

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH

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

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2564 Volume 15 No.1 January – April 2021

JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH



โสภา ลีศิริวัฒนกุล คณิศร เจริญกิจ วิจารณ์ ภิบาลวงษ์

พรชนุดร ชุมพูนุช ธนวรรณ สงประเสริฐ

จุฬารัตน์ หัวหาญ ศีตรา มยุชโชติ

ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบร์แมนน์ วรรณวดี ฅนภัค ปิยอร วจนะทินภัทร

กนกวรรณ หวนศรี พิมพ์ตา ตักดีส่องเมือง ชุตีวรรณ ปุรินทรภิบาล
บุญญาภา รุ่งปิยะรังสี ฉัตรวารีย์ แทนสุวรรณ

ณัฐบัณฑิต เพียรธัญญกรรม เสริมศรี สันตติ เรณู พุกบุญมี

ปรียาภัทร สิงห์ทอง วาริณี แสงประไพ กมลฉัตร ชูนวงษา วราภรณ์ ไฉบุญ
สุภลักษณ์ คำโสภา ธราธร อัครวิธรรโชติ

วรุฒิ ชมภูพาน วรางคณา ชมภูพาน เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ
ฐากูร เกษิต วิชัย อึ้งพินิจพงศ์ วรินทร์ทิพย์ ศรีกมลดี

ชญมณมล สุริยานิมิตสุข พิษขารณณ์ สาตะรักษ์

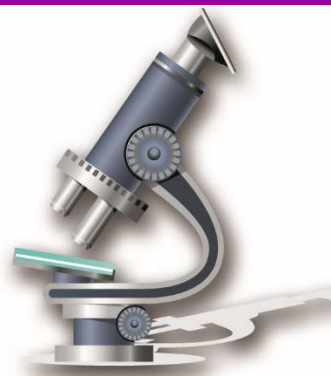
ดวงเนตร ธรรมกุล ธนิดา พุ่มท่าอิฐ

นิวัฒน์ ทรงศิลป์ วราภรณ์ บุญเชียง กรรณิการ์ อินดีวงค์

ธนะวัฒน์ รวมสุข อารยา ทิพย์วงศ์ พรพรรณ วรสีหะ นางนุช วงศ์สว่าง นิชมน หล้ารอด

ภูริชญา อินทร์เนตร ศุภวรรณ ชัยประกายวรรณ ธันทิชา ชะโลธาร
พิชญา นาไชย นวพร พิมรัตน์ ยูพารณณ์ วิเชียร

พูนศักดิ์ บุญยัง กริณทร์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์



ผลของการเรียนการสอนโดยใช้แอปพลิเคชันบนมือถือในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหาร

อุบัติเหตุและปัจจัยทำนายภาวะความดันโลหิตสูงของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้างจังหวัดนครศรีธรรมราช

การศึกษาปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตร

ผลของการจัดการเรียนเชิงรุกโดยใช้กิจกรรมเป็นฐานต่อความรู้ ทักษะการอ่านและเขียนภาษาอังกฤษและทัศนคติต่อการเรียนของนักศึกษาพยาบาล

ผลของกิจกรรมส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเพศเชิงบวกต่อการรับรู้ความสามารถในการสื่อสารในครอบครัวของผู้ปกครองกับบุตรหลานวัยรุ่น

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการนอนของเด็กวัยก่อนเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร

ผลแบบทันทีของการนัดร่วมกับการกวดจุดสัญญาณต่อระบบประสาทอัตโนมัติและการไหลเวียนเลือดในอาสาสมัครที่มีภาวะเครียด

ผลของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลแบบวิถีชีวิตใหม่ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19

ความรู้ด้านสุขภาพและรูปแบบการให้อาหารทารกในมารดาหลังคลอดครั้งแรกในจังหวัดชลบุรี

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ทัศนคติ และความคาดหวังของพระภิกษุสงฆ์ในการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่

ความรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา อำเภออมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

การศึกษาสมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพของนิสิตแพทย์แผนไทยประยุกต์และนิสิตแพทย์แผนปัจจุบัน

โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่สำคัญของพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของนักศึกษามหาวิทยาลัย : การรับรู้ความสามารถของตนเองและความรอบรู้ด้านสุขภาพ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจอ่านบทความ
วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2564

รศ.ดร.กุลวดี โจรณ์ไพศาลกิจ

ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา

ดร.ขจี พงศ์ธรวิบูลย์

ดร.จักรกฤษณ์ พลราชม

ดร.จุฬารัตน์ หัวหาญ

รศ.ดร.ชลิดา ธนัฐธีรกุล

รศ.ดร.ฐาปนี หงส์รัตนาวรกิจ

ดร.ฐิตาพร วรภักดิ์วิศิษฎ์

ดร.ธัญญาศิริ โสมคำ

รศ.ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์

ผศ.ดร.นิตรา กิจธีระวุฒิมวงษ์

ดร.นिरนาท วิทย์โชคกิติคุณ

ผศ.ดร.ประนอม รอดคำดี

ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์

ดร.ปัญญาวดี ทองแก้ว

ดร.ปยุตยชญ อมรดลใจ

รศ.ดร.พูนพงศ์ สุขสว่าง

นอ.ดร.พงษ์สุวรรณ ศรีสุวรรณ

รศ.ดร.มารุต พัฒนาผล

ผศ.ดร.วรรณวดี ฦกัค

ดร.วิไลพร รังควัต

ผศ.ดร.สมศักดิ์ นวลแก้ว

รศ.ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา

ดร.อดิญาณ์ ศรีเกษตรริน

ว่าที่ พ.ต.ท. ดร. อภิสสิทธิ์ ตามสัตย์

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการพิจารณา (Peer review) ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายสาขาในการพิจารณาตรวจคุณภาพงานทุกเรื่องก่อนได้รับการตีพิมพ์ บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารฯ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนวารสารฯ หรือคณะกรรมการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ จัดทำโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความวิชาการทางการพยาบาล การสาธารณสุข และวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้อง

เจ้าของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ที่ปรึกษาโครงการ ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี

ศ.ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รศ.ดร.โยธิน แสงดี มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.สังวรณ์ ังคระโทก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ผศ.ดร.ประนอม รอดคำดี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดร.ศุภรีใจ เจริญสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี

บรรณาธิการ ดร.มาสริน ศุกลปักษ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ อาจารย์สุจิรา พึ่งเฟื่อง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี

ดร.ลัดดา เหลืองรัตนมาศ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี

ดร.สุคตหนึ่ง ฤทธิ์ฤทัย วิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ Prof. Dr. (Med) Benno Von Bormann มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ศ.กิตติคุณ ดร.วัลลภา เทพหัสดิน ณ อยุธยา ผู้ทรงคุณวุฒิ

ศ.ดร.สุขุมาล จงธรรมคุณ มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญวิชาชีพ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ผศ.ดร.พรชัย จุลเมตต์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผศ.ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง มหาวิทยาลัยบูรพา

Assist. Prof. Dr. Dan Bressington Hong Kong Polytechnic University

น.อ.หญิง ดร.ธนพร แยมสุดา โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

Dr. Paul Turner โรงเรียนเซนต์ฟรังซิสเซเวียร์

ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบร์แมนน์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ดร.สุชีวา วิชัยกุล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นพรัตน์วัชร

ดร.กนกวรรณ เวทศิลป์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นพรัตน์วัชร

ดร.สุภาพร วรรณสันทัด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพ

ดร.พนารัตน์ วิศวะเทพนิมิตร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพ

ดร.ยศพล เหลืองโสภณภา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ดร.เพ็ญพรรณ พิทักษ์สงคราม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี

ดร.บุญมี โพธิ์คำ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

ดร.กมลนันทน์ ม่วงยิ้ม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

อาจารย์ชลาชัย โชคดีศรีจันทร์ วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

ดร.วานิชย์ ล่ำไย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี

ฝ่ายจัดการ ดร.วานิชย์ ล่ำไย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี

กำหนดออก ราย 4 เดือน

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ เข้าสู่ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 ขอเป็นกำลังใจให้ผู้อ่านทุกท่านปลอดภัยจากการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 และ ขอขอบพระคุณคณะที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ (peer review) กองบรรณาธิการทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ในการปรับปรุงบทความให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจนผู้พิมพ์ที่ให้ความร่วมมือในการเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนด ซึ่งช่วยให้ขั้นตอนการดำเนินการเป็นไปตามมาตรฐาน

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ฉบับนี้ มีบทความทั้งหมด 14 เรื่อง เป็นบทความวิชาการ 1 เรื่อง และบทความวิจัย 13 เรื่อง

คณะทำงานวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก มุ่งมั่นพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนดมากขึ้นเป็นลำดับ พร้อมทั้งคงไว้ซึ่งความเป็นกัลยาณมิตรทางวิชาการ ทั้งนี้ วารสารขอเชิญชวนผู้ที่มีผลงานในทุกสาขาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ส่งผลงานมาเพื่อรับการพิจารณา โดยกำหนดการออกวารสารทุก 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ (ม.ค.- เม.ย. พ.ค.- ส.ค. และ ก.ย.- ธ.ค.) ทำยสุดกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้ความสนใจติดตามวารสารนี้เสมอมา หากมีข้อเสนอแนะประการใดกรุณาส่งมาได้ที่กองบรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ อีเมล : journalbcnonn@bcnonn.ac.th จักเป็นพระคุณยิ่ง

ดร.มาสริน ศุกลบัณฑิ

บรรณาธิการ

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ต้นฉบับ	PAGE	Original Articles
ผลของการเรียนการสอนโดยใช้แอปพลิเคชันบนมือถือในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหาร โสภา ลีศิริวัฒนกุล คณิสสร เจริญกิจ วิจารณ์ ภิบาลวงษ์	1	Effects of instruction with- the use of a mobile application on differential diagnosis performance of abdominal pain in the gastrointestinal system Sopha Leesiriwattanagul Kanisorn Charoenkit Wiparat Pibanwong
อุบัติการณ์และปัจจัยทำนายภาวะความดันโลหิตสูงของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง จังหวัดนครศรีธรรมราช พรชนุตร ชุมพูนุช ธนวรรณ สงประเสริฐ	13	Incidence and predictive factors of hypertension among brick workers: Nakhon Si Thammarat Province Pornchanuch Chumpunuch Thanawan Songprasert
การศึกษาปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตร จุฬารัตน์ หัวหาญ สีตรา มยุขโชติ	24	A study of predicting factors of the fear of childbirth Chularat Howharn Sitara Mayukhachot
ผลของการจัดการเรียนเชิงรุกโดยใช้กิจกรรมเป็นฐานต่อความรู้ ทักษะการอ่านและเขียนภาษาอังกฤษและทัศนคติต่อการเรียนของนักศึกษาพยาบาล ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบร์แมนน์ วรรณวดี ฅนภัค ปิยอร วจนะทินภัทร	35	Effects of Activity-Based Learning on English knowledge, reading and writing skills and attitude towards learning of nursing students Suparpit Maneesakorn von Bormann Wanwadee Napark Piyaorn Wajanatinapart
ผลของกิจกรรมส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเพศเชิงบวกต่อการรับรู้ความสามารถในการสื่อสารในครอบครัวของผู้ปกครองกับบุตรหลานวัยรุ่น กนกวรรณ หวนศรี พิมพิศา ศักดิ์สองเมือง ชุติวรรณ ปุรินทรภิบาล ฉัตรวารี แท่นสุวรรณ	47	Effect of a positive sex education communication programme on parental efficacy of communication in family to adolescent offspring Kanokwan Hounsri Pimpisa Saksornngmuang Shutiwan Purinthrapibul Chatwaree Tansuwan

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH

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

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2564

Volume 15 No.1 January - April 2021

สารบัญ	หน้า PAGE	CONTENTS
นิพนธ์ ต้นฉบับ		Original Articles
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมนอนของเด็ก วัยก่อนเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร ณัฐปัทม์ เพ็ชรธัญญกรรม เสริมศรี สันตติ เรณู พุกบุญมี	59	Factors predicting sleeping habits in pre-school children in Bangkok Metropolis Natthapan Phianthanyakam Sermsri Santati Renu Pookboonmee
ผลแบบทันทีของการนวดร่วมกับการกดจุดสัญญาณ ต่อระบบประสาทอัตโนมัติและการไหลเวียนเลือด ในอาสาสมัครที่มีภาวะเครียด ปริญภัทร สิงห์ทอง วาริณี แสงประไพ กมลฉัตร ขุนวงษา วราภรณ์ ใจบุญ สุภลักษณ์ คำโสภา ธารธร อัครวีรวรรโชติ	70	The immediate effect of massage combined with reflexology on the autonomic nervous system and blood circulation assessment in stressed volunteers Pariyapat Singthong Warinee Sangprapai Khamonchat Khunwongsa Waraporn Jaiboon Supaluk Komsopa Taratorn Aussawatworachot
ผลของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวล แบบวิถีชีวิตใหม่ในสถานการณ์การระบาดของ โควิด-19 วรวิภา ชมภูพาน วรางคณา ชมภูพาน เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ ฐากูร เกชิต วิชัย อึ้งพินิจพงศ์ วรินทร์ทิพย์ ศรีกงพลี	81	Effects of new-normal health care for the elderly with anxiety for the global COVID-19 pandemic situation Worawut Chompoopan Warangkana Chompoopan Saowaluk Seedaket Thagoon Kechit Wichai Eungpinichpong Varinthip Srikongphlee
ความรอบรู้ด้านสุขภาพและรูปแบบ การให้อาหารทารกในมารดาหลังคลอด ครั้งแรกในจังหวัดชลบุรี ธัญญมล สุริยานิมิตสุข พิชชาภรณ์ สาตะรักษ์	93	Health literacy and infant feeding patterns among first-time mothers in Chon Buri Province Thunyamol Suriyanimitsuk Pitchaporn Satarak

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ต้นฉบับ	PAGE	Original Articles
ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร ดวงเนตร ธรรมกุล ธนินดา พุ่มท่าอิฐ	106	Relationship between health literacy and health behavior of the elderly in Bang Phlat district, Bangkok Doungnetre Thummakul Thanida Pumtha-it
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทัศนคติ และความคาดหวังของพระภิกษุสงฆ์ในการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่ นิวัฒน์ ทรงศิลป์ วราภรณ์ บุญเชียง กรรณิการ์ อินตะวงค์	119	The relationships between perception, attitudes, and expectations of monks on the use of emergency service systems in Chiang Mai Province Niwat Songsin Waraporn Boonchieng Kannikar Intawong
ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ธนะวัฒน์ รวมสุข อารยา ทิพย์วงศ์ พรพรรณ วรสิทธิ์ นงนุช วงศ์สว่าง นิชมณ หล้ารอด	131	Health literacy of knowledge and the understanding of tobacco and smoking behavior among older persons: A case study in Amphawa District, Samut Songkhram Province Tanawat Ruamsook Araya Tipwong Ponpun Vorasiha Nongnuch Wongsawang Nichamon Lumrod
การศึกษาสมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพของนิสิตแพทย์แผนไทยประยุกต์ และนิสิตแพทย์แผนปัจจุบัน ภุริชญา อินทร์เนตร ศุภวรรณ ชัยประกายวรรณ ธันติชา ชะโลธรา พิชญา นาไชย นวพร พิมรัตน์ ยุพาภรณ์ วิเชียร	141	Study on competency of Interprofessional Education (IPE) between applied Thai Traditional Medicine Students and Modern Medicine Students Bhurichaya Innets Supawan Chairakaiwan Tanticha Chalotan Pitchaya Nachai Navaporn Pimrat Yupaporn Wichian

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ต้นฉบับ	PAGE	Original Articles
โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่สำคัญของพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของนักศึกษามหาวิทยาลัย : การรับรู้ความสามารถของตนเองและความรอบรู้ด้านสุขภาพ	151	Causal factors model of fruit and vegetable consumption behavior of university students: self-efficacy and health literacy
พูนศักดิ์ บุญยัง กรัณธรัตน์ บุญช่วยธนาสีทธิ์		Poonsak Boonyoung Karuntharat Boonchuythanasit

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

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

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงาน

1. ผลงานวิจัยที่ส่งพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน 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 พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่นที่มุมขวาบน 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://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/index>
6. การส่งต้นฉบับลงในวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 - ฉบับที่ 1 ภายในวันที่ 31 ต.ค. ของทุกปี
 - ฉบับที่ 2 ภายในวันที่ 28 ก.พ. ของทุกปี
 - ฉบับที่ 3 ภายในวันที่ 30 มิ.ย. ของทุกปีหากพ้นกำหนดในระยเวลาดังกล่าว 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

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

2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) เขียนตามรูปแบบดังนี้

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

3 เนื้อหา (Main document) ประกอบด้วย หัวข้อดังนี้

- 3.1 บทนำ กล่าวถึงความสำคัญของปัญหาโดยย่อ และวัตถุประสงค์การวิจัย
- 3.2 วิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

3.3 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.5 ผลการวิจัย เสนอผลการวิจัยอย่างชัดเจน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ถ้าเป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่มีตัวเลขหรือตัวแปรจำนวนมาก ควรนำเสนอด้วยตาราง หรือ รูปภาพ ทั้งนี้ไม่ควรเกิน 3 ตารางหรือรูป โดยมีการแปลความหมายและวิเคราะห์ผลที่ค้นพบร่วมด้วย

3.6 อภิปรายผล

3.7 สรุปและข้อเสนอแนะ (โดยแยกการเขียนประเด็นสรุป และข้อเสนอแนะ)

3.8 กิตติกรรมประกาศ และการเปิดเผยการได้รับผลประโยชน์ต่างๆ ของผู้เขียน (Conflict of interest) (ถ้ามี)

เช่น การได้รับทุน ค่าตอบแทน เงินเดือน ฯลฯ จากหน่วยงานใดๆ นอกเหนือจากงานประจำ

3.9 เอกสารอ้างอิง ให้ใช้คำว่า **References** ต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการโดยใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver และให้มีรายการอ้างอิงได้ไม่เกิน 25 รายการ (ข้อมูลมาจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปี)

บทความวิชาการ (Academic article)

1. บทคัดย่อภาษาไทย เขียนตามรูปแบบดังนี้

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

2. บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) เขียนตามรูปแบบดังนี้

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

3. เนื้อหา (Main document) ประกอบด้วย หัวข้อดังนี้

- 3.1 บทนำ กล่าวถึงความสำคัญของปัญหาโดยย่อ วัตถุประสงค์ ขอบเขตของเรื่อง และคำจำกัดความหรือนิยาม
- 3.2 เนื้อเรื่อง (การจัดลำดับเนื้อหาสาระ การเรียบเรียงเนื้อหา การวิเคราะห์ วิพากษ์ วิจัย)
- 3.3 สรุป
- 3.4 กิตติกรรมประกาศ และการเปิดเผยการได้รับผลประโยชน์ต่างๆ ของผู้เขียน (Conflict of interest) (ถ้ามี)
เช่น การได้รับทุน ค่าตอบแทน เงินเดือน ฯลฯ จากหน่วยงานใดๆ นอกเหนือจากงานประจำ
- 3.5 เอกสารอ้างอิง ให้ใช้คำว่า **References** ต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการโดยใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver และให้มีรายการอ้างอิงได้ไม่เกิน 30 รายการ (ข้อมูลมาจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือ และทันสมัยไม่เกิน 10 ปี)

การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

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

1. การอ้างอิงในเนื้อหา ถึงงานที่มีผู้แต่งไม่เกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อ นามสกุลทุกคน โดยคนสุดท้ายเชื่อมด้วยคำว่า “และ” เช่น นवलพรรณ วรรณเสน, เสนา วารักษ์ และมารยาท การเพียร¹ หรือ ถ้าผู้แต่งชาวต่างชาติให้เขียนเฉพาะ นามสกุล เช่น Redford, Brosnan and Gear²
2. การอ้างอิงในเนื้อหา ถึงงานที่มีผู้แต่งคนไทยเกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อ นามสกุล คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และคณะ” เช่น วารินทร์ กาจกำจร และคณะ³ หรือ ถ้าผู้แต่งชาวต่างชาติให้เขียนเฉพาะ นามสกุลคนแรกแล้วตามด้วยคำว่า “et al.” เช่น Jones et al.⁴

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver ตัวเลขในเอกสารอ้างอิง ท้ายบทความต้องสอดคล้องกับตำแหน่งที่อ้างถึงในเนื้อหา เรียงเลขที่ตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา และต้องเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ สำหรับเอกสารอ้างอิงที่เดิมเป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ ควรขึ้นต้นด้วยนามสกุล ต่อด้วยตัวอักษรตัวแรกของชื่อ และวงเล็บท้ายรายการว่า (in Thai) ดังตัวอย่าง

1. Khwanyuen N, Sansiriphun S, Supavitpatana B. Factors predicting fear of childbirth among pregnant women. Nursing Journal. 2017;44(4):24-35. (in Thai).

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง (Reference) ท้ายบทความ ที่ใช้บ่อยมีดังนี้

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

ตัวอย่าง

2. Frederico M, Arnaldo C, Michielsen K, Decat P. Adult and young women communication on sexuality: a pilot intervention in Maputo-Mozambique. Reprod Health. 2019;16(1):1-12. doi: 10.1186/s12978-019-0809-3.

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

ตัวอย่าง

3. Suradom C, Wongpakaran N, Wongpakaran T, Lertrakarnnon P, Jiraniramai S, Taameeyapradit U, et al. Prevalence and associated factors of comorbid anxiety disorders in late-life depression: findings from geriatric tertiary outpatient settings. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2019;15:199-204. doi: 10.2147/NDT.S184585.

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. เลข doi:

ตัวอย่าง

4. Hartley S, Raphael J, Lovell K, Berry K. Effective nurse-patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *Int J Nurs Stud.* 2020;102:103490. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103490.

ซ. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา (**Books or textbooks**) ทั้งเล่ม มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

5. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* tenth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer health/Lippincott Williams & Wilkin; 2017.

ณ. 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. Phanprom K. Development of measurement instrument, casual model, and guidelines for stem teacher preparation: cross-classified multilevel models analysis [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2019. (in Thai).

ฏ. บทความบนอินเทอร์เน็ต (Article on the Internet) มีรูปแบบดังนี้

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

ตัวอย่าง

9. Muangpaisan W. Risk of Dementia in older person. [internet]. 2018 [cited 2019 Jul 9]; Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/network_title1_4.html. (in Thai).

