มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค = .23 ยังคงอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องปรับปรุงแก้ไขเหมือนเครื่องมือประเมินฉบับเดิม¹⁸ จากการทบทวนวรรณกรรมพบประเด็นที่น่าสนใจ คือ ระบบการรับรู้ความรู้สึกทั้ง 2 ระบบในข้างต้น มีกลไกการรับรู้ความรู้สึกจากตัวรับรู้ความรู้สึกมากกว่า 1 รูปแบบ กล่าวคือ ระบบกายสัมผัสมีกลไกการรับรู้ความรู้สึก 3 รูปแบบคือ สัมผัสแบบแผ่วเบา สัมผัสแบบมีแรงกด และ สัมผัสจากแรงสั่นสะเทือน เช่นเดียวกับระบบการทรงตัวที่

มีกลไกการรับรู้ความรู้สึกจากตัวรับรู้ความรู้สึก 2 รูปแบบคือการเคลื่อนไหวในแนวเส้นตรง การเคลื่อนไหวที่เป็นมุมองศา ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งของศีรษะ¹ จึงอาจส่งผลให้ค่าความสอดคล้องภายในของข้อคำถามใน 2 ด้านดังกล่าวมีค่าต่ำ เพราะเมื่อเทียบกับด้านการรับรู้ความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่อ ซึ่งถูกแยกออกมาจากด้านการเคลื่อนไหวของเครื่องมือฉบับเดิมเช่นเดียวกับด้านการทรงตัว แต่พบว่ามีค่าความสอดคล้องภายในสูงขึ้น ดังนั้นการนำเครื่องมือชุดที่ 2 ไปใช้ในทางคลินิกอาจต้องทำการสังเกต และสัมภาษณ์ร่วมด้วย เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมการตอบสนองต่อสิ่งเร้าความรู้สึกได้ครอบคลุมและแม่นยำมากยิ่งขึ้น รวมถึงอาจต้องทำการศึกษาวิจัยต่อไปโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อยืนยันการจัดหมวดหมู่ข้อคำถามในแต่ละด้านให้มีความสัมพันธ์กัน รวมถึงการทดสอบความตรงและความเที่ยงในรูปแบบอื่นๆ เพื่อให้เครื่องมือประเมินนี้มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

เครื่องมือประเมินรูปแบบการรับรู้ความรู้สึกสำหรับวัยรุ่นและผู้ใหญ่ มีความตรงและความเที่ยงส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้สามารถนำไปใช้ในการวัดรูปแบบการรับรู้ความรู้สึกกับบุคคลในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้ อย่างไรก็ตามอาจมีข้อคำนึงในการนำไปใช้งานเนื่องจากมีความเที่ยงแบบค่าความสอดคล้องภายในหมวดหมู่ความไวในการรับรู้ความรู้สึกด้านกายสัมผัสและการทรงตัวที่มีค่าต่ำ

ข้อจำกัดของการศึกษา คือ กลุ่มตัวอย่างอาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังบุคคลอายุ 15 ปีขึ้นไปได้ทั้งหมด เนื่องจากทำการศึกษาเฉพาะในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่เท่านั้น และมีข้อจำกัดในการนำเครื่องมือชุดที่ 2 ไปใช้เนื่องจากมีค่าความสอดคล้องภายในแบบแยกตามประเภทของการรับรู้ที่ต่ำ

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาในอนาคตควรทำการศึกษาในกลุ่มประชากรที่กว้างมากขึ้น และศึกษาความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อหาความสัมพันธ์ของข้อคำถามในแต่ละด้านเพื่อปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้มีความสอดคล้องกัน รวมถึงทดสอบคุณภาพของเครื่องมือใหม่ภายหลังการปรับปรุง

References

1. Siegel A, Sapru HN. Essential neuroscience: Holistic approach. 3rd ed. China: Wolters Hluwer; 2015.
2. Kandel E, Schwartz J, Jessell T. Principles of neural science. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 2013.
3. Dunn W. The Role of Sensory Processing in the Everyday Lives of Older Adults. OTJR (Thorofare N J). 2003;23(3):99-106.
4. Dunn W. Living sensationally: Understanding your senses. London: Jessica Kingsley; 2008.
5. Chang FY, Huang H C, Lin K C, Lin L C. The effect of a music programme during lunchtime on the problem behavior of the older residents with dementia at an institution in Taiwan. J Clin Nurs. 2010; 19(7-8):939-48.
6. Wu MC, Sung HC, Lee WL, Smith GD. The effects of light therapy on depression and sleep disruption in older adults in a long-term care facility. Int J Nurs Pract. 2015;21(5):653-9.
7. Karadag E, Samancioglu S, Ozden D, Bakir E. Effects of aromatherapy on sleep quality and anxiety of patients. Nurs Crit Care. 2015;22(2):105-12.
8. Fava L, Strauss K. Multi-sensory room: Comparing effects of the Snozelen and the stimulus preference environment on the behavior of adults with profound mental retardation. Res Dev Disabil. 2010;31(1):160-71.
9. Chalmers A, Harrison S, Mollison K, Molloy N, Gray K. Establishing sensory-based approaches in mental health inpatient care: A multidisciplinary approach. Australas Psychiatry. 2012;20(1):35-9.
10. Maseda A, Cibeira N, Lorenzo-López L, González-Abraldes I, Buján A, Labra C, et al. Multisensory Stimulation and Individualized Music Sessions on Older Adults with Severe Dementia: Effects on Mood, Behavior and Biomedical Parameters. J Alzheimers Dis. 2018;63(4):1415-25.
11. Brown C, Tollefson N, Dunn W, Cromwell R, Fillion D. The Adult Sensory Profile: Measuring Patterns of Sensory Processing. Am J of Occup Ther. 2001;55(1):75-82.
12. Dunn W. Sensory profile: User's manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1999.

13. Dunn W. Infant toddler sensory profile: User's manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 2002.
14. Dunn W. Sensory profile school companion: User's manual. San Antonio, TX: Pearson; 2006.
15. Glennon T, Miller-Kuhaneck H, Henry DA, Parham LD, Ecker C. Sensory processing measure manual. Los Angeles, CA: Western Psychological Services; 2007.
16. Brown C, Dunn W. The adolescent/adult sensory profile: User's manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 2002.
17. Collier L. The sensory assessment and profiling tool. UK: Rompa; 2003.
18. Sriksamjak T, Sawlom S, Munkhetvit P, Apikimonkon H. Thai Sensory Profile Assessment Tool. Chiang Mai University; 2550. (in Thai).
19. Jittrong P. Sensory and Leisure Interest Profile in Late Teenagers, Mueang District, Chiang Mai Province [Dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2012. (in Thai).
20. Kongngern T, Sriksamjak T. Relationship between sensory patterns and stresses of relapsed alcohol dependence clients in Suansaranroon Psychiatric Hospital, Suratthani Province. The journal of Occupational Therapist Association of Thailand. 2011;16(1):26-44. (in Thai).
21. Kispredarborisuthi B. Formulating research instrument. 7th ed. Bangkok: Srianant; 2010. (in Thai).
22. Ellis P D. The Essential Guide to Effect Sizes: Statistical Power, Meta-Analysis, and the Interpretation of Research Results [Internet]. 2010 [cited 2019 May 9]; Available from: <https://epdf.pub/the-essential-guide-to-effect-sizes-statistical-power-meta-analysis-and-the-inte.html>.
23. Vanichbuncha K. Statistic for Research. 11st ed. Bangkok: Samlada; 2017. (in Thai).
24. Portney LG, Watkins MP. Foundation clinical research: Applications to practice. 3rd ed. Upper Saddle River: Pearson Education, Inc; 2009.
25. Cicchetti DV, Sparrow SA. Developing criteria for establishing interrater reliability of specific items: Applications to assessment of adaptive behavior. Am J Ment Defic. 1981;86(2):127-37.

แหล่งความรู้ ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิก

ศุชนา โตจันทร์* มุกดา เดชประพันธ์** สุภาพ อารีเอื้อ***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาแหล่งความรู้ ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับแหล่งความรู้ ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิก

วิธีการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากผู้สูงอายุที่มารับบริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 95 ราย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง มกราคม พ.ศ. 2562 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามแหล่งความรู้ แบบสอบถามความรู้ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ แมนน์-วิทนีย์ ยูและไคสแควร์

ผลการวิจัย: แหล่งความรู้ในการดูแลตนเองที่ผู้สูงอายุใช้ในการหาความรู้มากที่สุดคือ บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการเมตาบอลิกในระดับสูง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี และพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับแหล่งความรู้ ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

สรุปผล: ผลการวิจัยสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลและการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการเข้าถึงแหล่งความรู้และความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิกต่อไป

คำสำคัญ: กลุ่มอาการเมตาบอลิก ผู้สูงอายุ แหล่งความรู้ ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล,
E-mail: mukda.det@mahidol.edu

***โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Received: August 23, 2019

Revised: January 13, 2020

Accepted: April 14, 2020

Sources of knowledge, knowledge, and self-care behaviors of older adults with metabolic syndrome

Suchaya Tojun* Mukda Detprapon** Suparb Aree-Ue***

Abstract

Objectives: The purposes of this research were to explore sources of knowledge, knowledge, and self-care behaviors and the relationships among these three variables and gender in older adults with metabolic syndrome.

Methods: This descriptive research using Orem's self-care theory as a conceptual framework was applied to this study. A sample of 95 older adults with metabolic syndrome was purposively recruited based on the inclusion criteria at a sub-district health promotion hospital, Nonthaburi province, from October 2018 - January 2019. Data were collected using questionnaires: demographics, source of knowledge, knowledge, and self-care behaviors. The data were analyzed using descriptive statistics and differences between groups were compared using the Mann-Whitney U test and Chi-Square test.

Results: Healthcare providers were the most frequently used sources of self-care knowledge. The participants had good knowledge about metabolic syndrome and good self-care behaviors. Relationships among gender, sources of knowledge, knowledge, and self-care behaviors were not significantly different.

Conclusions: The findings can be used in planning for appropriate and effective nursing care and activities consistent with the sources of knowledge and knowledge in older adults with metabolic syndrome.

Keywords: metabolic syndrome, older adults, sources of knowledge, knowledge, self-care behaviors

*Master's Student, Master of Nursing Science (Gerontological Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University,
E-mail: mukda.det@mahidol.edu

***Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

บทนำ

กลุ่มอาการเมตาบอลิก หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากความไม่สมดุลในการรับประทานอาหาร ความผิดปกติของระบบการเผาผลาญสารอาหารและการใช้พลังงานของร่างกาย ผู้ที่มีกลุ่มอาการดังกล่าวจะมีลักษณะอ้วนลงพุง ระดับไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน¹ จากการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทยพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุมิแนวโน้มเพิ่มขึ้นความชุกในการเกิดกลุ่มอาการเมตาบอลิกจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นและสูงสุดในช่วงอายุ 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.30 ในเพศชายและร้อยละ 58.20 ในเพศหญิง และ 80 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 29.70 ในเพศชายร้อยละ 57.00 ในเพศหญิง² การป้องกันหรือชะลอการเกิดกลุ่มอาการเมตาบอลิกจึงเป็นวิธีที่จะช่วยลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ซึ่งต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับแหล่งความรู้ในการดูแลตนเอง ความรู้ และพฤติกรรม การดูแลตนเอง

แหล่งความรู้ในการดูแลตนเองมีหลายช่องทาง จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับแหล่งความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในประเทศแอฟริกาใต้ พบว่าผู้สูงอายุมีการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นจากแพทย์มากที่สุด รองลงมาคือพยาบาล³ นอกจากนี้ การศึกษาในผู้สูงอายุชาวฟิลิปปินส์ที่อพยพมาอาศัยอยู่ในออสเตรเลีย พบว่าแหล่งข้อมูลสุขภาพส่วนใหญ่มาจากบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน⁴ สำหรับในประเทศไทยพบการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ ศึกษาถึงพฤติกรรมแสวงหาความรู้ของประชาชนที่อาศัยในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 615 ราย

พบว่าแหล่งข้อมูลที่ใช้มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ โทรทัศน์ ครอบครั และบุคลากรทางการแพทย์⁵

ความรู้เป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ที่มีกลุ่มอาการเมตาบอลิก ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ การเข้าถึงอาหารที่มีประโยชน์เหมาะสมกับโรค และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ^{1,6} แต่พบข้อจำกัดของการมีความรู้ในการดูแลตนเอง จากการศึกษาในประชากรอายุ 18-65 ปีในประเทศเกาหลีใต้พบว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการเมตาบอลิกลดลง⁷

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเมตาบอลิกมีหลากหลาย โดยการศึกษาพบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร และการควบคุมอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การใช้ยาและการติดตามการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง⁶ รวมไปถึงการศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่าอยู่ในระดับพอใช้และพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การดูแลตนเองน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่⁸ นอกจากนี้พบว่า เพศที่แตกต่างกันมีความรู้และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน⁹ การศึกษาในประเทศจีน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 279 ราย พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพน้อยกว่าเพศชาย และอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะส่งผลต่อการมีความรู้และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ลดลง⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาที่เกี่ยวกับความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่มีกลุ่มอาการเมตาบอลิก รวมไปถึงโปรแกรมการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีกลุ่มอาการเมตาบอลิกในวัยผู้ใหญ่และส่วนมากเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความ

สนใจศึกษาเกี่ยวกับแหล่งความรู้ ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิก เพื่อนำไปวางแผนในการให้คำแนะนำผู้สูงอายุเกี่ยวกับความรู้ และแหล่งความรู้ในการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาแหล่งความรู้ ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิก

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับแหล่งความรู้ ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research design) โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเอง (self-care) ของโอเร็ม¹⁰ เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณา และการตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ผู้สูงอายุจะมีการค้นคว้าหาความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองจากแหล่งความรู้ต่างๆ เกิดการคิดทบทวนพิจารณาถึงผลดีและผลเสียที่ตามมา จากนั้นจะเกิดการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อดูแลตนเองตามความรู้ที่ได้รับ และระยะที่ 2 เป็นระยะของการกระทำและประเมินผลของการกระทำ ผู้สูงอายุต้องมีเป้าหมายในการมีพฤติกรรมดูแลตนเอง พิจารณาตัดสินใจความต้องการการดูแลทั้งหมดของตนเอง กระทำการดูแลตนเอง ประเมินผลและปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองให้เหมาะสม มีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมศักยภาพของตนเองให้ดีที่สุด

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไป ที่มีกลุ่มอาการเมตาบอลิก ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดขัวญ จังหวัดนนทบุรี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2562 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากประชากรทั้งหมด 125 ราย เกณฑ์การคัดเลือกคือ อายุ 60 ปีขึ้นไป มีกลุ่มอาการเมตาบอลิก โดยต้องมีปัจจัยเสี่ยงจาก 3 ใน 5 ข้อดังต่อไปนี้ 1) อ้วนลงพุงมีเส้นรอบเอว > 90 เซนติเมตร (36 นิ้ว) สำหรับเพศชายและ > 80 เซนติเมตร (32 นิ้ว) สำหรับเพศหญิง 2) ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ > 150 มก./ดล. หรือได้รับยารักษาภาวะไขมันผิดปกติ 3) ระดับไขมันคอเลสเตอรอลชนิดความหนาแน่นสูง (HDL cholesterol) < 40 มก./ดล. ในเพศชาย และ < 50 มก./ดล. ในเพศหญิง หรือได้รับยารักษาภาวะไขมันผิดปกติ 4) ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก > 130 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก > 85 มิลลิเมตรปรอท หรือได้รับยาลดความดันโลหิต และ 5) ระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหาร > 100 มก./ดล. หรือได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ไม่มีภาวะบกพร่องการรู้คิด โดยการคัดกรองด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง (Mini-Cog Thai version) ซึ่งต้องได้คะแนน ≥ 3 คะแนน สื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามานะ¹¹ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 95 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง คือ แบบทดสอบสมรรถภาพสมอง (Mini-Cog Thai version) แปลโดยสุภาพร ตรงสกุล¹² แบ่งเป็น 2 ส่วน 1) การทดสอบความจำระยะสั้น (recall memory) คะแนนเต็ม 3 คะแนนและ 2) การวาดรูปนาฬิกา คะแนนเต็ม 2 คะแนน คะแนนรวมทั้งสองส่วนคือ 5 คะแนน คะแนน 3-5 คะแนน หมายถึงไม่มีภาวะบกพร่องในการรู้คิด คะแนน 0-2 คะแนน หมายถึง มีภาวะบกพร่องในการรู้คิด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัวและระยะเวลาการเจ็บป่วย และข้อมูลทางคลินิก

2.2 แบบสอบถามแหล่งความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม³⁻⁴ ประกอบด้วยแหล่งความรู้ จำนวน 4 ข้อ คือ 1) บุคลากรทางการแพทย์ (เช่น แพทย์ พยาบาล) 2) บุคคลในครอบครัว/เพื่อนบ้าน 3) อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ (เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์) และ 4) โทรทัศน์วิทยุ/สื่อสิ่งพิมพ์ (เช่น หนังสือพิมพ์ วารสารต่างๆ) โดยแบ่งการเข้าถึงแหล่งความรู้เป็น 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย ไม่เคย ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .83 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient of alpha) เท่ากับ .70

2.3 แบบสอบถามเรื่องความรู้ของผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิก สร้างโดยอรุณรัตน์ บุนนาค¹³ มีจำนวน 10 ข้อ คะแนน

เต็ม 10 คะแนน แบ่งระดับความรู้ดังนี้ คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 8.0 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการเมตาบอลิกในระดับสูง คะแนนเท่ากับ 6.0 – 7.0 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการเมตาบอลิกในระดับปานกลาง และคะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 5.0 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการเมตาบอลิกในระดับต่ำ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .81 ค่าความเที่ยง โดยวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson-20) เท่ากับ .65

2.4 แบบสอบถามเรื่องพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิก ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของชนิตา สุริยา⁶ และกันยารัตน์ ลาลุธรรม¹⁴ มีจำนวน 27 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร 9 ข้อ 2) ด้านการมีกิจกรรมทางกาย 5 ข้อ 3) ด้านการรับประทานยา 6 ข้อ 4) ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง/การสังเกตอาการผิดปกติ 5 ข้อ และ 5) ด้านการจัดการความเครียด 2 ข้อ แปลผลโดยคะแนนเฉลี่ย 3.01 - 4.00 หมายถึง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่ดี ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .80 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .70

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หนังสือรับรองโครงการเลขที่ ID 06-61-78 วันที่ 16 สิงหาคม 2561

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดขวัญ จังหวัดนนทบุรี เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มผู้สูงอายุตามเกณฑ์คัดเข้า

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวม โดยเก็บข้อมูลขณะรอพบแพทย์ เริ่มด้วยการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ซึ่งใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะบกพร่องการรู้คิด ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการเป็นผู้ถามคำถามโดยไม่มีการชี้นำและให้กลุ่มตัวอย่างตอบ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลแหล่งความรู้ ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติบรรยายประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับแหล่งความรู้ของผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิก โดยใช้สถิติ Chi-square

3. เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิก ระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.70 อายุระหว่าง 60 – 84 ปี อายุเฉลี่ย 68.70 ปี ทั้งเพศชาย และหญิงอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 70.80 และ 50.70 ตามลำดับ มีภาวะอ้วนโดยดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 79.20 และ 66.20 ตามลำดับ เส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ร้อยละ 83.30 และ 98.60 ตามลำดับ ความดันโลหิตปกติ ร้อยละ 70.80 ในเพศชาย และร้อยละ 73.20 ในเพศหญิง ระดับน้ำตาลในเลือดปกติเฉลี่ย 117 mg/dl. เพศชาย ร้อยละ 62.50 และเพศหญิงร้อยละ 73.20 ระดับไตรกลีเซอไรด์สูงกว่าปกติเฉลี่ย 160 mg/dl. เพศชายร้อยละ 66.70 และเพศหญิงร้อยละ 83.10

2. แหล่งความรู้ที่ผู้สูงอายุใช้เป็นช่องทางในการหาความรู้มากที่สุด คือ บุคลากรทางการแพทย์ (เช่น แพทย์ พยาบาล) คิดเป็นร้อยละ 91.60 รองลงมาคือ โทรทัศน์วิทยุ/สื่อสิ่งพิมพ์ (เช่น หนังสือพิมพ์ วารสารต่าง ๆ) ร้อยละ 26.40 บุคคลในครอบครัว/เพื่อนบ้าน ร้อยละ 11.60 อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ เป็นแหล่งความรู้ที่ผู้สูงอายุใช้เป็นช่องทางในการหาความรู้ที่น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 10.50

3. กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการเมตาบอลิกในระดับสูง ($\bar{X}$ = 8.80, SD = 0.93) โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 6 – 10 คะแนน

4. กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.20, SD = 0.16) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน

พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี 3 ด้าน คือ การมีกิจกรรมทางกาย ($\bar{X} = 3.10$, $SD = 0.39$) การรับประทานยา ($\bar{X} = 3.80$, $SD = 0.18$) และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง/การสังเกตอาการผิดปกติ ($\bar{X} = 3.10$, $SD = 0.29$) ส่วนอีก 2 ด้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คือ การรับประทาน

อาหาร ($\bar{X} = 2.90$, $SD = 0.27$) และการผ่อนคลายความเครียด ($\bar{X} = 2.90$, $SD = 0.38$)

5. แหล่งความรู้ของผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิก ระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับแหล่งความรู้ของผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิก โดยการทดสอบไคสแควร์ ($n = 95$)

แหล่งความรู้	แหล่งความรู้		χ^2	p
	มาก n (%)	น้อย n (%)		
1.บุคลากรทางการแพทย์ (เช่น แพทย์ พยาบาล)				
ชาย	23 (95.80)	1 (4.20)	.385	>.05
หญิง	64 (90.10)	7 (9.90)		
2.บุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้าน				
ชาย	4 (16.70)	20 (83.30)	.368	>.05
หญิง	7 (9.90)	64 (90.10)		
3.อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์				
ชาย	1 (4.20)	23 (95.80)	.240	>.05
หญิง	9 (12.70)	62 (87.30)		
4.โทรทัศน์/วิทยุ/สื่อสิ่งพิมพ์ (เช่น หนังสือพิมพ์ วารสารต่าง ๆ)				
ชาย	7 (29.20)	17 (70.80)	.714	>.05
หญิง	18 (25.40)	53 (74.60)		

6. ความรู้ของผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิก ระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mann-Whitney U test = 663.5, $p = .09$) และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการ

เมตาบอลิกระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mann-Whitney U test = 795, $p = .62$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิก ระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยสถิติ Mann-Whitney U test ($n = 95$)

	จำนวน	$\bar{X}$	Sum of Rank	Mann-Whitney U	p
ความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง					
ชาย	24	55.90	1340.5	663.5	.09
หญิง	71	45.40	3219.5		
พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกลุ่มตัวอย่าง					
ชาย	24	45.60	1095	795	.62
หญิง	71	48.80	3465		

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า แหล่งความรู้ที่ผู้สูงอายุใช้เป็นช่องทางในการค้นหาความรู้มากที่สุดคือ บุคลากรทางการแพทย์ (เช่น แพทย์ พยาบาล) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มารับบริการสุขภาพส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล¹⁵⁻¹⁶ เนื่องจากเป็นแหล่งความรู้ที่มีข้อมูลน่าเชื่อถือ¹⁷ ส่วนอินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์เป็นช่องทางในการค้นหาความรู้น้อยที่สุด อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งอยู่ในวัยสูงอายุ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของประสาทสัมผัส โดยเฉพาะการมองเห็น ผู้สูงอายุจะมีสายตาวาวขึ้น มองเห็นภาพระยะใกล้ไม่ชัดเจน ส่งผลให้ความสามารถในการอ่านลดลง¹⁸

คะแนนความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการเมตาบอลิกของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับ ผลการศึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่องกลุ่มอาการเมตาบอลิกในผู้สูงอายุประเทศไต้หวัน พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิกมีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการเมตาบอลิกในระดับสูงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีกลุ่มอาการเมตาบอลิก¹⁹ การวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการเมตาบอลิกสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 68 ปี ซึ่งจัดว่าเป็นวัยสูงอายุตอนต้น¹⁸ เป็นวัยที่ยังคงความแข็งแรงสามารถค้นหาความรู้จากแหล่งต่างๆ มีการเข้าร่วมกิจกรรม และเข้าสังคมได้มากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยสูงอายุตอนกลางและตอนปลาย จึงส่งผลให้มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการเมตาบอลิกสูง

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มอาการเมตาบอลิก พบว่า คะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิกที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี การศึกษาในครั้งนี้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การดูแลตนเองในระดับดี อาจเนื่องมาจาก ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมารับบริการในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งอยู่ใกล้บ้าน มีการรณรงค์ให้สูดศึกษาจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข รวมไปถึงมีการจัดโครงการเข้าถึงใน ชุมชน จึงอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการ ดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่ดี

แหล่งความรู้ในการดูแลตนเองระหว่าง เพศชายและเพศหญิงไม่มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผล การศึกษาของ Katarina Hjelm และ Fortunate Atwine ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการแสวงหาความรู้ ของผู้ที่มีโรคเรื้อรังซึ่งอาศัยในประเทศชุกกันดา ซึ่งพบว่า แหล่งความรู้ในการดูแลตนเองของ เพศชายและเพศหญิงที่นิยมมากที่สุดคือ บุคลากรทางการแพทย์ได้แก่ แพทย์และ พยาบาล²⁰ แตกต่างกับการศึกษาในประเทศจีน ของ Sally Wai Sze Lo และคณะ ซึ่งศึกษาถึง พฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ ผล การศึกษาพบว่าแหล่งความรู้ที่เพศหญิงใช้มาก ที่สุดคือ อินเทอร์เน็ต ส่วนแหล่งความรู้ที่เพศ ชายใช้มากที่สุดคือ หนังสือพิมพ์⁶ ผลการศึกษา แตกต่างกันอย่างนี้อาจเนื่องจากบริบทของสังคม การศึกษาในงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะ เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ซึ่ง สามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพได้ง่าย

และกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อถือต่อบุคลากรทาง การแพทย์ ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและชายจึงมี แหล่งความรู้ในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ความรู้ของผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิก ระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและเพศหญิงได้รับความรู้จากแหล่ง เดียวกันคือ บุคลากรทางสุขภาพ และกลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น ยังคงมีความแข็งแรงของร่างกาย และ ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ อัน เป็นประโยชน์ต่อการมีความรู้ในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศจีนของ Sally Wai Sze Lo และคณะ ซึ่งศึกษาความรู้ เกี่ยวกับกลุ่มอาการเมตาบอลิก พบว่า ปัจจัยที่มี ผลต่อคะแนนความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการ เมตาบอลิก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รวมไปถึง สถานภาพทางสังคม ซึ่งเพศไม่มีผลต่อ คะแนนความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการเมตาบอลิก⁷

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มอาการเมตาบอลิกระหว่างเพศชาย และ เพศหญิงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทย ของสมรักษ์ ขำมาก และการศึกษาของลักษณะ พงษ์ภุมมา และศุภรา หิমানันโต ที่พบว่า เพศ ที่ต่างกันมีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพไม่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²¹⁻²² อาจ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับ วิธีการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ จากบุคลากร แหล่งเดียวกัน มีการออกเยี่ยมบ้านโดย พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลให้ พฤติกรรมการดูแลตนเองในเพศหญิงและเพศชาย ไม่แตกต่างกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผลการวิจัยสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลและการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการเข้าถึงแหล่งความรู้และความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิกต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดทำคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อมีกลุ่มอาการเมตาบอลิกเพื่อใช้เป็นแหล่งความรู้อีกช่องทางหนึ่งในการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิก
2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิก ว่ามีผลต่อการควบคุมกลุ่มอาการเมตาบอลิกหรือไม่ อย่างไร

References

1. Youngwanichsetha S. Metabolic syndrome: Consequences on health, prevention, and management. Songkla Medical Journal. 2015;33(4):207-15. (in Thai).
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2017. Bangkok: Deuan Tula Printing House; 2017. (in Thai).
3. Aboyade OM, Beauclair R, Mbamalu ON, Puoane TR, Hughes GD. Health-seeking behaviours of older black women living with non-communicable diseases in an urban township in South Africa. Biomed Res Int. 2016;16(410):1-9.
4. Maneze D, Digiacocono M, Salamonson Y, Descallar J, Davidson PM. Facilitators and barriers to healthseeking behaviors among Filipino migrants: Inductive analysis to inform health promotion. Biomed Res Int.2015;2015.
5. Rungreangkulkij S, Kittiwatanapaisan W, Kotnara I, Kaewjanta N. Health information seeking behaviors of Thai: A case study in Khon Kaen province. Journal of Nursing Science & Health. 2017;40(1):1-13. (in Thai).
6. Suriart C, Rutchanagul P, Thongbai W. Health perception, health behavior and health service needs among inmates with metabolic disorders. Ramathibodi Nursing Journal. 2014;20(3):372-87. (in Thai).
7. Lo SWS, Sek YC, Iris F. Knowledge of metabolic syndrome in Chinese adults: Implications for health education. Health Educ J. 2015;75(5):589-99.
8. Laloon P, Madhyamankura N, Maiarat A. Self-care behavior of hypertensive patients at out patient department of HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn medical center. Journal of Medicine and Health Sciences. 2011;18(3):160-69. (in Thai).
9. Siangdung S. Self-care behavior of patients with uncontrolled DM. The Southern College Network Journal of Nursing Diabetes Federation. 2017;4(1): 191-204. (in Thai).
10. Hanucharunkul S. Orem's nursing theory in self care: nursing science and arts. 1st ed. Bangkok: Visitsil Ltd; 1991. (in Thai).

11. Yamane T. *Statistic: An introductory analysis*. 3rded. New York: Harper and Row; 1973.
12. Trongsakul S. The prevalence of undiagnosed cognitive impairment and prevalence of undiagnosed depressive mood in over 60's with type 2 diabetes in a Thai community: A cross-sectional study [Dissertation]. Norwich: University of East Anglia; 2012.
13. Bunnag A, Nookong A, Sanasuttipun W, Pongsaranunthakul Y, Limparatanagorn P. Metabolic syndrome prevention model for adolescents. Bangkok: Mahidol University; 2014. (in Thai).
14. Lasutham K, Siripitayakunkit A, Panpakdee O. Factor related to self-care behavior of Thai Buddhist monks with coronary artery disease. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2018; 24(3) :313- 27. (in Thai).
15. Al-Maskari F, Mohamed ES, Juma AK, Bacthar A, Nicolas N, Karin BY. Knowledge, attitude and practices of diabetic patients in the United Arab Emirates. *Plos One*. 2013;8(1):1-8.
16. Joshi A, Mehta S, Grover A, Talati K, Malhotra B, Perin DM. Knowledge, attitude, and practices of individuals to prevent and manage metabolic syndrome in an Indian setting. *Diabetes Technol The*. 2013;15(8): 644-53.
17. Rattanawarang W. Elderly's internet used for health information in Bangkok region. *Journal of Behavioral Science for Development*. 2015;7(1):169-84. (in Thai).
18. Miller CA. (2019). *Nursing for wellness in older adults*. 8thed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019.
19. Tsou MT. Association of education, health behaviors, concerns, and knowledge with metabolic syndrome among urban elderly in one medical center in Taiwan. *Int J Gerontol*. 2017;11:138-43.
20. Hjelm K, Atwine F. Health-care seeking behavior among persons with diabetes in Uganda: an interview study. *Biomed Central*. 2011;11:1-8.
21. Kummak S. Self-care behaviors among hypertension patients in Tambon Nanglao health promoting hospital, Amphur Satingpha, Songkhla province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2016;3(3):1 53- 68. (in Thai).
22. Pongpumma L, Himananto S. Knowledge and self- care behavior among type 2 diabetes living in Bangsai, Maung, Chonburi, Chonburi province. *HCU Journal of Health Science*. 2017;20(40):67-76.

ผลของสถานการณ์จำลองการเป็นผู้สูงอายุที่มีต่อเจตคติ ความเป็นผู้สูงอายุของเด็กวัยรุ่นตอนกลาง

วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ* วิภาวี พลแก้ว** วิรุพจิตรา อุ่นจางวาง**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของสถานการณ์จำลองการเป็นผู้สูงอายุที่มีต่อเจตคติความเป็นผู้สูงอายุของเด็กวัยรุ่นตอนกลาง

วิธีการวิจัย: วิจัยกึ่งทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นผู้สูงอายุจำนวน 35 คน ที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ที่มีคะแนนเจตคติน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม โดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยใช้ตารางเลขสุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามเจตคติที่มีต่อผู้สูงอายุฉบับภาษาไทยของโคแกน และกิจกรรมสถานการณ์จำลองการเป็นผู้สูงอายุ โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ dependent t-test

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 มีอายุ 15 ปี ร้อยละ 62.90 อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง ร้อยละ 100 เป็นครอบครัวเดี่ยวที่ไม่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ร้อยละ 62.90 ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าเจตคติของผู้สูงอายุที่มีต่อผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 142.20$, $SD = 9.87$) หลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติของนักเรียนที่มีต่อผู้สูงอายุสูงขึ้น ($\bar{X} = 148.91$, $SD = 12.42$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่ามีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.198$, $p < .05$)

สรุปผล: เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพและครูในโรงเรียนควรนำกิจกรรมสถานการณ์จำลองการเป็นผู้สูงอายุไปใช้กับกลุ่มวัยรุ่นตอนกลาง เพื่อส่งเสริมเจตคติด้านบวกที่มีต่อผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และป้องกันปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งต่อไป

คำสำคัญ: สถานการณ์จำลอง เจตคติต่อผู้สูงอายุ วัยรุ่นตอนกลาง

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: wiparat@knc.ac.th

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

Received: September 24, 2019

Revised: March 27, 2020

Accepted: April 24, 2020

The effect of the aging simulation on attitude toward older people among middle adolescents

Wiparat Suwanwaiphatthana* Wipawee Ponkaew** Wirunjitra Aunjangwang**

Abstract

Objectives: This study aimed to investigate the effect of the aging simulation on attitude toward older people among middle adolescents.

Methods: This quasi-experimental study with a one group pre-posttest design was conducted with 35 middle adolescents studying in the 10th grade of a high school recruited by simple random sampling with a table of random numbers from students who had a lower mean score of attitude than the group mean. An attitude toward older people questionnaire was used. The aging simulation on attitudes toward older people was content validated by 3 experts. Data was analyzed using descriptive statistics and dependent t-tests.

Results: The results showed that the majority of the sample was female (60.00%) aged 15 years old (62.90%) living in Amphoe Muang (100%), and a single family with elderly living in the same house (62.90%). Before implementing the aging simulation, the adolescents' attitude towards older people mean score was $\bar{X} = 142.20$, $SD = 9.87$. After the activity, the average mean score of students' attitudes was higher, $\bar{X} = 148.91$, $SD = 12.42$. Moreover, the results showed that there was a significant difference between the average mean scores before and after attending the activity ($t = -3.198$, $p < 0.05$).

Conclusions: Therefore, healthcare personnel and teachers should apply "The aging simulation on attitudes toward older people" for middle-school adolescents. This activity could encourage positive attitudes towards older people in order to prepare them to care for older people and reduce the problem of abandonment of older people.

Keywords: aging simulation, attitude toward older people, middle adolescents

*Boromarajonani College of Nursing Nakhonratchasima, Praboromrajanok Institute, Thailand,
E-mail: wiparat@knc.ac.th

**Boromarajonani College of Nursing Nakhonratchasima, Praboromrajanok Institute, Thailand

บทนำ

องค์การสหประชาชาติ (UN) ได้นิยามว่าประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกินร้อยละ 10 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 7.00 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 และอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.00¹ ซึ่งสังคมไทยในปัจจุบันกำลังเผชิญอยู่ในภาวะ “สังคมผู้สูงอายุ” ตั้งแต่ปี 2548 และคาดการณ์ว่าในปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” และในปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 28.00² ถึงเวลานั้นประชากรวัยสูงอายุจะเพิ่มขึ้นหลายเท่าตัว ซึ่งในครอบครัวไทยรุ่นพ่อแม่เป็นรุ่นที่ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนรุ่นลูกหลานจะดูแลผู้สูงอายุในอนาคตที่นับวันจะมีจำนวนมากขึ้น วัยรุ่นและผู้สูงอายุมีความแตกต่างระหว่างวัยมาก ถ้าบุคคลสองวัยนี้ไม่เข้าใจกัน จะเกิดปัญหาในครอบครัว ผู้สูงอายุจะถูกทอดทิ้ง³

วัยรุ่นตอนกลางซึ่งอายุตั้งแต่ 14-17 ปี เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม ทำให้ต้องมีการปรับตัวหลายด้านพร้อมกัน เป็นวัยที่จะเกิดปัญหาได้มาก หากปรับตัวได้สำเร็จจะช่วยให้อายุรุ่นพัฒนาตนเอง จนเกิดบุคลิกภาพที่ดีซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำคัญของการดำเนินชีวิตต่อไป ด้านอารมณ์จะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีการพัฒนาทางจริยธรรม (Moral development) สามารถแยกแยะความผิดชอบชั่วดีได้ ต้องการให้เกิดความถูกต้อง ความชอบธรรมในสังคม ต้องการเป็นคนดี เป็นยอมรับของผู้อื่น ส่วนด้านสังคมวัยนี้จะไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวเหมือนเดิมแต่จะ

ให้ความสำคัญกับเพื่อนมากกว่า หากวัยรุ่นไม่ได้รับการอบรมสั่งสอนสิ่งที่ติงามจะส่งผลให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวลดน้อยลง จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุในครอบครัวจะขาดการเอาใจใส่ดูแลและละเลยจากลูกหลานและนำไปสู่การทำร้ายและการทอดทิ้ง สืบเนื่องจากการที่ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจะส่งผลให้ ผู้ดูแลเกิดความเครียดในการดูแลและส่งเสริมให้เกิดการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุได้มากขึ้น⁴ และจากแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 พบว่าวัยรุ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีทัศนคติทางบวกต่อผู้สูงอายุต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนผู้สูงอายุ⁵

วิธีการปรับเปลี่ยนเจตคติของวัยรุ่นที่มีต่อผู้สูงอายุให้ดีขึ้นจึงควรเป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้กลุ่มเด็กวัยรุ่นได้เข้าใจในความสามารถของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นผู้สูงอายุ เพื่อให้วัยรุ่นเข้าใจการเปลี่ยนแปลงและการเสื่อมถอยตามวัย เห็นถึงคุณค่าและความสำคัญของผู้สูงอายุ ถ้าบุคคลได้เรียนรู้และมีประสบการณ์ที่ดีเกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุจะทำให้เจตคติที่มีต่อผู้สูงอายุได้พัฒนาไปในทางที่ดีได้⁶ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของสถานการณ์จำลองการเป็นผู้สูงอายุต่อเจตคติที่มีต่อผู้สูงอายุของวัยรุ่นตอนกลาง เพื่อให้ได้ซึ่งผลลัพธ์ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเจตคติที่มีต่อผู้สูงอายุในเด็กวัยรุ่นตอนกลาง
2. เพื่อศึกษาผลของสถานการณ์จำลองการเป็นผู้สูงอายุ ต่อเจตคติที่มีต่อผู้สูงอายุในเด็กวัยรุ่นตอนกลาง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research)

ประชากรประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 มีจำนวน 101 คน กำลังศึกษาอยู่ที่โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขต อ. เมือง จ.นครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้มีอายุ 14-17 ปี 2) เป็นผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ และ 3) เป็นผู้มีคะแนนเจตคติที่มีต่อผู้สูงอายุต่ำกว่าค่าคะแนนเฉลี่ย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยแบบทดลองหรือกึ่งทดลอง ควรจะเป็นอย่างน้อยที่สุด 20 – 30 ราย⁷ และใช้การเปิดตารางขนาดตัวอย่างของ Cohen โดยกำหนดขนาดความคลาดเคลื่อนของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (d) ไม่เกิน 0.80 กำหนดค่าอำนาจแบบทดสอบ ที่ 0.85 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 29 ราย เพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อชดเชยสำหรับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์อีกประมาณร้อยละ 20 จะได้กลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มทดลองที่ต้องการทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้างนี้ทั้งสิ้น 35 คน

จากการสำรวจนักเรียนวัยรุ่นตอนกลางจำนวน 101 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 59 คน ร้อยละ 58.40 เพศชาย 42 คน ร้อยละ 41.60 อายุเฉลี่ย 15.54 ปี (SD = 13.07) อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง ร้อยละ 89.10 ส่วนใหญ่ไม่มีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวร้อยละ 65.30 มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติที่มีต่อผู้สูงอายุเท่ากับ 151.13 คะแนน (SD = 13.07) จากนั้นคัดเลือกกลุ่ม

ตัวอย่างที่มีคะแนนเจตคติที่มีต่อผู้สูงอายุน้อยกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยโดยการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 35 คนเข้าร่วมกิจกรรมสถานการณ์จำลองการเป็นผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลส่วนตัวเกี่ยวกับ เพศ อายุ เชื้อชาติ ที่อยู่อาศัย ข้อมูลเกี่ยวกับการอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุ เพศผู้สูงอายุ อายุของผู้สูงอายุ

2. แบบสอบถามเจตคติของโคแกน Kogan Attitude Toward old people (Kogan's OP) ซึ่งได้รับการอนุญาตในการแปลแบบสอบถามเป็นภาษาไทย (back translation)⁸ มีจำนวน 34 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก 17 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 17 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า (Likert scale) 7 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่งจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามชุดนี้มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .95 และได้มีการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นตอนกลางในโรงเรียนแห่งหนึ่งใน อ.เมือง จ.นครราชสีมา จำนวน 30 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .73

3. สถานการณ์จำลองการเป็นผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตในการดัดแปลงกิจกรรมมาจากนิทรรศการชราแลนด์ ดินแดนวันเดอร์เวิลด์⁹ ในโครงการของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จากนั้นตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของกิจกรรมจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยรูปแบบกิจกรรม เริ่มต้นด้วยการบรรยายการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุก่อน แล้วแบ่งกลุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 5-6 คน เพื่อเข้าฐานต่างๆ จำนวน 4 ฐานโดยแต่ละฐานจำลองสถานการณ์ให้กลุ่ม

ตัวอย่างใส่อุปกรณ์ที่แสดงเป็นผู้สูงอายุที่มีสายตา
ฝ้าฟาง หูไม่ค่อยได้ยิน เดินลำบาก เพื่อให้รับรู้ถึง
ความรู้สึกเมื่อเป็นผู้สูงอายุ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่าง
ชมวิดีโอเกี่ยวกับผู้สูงอายุเพื่อให้รับรู้ข้อมูลใหม่
ในด้านบวกของผู้สูงอายุแล้วให้กลุ่มตัวอย่าง
สะท้อนคิดแสดงความรู้สึกต่อผู้สูงอายุ ใช้เวลา
ประมาณ 2 ชั่วโมง

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ใบรับรอง
เลขที่ COA 002/2562 วันที่ 1 พฤศจิกายน 2561

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาเจตคติที่มีต่อผู้สูงอายุ
ของเด็กวัยรุ่นตอนกลางมีการดำเนินการเก็บข้อมูล
ดังนี้

1. หลังได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลโดยผ่าน
ความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้วิจัย
ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย ชี้แจง
รายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัยฯ หลังจากนั้น
นัดหมายวันเวลาในการเก็บข้อมูล

2. ลงพื้นที่เพื่อเก็บแบบสอบถามในกลุ่ม
ตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการจำนวน 101 คน
ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถาม
นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหากลุ่มตัวอย่างที่มีค่า
คะแนนเจตคติต่อผู้สูงอายุต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

ระยะที่ 2 เพื่อศึกษาผลของการจัดกิจกรรม
สถานการณ์จำลองการเป็นผู้สูงอายุต่อเจตคติที่มี
ต่อผู้สูงอายุมีการดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

1. สุ่มอย่างง่ายโดยใช้ตารางเลขสุ่มใน
กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์จำนวน
35 คน เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมสถานการณ์จำลอง
การเป็นผู้สูงอายุ

2. หลังทำกิจกรรมแจกแบบสอบถาม
เจตคติที่มีต่อผู้สูงอายุ ให้นักเรียนทำ
แบบสอบถาม และเปิดโอกาสให้ซักถามหาก
สงสัย และรวบรวมแบบสอบถามคืน เมื่อทำ
แบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความ
สมบูรณ์ของข้อมูลและประมวลผล วิเคราะห์
ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive
statistics) ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่างทำการ
วิเคราะห์โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และตัวแปรที่ศึกษา
ได้แก่ เจตคติที่มีต่อผู้สูงอายุ

2. เปรียบเทียบคะแนนเจตคติที่มีต่อ
ผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม
สถานการณ์จำลองการเป็นผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ
dependent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและเจตคติที่มีต่อ ผู้สูงอายุของเด็กวัยรุ่นตอนกลาง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
จำนวน 21 คน ร้อยละ 60.00 เพศชาย 14 คน
ร้อยละ 40.00 มีอายุ 15 ปี จำนวน 22 คน ร้อย
ละ 62.90 รองลงมา คืออายุ 16 ปี จำนวน 12 คน
จำนวน 12 คน ร้อยละ 34.30 นับถือศาสนาพุทธ
ทุกคน จำนวน 35 คน ร้อยละ 100.00 และอาศัย
อยู่ในเขตอำเภอเมือง จ.นครราชสีมา จำนวน 35 คน
ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่ไม่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่
ในครอบครัว จำนวน 22 คน ร้อยละ 62.90 และ
มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัว จำนวน 13 คน
ร้อยละ 37.10

2. ผลของกิจกรรมสถานการณ์จำลอง การเป็นผู้สูงอายุ ต่อเจตคติที่มีต่อผู้สูงอายุ

2.1 ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมสถานการณ์จำลอง
การเป็นผู้สูงอายุคะแนนเฉลี่ยเจตคติด้านบวก
คะแนนเฉลี่ยเจตคติด้านบวกเท่ากับ 76.49 คะแนน

(SD= 9.14) คะแนนเฉลี่ยเจตคติด้านลบเท่ากับ
65.71 คะแนน (SD = 7.38 หลังเข้าร่วมกิจกรรม
คะแนนเฉลี่ยเจตคติด้านบวก 85.05 คะแนน
(SD=8.49) และ คะแนนเฉลี่ยเจตคติด้านลบ 63.86
คะแนน (SD= 6.20) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนเจตคติที่มีต่อผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วม
กิจกรรม (n=35)

	ด้านบวก		ด้านลบ	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	76.49	9.14	65.71	7.38
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	85.05	8.49	63.86	6.20

2.2 ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม
สถานการณ์จำลองการเป็นผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่ม
ตัวอย่างมีคะแนนเจตคติที่มีต่อผู้สูงอายุสูงขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังแสดงใน
ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติที่มีต่อผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=35)

คะแนนเจตคติต่อผู้สูงอายุ	N	$\bar{X}$	SD	t	p
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	35	142.20	9.87	-3.198	.003*
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	35	148.91	12.42		