Journal of Health Science Research

Author guidelines for an English manuscript

Editor 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://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/index](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/index)

Research article

Manuscript format

Title page

1. Title: appears in the middle of the page, using Browallia UPC 20 pt. font.
2. 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)

1. should not exceed 300 words, with the following sub-headings;
 - 1.1 Background
 - 1.2 Objectives

- 1.3 Methods: design, samples, tools, data collection and data analysis
- 1.4 Results
- 1.5 Conclusions
- 1.6 Keywords (English): 3-5 words

Main document

1. **Introduction:** Background, rational, objectives
2. **Methodology:** tools, samples, ethical considerations, data collection, data analysis
3. **Results:** using appropriate Tables, Figures is recommended. Tables should not repeat what is already mentioned in the text, with a maximum of two tables.
4. **Discussion**
5. **Conclusions and Recommendations:** implications (e.g., for research, teaching, policy, practice)
6. **Acknowledgement:** funding, conflict of interest (if any).
7. **References:** Vancouver Style, using a tool to manage reference such as Reference Manager is preferable. Reference 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

1. Title: appears in the middle of the page, using Browallia UPC 20 pt. font.
2. 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)

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

Main document

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

ผลของการเรียนการสอนโดยใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ ในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหาร

โสภา ลีศิริวัฒนกุล* คณิศร เจริญกิจ** วิจารณ์ ภิบาลวงษ์**

บทคัดย่อ

บทนำ : แอปพลิเคชันบนมือถือเป็นซอฟต์แวร์ขนาดเล็กที่ใช้งานได้ง่ายและพกพาไปได้ทุกที่ ทำให้เข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้ตลอดเวลา จึงเริ่มมีการนำมาใช้เป็นสื่อการเรียนการสอน และพบว่านักศึกษามีความพึงพอใจต่อการใช้ออปพลิเคชันบนมือถือในการเรียนรู้

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อเปรียบเทียบผลการเรียนการสอนการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหารของนักศึกษาพยาบาลระหว่าง 1) ก่อนกับหลังการเรียนการสอนแบบใช้ออปพลิเคชันบนมือถือและแบบปกติ และ 2) การเรียนการสอนแบบใช้ออปพลิเคชันบนมือถือกับแบบปกติ

วิธีการวิจัย : วิจัยเชิงทดลอง แบบวัดก่อนและหลังการทดลอง ตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แอปพลิเคชันบนมือถือเพื่อการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหาร เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบทดสอบการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหาร และแบบบันทึกเวลาที่ใช้และความถูกต้องในการวินิจฉัยแยกโรค วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบวิลค็อกชันและแมน-วิทนีเยว

ผลการวิจัย : ผลการเรียนการสอนแบบใช้ออปพลิเคชันบนมือถือกับแบบปกติต่อความสามารถในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหารของนักศึกษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน

สรุปผล : แอปพลิเคชันบนมือถือสามารถใช้เป็นสื่อทางเลือกของการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาการเรียนรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหารของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ : อาการปวดท้อง การวินิจฉัยแยกโรค แอปพลิเคชันบนมือถือ

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

**วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Received: May 5, 2020

Revised: February 22, 2021

Accepted: April 19, 2021

Effects of instruction with- the use of a mobile application on differential diagnosis performance of abdominal pain in the gastrointestinal system

Sopha Leesiriwattanagul* Kanisorn Charoenkit** Wiparat Pibanwong**

Abstract

Background: A mobile application is a small piece of software that is easy to use and can be carried anywhere which makes it possible to access required information at anytime and anywhere. Educators therefore, began to use it as instructional material. It was then found that students were satisfied with the use of mobile applications as a tool for their learning.

Objectives: The objectives were 1) to compare the effects of instruction on the differential diagnosis of abdominal pain in the gastrointestinal system between before and after instruction with a mobile application-based instruction and traditional instruction methods, and 2) to compare the effects of instruction on the differential diagnosis of abdominal pain in the gastrointestinal system between a mobile application-based instruction and traditional instruction methods.

Methods: A pre-post-test true experimental research approach was conducted. The sample consisted of 60 4th year nursing students from Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi. The experimental equipment consisted of a mobile application for the differential diagnosis of abdominal pain in the gastrointestinal system. Data collection tools consisted of a differential diagnostic test for abdominal pain in the gastrointestinal system and a performance evaluation form of differential diagnosis. Statistics used for data analysis included Wilcoxon signed-rank test and Mann-Whitney U test.

Results: The effects of instruction using a mobile application compared with a traditional instruction on the differential diagnosis performance of abdominal pain in the gastrointestinal system among nursing students were not different.

Conclusions: The mobile application can be used as an alternate instruction material for learning of a differential diagnosis of abdominal pain in the gastrointestinal system among nursing students.

Keywords: abdominal pain, differential diagnosis, mobile application

*Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand
E-mail: sopha@pnc.ac.th

**Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

บทนำ

การจัดการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะพัฒนาความรู้ความสามารถให้บัณฑิตมีคุณลักษณะตามวิชาชีพ โดยสามารถนำความรู้ที่ได้ศึกษาจากภาคทฤษฎีไปใช้ในภาคปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ ดังนั้น การเรียนการสอนในภาคปฏิบัติจึงเป็นหัวใจสำคัญของการศึกษาทางการพยาบาล เพราะเป็นการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการพัฒนาสมรรถนะซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะที่พึงประสงค์ของพยาบาลไว้รวมทั้งสิ้น 14 ด้าน¹ สมรรถนะทางการพยาบาลที่นำมาศึกษาในครั้งนี้คือ สมรรถนะด้านการรักษาโรคเบื้องต้นที่พยาบาลวิชาชีพต้องมี ประกอบด้วย การคัดกรองโรคเบื้องต้น การวินิจฉัยเบื้องต้น การรักษาโรคเบื้องต้น¹ โดยศึกษาในประเด็นการวินิจฉัยเบื้องต้นของกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหาร

กลุ่มอาการปวดท้องเป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก จากสถิติของโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นแหล่งฝึกในรายวิชาปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นของวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ในช่วงปี 2559-2561 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาปวดท้องในระบบทางเดินอาหารที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกอยู่ใน 10 อันดับแรกของกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา²⁻³ โดยอาจเป็นได้ทั้งโรคไม่รุนแรง และรุนแรงถึงชีวิต โดยลักษณะอาการปวดท้องจะมีความแตกต่างกัน และเกิดขึ้นกับหลายอวัยวะ ดังนั้น การวินิจฉัยแยกโรคที่รวดเร็วจึงมีความสำคัญในการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย และส่งผู้ป่วยให้พบแพทย์โดยเร็วเพื่อให้การวินิจฉัยที่แน่นอน

การวินิจฉัยแยกโรค เป็นกระบวนการวินิจฉัยที่เริ่มจากการซักประวัติอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลร่วมกับการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แต่อาการของโรคโดยเฉพาะโรคในระบบทางเดินอาหารจะพบว่ามีอาการปวดท้องที่คล้ายกัน แต่จะมีอาการร่วมอื่นๆ ของแต่ละโรคไม่เหมือนกัน และบางรายบอกได้ไม่ชัดเจน ดังนั้น บทบาทของพยาบาลในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประกอบการวินิจฉัยแยกโรค จึงเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อให้สามารถวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องมากที่สุด และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้รวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ ซึ่งพยาบาลจะต้องมีสมรรถนะที่เกี่ยวข้องอย่างเพียงพอโดยเฉพาะในหน่วยบริการปฐมภูมิ สมรรถนะสำคัญของพยาบาล คือ การตรวจสุขภาพและวินิจฉัยแยกโรค คิดเป็นร้อยละ 84.20⁴ และมีความต้องการใช้สมรรถนะด้านการรักษาโรคเบื้องต้นในระดับมากที่สุด⁵ แต่จากการสนทนากับพยาบาลพี่เลี้ยงและนักศึกษาเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการในการศึกษาภาคปฏิบัติพบว่า นักศึกษามีความรู้และทักษะปฏิบัติในการรักษาโรคเบื้องต้นไม่เพียงพอ โดยเฉพาะทักษะการตรวจร่างกาย การวินิจฉัยแยกโรค และการเขียนรายงานผู้ป่วย และมีความต้องการพัฒนาสมรรถนะในเรื่องดังกล่าว⁶ นอกจากนี้ จากการนิเทศภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2561 พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่สามารถนำข้อมูลที่ได้อาจจากการคัดกรองผู้ป่วยมาสนับสนุนเพื่อการวินิจฉัยแยกโรคได้อย่างครอบคลุม บางคนวินิจฉัยโรคได้ไม่ถูกต้อง ปฏิบัติล่าช้าทำให้ผู้รับบริการรอานาน เพราะไม่สามารถจดจำสาระสำคัญของการแยกกลุ่มโรคได้ โดยเฉพาะโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหาร⁷

แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือเป็นซอฟต์แวร์ขนาดเล็กที่สามารถใช้งานได้ง่ายและพกพาไปได้ทุกที่⁸ เปรียบเสมือน “pocket brain” ที่เคลื่อนที่ได้ ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้ทุกที่ทุกเวลา⁹ มีการศึกษายืนยันว่านักศึกษาได้รับการพัฒนาทักษะทางคลินิกและมีความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชันบนมือถือในการเรียนภาคปฏิบัติ¹⁰ และการใช้แอปพลิเคชันบนมือถือสามารถพัฒนาการเรียนรู้ทั้งด้านความรู้ ประสิทธิภาพ รวมทั้งทักษะการพยาบาล¹¹ อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาการใช้แอปพลิเคชันที่ส่งเสริมความรู้ และทักษะของนักศึกษาพยาบาลในเรื่องการวินิจฉัยแยกโรค มีเพียงการศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมวินิจฉัยโรคเบื้องต้นบนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคสำหรับประชาชนทั่วไปเท่านั้น¹² ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้แอปพลิเคชันบนมือถือเปรียบเทียบกับจัดการเรียนการสอนแบบปกติ เพื่อใช้เป็นสารสนเทศสำหรับพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อทักษะการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหาร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลการเรียนการสอนการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหารของนักศึกษาพยาบาลระหว่างก่อนกับหลังการเรียนการสอนแบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือและการเรียนการสอนแบบปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการเรียนการสอนการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหารของนักศึกษาพยาบาล

ระหว่างการเรียนการสอนแบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือกับแบบปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหารของนักศึกษา ก่อนกับหลังการเรียนการสอนแบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือมีความแตกต่างกัน
2. ความรู้ในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหารของนักศึกษา ก่อนกับหลังการเรียนการสอนแบบปกติมีความแตกต่างกัน
3. ความรู้ เวลาที่ใช้ และความถูกต้องในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหารของนักศึกษาหลังการเรียนการสอนแบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือกับแบบปกติมีความแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2562 จำนวน 151 คน ที่ผ่านการเรียนภาคทฤษฎีในรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้นมาแล้ว กำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักการของ McMillan and Schumacher¹³ ที่ใช้ตัวอย่างกลุ่มละ 20-30 คน สำหรับงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการเปรียบเทียบ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน โดยใช้ในการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับฉลากตามเลขที่นักศึกษา แล้วนำคนที่เลือกได้มาเรียงลำดับตามเกรดเฉลี่ยสะสมจากสูงสุดไปยังต่ำสุด (กำหนดเป็นลำดับที่ 1, 2, 3, 60 และ

ทำฉลากโดยเขียนหมายเลขลำดับที่ลงในกระดาษ) นำฉลากแต่ละคู่ (ลำดับที่ 1-2 ลำดับที่ 3-4 ลำดับที่ 59-60) มาพับหรือม้วนไว้ ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยจับมาครั้งละ 1 ใบ กำหนดให้ฉลากที่จับได้เป็นกลุ่มการเรียนการสอนแบบปกติ ส่วนฉลากอีกใบเป็นกลุ่มการเรียนการสอนแบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ จากนั้นทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของเกรดเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 แอปพลิเคชันบนมือถือเพื่อการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหาร ทั้งระบบ android และ iOS ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยกรณีศึกษาผู้ที่มีปัญหาในกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหาร จำนวน 10 กรณี (pancreatitis, GERD, peptic ulcer, dyspepsia, acute appendicitis, gut obstruction, common bile duct stones, acute cholangitis, peptic perforate และ gastritis) โดยในกรณีศึกษามีคำสำคัญที่ช่วยกระตุ่นการคิดวิเคราะห์ เพื่อการวินิจฉัยแยกโรค และมีคำตอบที่เป็นชื่อโรค (ภาษาอังกฤษ) หลายตัวเลือก เพื่อให้ผู้ใช้แอปพลิเคชันได้สรุปสิ่งที่ได้จากการคิดวิเคราะห์และเชื่อมโยงกับคำตอบชื่อโรคที่ปรากฏอยู่บนหน้าจอ ผู้วิจัยนำแอปพลิเคชันบนมือถือให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .90 จากนั้น นำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านคอมพิวเตอร์สร้างแอปพลิเคชันบนมือถือ และให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบคุณภาพของแอปพลิเคชัน และ

ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปทดลองใช้กับพยาบาลจบใหม่ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งพยาบาลกลุ่มดังกล่าวให้ความเห็นว่า แอปพลิเคชันที่สร้างขึ้นนี้มีความน่าสนใจ มีประโยชน์เนื้อหาของกรณีศึกษามีความสั้น กระชับ และมีคำสำคัญที่ช่วยให้เกิดการคิดวิเคราะห์เพื่อวินิจฉัยแยกโรค แต่มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถย้อนกลับไปดูข้อมูลก่อนหน้าได้ ผู้วิจัยจึงให้ผู้เชี่ยวชาญด้านคอมพิวเตอร์ที่สร้างแอปพลิเคชันนี้แก้ไขโดยเพิ่มเมนูให้สามารถย้อนกลับไปดูข้อมูลก่อนหน้าได้

1.2 กรณีศึกษาจากเอกสารที่เป็นกระดาษ ประกอบด้วยกรณีศึกษาผู้ที่มีปัญหาในกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหาร จำนวน 10 กรณี (กรณีศึกษาเดียวกับในแอปพลิเคชันบนมือถือ)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบทดสอบการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหาร ผู้วิจัยคัดเลือกข้อสอบในรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น ปีการศึกษา 2560-2562 ที่มีการวิเคราะห์ข้อสอบแล้ว มีค่าความยากง่าย (p) อยู่ในช่วง .20 - .80 และค่าอำนาจจำแนก (r) ตั้งแต่ .20 ขึ้นไป จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิด ให้ 0 คะแนน รวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2562 ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน ค่าความเที่ยงด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้เท่ากับ .50

2.2 แบบบันทึกที่ระยะเวลาและความถูกต้องในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหาร ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยระยะเวลามีหน่วยเป็นนาทีและวินาที ส่วนเกณฑ์การให้คะแนนความถูกต้องในการวินิจฉัยแยกโรคคือ ตอบชื่อโรคถูกต้องทั้ง 3 โรค และเรียงลำดับถูกต้อง ให้ 2 คะแนน ตอบชื่อโรคถูกต้อง 1-2 โรค และเรียงลำดับถูกต้อง หรือตอบชื่อโรคถูกต้องทั้ง 3 โรค แต่เรียงลำดับไม่ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน และตอบชื่อโรคไม่ถูกต้องเลย ให้ 0 คะแนน

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 เลขที่ CTIREC 045 วันที่ 1 สิงหาคม 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มการเรียนการสอนแบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ ให้ปฏิบัติดังนี้ 1) ทำแบบทดสอบการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหาร (pre-test) ให้เวลา 20 นาที 2) โหลดแอปพลิเคชันบนมือถือ เพื่อการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหาร 3) ทำกรณีศึกษาที่มีในแอปพลิเคชันบนมือถือ จำนวน 10 กรณี โดยทำทีละกรณี เริ่มจากการอ่านกรณีศึกษาแล้ววิเคราะห์ เพื่อทำการวินิจฉัยแยกโรคและบันทึกในระบบ จากนั้นผู้วิจัยดึงข้อมูลระยะเวลาจากระบบ และบันทึกในแบบบันทึก ตรวจสอบความถูกต้องในการวินิจฉัยแยกโรค และบันทึกคะแนนในแบบบันทึก และ 4) ทำแบบทดสอบการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหาร (post-test) หลังจาก pre-test 4 สัปดาห์ ให้เวลา 20 นาที

กลุ่มการเรียนการสอนแบบปกติ ให้ปฏิบัติดังนี้ 1) ทำแบบทดสอบการวินิจฉัยแยก

โรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหาร (pre-test) ให้เวลา 20 นาที 2) ทำกรณีศึกษาที่เป็นเอกสาร จำนวน 10 กรณี โดยทำทีละกรณี เริ่มจากการอ่านกรณีศึกษาแล้ววิเคราะห์เพื่อทำการวินิจฉัยแยกโรคส่งให้ผู้วิจัย ผู้วิจัยบันทึกระยะเวลาในแบบบันทึก จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องในการวินิจฉัยแยกโรคและบันทึกคะแนนในแบบบันทึก และ 3) ทำแบบทดสอบการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหาร (post-test) หลังจาก pre-test 4 สัปดาห์ ให้เวลา 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทดสอบความแตกต่างของความสามารถในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหารระหว่างก่อนกับหลังการเรียนการสอนแบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือและแบบปกติด้วย Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ และทดสอบความแตกต่างของความสามารถในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหารระหว่างกลุ่มการเรียนการสอนแบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือกับแบบปกติด้วย Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหารของนักศึกษา ก่อนกับหลังการเรียนการสอนแบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือและแบบปกติ เป็นการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 และข้อ 2 โดยใช้ Wilcoxon signed-rank test พบว่า ความรู้ในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดิน

อาหารของนักศึกษา ก่อนกับหลังการเรียนการสอนแบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือและแบบปกติ ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้ในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหารระหว่างก่อนกับหลังการเรียนการสอนแบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือและแบบปกติ (n=60)

กลุ่มการเรียนการสอน	การเปรียบเทียบ	Ranks	Mean Rank	Z	P
แบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ (n = 30)	ความรู้ก่อน-หลัง	Negative Ranks	12.23	-0.107	.914
	การเรียนการสอน	Positive Ranks	11.79		
แบบปกติ (n = 30)	ความรู้ก่อน-หลัง	Negative Ranks	13.58	-0.319	.759
	การเรียนการสอน	Positive Ranks	13.43		

2. การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหารระหว่างกลุ่มการเรียนการสอนแบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือกับแบบปกติ เป็นการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 3

โดยใช้ Mann-Whitney U test พบว่า ความรู้ในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหารของนักศึกษาหลังการเรียนการสอนแบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือกับแบบปกติไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้ในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหารระหว่างกลุ่มการเรียนการสอนแบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือกับแบบปกติ (n=60)

กลุ่มการเรียนการสอน	Mean Rank	Z	P
แบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ (n = 30)	29.68	-0.364	.720
แบบปกติ (n = 30)	31.32		

3. การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบเวลาที่ใช้และความถูกต้องในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหารระหว่างกลุ่มการเรียนการสอนแบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือกับแบบปกติ โดยรวมและรายกรณีศึกษา เป็นการวิเคราะห์ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 3 โดยใช้ Mann-Whitney U test พบว่า 1) เวลาที่ใช้ในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหารของนักศึกษากลุ่มการเรียน

การสอนแบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือกับกลุ่มการเรียนการสอนแบบปกติแตกต่างกัน โดยนักศึกษากลุ่มการเรียนการสอนแบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือใช้เวลามากกว่า และ 2) ความถูกต้องในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหารของนักเรียนการสอนแบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือกับกลุ่มการเรียนการสอนแบบปกติไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบเวลาที่ใช้และความถูกต้องในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหารระหว่างกลุ่มการเรียนการสอนแบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือกับแบบปกติ โดยรวมและรายกรณีศึกษา

ผลการเรียนการสอน	โดยรวม/ รายกรณีศึกษา	กลุ่มการเรียนการสอน	Mean Rank	Z	P
เวลาที่ใช้ในการวินิจฉัยแยกโรค	โดยรวม	แบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ	43.73	-5.870	.000***
		แบบปกติ	17.27		
	กรณีศึกษาที่ 1	แบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ	40.68	-4.517	.000***
		แบบปกติ	20.32		
	กรณีศึกษาที่ 2	แบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ	38.42	-3.512	.000***
		แบบปกติ	22.58		
	กรณีศึกษาที่ 3	แบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ	42.85	-5.478	.000***
		แบบปกติ	18.15		
	กรณีศึกษาที่ 4	แบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ	40.60	-4.480	.000***
		แบบปกติ	20.40		
	กรณีศึกษาที่ 5	แบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ	38.53	-3.565	.000***
		แบบปกติ	22.47		
	กรณีศึกษาที่ 6	แบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ	43.03	-5.559	.000***
		แบบปกติ	17.97		
	กรณีศึกษาที่ 7	แบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ	38.50	-3.549	.000***
		แบบปกติ	22.50		
	กรณีศึกษาที่ 8	แบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ	39.73	-4.096	.000***
		แบบปกติ	21.27		
	กรณีศึกษาที่ 9	แบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ	35.42	-2.181	.029*
		แบบปกติ	25.58		
กรณีศึกษาที่ 10	แบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ	38.02	-3.335	.001**	
	แบบปกติ	22.98			
ความถูกต้องในการวินิจฉัยแยกโรค	โดยรวม	แบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ	31.78	-0.576	.572
		แบบปกติ	29.22		
	กรณีศึกษาที่ 1	แบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ	30.40	-0.064	1.000
		แบบปกติ	30.60		
กรณีศึกษาที่ 2	แบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ	33.18	-1.376	.205	
	แบบปกติ	27.82			

ผลการเรียน การสอน	โดยรวม/ รายกรณีศึกษา	กลุ่มการเรียนการสอน	Mean Rank	Z	P
	กรณีศึกษาที่ 3	แบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ	29.50	-0.579	.771
		แบบปกติ	31.50		
	กรณีศึกษาที่ 4	แบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ	32.13	-0.896	.448
		แบบปกติ	28.87		
	กรณีศึกษาที่ 5	แบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ	33.27	-1.765	.130
		แบบปกติ	27.73		
	กรณีศึกษาที่ 6	แบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ	31.27	-0.489	.748
		แบบปกติ	29.73		
	กรณีศึกษาที่ 7	แบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ	31.50	-0.753	.706
		แบบปกติ	29.50		
	กรณีศึกษาที่ 8	แบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ	31.00	-0.263	1.000
		แบบปกติ	30.00		
	กรณีศึกษาที่ 9	แบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ	29.50	-0.523	.792
		แบบปกติ	31.50		
	กรณีศึกษาที่ 10	แบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ	28.00	-1.342	.279
		แบบปกติ	33.00		

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

อภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า กรณีศึกษาที่นำมาใช้ เพื่อพัฒนาการเรียนรู้อาการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหาร ไม่มีผลต่อการเรียนรู้ของนักศึกษาทั้งการเรียนการสอนแบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือกับการเรียนการสอนแบบปกติ เพราะความรู้ในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหารของนักศึกษา ก่อนและหลังการเรียนการสอนไม่แตกต่างกัน ดังนั้น ความรู้ในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหาร จึงเป็นความรู้ที่ได้จากการเรียนในห้องเรียน และผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าความรู้ในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวด

ท้องในระบบทางเดินอาหารของนักศึกษาหลังการเรียนการสอน โดยใช้กรณีศึกษาทั้งสองแบบไม่แตกต่างกันก็เป็นการเพิ่มการยืนยันว่าความรู้ในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหารเป็นความรู้ที่ได้จากการเรียนในห้องเรียน และการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาทั้งสองแบบนี้ไม่มีผลต่อความรู้ของนักศึกษา ส่วนผลการวิจัยที่แสดงว่าเวลาที่ใช้ในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหารทั้งโดยรวมและรายกรณีศึกษามีความแตกต่างกัน โดยการเรียนการสอนแบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือใช้เวลามากกว่าการเรียนการสอนแบบปกติ แสดงว่าการใช้ความรู้ที่มีอยู่ในการวินิจฉัยแยกโรคผ่าน

ทางแอปพลิเคชันบนมือถือเป็นกระบวนการที่ใช้เวลามากกว่าการใช้ความรู้แบบการเรียนรู้ปกติ ในขณะที่ความถูกต้องในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหารทั้งโดยรวม และรายกรณีศึกษาไม่แตกต่างกัน เป็นการยืนยันว่าเป็นการใช้ความรู้ในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหารที่มีอยู่เดิมจากการเรียนในห้องเรียน เหตุผลอธิบายผลการวิจัยที่สำคัญอภิปรายได้ดังนี้

1. หลังการใช้แอปพลิเคชันบนมือถือเพื่อการเรียนรู้การวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหาร นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ในการวินิจฉัยแยกโรคไม่แตกต่างจากก่อนการใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า นักศึกษาได้เรียนภาคทฤษฎีแบบปกติในชั้นเรียนมาแล้ว โดยเป็นเนื้อหาที่ต้องเรียนรู้ในการวินิจฉัยแยกโรคต่างๆ ในกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งมีอาการคล้ายๆ กัน รวมทั้งการเรียนในหัวข้อนี้เป็นช่วงระยะเวลาสั้น ประกอบกับระยะเวลาที่จัดให้ทำ post-test ในสัปดาห์ที่ 4 อาจทำให้นักศึกษาลืมความรู้จากการเรียนการสอนที่เรียนไปแล้ว สอดคล้องกับ Sun¹⁴ ที่กล่าวว่า ช่วงระยะเวลา 3-6 สัปดาห์ หลังการทำแบบทดสอบก่อนเรียน นักศึกษาจะลืมคำถามและคำตอบในแบบทดสอบที่ทำไปแล้ว ดังนั้น ความรู้ของนักศึกษาในสองช่วงเวลา จึงไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ผลของการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในรูปแบบของการเรียนรู้ผ่านแอปพลิเคชันบนมือถือ มีอิทธิพลทางบวกต่อความรู้ ทักษะ ความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติ และทัศนคติในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล โดยการเรียนรู้ผ่านทาง

โทรศัพท์มือถืออาจเป็นทางเลือกหรือวิธีการสอนที่ดีกว่าการเรียนในสาขาการพยาบาลตามปกติ¹⁵

2. หลังการใช้แอปพลิเคชันบนมือถือเพื่อการเรียนรู้การวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหาร กลุ่มการเรียนการสอนแบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือมีความสามารถในการวินิจฉัยแยกโรคไม่แตกต่างจากกลุ่มการเรียนการสอนแบบปกติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ดังนี้

2.1 ความรู้ในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหารไม่แตกต่างกัน เพราะทั้งกลุ่มการเรียนการสอนแบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือและกลุ่มการเรียนการสอนแบบปกติเพียงจะมีการเรียนรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยแยกโรคเป็นครั้งแรกในรายวิชานี้ ดังนั้น แม้ว่าจะมีวิธีการสอนที่แตกต่างกัน อาจไม่มีผลต่อความรู้ในการวินิจฉัยแยกโรค

2.2 เวลาที่ใช้ในการวินิจฉัยแยกโรคมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มการเรียนการสอนแบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือใช้เวลามากกว่ากลุ่มการเรียนการสอนแบบปกติ เพราะการใช้แอปพลิเคชัน ต้องใช้กระบวนการในการเรียนรู้ ประกอบกับหน้าจอของโทรศัพท์มือถือมีขนาดเล็ก เมื่ออ่านกรณีศึกษาแล้ว และจำเนื้อหาไม่ได้ ต้องกดเพื่อดูอีกครั้ง ทำให้ใช้ระยะเวลามากขึ้น แต่กลุ่มการเรียนการสอนแบบปกติที่อ่านกรณีศึกษาจากสิ่งที่เป็นเอกสาร สามารถมองและอ่านในภาพรวมได้ในคราวเดียว ทำให้การอ่านเพื่อวิเคราะห์กรณีศึกษาใช้เวลาที่สั้นกว่า นอกจากนี้ การเรียนการสอนโดยใช้แอปพลิเคชันบนมือถือในงานวิจัยนี้ มีข้อจำกัด คือ ให้ทำเพียงครั้งเดียว อาจทำให้ยังไม่เห็นผลดีของแอปพลิเคชันได้ชัดเจน แต่การใช้แอปพลิเคชันบน

มือถือก็ยังจัดว่าเป็นการสื่อสารสมัยใหม่ สะดวก และเป็นอุปกรณ์เคลื่อนที่ ที่ง่ายต่อการเข้าถึงได้ ทุกที่⁸ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าวิธีการเรียนการสอน โดยใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ จะเป็นวิธีการ เรียนรู้ที่จะเกิดประโยชน์ในระยะยาว เพราะ สามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา

2.3 ความถูกต้องในการวินิจฉัยแยก โรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหาร ไม่แตกต่างกัน เพราะในการเรียนการสอนแบบ ใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ นั้น นักศึกษาต้องอ่าน กรณีศึกษาในโทรศัพท์มือถือ ถ้าอ่านในเวลา ที่รวดเร็ว และไม่ได้อ่านข้อมูลสำคัญของโรคไว้ เมื่อ ต้องวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้อง ซึ่งมี ลักษณะคล้ายๆ กัน อาจทำให้นักศึกษาเกิด ความไม่แน่ใจและเลือกวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องไม่ แตกต่างจากกลุ่มการเรียนการสอนแบบปกติ ประกอบกับนักศึกษาทั้งสองกลุ่ม มีการเรียนรู้ เกี่ยวกับการวินิจฉัยแยกโรคเป็นครั้งแรก ดังนั้น วิธีการสอนที่แตกต่างกันก็อาจไม่มีผลต่อความ ถูกต้องในการวินิจฉัยแยกโรค

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผลของการเรียนการสอนแบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือกับการเรียนการสอนแบบ ปกติต่อความสามารถของนักศึกษาพยาบาลในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหารไม่แตกต่างกัน แต่การเรียนการสอนแบบใช้แอปพลิเคชันบนมือถือเหมาะสมกับการเรียนการสอนในยุคดิจิทัลมากกว่าการเรียนการสอนแบบปกติ เพราะทำให้นักศึกษาสามารถเข้าถึงได้ง่าย และรวดเร็ว รวมทั้งมีความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น เพราะเป็นการใช้เทคโนโลยีที่ใช้อยู่ในชีวิตประจำวัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อค้นพบแสดงให้เห็นว่า แอปพลิเคชันบนมือถือเป็นทางเลือกหนึ่งของการจัดการเรียน การสอน เพื่อพัฒนาความรู้ในการวินิจฉัยแยก โรคกลุ่มอาการปวดท้องในระบบทางเดินอาหาร เพราะสามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา และควรมี การศึกษาการใช้แอปพลิเคชันบนมือถือในการ จัดการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาการเรียนรู้อื่นๆ ให้หลากหลาย และควรมีการศึกษาผลการ เรียนรู้ในระยะยาว

References

1. Nursing Council. Preliminary treatment and immunization requirements for first-class nursing and midwifery practitioners. 5th edition. Bangkok: Siri Yot Printing; 2011. (in Thai).
2. Song Pee Nong Hospital. Service profile, out-patient department. Chanthaburi: Song Pee Nong Hospital; 2019. (in Thai).
3. Tha Mai Hospital. Service profile, out-patient department. Chanthaburi: Tha Mai Hospital; 2019. (in Thai).
4. Siriphuvanun V, Juntarawijit Y, Udomvong N. Primary medical care of nurses at primary care unit in Chiang Mai Province. Thai Journal of Nursing Council. 2008;23(1):74-86. (in Thai).
5. Fongkerd S, Himananto S, Tantalakul S. Relationships between selected factors to nurse practitioner's role in primary medical care performance trained at Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri. HCU Journal of Health Science. 2017;21(41):65-78. (in Thai).

6. Sanchan M, Chumnaborirak P, Khawnphon S. Conditions of nursing practice of the primary medical care practicum: case study in community hospitals. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*. 2014;20(2):70-81. (in Thai).
7. Thongmeekhaun T, Sateuw S, Chuakompeng A. Perception of students and preceptors towards clinical skills regarding basic medical treatment among nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2017;27(4):131-43. (in Thai).
8. Islam R, Islam R, Mazumder T. Mobile application and its global impact. *Int J Eng Technol*. 2010;10(6):72-8. doi: 10.1.1.29.5.7161&rep=rep1&type=pdf.
9. Ventola CL. Mobile devices and apps for health care professionals: uses and benefits. *P T*. 2014;39(5):356-64.
10. Leungsomnapa Y, Samroumram P, Pimtara P, Micor T, Prasong D, Klangjai T, et al. The effectiveness of using mobile application improving the perception of dopamine drug administration skill among nursing students. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*. 2020;37(2):134-43. (in Thai).
11. Kim H, Suh EE. The effects of an interactive nursing skills mobile application on nursing students' knowledge, self-efficacy, and skills performance: a randomized controlled trial. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2018;12(1):17-25. doi: 10.1016/j.anr.2018.01.001.
12. Tongsee K, Aintasri T, Tangthammarak S. Physicial application for android. [Internet]. 2014 [cited 2020 Jul 3]; Available from: <http://www.repository.rmutt.ac.th/xmlui/bitstream/123456789/1892/1/1.front.pdf>
13. McMillan JH, Schumacher S. *Research in education: evidence-based inquiry*. 7th edition. Boston: Pearson Education; 2010.
14. Sun CE. What is the best time intervals between pre-test and post-test? [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 1]; Available from: https://www.researchgate.net/post/What_is_the_best_time_intervals_between_pre-test_and_post-test.
15. Kim JH, Park H. Effects of smartphone-based mobile learning in nursing education: a systematic review and meta-analysis. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2019;13(1):20-9. doi:10.1016/j.anr.2019.01.005.

อุบัติการณ์และปัจจัยทำนายภาวะความดันโลหิตสูงของพนักงานผลิตอิฐ

ก่อสร้าง จังหวัดนครศรีธรรมราช

พรชนุตร์ ชุมภูณูช* ธนวรรณ สงประเสริฐ**

บทคัดย่อ

บทนำ : ลักษณะงานของอุตสาหกรรมผลิตอิฐก่อสร้างเป็นงานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตสูง จากการใช้แรงงานคนเป็นหลัก มีหลายกระบวนการผลิตพนักงานต้องทำงานสัมผัสปัจจัยคุกคามทางสุขภาพ โดยขาดความรู้ถึงผลกระทบและการป้องกันตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ และปัจจัยทำนายภาวะความดันโลหิตสูงของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา ตัวอย่าง คือ พนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 163 ราย เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน 3) แบบประเมินความเครียด และ 4) การตรวจร่างกาย ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการศึกษา : พบว่า ร้อยละ 48.50 ของตัวอย่างมีภาวะความดันโลหิตสูง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ เส้นรอบเอว การสูบบุหรี่ ประวัติการเจ็บป่วย ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา และปัจจัยการทำงาน ได้แก่ สิ่งคุกคามสุขภาพด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ และด้านการยศาสตร์ มีความสัมพันธ์ต่อภาวะความดันโลหิตสูง ($p < 0.05$) โดยตัวแปรด้านเพศ ปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านกายภาพ และเส้นรอบเอว สามารถร่วมกันทำนายภาวะความดันโลหิตสูงของตัวอย่างได้ถึงร้อยละ 23.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($R^2 = 0.233$, $F = 17.464$, $p < .001$)

สรุปผล : พยาบาลควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงาน

คำสำคัญ : พนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง ปัจจัยคุกคามสุขภาพ ภาวะความดันโลหิตสูง

*มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช, E-mail: pornchanuch.ch@wu.ac.th

**มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช

Received: May 5, 2020

Revised: February 22, 2021

Accepted: April 23, 2021

Incidence and predictive factors of hypertension among brick workers: Nakhon Si Thammarat Province

Pornchanuch Chumpunuch* Thanawan Songprasert**

Abstract

Background: Due to the nature of their work, brick workers have a high risk for hypertension. Workers are exposed to several health hazards in all working processes. However, they lack knowledge about the effects of health hazards and the way to prevent exposure to them.

Objectives: This study was to survey the incidence and predictive factors of hypertension among brick workers at Nakhon Si Thammarat Province.

Methods: This study was based on descriptive and predictive research. The research participants consisted of 163 brick workers who were working in Nakhon Si Thammarat province. The research instruments included: 1) The demographic data questionnaire, 2) The work health hazard exposure assessment, 3) Suanprung Stress Test-20, and 4) a Physical Examination that examined their Body Mass Index, waist circumference, and blood pressure level. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and multiple linear regression analysis.

Results: About 48.50 % of the participants had high blood pressure (Systolic blood pressure ≥ 140 mmHg. and Diastolic blood pressure ≥ 90 mmHg.). Individual factors included: sex, waist circumference, smoking, history of illness, education level, medical scheme, and work-associated factors included: physical, biological, and ergonomic health hazards. These factors were significantly associated with high blood pressure level ($p < .005$). According to this study, sex, physical work health hazard and waist circumference predicted 23.30 % of the variation in hypertension. The finding was statistically significant at $p = .01$. ($R^2 = 0.233$, $F = 17.464$, $p < .001$).

Conclusion: Nurses should design programs to encourage brick workers to change their health behaviors and also to improve workplace environments.

Keywords: brick worker, health hazards, high blood pressure

*School of Nursing, Walailak University, Nakhon Si Thammarat province, E-mail: pornchanuch.ch@wu.ac.th

**School of Nursing, Walailak University, Nakhon Si Thammarat province.

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก¹ รายงานว่าทั่วโลกมีผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมากถึงพันล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 สำหรับประเทศไทย อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อ 100,000 ประชากร (พ.ศ.2556-2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671) จากรายงานการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทย ปี พ.ศ. 2552 และ 2557 พบว่า วัยทำงานมีภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.42 เป็นร้อยละ 24.71 และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง²

อาชีพผลิตอิฐก่อสร้างมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากพนักงานต้องปฏิบัติงานสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพที่หลากหลาย ประกอบกับพนักงานเป็นแรงงานนอกระบบที่ขาดความคุ้มครองด้านสุขภาพ ต้องปฏิบัติงานในสภาพการทำงานที่ขาดมาตรฐานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ขาดความรู้ในการดูแลตนเองจากสิ่งคุกคามทางสุขภาพ ส่งผลให้พนักงานส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อการดูแลภาวะสุขภาพของตนเองน้อย³ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ลักษณะการทำงานที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง ได้แก่ การปฏิบัติงานในสถานที่ทำงานที่มีอากาศร้อนอย่างต่อเนื่องทั้งจากแสงแดดและความร้อนจากการเผาไหม้เชื้อเพลิงในกระบวนการเผาอิฐ ซึ่งการสัมผัสความร้อนก่อให้เกิดการหดและขยายตัวของผนังหลอดเลือด

เลือดที่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้น ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น และการผลิตอิฐก่อสร้างต้องใช้แรงงานคนเป็นหลัก พนักงานต้องเคลื่อนไหวร่างกาย ยกของหนักตลอดเวลาทำให้เกิดหลอดเลือดหดตัวจำกัดการไหลเวียนเลือด ส่งผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้น และส่งผลต่อระดับความดันโลหิต⁴

นอกจากนี้พนักงานต้องทำงานสัมผัสเสียงดังจากเครื่องจักร รถบรรทุกวิ่งเข้าและออกตลอดทั้งวัน หลายการศึกษาพบว่าการทำงานสัมผัสเสียงดังเป็นระยะเวลานานส่งผลให้หลอดเลือดบีบรัดตัว ทำให้อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น⁵ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ลักษณะงานที่ต้องใช้แรงงานมาก แต่ค่าตอบแทนต่ำทำให้พนักงานต้องปฏิบัติงานนานขึ้นเพื่อค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้น มีผลต่อความเมื่อยล้า เพิ่มความเครียดจากการทำงาน ทำให้พนักงานส่วนใหญ่ขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ได้แก่การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง มีน้ำหนักมากเกินไป ขาดการออกกำลังกาย มีความเครียด การสูบบุหรี่ ดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดเพื่อให้ทำงานได้นานขึ้น นำไปสู่ภาวะความดันโลหิตสูง⁶

จังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นพื้นที่หนึ่งซึ่งมีโรงงานผลิตอิฐก่อสร้างจำนวนถึง 22 โรงงาน มีคนงานทั้งสิ้น 237 คน⁷ ซึ่งมีจำนวนสูงกว่าจังหวัดอื่น ๆ เนื่องจากมีแหล่งวัตถุดิบหลายชนิดและมีปริมาณมาก การผลิตอิฐก่อสร้างเป็นธุรกิจชุมชนที่เกิดจากภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นแหล่งสร้างงานสร้างรายได้ในชุมชน ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันของคนในชุมชน แต่ปัจจุบันกำลังประสบปัญหา

ขาดแคลนแรงงาน เนื่องจากเป็นอาชีพที่งานหนักเหนื่อย ไม่มั่นคง รายได้น้อยทำให้คนในชุมชนหันไปประกอบอาชีพอื่น การประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาปัจจัยที่เสี่ยงต่อสุขภาพของอาชีพผลิตอิฐก่อสร้างจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มอาชีพพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง เนื่องจากกลุ่มอาชีพดังกล่าวเป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจของประเทศ โดยเฉพาะในอุตสาหกรรมก่อสร้าง และเป็นที่พักของคนในครอบครัว ข้อมูลที่ได้มีเป้าหมายเพื่อนำไปประกอบการวางแผนดำเนินการป้องกันและควบคุมปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากการทำงาน เพื่อการสร้างเสริมให้พนักงานมีสุขภาพที่ดี เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงาน ลดการเจ็บป่วย การขาด ลางาน ลดอุบัติเหตุ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และส่งเสริมระบบครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูง และปัจจัยทำนายภาวะความดันโลหิตสูงของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง จังหวัดนครศรีธรรมราช

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. ศึกษาอุบัติการณ์ภาวะความดันโลหิตสูงในพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะความดันโลหิตสูงของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะความดันโลหิตสูงของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็น การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาภาวะความดันโลหิตสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะความดันโลหิตสูง และค้นหาปัจจัยทำนายภาวะความดันโลหิตสูงในพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง โดยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis)

ประชากร

ประชากร คือ พนักงานผลิตอิฐก่อสร้างที่ปฏิบัติงานในโรงงานผลิตอิฐก่อสร้าง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวนทั้งสิ้น 22 โรงงาน มีพนักงานทั้งสิ้นจำนวน 237 คน⁷ ซึ่งแต่ละโรงงานมีพนักงานเฉลี่ย 6-18 คน⁷

ตัวอย่าง

ตัวอย่าง คือพนักงานผลิตอิฐก่อสร้างที่ปฏิบัติงานในจังหวัดนครศรีธรรมราช คำนวณขนาดตัวอย่างจากตารางของ เครซี่ และมอร์แกน (Krejcie and Morgan)⁸ ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 0.5 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 148 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ หรือการขาดหายของข้อมูล (missing data) คิดค่า missing data ร้อยละ 10.00 ได้ตัวอย่างทั้งสิ้น 163 ราย จากนั้นทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 3) สามารถสื่อสาร เข้าใจความหมายของภาษาไทย และ 4) สม่ครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้วิธีการสอบถาม และการตรวจร่างกาย ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับการศึกษา

สถานภาพสมรส สิทธิการรักษาพยาบาล ประสบการณ์การทำงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มชูกำลัง การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากการทำงาน จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการสัมผัสปัจจัยคุกคามทางสุขภาพจากการทำงาน ดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์ปัจจัยคุกคามทางสุขภาพของชาวพรพธรณ จันทรประสิทธิ์ และคณะ⁹ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านเคมี ด้านชีวภาพ ด้านจิตสังคม และด้านการยศาศาสตร์ รวมทั้งสิ้น 24 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ จัดช่วงคะแนนดังนี้ สัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพน้อยปานกลาง และมาก วิเคราะห์ความเที่ยง (reliability) โดยหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .808

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต¹⁰ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ นำคะแนนมาแปลผลเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ความเครียดระดับน้อย ปานกลาง สูง และรุนแรง วิเคราะห์ความเที่ยง โดยหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .890

ส่วนที่ 4 ระดับความดันโลหิต ประเมินโดยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ ที่ผ่านการสอบเทียบมาตรฐาน มีขั้นตอนการวัดเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติของสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562) แปลค่าระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ของ Joint National Committee 7-Complete Version (JNC7)¹¹ ดังนี้ ตัวอย่างที่มีภาวะความดันโลหิตสูง คือ

ระดับความดันโลหิตช่วงบน ≥ 140 มม.ปรอท และระดับความดันโลหิตช่วงล่าง ≥ 90 มม.ปรอท

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ หนังสือรับรองโครงการวิจัยเลขที่ WUEC-19-088-01 วันที่อนุมัติ 4 มิถุนายน 2562 ถึง 3 มิถุนายน 2563

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2562 ดังนี้

1. เตรียมผู้ช่วยวิจัย ประชุมชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ
2. ติดต่อเจ้าของโรงงานผลิตอิฐก่อสร้างเพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล
3. ภายหลังได้รับอนุญาต ผู้วิจัยประสานขอเข้าพบพนักงานผลิตอิฐก่อสร้างเพื่อชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย เครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยให้พนักงานผลิตอิฐก่อสร้างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนที่กำหนด จนครบจำนวนตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะความดันโลหิตสูง

โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson-Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะความดันโลหิตสูงของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้างโดยสถิติวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.30 มีอายุเฉลี่ย 43.82 (SD = 11.06) มีตัวอย่างถึงร้อยละ 63.20 มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน (M 25.31, SD = 4.70) ร้อยละ 77.00 เพศหญิงมีเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน (M = 90.00, SD = 12.77) ส่วนใหญ่นับถือ

ศาสนาอิสลาม (93.25%) มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 11.61 ปี (SD = 8.02) มีรายได้เฉลี่ย 5,116.26 บาท/เดือน (SD = 1219.68) ด้านพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่ร้อยละ 77.30 และ 82.80 ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา มีเพียงร้อยละ 60.70 ที่ดื่มกาแฟหรือเครื่องดื่มชูกำลัง ส่วนใหญ่ร้อยละ 85.30 ไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลขณะทำงาน ได้แก่ หน้ากากป้องกันฝุ่นละออง ถุงมือ เสื้อแขนยาว รองเท้าบูท ฯลฯ และร้อยละ 97.50 ไม่เคยได้รับข้อมูลการดูแลสุขภาพจากการทำงาน

จากการศึกษาระดับความดันโลหิตของตัวอย่าง พบว่า มีตัวอย่างถึงร้อยละ 48.50 มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความดันโลหิตในกลุ่มพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง จำแนกตามเกณฑ์ของ JNC7¹⁵ (n=163)

ระดับความดันโลหิต (มม.ปรอท)	จำนวน(คน)	ร้อยละ(%)
ปกติ	45	27.60
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง	39	23.90
ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1	51	31.30
ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 2	28	17.20
รวม	163	100

ผลการศึกษา พบว่ามี ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ เส้นรอบเอว การสูบบุหรี่ ประวัติการเจ็บป่วย ระดับการศึกษา สถิติการรักษาพยาบาล และปัจจัยจากงาน ได้แก่ การสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านกายภาพ