* $p<.05$

อภิปรายผล

เด็กวัยร่นตอนกลางที่มีคุณสมบัติครบ
ตามเกณฑ์จำนวน 35 คน ได้เข้าร่วมกิจกรรม
สถานการณ์จำลองการเป็นผู้สูงอายุ
ผลการวิจัยพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติหลัง
เข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.198$,
 $p = .003$) ทั้งนี้เนื่องมาจากกิจกรรมที่จัดให้เป็น
กิจกรรมที่เปิดโอกาสให้กลุ่มเด็กวัยร่น
ตอนกลางได้เข้าใจในความสามารถของ
ผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ ใน
สถานการณ์จำลองเป็นผู้สูงอายุ เข้าใจการ

เปลี่ยนแปลงและการเสื่อมถอยตามวัย เห็นถึง
คุณค่าและความสำคัญของผู้สูงอายุ จึงทำให้
เกิดการยอมรับและปรับเปลี่ยนเจตคติที่ดีต่อ
ผู้สูงอายุได้¹⁰ ซึ่งเจตคติเป็นความรู้สึกนึกคิดที่
มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งทำให้เกิดความตั้งใจในการ
ปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวัง ถ้าบุคคล
ได้เรียนรู้และมีประสบการณ์ที่ดีเกี่ยวกับการ
เป็นผู้สูงอายุจะทำให้เจตคติที่มีต่อผู้สูงอายุได้
พัฒนาไปในทางที่ดีได้⁶ ซึ่งผลของกิจกรรม
สถานการณ์จำลองการเป็นผู้สูงอายุ ต่อเจตคติ
ที่มีต่อผู้สูงอายุในเด็กวัยร่นตอนกลางสามารถ
อภิปรายตามกิจกรรมได้แก่

กิจกรรมที่ 1 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ซึ่งให้ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุด้วยสื่อและเนื้อหาที่มีความเหมาะสมแก่ผู้เรียน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งการให้ความรู้เป็นหนึ่งในแนวคิดเกี่ยวกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงเจตคติของบุคคล คือการให้ความรู้ หรือข้อมูลที่ถูกต้อง จะส่งผลให้เกิดความเข้าใจและยอมรับในสิ่งนั้น สอดคล้องกับทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม¹¹

กิจกรรมที่ 2 สูงวัยไม่ง่ายอย่างที่คิด หากไม่พลิกชีวิตเป็นสูงวัย โดยจำลองสถานการณ์การเป็นผู้สูงอายุ และให้กลุ่มตัวอย่างเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเจตคติและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทำให้เกิดขึ้นได้ โดยการสร้างสถานการณ์ให้เกิดการมีส่วนร่วมในกลุ่มบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการได้มีส่วนร่วมในสถานการณ์ดังกล่าว จะก่อให้เกิดความผูกพัน มีความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน และสามารถที่จะชักจูงให้บุคคลมีแนวความคิด และพฤติกรรมไปตามแนวทางที่ต้องการได้ ผู้วิจัยดัดแปลงกิจกรรมมาจากนิทรรศการชราแลนด์ ดินแดนวันเดอร์เวลด⁹ โดยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมออกเป็น 4 ฐาน ซึ่งแต่ละฐานจะสอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในวัยสูงอายุ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ได้แก่

ฐานที่ 1 แวนตาเปลี่ยนอายุ สอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงด้านการมองเห็น เนื่องจากรูม่านตาเล็กลง ปฏิกริยาการตอบสนอง

ของรูม่านตาต่อแสงลดลง หนึ่งตาตก แก้วตาเริ่มขุ่นมัว เกิดต่อกระจก รอบๆกระจกตา มีไขมันมาสะสมเห็นเป็นวงสีขาวหรือสีเทา ลานสายตาแคบ กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม ความไวในการมองภาพลดลง สายตาวาวขึ้น มองภาพใกล้ไม่ชัด การมองเห็นที่มีหรือเวลากลางคืนไม่ดี ต้องอาศัยแสงช่วยจึงจะมองเห็นได้ชัดขึ้น ความสามารถในการเทียบสีลดลง การผลิตน้ำตาลดลง

ฐานที่ 2 หูจาลองวัย สอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงด้านการได้ยิน ความสามารถในการได้ยินจะลดลง เนื่องจากมีความเสื่อมของอวัยวะของหูชั้นในมากขึ้น แก้วหูตึงมากขึ้น มีการสูญเสียการได้ยินระดับเสียงสูงมากกว่าระดับเสียงต่ำ เสียงพูดของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป เพราะมีการเสื่อมของกล้ามเนื้อกล่องเสียง และสายเสียงบางลง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นใน เกิดภาวะแข็งตัว มีผลทำให้เกิดอาการ เวียนศีรษะ และการเคลื่อนไหวไม่คล่องตัว

ฐานที่ 3 มือสูงวัย และฐานที่ 4 ข้อขัดใจ สอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงด้านระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เนื่องด้วยมวลกระดูกและกล้ามเนื้อลดลง กระดูกเปราะและหักง่าย การเคลื่อนไหวต่างๆ ของร่างกายไม่คล่องตัว เนื่องจากข้อต่อทั่วร่างกายเกิดการตึงแข็งและกำลังของกล้ามเนื้อลดลงเช่นเดียวกับในประเทศเกาหลีใต้และไต้หวันที่ได้ทำวิจัยจัดสถานการณ์จำลองการเป็นผู้สูงอายุให้กับนักศึกษาพยาบาลในการส่งเสริมเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุโดยให้สวมใส่ชุดจำลองวัยสูงอายุ เช่น การเพิ่มน้ำหนักตัว การแสดงความผิดปกติของกระดูกสันหลัง การใส่ที่อุดหูเพื่อจำลองความเสื่อมของการได้ยิน การใส่แว่นตาเพื่อ

จำลองการมองเห็นที่ลดลง และการใส่ถุงมือ ซ้อนกันหลายชั้นเพื่อจำลองการสัมผัสและความคล่องตัวที่ลดลง และให้ทดลองทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เคลื่อนไหวร่างกาย การขึ้นลงบันได การฟังหรืออธิบายให้ผู้อื่นฟังซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ เข้าใจสิ่งที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญเพิ่มมากขึ้น¹²⁻¹³

กิจกรรมที่ 3 สุนัขมีดีกว่าที่คุณคิด เนื่องจากการสืบค้นข้อมูลภาพรวม (stereotype) ที่สะท้อนถึงอคติต่อผู้สูงอายุที่เป็นลบ (negative prejudice) และส่งผลให้เกิดเจตคติที่เป็นลบ ได้แก่ บุคคลส่วนใหญ่เชื่อว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ไม่มีความสามารถ สุขภาพไม่ดี และมีความเชื่อว่าผู้สูงอายุจะมีความเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันมากกว่าผู้ที่อ่อนวัยกว่า เชื่อว่าผู้สูงอายุเป็นคนชรา ซึ่งความชราเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และรักษาไม่หาย ความเชื่อนี้ค่อนข้างอันตราย และอาจนำไปสู่การเพิกเฉยในการป้องกันรักษาโรค หรือภาวะที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ รวมถึงเชื่อว่าผู้สูงอายุต้องแยกตัวออกจากสังคม โตเดี่ยวและอยู่คนเดียว ผู้สูงอายุ คือ เป็นผู้ที่ไม่มีประโยชน์ เป็นคนชราที่เจ็บเหงาและยากจน ไม่ได้ทำงาน ไม่มีรายได้ ไม่สามารถเพิ่มผลผลิตให้กับสังคมได้ เป็นภาระให้กับสังคม ซึ่งความเข้าใจและความเชื่อดังกล่าวนำไปสู่อคติและเจตคติที่เป็นลบต่อผู้สูงอายุ¹⁴ ผู้วิจัยจึงนำวิดีโอเกี่ยวกับผู้สูงอายุ มาเปิดให้กลุ่มตัวอย่างรับชม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ข้อมูลใหม่ในด้านบวกของผู้สูงอายุ เกิดการยอมรับในสิ่งที่รับรู้ และ ปรับเปลี่ยนเจตคติด้านลบที่มีอยู่เดิมเป็นด้านบวกมากขึ้น สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Koh¹⁴ ที่ใช้สถานการณ์จำลอง (simulation program) ในการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาพยาบาลมีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุผ่านการดูวิดีโอเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้นักศึกษาทำความเข้าใจโลกของผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้ส่งเสริมการมีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ

สรุปและข้อเสนอแนะ

เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ และครูในโรงเรียน ควรส่งเสริมและนำสถานการณ์จำลองการเป็นผู้สูงอายุไปใช้กับกลุ่มวัยรุ่นตอนกลางเพื่อส่งเสริมเจตคติด้านบวกของวัยรุ่นตอนกลาง เป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ในครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และป้องกันปัญหาการทอดทิ้งผู้สูงอายุในสังคมไทยต่อไป

References

1. Prompak C. Aging society in Thailand. [Internet]. 2013 [cited 2019 July 16.];03 (16):1-3. Available from: http://library.senate.go.th/docu.../Ext6078/6078440_0002.PDF. (in Thai).
2. Nodthaisong P. Elderly statistics in the present and future [Internet]. Available from: http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/Press_Release/2561/N10-04-61-1.aspx. (in Thai).
3. Wannasiri T, Pratakkulvongsa S. The development of relationship between adolescent and elders in their families in Prongmaeur community. Area Based Development Research Journal. 2016;8(1):100-15. (in Thai).

4. Sammawong K, Somanusorn S, Soomngern C. Factors related to elder abuse from perspectives of older adults and family members. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*. 2017;33(1):90-103.
5. Bangkaew B. Factors affecting attitude of labor-force age population toward elderly. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2012. (in Thai).
6. Faronbi OJ, Adebawale O, Faronbi OG, Musa OO, and Ayamolowo JS. Perception knowledge and attitude of nursing students towards the care of older patients. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2017;7:37-42.
7. Runkawatt V, Kerdchuen K, Tipkanjanaraykha K, Ubolwan K, Tawetanawanich Y, Nasirin C, et al. Kogans Attitude Toward Old People: evaluation of validity and reliability assessment among nursing students in Thailand, Myanmar, and Indonesia. *Asian Journal for Public Opinion Research*. 2016;3(3):145-55.
8. Office of Health Promotion Foundation. Exhibition Chara land: The land of wonder land. Bangkok: Mission interprint; 2018.
9. Yotsena B. Value of elderly person. *Journal of Community Development Research (Humanities and Social Sciences)*, 2016;9(1):1-14. (in Thai).
10. Murray RB, Zentner PJ. Nursing assessment and health promotion: strategies through the life span. (5thed.). Norwalk: CT: Appleton & Lange; 1993.
11. Lee YC, Hsu CH, and Lee HC, Effects of Aging Simulation Program on Nurses' Attitudes and Willingness toward Elder Care. *Taiwan Geriatr Gerontol*. 2016; 11(2):105-115.
12. Jeong H, Lee Y, Kwon H. Effects of Senior Simulation Program for Nursing Students: An Integrated Study in South Korea. *EURASIA Journal of Mathematics Science and Technology Education*. 2017;13(8):4437-47.
13. Trakoolingamden B, Mongkolsinh W, Srangthaisong D. The evaluation of care manager course on elderly in bangkok metropolis of Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2018;25(2):210-28. (in Thai).
14. Koh LC. Student attitudes and educational support in caring for older people - a Review of Literature. *Nurse Education Practice*. 2012;12:16-20.

การออกแบบโปรแกรมเพิ่มความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมอง ด้วยทฤษฎีการจำแนกวัตถุประสงค์ทางการศึกษาของมาร์ซาโน ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

วรรณยา สร้อยทอง* พีร วงศ์อุปราชา**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อออกแบบโปรแกรมเพิ่มความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองด้วยทฤษฎีการจำแนกวัตถุประสงค์ทางการศึกษาของมาร์ซาโนในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

วิธีการวิจัย: ทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม จากการทดสอบความสามารถด้านการบริหารจัดการสมองด้วยการใช้แบบทดสอบความสามารถด้านการบริหารจัดการสมอง และทดสอบก่อนและหลังใช้งานกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองจากการใช้สถิติการทดสอบความแตกต่างของค่ากลางของสองประชากรไม่อิสระกัน โดยใช้สถิติ paired sample t-test

ผลการวิจัย: การฝึกด้วยโปรแกรมเพิ่มความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองด้วยทฤษฎีการจำแนกวัตถุประสงค์ทางการศึกษาของมาร์ซาโน หลังฝึกมีประสิทธิภาพดีกว่าก่อนฝึก และผลการออกแบบโปรแกรมฯ ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าโปรแกรมฯ ในภาพรวมในระดับความเหมาะสมมากที่สุดสำหรับเพิ่มความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมอง และพบว่า เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ได้อย่างดี และมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ในภาพรวมในระดับความเหมาะสมมาก

สรุปผล: การศึกษาชี้ให้เห็นว่า การฝึกด้วยโปรแกรมเพิ่มความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองด้วยทฤษฎีการจำแนกวัตถุประสงค์ทางการศึกษาของมาร์ซาโนมีประสิทธิภาพสูง

คำสำคัญ: โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ความสามารถในการบริหารจัดการของสมอง
วัตถุประสงค์ทางการศึกษาของมาร์ซาโน

*วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการทางปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา, E-mail: worayasro@gmail.com

**หน่วยวิจัยวิทยาการปัญญาและนวัตกรรม วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการทางปัญญา
มหาวิทยาลัยบูรพา

Received: June 27, 2019

Revised: August 28, 2019

Accepted: April 3, 2020

Designing an executive function enhancement program using Marzano's Taxonomy of educational objectives for the 6th grade primary school students

Woraya Sroythong* Peera Wongupparaj**

Abstract

Objectives: This study aims to design an executive function enhancement program using Marzano's Taxonomy of educational objectives for the 6th grade primary school students.

Methods: The study designed and evaluated the effectiveness of the program by comparing the pre-test score to the post-test score of executive function of 20 students using the cambridge neuropsychological test automated battery. Data were analysed using a Paired Sample t-test.

Results: Training with the program the sample had higher executive function scores than those of before. The experts also commented that the program in general, the most suitable level for increasing executive function and found that grade 6 students were able to perform the program activities well and were satisfied with the program as a whole at a very appropriate level.

Conclusions: The study found that the executive function enhancement program using Marzano's Taxonomy of educational objectives among the 6th grade primary school students had high efficiency.

Keywords: computer program, executive function, Marzano's Taxonomy

*College of Research Methodology and Cognitive Science, Burapha University,

E-mail: worayasro@gmail.com

**Cognitive Science and Innovation Research Unit (CSIRU)

College of Research Methodology and Cognitive Science, Burapha University

บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าและมีความสำคัญของประเทศเป็นประชากรที่สำคัญของการพัฒนาประเทศ การพัฒนาศักยภาพเด็กเพื่อให้เด็กทุกคนมีความรู้ความสามารถในการเรียนรู้และการแก้ไขปัญหาได้จึงเป็นสิ่งสำคัญ¹ การชอบพูดโกหก การชอบคุยโม้โอ้อวด การชอบทะเลาะวิวาทกับผู้อื่นเสมอ การข่มขู่ผู้อื่น การลักทรัพย์หรือขโมยของผู้อื่น การมีพฤติกรรมทางเพศไม่ถูกกาลเทศะ การเสพยาเสพติด การเล่นพนัน และมีปัญหาในการทำงานเกิดจากความผิดปกติของสมองใหญ่ส่วนนอกกลีบหน้า โดยอาการบ่งชี้ถึงความผิดปกติของสมองกลีบหน้า ได้แก่ 1) ความบกพร่องเชิงปัญญา เช่น การมีสมาธิสั้น ความจำไม่ดี การวอกแวกง่าย และการไม่สามารถทำงานที่มีเป้าหมายระยะยาวให้สำเร็จได้ 2) ปัญหาทางอารมณ์ เช่น ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ หุนหันพลันแล่น ฉุนเฉียวง่าย ทะเลาะเบาะแว้งกับผู้อื่นอยู่เสมอ และ 3) ปัญหาทางด้านพฤติกรรม เช่น การทำผิดซ้ำๆ การปรับตัวยาก การก้าวร้าว และการแสดงพฤติกรรมไม่ถูกกาลเทศะ สมองกลีบหน้าทำหน้าที่เกี่ยวกับความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมอง (Executive Functions; EFs)^{2,3} การทำงานสมองที่ผิดปกติ คือ การด้อยพัฒนาในส่วนความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมอง⁴ ความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมอง มีองค์ประกอบหลักที่สำคัญ 5 องค์ประกอบ คือ การยับยั้งการตอบสนอง¹ การปรับเปลี่ยนความใส่ใจตามสถานการณ์⁵ ความจำขณะทำงาน⁶ การควบคุมอารมณ์⁷ และการวางแผนระบบประสาทที่ทำหน้าที่กำกับดูแลความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองเป็นหน้าที่ของสมองกลีบหน้า^{3,7} และการเพิ่ม

ความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองมีแนวโน้มที่ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการในสมองกลีบหน้าด้วย⁸ เช่น ปริมาตรความหนาแน่นของสมองที่เพิ่มขึ้น การเพิ่มขึ้นของเนื้อเยื่อไมอีลิน และมีการเชื่อมต่อของระบบประสาทมากขึ้น เป็นต้น⁹ เด็กมีอายุ 11-12 ปี จะพัฒนาองค์ประกอบของความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองได้ครบทั้ง 5 ด้าน¹⁰ ซึ่งการฝึกแบบปกติอาจจะเป็นเรื่องยากสำหรับเด็กที่มีอายุ 11-12 ปี เด็กในวัยนี้ไม่สามารถมีสมาธิจดจ่อในการฝึกแบบปกติได้¹¹ จึงต้องอาศัยการเรียนรู้ผ่านการเล่นประยุกต์สำหรับการฝึก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อออกแบบโปรแกรมเพิ่มความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองด้วยทฤษฎีการจำแนกวัตถุประสงค์ทางการศึกษาของมาร์ชาโนในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อออกแบบโปรแกรมเพิ่มความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองด้วยทฤษฎีการจำแนกวัตถุประสงค์ทางการศึกษาของมาร์ชาโนในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ซึ่งการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัยได้อธิบายอยู่ในหัวข้อความสมัครใจ และการรักษาข้อมูลส่วนบุคคลของเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และจริยธรรมวิจัยได้อธิบายไว้ในแบบฟอร์มเสนอขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โดยมีการออกแบบโปรแกรม 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบโปรแกรมเพิ่มความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมอง ได้แก่ แนวคิดและ

ทฤษฎีเกี่ยวกับความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมอง ทฤษฎีการจำแนกวัตถุประสงค์ทางการศึกษาของมาร์ซาโน (Marzano's Taxonomy) ทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านการเล่น (learning through play theory) และหลักการของแบบจำลองระบบพัฒนาสื่อการเรียนการสอนด้วยคอมพิวเตอร์ (ADDIE Model)

ขั้นที่ 2 กำหนดรูปแบบและออกแบบโปรแกรมเพิ่มความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองด้วยทฤษฎีการจำแนกวัตถุประสงค์ทางการศึกษาของมาร์ซาโนในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ตามกระบวนการ ADDIE Model ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นวิเคราะห์ 2) ขั้นตอนออกแบบ 3) ขั้นพัฒนา 4) ขั้นนำไปใช้ และ 5) ขั้นประเมินผล

ขั้นที่ 3 ตรวจสอบความเหมาะสม 5 ด้าน ได้แก่ การดำเนินการตามขั้นตอนการออกแบบโปรแกรมฯ การออกแบบโปรแกรมฯ ลักษณะทั่วไปของโปรแกรมฯ ภาพรวมของโปรแกรมฯ และคู่มือการใช้โปรแกรมฯ

ขั้นที่ 4 ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมฯ ด้วยการประเมินผลโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ประกอบด้วยการประเมินเนื้อหาและความเหมาะสมด้านการใช้งาน แบบประเมินมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับให้เลือกตอบ¹² เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมด้านในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การดำเนินการตามขั้นตอนการออกแบบโปรแกรมฯ การออกแบบโปรแกรมฯ ลักษณะทั่วไปโปรแกรมฯ ภาพรวมของโปรแกรมฯ และคู่มือการใช้งานโปรแกรมฯ

ขั้นที่ 5 แก้ไขปรับปรุงโปรแกรมเพิ่มความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองที่

พัฒนาขึ้น ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและผู้ใช้งาน

ขั้นที่ 6 นำโปรแกรมเพิ่มความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองที่แก้ไขปรับปรุง ไปศึกษากับผู้ใช้งานที่เป็นนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 5 คน และเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ

ขั้นที่ 7 ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมเพิ่มความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมอง ด้วยการใช้แบบทดสอบความสามารถด้านการบริหารจัดการสมอง (Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery: CANTAB) โดยไปทดสอบก่อนและหลังใช้งานกับผู้ใช้งานที่เป็นนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 20 คน

ส่วนการเลือกกลุ่มตัวอย่างพิจารณาจากประวัติแพมสุขภาพ เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) สัญชาติไทย 2) นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่มีอายุ 11-12 ปี 3) สุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว 4) ไม่มีประวัติเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บที่ศีรษะ 5) ไม่มีประวัติการได้รับอุบัติเหตุอย่างรุนแรง 6) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต 7) ไม่เคยเข้าร่วมการทดลองนี้มาก่อน 8) มีความสามารถในการฟัง พูด อ่าน และเขียน ได้ตามปกติ และ 9) มีความเต็มใจเข้าร่วมโครงการ และได้รับการยินยอมจากทางโรงเรียนและผู้ปกครอง

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการทางปัญญามหาวิทยาลัยบูรพาตามเอกสารรับรองเลขที่ 72/2561 ลงวันที่ 30 ตุลาคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองจากการใช้สถิติการทดสอบความแตกต่างของค่ากลางของสองประชากรไม่อิสระกัน โดยใช้สถิติ paired sample t-test

ผลการวิจัย

ผลการออกแบบโปรแกรมฯ นำเสนอเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ ผลการออกแบบโปรแกรมฯ ผลการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมฯ และทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ

1. ผลการออกแบบโปรแกรมฯ

1.1 ผลการกำหนดโครงสร้างของโปรแกรมฯ มีรายละเอียดดังนี้

1.1.1 โปรแกรม เป็นลักษณะเกมกระดานผ่านคอมพิวเตอร์ในรูปแบบ 3 มิติ ที่นำเกณฑ์กิจกรรมการฝึกฝนตามวัตถุประสงค์ทางการศึกษาของมาร์ชาโน มาประยุกต์พัฒนาเกมให้เล่นในคอมพิวเตอร์ โดยมีรายละเอียดเกณฑ์ 2 ด้าน ได้แก่ เกณฑ์ออกแบบกิจกรรมฝึกฝนขอบเขตความรู้ และเกณฑ์กิจกรรมฝึกฝนกระบวนการเชิงปัญญา

1) เกณฑ์ออกแบบกิจกรรมฝึกฝนขอบเขตความรู้¹³

(1) ข้อมูลข่าวสาร เกมกระดานผ่านคอมพิวเตอร์จะต้องมีกิจกรรมเน้นการจัดระบบความคิดเห็นจากข้อมูลที่นำไปสู่ข้อมูลที่ยากขึ้นเป็นระดับ มี การรวบยอด ข้อเท็จจริง การลำดับเหตุการณ์ มีเหตุผลในเรื่องที่เฉพาะเจาะจงและมีเหตุผลในเรื่องตามหลักการเรียนรู้จากทักษะที่นำไปสู่กระบวนการที่ยากขึ้นอย่างเป็นอัตโนมัติ โดยค่อย ๆ สะสมเป็นประสบการณ์การเรียนรู้

(2) ขั้นตอนทางจิต เกมกระดานผ่านคอมพิวเตอร์จะต้องมีกิจกรรมเน้นกระบวนการเพื่อการ

(3) ขั้นตอนทางกายภาพ เกมกระดานผ่านคอมพิวเตอร์จะต้องมีกิจกรรมเน้นการเรียนรู้ที่ใช้ระบบโครงสร้างของกล้ามเนื้อจากทักษะที่ง่ายสู่ทักษะที่ซับซ้อนขึ้น