ชีวภาพ และการยศาสตร์ มีความสัมพันธ์ต่อภาวะความดันโลหิตในพนักงานผลิตอิฐก่อสร้างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยจากงานต่อระดับความดันโลหิตในพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง (n=163 คน)

ปัจจัยศึกษา	ภาวะความดันโลหิตสูง	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	P
เพศ	0.301	.000**
เส้นรอบเอว	0.278	.000**
การสูบบุหรี่	-0.180	.022*
ประวัติการเจ็บป่วย	0.232	.003*
ระดับการศึกษา	-0.196	.012*
สิทธิการรักษาพยาบาล	-0.163	.038*
สิ่งคุกคามด้านกายภาพ	0.162	.038*
สิ่งคุกคามด้านชีวภาพ	0.169	.031*
สิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์	0.167	.033*

**P<.001, *P<.05

เพศ ปัจจัยคุกคามทางกายภาพ และเส้นรอบเอวสามารถร่วมกันทำนายภาวะความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างได้ถึงร้อยละ 23.30 ($R^2= 0.233$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะ

ความดันโลหิตสูง คือเพศ ($\beta = 0.292$, $P=.000$) ปัจจัยคุกคามทางด้านกายภาพ ($\beta = 0.289$, $P=.000$) และเส้นรอบเอว ($\beta = 0.262$, $P=.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (Multiple Regression Analysis) โดยรูปแบบ Stepwise ของปัจจัยต่าง ๆ ต่อระดับความดันโลหิตสูงของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง (n=163)

ปัจจัย	β	Sdt. Error	Beta	t	p
Constant	1.524	0.503		3.027	.003*
เพศ (X1)	0.673	0.172	0.292	3.903	.000**
ปัจจัยคุกคามทางกายภาพ (X2)	0.391	0.100	0.289	3.921	.000**
เส้นรอบเอว (X3)	0.022	0.006	0.262	3.497	.001**
R=0.483, $R^2=0.233$, adjusted $R^2=0.220$, F= 17.464, $P<0.001$					

**P<.001, *P<.05

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ตัวอย่างมีภาวะความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 48.50 สอดคล้องกับการศึกษาของ Das¹² ที่ระบุว่าพนักงานที่ต้องทำงานหนัก ในท่าทางซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน ทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ เส้นรอบเอว ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วย การสูบบุหรี่ และสิทธิการรักษาพยาบาล และปัจจัยด้านการทำงาน ได้แก่ การสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านกายภาพด้านชีวภาพ และด้านการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะความดันโลหิตสูง อาจเนื่องจากวิถีการดำเนินชีวิตของพนักงานมีงานที่ต้องเร่งรีบ มีเวลาพักระหว่างทำงานน้อย ทำให้เกิดความเมื่อยล้า ขาดความใส่ใจในการดูแลสุขภาพก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของมงคล การุณงานพรรณ และคณะ¹³ ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของคนทำงานในสถานประกอบการเขตเมืองใหญ่ พบว่าพนักงานถึงร้อยละ 65.80 ไม่สามารถออกกำลังกายได้ตามแผน พนักงานร้อยละ 58.80 มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ซึ่งจากการวิเคราะห์ระบุว่าพนักงานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และนับถือศาสนาอิสลามคุณลักษณะดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองของตัวอย่าง จากการศึกษาของ Singh¹⁴ ระบุว่าชีวิตการทำงานของแรงงานหญิงในอุตสาหกรรมผลิตอิฐก่อสร้างต้องทำงานหนักทั้งที่บ้าน และสถานประกอบการ ทำให้การดูแลสุขภาพของตนเองมีข้อจำกัด

ผลการศึกษา พบว่า สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ โดยเฉพาะการสัมผัสความร้อนจากแสงแดด และการเผาไหม้ ทำให้เกิดการหดและ

ขยายตัวของหลอดเลือด ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น สิ่งแวดล้อมด้านการยศาสตร์จากลักษณะงานที่ต้องยก แบก หาม ทำให้กล้ามเนื้อและหลอดเลือดเกร็งตัว ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจ และระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และสิ่งแวดล้อมทางด้านชีวภาพ การสัมผัสสัตว์มีพิษ เชื้อราจากไม้เชื้อเพลิง อาจจะส่งผลต่อความเครียดซึ่งส่งเสริมความดันโลหิตสูงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Das¹² ที่ระบุว่าพนักงานผลิตอิฐก่อสร้างสัมผัสความร้อนทั้งจากแสงแดด และการไหม้ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ Guyton¹⁵ ระบุว่า กระบวนการทำงานของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้างส่งผลต่อการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเป็นสาเหตุให้หลอดเลือดหดตัวเป็นการจำกัดการไหลเวียนเลือด ในระยะยาวก่อให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ การศึกษาของ Chandola et al.¹⁶ ระบุว่า กระบวนการเผาอิฐพนักงานต้องสัมผัสสัตว์มีพิษ เชื้อราบ่อยครั้ง ซึ่งนอกจากส่งผลต่อปัญหาทางกายแล้ว ยังส่งผลทำให้เกิดความเครียดหากไม่ได้รับการแก้ไขจะเป็นปัจจัยส่งเสริมภาวะความดันโลหิตสูงได้

ปัจจัยด้านเพศ เส้นรอบเอว และปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านกายภาพ สามารถทำนายภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kibria et al.¹⁷ ระบุว่า เพศหญิงมีความชุกของความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชาย Nkeh-Chungang, Mxhosa and Mgoduka¹⁸ ระบุว่า เส้นรอบเอวทำนายภาวะความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่ และปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านกายภาพ โดยเฉพาะความร้อนสามารถทำนายภาวะความดันโลหิตได้ เมื่อร่างกายสัมผัสความร้อนจะพยายามระบายความ

ร้อน ทำให้เลือดไปเลี้ยงผิวหนังมากขึ้นส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วและแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sett and Sahu¹⁹ ที่ระบุว่า การสัมผัสความร้อนในอาชีพผลิตอิฐก่อสร้างเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ และระดับความดันโลหิตต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

พนักงานมีภาวะความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 48.50 ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ เส้นรอบเอว ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วย การสูบบุหรี่ สิทธิการรักษาพยาบาล และปัจจัยด้านการทำงาน ได้แก่ การสัมผัสปัจจัยคุกคามด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ และด้านการยศาสตร์ มีความสัมพันธ์ต่อภาวะความดันโลหิตสูง ตัวแปรด้านเพศ ปัจจัยคุกคามด้านกายภาพ และเส้นรอบเอว ร่วมกันทำนายภาวะความดันโลหิตสูงของตัวอย่างได้ร้อยละ 23.30 ($R^2 = 0.233$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษานำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง โดยมุ่งแก้ปัญหาสุขภาพจากการทำงานสัมผัสความร้อน เสี่ยง ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม และแมลงและสัตว์มีพิษต่าง ๆ แนะนำการป้องกันตนเองจากสิ่งแวดล้อมการทำงานที่คุกคามสุขภาพ ควรจัดกิจกรรมทางกายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต และหลักศาสนา แนะนำโปรแกรมอาหารเพื่อลดดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยประเภทบุคคลปี 2562 จากมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

References

1. World Health Organization (WHO). A global brief on hypertension Silent killer, global public health crisis [Internet]. 2013 [Cited 2020 Apr 1]; Available from http://www.who.int/cardiovascular diseases/publications/global_brief_hypertension/en/.
2. Strategy and Planning, Ministry of Public Health. Public health statistics. [internet]. 2015. [Cited 2020 Mar 10]; Available from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_Statis2558.pdf. (in Thai).
3. Kawakami T, Khai TT, Kogi K. Research that can support self-help initiative of local farmers to improve safety & health at work: birth & growth of WIND training program in Viet Nam. *J Saf Health Envi Res*. 2012;8(1):11-8.
4. Morioka I, Miyai N, Miyashita K. Hot environment and health problems of outdoor workers at a construction site. *Ind Health*. 2006;44(3):474-80. doi: 10.2486/indhealth.44.474.
5. Penney PJ, Earl CE. Occupational noise and effects on blood pressure: exploring the relationship of hypertension and noise exposure in workers. *AAOHN J*. 2004;52

- (11):476-80. doi: 10.1177/2165079904052 01107.
6. Landsbergis P. Long work hours, hypertension, and cardiovascular disease. *Cad Saude Publica*. 2004;20(6):1746–8. doi:10. 1590/S 0102-311X20040 00600035.
 7. Department of Industrial Works. Industrial information for staff. [internet]. 2019 [cited 2020 Apr 10]; Available from <http://reg.diw.go.th/executive/amp2.asp?amp=1&prov=80>. (in Thai).
 8. Krejcie R, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ psychol meas*. 1970;30(3):607-10. doi:10.1177/00131644 7003000308.
 9. Chanprasit C, Kaewthummanukul T, Songkham W, Chareonsup Y. Health hazards identification, health status, work-related injury and illness situational analysis in Wooden furniture enterprises. *Nursing Journal*. 2010;37(1):1-14. (in Thai).
 10. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Suanprung Stress Test-20. [internet]. 2016 [Cited 2020 Apr 15]; Available from <http://www.dmh.go.th/test/stress/>. (in Thai).
 11. National High Blood Pressure Education Program. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Bethesda (MD): National Heart, Lung, and Blood Institute (US); 2004 Aug. Report No.:04-5230.
 12. Das B. Prevalence of work-related musculoskeletal disorders among brick field workers of West Bengal, India. *Arch Environ Occup Health*. 2014;69(4):231-40. doi: 10.1080/19338244.2013.771249.
 13. Karoonngamphan M, Suvaree S, Numfone N. Health behaviors and health status of workers: A case study of workplaces in Sathorn district, Bangkok metropolitan. *Songklanagarin Journal of Nursing*. 2012; 32(3):51-66. (in Thai).
 14. Singh DP. Woman workers in the brick kiln industry in Haryana, India. *Indian J Gend Stud*. 2005;12(1):83-97. doi: 10.117 7/097152 150401200104.
 15. Guyton AC. Textbook of medical physiology. 12th ed. Bangalore: Prism Books; 2011.
 16. Chandola T, Brunner E, Marmot M. Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. *Br Med J*. 2006;332(7540):521-5. doi: 10.1136/bmj. 38693.435301.80.
 17. Kibria GMA, Swasey K, Hasan MZ, et al. Determinants of hypertension among adults in Bangladesh as per the Joint National Committee 7 and 2017 American College of Cardiology/American Hypertension Association hypertension guidelines. *J Am Soc Hypertens*. 2018;12(11):45-55. doi: 10.10.16/j.jash.2018. 10.004.

18. Nkeh-Chungag BN, Mxhosa TH, Mgoduka PN. Association of waist and hip circumferences with the presence of hypertension and pre-hypertension in young South African adults. *Afr Health Sci.* 2015;15(3):908-16. doi: 10.4314/ahs.v15i3.27.
19. Sett M, Sahu S. Effects of occupational heat exposure on female brick workers in West Bengal, India. *Global Health Action.* 2014;7:21923. doi: 10.3402/gha.v7i21923.

การศึกษาปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตร

จุฬารัตน์ หัวหาญ* ศีตรา มยุขโชติ**

บทคัดย่อ

บทนำ : ความเข้าใจความกลัวการคลอดบุตร ทำให้มีการวางแผนการพยาบาลที่ช่วยหญิงระยะคลอดให้มีการเผชิญกับความกลัวอย่างเหมาะสม และมีประสบการณ์การคลอดที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความกลัวการคลอดบุตร และปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตร

วิธีการวิจัย : การศึกษาเชิงความสัมพันธ์ ตัวอย่าง มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป และไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 123 คน เลือกแบบเจาะจงจากผู้คลอดที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามการคาดการณ์/ประสบการณ์การคลอดบุตรของวิจมา แบบ B และแบบประเมินความกลัวการคลอดบุตรในระยะคลอด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88 และ .70 ตามลำดับ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการกับความกลัวการคลอดบุตร โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตรใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย : พบว่า ความกลัวการคลอดบุตรมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความกลัวการคลอดบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวระยะคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ความกลัวระยะคลอดร่วมกับอายุสามารถทำนายความกลัวการคลอดบุตรได้ ร้อยละ 31.10 ($R^2 = .311$, $F = 8.73$, $p < .001$) ดังสมการ ความกลัวการคลอดบุตร = $104.38 + .70$ (ความกลัวการคลอดบุตรในระยะคลอด) - .82 (อายุ)

สรุปผล : หญิงในระยะคลอดมีความกลัวการคลอดบุตรในระยะคลอดสูงและมีอายุน้อยจะมีความกลัวการคลอดบุตรสูง ดังนั้น พยาบาลต้องวางแผนการพยาบาลในการประเมินความกลัวการคลอดที่คำนึงถึงอายุของผู้คลอด

คำสำคัญ : ความกลัวระยะคลอด ความกลัวการคลอดบุตร หญิงในระยะคลอด

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
E-mail: howham@gmail.com

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Received: May 5, 2020

Revised: February 22, 2021

Accepted: April 23, 2021

A study of predicting factors of the fear of childbirth

Chularat Howharn* Sitara Mayukhachot**

Abstract

Background: An understanding of fear of childbirth will assist nurses to provide care for women in labor to help them to cope with labor pain and have a good childbirth experience.

Objectives: This study aimed to determine the relationship between selected variables with fear of childbirth and to determine factors predicting the fear of childbirth.

Methods: This correlation study sampled 123 women in labor who had more than 28 weeks of gestation and had no complications. The sample was purposively collected from a tertiary hospital. The fear of childbirth was assessed using The Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire (W-DEQ) version B and Delivery Fear Scale (DFS). The Cronbach's alpha coefficients for reliabilities were .88, .70; consecutively. Pearson correlation was used to determine and assess the relationships and multiple regression was used to identify factors predicting the fear of childbirth.

Results: The level of the fear of childbirth was moderate ($M = 89.57$, $SD = 22.00$). It was significantly and negatively related to age at $p < .05$. The fear of childbirth was positively and significantly related to fear of delivery at $p = .000$. Factors predicting the fear of childbirth is shown in the following equation in which the variables predict 31.10% of the variation in the fear of childbirth ($R^2 = .311$, $F = 8.73$, $p < .000$). The fear of childbirth = $104.38 + .70$ (fear of delivery) - $.82$ (age).

Conclusions: Women in labor with higher score of fear of delivery and were younger had higher scores of the fear of childbirth. Thus, nurses should consider age and assess the fear of delivery so as to provide the suitable care for women in labor.

Keywords: fear during delivery, fear of childbirth, women in labor

*Boromarajonani College of Nursing Surin, Praboromarajchanok Institute, Thailand,
E-mail: howhan@gmail.com

*Boromarajonani College of Nursing Surin, Praboromarajchanok Institute, Thailand

บทนำ

การคลอดบุตร เป็นประสบการณ์ที่ส่งผลทางบวกและทางลบต่อผู้คลอด ประสบการณ์ทางบวกคือมีความสุข รู้สึกมีคุณค่า ส่วนประสบการณ์ทางลบนั้นเนื่องจากผู้หญิงที่ผ่านการคลอดมีการรับรู้การคลอดว่าก่อให้เกิดความเจ็บปวดมากที่สุด จึงเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดผู้หญิงส่วนใหญ่เกิดความกลัวการคลอด¹ มีการศึกษาที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนมากเกิดความกลัวเกี่ยวกับการคลอด² ความกลัวการคลอดบุตรเป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์ และความรู้สึกไม่สบายใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเกี่ยวข้องและมีความเฉพะเจาะจงกับการคลอด โดยความกลัวการคลอดนั้นหญิงตั้งครรภ์จะมีความรู้กลัวเจ็บครรภ์คลอด กลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และกลัวอันตรายที่จะเกิดกับทารกในครรภ์³ ความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ อาจทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งพบเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด และส่งผลกระทบต่อไปถึงระยะคลอดหญิงที่มีความกลัวการคลอดบุตรระดับรุนแรงในระยะตั้งครรภ์ จะมีการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดที่สูงมากขึ้น เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ความกลัวการคลอดบุตรส่งผลให้เกิดการคลอดยาวนานกว่าปกติ ทำให้ไม่สามารถคลอดเองได้ เป็นสาเหตุให้มีการใช้สูติศาสตร์หัตถการ และการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินเพิ่มสูงขึ้น⁴ ความกลัวการคลอดบุตรยังส่งผลกระทบต่อไปถึงระยะหลังคลอด และการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป³ โดยมีผลกระทบต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดาสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาทารก และยังมีส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างคู่สามีภรรยา⁵

การศึกษาที่ผ่านมาในเรื่องความกลัวการคลอดบุตรนั้น พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อความกลัวการคลอดบุตรทั้งปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านสุติกรรม ในปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลนั้นมีการศึกษาที่พบว่า มารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอดมีความกลัวการคลอดบุตรในระดับรุนแรง⁶⁻⁷ และยังพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด² ในส่วนของปัจจัยทางด้านสุติกรรมนั้นพบว่าหญิงตั้งครรภ์แรกมีความกลัวการคลอดบุตรมากกว่าหญิงตั้งครรภ์หลัง⁸ ยิ่งไปกว่านั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากขึ้นจะมีความกลัวการคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า⁹ นอกจากนี้ยังพบว่าความกลัวต่อการคลอดมีความสัมพันธ์กับความเจ็บปวดในระยะคลอด และความเหนื่อยล้าหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷ และลำดับที่ของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด² อย่างไรก็ตามมีการศึกษาเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่าอายุ รายได้ครอบครัว และจำนวนครั้งของการคลอดไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอด⁶ แต่มีการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ประสบการณ์การคลอด จำนวนครั้งของการคลอด สามารถร่วมกันทำนายความกลัวการคลอดบุตรได้¹⁰

ตามที่ได้กล่าวมาเบื้องต้นว่า ผู้คลอดจะมีความกลัวการคลอดมากที่สุดและบางการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีความกลัวการคลอดบุตรในระดับรุนแรง อาจเนื่องมาจากการพัฒนาการพยาบาลในระยะคลอด เพื่อตอบสนอง

ความต้องการของผู้รับบริการในห้องคลอดนั้น จำเป็นอย่างมากที่ต้องการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการอย่างถูกต้องครบถ้วน รวมทั้งการช่วยเหลือขจัดหรือบรรเทาอาการต่างๆ ทั้งอาการรบกวนด้านร่างกายและจิตใจ¹¹ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีและส่งเสริมให้เกิดการคลอดปกติ ทำให้ลดค่าใช้จ่าย การพยาบาลในระยะคลอดจึงต้องคำนึงถึงความกลัวการคลอดบุตรและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดบุตร⁹ แต่การศึกษาที่ผ่านพบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ กับความกลัวการคลอดบุตรรวมทั้งปัจจัยทำนายความกลัวที่ไม่สอดคล้องกัน นอกจากนี้ การศึกษาปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตรที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล² โรงพยาบาลชุมชน¹⁰ การศึกษาที่ผ่านมาที่ดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ เป็นการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์แรก¹² หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น⁶ และเป็นการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์เป็นส่วนใหญ่ ยังไม่พบการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีผู้มาคลอดมากกว่า 500 รายต่อเดือน และมีบริบทของการให้พยาบาลผู้คลอดที่เป็นผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากกว่าในโรงพยาบาลชุมชน การศึกษาปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตรจะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้คลอดได้ นอกจากนี้การพยาบาลระยะคลอดให้สามารถเผชิญกับการคลอดได้ และส่งเสริมประสบการณ์ที่ดีต่อการคลอด หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับประเมินความกลัวการคลอดบุตรในทุกระยะ ทั้งระยะตั้งครรภ์ ขณะอยู่ในระยะคลอด และระยะหลังคลอด⁵ ร่วมกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา

ปัจจัยทำนายที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย อายุ รายได้ครอบครัว จำนวนครั้งของการคลอดบุตร อายุครรภ์ คะแนนการเจ็บครรภ์คลอด และความกลัวระยะคลอด โดยความกลัวการคลอดบุตรในการศึกษานี้ หมายถึง การคาดการณ์ที่มีต่อเหตุการณ์ของการเจ็บครรภ์และการคลอด และความรู้สึกนึกคิดต่อประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และการคลอด ส่วนความกลัวระยะคลอด หมายถึงความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อประสบการณ์ขณะอยู่ในระยะคลอด ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลหญิงในระยะคลอดเพื่อลดความกลัวการคลอดบุตรซึ่งทำให้ส่งผลดีต่อการเกิดประสบการณ์ทางบวกต่อการคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ครอบครัว จำนวนครั้งของการคลอดบุตร อายุครรภ์ คะแนนการเจ็บครรภ์คลอด และความกลัวการคลอดบุตรในระยะคลอด กับความกลัวการคลอดบุตร และเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ มีวิธีการศึกษาดังนี้

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power¹³ กำหนดขนาดอิทธิพลที่ .90 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าขนาดของผล (effect size) กำหนดไว้ที่ขนาดกลาง (.15) จำนวนตัวแปร

ทำนายเท่ากับ 6 ปัจจัย ได้แก่ อายุ รายได้ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ คะแนนการเจ็บครรภ์เมื่อแรกเริ่ม และประสบการณ์การคลอดบุตร ได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 123 ราย คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของตัวอย่างไว้ดังต่อไปนี้ 1) อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ เกณฑ์คัดออกคือ 1) แพทย์นัดมาทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 2) แพทย์นัดมาพักรักษาที่โรงพยาบาลเพื่อทำการรักษาหรือดูอาการ เช่น อายุครรภ์มากกว่า 42 สัปดาห์ มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบไปด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความสั้นๆ เพื่อรวบรวมข้อมูลทั่วไปเพื่อพรรณนาลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน สิ่งยึดเหนี่ยวขณะเจ็บป่วย ผู้ดูแลที่บ้าน การตัดสินใจในเรื่องที่สำคัญ อายุเมื่อเริ่มมีประจำเดือน อาการผิดปกติขณะมีประจำเดือน ประวัติการคุมกำเนิด และ 2) แบบสอบถามข้อมูลด้านการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งการคลอดบุตร จำนวนครั้งของการแท้ง จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ สถานที่ฝากครรภ์ คะแนนการเจ็บครรภ์เมื่อแรกเริ่ม

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับการคาดการณ์/ประสบการณ์การคลอดบุตรของวิจมา แบบ B (The Wijma Delivery Expectancy/ Experience

Questionnaire [W-DEQ version B]) ซึ่งผู้วิจัยได้ขอใช้ฉบับภาษาไทยที่ได้รับอนุญาตและแปลเป็นภาษาไทยโดย นันทพร แสนศิริพันธ์⁵ แบบสอบถาม W-DEQ แบบ B ใช้ประเมินในระยะหลังคลอดเป็นการประเมินเกี่ยวกับเหตุการณ์ และประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับการคลอดบุตร การใช้แบบสอบถามนี้ในการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94,⁷⁻⁸ .91¹² ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับตัวอย่างที่ไม่ใช่ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 30 ราย หาค่าความเที่ยง (reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .88 แบบสอบถามนี้มีจำนวนข้อคำถาม 33 ข้อ เป็นข้อคำถามในด้านลบจำนวน 14 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดตัวเลขต่อเนื่อง 6 ระดับ เริ่มจากไม่มีเลย (0) จนถึงระดับมากที่สุด (5) ซึ่งผลรวมของคะแนนมีค่าตั้งแต่ 0-165 คะแนน เมื่อผลรวมของคะแนนที่ได้มีค่าสูงสุดแสดงว่ามีความกลัวการคลอดบุตรมาก

3.แบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตรในระยะคลอด (Delivery Fear Scale [DFS]) ซึ่งผู้วิจัยได้ขอใช้แบบสอบถาม DFS ฉบับภาษาไทย ได้รับอนุญาตและแปลเป็นภาษาไทยโดย นันทพร แสนศิริพันธ์⁴ แบบสอบถามนี้ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องด้านโครงสร้าง ความสอดคล้องภายใน และจากการทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .88 ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับตัวอย่างที่ไม่ใช่ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 30 ราย หาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .70 แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม เป็นข้อคำถามในด้านลบจำนวน 5 ข้อ คำตอบเป็นตัวเลขตั้งแต่

1-10 โดยให้ระบุความคิดเห็นของตนเองเป็นตัวเลข 1 คือไม่เห็นด้วยที่สุด และ 10 คือ เห็นด้วยที่สุด ผลรวมคะแนนมีค่าตั้งแต่ 10-100 คะแนน คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 70 คะแนน หมายถึง มีความกลัวการคลอดบุตรระดับรุนแรง ถ้าคะแนนรวมน้อยกว่า 70 คะแนน หมายถึง มีความกลัวในระดับปกติ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เลขที่ P-EC 16-03-62 วันที่ 13 ตุลาคม 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการขออนุญาตเก็บข้อมูลจาก โรงพยาบาลที่ใช้เป็นสถานที่ศึกษาก่อนเริ่มเก็บข้อมูล เริ่มดำเนินการโดยการติดประกาศเชิญชวนอาสาสมัครการวิจัย เมื่อมีผู้สนใจเข้าร่วม การศึกษาวิจัย ผู้วิจัยพบอาสาสมัครที่ห้องแรก รับที่ห้องคลอด ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ภาพรวมของการวิจัย เมื่อผู้สนใจสมัครเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้เวลาในการศึกษาเอกสารชี้แจงรายละเอียดการวิจัยตามต้องการและหากมีข้อสงสัยผู้วิจัยดำเนินการตอบข้อคำถามดังกล่าวด้วยตนเอง หลังจากนั้นให้เวลาอาสาสมัครในการแบบสอบถาม ประสพการณ์การคลอดและความกลัวการคลอดบุตร โดยให้ส่งแบบสอบถามที่กล่องที่เตรียมไว้ให้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ผลการศึกษานี้ได้ดำเนินการ ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมา หลังจากนั้น

ดำเนินการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสำเร็จรูป ทำการตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลก่อนดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการพรรณนาข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์

2. ใช้สถิติในการทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ครอบครัว จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ คะแนนการเจ็บครรภ์คลอด และความกลัวการคลอดบุตรในระยะคลอด โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation)

3. ใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) แบบ Model enter ในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตร โดยกำหนดการทดสอบเป็นสองทาง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พร้อมทั้งทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นตรง¹² โดยตัวแปรตาม คือ ความกลัวการคลอดบุตรเป็นตัวแปรระดับอันตรายภาคที่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กันในเชิงเส้นตรง ไม่พบภาวะตัวแปรอิสระซ้ำซ้อน (Multicollinearity) และมีความคงที่ของค่าความคลาดเคลื่อน (Homoscedasticity)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลประชากร

ในส่วนของข้อมูลทั่วไป พบว่า ตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 26.49 ปี (SD=6.13) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 94.30) รายได้ระหว่าง 1,000-90,000 บาท (M=16,273.98, SD = 14,341.35) มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 87.00)

จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 56.10) มีอาชีพแม่บ้านมากที่สุด (ร้อยละ 42.30) ผู้ดูแลต่อที่บ้าน คือ สามี (ร้อยละ 52.00) ตัดสินใจในเรื่องที่สำคัญด้วยตัวเอง (ร้อยละ 91.90) อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มมีประจำเดือน คือ 12.94 ปี (SD=1.88) ไม่มีอาการผิดปกติขณะมีประจำเดือน (ร้อยละ 92.70) เคยใช้การคุมกำเนิด (ร้อยละ 63.40) วิธีที่ใช้มากที่สุด คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 42.30)

ข้อมูลการตั้งครรภ์ พบว่า เป็นผู้คลอดครรภ์แรกมากที่สุด (ร้อยละ 45.50) อายุครรภ์เฉลี่ย 38.33 สัปดาห์ (SD = 2.52) มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดมากที่สุด (ร้อยละ 82.10) รองลงมา คือ มีน้ำเดิน ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลแห่งนี้ไม่ถึงครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.00) และร้อยละ 51.20 ไม่เคยผ่านการคลอดบุตรมาก่อน

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ครอบครัว จำนวนครั้งของการคลอดบุตร อายุครรภ์ คะแนนการเจ็บครรภ์คลอด และความกลัวการคลอดบุตรในระยะคลอด กับความกลัวการคลอดบุตร

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา (n=123)

ตัวแปร	M	SD	1	2	3	4	5	6
1. ความกลัวการคลอดบุตร	89.57	22.00						
2. อายุ	26.49	6.13	-.18*					
3. รายได้	16,273.98	14341.35	.11	.31***				
4. จำนวนครั้งของคลอดบุตร	1.50	.73	-.05	.56***	.11			
5. อายุครรภ์	38.33	2.52	-.09	.01	.08	-.07		
6. คะแนนการเจ็บครรภ์คลอดเมื่อแรกรับ	3.96	2.67	.10	-.09	-.19*	.08*	-.16*	
7. ความกลัวการคลอดบุตรในระยะคลอด	44.00	15.44	.51***	-.11	.05	.11	.06	.13

*p<.05, ***p<.000

ผลการศึกษา พบว่า ตัวอย่างมีความกลัวการคลอดบุตรอยู่ในระดับรุนแรง (M=89.57, SD = 22.00) ส่วนความกลัวการคลอดบุตรในระยะคลอดอยู่ในระดับปกติ (M=44.00, SD = 15.44) เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ครอบครัว จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ คะแนนการเจ็บครรภ์คลอด และความกลัวการคลอดบุตรในระยะคลอด พบว่า ความกลัวการคลอดบุตรมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p <.05 นั้น คือ อายุมากขึ้นความกลัวการคลอดบุตรลดลง ความกลัวการคลอดบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความกลัวการคลอดบุตรในระยะคลอดที่ p=.000 คือ ความกลัวการคลอดบุตรในระยะคลอดสูง ความกลัวการคลอดบุตรสูงไปด้วย อย่างไรก็ตาม ความกลัวการคลอดบุตรไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับรายได้ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ และคะแนนการเจ็บครรภ์คลอดเมื่อแรกรับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายความถี่การ

คลอດบุตร

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความถี่การคลอດบุตรพบว่าความถี่การคลอດบุตรในระยะคลอດและอายุร่วมกันทำนายความถี่การคลอດบุตรได้ร้อยละ 31.10 ($R^2=0.311$, $F=8.73$ ($df = 6, 116$), $p<.000$, Effect size = 0.45) ดังสมการ ความถี่การคลอດบุตร = $104.38 + .70$ (ความถี่การคลอດบุตรในระยะคลอດ) - .82 (อายุ)

อภิปรายผล

ตัวอย่างในการศึกษานี้ มีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมา^{8,10} คืออายุอยู่ในช่วง 26-27 ปี นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด มีอาชีพแม่บ้าน รายได้ครอบครัวโดยเฉลี่ยไม่ถึง 20,000 บาท/เดือน แต่มีรายได้ที่เพียงพอ และประมาณเกือบครึ่งหนึ่งไม่เคยมีประสบการณ์การคลอດมาก่อน

ผลการศึกษา พบว่า ตัวอย่างมีความถี่การคลอດบุตรในระดับรุนแรง ($M = 89.57$, $SD = 22.00$) ซึ่งอยู่ในระดับสูงกว่าการศึกษาของทิพวรรณ ทัพชัย ปิยะนุช ชูโต และนงลักษณ์ เฉลิมสุข¹⁴ และสูงกว่าการศึกษาของพุทธชาติ แก้วยา และศิลาปะชัย พันพะยอม⁷ และมากกว่าผลการศึกษาของเนตรนภา ขวัญยืน, นันทพร แสนศิริพันธ์ และบังอร ศุภวิทิตพัฒนา⁸ ซึ่งการศึกษาของเนตรนภา และคณะนั้น ทำการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ ในขณะที่การศึกษานี้ทำการศึกษาในหญิงในระยะคลอດ ความถี่การคลอດนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอດ อาจเกิดจากสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น และเกิดขึ้นแล้ว⁹ เมื่อหญิงตั้งครรภ์นั้นผ่านระยะ

คลอດแล้ว และได้ประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการคลอດบุตร ทำให้มีความถี่การคลอດบุตรมากกว่าในระยะตั้งครรภ์ได้

ในการศึกษานี้ พบว่า ตัวอย่างมีความถี่การคลอດบุตรในระยะคลอດอยู่ในระดับปกติ ($M = 44.00$, $SD = 15.44$) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากมากกว่าครึ่งของตัวอย่างเป็นครรภ์หลังซึ่งผ่านประสบการณ์การคลอດ และการศึกษานี้ให้ตัวอย่างประเมินความถี่การคลอດบุตรและประสบการณ์การคลอດบุตรในช่วงระยะสองชั่วโมงหลังคลอດ ซึ่งเป็นช่วงที่สามารถหลังคลอດมีการผ่อนคลาย เนื่องจากได้ผ่านกระบวนการคลอດมาแล้ว อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ พบว่า ตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีความถี่การคลอດบุตรในระยะคลอດในระดับปกติซึ่งอยู่ในระดับที่มากกว่า ผลการศึกษาของจิราภรณ์ ปราบดิน ศศิธร พุ่มดวง และเบญญาภา ธิติมาพงษ์⁶ ซึ่งทำการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์เหมือนกัน แต่อาจเนื่องมาจากการศึกษาของจิราภรณ์ ปราบดินและคณะนั้น ทำการศึกษาเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น แต่การศึกษานี้ ทำการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ

ยิ่งไปกว่านั้น การศึกษานี้เป็นการศึกษาในมารดาในระยะหลังคลอດ 2 ชั่วโมง ซึ่งพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความถี่การคลอດบุตรอยู่ในระดับสูงมากกว่าการศึกษาของพัชรเวทย์ เผยกลาง สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์¹⁰ ที่ทำการศึกษาในมารดาหลังคลอດเช่นเดียวกัน แต่การศึกษาของพัชรเวทย์ และคณะทำการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนในขณะที่การศึกษานี้ ทำการศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีผู้มาคลอດมีจำนวนมากและบางรายมีภาวะแทรกซ้อน และภาวะเสี่ยงจำเป็นต้อง

ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และใช้เครื่องมือทางการแพทย์หลายอย่าง นอกจากนี้โรงพยาบาลไม่อนุญาตให้สามีหรือสมาชิกในครอบครัวอยู่ในห้องคลอดด้วย เนื่องจากข้อจำกัดด้านสถานที่ทำให้ผู้คลอดเกิดความวิตกกังวล การเจ็บครรภ์คลอดที่รุนแรง ความรู้สึกอกสั่นขวัญหายที่เกิดขึ้นระหว่างการเจ็บครรภ์ในระยะคลอด และความกลัว ผลการศึกษาสนับสนุนแนวคิดที่ว่าสิ่งแวดล้อมอาจทำให้ผู้คลอดเกิดประสบการณ์การคลอดทางลบ ซึ่งส่งผลต่อความกลัวการคลอดบุตรได้^๖

ผลการศึกษา พบว่า อายุครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดบุตรซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิรินทิพย์ คำมีอ่อน และ นิลุบล รุจิรประเสริฐ^๖ ที่พบว่า อายุครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับสิ่งที่กลัว สาเหตุของความกลัวและอาการแสดงออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ ผ่าครรภ์ที่โรงพยาบาลรัฐได้เข้ารับกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ซึ่งมีกิจกรรมการเตรียมตัวสำหรับการคลอด การจัดโปรแกรมดังกล่าวช่วยลดความกลัวการคลอดลงได้^๖ จากการศึกษายังพบว่า จำนวนครั้งของการคลอดไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความกลัวการคลอดบุตร ที่ความกลัวการคลอดบุตรไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากหญิงที่คลอดเป็นครั้งแรกความกลัวการคลอดอาจจะเนื่องจากไม่มีประสบการณ์ทำให้เกิดจินตนาการต่อการคลอดบุตรไปในทางลบตามการรับรู้ของตนเอง ส่วนหญิงที่ผ่านการคลอดมาแล้วนั้นความกลัวการคลอดจะเกิดจากประสบการณ์จากการคลอดด้านลบที่ผ่านมา^๖ ผลการศึกษานี้ สนับสนุนแนวคิดที่ว่าความกลัวการคลอดนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

จนถึงระยะหลังคลอด อาจเกิดจากสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นและเกิดขึ้นแล้ว ซึ่งเกิดได้กับทั้งคู่ที่มีประสบการณ์ตรง และไม่มีประสบการณ์ตรง^{๑๐}

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ พบว่า คะแนนเจ็บครรภ์เมื่อแรกรับไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความกลัวการคลอดบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของพุทธชาติ แก้วยา และ ศิลปชัย ผึ้งพะยอม^๗ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษานี้ ตัวอย่างส่วนหนึ่งมาที่แผนกห้องคลอดด้วยอาการน้ำเดินโดยที่ไม่มีอาการเจ็บครรภ์คลอด นอกจากนี้แบบประเมินเจ็บครรภ์คลอดนั้นให้ผู้คลอดประเมินด้วยตนเองซึ่งอาจมีความแตกต่างได้เนื่องจากแต่ละบุคคลมีความทนต่อการเจ็บครรภ์ไม่เท่ากัน โดยเฉพาะในครรภ์แรกและครรภ์หลัง

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ พบว่า ความกลัวการคลอดบุตรมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุมากขึ้นความกลัวการคลอดบุตรลดลง ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของศิรินทิพย์ คำมีอ่อน และ นิลุบล รุจิรประเสริฐ^๖ ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับสิ่งที่สตรีตั้งครรภ์กลัวและสาเหตุของความกลัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้คลอดที่มีอายุน้อยยังมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้ขาดการคิดอย่างมีเหตุผล นอกจากนี้การตั้งครรภ์ยังทำให้ต้องดูแลสุขภาพมากขึ้น มีการค่าใช้จ่ายมากขึ้น ในขณะที่อายุน้อยยังไม่มีรายได้ และยังไม่มียาชีพที่มั่นคง ส่งผลให้มีรายได้ที่จำกัดไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อคลอดบุตร ร่วมกับวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่ยังไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดความวิตกกังวลและกลัวการคลอดได้มากกว่าคนที่มียามาก^{๑๑} จึงทำให้

ความกลัวการคลอดบุตรในระยะคลอดและอายุสามารถร่วมกันทำนายความกลัวการคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 31.10 ด้วยค่าขนาดของผลสูง (Effect size = .45)

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปผล

หญิงในระยะคลอดมีความกลัวการคลอดบุตรในระดับรุนแรง แสดงให้เห็นว่า หญิงในระยะคลอดมีการคาดการณ์และได้รับประสบการณ์การคลอดในทางลบ ซึ่งหญิงในระยะคลอดที่มีความกลัวการคลอดบุตรในระยะคลอดสูงและมีอายุน้อยจะมีความกลัวการคลอดบุตรสูง ซึ่งความกลัวการคลอดบุตรในระยะคลอดและอายุสามารถร่วมกันทำนายความกลัวการคลอดได้ด้วยขนาดของผลสูง

ข้อเสนอแนะต่อการนำผลการวิจัยไปใช้

หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มที่จะมีความกลัวการคลอดบุตรสูงกว่าผู้ที่มีอายุมาก ดังนั้นในการออกแบบการพยาบาล เพื่อลดความกลัวการคลอดบุตรควรเพิ่มการพยาบาลที่สอดคล้องกับอายุของหญิงตั้งครรภ์ โดยอาจเพิ่มการประเมินทางด้านจิต จิตสังคม เช่น ความวิตกกังวลต่อการเลี้ยงดูบุตร ความวิตกกังวลต่อค่าใช้จ่าย ในส่วนของการแรกรับที่ห้องคลอดนั้น อาจเพิ่มการประเมินความกลัวการคลอดบุตรในระยะคลอด และความคาดการณ์เกี่ยวกับการคลอดครั้งนี้ไว้ในการประเมินแรกรับเพื่อให้สามารถวางแผนการพยาบาลได้ครอบคลุมความต้องการของผู้คลอดมากขึ้น

ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะปัจจัยด้านผู้คลอดดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควร

เพิ่มปัจจัยด้านครอบครัว สังคม นอกจากนั้นควรมีการศึกษาติดตามผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อมารดา ทารก และครอบครัวระหว่างมารดาหลังคลอดที่มีระดับความกลัวการคลอดบุตรที่แตกต่างกัน

References

1. Nilsson C, Hessman E, Sjoblom H, Dencker S, Jangsten E, Mollberg M, et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 2018;18(1):28. doi: 10.1186/s12884-018-1659-7.
2. Kammeeon S., Rujirapraser N. Relationship between maternal age, gestational age, number of pregnancies and fears associated with pregnancy and childbirth in pregnant women. Journal of Nursing Science and Health. 2016;32(2): 147-54. (in Thai).
3. Wigert H, Nilsson C, Dencker A, Begley C, Jangsten E, Sparud-Lundin C, et al. Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. Int J Qual Stud Health Well-being. 2020;15(1):1704484. doi: 10.1080/17482631.2019.1704484.
4. Hildingsson I, Rubertsson C, Karlström A, Haines H. A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth- birth outcome and women's experiences of intrapartum care. Sex Reprod Healthc. 2019;21:33-8. doi: 10.1016/j.srhc.2019.06.004.

5. Sansiriphun N. Fear of Childbirth. Nursing Journal. 2013;40(Suppl):103-21. (in Thai).
6. Prabdin J, Phumdoung S, Thitimapong B. Fear of childbirth among pregnant teenagers in the third trimester and its related factors. Journal of Nursing Science and Health. 2017;40(2):96-106. (in Thai).
7. Kaewya P, Sillapachai F. Fear of childbirth among adolescent postpartum mothers and related factors. Nursing Journal. 2019;45(4):26-36. (in Thai).
8. Khwanyuen N, Sansiriphun S, Supavititpatana B. Factors predicting fear of childbirth among pregnant women. Nursing Journal. 2017;44(4):24-35. (in Thai).
9. Khorsuk C, Anusornteerakul S. Nursing care to reduce fear of childbirth. Journal of Nursing Science & Health. 2017;40(3): 160-70. (in Thai).
10. Phoeiklang P, Parisunyakul S, Ssansiriphun N. factors predicting fear of childbirth among postpartum women. Nursing Journal. 2016;43(4):44-54. (in Thai).
11. World Health Organization. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experiences. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018.
12. Vorapongsathorn T, Vorapongsthorn S. Sample size determination in research using program G*Power. Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health. 2018:11-21. (in Thai).
13. Simmonds P. Linear regression analysis primary agreement's test. Journal of Research and Curriculum Development. 2017;7(2):20-37. (in Thai).
14. Tupsai T, Xuto P, Chaloumsuk N. Social support, fear of childbirth, and childbirth self-efficacy among primigravidas. Journal of Nursing Science and Health. 2019;37(2):150-9. (in Thai).

ผลของการจัดการเรียนเชิงรุกโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน ต่อความรู้ ทักษะการอ่านและเขียนภาษาอังกฤษและทัศนคติ ต่อการเรียนของนักศึกษาพยาบาล

ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โปร์แมนน์* วรรณวดี ฅนัค** ปิยอร วจนะทินภัทร***

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาษาอังกฤษเป็นทักษะจำเป็นในวิชาชีพพยาบาล แต่นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มั่นใจในการใช้ภาษาอังกฤษ การจัดการเรียนโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน ทำให้นักศึกษาได้ลงมือปฏิบัติจริง และสามารถพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษได้

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทักษะการอ่าน เขียนภาษาอังกฤษ และทัศนคติต่อการเรียนของนักศึกษาพยาบาล

วิธีการวิจัย : การวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง ตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปี 3 จำนวน 77 คน เครื่องมือที่ใช้คือ 1) การจัดการเรียนโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 3) แบบทดสอบความรู้ 4) แบบสอบถามการรับรู้ทักษะการอ่านและการเขียนภาษาอังกฤษ 5) แบบสังเกตทักษะการอ่านและการเขียนภาษาอังกฤษ 6) แบบสอบถามทัศนคติต่อการเรียน และ 7) แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์ในการเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที และการทดสอบวิลค็อกซัน

ผลการวิจัย : ตัวอย่างมีความรู้หลังเรียนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การรับรู้ทักษะการอ่าน ($t(df) = 21.062(76)$, $p < .001$) และการเขียนภาษาอังกฤษ ($t(df) = 23.605(76)$, $p < .001$) หลังเรียนดีขึ้น ทักษะการอ่านอยู่ในระดับปานกลางทั้ง Text book ($M = 2.27$, $SD = 0.47$) และ Research abstract ($M = 2.03$, $SD = 0.61$) ทักษะการเขียนอยู่ในระดับปานกลาง ทั้ง Focus charting ($M = 2.51$, $SD = 0.46$) Business script ($M = 2.61$, $SD = 0.17$) และ Academic script ($M = 2.61$, $SD = 0.27$) ส่วนทัศนคติต่อการเรียนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(df) = 9.801(76)$, $p < .001$)

สรุปผล : การจัดการเรียนโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน ช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะการอ่านและเขียนภาษาอังกฤษ และทัศนคติต่อการเรียนของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ : การเรียนโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน ภาษาอังกฤษ นักศึกษาพยาบาล การอ่าน การเขียน

*สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี, E-mail: suparpit@gmail.com

**คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

Received: January 5, 2021

Revised: February 19, 2021

Accepted: April 19, 2021

Effects of Activity-Based Learning on English knowledge, reading and writing skills and attitude towards learning of nursing students

Suparpit Maneesakorn von Bormann* Wanwadee Napark** Piyaorn Wajanatinapart***

Abstract

Background: Reading and writing English are essential skills for the nursing profession. However, most nursing students are not confident in using English. Activity-Based Learning (ABL) is an active learning method that can potentially improve English skills in nursing students.

Objectives: This research aimed to compare English knowledge, reading and writing skills and attitude towards learning of nursing students.

Methods: This study was pre-post-test research. The sample consisted of 77 third-year nursing students. Research instruments were composed of 1) Activity-Based Learning, 2) a general information questionnaire, 3) a test of knowledge in English reading and writing, 4) a questionnaire for perceived and actual skills in English reading and writing, 5) an observation form for reading and writing skills by instructors, 6) a questionnaire assessing students' attitudes toward the ABL, and 7) an interview form relating to experiences in ABL. Data were analyzed using descriptive statistics, paired sample t-test, and Wilcoxon signed-rank test.