2) เกณฑ์การออกแบบเกณฑ์กิจกรรมฝึกฝนกระบวนการเชิงปัญญา

ระดับที่ 1 ขั้นการเรียนรู้ใช้ความรู้ (retrieval) เกมกระดานผ่านคอมพิวเตอร์จะต้องมีกิจกรรมเน้นการรวบรวมข้อมูลให้เกิดการคิด ทบทวนความรู้เดิม การรับข้อมูลใหม่และเก็บเป็นคลังข้อมูลไว้เป็นการถ่ายโยงความรู้จากความรู้ความจำมาใช้ในความจำนำขณะทำงานโดยไม่จำเป็นต้องเข้าใจโครงสร้างของความรู้

ระดับที่ 2 ขั้นความเข้าใจ เกมกระดานผ่านคอมพิวเตอร์จะต้องมีกิจกรรมเน้นการเข้าใจสาระความรู้โดยการเรียนรู้ข้อมูลใหม่ในรูปแบบการใช้สัญลักษณ์ การสังเคราะห์โครงสร้างพื้นฐานของความรู้ให้เข้าใจประเด็นสำคัญ

ระดับที่ 3 ขั้นการวิเคราะห์ เกมกระดานผ่านคอมพิวเตอร์จะต้องมีกิจกรรมเน้นการจำแนกความเหมือนและความแตกต่างอย่างมีหลักการ การจัดหมวดหมู่ที่สัมพันธ์กับความรู้ การสรุปอย่างสมเหตุสมผลโดยสามารถบ่งชี้ข้อผิดพลาดได้ การประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่โดยใช้ฐานความรู้และการคาดการณ์ผลที่ตามมาบนพื้นฐานของข้อมูลข่าวสารโดยแยกย่อยรายละเอียดได้ ดังนี้

ด้านการจับคู่ เกมกระดานผ่านคอมพิวเตอร์จะต้องมีกิจกรรมเน้นการจำแนกแยกแยะส่วนย่อยต่างๆ ทั้งเหตุการณ์ เรื่องราว

หรือสิ่งต่างๆ ออกเป็นส่วนย่อยๆ ให้เข้าใจง่าย อย่างมีหลักเกณฑ์สามารถบอกรายละเอียดของ สิ่งต่างๆ ได้

ด้านการจัดหมวดหมู่ เกมกระดานผ่าน คอมพิวเตอร์จะต้องมีกิจกรรมเน้นการจัด หมวดหมู่ จัดลำดับ จัดกลุ่มของสิ่งที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกันเข้าด้วยกัน โดยยึดโครงสร้าง ลักษณะหรือคุณสมบัติที่เป็นหมวดหมู่เดียวกัน

ด้านการวิเคราะห์ข้อผิดพลาด เกม กระดานผ่านคอมพิวเตอร์จะต้องมีกิจกรรมเน้น การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลต่างๆ ว่า สัมพันธ์กันหรือไม่สัมพันธ์กันอย่างไร

ด้านการสรุปผลเป็นหลักเกณฑ์ทั่วไป เกมกระดานผ่านคอมพิวเตอร์จะต้องมีกิจกรรม การจับประเด็นและสรุปผลจากสิ่งที่กำหนดให้

ด้านการสรุปผลเป็นหลักเกณฑ์ เฉพาะเจาะจง เกมกระดานผ่านคอมพิวเตอร์ จะต้องมีความรู้หลัก การและสถานการณ์ต่างๆ โดยสามารถคาดการณ์ คาดคะเน ประเมิน พยากรณ์ ขยายความ และ คาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้

ระดับที่ 4 ขั้นการนำความรู้ไปใช้ เกมกระดานผ่านคอมพิวเตอร์จะต้องมีกิจกรรม เน้นการตัดสินใจในสถานการณ์ที่ไม่มีคำตอบ ชัดเจน การแก้ไขปัญหาที่ยุ่ยาก การอธิบาย ปรากฏการณ์ที่แตกต่าง และการพิจารณา หลักฐานสู่การสรุป สถานการณ์ที่มีความ ซับซ้อน การตั้งข้อสมมติฐาน และการทดลอง สมมติฐานนั้นบนพื้นฐานของความรู้

ระดับที่ 5 ขั้นระบอบกัญญา เกม กระดานผ่านคอมพิวเตอร์จะต้องมีกิจกรรมเน้น การจัดระบบความเชื่อเพื่อบรรลุเป้าหมายการ เรียนรู้ที่กำหนด การกำกับติดตามการเรียนรู้ และการจัดขอบเขตการเรียนรู้ให้เหมาะสม

ระดับที่ 6 ขั้นระบบแห่งตน เกม กระดานผ่านคอมพิวเตอร์จะต้องมีกิจกรรมเน้น การสร้างระดับแรงจูงใจต่อการเรียนรู้และการะ งานที่ได้รับมอบหมายในการเรียนรู้รวมทั้งความ ตระหนักในความสามารถของการเรียนรู้ที่มี

1.1.2 การออกแบบโปรแกรมฯ มี แนวคิดว่าการพัฒนาความสามารถด้านการ บริหารจัดการของสมองด้วยโปรแกรมเพิ่ม ความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมอง ด้วยทฤษฎีการจำแนกวัตถุประสงค์ทางการ ศึกษา ของ มาร์ชาโน จะสามารถเพิ่ม ประสิทธิภาพของสมองใหญ่ส่วนนอกกลับหน้า ได้ เพราะความสามารถด้านการบริหารจัดการ ของสมองมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาการ ทำงานของระบบประสาทเมื่อระบบประสาทมี การเชื่อมต่อถึงกันมากขึ้นจะทำให้ประสิทธิภาพ ของความสามารถด้านการบริหารจัดการของ สมองจึงสูงขึ้นตามไปด้วย ซึ่งระบบประสาทที่ ทำหน้าที่กำกับดูแลความสามารถด้านการ บริหารจัดการของสมองเป็นหน้าที่ของสมอง ใหญ่ส่วนนอกกลับหน้า และการเพิ่ม ประสิทธิภาพของสมองในส่วนต่างๆ ได้แก่ สมองส่วนหน้าด้านข้าง สมองส่วนหน้าด้านใน และสมองส่วนหลังกลับข้างขม่อมมีแนวโน้มที่ ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของระบบประสาท เช่น ปริมาตรความหนาแน่นของสมองที่เพิ่มขึ้น การ เพิ่มขึ้นของเนื้อเยื่อไมอีลิน และมีการเชื่อมต่อ ของระบบประสาทมากขึ้น โดยมีองค์ประกอบ หลักที่สำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ การยับยั้งการ ตอบสนอง การปรับเปลี่ยนความใส่ใจตาม สถานการณ์ การควบคุมอารมณ์ ความจำขณะ ทำงาน และการวางแผน

1.1.3 กิจกรรมในโปรแกรมการพัฒนา ความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองมี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเรียนรู้ตาม
ทฤษฎีการจำแนกวัตถุประสงค์ทางการศึกษาของ
มาร์ซาโน

กิจกรรมต่างๆ ในตารางจะมีมิติสัมพันธ์กับ
การฝึกพัฒนาขอบเขตความรู้ คือ ด้านข้อมูล
ข่าวสาร และขั้นตอนทางจิต ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมในโปรแกรมฯ กับทฤษฎีการจำแนกวัตถุประสงค์ทางการ
ศึกษาของมาร์ซาโน

กิจกรรม	ขั้นระบบเชิงปัญญา								ขั้นระบบอภิปัญญา	ขั้นระบบแห่งตน
	ขั้นการเรียนรู้ใช้ความรู้	ขั้นความเข้าใจ	ขั้นการวิเคราะห์					ขั้นการนำความรู้ไปใช้		
			ด้านการจับคู่	ด้านการจัดหมวดหมู่	ด้านการวิเคราะห์ข้อผิดพลาด	ด้านการสรุปผลเป็นหลักเกณฑ์ทั่วไป	ด้านการสรุปผลเป็นหลักเกณฑ์			
กิจกรรมการเลือกเงื่อนไขในการเล่นเกม										X
กิจกรรมกำหนดเป้าหมายและขอบเขตการเล่น									X	
กิจกรรมการทอยลูกเต๋าและการเดินหมากตัวเดิน	X	X	X				X	X	X	
กิจกรรมช่วยเหลือตัวประกัน/ชิงตัวประกัน	X	X						X	X	
กิจกรรมขนสมบัติ	X	X						X	X	
กิจกรรมถอดรหัสประตูกล	X	X	X	X	X				X	
กิจกรรมสกัดกันทีมผู้แข่งขัน	X	X			X	X	X	X	X	

1.1.4 การกำหนดผู้ใช้งานโปรแกรม
การพัฒนาความสามารถด้านการบริหารจัดการ
ของสมองจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ
เรียนรู้ตามทฤษฎีการจำแนกวัตถุประสงค์
ทางการศึกษาของมาร์ซาโน ผู้ใช้งานฝึก
กิจกรรมต่างๆ ผ่านหน้าคอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะหรือ
คอมพิวเตอร์วางตั้ง (notebook computer) ที่ใช้
ระบบปฏิบัติการ 10 ขึ้นไป ซึ่ง CPU ไม่ควรต่ำ
กว่า รุ่น Core i3-4340 3.6GHz และการ์ด

แสดงผลไม่ควรต่ำกว่า รุ่น NVIDIA GeForce
GTX 660 graphic card โดยกำหนดให้ผู้ฝึกต้อง
ฝึกไปตามลำดับที่ต้องเรียนรู้ระหว่างการเล่น
เกมตามกิจกรรมตาม ดังแสดงในตารางที่ 1 ผู้
เล่นจะพัฒนาการเรียนรู้การเล่นพร้อมโดยที่
ความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมอง
จะพัฒนาขึ้นเองตามลำดับ

1.2 ผลการกำหนดรูปแบบโปรแกรมฯ มี
รายละเอียด ดังนี้

โปรแกรมฯ มีลักษณะเป็นเกมคอมพิวเตอร์ที่ใช้โปรแกรม Unreal Engine ในการออกแบบ ดังแสดงในภาพที่ 1 ไอคอน  MazanoTaxonomy เป็นปุ่มนำไปสู่หน้าจอเริ่มต้นของโปรแกรมฯ ซึ่งแสดงโปรแกรมฯ แสดงหน้าจอเมนูหลัก ประกอบด้วย

เมนูย่อย ได้แก่ 1) การลงทะเบียนการเล่น 2) การเล่นเกม และ 3) ออกจากเกม ดังแสดงในภาพที่ 2 โดยกดเลือกการ เล่นเกม () จะแสดงรายละเอียดเกมในกิจกรรมการเลือกเงื่อนไขจากการเล่น ดังแสดงในภาพที่ 2 ซึ่งจากนี้ผู้เล่นจะต้องเรียนรู้การเล่นด้วยตนเอง



ภาพที่ 1 Game Application บนหน้าจอคอมพิวเตอร์



ภาพที่ 2 ตัวอย่างกิจกรรมในเกม

นอกจากนี้ กิจกรรมพื้นฐานก็คือกิจกรรมใช้แป้นพิมพ์และเมาส์คอมพิวเตอร์ สำหรับการควบคุมการเล่นเกมที่ต้องใช้ตลอดการทำ

กิจกรรมต่างๆ ในตาราง ซึ่งมีมิติสัมพันธ์กับการฝึกพัฒนาขอบเขตความรู้ คือ ขั้นตอนทางกายภาพ

2. ผลการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมฯ

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ โดยผู้ใช้งาน พบว่า ภาพรวมผู้ใช้งานมีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X} = 4.47$) ต่อโปรแกรมฯ ส่วนผลการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมฯ โดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ผลการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมฯ ในภาพรวมมีความเหมาะสมมากที่สุด ($\bar{X} = 4.58$) ดังแสดงในตารางที่ 2

จากผลการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมฯ เพิ่มความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองด้วยทฤษฎีการจำแนกวัตถุประสงค์ทางการศึกษาของมาร์ชาโนในเด็ก

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ใช้งาน ผู้วิจัยได้นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ ไปปรับปรุงให้โปรแกรมเพิ่มความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองด้วยทฤษฎีการจำแนกวัตถุประสงค์ทางการศึกษาของมาร์ชาโนในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ผลจากการทดลองใช้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมเพิ่มความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองด้วยทฤษฎีการจำแนกวัตถุประสงค์ทางการศึกษาของมาร์ชาโนในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีความเหมาะสมที่จะใช้ในการทดลองต่อไป

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมฯ โดยผู้เชี่ยวชาญ

ประเด็นประเมิน	ผู้ใช้งาน			ผู้เชี่ยวชาญ		
	$\bar{X}$	SD	ความเหมาะสม	$\bar{X}$	SD	ความเหมาะสม
1. ด้านการดำเนินตามขั้นตอนของโปรแกรมฯ	4.47	0.57	มาก	4.43	0.58	มาก
2. ด้านรายละเอียดของโปรแกรมฯ	4.46	0.58	มาก	4.56	0.10	มากที่สุด
3. ด้านลักษณะทั่วไปของโปรแกรมฯ	4.47	0.63	มาก	4.75	0.29	มากที่สุด
4. ด้านภาพรวมของโปรแกรมฯ	4.47	0.59	มาก	4.67	0.58	มากที่สุด
5. ด้านคู่มือการใช้โปรแกรมฯ	-	-	-	4.43	0.58	มาก

3. ผลการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองจากการประเมินด้วยแบบทดสอบ CANTAB ระหว่างก่อนฝึกกับหลังฝึกด้วยสถิติทดสอบ paired-samples t-test ได้แก่ ค่า SSTSSRT เกณฑ์ ทดสอบ IEDECS ค่า SWMTE ค่า ERTORTSD และค่า OTSMDLC ได้ค่าสถิติทดสอบ t เท่ากับ 5.32 ($< .01$), 6.29 ($< .01$), 6.54 ($< .01$), 3.46 ($< .01$), 4.39 ($< .01$) ตามลำดับ

แสดงว่า กลุ่มทดลองที่ 1 มีคะแนนของแต่ละแบบทดสอบ หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ได้ปรากฏค่าขนาดอิทธิพลของความแตกต่าง η^2 เท่ากับ .60 .68 .69 .39 และ .50 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3 ซึ่งให้เห็นว่า การฝึกด้วยโปรแกรมเพิ่มความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองด้วยทฤษฎีการจำแนกวัตถุประสงค์ทางการศึกษาของมาร์ชาโนหลังฝึกมีประสิทธิภาพดีกว่าก่อนฝึก

ตารางที่ 3 ผลความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองจากการประเมินด้วยแบบทดสอบ CANTAB (n=20)

คะแนนจากแบบทดสอบ	ก่อนฝึก		หลังฝึก		t	p	η^2
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ค่า SSTSSRT	394.35	67.78	320.50	73.14	5.32*	< 0.01	0.60
ค่า IEDECS	20.20	7.76	11.90	6.87	6.29*	< 0.01	0.68
ค่า SWMTE	17.60	8.48	11.00	8.91	6.54*	< 0.01	0.69
ค่า ERTORTSD	2,288.75	744.30	1,803.40	610.86	3.47*	< 0.01	0.39
ค่า OTSMDLC	12,967.80	4,028.89	8,841.30	2,676.97	4.39*	< 0.01	0.50

*p < .05

ค่า SSTSSRT คือ ค่าประมาณการเวลาที่สามารถยับยั้งการตอบสนองได้ร้อยละ 50.00 ของเวลาที่ใช้

ค่า IEDECS คือ ค่าจำนวนข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นระหว่างการทดสอบ

ค่า SWMTE คือ ค่าจำนวนครั้งทั้งหมดที่ผู้ถูกทดสอบมีการเลือกกล่องที่ไม่แน่ใจว่ามีเหรียญ

ค่า ERTORTSD คือ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยรวมของค่าเฉลี่ยเวลาในการเลือกรูปแบบอารมณ์หลังได้รับการกระตุ้น

ค่า OTSMDLC คือ ค่ามัธยฐานจากการปรากฏตัวของกล่องตัวเลือกที่ผู้ถูกทดสอบสร้างขึ้น

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า การออกแบบโปรแกรมฯ คลอบคลุมการพัฒนาความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การยับยั้งการตอบสนอง การปรับเปลี่ยนความใส่ใจตามสถานการณ์ (Shifting) การควบคุมอารมณ์ ความจำขณะทำงาน และการวางแผน โดยระบบแห่งตนจะตัดสินใจในการยอมรับการเรียนรู้เรื่องใหม่ และจะตัดสินใจว่าจะทำตามพฤติกรรมเช่นปัจจุบันหรือเข้าร่วมในกิจกรรมใหม่ ต่อจากนั้นระบบอภิปัญญาจะเข้ามาเกี่ยวข้องกับการกำหนดเป้าหมายของการเรียนรู้นั้นโดยการออกแบบกลยุทธ์ต่าง ๆ สำหรับการบรรลุเป้าหมาย และติดตามว่าจะทำได้ดีในระดับไหน จากนั้นระบบเชิงปัญญาจะทำหน้าที่ประมวลผลข้อมูลโดยใช้ความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จำเป็นตามขอบเขตเนื้อหาความรู้ ดังนั้น

ปริมาณความรู้ของมนุษย์แต่ละคนจึงมีผลต่อความสำเร็จในการเรียนรู้เรื่องใหม่ โดยความรู้ใหม่สามารถต่อยอดจากความรู้เดิมได้เป็นอย่างมาก ประกอบไปด้วยกระบวนการทางปัญญาซึ่งเปรียบได้กับความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเรียนรู้ โดยกระบวนการทางปัญญาเกิดจากกระบวนการคิด โดยจัดระดับขั้นตอนตามลำดับ 6 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นการใช้ความรู้ ขั้นความเข้าใจ ขั้นการวิเคราะห์ และขั้นการนำความรู้ไปใช้ ระบบอภิปัญญา และระบบแห่งตน ที่มีมิติสัมพันธ์ขอบเขตความรู้ 3 ประเภท ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร ขั้นตอนทางจิต และขั้นตอนทางกายภาพ ข้อมูลข่าวสาร เป็นการรวบรวมความคิดอย่างมีเหตุผล มีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับรายละเอียดต่าง ๆ ของข้อมูล เกิดเป็นข้อสรุปที่เน้นการประมวลผลจากข้อมูลที่ง่ายไปสู่ข้อมูลที่ยากขึ้นต่อไป ขั้นตอนทางจิต เป็น

การรวบรวมความรู้เดิมที่เป็นความสามารถที่สะสมไว้สำหรับกระบวนการเรียนรู้ใหม่อย่างอัตโนมัติ เพื่อให้ได้มาซึ่งกระบวนการด้านการประมวลข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐานต่างๆ ที่มีกลยุทธ์ในการประมวลข้อมูลที่กำหนดไว้แล้ว สามารถเรียงลำดับข้อมูลที่เป็นผลลัพธ์ จัดลำดับขั้นตอนต่างๆ และสามารถสรุปผลจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนหน้านี้ได้ และขั้นตอนทางกายภาพ เป็นการรวบรวมความรู้สำหรับใช้ระบบโครงสร้างกล้ามเนื้อในร่างกายจากการฝึกทักษะการปฏิบัติอย่างง่ายสำหรับนำไปสู่กระบวนการปฏิบัติที่มีความยากและซับซ้อน เพื่อให้ได้กระบวนการสร้างทักษะการปฏิบัติการ

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผลการออกแบบโปรแกรมฯ ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าโปรแกรมฯ ในภาพรวมในระดับความเหมาะสมมากที่สุด สำหรับเพิ่มความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองและพบว่า เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ได้อย่างดี และมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ในภาพรวมในระดับความเหมาะสมมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. อาจารย์ และผู้ปกครองผู้สนใจนำเอาโปรแกรมฯ ไปฝึกกับนักเรียนนอกเวลาเรียน ควรศึกษาคู่มือการใช้งานให้ครบถ้วน เพื่อประสิทธิภาพในการควบคุมการฝึก
2. ผู้บริหารการศึกษาควรกำหนดนโยบายในการเพิ่มความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมอง โดยให้มีการนำ

โปรแกรมฯ ไปฝึกนักเรียนระหว่างคาบว่างไม่มีเรียน เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนสามารถควบคุมอารมณ์ ความคิด การตัดสินใจ และการกระทำ ส่งผลให้สามารถลงมือทำงานและมุ่งมั่นทำงานจนสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เท่านั้น ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมเพิ่มความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองด้วยทฤษฎีการจำแนกวัตถุประสงค์ทางการศึกษาของมาร์ซาโนในประชากรที่มีอายุในช่วงต่างๆ

2. การฝึกเพื่อพัฒนาความสามารถด้านการบริหารจัดการของสมองขั้นสูงในเด็กมีความแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่เป็นอย่างมาก รวมถึงทฤษฎีการจำแนกวัตถุประสงค์ทางการศึกษาของมาร์ซาโนใช้หลักการคิดวิเคราะห์ที่ผ่านการฝึกด้วยพฤติกรรมการเรียนรู้ การฝึกแบบปกติอาจจะเป็นเรื่องยากสำหรับเด็ก การศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการควบคุมการฝึกด้วยการฝึกสมาธิก่อนการฝึก เพื่อเพิ่มการมีสมาธิจดจ่อในการฝึก

References

1. Garon N, Bryson SE, Smith IM. Executive function in preschoolers: A review using an integrative framework. Psychol Bull. 2008;134(1):31-60.
2. Duncan, j. An adaptive coding model of neural function in prefrontal cortex, Nature Reviews Neuroscience. London: Macmillan Magazines; 2001. p.820-29.
3. Miller E, Cohen J. An integrative theory of prefrontal cortex function. Annu Rev

- Neurosci. 2001;24(1):167-202.
4. Shenhav A, Cohen JD, Botvinick MM. Dorsal anterior cingulate cortex and the value of control. *Nat Neurosci.* 2016;19(10):1286-291.
5. Elliott R. Executive functions and their disorders. *Br Med Bull.* 2003;1(65):49-59.
6. Davidson MC, Arnso D, Anderson LC, Diamond A. Development of cognitive control and executive functions from 4-13 years: Evidence from manipulations of memory, inhibition, and task switching. *Neuropsychologia.* 2006;44(1):2037-78.
7. Dawson P, Guare, R. Executive skills in children and adolescents: A practical guide to assessment and intervention. (2nd ed.). New York: Guilford Press; 2010.
8. Anderson P. Assessment and development of executive functioning (EF) in childhood. *Child Neuropsychol.* 2002;8(2):71-82.
9. Chevalier N, Martis SB, Curran T, Munakata Y. Metacognitive Processes in executive control development: The case of reactive and proactive control. *J Cogn Neurosci.* 2015;27(6):1125-36.
10. Diamond, A. Executive functions. *Annu Rev Psychol.* 2013;64(1):135-68.
11. Chan RC, Shum D, Touloupoulou T, Chen E. Assessment of executive functions: Review of Instruments and Identification of critical issues. *Arch Clin Neuropsychol.* 2008;23(2):201-16.
12. Johnson RB, Christensen LB. Educational Research: Quantitative, Qualitative, and Mixed Approaches. Boston. MA: Allyn and Bacon; 2004.
13. Marzano RJ, Kendall JS. Designing & assessing educational objectives; applying the new taxonomy: Corwin Press Inc; 2008.

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภค อาหารของเด็กวัยเรียน ในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน จังหวัดแม่ฮ่องสอน

อนาวิน ภัทรภาคินวรกุล* ทศน์กร อินทจักร์** จิรพิชชา บุญพอ***

บทคัดย่อ

บทนำ: การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีผลต่อคุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนในชุมชนและให้เป็นไปแผนบูรณาการการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัยในปี พ.ศ. 2561 ของกระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนจังหวัดแม่ฮ่องสอนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6

วิธีการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 1 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียนได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 275 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .98 และ .78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติเชิงอนุมาน paired sample t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังการทดลอง

ผลการวิจัย: คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 112.88 คะแนน SD = 11.75 และ $\bar{X}$ = 68.36 คะแนน SD = 8.62) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 108.84 คะแนน SD = 13.47 และ $\bar{X}$ = 64.97 คะแนน SD = 8.54) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.152 และ t = 5.060, p < .001)

สรุปผล: โปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนส่งผลให้พฤติกรรมของเด็กวัยเรียนดีขึ้นได้

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เด็กวัยเรียน

*หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน,
E-mail: anavin_pha@g.cmru.ac.th

**หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน

***คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

Received: October 22, 2019 **Revised:** March 11, 2020 **Accepted:** April 27, 2020

Effects of health promoting behaviour and consumption behaviour programmes among school age children in border patrol police schools of Mae Hong Son Province

Anavin Phattharaphakinworakun* Thatsakorn Inthajuk** Jirapitcha Boonpor***

Abstract

Background: The development of healthy and dietary behaviour programmes that affect the quality of life of children in the community are created in accordance with the integrated plan for development of the potential of people in each age group in 2018 under the The Ministry of Public Health.

Objectives: The aim was to examine the effects of health promoting behaviour and dietary behaviour programmes among grade 1-6 students in Border Patrol Police Schools in Mae Hong Son Province.

Methods: A Quasi-experimental Research design using a one group and comparing the results before and after the trial. Subjects were selected by using simple random sampling. The sample consisted of 275 people. Data were collected by the use of questionnaires. The content validity of the questionnaires were checked and reliabilities were verified by alpha Cronbach's coefficient of .98 and .78, respectively. Statistics used for data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation and Paired sample t-tests.

Results: There was a significant difference between pre-test and post-test scores of healthy and food consumption behaviours ($t = 4.152$ and $t = 5.060$, $p < 0.001$). Post-test scores of healthy and food consumption behaviours ($\bar{X} = 112.88$, $SD = 11.75$ and ($\bar{X} = 68.36$, $SD = 8.62$) were higher than pre-test scores ($\bar{X} = 108.84$, $SD = 13.47$ and ($\bar{X} = 64.97$, $SD = 8.54$).

Conclusion: The health promoting behaviour and consumption behaviour programmes among school age children had a positive effect on their behaviours.

Keywords: health promoting behaviour programmes, food consumption behaviour,

Border Patrol- Police School, school age child

*Bachelor of Public Health Program in community public Health, Chiang Mai Rajabhat University, Mae Hong Son campus, E-mail: anavin_pha@g.cmru.ac.th

**Bachelor of Public Health Program in community public Health, Chiang Mai Rajabhat University, Mae Hong Son campus

***Faculty of Public Health, Kasetsart University Chaloeprakhiat Sakon nakon Province Campus

บทนำ

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีพัฒนาการ และการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว เริ่มมีอิสระในการดูแลตนเอง อีกทั้งยังมีความพร้อมทางด้านร่างกายและการเรียนรู้ซึ่งเป็นองค์ประกอบในการพัฒนาความสามารถตนเอง โดยมีบิดามารดาหรือผู้ปกครองเป็นผู้ให้คำปรึกษา¹ พฤติกรรมสุขภาพของเด็ก ได้แก่ กิจกรรมทางกาย ความรุนแรงในโรงเรียนและชุมชน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ล้วนมีผลต่อสุขภาพและสติปัญญา อารมณ์ของเด็ก พฤติกรรมที่ก่อรูปในวัยนี้ หากไม่ได้รับการปรับแก้จะกลายเป็นนิสัยในวัยผู้ใหญ่ส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาว รวมทั้งพฤติกรรมบริโภคอาหารเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการและสุขภาพตลอดช่วงชีวิต หากมีภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสมในช่วงแรกของชีวิตจะเป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพ และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในวัยผู้ใหญ่² การดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจะต้องสอดคล้องกับ แผนบูรณาการการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัยในปี พ.ศ. 2561 ของกระทรวงสาธารณสุข โดยการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเด็กวัยเรียน มีสุขภาพดีมีส่วน สร้างเสริมสุขภาพจิตป้องกันและควบคุมโรคและพัฒนาทักษะชีวิต กลุ่มเด็กวัยเรียน³ ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของโรเจอร์ส เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค หากบุคคลนั้นตกอยู่ในภาวะคุกคามทางด้านสุขภาพ โดยสร้างความเข้าใจและแนะนำการประยุกต์ใช้กับกิจกรรมให้มองเห็นผลที่เกิดขึ้นทางด้านลบและด้านบวกหากมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และไม่เหมาะสม ซึ่งทำให้มีการรับรู้เชื่อมโยงการเปลี่ยนแปลงการคิด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม⁴

เด็กวัยเรียนในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีทั้งหมด 16 โรงเรียน สังกัดกองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 33 จังหวัดเชียงใหม่ มีเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาทั้งหมด จำนวน 1,130 คน ตามโครงการส่งเสริมโภชนาการ สุขภาพอนามัยเด็ก และเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามแนวพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มุ่งเน้นให้ส่งเสริมโภชนาการ สุขภาพอนามัยเด็ก และเยาวชนจากผลการสำรวจภาวะสุขภาพเด็กและเยาวชนในพื้นที่ในศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขาแม่ฟ้าหลวง ปี 2561 พบว่า ด้านร่างกายของเด็กวัยเรียนส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่อง พันผุร้อยละ 35.00 ร่องลงมา ภาวะเตี้ยร้อยละ 28.00 และภาวะผอมร้อยละ 14.00 เนื่องจากพื้นที่ห่างไกล บุคลากรด้านการศึกษาและบุคลากรด้านสุขภาพไม่เพียงพอเป็นผลให้สุขภาพเรื่องสุขภาพร่างกายไม่ทั่วถึง อีกทั้งครอบครัวมีรายได้ที่จำกัดเป็นผลให้อุปโภคบริโภคอาหารส่วนน้อยใช้เองจึงไม่ค่อยได้รับประทานเนื้อสัตว์ โดยเฉพาะโปรตีนที่ส่งผลให้ร่างกายผอม ถ้าวินิจฉัยอาหารไม่ครบ 5 หมู่ และไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย จะส่งผลต่อพัฒนาการ และการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียนได้ และด้านสภาพแวดล้อมทรัพยากรที่ส่งผลต่อสุขภาพไม่เหมาะสม ส่วนใหญ่ลักษณะสุขภาพไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 72.00 ร่องลงมา สุขามีกลิ่นเหม็นร้อยละ 43.00 และห้องสุขาไม่สะอาดร้อยละ 20.00 เมื่อทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนไม่เอื้อต่อการใช้ชีวิตประจำวันทั้งกลิ่นสุขาที่รบกวนช่วงเวลาเรียนของนักเรียน และสุขลักษณะส่วนบุคคล ถ้า

ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เช่น ไม่ล้างมือก่อนและหลังเข้าสุขา ก็จะส่งผลต่อสุขภาพ รวมถึงการบริโภคอาหารที่อาจปนเปื้อนเชื้อทำให้เกิดโรคพยาธิ และปัญหาอุจจาระร่วงตามมาส่งผลกระทบต่อการเรียนของเด็กวัยเรียนได้⁵ จากการศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลปราจีนบุรี ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขศึกษา นักเรียนมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อนักเรียนได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของทำให้การแปรงฟันสะอาดขึ้นลดการเกิดโรคฟันผุได้⁶ และจากการศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรม การบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷ จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การมีโปรแกรมการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน จะสามารถแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนได้ และจากการศึกษาการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ในเขตพื้นที่การประถมศึกษาสกลนคร เขต 1 ในโรงเรียนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ด้านสิ่งแวดล้อม สุขาภิบาล มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน คือ เรื่องสุขลักษณะของนักเรียน ควรจัดหาสบู่ล้างมือไว้ในห้องน้ำและจัดหาถังขยะที่มีฝาปิดวางไว้บริเวณใกล้เคียงห้องน้ำ ติดตั้งบ่อดักไขมัน เพื่อเป็นการบำบัดน้ำเสียเบื้องต้นก่อนการระบายทิ้ง มีการตรวจคุณภาพน้ำดื่มสม่ำเสมอทุก 3 เดือน และอบรม

ด้านการสุขาภิบาล ให้ ครู และ ผู้ปกครองที่ดูแลเกี่ยวกับสุขาภิบาลในโรงเรียน อีกทั้งรณรงค์เกี่ยวกับสุขาภิบาลต่าง ๆ เช่น น้ำ อาหาร ห้องน้ำ และการจัดการขยะ ตลอดจนสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ถูกต้องให้แก่นักเรียน⁸

ดังนั้นเพื่อให้เกิดการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมบริโภคอาหารขึ้นจากตัวแปรต้น ของนักเรียน เพราะนักเรียนส่วนใหญ่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูงและใกล้ชิดกับครอบครัว อิทธิพลจากครอบครัวจึงส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ชีวิตของนักเรียนเป็นอย่างมากได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระดับการศึกษาของบิดา มารดา และปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมในระหว่างการดำเนินโปรแกรม หลังจากเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 1 กลุ่ม เปรียบเทียบผลก่อน และ ภายหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษา อายุ 6-12 ปี โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนทั้งหมด จำนวน

ประชากร 1,130 คน กำหนดขนาดของตัวอย่างประชากรโดยวิธีการของ ตารางสำเร็จรูปของ เครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970)⁵ กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 275 คน หลังจาก นั้นทำการจับฉลากที่ละโรงเรียนพร้อมจำนวน นักเรียน จากจำนวนนักเรียนและโรงเรียน ทั้งหมด 16 โรงเรียน จนครบได้จำนวนนักเรียน 275 คน ดังนี้

1. โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ชมรมอนุรักษพุทธศิลป์ไทยอนุสรณ์ 1 มีจำนวน นักเรียน 44 คน

2. โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ชมรมอนุรักษพุทธศิลป์ไทยอนุสรณ์ 2 มีจำนวน นักเรียน 64 คน

3. โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน เฉลิมพระเกียรติบ้านน้ำบ่อสะเป่ มีจำนวน นักเรียน 50 คน

4. โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนพล เอกอรชุน พิบูลนครินทร์ มีจำนวนนักเรียน 41 คน

5. โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน บ้านดอยแสง มีจำนวนนักเรียน 49 คน

6. โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน บ้านห้วยโป่งเลา มีจำนวนนักเรียน 27 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม สุขภาพและการบริโภคอาหาร โดยมีรายละเอียด ในส่วนที่ 2 ดังนี้ 1) พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการรักษาความสะอาด

ร่างกาย จำนวน 8 ข้อ คะแนนเต็ม 32 คะแนน ด้านการดูแลสุขภาพในช่องปาก จำนวน 9 ข้อ คะแนนเต็ม 36 คะแนน ด้านการป้องกันการ บาดเจ็บ จำนวน 14 ข้อ คะแนนเต็ม 56 คะแนน ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ จำนวน 9 ข้อ คะแนนเต็ม 36 คะแนน มีเกณฑ์ให้คะแนน การปฏิบัติคือ ไม่เคย = 1 นาน ๆ ครั้ง = 2 บางครั้ง = 3 เป็นประจำ = 4 และ 2) พฤติกรรม การบริโภคอาหาร จำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วย ด้านหมวดหมู่ของอาหารที่บริโภค จำนวน 11 ข้อ ด้านประเภทของอาหารที่บริโภค จำนวน 8 ข้อ และด้านสุขลักษณะ จำนวน 4 ข้อ มีเกณฑ์ ให้คะแนนการปฏิบัติ คือ ไม่เคย=1 นานๆ ครั้ง = 2 บางครั้ง = 3 เป็นประจำ = 4

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรม เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ในเรื่องการแยกอาหาร แยกบริโภค ก้าวพิชิตสุขภาพ โภชนาการ พาเพลิน กราฟแสนรู้ สุขภาพดี และปฏิทินสุขภาพในการเสริมสร้าง พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมบริโภคอาหาร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ที่เชี่ยวชาญเฉพาะ ด้านสาธารณสุขในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพและ การบริโภคอาหารตรวจสอบความตรงและความ เทียบตามเนื้อหา ได้ดังนี้

1. หาคความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยกำหนดค่าดัชนีความตรงเท่ากับ .70 ขึ้นไป จากการทดสอบได้ค่าดัชนี .98

2. หาคความเที่ยงของเนื้อหา โดยนำ แบบสอบถามไปทดสอบกับนักเรียนที่มีพื้นที่ ไกลเคียงกัน จำนวนนักเรียน 30 คน เพื่อหา ความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอน บาคของแบบถามเท่ากับ .78

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จาก ศูนย์ความเป็นเลิศด้านนวัตกรรมสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อมชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ เลขที่ EC 62/010 เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นำบันทึกถึงครูใหญ่โรงเรียนเพื่อขออนุญาตเข้าพื้นที่และเก็บข้อมูลและอบรมการเก็บข้อมูล วิธีสัมภาษณ์ และเทคนิคการลงชุมชนให้ผู้ช่วยนักวิจัย

2. ชี้แจงหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย และ หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยสำหรับผู้ปกครอง และลงนามในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระยะเวลา 5 สัปดาห์ จัดกิจกรรมกลุ่ม ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง ในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ วันละ 2 โรงเรียน ในกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ชื่อกิจกรรม “แยกอาหารแยกบริโภค” มีรายละเอียดเกี่ยวกับ อาหาร ภาวะโภชนาการ ความหมายของภาวะโภชนาการ เพราะอะไรจนถึงภาวะโภชนาการเกิน ทูพ โภชนาการ พร้อมทั้งให้กำลังใจนักเรียนทุกคน ในสิ่งที่นักเรียนจะตั้งใจปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 2 ชื่อกิจกรรม “ก้าวพิชิตสุขภาพ” มีรายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมปลูกสมอง เพิ่มพลังประสิทธิภาพการเรียนรู้ ด้วยการเคลื่อนไหวร่างกายในท่าต่างๆ ตามจังหวะง่าย ๆ

ดูวิดีโอ ผลร้ายโรคอ้วน ผลกระทบภาวะโภชนาการ และผลกระทบสุขภาพที่เกิดจากสาเหตุต่างๆ

สัปดาห์ที่ 3 ชื่อกิจกรรม “โภชนาการพาเพลิน” โดยเปิดวิดีโอเพลงร่วมกันฝึกร้อง เพลงธงโภชนาการหมวดอาหารที่ร่างกายต้องการ และฝึกร้องตามกลุ่ม ร้องเพลงธงโภชนาการ แล้วเล่นเกมตามกลุ่มเกมส์เลือกภาพให้ตรงกับหมวดอาหารตามธงโภชนาการหมวดอาหารที่ร่างกายต้องการ ตามช่องว่างตามหมวดหมู่อาหาร ให้นักเรียนเลือกภาพไปวางให้ตรงกับหมวดหมู่อาหารให้ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 4 ชื่อกิจกรรม “กราฟแสนรู้สู่สุขภาพดี” การอ่านกราฟอ้างอิงการเจริญเติบโต และฉลากโภชนาการ GDA (guideline daily amount) หรือฉลากหวาน มัน เค็ม และคัดแยกอาหารบริโภค ระหว่างอาหารที่รับประทานแล้ว มีประโยชน์และอาหารที่รับประทานแล้วไม่มีประโยชน์

สัปดาห์ที่ 5 ชื่อกิจกรรม “ปฏิทินสุขภาพ” ในเรื่อง สาเหตุ ความรุนแรง ความเสี่ยง ผลกระทบทั้งองค์กรรวม อันตราย การป้องกัน การบอกการป้องกัน การหลีกเลี่ยง ทักษะชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมทั้งให้กำลังใจนักเรียนทุกคน ในสิ่งที่นักเรียนจะตั้งใจปฏิบัติ

4. หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม 5 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามชุดเดิมอีกครั้งในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ วันละ 2 โรงเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองด้วย paired sample t-test

ผลการวิจัย

1. **ลักษณะของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 52.00 รองลงมาเพศหญิง ร้อยละ 48.00 มีอายุเฉลี่ย 10 ปี (อายุต่ำสุด 7 ปี และสูงสุด 16 ปี) ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ร้อยละ 55.30 บิดาและมารดาประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 72.70 โดยมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน ร้อยละ 61.80 ระดับการศึกษาสูงสุดของบิดาคือชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 40.00 และมารดาไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 36.40

2. ผลของการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองและเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพบว่า มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 4.04 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และเมื่อพิจารณารายด้านหลังการทดลองพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้าน

การรักษาความสะอาดร่างกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพในช่องปาก และ พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ มากกว่าก่อนการทดลองและเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพบว่า มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.53 คะแนน 2.18 คะแนน และ 1.44 คะแนน ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ พฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองและเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพบว่า มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 3.39 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และเมื่อพิจารณารายด้านหลังการทดลองพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านหมวดหมู่ของอาหารที่บริโภค และพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านสุขลักษณะการบริโภคอาหาร มีมากกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพบว่า มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.79 คะแนน และ 1.21 คะแนน ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (n= 275)

พฤติกรรมสุขภาพ		จำนวน	$\bar{X}$	SD	Mean difference	95% CI	t	P
และพฤติกรรม	การบริโภคอาหาร							
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม								
ก่อน	275	108.84	13.47	4.04	-5.9610 -	4.152	< .001	
หลัง	275	112.88	11.75		2.1263			
พฤติกรรมสุขภาพด้านการรักษาความสะอาดร่างกาย								
ก่อน	275	28.40	3.92	0.53	-1.0319 -	2.116	.035	
หลัง	275	28.94	3.12		0.0372			

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการ บริโภคอาหาร	จำนวน	$\bar{X}$	SD	Mean difference	95% CI	t	P
พฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพในช่องปาก							
ก่อน	275	26.86	4.29	2.18	-2.8406 -	6.520	<.001
หลัง	275	29.04	4.59		1.5231		
พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการบาดเจ็บ							
ก่อน	275	33.72	6.66	-0.11	-0.8522 -	-0.230	.818
หลัง	275	33.61	6.10		1.0776		
พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ							
ก่อน	275	19.85	4.01	1.44	-2.0343 -	4.770	<.001
หลัง	275	21.29	4.14		0.8457		
พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม							
หลัง	275	68.36	8.54	3.39	-4.7127 -	5.060	<.001
ก่อน	275	64.97	8.62		2.0727		
พฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านหมวดหมู่ของอาหารที่บริโภค							
ก่อน	275	29.01	4.43	1.79	-2.4708 -	5.205	< 0.001
หลัง	275	30.81	4.54		1.1147		
พฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านประเภทของอาหารที่บริโภค							
ก่อน	275	23.25	3.64	0.38	-0.9462-	1.375	0.170
หลัง	275	23.64	3.51		0.1680		
พฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านสุขลักษณะการบริโภคอาหาร							
ก่อน	275	12.70	2.78	1.21	-1.6162 -	5.882	< 0.001
หลัง	275	13.91	2.42		0.8056		

อภิปรายผล

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนจังหวัดแม่ฮ่องสอน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการทดลอง จะเห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียน ที่ผู้วิจัยได้

พัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรค ทำให้กลุ่มตัวอย่างพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ จากการส่งเสริมปัจจัยที่ส่งผลเพิ่ม หรือลดของการตอบสนอง อาจเป็นได้ทั้งปัจจัยภายในหรือภายนอกร่างกายบุคคล ในการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ร่วมกับคุณครูในโรงเรียน

ช่วยชักนำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงสิ่งที่กำลังคุกคามของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ในความสามารถตนเองในการตอบสนองที่ดีต่อหากมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ดี ซึ่งส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมบริโภคอาหารสอดคล้องกับการศึกษาของ จตุพร จำรองเพ็ง จีราภรณ์ กรรมบุตร และณัฐพัชร์ บัวบุญ¹⁰ ศึกษาผลของการควบคุมน้ำหนักต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพทางกายและน้ำหนักตัวของเด็กวัยเรียนตอนปลาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ อารยา จาจุ้มปา และพรณี บัญชรหัตถกิจ¹¹ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษา และสอดคล้องกับการศึกษาอนาวิน ภัทรภาคินวรกุล¹² ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 พบว่า ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนมีผลให้นักเรียนมีพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น ถึงแม้ในกลุ่มตัวอย่างมีบริบทที่แตกต่างกัน แต่สามารถประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้หลังการทดลอง จุดเด่นของโปรแกรมนี้เน้นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมเป็นหลัก ทำให้มีความน่าสนใจ โดยใช้สื่อที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นในแต่ละกิจกรรม แต่ยังพบว่าผลที่เกิดขึ้นมีบางเรื่อง que เด็กวัยเรียนจะต้องได้รับการพัฒนาเช่นกัน ในเรื่องพฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บ เช่น ไม่สวมรองเท้าเวลาวิ่งเล่น ชอบกระโดดเล่นจากที่สูง เป็นต้น ส่วนพฤติกรรมบริโภคอาหารด้านประเภทอาหารที่บริโภค ยัง

รับประทานอาหารที่ หวาน มัน ทอด เป็นประจำ อยู่ เนื่องมาจากพื้นที่อาหารท้องถิ่น เป็นอาหารที่ส่วนใหญ่มีส่วนผสมของน้ำมันเป็นวัตถุดิบในการประกอบอาหาร ดังนั้น ทั้งในเรื่องการป้องกันการบาดเจ็บและประเภทอาหารที่บริโภค ควรส่งเสริมเรื่องการปฏิบัติให้กับเด็กวัยเรียนและครู ผู้ปกครองที่เป็นบุคคลใกล้ชิดกับนักเรียน และมีอิทธิพลในการแนะนำเรื่องดังกล่าวได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนส่งผลให้พฤติกรรมของเด็กวัยเรียนดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ

1. ในการดำเนินการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีกลุ่มเปรียบเทียบสองกลุ่ม เพื่อดูผลที่ได้จากดำเนินโปรแกรมแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด และเพื่อให้การวิจัยมีคุณภาพมากที่สุดอาจจะต้องลดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อการควบคุมได้ง่ายขึ้น โดยโปรแกรมฯ ควรเพิ่มเติมให้มีแรงสนับสนุนจากครู และผู้ปกครองมากขึ้น เพื่อให้เกิดการกระตุ้นพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน ตำรวจตระเวนชายแดนในเขตอื่นๆ สามารถนำโปรแกรมและผลการศึกษาไปปรับใช้ได้ตามบริบทพื้นที่อื่นๆ แต่ควรศึกษาวิธีการให้ละเอียด เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการนำไปใช้มากที่สุด

References

1. Muksing W, Tohyusoh N, Punriddum J. Factors related to health care behavior among school children in Nakhon Si

- Thammarat municipality. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2016;3(3):65-76. (in Thai).
2. Ekpachara V, Moonsuwan L, Rueang Darakan N, Pakcharoen H. Food habits and health behaviors of children. In: Ekpachara V, editor. The report explores public health by physical examination Thailand 5th 2015. 1st. Bangkok: Graphic and Design Font; 2015. p.41-97. (in Thai).
3. The Ministry of Public Health. support the integrated plan for potential development of human by age in 2018. Nonthaburi: Ministry of Health; 2018. (in Thai).
4. Sarachan A, Kaewpan W, Pichayapinyo P, Sillabutra J. Effect of applying motivation protection theory to contact lens keratitis prevention program among vocational students in The Bangkok Metropolitan area. Journal of Public Health Nursing. 2017;31(Special edition):113-38. (in Thai).
5. Department of Disease Control Ministry of Health. Guidelines for the prevention and control of tuberculosis and communicable diseases common in schools. 1st. Bangkok: Art Qualys Graphite Limited; 2018. (in Thai).
6. Inpun W. Effects of dental health programs on dentistry behavior to prevent tooth decay grade 6 students of Prachinburi Kindergarten school. Phranakhon Rajabhat Research Journal. 2015;10(1):131-42. (in Thai).
7. Piwatphungkul K, Therawiwat M. An application of social cognitive theory to promote healthy food consumption of fifth grade students in one elementary school in Rayong Province. Thai Journal of Health Education. 2018;41(2):168-80. (in Thai).
8. Yongyod R, Kammookhom R. Environmental sanitation in schools Sakon Nakhon primary education service area office 1. The Public Health Journal of Burapha University. 2018;13(1):56-68. (in Thai).
9. Srisai S. Statistics for Social Science Research Bangkok: Chulalongkorn University; 2015. (in Thai).
10. Jumrongpeng J, Kummabutr J, Buaboon N. Effects of a weight control program on eating, physical-activity behaviors, and bodyweight among overweight, late school-age children. Journal of Health Science Research. 2019;13(1):1-10. (in Thai).
11. Chachumpa A and Banchonhattakit P. Effect of health promotion program on food consumption and physical activity behaviors for overweight prevention among primary school students Muang district Nong Bua Lumphu Province. Thai Journal of Health Education. 2017;40(2):36-50. (in Thai).
12. Pattharaphakinworakun A. The effect of a food consumption behavior promoting program in prathom sukka 4-6 students with overweight status. Journal of Science and Technology kasetart university kampangsang campus. 2018;7(2):41-53. (in Thai).

การดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ผกามาศ พิมพ์ธรรมา* ดาราวรรณ ร่องเมือง**

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลงมีภาวะสุขภาพเสื่อมถอยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล บทความนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อนำเสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะเปลี่ยนผ่าน เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลตามมโนทัศน์ทางการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านของเมลิสและคณะ ประกอบด้วย การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่าน การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ และการใช้บทบาทเสริมในการให้การดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน ขณะรับการรักษา ก่อนและต่อเนื่องหลังจำหน่าย กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย 1) ระยะเฉียบพลัน พยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะวิกฤติขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล 2) การดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ได้แก่ การประเมินและบันทึกข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยความพร้อมของผู้ป่วยญาติและสิ่งแวดล้อม ความเสี่ยงในการกลับมารักษาซ้ำ การให้ความรู้และเตรียมทักษะในการดูแล 6 ประเด็น ได้แก่ การรับประทานยาและน้ำ การรับประทานยา การทำกิจกรรมและการพักผ่อน การชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน การประเมินตนเองก่อนอาการแย่ลง และการมาตรวจตามนัด และ 3) การดูแลหลังการจำหน่าย ได้แก่ การโทรศัพท์ติดตามอาการและการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในดำเนินการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย ลดโอกาสการกลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล และลดอัตราการตายจากภาวะหัวใจล้มเหลว

คำสำคัญ: การดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน ภาวะหัวใจล้มเหลว การกลับมารักษาซ้ำ

*วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: Pakamas@pnc.ac.th

**วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก,

Received: March 2, 2019

Revised: June 4, 2019

Accepted: April 14, 2020

Transitional care for patients with congestive heart failure to reduce readmission rates

Pakamas Pimtara* Daravan Rongmuang**

Abstract

Heart failure is a chronic disease that causes suffering. It affects patients activities of daily living, decreases quality of life and deteriorates health condition, both physically and mentally. Patients who are hospitalized with heart failure have a high risk of readmission. This article is intended to present guidelines for the care of patients with heart failure to reduce readmission rates by using the transitional care model that was developed by Melies et al. The model includes assessment of readiness, preparation for transition and role supplementation, in order to provide care for patients in the acute phase, during hospitalization, and prior to and after discharge. The nursing activities consist of the following: 1) during acute care, nurses should provide care for patients to prevent a life threatening crisis while in hospital, 2) patient care before discharge consists of assessment and record of basic health data, patient's and caregiver's readiness, environment, and risk of readmission. Nurses should also provide education and skills training in 6 aspects of care including diet and water intake, medical adherence, activity and rest, importance of daily weight monitoring, what to do if the symptoms worsen and follow-up appointments, and 3) post discharge care can be conducted by telephone calls and home visits. Nurses play a crucial role in the care of patients in every phase of the disease in order to increase the quality of life of the patients, to reduce the chance of relapse and readmission, and to decrease the mortality rate from heart failure.

Keywords: transitional care, congestive heart failure, re-admission

*Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Praboromrajchanok Institute, Thailand

E-mail: Pakamas@pnc.ac.th

**Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Praboromrajchanok Institute, Thailand

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการทางคลินิก เช่น หายใจเหนื่อยหอบ มีน้ำคั่งในร่างกาย อ่อนเพลีย ความดันในหลอดเลือดดำที่คอสูงหรือมีน้ำคั่งในปอด เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการบีบตัวของหัวใจ ทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง เกิดความดันในห้องหัวใจเพิ่มขึ้น¹ อุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสำหรับประเทศไทยในปี 2559 พบอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 0.40 โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมีอายุเฉลี่ย 67 ปี ซึ่งน้อยกว่าในยุโรปและสหรัฐอเมริกา² ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำ โดยพบมากเป็นอันดับ 5 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันที คิดเป็นร้อยละ 19.00 มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาล 7.50 วัน มีอัตราการตายเมื่อเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ร้อยละ 6.00 และอัตราการตายภายใน 5 ปี หลังการวินิจฉัย ร้อยละ 50.00 และมีค่าใช้จ่ายในการรักษานเฉลี่ย 119,000 บาท/ราย/ปี³⁻⁴ ซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวยังส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง และต้องพึ่งพาผู้ดูแลในระยะยาว⁵ การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ สามารถควบคุมอาการของโรคภายหลังจำหน่ายป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ และลดอัตราการตายจากภาวะหัวใจล้มเหลว^{1,6} จากรายงานที่ผ่านมา พบว่า การดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) ตั้งแต่ระยะเจ็บป่วยถึง ระยะอาการคงที่ และระยะหลังจำหน่ายที่ครอบคลุมเชื่อมโยงและมีประสิทธิภาพ จะช่วยลดอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำได้⁷

บทความวิชาการนี้ จะนำเสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะเปลี่ยนผ่าน เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลตามโมเดลการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่าน

แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย 1) การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 2) ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 3) การดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน 4) บทบาทของพยาบาลกับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และ 5) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะเปลี่ยนผ่าน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึงการที่ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษานซ้ำทั้งในแผนกฉุกเฉินและรับไว้ในโรงพยาบาลด้วยอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวโดยไม่ใช้วันนัด หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล⁸ ในต่างประเทศกำหนดภายใน 30 วัน⁹⁻¹⁰ ส่วนในประเทศไทยกำหนดที่ 28 วัน¹¹ แม้ว่าปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างต่อเนื่อง แต่อุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีจำนวนมาก จากสถิติพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำมากที่สุด โดยมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 2-3 สัปดาห์แรกหลังการจำหน่ายสูงที่สุด และหนึ่งในสามของผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในระยะ 1 ปี¹²⁻¹³ ซึ่งสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำ เกิดจากภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

ปัจจัยที่มีผลต่อกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

สาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดจากสาเหตุหรือปัจจัยหลายประการ ได้แก่ อายุ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค ความรุนแรงของโรค จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล^{9,11} ขาดความรู้ความตระหนักในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมไม่สามารถประเมินความผิดปกติและจัดการความเจ็บป่วยดังกล่าวได้ด้วยตนเอง^{13,15} และการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ¹¹ ส่งผลให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น ดังนั้นการดูแลและเปลี่ยนแปลงผ่านในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจึงมีความสำคัญเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล⁷

การดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน

การดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน เป็นการดูแลที่ต่อเนื่องและเหมาะสมกับระยะของความเจ็บป่วย ตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน ระยะอาการคงที่ และระยะภายหลังจำหน่ายกลับไปรักษาที่บ้าน ดังนั้นในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยควรได้รับการแก้ไขภาวะฉุกเฉินต่อชีวิต ในระยะอาการคงที่ ผู้ป่วยควรได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และในระยะหลังการจำหน่ายผู้ป่วยควรได้รับความรู้ การติดตาม และการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค¹⁵ ในปี 2000 เมลิสและคณะ ได้กล่าวถึงทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านว่า มนุษย์ทุกคนจะต้องมีการเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งไปยังสภาวะหนึ่งในแต่ละช่วงของชีวิต ถ้าบุคคลรับรู้ปัจจัยเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน และมีการเตรียมตัวที่ดีจะส่งผลให้บุคคลมีการเปลี่ยนผ่านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความพร้อม ปัจจัยส่วนบุคคล และแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการเปลี่ยนผ่าน

(assessment of readiness) 2) การเตรียมพร้อมเพื่อเข้าสู่สภาวะใหม่ โดยให้ความรู้หรือพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้อง และจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้การเปลี่ยนผ่านประสบความสำเร็จ (preparation for transition) และ 3) การใช้บทบาทเสริม (role supplementation) โดยการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย^{15,17}

บทบาทพยาบาลกับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการดูแลในระยะยาว การวางแผนการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะเปลี่ยนผ่านที่มีคุณภาพ สามารถลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำวันนอนเฉลี่ย และค่ารักษาพยาบาลได้¹⁵ เป้าหมาย คือ ลดช่องว่างระหว่างการดูแลในโรงพยาบาล การดูแลตนเองที่บ้าน และการดูแลในระดับปฐมภูมิ ซึ่งกิจกรรม ได้แก่ การให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ เพื่อสอบถามอาการ การเปิดคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว การให้ความรู้ก่อนกลับบ้าน และการเยี่ยมบ้าน พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนระบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านให้ประสบความสำเร็จตามบทบาทสำคัญ 3 ประการ คือ 1) สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ 2) ประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและการดูแลในระดับปฐมภูมิ และ 3) ส่งเสริมให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และแพทย์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁸

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะเปลี่ยนผ่าน

บทความนี้ผู้เขียนนำเสนอรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจ

ล้มเหลวโดยประยุกต์บทบาทการบำบัดทางการพยาบาลของเมลิสและคณะ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การดูแลในระยะเฉียบพลัน

เป็นการดูแลขณะอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่มร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแล เพื่อให้อาการของผู้ป่วยสงบและพ้นจากวิกฤติ

ขั้นตอนที่ 2 การดูแลในระยะก่อนจำหน่าย

พยาบาลต้องประเมินความเสี่ยง ความพร้อมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับมารับการรักษาซ้ำ ให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่กลับมารับการรักษาซ้ำ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดในการเรียนรู้จากความเสื่อมด้านความคิดและความจำ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมควรทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ ดังนี้

2.1 การประเมินความพร้อมและความเสี่ยง ตลอดจนแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการเปลี่ยนผ่าน

ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินและบันทึกข้อมูลเบื้องต้น เช่น อายุ เพศ โรคประจำตัว ประสิทธิภาพการบีบตัวของ ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตาม New York Heart Association และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผ่านมาข้อมูลของผู้ดูแล สภาพแวดล้อม ประเมินคุณภาพชีวิตโดยแบบประเมินคุณภาพชีวิตของสมาคมโรคหัวใจล้มเหลวมินนิโซต้า (Minnesota living with heart failure questionnaire) ที่ได้รับการยอมรับ และใช้กันอย่างแพร่หลาย เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลและผู้ป่วยควรได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาทันที ดังแสดงในตารางที่ 1¹⁸

ตารางที่ 1 การประเมินความเสี่ยงและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ความเสี่ยงต่ำ	ความเสี่ยงปานกลาง	ความเสี่ยงระดับสูง
การประเมินความเสี่ยง		
1. มีการกลับมารักษาในรพ. 1-2 ครั้งใน 1 ปี	1. มีการกลับมารักษาในรพ. 2-3 ครั้งใน 1 ปี	1. มีการกลับมารักษาในรพ. มากกว่า 3 ครั้งใน 1 ปี
2. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ตามปกติ	2. ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้ปกติเมื่อแรกรับในรพ.	2. ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้ปกติตลอดเวลา ที่รักษาตัวในรพ.
3. ไม่มีปัญหาเรื่องความรู้และความ ตระหนักในการดูแลตนเองเมื่อ เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว	3. มีความเสี่ยงเรื่องการดูแลตนเอง เมื่อเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวขณะ อยู่บ้าน	3. มีปัญหาเรื่องความรู้และ ความตระหนักในการดูแล ตนเองเมื่อเกิดภาวะหัวใจ ล้มเหลว/ ไม่มีผู้ดูแล หลังจากจำหน่าย

ตารางที่ 1 การประเมินความเสี่ยงและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ความเสี่ยงต่ำ	ความเสี่ยงปานกลาง	ความเสี่ยงระดับสูง
การวางแผนการดูแล		
1. ให้ข้อมูลเบอร์โทรศัพท์ของ พยาบาลที่รับผิดชอบกับผู้ป่วย และญาติเพื่อขอคำปรึกษาเรื่อง การดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะ หัวใจล้มเหลว	เหมือนกับความเสี่ยงต่ำ	เหมือนกับความเสี่ยงต่ำ
2. พยาบาลโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม อาการภายใน 48 ชั่วโมง หลัง จำหน่ายในกรณีที่ไม่สามารถส่ง ต่อให้ระบบบริการปฐมภูมิได้	เยี่ยมบ้านภายใน 1 สัปดาห์หลัง จำหน่ายหากผู้ป่วยยินยอม	เยี่ยมบ้านภายใน 48 ชั่วโมง หลังจำหน่ายหากผู้ป่วย ยินยอม

นอกจากนี้ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินแหล่งเอื้อประโยชน์รวมถึงแรงสนับสนุนทางสังคมเช่น ญาติผู้ดูแล และบุคคลใกล้ชิด โดยอาจใช้แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (multidimensional scale of perceived social support) ซึ่งถูกพัฒนาโดยซิเมทและคณะ¹⁹ เพื่อประเมินปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมเมื่อกลับบ้านและใน การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้ป่วยควรได้รับการวางแผนการดูแลและการติดตามอาการจากทีมสุขภาพที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจล้มเหลว ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ เกสัชกร นักกายภาพบำบัด รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยควรเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากร ทั้งเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจล้มเหลว การคัดกรองผู้ป่วย เพื่อเข้ารับ การดูแลอย่างต่อเนื่องในสถานบริการใกล้บ้าน การให้ข้อมูลวิธีการขอความช่วยเหลือหากเกิดเหตุฉุกเฉิน และมีการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อการ

ดูแลอย่างต่อเนื่องและการประเมินแหล่งเอื้อประโยชน์ต่อการเปลี่ยนผ่าน

2.2 การเตรียมพร้อมเพื่อเข้าสู่สภาวะใหม่ โดยให้ความรู้หรือพัฒนาทักษะที่จำเป็น โดยให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ จัดเตรียมคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อใช้เตือนความจำ และวางแผนการ สอนเมื่ออาการคงที่ หรือก่อนจำหน่าย ครอบคลุม 6 หัวข้อหลัก คือ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การทำกิจกรรมการชั่งน้ำหนัก อาการที่บ่งชี้ถึงภาวะของโรคเลวลง และการมา ตรวจตามนัด โดยใช้เวลาในการสอนทุกหัวข้อ เฉลี่ยอย่างน้อย 60 นาที²⁰ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 การรับประทานอาหารและน้ำ

แนะนำให้รับประทานอาหาร โซเดียมต่ำ ไม่เกิน 5 กรัม/วัน (1 ช้อนชา/วัน) หลีกเลี่ยงอาหารเค็ม อาหารแปรรูป อาหาร กระป๋อง และของหมักดอง ไม่เติมเครื่องปรุงในอาหาร เช่น ไม่เติมเกลือ น้ำปลา หรือซีอิ๊วเพิ่ม และจำกัดน้ำดื่มไม่เกินวันละ 1,500 มิลลิลิตร²¹

2.2.2 การรับประทานยา

แนะนำรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในแต่ละกลุ่ม ได้แก่

1) ยากลุ่มปิดกั้นเบต้า (bata blocker) เช่น ไบโซโพรลอล (Bisoprolol) คาร์วีดิลอล (Carvedilol) เมโทโพรลอล (Metoprolol) เป็นต้น ออกฤทธิ์ลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ลดอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มระยะเวลาการไหลของเลือดจากห้องบนสู่ห้องล่าง เพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยจับชีพจรด้วยตนเอง สังเกตอาการเป็นลม และให้เคลื่อนไหวช้าๆ เมื่อต้องการเปลี่ยนท่า

2) ยากลุ่มขับปัสสาวะ (Diuretic) เช่น ฟูโรซีไมด์ (Furosemide) บูเมทาไนด์ (Bumetanide) เป็นต้น ออกฤทธิ์ขับน้ำและโซเดียม ลดปริมาตรน้ำในร่างกาย ป้องกันและลดความรุนแรงของการคั่งของน้ำที่ปอด ควรแนะนำให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักตัวและ บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุกวัน สังเกตอาการโพแทสเซียมต่ำ เช่น ตะคริว กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะ และแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาในช่วงเช้าเพื่อลดการรบกวนการนอนหลับและลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุจากการเข้าห้องน้ำในเวลากลางคืน

3) ยากลุ่มยับยั้งฤทธิ์ของแองจิโอเทนซิน (Angiotensin converting enzyme inhibitor: ACEI) เช่น อีนาลาพริล (Enalapril) และ แคปโตพริล (Captopril) เป็นต้น ออกฤทธิ์ยับยั้งการเปลี่ยนแปลงแองจิโอเทนซินวัน (angiotensin I) เป็นแองจิโอเทนซินทู (angiotensin II) ยับยั้งการดูดกลับของน้ำและโซเดียมร่วมกับขยายหลอดเลือด ลดภาระงานของหัวใจ อาการข้างเคียง

เช่น ไอเรื้อรัง ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน และความดันโลหิตต่ำ

2.2.3 การทำกิจกรรมและการพักผ่อน

การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ถูกวิธีและเหมาะสมจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของหัวใจและหลอดเลือด และเพิ่มความจุของปอดได้ ทำให้ความทนในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น โดยมีข้อแนะนำดังนี้

1) ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ควรออกกำลังกายเพื่อคงการเคลื่อนไหวของข้อ (range of motion exercise) ออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน (resistance exercise) หรือ ออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (aerobic exercise) เช่น การเดินเร็ว การแกว่งแขน การบริหารข้อต่อต่างๆ เป็นต้น แต่ไม่ควรออกกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อ (isometric exercise) เช่น การดันกำแพง เนื่องจากมีผลทำให้ หัวใจทำงานมากขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้นได้²²

2) ในการออกกำลังกายควรมี 3 ระยะ คือระยะอบอุ่นร่างกาย 5-10 นาที เพื่อกระตุ้นการทำงานของระบบไหลเวียนเลือด เพิ่มอุณหภูมิกาย และลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ โดยการหมุนข้อต่อต่างๆ เคลื่อนไหวร่างกายแบบแอโรบิคช้าๆ หรือการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เป็นต้น ในระยะการออกกำลังกายเริ่มแรกอาจใช้เวลา 5-10 นาที และเพิ่มเวลาให้นานขึ้นอย่างน้อย 20-30 นาที โดยประเมินจากความหนักเบาของการออกกำลังกายและความทนต่อกิจกรรมของผู้ป่วย และระยะผ่อนคลายร่างกาย (cool down) เพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่องเบาๆ 5-10 นาที

3) ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวควรออกกำลังกายในระดับความแรงปานกลาง (moderate-high intensity exercise) โดยอัตราการเต้นของหัวใจเท่ากับ ร้อยละ 60.00-70.00 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดในขณะออกกำลังกาย (maximum heart rate) และควรหยุดออกกำลังกายเมื่อมีระดับความเหนื่อย 11-13 คะแนนใน Borg scale²³ ความถี่ของการออกกำลังกาย 3-5 วันต่อสัปดาห์โดยเพิ่มระยะเวลาในการออกกำลังกายให้นานขึ้นทีละน้อย โดยไม่ก่อปัญหาให้กับผู้ป่วย

4) ควรงดออกกำลังกายเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก หรืออัตราการเต้นของหัวใจขณะพักมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที หรือมีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เช่น เจ็บหน้าอกหรือหอบเหนื่อยมาก ใจสั่น ตาพร่ามัว หมดสติ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยควรพักผ่อนให้เพียงพอ ทำจิตใจให้สบายไม่เครียด

2.2.4 การชั่งน้ำหนักตัว

แนะนำให้เฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน โดยการชั่งน้ำหนักทุกวันในช่วงเวลาเดียวกัน เช่น ตอนเช้าภายหลังถ่ายปัสสาวะและก่อนรับประทานอาหารเข้า หากน้ำหนักเพิ่มมากกว่า 2 กิโลกรัมใน 1 วัน ให้รีบมาพบแพทย์

2.2.5 การรับรู้และการจัดการอาการ

แนะนำการประเมินอาการเมื่อภาวะหัวใจล้มเหลวแย่ลง เช่น หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ เหนื่อยหรือต้องนอนหนุนหมอนมากกว่า 1 ใบ หรือหลังนอน 1-2 ชั่วโมงแล้วต้องลุกขึ้นนั่ง บวม น้ำหนักขึ้นมากผิดปกติ ใจสั่น เหนื่อยง่าย ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ไอบ่อย คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น หากมีอาการดังกล่าวให้รีบมาพบแพทย์

2.2.6 การมาพบแพทย์ตามนัด

เน้นย้ำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อติดตามอาการและการดำเนินของโรค รวมถึงร่วมกันวางแผนการดูแลระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ

2.3 การใช้บทบาทเสริม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ และส่งเสริมให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง มีสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ขั้นตอนที่ 3 การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย

พยาบาลมีบทบาทในการประสานการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย กับบริการปฐมภูมิ เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ ดังนี้

3.1 การโทรศัพท์ติดตามอาการอย่างมีแบบแผน (structure telephone support)

การโทรศัพท์ การติดต่อสื่อสารทางโซเชียล เช่น แอปพลิเคชันไลน์ เฟสบุ๊ก ติดตามอาการผู้ป่วยหลังจำหน่าย 48 ชั่วโมง เป็นวิธีการที่ง่าย ต้นทุนต่ำ ประหยัดเวลา และลดช่องว่างของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย และทีมผู้ดูแล¹⁸ ลดการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว²⁴ โดยประเด็นการสื่อสาร ได้แก่ การสอบถามอาการ การทวนสอบความรู้ในการดูแลตนเอง การให้ความรู้เพิ่มเติม การสอบถามอาการข้างเคียงของยา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย แต่การโทรศัพท์ติดตามยังมีข้อจำกัด เช่น ข้อมูลที่ได้อาจไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง หรือผู้ดูแลไม่สามารถประเมินสภาพจริงของผู้ป่วยขณะพูดคุยได้ ดังนั้นพยาบาลและทีมสหวิชาชีพจึงต้องมีการติดตามอาการด้วยการเยี่ยมบ้านควบคู่ไปด้วย

3.2 การเยี่ยมบ้าน (home visit)

การเยี่ยมบ้าน ควรทำในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลางขึ้นไป¹⁸ โดยส่งต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ การเยี่ยมบ้านนอกจากจะได้ประเมินผู้ป่วยแล้ว ยังสามารถประเมินสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การใช้ชีวิตประจำวัน รวมถึงความสามารถและความพร้อมของผู้ดูแล เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย และผู้ดูแล นำไปสู่การให้ความร่วมมือในการรักษา และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลระยะยาว

บทสรุป

การดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต มีการกลับรักษาซ้ำสูง และต้องได้รับการดูแลในระยะยาว ผู้เขียนได้นำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะเปลี่ยนผ่านไว้ 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะเฉียบพลัน เป็นการดูแลให้ปลอดภัยจากภาวะวิกฤติที่คุกคามชีวิต 2) ระยะก่อนจำหน่าย เป็นการประเมินเบื้องต้น ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ญาติและสิ่งแวดล้อม ความเสี่ยงในการกลับมารักษาซ้ำ การให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็น และ 3) ระยะหลังการจำหน่าย เป็นการโทรศัพท์ติดตามอาการ และเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และผู้ดูแลในการส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยในทุกกระยะประสบความสำเร็จ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดโอกาสการกำเริบของโรค ลดการกลับมารักษาซ้ำ และลดอัตราตายจากภาวะหัวใจล้มเหลว

References

1. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of

acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2016;37(27):2129-200.