Results: Most participants' knowledge in English reading and writing scores at a post-test were significantly higher than that of the pretest ($p < .001$). At a post-test, perceived skills in English reading ($t(df) = 21.062(76)$, $p < .001$) and writing scores ($t(df) = 23.605(76)$, $p < .001$) were also statistically higher. Skills in reading evaluated by instructors were at a moderate level for both textbook ($M = 2.27$, $SD = 0.47$), and research abstracts ($M = 2.03$, $SD = 0.61$). Writing skills evaluated by the instructors were at a moderate level for focus charting ($M = 2.51$, $SD = 0.46$), business script ($M = 2.61$, $SD = 0.17$), and academic script ($M = 2.61$, $SD = 0.27$). Attitude towards ABL improved at post-test ($t(df) = 9.801(76)$, $p < .001$).

Conclusions: Activity-Based Learning improved knowledge, skills in English reading and writing and attitude towards learning of nursing students.

Keywords: activity-based learning, English, nursing student, reading, writing

*Institute of Nursing, Suranaree University of Technology, E-mail: suparpit@gmail.com

**Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

***Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

บทนำ

การอุดมศึกษาไทยในศตวรรษที่ 21 ต้องปรับตัวโดยเฉพาะทักษะด้านภาษาอังกฤษ¹ ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาภาษาอังกฤษจึงมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะในวิชาชีพพยาบาลที่จำเป็นต้องมีทักษะในการอ่านและเขียนภาษาอังกฤษ เพื่อจะได้ติดต่อสื่อสารและแสวงหาความรู้ใหม่ๆ ได้ แต่จากการศึกษา พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 517 คน มีทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 โดยรวมในระดับดี แต่มีทักษะการอ่านและเขียนภาษาอังกฤษในระดับต่ำที่สุดในทุกชั้นปี² ส่วนนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่กำลังจะสำเร็จการศึกษาไปเป็นพยาบาลวิชาชีพ³ พบว่า นักศึกษาจำนวน 422 คน จาก 10 วิทยาลัยพยาบาลประเมินตนเองว่า ส่วนใหญ่มีทักษะการฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาอังกฤษในระดับสื่อสารได้บ้างแต่ไม่คล่อง ซึ่งส่งผลกระทบไปถึงการทำงานตามหนึ่งในนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่จะผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางของการให้บริการสุขภาพ (Medical hub) ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาในบุคลากรสุขภาพที่ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพใน 13 เขตบริการสุขภาพทั่วประเทศ⁴ พบว่า ตัวอย่างประเมินตนเองว่ามีทักษะภาษาอังกฤษด้านการอ่าน การพูด และการเขียน อยู่ในระดับต่ำ และเมื่อศึกษาการรับรู้ของชาวต่างชาติต่อคุณภาพของการบริการสุขภาพในประเทศไทย⁵ พบว่าคุณภาพการบริการโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่ผู้ให้บริการสุขภาพมีปัญหาการสื่อสารภาษาอังกฤษ ดังนั้นการพัฒนาทักษะในส่วนนี้จึงเป็นเรื่องสำคัญ โดยจากการศึกษารูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล⁶ พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ชอบวิธีการเรียนรู้แบบ

ร่วมมือเป็นส่วนใหญ่ เช่น การอภิปรายกลุ่มย่อย การสัมมนา การแสดงบทบาทสมมติ รองลงมาได้แก่ รูปแบบการเรียนรู้แบบฟังพา ทั้งนี้ในยุคศตวรรษที่ 21 การเรียนการสอนในสถาบันการศึกษาจำเป็นต้องมีการปรับรูปแบบการสอนเพื่อตั้งศักยภาพผู้เรียน พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจและแรงบันดาลใจให้เกิดขึ้น นำไปสู่การใฝ่เรียนรู้และต่อยอดเกิดเป็นวัฒนธรรมการเรียนรู้ตลอดชีวิต (life-long learning) และสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้¹ ซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 มาตรา 24 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2553 โดยครูซึ่งเป็นผู้จัดกระบวนการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้ประยุกต์ใช้ความรู้ ผูกการคิดการแก้ปัญหา ผ่านการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง⁷ การที่จะฝึกให้ผู้เรียนได้มีโอกาสคิดและได้ผลลัพธ์การเรียนรู้ ครูจะต้องออกแบบการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เน้นผลลัพธ์ (Outcome-based education) มากขึ้น รูปแบบการเรียนรู้ก็จะเปลี่ยนเป็นวิธีการเรียนแบบเชิงรุก (Active learning) ซึ่งมีที่มาจากแนวคิดทางการศึกษาที่เน้นการสร้างองค์ความรู้ใหม่ (Constructivist)⁸ โดยผู้เรียนเป็นผู้บูรณาการความรู้ใหม่กับประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า วิธีการสอนโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน (Activity-Based Learning: ABL) เป็นการจัดการเรียนการสอนแบบ Active Learning ที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ มีความน่าสนใจและเหมาะสมกับลักษณะของนักศึกษายุคปัจจุบัน ประกอบกับยังไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนที่เน้นรูปแบบกิจกรรมที่หลากหลายในรายวิชาภาษาอังกฤษสำหรับนักศึกษาพยาบาลไทยมาก่อน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการจะประเมินผลการจัดการเรียนโดยใช้กิจกรรมเป็นฐานด้านการอ่านและการเขียนภาษาอังกฤษ โดยคาดหวังว่านักศึกษาจะมีความรู้ มีทัศนคติที่ดีต่อการเรียนภาษาอังกฤษ ตลอดจนมีทักษะการอ่านและการเขียนภาษาอังกฤษดีขึ้น นำไปสู่การเป็นผู้ใฝ่รู้ใฝ่เรียนตลอดชีวิตต่อไป

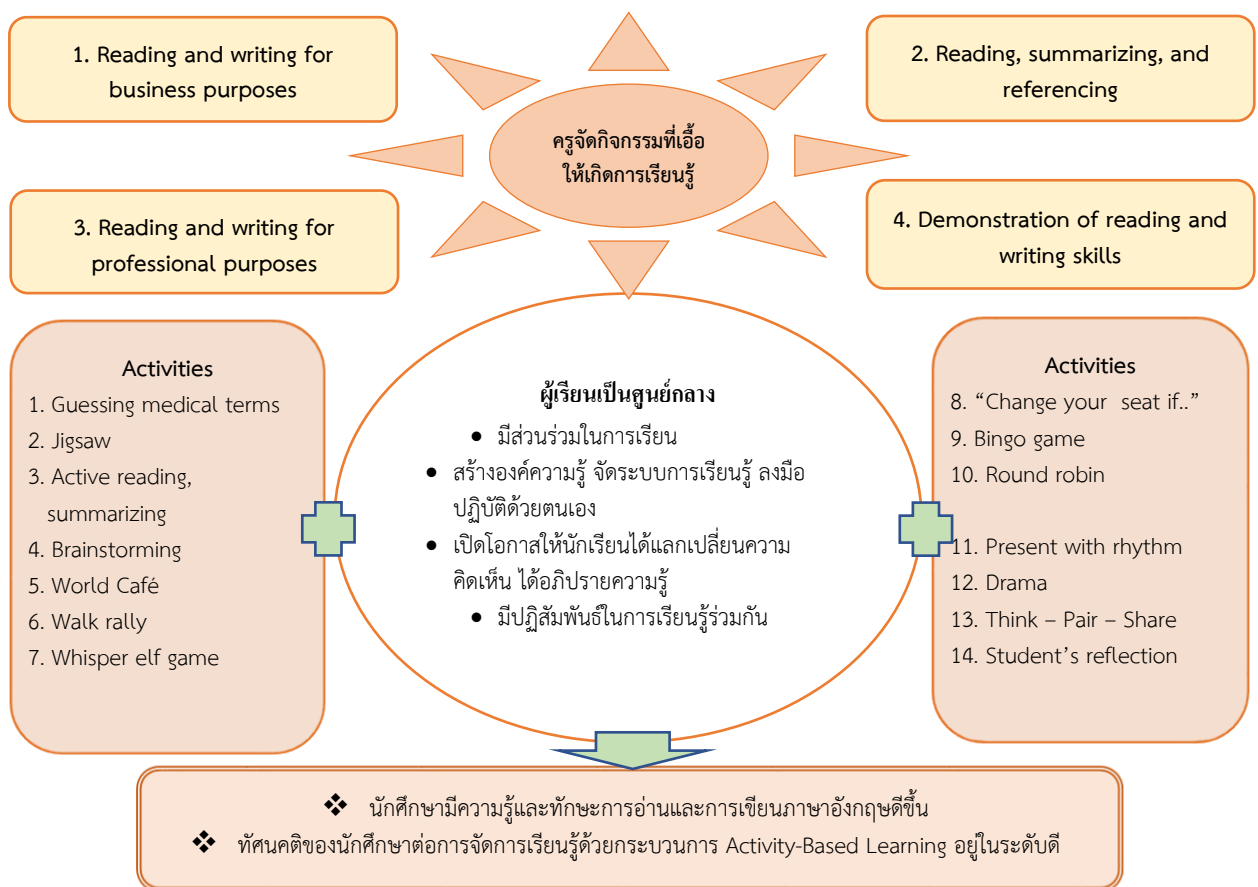
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะการอ่านเขียนภาษาอังกฤษก่อนและหลังเรียน และทัศนคติต่อการเรียนโดยใช้กิจกรรมเป็นฐานของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิด

การจัดการเรียนโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน⁸ ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบเชิงรุก (active learning) ที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วม

โดยการสร้างปฏิสัมพันธ์ บูรณาการข้อมูล สู่การสร้างความคิดรวบยอด พัฒนาศักยภาพในการคิด การแก้ปัญหา การประยุกต์ใช้ความรู้ หลักการของการจัดการเรียน มีดังนี้⁹ 1) ครูตั้ง “ผลลัพธ์” แล้วออกแบบ “กิจกรรมการเรียนรู้” เพื่อมุ่งสู่ “ผลลัพธ์” นั้น 2) ครูทำหน้าที่เป็น “วิทยากรกระบวนการ” ในการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้ผู้เรียนคิดได้ และ “เรียนรู้” ด้วยตนเอง ดังนั้น ผู้เรียนจึงเป็น “ศูนย์กลาง” ของการเรียนรู้ 3) การศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ จึงเป็น “แนวระนาบ” ที่ครูจะเรียนรู้ร่วมกับนักศึกษา 4) การศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ใช้วิธีการเรียนรู้ด้วยกิจกรรม และการลงมือปฏิบัติ 5) ต้องให้ผู้เรียนได้สรุปบทเรียน การเรียนรู้ (reflection) และมีการประเมิน “ผลลัพธ์” ในการเรียนรู้แต่ละครั้ง ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกลุ่มเดี่ยว วัดผลก่อน-หลัง (Pre-test post-test research design) ดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2562 ถึง ตุลาคม 2563

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรและตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียวกัน ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 จำนวน 77 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ นักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชา ภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพพยาบาล 2 ซึ่งเปิดขึ้น เป็นครั้งแรกในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2562 เกณฑ์การยุติการศึกษา คือ นักศึกษาที่ไม่สามารถเข้าร่วมการประเมินก่อน และหลังการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือทดลอง คือ การจัดการเรียนโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน (ABL) หมายถึง กระบวนการจัดการเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียน ได้มีส่วนร่วมตั้งแต่การวางแผนการจัดการเรียนรู้ มีการสร้างปฏิสัมพันธ์และร่วมมือกัน กิจกรรมที่ใช้มี 16 กิจกรรม (ดังแสดงใน แผนภาพที่ 1) มีการเรียนการสอน 12 สัปดาห์ๆ ละ 3 ชั่วโมง โดยแบ่งนักศึกษาเป็น 3 ส่วน (Section) มีครู Section ละ 1 คน โดยคละเกรด ภาษาอังกฤษและเกรดเฉลี่ย ดังนี้ Section 1 จำนวน 25 คน (เกรดเฉลี่ย 2.93) Section 2 จำนวน 26 คน (เกรดเฉลี่ย 2.88) Section 3 จำนวน 26 คน (เกรดเฉลี่ย 2.83) ครูทั้ง 3 คนใช้คู่มือการสอนและ แผนการสอนที่ออกแบบร่วมกัน

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ย

2.2 แบบทดสอบความรู้ด้านการอ่านและการเขียนภาษาอังกฤษ 30 ข้อเป็นปรนัย 4

ตัวเลือกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น คะแนน 0-30 แบ่ง ระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 0-10 = น้อย 11-20 = ปานกลาง 21-30 = สูง

2.3 แบบสอบถามการรับรู้ทักษะการอ่านและการเขียนภาษาอังกฤษ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็น ข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 10 ข้อเป็นแบบ มาตรฐานประมาณค่า (Rating scale) 5 ตัวเลือก โดย 5 = มีการรับรู้ทักษะในระดับมากที่สุด และ 1 = น้อยที่สุด แบ่งเป็นข้อคำถามด้านการอ่าน 5 ข้อและด้านการเขียน 5 ข้อ คะแนนแต่ละด้าน อยู่ในช่วง 1-25

2.4 แบบสังเกตทักษะการอ่านและการเขียนภาษาอังกฤษโดยครู ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็น ข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 6 ข้อ เป็นแบบ Rating scale 4 ตัวเลือก โดย 3 = มีทักษะดีมาก 0 = ไม่มีทักษะเลย คะแนนอยู่ในช่วง 0-18 การ แปลผลคะแนน 0-3.60 = ไม่มีทักษะ 3.70-7.20 = มีทักษะน้อย 7.30-10.80 = มีทักษะปานกลาง 10.90-14.40 = มีทักษะดี และ 14.50-18.00 = มีทักษะดีมาก

2.5 แบบสอบถามทัศนคติต่อการเรียนโดย ใช้กิจกรรมเป็นฐาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นข้อคำถาม เชิงบวกจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบ Rating scale 5 ตัวเลือก โดย 5 = มีทัศนคติดีมาก และ 1 = มีทัศนคติไม่ดี คะแนนอยู่ในช่วง 1-50 การแปลผล คะแนน 1-10 = ทัศนคติไม่ดี 11-20 = ทัศนคติไม่ ค่อยดี 21-30 = ทัศนคติปานกลาง 31-40 = ทัศนคติดี และ 41-50 = ทัศนคติดีมาก

2.6 แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์ในการเรียนรู้ด้วยกระบวนการใช้กิจกรรมเป็นฐาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) สิ่งที่ชอบ และ 2) สิ่งที่ยากให้ปรับปรุงในการเรียนแบบ ใช้กิจกรรมเป็นฐาน

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินที่สร้างขึ้นได้นำมาหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลและสาธารณสุขผู้มีประสบการณ์ด้านการสอนภาษาอังกฤษสำหรับนักศึกษาพยาบาล จำนวน 3 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ .89 ทั้งสามฉบับ จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปี 2 จำนวน 30 คนเพื่อหาค่าความเที่ยง (reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ผลดังนี้ แบบสอบถามการรับรู้ทักษะการอ่านและการเขียนภาษาอังกฤษ $r = .93$ และแบบสอบถามทัศนคติต่อการเรียนโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน $r = .85$

สำหรับแบบทดสอบความรู้ด้านการอ่านและการเขียนภาษาอังกฤษ นำไปทดสอบกับนักศึกษาที่มีลักษณะคล้ายตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วมาหาค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนก และคัดเลือกข้อที่มีค่าความยากง่ายระหว่าง .20-.80 และค่าอำนาจจำแนก .20 ขึ้นไปได้ข้อสอบจำนวน 30 ข้อ

ความเชื่อมั่นระหว่างครูผู้สอน

ครูทุกคนจบการศึกษาระดับปริญญาเอกทางการพยาบาลจากประเทศอเมริกา 2 คน และสหราชอาณาจักร 1 คน มีประสบการณ์ในการสอนภาษาอังกฤษสำหรับนักศึกษาพยาบาลร่วมกันวางแผน ออกแบบวิธีจัดการเรียนการสอน สร้างแผนและสื่อการสอน ประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) ร่วมกัน 3 ครั้ง เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน โดยแบบสังเกตทักษะการอ่านและการเขียนภาษาอังกฤษโดยครุมี inter-rater reliability เท่ากับ .87

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ได้รับการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี COA No. EC-62-102 ลงวันที่ 11 ธันวาคม 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบนักศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามและให้ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยเช่นยินยอม แล้วให้นักศึกษาตอบแบบสอบถามก่อนเรียน โดยระหว่างดำเนินการวิจัยครูสังเกตทักษะการอ่านและการเขียนภาษาอังกฤษของนักศึกษา และหลังการวิจัย นักศึกษาทำแบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ และแบบสอบถามทักษะการอ่าน และการเขียนภาษาอังกฤษ

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความรู้ก่อนและหลังเรียนวิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบวิลค็อกซัน (Wilcoxon signed-rank test) เนื่องจากข้อมูลกระจายไม่โค้งปกติ (non-normal distribution)
3. เปรียบเทียบการรับรู้ทักษะการอ่าน การเขียน และทัศนคติก่อนและหลังเรียน โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired sample t-test)
4. ทัศนคติก่อนและหลังเรียน ทักษะการอ่านและการเขียนที่ครูสังเกต วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังเรียน

ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.80) อายุเฉลี่ย 20.71 ปี (Min = 20, Max = 25)

เกรดเฉลี่ย 2.93 (Min = 2.25, Max = 3.85) ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังเรียนโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test พบว่าคะแนนความรู้หลังเรียนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ภาษาอังกฤษก่อนและหลังเรียน (N = 77 คน)

	Range	M	SD	คะแนนเฉลี่ยที่ต่างกัน M(SD)	p	Z
ก่อนเรียน	6.00-24.00	12.13	2.957			
หลังเรียน	11.00-30.00	24.77	4.707	12.64 (5.66)	.000*	-7.506

*p < .001

2. คะแนนทักษะการอ่านและการเขียนภาษาอังกฤษประเมินโดยครูหลังเรียน

เมื่อประเมินโดยครูหลังเรียน พบว่าคะแนนทักษะการอ่านสำหรับตำรา (Text book) (M = 13.62, SD = 2.80) และบทคัดย่อวิจัย (Research abstract) (M = 12.18, SD = 2.69) อยู่ในระดับดี ส่วนคะแนนทักษะการเขียน

ภาษาอังกฤษสำหรับการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) (M = 15.06, SD = 2.77) บทละครเชิงธุรกิจ (Business script) (M = 15.66, SD = 1.04) และ บทละครเชิงวิชาการ (Academic script) (M = 15.66, SD = 1.62) อยู่ในระดับดีมาก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนทักษะการอ่านและสรุปความภาษาอังกฤษประเมินโดยครูหลังเรียน (n = 77 คน)

ทักษะการอ่านภาษาอังกฤษ	Min	Max	Mean	SD	ระดับทักษะ
1. การอ่าน Text book	9.60	18.00	13.62	2.80	ดี
2. การอ่าน Abstract	3.60	17.64	12.18	2.69	ดี
3. การเขียน Focus charting	9.90	18.00	15.06	2.77	ดีมาก
4. การเขียน Business script	13.98	14.28	15.66	1.04	ดีมาก
5. การเขียน Academic script	10.98	17.10	15.66	1.62	ดีมาก

3. การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ทักษะการอ่านและการเขียนภาษาอังกฤษก่อนและหลังเรียน และทัศนคติ

ตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ทักษะการอ่านและการเขียนภาษาอังกฤษหลังเรียนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 21.062, p < .001 และ t = 23.605,

p < .001 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนทัศนคติต่อการเรียนก่อนเรียนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง (M = 29.92, SD = 5.76) ส่วนหลังเรียนมีคะแนนทัศนคติเฉลี่ย อยู่ในระดับดี (M = 35.12, SD = 4.61) โดยคะแนนทัศนคติหลังเรียนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 9.801, p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ทักษะการอ่านและการเขียนภาษาอังกฤษก่อนและหลังเรียนและทัศนคติ (n = 77 คน)

	คะแนน		คะแนนเฉลี่ย	t	p
	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	ที่ต่างกัน		
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
การรับรู้ทักษะการอ่าน	19.71(2.75)	12.26(2.97)	7.45(3.10)	21.062	.000*
การรับรู้ทักษะการเขียน	18.12(2.88)	9.22(3.06)	8.89(3.30)	23.605	.000*
ทัศนคติข	35.12(4.61)	29.92(5.76)	5.19(4.65)	9.801	.000*

*p < .001

อภิปรายผล

1. ความรู้ด้านการอ่านและการเขียนภาษาอังกฤษ

นักศึกษา มีเกรดเฉลี่ยก่อนเรียนค่อนข้างน้อยแต่สามารถเพิ่มคะแนนความรู้เกี่ยวกับการอ่าน และเขียนภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพ และเชิงธุรกิจมากกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากการเรียนการสอนโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน เน้นการเรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติ (hands on) ในกิจกรรมที่หลากหลาย ช่วยให้มีการเรียนรู้จากภายในใจและสมองของตนเอง ทำให้เกิดความจำระยะยาว¹⁰ การเรียนการสอนในวิชานี้ควรออกแบบ เพื่อให้ผู้เรียนได้มีทำงานกลุ่มย่อย และเปลี่ยนกลุ่มให้พบเพื่อนใหม่ๆ ทำให้ตัวอย่างได้เรียนรู้วิธีการเรียนและการทำงานจากเพื่อนที่มีความสามารถต่างๆ กัน เป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้แบบปิรามิดของ Edgar Dale ที่กล่าวว่า การเรียนแบบเป็นทีม (teaming active) เป็นส่วนที่อยู่ในฐานกว้าง ทั้งนี้ การเรียนรู้จากการสอนผู้อื่นหรือการนำไปใช้ทันที (teaching others/immediate use) เป็นวิธีการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้เรียนมีความคงทนของการเรียนรู้มากที่สุด ร้อยละ 90.00

และการเรียนรู้ด้วยการลงมือกระทำ (learning by doing) ร้อยละ 75¹¹ ดังจะเห็นได้จากการที่ตัวอย่างสะท้อนผลการเรียนรู้ว่า “หนูชอบที่อาจารย์ให้จัดกลุ่มกันเอง ทำให้พวกเราได้ฝึกทำงานเป็นทีม แบ่งกันนำ แบ่งกันตาม แสดงความคิดเห็น ทำให้เห็นความสามารถของเพื่อนๆ” (ผู้เรียน 1) “ผมชอบที่พวกเราช่วยกันคิด ทำให้สร้างสรรค์สิ่งต่างๆ จากพวกเราเอง อย่างมากให้สอดคล้องกับละครที่เลือกมาแสดง อีกทั้งบทพูดทำให้เราได้ฝึกทักษะ มันใจมากขึ้นกับการพูดภาษาอังกฤษ” (ผู้เรียน 5) “หนูชอบที่อาจารย์คอยกระตุ้นให้พวกเราได้พูด ได้แสดงออก จัดกิจกรรมที่เอื้อให้เข้าใจเนื้อหา ชอบมากที่อาจารย์ไม่กดดัน และชมเชย คอยช่วยเหลือถ้าพวกเราติดขัดในการเขียนบทต่างๆ” (ผู้เรียน 9) “ช่วงเรียนในบทต่างๆ ทำให้หนูได้ฝึกเขียนอีเมลตามหลักการที่ถูกต้อง ได้เขียนบทละครที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพพยาบาล ได้ดูแลคนที่เพื่อนแสดงเกี่ยวกับวิชาชีพพยาบาล ช่วยให้นำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันและในวิชาชีพพยาบาลและใช้เวลาไปสมัครงานหรือเรียนต่อ” (ผู้เรียน 25)