2. Laothavom P, Hengrussamee K, Kanjanavanit R, Moleerergpoom W, Laorakpongse D, Pachirat O. Thai Acute Decompensated Heart Failure Registry (Thai ADHERE). CVD Prev Control. 2010; 5:89-95.
3. Reyes EB, Ha JW, Firdaus I, Ghazi AM, Phrommintikul A, Sim D, et al. Heart failure across Asia: same healthcare burden but differences in organization of care. Int J Cardiol. 2016;223:163-7.
4. Wan TTH, Terry A, Cobb E, McKee B, Tregerman R, Barbaro SDS. Strategies to Modify the risk of heart failure readmission: a systematic review and meta-analysis. Health Serv Res Manag Epidemiol. 2017;4:1-16.
5. Apiromrat R. Promotion of quality of life among patients with congestive heart failure. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2017;28(2):2-15. (in Thai).
6. Howie-Esquivel J, Carroll M, Brinker E, Kao H, Pantilat S, Rago K, et al. A strategy to reduce heart failure readmissions and inpatient costs. Cardiol Res. 2015;6(1):201-8.
7. Vedel I, Khanassov V. Transitional care for patients with congestive heart failure: a systematic review and meta-analysis. Ann Fam Med. 2015;13(6):562-71.

8. Soomhirun R, Monkong S, Khuwawatanasamrit K. A Literature Review Related to the management for reducing Readmission in patients with heart failure. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2009;20(1):17-32. (in Thai).
9. Aizawa H, Imai S, Fushimi K. Factors associated with 30-day readmission of patients with heart failure from a Japanese administrative database. BMC cardiovascular disorders. 2015;15(1):134.
10. Hansen LO, Young RS, Hinami K, Leung A, Williams MV. Interventions to reduce 30-day rehospitalization: A systematic review. Ann Intern Med. 2011;155(8):520-8.
11. Kobkuechaiyapong S. Characteristics of Heart Failure Patients Readmitted within 28 Days in Saraburi Hospital. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center. 2013;30(1):35-46. (in Thai).
12. Pandor A, Gomersall T, Stevens JW, Wang J, Al-Mohammad A, Bakhai A, et al. Remote monitoring after recent hospital discharge in patients with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. Heart. 2013;99(23):1717-26.
13. Lambrinou E, Kalogirou F, Lamnisis D, Sourtzi P. Effectiveness of heart failure management programmes with nurse-led discharge planning in reducing re-admissions: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2012;49(5):610-24.
14. Kato N, Kinugawa K, Ito N, Yao A, Watanabe M, Imai Y, et al. Adherence to self-care behavior and factors related to this behavior among patients with heart failure in Japan. Heart Lung. 2009;38(5):398-409.
15. Chaikitamnuaychok S, Unburee J. Development of a Transitional Care Programme for Heart Failure Patients at Kamphaengphet Hospital. Thai Journal of Nursing Council. 2016;30(4):45-56. (in Thai).
16. Wattradul D. Cardiac Rehabilitation : Transition care from hospital to home. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2015;26(1):89-103. (in Thai).
17. Meleis AI, Sawyer LM, Im E-O, Messias DKH, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. ANS Adv Nurs Sci. 2000;23(1):12-28.
18. Chan WX, Lin W, Wong RCC. Transitional care to reduce heart failure readmission rates in South East Asia. Card Fail Rev. 2016;2(2):85-9.
19. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. J Pers Assess. 1988;52(1):30-41.
20. American Heart Association. Get with the guidelines: heart failure enhanced heart failure patient education prior to hospital discharge. [Internet] 2011 [cited 2019 Feb 1]; Available from:<https://www.Heart.org/idc/groups/heart-public/@private/@>.
21. Angkulkhajorn S. The effect of health program applying pender's model on treatment adherence in adult patients with heart failure (dissertation). Chulalongkorn university; 2013. (in Thai).

22. Witwaranukool P, Jitpanya C. The effect of selfefficacy and outcome expectancy promoting program on functional capacity in congestive heart failure patients. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2009; 20(2):17-30. (in Thai).
23. Borg GA. Psychophysical bases of perceived exertion. Med sci sports exerc. 1982;14(5): 377-81.
24. Feltner C, Jones CD, Cené CW, Zheng Z-J, Sueta CA, Coker-Schwimmer EJ, et al. Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. 2014;160(11): 774-84.

บทบาทพยาบาลชุมชนในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการช่วยเหลือผู้ป่วย

นิชมน หล้ารอด* ธนะวัฒน์ รวมสุข** เอนกพงศ์ อ้อยคำ*** พัฒนา เศรษฐวัชรานิช***

บทคัดย่อ

การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มากกว่า 7 ล้านคน จากสถานการณ์ของประเทศไทยปี พ.ศ. 2558 พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ 10.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.9 ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความสูญเสียเป็นอย่างมาก แต่บุคลากรทางสุขภาพมีจำกัด และมีภาระงานค่อนข้างหนัก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงเป็นกำลังที่สำคัญในการชักจูงให้ประชาชนเลิกบุหรี่ บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อนำเสนอแนวคิดบทบาทพยาบาลชุมชนในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลชุมชน มีบทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ ผู้นำ นักสร้างเครือข่าย ผู้นำนำแหล่งประโยชน์ ผู้ให้คำปรึกษา พี่เลี้ยงในการปฏิบัติงาน ผู้ฝึกฝน และผู้เสริมสร้างพลังอำนาจให้กับอสม. โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการแก้ไขปัญหา เรื่องการช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาลชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การช่วยเหลือผู้ป่วย

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก,

E-mail: nichamon@bcnnon.ac.th

**วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

***วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

Received: March 20, 2020

Revised: April 10, 2020

Accepted: April 17, 2020

The roles of community nurses in capacity building for smoking cessation of village health volunteers

Nichamon Lumrod* Tanawat Ruamsook** Anekpong Hoikum*** Pattana Sattawatcharawanij***

Abstract

Smoking is the second highest cause of death of people around the world. The World Health Organization has reported that more than 7 million people die from smoking each year. According to the situation in Thailand in 2015, it was found that 10.9 million people or 19.9 percent of the population aged 15 years and older smoked. This not only had a great impact on health and loss, but also impacted limited health personnel with a high workload. Village health volunteers (VHVs) are therefore an important workforce to stop smoking. The objective of this paper is to present the role of community nurses in capacity building for smoking cessation of village health volunteers. Community nurses have the roles of health educator, leader, coalition builder, facilitator, counselor, mentor, and coach. They also take the role of empowering the village health volunteers to employ community-based programs to solve the problem of smoking cessation in the community.

Keywords: role of community nurses, village health volunteers, smoking cessation

*Borommarajonani College of nursing Changwat Nonthaburi, Praboromarajchanok Institute, Thailand,
E-mail: nichamon@bcnnon.ac.th

**College of Nursing and Health, SuanSunandhaRajabhat University, Thailand

***Borommarajonani College of nursing Changwat Nonthaburi, Praboromarajchanok Institute, Thailand

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญอันดับสองของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก¹ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มากกว่า 7 ล้านคนจากสถานการณ์ของประเทศไทยปีพ.ศ. 2558 พบว่า ร้อยละ 80.00 ของผู้เสียชีวิตอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำหรือปานกลาง² การสูบบุหรี่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากในวันบุหรี่ปะกอบด้วยสารพิษมากกว่า 7,000 ชนิด และ 70 ชนิด ที่เป็นสารก่อมะเร็งที่ได้รับการพิสูจน์แล้ว³

บุหรือนอกจากจะเป็นสาเหตุของการเป็นมะเร็งแล้ว ในควันบุหรี่ยังเป็นสาเหตุให้เกิดโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคปอดเรื้อรัง⁴ ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างที่สูดดมควันบุหรี่ยี่เรียกว่า “บุหรี่ยี่มือสอง” และ “บุหรี่ยี่มือสาม” ซึ่งเป็นควันบุหรี่ยี่ที่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่าและสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา แม้ว่าจะหยุดสูบไปแล้วซึ่งสามารถพบในทุกสถานที่ที่มีผู้สูบบุหรี่ โดยเฉพาะในบ้านเรือน ที่อยู่อาศัย ในงานประเพณีของชุมชน และหากสัมผัสกับควันบุหรี่ยี่จะส่งผลให้เกิดโรคตามระบบต่างๆ รวมไปถึงความพิการหรือรุนแรงไปจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ เช่น เด็กได้รับสารพิษจากควันบุหรี่ยี่จะทำให้เป็นโรคหลอดลมอักเสบ หอบหืด และทารกคลอดก่อนกำหนด สมอ้งชำผิตปกติ อีกทั้งการที่บุคคลในครอบครัว หรือชุมชนสูบบุหรี่ยี่ให้เด็กและเยาวชนเห็นก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมตัวอย่างที่ยี่ไม่ดี ส่งผลให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเท่ ทำให้ปัญหาของบุหรี่ยี่เพิ่มขึ้นและขจัดจำนวนผู้สูบได้ยากขึ้น

จากปัญหาดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อสังคมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติด้วย⁵

อย่างไรก็ก็ตามที่ผ่านมามีความพยายามลดภาวะความรุนแรงของโรคต่างๆ โดยมุ่งไปที่การควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยง ซึ่งหนึ่งในนั้นคือการลดการสูบบุหรี่ และเลิกการสูบบุหรี่ ด้วยมาตรการทางกฎหมาย การดำเนินการทางภาษี และมาตรฐานทางสังคม อาทิ การให้การศึกษา การสร้างกระแสเพื่อสร้างความตระหนักให้แก่ประชาชนในรูปแบบต่างๆ ทั้งการรณรงค์ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ การห้ามโฆษณาทุกรูปแบบ การพัฒนาค่าเตือนบนซองบุหรี่ยี่⁶ และในปัจจุบันมีหน่วยงานต่างๆ ทำการจัดตั้งสมาคม และเครือข่ายต่างๆ เข้ามาช่วยภาครัฐคือเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ยี่ประกอบไปด้วย 21 วิชาชีพ และมีคลินิกเลิกบุหรี่ยี่ตามสถานพยาบาลต่างๆ⁷ แต่ยังคงพบปัญหาของผู้มารับบริการของคลินิกเลิกบุหรี่ยี่ตามสถานพยาบาลต่างๆ ว่าผู้ที่สูบบุหรี่ยี่ที่คิดว่าตนเองไม่สามารถเลิกบุหรี่ยี่ด้วยตนเองได้ และไม่ตระหนักถึงผลเสียของการสูบ บวกกับร่างกายติดสารนิโคตินจะทำให้มีความสุขขณะสูบ เมื่อระดับนิโคตินลดต่ำลงทำให้เกิดอารมณ์ไม่สบายตัว หงุดหงิด และต้องการสูบมวนต่อไปอีกเรื่อยๆ⁵ ทำให้ไม่ยอมมารับบริการ ดังนั้นจึงต้องมีการช่วยเลิกสูบบุหรี่ยี่ซึ่งเป็นกลยุทธ์เชิงรุกในการช่วยเหลือกลุ่มผู้สูบ

จากปัญหาที่กล่าวมาในช่วงที่บุคลากรทางสุขภาพมีจำกัดและภาระงานค่อนข้างหนัก อสม.ผู้มีหน้าที่พัฒนาประชาชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน เข้าใจบริบทของชุมชน ความไว้วางใจ ความใส่ใจที่สม่ำเสมอ เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการอบรมตามหลักสูตร

มาตรฐานอสม.เป็นบุคลากรด้านสุขภาพในภาคประชาชน เพื่อดูแลประชาชน และเป็นต้นแบบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะสามารถเป็นกำลังขับเคลื่อนให้คนเลิกสูบบุหรี่ ให้กับคนในชุมชนของตนเองได้⁴

ในฐานะพยาบาลชุมชนซึ่งมีหน้าที่ในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพให้กับประชาชนและยังมีบทบาทผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ (health educator) บทบาทเป็นผู้นำ (leader) บทบาทเป็นนักสร้างเครือข่าย (coalition builder) บทบาทเป็นผู้แนะนำแหล่งประโยชน์ (facilitator) บทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษา (counselor) เป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติงาน (mentor) เป็นผู้ฝึกฝน (coach) และบทบาทเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจ (community empowerment) ให้กับอสม. และประชาชนทั่วไป ซึ่งจะนำไปสู่ความเข้มแข็งและความร่วมมือของชุมชนจนสามารถดูแลกันเองได้⁸ โดยนำจุดแข็งและศักยภาพของประชาชนมาใช้ในการแก้ไขปัญหาบุหรี่ในชุมชน โดยในปีที่ผ่านมามีการดำเนินการโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชันได้ดำเนินการโดยอสม.ช่วยในการคัดกรองผู้สูบบุหรี่ ชักชวนให้คำแนะนำการเลิกบุหรี่ และช่วยการเลิกบุหรี่ สามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้มากกว่า 6 เดือน จำนวน 174,267 คน หรือ ร้อยละ 22.23⁹ และมีการศึกษาที่น่าอสม.เป็นผู้ชวนเลิกบุหรี่ เช่น การศึกษาของสุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์ และคณะ¹⁰ ใช้อสม.ช่วยคัดกรองในการสำรวจผู้สูบบุหรี่ ชักชวนให้เลิกสูบบุหรี่ ให้คำแนะนำการเลิกบุหรี่และเยี่ยมบ้าน งานวิจัยของธีระ ประศาสน์ศิลป์ และศิริกาญจน์ เพ็ชรประดับ¹¹ โดยใช้อสม.ชวน และช่วยคนในครอบครัวตนเองเลิกบุหรี่

ความสำคัญของการช่วยเลิกบุหรี่

บุหรี่เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง โดยมีสารที่ชื่อ นิโคติน (Nicotine) มีฤทธิ์การเสพติดสูงและเป็นสารพิษร้ายแรง ซึ่งสามารถดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดได้ภายในเวลา 6 วินาที จะส่งไปที่สมอง และกระตุ้นให้มีการหลั่งสารก่อให้เกิดความสุข เช่น Endorphine และ Dopamine ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความสุขขณะสูบ เมื่อระดับนิโคตินลดต่ำลงทำให้เกิดอารมณ์ไม่สบายตัว หงุดหงิด และต้องการสูบบุหรี่ต่อไปเรื่อยๆ ดังนั้นการเลิกบุหรี่จึงเป็นเรื่องยาก เพราะจะมีอาการทางกาย เช่น ภาวะซึมเศร้า หิวบ่อย และขาดสมาธิ หงุดหงิดง่าย อาการซึมเศร้า ไม่มีความกระตือรือร้น อ่อนเพลีย ซึ่งจะส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันและการทำงาน⁶ ดังนั้นจึงต้องมีการช่วยเลิกสูบบุหรี่ซึ่งเป็นกลยุทธ์เชิงรุกในการช่วยเหลือกลุ่มผู้สูบบุหรี่ เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาทางสุขภาพต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมต่อไป

บทบาทพยาบาลชุมชนในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในชุมชน¹²

โดยมีแนวคิดหลักดังต่อไปนี้

1. การเสริมสร้างความเข้มแข็งในชุมชน โดยมอบหมายให้ชุมชนคิดวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง ให้ชุมชนได้ร่วมเรียนรู้การวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ร่วมติดตามผลการดำเนินงาน และร่วมคิดหาแนวทางการพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น

2. การทบทวนการบำบัดบุหรี่ในชุมชน สร้างโอกาสให้ทุกคนในชุมชนได้มีส่วนร่วมและมีอิทธิพลต่อกระบวนการเลิกบุหรี่ รวมทั้งการได้รับผลประโยชน์จากการดำเนินการเลิกบุหรี่

3. การสร้างแรงจูงใจ โดยการสร้างความตระหนักในความสูญเสียที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ซึ่งใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างแรงจูงใจ หรือการใช้ชุมชนเป็นฐาน

4. การดำเนินงานเชิงบูรณาการ โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเป็นแกนนำชุมชน หน่วยบริการสุขภาพมีบทบาทในการควบคุมยาสูบมีคลินิกอดบุหรี่เพื่อช่วยผู้สูบบุหรี่

บทบาทพยาบาลชุมชนในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ช่วยเลิกบุหรี่

การให้อสม.เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเลิกบุหรี่นั้น อสม.จำเป็นต้องทราบขอบเขตในการดำเนินงานการช่วยเลิกบุหรี่ของตน เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และสามารถดำเนินงานได้อย่างถูกต้อง พยาบาลชุมชนต้องอธิบายบทบาทของอสม.ในการช่วยเลิกบุหรี่ให้เข้าใจ ก่อนดำเนินงานจริง โดยพยาบาลชุมชนใช้วิธีการสอนแบบบรรยาย ใช้สื่อที่เข้าใจง่าย มีการถามย้อนกลับ เพื่อทบทวนความเข้าใจ และเปิดโอกาสให้อสม.ซักถาม โดยบทบาทของอสม.ในการช่วยเลิกบุหรี่¹³ ที่อสม.ต้องรู้มีดังนี้

1) อสม.เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน ซึ่งเมื่อบุคลากรสาธารณสุขแจ้งข่าวเกี่ยวกับเรื่องของบุหรี่ อสม.มีหน้าที่นำข่าวสารไปแจ้งประชาชน เช่น โครงการเลิกบุหรี่ คลินิกเลิกบุหรี่ในชุมชน เป็นต้น

2) อสม.เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในเรื่องบุหรี่ด้วยวิธีการบอกกล่าว

หรือเสียงตามสาย เช่น ถ่ายทอดความรู้เรื่องพิษภัยจากบุหรี่ บุหรี่มือ 2 และ 3 ความรุนแรงของบุหรี่ไฟฟ้า วิธีการเลิกบุหรี่ เป็นต้น

3) อสม.เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้สูบบุหรี่ โดยการเยี่ยมบ้าน เช่น คัดกรองการสูบบุหรี่ ชวนเลิกบุหรี่ ช่วยเลิกบุหรี่ ติดตามและการส่งต่อในกรณีที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่แต่ยังเลิกไม่ได้ เป็นต้น

4) อสม.เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น ปัญหาหนักสูบบุหรี่ใหม่ จำนวนผู้สูบบุหรี่ อัตราการตายสาเหตุจากบุหรี่ เป็นต้น

5) อสม.เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาบุหรี่ในชุมชน โดยมีการวางแผนเลิกบุหรี่ร่วมกันระหว่างกลุ่มอสม.และผู้สูบบุหรี่ โดยที่ทุกคนตั้งเป้าหมายเดียวกันคือสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

6) อสม.เป็นแกนนำในการชักชวนผู้สูบบุหรี่ หลังได้รับการพัฒนาศักยภาพการช่วยเลิกบุหรี่จากบุคลากรสาธารณสุข

การพัฒนาอสม.ในด้านการเป็นผู้ชี้แนะวิธีการดำเนินการช่วยเลิกบุหรี่ของ อสม.

เมื่ออสม.รับบทบาท และหน้าที่ในการช่วยเลิกบุหรี่แล้ว สิ่งสำคัญที่จะทำให้อสม.ช่วยเลิกบุหรี่ได้ คือวิธีการดำเนินการช่วยเลิกบุหรี่ พยาบาลต้องอธิบายให้อสม.เข้าใจว่า กิจกรรมใดบ้างที่อสม.จะต้องลงมือทำ พยาบาลจะต้องมีวิธีการต่างๆ เพื่อให้อสม.เข้าใจจนสามารถนำไปใช้ได้จริง เช่น การสอนแบบบรรยาย ใช้สื่อที่เข้าใจง่าย การถามย้อนกลับ การใช้สถานการณ์จำลอง แสดงบทบาทสมมุติ และการนำเสนอผลการวิเคราะห์

วิธีการดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยของอสม.

โดยมีทั้งหมด 3 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจผู้สูบบุหรี่^๑

พยาบาลชุมชนให้ความรู้แก่อสม. เรื่องวิธีการสำรวจจำนวนผู้สูบบุหรี่ในแต่ละครัวเรือนที่ตนเองรับผิดชอบ (อสม. 1 คน ต่อ 10 -15 ครัวเรือน) โดยพยาบาลเป็นผู้จัดทำแบบสำรวจที่เหมาะสมสำหรับอสม. เช่น แบบบันทึกพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของประชาชนในโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน^๑ และอธิบายแบบสำรวจให้อสม. เข้าใจ สอนวิธีการประเมินต่างๆ ที่เกี่ยวกับการติดบุหรี่ เช่น แบบทดสอบการติดบุหรี่ (แบบทดสอบฟาเกอร์สตรอม) และนำข้อมูลมาจัดทำฐานข้อมูลของผู้ที่สูบบุหรี่ในชุมชนของตนเอง จัดกลุ่มบุคคลที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ และพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และระดับการติดบุหรี่ พยาบาลดำเนินการกิจกรรมด้วยวิธีการบรรยาย การสาธิต และการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อทดสอบความรู้ ความเข้าใจนำไปสู่การนำไปใช้ที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของจิรัชยา สุวินทรากรและคณะ¹⁴ ได้ใช้วิธีการสอนแบบบรรยาย ใช้สื่อการเรียนรู้และการสาธิตในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร

ขั้นตอนที่ 2 การชวนเลิกบุหรี่^๑

หลังจากที่อสม. ได้เรียนรู้วิธีการคัดกรองผู้สูบบุหรี่แล้ว อสม. จะต้องรู้วิธีการชวนเลิกบุหรี่ ดังนั้นอสม. จะต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับบุหรี่ โดยพยาบาลชุมชนสามารถใช้แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) มาเป็นพื้นฐานในการสอนอสม. ได้ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค 4) การ

รับรู้ต่ออุปสรรค¹⁵ โดยพยาบาลจัดหาสื่อที่เข้าใจง่ายสำหรับอสม. เช่น เน้นรูปภาพมากกว่าตัวอักษร โมเดลต่างๆ คู่มือ 1 อสม. ช่วย 1 คน เลิกยาสูบ แผ่นพับ สื่อมัลติมีเดียของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ สื่อคลิปวิดีโอของโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน เป็นต้น เพื่อให้อสม. เข้าใจและสามารถนำไปใช้ในการชวนเลิกบุหรี่ได้ โดยพยาบาลชุมชนช่วยจัดหาสื่อหรือเป็นที่ปรึกษาตรวจสอบแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่อสม. ค้นคว้ามา และสอนวิธีการชวนเลิกบุหรี่ให้กับอสม. ด้วยวิธีการบรรยายและมอบหมายให้อสม. วิเคราะห์สถานการณ์จำลองปัญหาที่พบบ่อยในชุมชน แสดงบทบาทสมมติและนำเสนอผลการวิเคราะห์ สอดคล้องกับการศึกษาของณิชนน หล้ารอดและคณะ¹⁶ ใช้สื่อที่เข้าใจง่าย เน้นรูปภาพมากกว่าตัวอักษร ตรวจสอบข้อมูลที่ถูกต้องและใช้สถานการณ์จำลองในการพัฒนาอสม. ช่วยเลิกบุหรี่ โดยพยาบาลชุมชนทำหน้าที่เป็นผู้ฝึกฝน และเป็นผู้ให้คำปรึกษา เมื่ออสม. พบปัญหาหรือมีข้อสงสัย รวมไปถึงเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติงาน เพื่อให้อสม. สามารถดำเนินกิจกรรมได้ด้วยตนเองเมื่อต้องไปช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ในสถานการณ์จริง โดยใช้หลัก 5 R¹⁷ ดังนี้

Relevant (ความสัมพันธ์ตรงตัว) โดย

พยาบาลชุมชนพัฒนาอสม. ให้มีทักษะด้านความสัมพันธ์ของบุหรี่ต่อโรค โดยสอนอสม. เกี่ยวกับเทคนิคการพูดกับผู้สูบบุหรี่ที่มีความสัมพันธ์กับโรคที่ผู้สูบบุหรี่เป็น เช่น “เลิกสูบบุหรี่ได้แล้วนะ เพราะหากสูบบุหรี่ต่อไปจะคุดน้ำตาได้ยากอาจทำให้ตาบอด ไตวาย ทำเน่า ทำให้เป็นภาระของคนในครอบครัว” “เลิกสูบบุหรี่ได้แล้วนะ หลอดเลือดจะแข็งมากขึ้น ทำให้เป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหัวใจขาดเลือดได้ อาจทำให้

เสียชีวิตหรือพิการได้และจะเป็นภาระให้กับครอบครัวนะ” เป็นต้น

Risk (การหาความเสี่ยง) โดยพัฒนา อสม. ให้มีทักษะด้านประเมินความเสี่ยง โดยพยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่โดยตรงกับผู้สูบ ครอบครัวทั้งที่เห็นผลทันที ผลในระยะยาว รวมไปถึงผลต่อสิ่งแวดล้อม เช่น “เลิกได้แล้วนะสูบมานานเป็นสิบปีแล้วหลอดเลือด ปอดพังหมดแล้ว เตี้ยจะเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองหรือ” “เลิกได้แล้วนะถ้ายังสูบอยู่ลูกหลานในบ้านจะพากันเป็นโรคปอด รักษาียากไม่สงสาร” หรืออาจจะพูดถึงบุหรี่มือ 3 ในกรณีที่ ผู้สูบอ้างว่าสูบนอกบ้านไม่เป็นอะไรหรือ “ถึงแม้ว่าจะสูบนอกบ้านแต่สารในบุหรี่ยึดติดตามเสื้อผ้านะ ถ้าไปอุมลูกหลานๆ ก็จะมีสัมผัสสารพวกนั้นอันตรายมากนะ เลิกสูบไปเลยจะดีกับทุกคนในบ้าน” เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลชุมชนสามารถแนะนำให้ อสม. ให้ความรู้ด้วยเสียงตามสายโดยใช้หอกระจายข่าวในชุมชนได้

Reward (การนึกถึงรางวัล) โดยพัฒนาให้ อสม. มีทักษะในการสร้างแรงจูงใจไปใช้ช่วยเลิกบุหรี่ โดยให้ผู้สูบนึกถึงสุขภาพของตนเองที่ดีขึ้น ความรุนแรงของโรคลดลง เช่น “ถ้าเลิกได้ร่างกายจะควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ตาก็มองเห็นได้นาน ไตก็ใช้ได้อีกนาน เท่าที่ไม่ถูกตัด” หรือเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิต เช่น “ถ้าเลิกก่อนอายุ 30 ปี จะมีอายุยืนขึ้น 10 ปี ถ้าเลิกก่อนอายุ 40 ปี จะมีอายุยืน 9 ปี” “ถ้าเลิกเร็วก็จะมีอายุอยู่กับลูกหลานไปนานๆ” อาจจะเปรียบเทียบกับเศรษฐกิจในการซื้อบุหรี่ เช่น “ถ้าเลิกสูบจะมีเงินเก็บมากขึ้นหากบุหรี่ 1 ซอง ราคาประมาณ 86 บาท ถ้าสูบวันละ 1 ซอง เสียเงินเดือนละ 2,580 บาท หรือ 1 ปี เสียเงิน

30,960 บาท ถ้าเลิกสูบได้วันนี้ ภายใน 1 ปี คุณอาจจะซื้อสิ่งที่คุณอยากได้ เช่น โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ ตู้เย็น เครื่องปรับอากาศ เครื่องซักผ้า เป็นต้น”

Roadblock (การค้นหาอุปสรรค) โดยพัฒนาให้ อสม. มีทักษะในการให้ผู้สูบค้นหาอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ โดยอาจจะใช้คำถามสั้นๆ ว่า “อะไรที่ทำให้คุณไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้” ถ้าหากผู้สูบยังไม่ตอบอาจจะถามนำเช่น “คุณสูบบุหรี่ทุกครั้งหลังอาหารใช่ไหม” “คุณสูบบุหรี่ทุกครั้งขณะขับถ่ายใช่ไหม” “คุณสูบบุหรี่ทุกครั้งหลังตื่นนอนใช่ไหม” “คุณสูบบุหรี่ทุกครั้งที่เข้านอนไหม” เป็นต้น ผู้สูบและ อสม. ก็จะได้รับรู้อุปสรรคในการเลิกสูบรวมกัน เพื่อนำไปสู่การให้คำแนะนำการเลิกบุหรี่ได้ตรงกับอุปสรรคต่อไป

Repetition (การกระทำซ้ำ) โดยพัฒนาให้ อสม. มีทักษะการกระตุ้นแรงจูงใจโดยเฉพาะในผู้สูบที่เคยล้มเหลวในการเลิกสูบบุหรี่มาก่อน เช่น “ตั้งใจใหม่นะเลิกให้สำเร็จนะ” “คุณคือความหวังของทุกคนในครอบครัวนะตั้งใจสู้กับอาการอยากกระวนกระวายใจนี้ไปให้ได้นะ” “จงภาคภูมิใจในแต่ละวันที่ผ่านไปโดยไม่สูบบุหรี่” เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 การช่วยเลิกบุหรี่⁹

การช่วยเลิกบุหรี่เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด และ อสม. จะต้องมีความรู้เพียงพอที่จะช่วยเลิกบุหรี่ได้ โดยพยาบาลชุมชนสอนวิธีการช่วยเลิกบุหรี่ให้กับ อสม. ด้วยการบรรยายและมอบหมายให้ อสม. วิเคราะห์สถานการณ์จำลองปัญหาที่พบบ่อยในชุมชน¹⁵ (สถานการณ์เดิมที่ได้รับมอบหมาย) โดยพยาบาลชุมชนทำหน้าที่เป็นผู้ฝึกฝน และเป็นผู้ให้คำปรึกษา เมื่อ อสม. พบปัญหาหรือมีข้อสงสัย รวมไปถึงเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ อสม. สามารถดำเนินกิจกรรมได้ด้วยตนเองเมื่อต้องไปช่วยเลิกบุหรี่

ในสถานการณ์จริง แสดงบทบาทสมมติและนำเสนอผลการวิเคราะห์ โดยใช้หลัก 5D¹⁷ ดังนี้

Delay สอนให้อสม.รู้วิธีการยืระยะเวลาการสูบออกไปเมื่อผู้สูบอยากสูบ เช่น “ถ้าคุณรู้สึกอยากสูบให้ลองลูกเดินไปมา 5 นาที” “ถ้าคุณรู้สึกอยากสูบให้รอเวลา 3-5 นาที ขณะนั้นให้นึกถึงข้อดีของการเลิกสูบและข้อเสียของการสูบ” และให้ฟังระลึกไว้เสมอว่า “งดยุติได้ 5 นาทีเป็นนิมิตรหมายที่ดีของการเลิกบุหรี่”

Deep breath สอนให้อสม.รู้วิธีการหายใจโดยสูดหายใจลึกๆ 4-5 ครั้ง กลั้นหายใจไว้ชั่วคราวและปล่อยออกทางปากนานเป็น 2 เท่า ของหายใจเข้าจะช่วยลดอาการหงุดหงิดและคลายเครียดได้

Drink water สอนให้อสม.รู้วิธีการลดอาการอยากบุหรี่ด้วยการดื่มน้ำ บ้วนปาก เช่น “ตื่นนอน ดื่มน้ำซ้าๆ 1 แก้ว แปรงลิ้น และแปรงฟันจะช่วยลดอาการอยากบุหรี่ได้” “กินอาหารรสเปรี้ยว มะยม อมเคี้ยวมะนาว มะยม มะขามเปียก มะเฟือง คาบไม้จิ้มฟันจะช่วยลดอาการอยากบุหรี่ได้” หรือพยาบาลให้ความรู้เรื่องการใช้สมุนไพรหนาดอกขาวในรูปแบบการชงหรืออมเพราะสารในหนาดอกขาวทำให้เกิดอาการชาไม่รู้สึกอยากบุหรี่ รู้สึกเหมือนบุหรี่ถ้าใช้ติดต่อกันจะทำให้ไม่อยากสูบบุหรี่ได้

Do something else สอนให้อสม.รู้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจเมื่อผู้สูบอยากสูบบุหรี่ เช่น “หากหลังอาหารเคยสูบบุหรี่ทันที ให้ออกจากโต๊ะอาหารไปทำอย่างอื่น” “ไม่สูบบุหรี่ในเวลาที่เคยสูบเป็นประจำ” “ไม่สูบในสถานที่ที่เคยสูบ และควรหาอย่างอื่นทำแทน เช่น การเดิน วิ่ง ออกกำลังกายจะทำให้เบี่ยงเบนอาการอยากสูบได้” เป็นต้น

Destination สอนให้อสม.รู้วิธีการให้ผู้สูบย้าเตือนตนเองไม่กลับไปสูบอีกให้นึกถึงผลดี

ต่อตนเอง ครอบครัว บุคคลรอบข้าง และสังคม โดยช่วยผู้สูบค้นหาสิ่งที่รักมากที่สุดหรือสิ่งที่กลัวมากที่สุดมาเป็นแรงจูงใจที่จะยึดเหนี่ยวใจให้เลิกบุหรี่ เช่น เลิกเพื่อลูก เพื่อแม่ เพื่ออนาคตเพื่อสุขภาพ

การช่วยเลิกบุหรี่เป็นขั้นตอนที่อสม. อาจจะท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่อยากทำต่อ จากการถูกปฏิเสธ ช่วยผู้สูบเลิกสูบไม่สำเร็จ ในขั้นตอนนี้พยาบาลชุมชนจะต้องเสริมสร้างพลังอำนาจ⁸ ให้แก่อสม.เป็นระยะๆ และกระตุ้นทุกขั้นตอนของการช่วยเลิกบุหรี่ เพื่อให้อสม.เกิดพลังและตั้งใจในการช่วยบุหรี่ต่อไปได้ พยาบาลต้องเสริมสร้างพลังอำนาจให้อสม.อย่างต่อเนื่องจนสามารถช่วยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

การพัฒนาอสม.ในด้านการติดต่อประสานงานและการสร้างเครือข่าย

การช่วยเลิกบุหรี่จะดำเนินไปด้วยความดีพยาบาลชุมชนจะต้องช่วยอสม.ในเรื่องของการติดต่อประสานงานระหว่างอสม.กับผู้สูบบุหรี่ให้วางแผนการเลิกบุหรี่ร่วมกัน ช่วยประสานแหล่งทุนทางสังคม ทรัพยากรท้องถิ่น เช่น เทศบาล อบต. วัด ผู้นำชุมชน เป็นต้น และยังมีหน้าที่ติดต่อประสานงานในกรณีที่ผู้สูบอยากเลิกสูบแต่เลิกไม่ได้และเกินศักยภาพอสม. เช่น คลินิกเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลต่างๆ คลินิกฟ้าใสช่วยคนไทยเลิกบุหรี่ สายด่วนเลิกบุหรี่ 1600 เป็นต้น

การพัฒนาอสม.ในด้านการสร้างนวัตกรรม การช่วยเลิกบุหรี่และใช้ภูมิปัญญาไทยช่วยเลิกบุหรี่

การช่วยเลิกสูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะพบปัญหาระหว่างการช่วยเลิก เช่น สูบมานานแล้วเลิกไม่ได้ มีอารมณ์หงุดหงิดเมื่อเลิกสูบ และ

ต่อต้านเลิกลูบ เป็นต้น พยาบาลชุมชนต้องช่วยอสม. แก้ไขปัญหาจากสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น ช่วยอสม. วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา โดยพยาบาลชุมชนแสดงการเป็นผู้นำ เป็นผู้ให้คำปรึกษาและชี้แนวทางในการสร้างนวัตกรรมต่างๆ ตัวอย่างนวัตกรรมที่ผ่านมาได้แก่ โครงการกระดาษแผ่นเดียวของนางอำนวย สุทธิโต ประธาน อสม. ตำบลบ้านใหม่ จังหวัดปทุมธานี¹⁸ เป็นกิจกรรมเชิญชวนให้เขียนข้อความสั้นๆ โดยให้คนในครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่ติดสไลด์แกนที่โดนใจขึ้นมา เพื่อให้สะท้อนไปที่จิตใต้สำนึกกว่าคนในครอบครัวจะได้รับโทษจากควันบุหรี่ที่สูบด้วย นวัตกรรมชาหรือลูกอมหญ้าดอกขาวที่ทำจากหญ้าดอกขาวที่มีในหมู่บ้าน มีสรรพคุณคืออมแล้วจะลดความอยากสูบบุหรี่ลงได้ นอกจากนี้ยังมีนวัตกรรมหน้ากากอนามัยเพื่อคนที่คุณรัก โดยจะแนะนำให้เด็กใช้ปิดปากเวลาที่พ่อแม่สูบบุหรี่ เพื่อกระตุ้นจิตใต้สำนึกว่าบุหรี่เป็นโทษต่อครอบครัว และนวัตกรรมหมวกเป็นเสมือนการประเมินผลการทำงานของ อสม. ใส่แล้วจะเหมือนเป็นการประกาศว่าเลิกบุหรี่ได้แล้ว เพื่อให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการคิดนวัตกรรมช่วยเลิกบุหรี่ พยาบาลต้องช่วยค้นหาหรือช่วยตรวจสอบข้อมูลที่เชื่อถือได้ แสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะในการนำมาผลิตคัดค้านนวัตกรรมช่วยประสานงานกับเครือข่ายต่างๆ เมื่อต้องการความช่วยเหลือหรือเกินศักยภาพของพยาบาลหรือแนะนำให้อสม. นำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการเลิกบุหรี่ เช่น มะนาว รางจืด การนวดเท้า นวดกดจุด เป็นต้น ทำให้รสนชาติการสูบเปลี่ยนไปเป็นตัวช่วยเลิกบุหรี่ได้¹⁹

อย่างไรก็ตามการตั้งเป้าหมายในการช่วยเลิกบุหรี่ก็เป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินงาน

ระหว่างอสม. กับผู้สูบรวมกัน เช่น การกำหนดวันที่จะเลิกให้ชัดเจน “เรามาตั้งเป้าหมายการเลิกบุหรี่ร่วมกันโดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 10 มีนาคม 2563 เลิกเด็ดขาดนะ จากนั้นทั้งทั้งบุหรี่ และไฟแช็ค” หรือตั้งเป้าหมายแบบค่อยเป็นค่อยไป “ค่อยๆ ลดปริมาณลงก็ได้ แต่ต้องกำหนดระยะเวลาในการสูบบุหรี่มวนสุดท้ายไม่เกิน 3 เดือน” และอสม. ต้องคอยติดตามให้ผู้สูบบุหรี่ว่าสามารถทำตามที่ตั้งใจไว้หรือไม่ และให้กำลังใจผู้สูบ อธิบายให้ผู้สูบเข้าใจถึงอาการที่เกิดขึ้นได้จากการเลิกบุหรี่ “คุณไม่ต้องกลัวอาการลงแดงนะ การเลิกบุหรี่จะมีอาการหงุดหงิดและความเครียดได้ จะมีอาการอยู่ประมาณ 1-2 สัปดาห์ถือว่าปกติ แต่ต้องอดทนและพยายามต่อไป” หากผู้สูบพอใจกลับไปสูบอีก ให้อสม. ให้กำลังใจ และชวนผู้สูบบุหรี่เริ่มต้นเลิกสูบใหม่อีกครั้ง⁴

หากในชุมชนมีอสม. ที่เคยสูบและเลิกสูบได้ ก็ใช้อสม. กลุ่มนี้เป็นตัวอย่างในการเลิกสูบ มาถ่ายทอดประสบการณ์การเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง เหตุผลที่เลิกคืออะไร วิธีการเลิกทำอะไรบ้าง อุปสรรคที่เจอมีอะไรบ้างและวิธีการจัดการกับอุปสรรคคืออะไรเพราะผู้สูบจะรู้และเข้าใจความรู้สึกของการเลิกสูบได้ดี เวลาออกชุมชนช่วยเลิกบุหรี่อสม. กลุ่มนี้จะเป็นประโยชน์ในการช่วยเลิกสูบได้ดีเพราะผู้สูบจะเข้าใจผู้สูบด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของณิชนน หล้ารอดและคณะ¹⁶ ที่มีการนำอสม. ที่เคยสูบและเลิกสูบได้มาใช้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

สรุป

ปัญหาการสูบบุหรี่ที่ผ่านมาได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น และ

ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้ยังส่งผลสภาวะเศรษฐกิจ ในช่วงที่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขมีจำนวนจำกัดและมีหลายภารกิจในทางด้านสุขภาพ อสม.จึงเป็นกำลังที่สำคัญในการชักจูงให้ประชาชนเลิกบุหรี่ได้ เนื่องจากมีความใกล้ชิดกับประชาชนในหมู่บ้าน บางคนอาจจะเป็นพี่น้องเครือญาติกัน การที่อสม.จะมีศักยภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ได้นั้น อสม.ต้องได้รับการพัฒนาจากพยาบาลชุมชน ซึ่งพยาบาลชุมชนจะใช้บทบาทพยาบาลชุมชนในการพัฒนาอสม. อาทิ บทบาทผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ บทบาทเป็นผู้นำ บทบาทเป็นนักสร้างเครือข่าย บทบาทเป็นผู้แนะนำแหล่งประโยชน์ บทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษา เป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติงาน เป็นผู้ฝึกฝน และบทบาทเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจ ทั้งนี้ แนวทางในการพัฒนาอสม.ช่วยเลิกบุหรี่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาอสม.ช่วยเลิกบุหรี่ และนำไปใช้เป็นกลยุทธ์และวางแผนการดำเนินการร่วมกันระหว่างพยาบาล อสม.และประชาชน โดยเน้นทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมโดยมีอสม.เป็นแกนนำ รวมถึงศึกษาวิจัยทางการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่ผ่านอสม.ต่อไป

References

1. National Statistical Office Thailand. Tobacco Situation Report [Internet] . 2007 [cited: 2017 July 8]; Available from: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/analyze/smoke/50.pdf>.
2. World Health Organization. Tobacco threatens us all [Internet]. 2017 [cited: 2017 July 15]; Available from: <http://app.who.int/trisbitstream/10665/255561/1/WHO-NMH-PND-17.2-eng.pdf>.
3. Piriyaangsarit S. Summary of Tobacco Control Situation in Thailand 2016. Bangkok: Jaroendee Mankong Publication; 2016. (in Thai).
4. Vateesatokit K. 1 village Health Volunteer Help 1 Person Quit Smoking. Nonthaburi: Teerakan Graphic Limited; 2016. (in Thai).
5. Piriyaangsarit S. Toxicity & management of tobacco dependence. Bangkok: Jaroendee Mankong Publication; 2010. (in Thai).
6. Rungruanghirunya, S. Manual of tobacco Dependence Treatment: Advanced Levels. Bangkok: Sintaweekij; 2010. (in Thai).
7. Rungruanghirunya, S. Tobacco control Operator version. Nakornpathom: Sintaweekit printing; 2012. (in Thai).
8. Kalampakorn S., Rawiworakul T. Community nurses and tobacco control. Bangkok: Manas film Limited; 2007. (in Thai).
9. Thai Health Promotion Foundation, Ministry of Public Health. The Project for 3 Million 3 Year Quit Smoking Cigarette [Internet]. 2020 [cited: 2020 March 18]; Available from: http://www.quitforking.com/defaults/summary_area/area:1
10. Nakrukamphonphatn S, Suwannakoo N, Nataso A. Evaluation of the project “the 3 Million 3 Years to Quit Smoking for the

- King throughout Thais” in health region. Ramathibodi Nursing Journal. 2019;25(1): 102-18. (in Thai).
11. Prasansil T, Phechpradub S. Village health volunteers and members of the family coordinated their efforts to reduce smoking-cessation in Don Sub-district, Panare District, Pattani Province. [Internet]. 2020 [cited 2020 March 12]; Available from: http://www.Tcr.or.th/tcrresearchsubpage/RP/TRC_Re_51-01-02-10.pdf.
 12. Senadisai S, Kalampakorn S. Cigarettes and health: nurses and tobacco control. Bangkok: nurse network on tobacco control of Thailand; 2012. (in Thai).
 13. Department Of Health Service Support. Village Health Volunteer Guide. Nonthaburi; Agricultural Cooperative Assembly of Thailand; 2011. (in Thai).
 14. Suwintrakorn J, Kalampakorn S, Rawiworakul T. The effects of self-efficacy enhancement program for health volunteers on stroke surveillance and prevention. Thai Journal of Nursing. 2019;68(1):39-48. (in Thai).
 15. Powwattana A. Powwattana A, Kalampakorn S, Lagampan S, Amnatsatsue K. Health promotion and disease prevention in community :An application of concepts and theories to practice. Konkan: Klung nanawittaya; 2013. (in Thai).
 16. Lumrod N, Kalampakorn S, Sillabutra J. Effects of a capacity building program on health literacy in smoking cessation on village health volunteers in Pathum Thani Province. Journal of Health Science Research. 2019;13(1):84-94. (in Thai).
 17. Vateesatokit K. A Guide to Treatment of Tobacco Addiction for Nurses. Bangkok: Monpreya Graphic Limited; 2016. (in Thai).
 18. Thai Health Promotion Foundation, Innovation to smoking cessation of VHV's in Pathum Thani Province. [Internet]. 2020 [cited: 2020 April 2]; Available from: <https://www.thaihealth.or.th/Content/49155-อสม.ปทุมธานี%20ชวนวัดกรรมช่วยเลิกบุหรี่.html>. (in Thai).
 19. Thai Health Promotion Foundation. Innovations to reduce - stop smoking. [Internet]. 2020 [cited: 2020 April 2]; Available from: <https://www.thaihealth.or.th/Content/25838-นวัตกรรม%20เพื่อลด-เลิก%20เหล้าบุหรี่.html>. (in Thai).



เลขที่สมาชิก.....

เรียน บรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Journal of Health Science Research)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....มีความประสงค์ขอชำระค่าใช้จ่าย ดังนี้

ค่าตีพิมพ์

แบบเร่งด่วน (Fast Track)

☐ ฉบับภาษาไทย = 8,000 บาท

☐ ฉบับภาษาอังกฤษ = 10,000 บาท

แบบปกติ

☐ ฉบับภาษาไทย = 5,000 บาท

☐ ฉบับภาษาอังกฤษ = 8,000 บาท

ชำระเงิน รวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)

โดยทาง ☐ เงินสด ☐ โอนเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขานนทบุรี

ชื่อบัญชี เงินรับฝากรายได้ วทบ.จังหวัดนนทบุรี เลขที่บัญชี 108-0-47626-1

Fax หลักฐานการโอนเงินพร้อมจดหมายนี้ มาที่ 0 2526 2904 หรือ scan หลักฐานการโอนเงิน ส่ง ดร.มาสริน ศุกลปักษ์

E-mail: masarin@bcnnon.ac.th และ ดร.วารานิชฐ์ ลำไย E-mail: waranist@bcnnon.ac.th

ที่อยู่ที่ใช้จัดส่งวารสาร.....

กรุณาออกใบเสร็จในนาม.....

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ ใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่.....ผู้รับเงิน.....

JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH