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษา⁶ ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่

ขอวิธีการเรียนรู้ที่ศึกษาค้นคว้าส่วนใหญ่ขอวิธีการเรียนรู้แบบร่วมมือ เป็นส่วนใหญ่ เช่น การอภิปรายกลุ่มย่อย สัมมนา การแสดงบทบาทสมมติ ซึ่งเป็นวิธีการเรียนรู้แบบผสมผสานกันและสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพหากครูได้ออกแบบการเรียนการสอนแบบ Active learning นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับอีกการศึกษา¹² ที่ศึกษาประสิทธิภาพของวิธีการสอนกับรูปแบบการเรียนที่นักศึกษาชอบ และพบว่า นักศึกษาพยาบาลขอวิธีการเรียนแบบที่ได้ลงมือปฏิบัติมากที่สุด เพราะช่วยให้เข้าใจในเนื้อหาวิชาเป็นอย่างดี และอีกการศึกษา¹³ ที่พบว่ากิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลายและกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้งห้า ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหามากยิ่งขึ้นและมีความสุข สนุกกับการเรียนในชั้นเรียน ครูจึงควรออกแบบการเรียนการสอนที่ผสมผสานวิธีการเรียนรู้ที่หลากหลายเพื่อสร้างบรรยากาศในชั้นเรียนและส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนให้แก่นักศึกษาต่อไป

2. ทักษะการอ่านและการเขียนภาษาอังกฤษ

ทักษะการอ่านและการเขียนภาษาอังกฤษจะพัฒนาได้ต้องอาศัยการฝึกฝนและการทำซ้ำ จนเกิดความมั่นใจ กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ มีการรับรู้ทักษะการอ่านภาษาอังกฤษหลังเรียนเพิ่มขึ้น ส่วนการรับรู้ทักษะการเขียนภาษาอังกฤษหลังเรียนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินโดยครูที่ พบว่า หลังเรียนตัวอย่างมีทักษะการอ่านสรุปความภาษาอังกฤษ และทักษะการเขียนภาษาอังกฤษอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ทั้งนี้ อาจจะเนื่องมาจากการที่นักศึกษาได้มีโอกาสลงมือปฏิบัติจริงในทุกบทเรียน ผ่านบรรยากาศการเรียนการสอนที่ผ่อนคลายไม่กดดัน¹⁴ ผ่านการ

ทำกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น เกมจิ๊กซอว์ (Jigsaw) กิจกรรมแรลลี่วิชาการ (Walk rally) กิจกรรมพุดรอบวง (Round robin) นอกจากนี้ในช่วงปลายภาค นักศึกษาได้บูรณาการความรู้ที่ได้เรียนมาทั้งภาคการศึกษามาเขียนบท และแสดงละครในห้องสตูดิโอ ทำให้นักศึกษาเกิดความเชื่อมโยงและเห็นความสำคัญของสิ่งที่เรียนมาว่าสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะพัฒนาทักษะของตนเองต่อไป ดังนั้นการได้ฝึกทักษะย่อย ๆ จนถึงการบูรณาการทุกทักษะร่วมกันเป็นทักษะใหญ่ ซึ่งเป็นการฝึกฝนตามรูปแบบการเรียนการสอนทักษะปฏิบัติของเดวิส (instructional model for psycho - motor domain)¹⁵

นอกจากนี้ครูให้นักศึกษาเขียนสะท้อนคิด (reflection) เพื่อสรุปสิ่งที่ตนเองได้เรียนรู้ทุกครั้ง หลังสิ้นสุดการสอนในห้องเรียนทำให้นักศึกษาได้มีโอกาสทบทวนสิ่งที่เรียนมา และเขียนออกมาเป็นภาษาอังกฤษในเวลาพักผ่อนอย่างต่อเนื่อง และครูให้ข้อมูลป้อนกลับโดยทันที เน้นการชื่นชม และชี้ให้นักศึกษาเห็นจุดบกพร่อง เพื่อให้นักศึกษาได้มีแรงจูงใจพร้อมทั้งทราบจุดดี จุดด้อยของตนเอง เป็นเสมือนรางวัลที่ตอบสนองต่อการกระทำของนักศึกษา และนักศึกษาสามารถนำข้อเสนอแนะของครูไปปรับปรุงผลงานของตนเองในครั้งต่อไป เมื่อทำซ้ำๆ จะทำให้เกิดทักษะ และเกิดการพัฒนางานของตัวเองอย่างชัดเจน ตามแนวคิดการพัฒนาทักษะปฏิบัติของซิมพ์สัน (processes for psycho-motor skill development)¹⁶

3. ทศนคติต่อการเรียนโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน

ตัวอย่างมีทัศนคติต่อการเรียนโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน ก่อนเรียนเฉลี่ยอยู่ในระดับ

ปานกลางค่อนข้างน้อย ส่วนหลังเรียนตัวอย่างมีทัศนคติเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเรียนรู้ และการพัฒนาทักษะ และความรู้ด้านภาษาอังกฤษ คือ ทัศนคติของผู้เรียนต่อภาษาอังกฤษ ทัศนคติของครูผู้สอนภาษาอังกฤษ และต่อกระบวนการจัดการเรียนการสอนภาษาอังกฤษ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมในการเรียนรู้รวมทั้งผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียน สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁷ ที่พบว่า ทัศนคติมีผลทางบวกต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้เรียนโดยทั่วไปมีทัศนคติที่ดีต่อภาษาอังกฤษว่าเป็นภาษากลาง ตระหนักถึงความสำคัญของภาษาอังกฤษในการสื่อสาร และเรียนรู้ และมีทัศนคติที่ดีต่อครู ในงานวิจัยนี้แม้ว่าครูจะไม่ใช่ว่าเจ้าของภาษา (non-native English) แต่ครูทั้ง 3 คนได้จบการศึกษาทั้งในระดับปริญญาโท และปริญญาเอกจากต่างประเทศจึงมีความรู้ในการใช้ภาษาอังกฤษในระดับดี และสามารถอธิบายให้ผู้เรียนเข้าใจเป็นภาษาไทยได้ จากผลการวิจัยพบว่าทัศนคติของผู้เรียนต่อการจัดการเรียนโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน ก่อนเรียนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ได้แก่ ความมั่นใจในการฟัง พูด อ่าน เขียน และความกระตือรือร้นในการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน สำหรับการมีส่วนร่วม การมีโอกาสอธิบายหรือซักถาม การทำความเข้าใจเนื้อหา และการจัดกลุ่มแบบคณะกรรมการ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ในบางข้อที่ก่อนเรียนมีคะแนนเฉลี่ยน้อยหลังเรียนเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ยกเว้นการให้โอกาสในการอธิบายหรือถามคำถามมีค่าเฉลี่ยในระดับคงเดิม และพบว่า หลังเรียนผู้เรียนมี

ทัศนคติดีขึ้นกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้มี 4 หัวข้อที่มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ข้อบที่ ได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในชั้นเรียน ได้ทำความเข้าใจเนื้อหามากขึ้น มีการจัดกลุ่มแบบคณะกรรมการ ได้ลงมือปฏิบัติจริง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการจัดการเรียนโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน เป็นการเน้นที่ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ในการมีส่วนร่วม ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ เกิดความร่วมมือ เกิดการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมต่างๆ ที่หลากหลาย ครูยอมรับ เข้าใจ รับฟัง และให้โอกาสผู้เรียนได้ปฏิบัติจริงทำให้เกิดการพัฒนาทักษะด้านภาษาอังกฤษ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการทำงานทางวิชาชีพในอนาคต¹⁰ จึงอาจกล่าวได้ว่า การจัดการเรียนโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน เป็นรูปแบบการเรียนการสอนหนึ่งที่เหมาะสมในการนำมาใช้เพื่อพัฒนาทักษะกระบวนการ (process skill) ของผู้เรียนจากการคิดวิเคราะห์ การใช้เหตุผล การคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่เกิดขึ้นผ่านกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้เรียนต้องทำงานเป็นทีมในการใช้ทักษะ และประเมินผลงานของตนเอง และผู้อื่นอย่างสร้างสรรค์ ดังนั้นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่อาจส่งผลต่อทัศนคติของผู้เรียนต่อภาษาอังกฤษ ที่มีความจำเป็นต้องพัฒนา เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินชีวิต และการทำงานในอนาคต

การจัดการเรียนโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน ส่งผลให้ผู้เรียนมีทั้งประสบการณ์ที่ดี และการจัดการเรียนการสอนที่ให้ผู้เรียนได้มีกิจกรรมต่างๆ ระหว่างเรียนตลอดเวลา ทั้งเกมส์ การทำงานเป็นกลุ่ม การแสดงความคิดเห็น การทำแบบฝึกหัด การแสดงละคร เปิดโอกาสให้ใช้ทักษะการพูด การฟัง การอ่าน การเขียน ผ่านแต่ละบทเรียนตามลำดับ โดยมีสื่อการเรียนรู้อื่นๆ ที่ทันสมัย ทำให้ผู้เรียนมีความ

กระตือรือร้นตลอดเวลา เพราะต้องมีส่วนร่วมใน ทุกกิจกรรมที่กำหนด ทำให้สร้างบรรยากาศที่ดีใน ชั้นเรียน และส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และการ คิดสร้างสรรค์ อย่างไรก็ตามการจัดการเรียนโดย ใช้กิจกรรมเป็นฐานเป็นการจัดไปพร้อมกับ รายวิชาอื่น ทำให้ผู้เรียนรู้สึกเป็นภาระ จึง เสนอแนะเรื่องการลดจำนวนชิ้นงานลง หรือเปลี่ยน รูปแบบการนำเสนอผลงาน ดังข้อเสนอแนะของ นักศึกษาที่ว่า “หนูคิดว่าช่วงแสดงละครมันใกล้กับ การสอบมาก ทำให้เครียดไม่มีเวลาอ่านวิชาอื่นๆ ต้องเตรียมตัว คิดว่าถ้าลดกิจกรรมลง ลดงานลงก็ จะดี เหมาะกับหน่วยกิตด้วยค่ะ” (ผู้เรียน 37) “หนู คิดว่าถ้าจัดให้มีการแสดงละครในห้องเรียนก็จะไม่ กตสันมากค่ะ แล้วก็ไม่ต้องรบกวนเพื่อนกลุ่มอื่นๆ ด้วย ค่ะ ตอนพี่เค้าบันทึกเทปวิดีโอต้องมีการตัดต่อ ต้องจัดฉาก แสงสีเสียงตรงนี้ใช้เวลาพอควร” (ผู้เรียน 52) เป็นต้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การจัดการเรียนโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน ช่วยให้ผู้เรียนได้พัฒนาความรู้ ทักษะด้านการอ่าน และการเขียนภาษาอังกฤษ และพัฒนาทัศนคติที่ดี ต่อการเรียน ครูควรมีความเข้าใจในการจัดการ เรียนรู้ และประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับรายวิชาเพื่อ ผู้เรียนจะได้นำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการ ให้บริการสุขภาพอย่างมั่นใจต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีกิจกรรมควบคุมและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลของการจัดการเรียนแบบใช้กิจกรรมเป็นฐาน
2. ควรประเมินผลสัมฤทธิ์ของรายวิชาที่มีการจัดการเรียนโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถานพัฒนาคณาจารย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีที่สนับสนุนทุนวิจัย สถาบัน และขอบคุณคุณคุณสมจินต์ เปี้ยโคกสูงที่ อำนวยความสะดวกในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

References

1. Kachintorn U. 'Clinical Professor Dr. Udom Kachintorn' Assistant Minister of Education said 'University' in 21st Century must adapt to demand side [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 5]. Available from: <https://thaipublica.org/2018/09/udom-thammasat-gen-next-education/> (in Thai).
2. Turner K, Leungratanamart L, Niranrat S, Jamarerux J, Wattanakull B, Reunreang T. Twenty first century skills of nursing students of Boromarajonani College of Nursing, Chonburi. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2015;25(2):178-93. (in Thai).
3. Chantien P, von Bormann S, Boonpleng W. Readiness for ASEAN community of nursing students in Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2016;26(1):134-48. (in Thai).
4. Soonthorn S, Turner K, von Bormann S, Wichaikul S, Khamwong W, Ritruethai S. Knowledge, attitude and essential skills in English of healthcare personnel in 13 health service regions under the supervision of

- the Ministry of Public Health, Thailand. *Journal of Police Nurses*. 2019;11(2):453-63. (in Thai).
5. Turner K, von Bormann SM. Health service utilization behaviors and quality of care perceived by foreigners living in Thailand. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*. 2013;23(1):1-14. (in Thai).
 6. Visudtibhan PJ, Disornatiwat P. Learning Style Preferences of Nursing Students at Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2015;25(1):70-82. (in Thai).
 7. National Education Act of B.E. 2542 as amended by the act (no.2) B.E. 2545 and (no.3) B.E. 2553 [Internet]. 2009 [cited 2019 Oct 5]. Available from: [https://person.mwit.ac.th/01-Statutes/National Education.pdf](https://person.mwit.ac.th/01-Statutes/National%20Education.pdf). (in Thai).
 8. Activity-Based Learning [Internet]. 2010 [cited 2019 Oct 5]. Available from: http://www.siamdns.com/home/news_view.php?news_id=67&head_new_id=1&page=
 9. Thewanareumitkul P. A technique of teaching and learning method using active learning for creative learning [handout]. Bangkok: Suan Dusit University; 2017. (in Thai).
 10. Pantaewan P. Development of students in nursing profession. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2016;17(3):17-24. (in Thai).
 11. Dale E. *Audio-visual methods in teaching*. 3rd ed. New York: Dryden Press; 1969.
 12. Meehan- Andrews TA. Teaching mode efficiency and learning preferences of first year nursing students. *Nurse Educ Today*. 2009;29(1):24-32. doi: 10.1016/j.nedt.2008.06.007.
 13. Neamsakul W. Effects of teaching by using didactic strategies on learning achievement of environmental model of nursing: Florence Nightingale of the first-year nursing students. *Boromarajonani College of Nursing Uttaradit Journal*. 2016;8(1):84-98. (in Thai).
 14. Gomathi RD, Kiruthika P. Activity based language learning – an effective learning method. *Indian J Appl Res*. 2013;3(11):254-5. doi: 10.36106/ijar.
 15. Davies IK. *The management of learning*. London: McGraw-Hill; 1971.
 16. Simpson EJ. *The classification of educational objectives in the psychomotor domain*. Washington DC: Gryphon House; 1972.
 17. Nirattisai S. Attitudes, motivation, and English learning behavior of Phuket Rajabhat University students. *Humanities and Social Sciences*. 2018;9(2):138-70. (in Thai).

ผลของกิจกรรมส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเพศเชิงบวกต่อการรับรู้ความสามารถในการสื่อสารในครอบครัวของผู้ปกครองกับบุตรหลานวัยรุ่น

กนกวรรณ หวนศรี* พิมพิศา ศักดิ์ส่องเมือง** ชุตติวรรณ ปุรินทรภิบาล** ฉัตรวารีย์ แทนสุวรรณ***

บทคัดย่อ

บทนำ : การส่งเสริมการสื่อสาร เรื่องเพศเชิงบวกภายในครอบครัวเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการสื่อสารระหว่างผู้ปกครองกับบุตรหลานวัยรุ่น

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการสื่อสารในครอบครัวของผู้ปกครองกับบุตรหลานวัยรุ่นก่อน และหลังเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเพศเชิงบวก

วิธีการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวประเมินก่อนและหลัง ตัวอย่าง คือ บิดา มารดาหรือผู้ปกครอง ที่รับผิดชอบดูแลบุตรหลานอายุ 10-19 ปี ซึ่งศึกษาในโรงเรียนเทศบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 220 คน เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือ ชุดกิจกรรมส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเพศเชิงบวก พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวทางการสื่อสารในครอบครัวและทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม 1) แนะนำตัวผ่านภาพ 2) เส้นชีวิต 3) ย้อนรอยวัยรุ่น 4) เราทำแบบนี้กับลูกบ่อยไหม และ 5) การฟังอย่างตั้งใจ และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการสื่อสารของผู้ปกครอง ตรวจสอบความเที่ยงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบทีคู่

ผลการวิจัย : ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการสื่อสารแบบสนับสนุนการสนทนาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการสื่อสารแบบคล้อยตามกันหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผล : บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำกิจกรรมส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเพศเชิงบวกไปใช้สร้างความตระหนัก และฝึกทักษะการสื่อสารเรื่องเพศภายในครอบครัวได้ โดยคำนึงถึงบริบทของครอบครัวหรือชุมชน

คำสำคัญ : วัยรุ่น การรับรู้ความสามารถ การสื่อสารเรื่องเพศเชิงบวกในครอบครัว

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่, E-mail: blue_life0099@hotmail.com

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

***กองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองคอหงส์

Received: January 5, 2021

Revised: February 19, 2021

Accepted: April 19, 2021

Effect of a positive sex education communication programme on parental efficacy of communication in family to adolescent offspring

Kanokwan Hounsri* Pimpisa Saksornngmuang**

Shutiwan Purinthrapibul** Chatwaree Tansuwan***

Abstract

Background: Enhancing positive sex education communication is an important strategy to improve parents' efficacy in communication with adolescent offsprings.

Objective: To compare the efficacy of parental communication with their adolescent offspring before and after attending the positive sex education communication programme.

Methods: A one group quasi-experimental research using a pre-posttest design was conducted. The sample consisted of 220 fathers, mothers, or guardians who had been taking care of their adolescent offspring, aged between 10 and 19, and were studying at a municipality school. The positive sex education communication programme, developed and underpinned the Family Communication Guideline and the concept of Self-Efficacy Theory, which consists of five activities: 1) Self-introduction through pictures 2) A life timeline 3) Back to teenage lives 4) How often do you make your rules for your children? and 5) Active listening. The data were collected by using two sets of questionnaires including a general information record form and the perception of parental efficacy in communication with their adolescent offspring. for the latter having a reliability of .80 using Cronbach's Alpha Coefficient. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

Results: After attending the program, the mean score of efficacies of the supportive conversation was significantly higher than before attending the programme ($p < 0.05$), and the mean score of efficacies of the conformity orientation was significantly lower than before attending the programme ($p < 0.05$).

Conclusions: Health professions could appropriately apply this programme to promote families' awareness and skill in terms of positive sex education communication for adolescents.

Keywords: adolescents, parental efficacy, positive sex education communication

*Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand, E-mail: blue_life0099@hotmail.com

**Faculty of Nursing, Prince of Songkla University Songkhla, Thailand.

***Social Welfare Division, Kho Hong City Municipality, Songkhla, Thailand.

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาสำคัญของสังคมไทยที่มีความซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อในมิติต่างๆ ทั้งต่อวัยรุ่น สังคม เศรษฐกิจ และการสาธารณสุขของประเทศ จากรายงานวัยรุ่นตั้งครรภ์ในประเทศไทย¹ พบว่าอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.50 ต่อประชากรหญิงคลอดทั้งหมด 72,566 คน โดยอาชีพของวัยรุ่นก่อนตั้งครรภ์กว่าครึ่งเป็นนักเรียน นักศึกษา (ร้อยละ 38.00) และผู้ที่ศึกษานอกระบบโรงเรียน (ร้อยละ 13.00) สถานการณ์เหล่านี้ส่งผลให้วัยรุ่นเปลี่ยนแปลงบทบาทสู่การเป็นวัยผู้ใหญ่ในรูปแบบของ “พ่อแม่วัยรุ่น” ที่เร็วเกินไป ซึ่งอาจนำไปสู่การขาดโอกาสทางการศึกษา ขาดอาชีพ และรายได้ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง²

สาเหตุของการตั้งครรภ์วัยรุ่นในปัจจุบันเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ การขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องเพศ และการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง การมีเพศสัมพันธ์จากอิทธิพลของการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด ความยากจน และการขาดที่ปรึกษา³ ปัจจุบันมีมาตรการต่างๆ ในการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่น การสอนเพศศึกษาในโรงเรียน การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยและการคุมกำเนิดในวัยรุ่น รวมทั้งการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตร อย่างไรก็ตามการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษายังมีข้อจำกัดในเรื่องการสื่อสารเชิงบวกเรื่องเพศ ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเกิดจากทัศนคติของผู้สอนที่ยังคงอนุรักษ์นิยม ไม่กล้าพูดคุยเรื่องเพศอย่างตรงไปตรงมา³⁻⁴ ทำให้การจัดการปัญหานี้ไม่ได้ผลที่ตึก

ในมิติของการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวไทย แม้ว่าผู้ปกครองจะเป็นบุคคลที่มี

อิทธิพลมากที่สุดต่อทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศของบุตรหลานแต่กลับพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่คิดว่าตนเองไม่สามารถที่จะสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรได้ บางคนอายุที่จะพูดคุย ไม่รู้จะเริ่มต้นเวลาใดและอย่างไร⁵ นอกจากนี้บางครอบครัวยังมีความเชื่อว่า เรื่องเพศเป็นสิ่งที่ควรปกปิด ไม่ควรนำมาสอนหรือพูดคุยในครอบครัว การพูดคุยเรื่องเพศจะเป็นการชี้โพรงให้กระรอกและเป็นดาบสองคม อีกทั้งยังห้ามบุตรสาวไม่ให้คบหากับเพื่อนต่างเพศหรือมีแฟน เพื่อให้คงไว้ซึ่งวัฒนธรรมจารีตของไทย⁶ ดังนั้น การสร้างความรู้ ความเข้าใจให้แก่ผู้ปกครองให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงและสามารถสื่อสารเรื่องเพศเชิงบวกกับบุตรหลานได้จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อลดช่องว่างการสื่อสารภายในครอบครัว และสนับสนุนให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือให้วัยรุ่นเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁷⁻⁸

หลักสูตร “โรงเรียนพ่อแม่” พัฒนาขึ้นโดยความร่วมมือระหว่างองค์กรแพททูเฮลท์ และบริษัทเซฟรอนประเทศไทยสำรวจและผลิตจำกัด ดำเนินการในพื้นที่จังหวัดสงขลาเพื่อช่วยแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ซึ่งพบว่า ในปี 2557-2558 จังหวัดสงขลา มีอัตราการคลอดของหญิง อายุ 15-19 ปี เท่ากับ 39.26 ต่อประชากรพันคน และอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี เท่ากับ 20.12 ต่อประชากรพันคน⁹ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดคือไม่เกิน 10 ต่อประชากรพันคน นำไปสู่การจัดทำหลักสูตร “โรงเรียนพ่อแม่” เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ปกครองที่มีบุตรหลานวัยรุ่น มีความรู้ ความเข้าใจ และเกิดทัศนคติที่ดีในเรื่องการสื่อสารเรื่องเพศ โดยใช้แนวทางการสื่อสารในครอบครัวและทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่ง

ตนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ทั้งนี้แนวทางการสื่อสารในครอบครัว¹⁰ จะสนับสนุนทักษะการสื่อสารแบบสนับสนุนการสนทนา ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมโดยธรรมชาติและเปิดโอกาสให้สนทนากันได้ทุกเรื่อง และลดการสื่อสารแบบคล้ายตามกันที่เป็นการเชื่อฟังผู้มีอำนาจในระบบครอบครัวภายใต้กฎเกณฑ์ที่เข้มงวด โดยใช้กระบวนการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง¹¹ ประกอบด้วย การใช้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น การได้รับคำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางสรีระและอารมณ์ ในการออกแบบชุดกิจกรรมของหลักสูตร

กิจกรรมภายใต้หลักสูตร “โรงเรียนพ่อแม่” เน้นการพัฒนาทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการสื่อสารเรื่องเพศอย่างสร้างสรรค์ภายในครอบครัว ซึ่งได้จัดกิจกรรมดังกล่าวมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปี 2557 จนถึงปัจจุบัน อย่างไรก็ตามการดำเนินงานดังกล่าวยังขาดการติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม จึงนำมาสู่การศึกษาเพื่อประเมินผลลัพธ์ของกิจกรรมส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเพศเชิงบวกต่อการรับรู้ความสามารถในการสื่อสารในครอบครัวระหว่างผู้ปกครองกับบุตรหลานวัยรุ่น เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการปรับปรุงแก้ไขกิจกรรมภายใต้หลักสูตรในอนาคต และเป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานหรือองค์กรในการส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเพศทางบวกในครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการสื่อสารในครอบครัวของผู้ปกครองกับบุตรหลานวัยรุ่นก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเพศเชิงบวก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-posttest design)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นบิดา มารดา หรือผู้ปกครองของนักเรียนวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในโรงเรียนเทศบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา การวิจัยนี้ใช้ตัวอย่าง 220 คน จากผู้ที่มีบทบาทเป็นบิดา มารดา หรือผู้ปกครองที่รับผิดชอบดูแลวัยรุ่นที่อยู่ในช่วงอายุ 10-19 ปี อาศัยในเขตเทศบาลของจังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นพื้นที่นำร่องของโครงการส่งเสริมสุขภาวะและลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของ องค์การแพชทุเฮลท์ สามารถสื่อสารทั้งการฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้และเข้าร่วมได้ตลอดการดำเนินกิจกรรมของหลักสูตร “โรงเรียนพ่อแม่” รวมทั้งยินยอมในการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการจัดกิจกรรม การสื่อสารระหว่างพ่อแม่ผู้ปกครองกับบุตรหลาน เพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางเพศในเยาวชน ซึ่งพัฒนาโดยองค์การแพชทุเฮลท์ เนื้อหาของชุดกิจกรรมสอดคล้องกับกระบวนการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง¹¹ ที่เชื่อว่าเมื่อผู้ปกครองรับรู้สมรรถนะของตนเองในการสื่อสารเรื่องเพศเชิงบวก ทำให้สามารถสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรหลานวัยรุ่นในครอบครัวได้อย่างมั่นใจ การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการสื่อสารเรื่องเพศเชิงบวกใช้การเรียนรู้จาก 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การใช้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง ภายใต้กิจกรรม “ฝึกฟังอย่างตั้งใจ” ในการ

แลกเปลี่ยนสิ่งที่ภาคภูมิใจหรือความสำเร็จในการเลี้ยงดูบุตรหลานแก่คู่สนทนา 2) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น ภายใต้กิจกรรม “เราทำแบบนี้กับลูกบ่อยไหม” ผ่านการแลกเปลี่ยนวิธีการสื่อสารที่ใช้ในครอบครัวเพื่อร่วมค้นหาโอกาสในการพัฒนาการสื่อสารเชิงบวก 3) การใช้คำพูดชักจูง ภายใต้กิจกรรม “เส้นชีวิต” โดยชี้แนะให้ผู้ปกครองเห็นถึงความสำคัญในการปรับวิธีคิดเรื่องเพศ และการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรหลานวัยรุ่น และกิจกรรม “ย้อนรอยวัยรุ่น” โดยร่วมวิเคราะห์ช่องว่างของแต่ละช่วงวัย และค้นหาวิธีการลดช่องว่างระหว่างช่วงวัยด้วยการสื่อสารที่เหมาะสม และ 4) การกระตุ้นทางสรีระและอารมณ์ ภายใต้กิจกรรม “แนะนำตัวผ่านภาพ” โดยให้ผู้ปกครองสำรวจความรู้สึกต่อบทบาทของตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ข้อมูลของบุตรหลานในความดูแล บทบาทที่รับผิดชอบ รายได้ ความสัมพันธ์กับบุตรหลาน

2.2 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการสื่อสารในครอบครัวสำหรับผู้ปกครองที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินรูปแบบการสื่อสารภายในครอบครัวตามการรับรู้ของวัยรุ่นกลุ่มติดเกมในกรุงเทพมหานครของจุฬาลักษณ์¹² ที่แบ่งรูปแบบการสื่อสารเป็น 2 ด้าน คือ การสื่อสารแบบสนับสนุนการสนทนา และการสื่อสารแบบคล้อยตามกัน และใช้เกณฑ์การแปลผลของเอสวารา¹³ ทำให้สามารถจำแนกรูปแบบการสื่อสารภายในครอบครัวเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ แบบปล่อยปละ ปกป้อง เปิดเสรีทาง

ความคิด และเห็นพ้องต้องกัน โดยแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการสื่อสารในครอบครัวสำหรับผู้ปกครองฉบับนี้ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 30 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยกำหนดเกณฑ์ค่าคะแนนเรียงจากน้อยที่สุด (1 คะแนน) ไปมากที่สุด (5 คะแนน) ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ การสื่อสารแบบสนับสนุนการสนทนา (15 ข้อ) และการสื่อสารแบบคล้อยตามกัน (15 ข้อ) โดยหลังจากได้ผลรวมคะแนนการสื่อสารในครอบครัวแต่ละมิติมาแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 4 กลุ่ม เพื่อจำแนกรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวออกเป็น 4 รูปแบบที่สามารถสะท้อนผลสุภาพทางเพศสำหรับวัยรุ่นได้ ดังนี้

1) การสื่อสารในครอบครัวแบบสนับสนุนการสนทนาและแบบคล้อยตามกันอยู่ในระดับต่ำ (15-45 คะแนน) จัดเป็น ครอบครัวแบบปล่อยปละ

2) การสื่อสารในครอบครัวแบบสนับสนุนการสนทนาอยู่ในระดับต่ำ (15-45 คะแนน) แต่แบบคล้อยตามกันอยู่ในระดับสูง (46-75 คะแนน) จัดเป็น ครอบครัวแบบปกป้อง

3) การสื่อสารในครอบครัวแบบสนับสนุนการสนทนาอยู่ในระดับสูง (46-75 คะแนน) แต่แบบคล้อยตามกันอยู่ในระดับต่ำ (15-45 คะแนน) จัดเป็น ครอบครัวเปิดเสรีทางความคิด

4) การสื่อสารในครอบครัวแบบสนับสนุนการสนทนาและแบบคล้อยตามกันอยู่ในระดับสูง (46-75 คะแนน) จัดเป็น ครอบครัวเห็นพ้องต้องกัน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการสื่อสารในครอบครัวสำหรับผู้ปกครอง ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุม และความเหมาะสมเชิงเนื้อหา

โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 1 จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องของภาษา ตลอดจนเนื้อหาให้มีความเหมาะสมตามข้อเสนอแนะ ในส่วนของแนวทางการจัดกิจกรรมของคู่มือการจัดกิจกรรม การสื่อสารระหว่างพ่อแม่ ผู้ปกครองกับบุตรหลาน เพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางเพศในเยาวชน ได้ผ่านการนำไปใช้ในกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในสถานศึกษาหลายแห่ง วิทยากรหลักและวิทยากรกลุ่มย่อยได้ผ่านหลักสูตรการเตรียมวิทยากรจากองค์กรแพทหูเฮลท์ และในระหว่างการจัดกิจกรรมมีพี่เลี้ยงจากองค์กรแพทหูเฮลท์ ให้คำปรึกษา แนะนำ และร่วมถอดบทเรียนหลังจากการจัดกิจกรรมทุกครั้ง

2. ความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย (reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการสื่อสารในครอบครัวสำหรับผู้ปกครองที่ได้ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับบิดา มารดาหรือผู้ปกครองที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .80

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2017-NL 015 วันที่ 9 มกราคม 2561

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

ภายหลังโครงร่างวิจัยได้รับการรับรอง

จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากผู้บังคับบัญชาถึงผู้อำนวยการโรงเรียนในจังหวัดสงขลาเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล หลังจากนั้นชี้แจงแนวทางการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ปกครองนักเรียนก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเพศเชิงบวก ภายใต้โครงการส่งเสริมสุขภาวะและลดการตั้งครรภ์วัยรุ่นใน 4 เขตเทศบาล จังหวัดสงขลา ซึ่งจัดขึ้นภายในเดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม ปี 2561 โดยมีผู้เข้าร่วมที่เป็นผู้ปกครองของวัยรุ่น ครั้งละ 25-30 คน รวมจัดกิจกรรมทั้งหมด 9 ครั้ง แต่ละครั้งจัดในโรงเรียนเทศบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา โดยวิทยากรหลักและวิทยากรกลุ่มย่อยในการดำเนินกิจกรรมเป็นทีมเดิมตลอดโครงการ และไม่มีมอมอบค่าตอบแทนแก่ผู้ร่วมกิจกรรม

ขั้นตอนการวิจัย

การดำเนินการของกิจกรรมใช้เวลา 1 วัน ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. กิจกรรม “แนะนำตัวผ่านภาพ” (เวลา 30 นาที) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ปกครองสำรวจความรู้สึกต่อบทบาทของตนเอง และสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม ให้สมาชิกทำความรู้จักกัน เกิดบรรยากาศที่เป็นกันเอง สร้างความคุ้นเคยในการแสดงความคิดเห็น โดยให้ผู้เข้าร่วมเลือกภาพที่บอกหน้าที่ของความเป็นพ่อแม่ หรือผู้ปกครองที่ตรงกับใจของตัวเอง คนละ 1 ภาพ แล้วให้อธิบายให้กลุ่มฟังโดยเปรียบเทียบกับความรู้สึก บทบาท และหน้าที่ของตนเองที่เป็นอยู่ ในกิจกรรมนี้ผู้ปกครองได้ทบทวนตนเองถึงบทบาทความรับผิดชอบในขณะที่แนะนำตนเองผ่านภาพ

2. กิจกรรม “เส้นชีวิต” (เวลา 1 ชั่วโมง) มีเป้าหมายเพื่อปรับวิธีคิด และความเข้าใจของ

กลุ่มในเรื่องเพศ และเพศศึกษา โดยให้กลุ่มระดมสมอง “เมื่อพูดถึงเพศนึกถึงอะไรบ้าง” จากนั้นแจกบัตรคำเรื่องเพศแก่ผู้เข้าร่วมแล้วให้แต่ละคนพิจารณาว่าบัตรคำนั้นเป็นเรื่องราวที่เกิดขึ้นในช่วงวัยใด และนำไปติดไว้ในเส้นชีวิต หลังจากนั้นให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศในแต่ละช่วงวัย ในกิจกรรมนี้ผู้ปกครองได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับมุมมองเรื่องเพศที่เปลี่ยนแปลงไปตามช่วงชีวิต ทำให้มุมมองเรื่องเพศมีความหลากหลาย และมีประเด็นสื่อสารที่กว้างขวางกว่าเรื่องเพศสัมพันธ์

3. กิจกรรม “ย้อนรอยวัยรุ่น” (เวลา 45 นาที) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้เข้าร่วมทบทวนความรู้สึกของตนเองในวัยรุ่น วิเคราะห์และร่วมค้นหาวิธีการลดช่องว่างระหว่างช่วงวัยโดยคำนึงถึงการสื่อสารที่เหมาะสม โดยให้ผู้เข้าร่วมแบ่งกลุ่มๆ ละ 4-5 คนอภิปรายในประเด็นเหตุการณ์ที่ตนเองได้ปฏิบัติเมื่อเป็นวัยรุ่นที่ส่งผลให้ผู้ปกครองรู้สึกไม่พอใจ และเหตุการณ์ที่บุตรหลานได้ปฏิบัติที่ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมในบทบาทที่เป็นผู้ปกครองรู้สึกไม่พอใจ หลังจากนั้นให้แต่ละกลุ่มนำเสนอและสะท้อนการเรียนรู้ถึงสาเหตุของการไม่ยอมรับพฤติกรรมบางอย่างของวัยรุ่นยุคปัจจุบัน ความแตกต่างของวัยรุ่นและสภาพแวดล้อมในสังคมแต่ละยุคสมัย และการปรับตัวของผู้ปกครองในปัจจุบัน ในกิจกรรมนี้ผู้ปกครองได้ทบทวนความคิด ความรู้สึกของตนเองในช่วงวัยรุ่น และเข้าใจความคิดของบุตรหลานวัยรุ่นในปัจจุบัน

4. กิจกรรม “เราทำแบบนี้กับลูกบ่อยไหม” (เวลา 1 ชั่วโมง) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้เข้าร่วมสำรวจวิธีการสื่อสารของตนเองกับบุตรหลาน สร้างความตระหนักถึงผลกระทบของการ

สื่อสารเชิงลบ และฝึกทักษะการสื่อสารเชิงบวก โดยให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เมื่อเป็นวัยรุ่น และเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ปกครองเกี่ยวกับการสื่อสารที่สร้างความประทับใจ และไม่ประทับใจ จากนั้นให้รับชมวิดีโอ “ประโยคที่วัยรุ่นไม่ชอบ” และร่วมกันสะท้อนความรู้สึกของตนเอง แล้วแบ่งผู้เข้าร่วมเป็นกลุ่มๆ ละ 4-5 คน เพื่อช่วยกันวิเคราะห์เจตนาในการสื่อสารของผู้ปกครองและความรู้สึกของบุตร หากได้ยินคำพูดที่เป็นการสื่อสารเชิงลบ ให้ทดลองปรับคำพูดดังกล่าวที่แสดงถึงความห่วงใยหรือการตักเตือนด้วยความหวังดี ในระหว่างดำเนินกิจกรรม วิทยากรแสดงความชื่นชมด้วยความจริงใจเมื่อผู้ปกครองสามารถฝึกการสื่อสารทางบวกกับบุตรหลานได้สำเร็จ และให้กำลังใจแก่ผู้ที่มีปัญหาและอุปสรรค หรือขาดความมั่นใจในการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตร ในกิจกรรมนี้ผู้ปกครองได้ทบทวนวิธีการสื่อสารที่ใช้ในครอบครัวเพื่อค้นหาโอกาสในการพัฒนาการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว

5. กิจกรรม “ฝึกฟังอย่างตั้งใจ” (เวลา 1 ชั่วโมง) กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้เข้าร่วมฝึกทักษะการฟังอย่างตั้งใจ โดยให้จับคู่ผลัดกันเป็นผู้เล่าเรื่องและผู้ฟัง โดยให้คนที่ 1 พูดถึงเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกประสบความสำเร็จในการเลี้ยงดูบุตรหลานวัยรุ่น และคนที่ 2 พูดถึงเหตุการณ์ที่ทำให้กังวลใจในตัวบุตรหลานวัยรุ่น แล้วให้ผู้เล่าและผู้ฟังสะท้อนความรู้สึกของตนเอง จากนั้นให้ตัวแทนผู้เข้าร่วมแสดงบทบาทสมมติเป็นผู้ปกครอง และบุตรหลานผู้เข้าร่วมที่เหลือจะทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตการณ์ หลังจากแสดงบทบาทสมมติแล้วให้แต่ละคนสะท้อนความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับบรรยากาศในการสื่อสาร และบทบาทที่ได้รับ จากนั้นจึง

สรุปให้เห็นถึงประโยชน์และองค์ประกอบของการฟังอย่างตั้งใจแก่ผู้เข้าร่วม ในกิจกรรมนี้ ผู้ปกครองจะได้เรียนรู้วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพซึ่งต้องใช้ทักษะการฟังที่มีประสิทธิภาพเช่นกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรหลานวัยรุ่นของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพในหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่โดยใช้สถิติทดสอบทีคู่ (paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ก่อนทำการวิเคราะห์ ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที โดยการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ตัวอย่าง 220 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 83.60) มีอายุเฉลี่ย 40.17 ปี (SD = 6.82) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.60) สำเร็จการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด (ร้อยละ 25.50) เกือบครึ่งประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 42.30) รองลงมาประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 24.10) ส่วนมากอาศัยอยู่ด้วยกันกับคู่สามีภรรยา (ร้อยละ 70.50)

2. ข้อมูลการรับรู้ความสามารถในการสื่อสารในครอบครัว พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการสื่อสารแบบสนับสนุนการสนทนาของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.15, p < .05$) ขณะที่ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการสื่อสารแบบคล้อยตามกันของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.84, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการสื่อสารแบบสนับสนุนการสนทนา และคล้อยตามกันของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (n=220)

การรับรู้ความสามารถในการสื่อสาร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
	M	SD	M	SD		
สนับสนุนการสนทนา	60.17	8.67	65.05	7.89	-9.15	.00*
คล้อยตามกัน	43.74	7.20	40.56	8.57	5.84	.00*

*p < .05

นอกจากนี้เมื่อจำแนกตามรูปแบบการสื่อสารในครอบครัว 4 มิติ พบว่า ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง ครอบครัวเกินครึ่งจัดอยู่ในกลุ่มครอบครัวที่เปิดเสรีทางความคิดมาก

ที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.09 และ 68.64 ตามลำดับภายหลังการทดลอง ร้อยละของครอบครัวที่ใช้รูปแบบการสื่อสารแบบปกป้องลดลงจาก 5.91 เป็น 0.91 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบรูปแบบการสื่อสารภายในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (n=220)

รูปแบบการสื่อสารภายในครอบครัว	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปล่อยปละ	4	1.82	4	1.82
ปกป้อง	13	5.91	2	0.91
เปิดเสรีทางความคิด	130	59.09	151	68.64
เห็นพ้องต้องกัน	73	33.18	63	28.64

อภิปรายผล

ตัวอย่างที่เข้าการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ปกครองที่มีการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิดเสรีทางความคิด กล่าวคือ เป็นรูปแบบการสื่อสารภายในครอบครัวที่สนับสนุนให้บุตรแสดงความคิดเห็นได้อย่างเปิดเผย และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจภายในครอบครัว ไม่ยึดติดกับประเพณี ค่านิยมเดิม แต่ให้ความสำคัญกับคุณค่าทางความคิด และการสนทนากับบุตรหลานเป็นสำคัญ ซึ่งในกลุ่มผู้ปกครองที่อาศัยในเขตเมืองใหญ่ บุคคลเหล่านี้จะมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และปัญหาการล่อลวงหรือการละเมิดทางเพศในกลุ่มวัยรุ่นอยู่เสมอ จึงทำให้ครอบครัวส่วนใหญ่เห็นถึงความสำคัญในการสื่อสารเรื่องเพศ¹⁴

ผลการทดสอบสมมติฐานชี้ให้เห็นว่ากิจกรรมส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเพศเชิงบวกมีประสิทธิผลในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว โดยส่งเสริมให้ผู้ปกครองเปิดตนเองในการสนทนา และรับฟังความคิดเห็นของบุตรหลานในเรื่องเพศมากขึ้น และลดการแสดงอำนาจเพื่อให้บุตรหลานเชื่อฟัง ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

การสร้างทัศนคติที่ดีให้กับผู้ปกครองในการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรหลานจากกิจกรรมแนะนำตัวผ่านภาพและเส้นชีวิต โดยการอภิปรายแลกเปลี่ยนมุมมองด้วยการใช้รูปภาพเป็นตัวสะท้อน จะช่วยสร้างบรรยากาศแห่งการเรียนรู้ที่เป็นอิสระ ทำให้ผู้ปกครองเกิดการผ่อนคลายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ลดความวิตกกังวล และมีความพร้อมในการเรียนรู้¹⁵ นอกจากนี้ในกิจกรรมเส้นชีวิตยังสะท้อนให้ผู้ปกครองเข้าใจธรรมชาติของแต่ละช่วงวัยในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางการเจริญพันธุ์ ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกปิดกั้นตนเองเมื่อพูดคุยเรื่องเพศ และเห็นความสำคัญของการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรหลานมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลทิพย์ และคณะ¹⁶ ที่กล่าวว่า การได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างมารดาด้วยกัน ทำให้เกิดความเข้าใจในปัญหาของวัยรุ่นที่ถือว่าเป็นปัญหาของครอบครัว ซึ่งกระตุ้นให้บิดา มารดา และผู้ปกครองสนใจเรียนรู้การสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรมากขึ้น

การส่งเสริมทักษะการสื่อสารเชิงบวกในเรื่องเพศ ผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เมื่อครั้งผู้ปกครองยังเป็นวัยรุ่น และประสบการณ์ของการมีบุตรหลานที่อยู่ในวัยรุ่น จากการ

เปรียบเทียบความเหมือนของพัฒนาการในแต่ละช่วงวัยหรือความต่างของสภาพแวดล้อมและสังคมในแต่ละยุคสมัย สิ่งนี้จะช่วยให้ผู้ปกครองเกิดความตระหนักในพัฒนาการของวัยรุ่นโดยปราศจากความระแวงในตัวบุตรหลาน ซึ่งถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของกิจกรรมการสื่อสารเชิงบวกในเรื่องเพศ¹⁷⁻¹⁸ สอดคล้องกับงานวิจัยของชลลดา และคณะ¹⁹ เกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนวัยรุ่นที่สร้างทัศนคติที่ดีต่อการพูดคุยเรื่องเพศแก่บิดามารดา และผู้ปกครองโดยการบรรยายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแสดงบทบาทสมมติ ทำให้มีคะแนนเฉลี่ยการสื่อสารเรื่องเพศในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งภายหลังการทดลองและในระยะติดตามผล

นอกจากนี้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จของตนเองในการสื่อสารเชิงบวกกับบุตรหลานในกิจกรรมการฟังอย่างตั้งใจ โดยการแสดงบทบาทสมมติ ฝึกทักษะการฟัง การใช้คำถามปลายเปิด และตรวจสอบความเข้าใจทั้งเนื้อหาและการสะท้อนความรู้สึกของตนเองเป็นระยะ เป็นการฝึกทักษะประสบการณ์ที่สร้างความสำเร็จได้ด้วยตนเองมีผลทำให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจมากขึ้น เมื่อมีโอกาสในการนำความรู้หรือทักษะในการสื่อสารเชิงบวกเรื่องเพศไปสู่การปฏิบัติได้จริง²⁰ นอกจากนี้ในระหว่างการฝึกปฏิบัติ วิทยากรกลุ่มยังใช้การซักจูงด้วยคำพูด โดยแสดงความชื่นชมด้วยความจริงใจ เมื่อผู้ปกครองสามารถฝึกการสื่อสารทางบวกและการฟังอย่างตั้งใจได้สำเร็จ รวมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ปกครองที่มีปัญหาและอุปสรรคหรือไม่มั่นใจในการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตร ทำให้ผู้ปกครองเชื่อมั่นในตนเองและมีความพยายามในการพัฒนาสมรรถนะของตนเองมาก

ขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจรรยาภรณ์²¹ ที่กล่าวว่า บิดา มารดา หรือผู้ปกครองที่เรียนรู้อะไรเกี่ยวกับการรับฟังบุตรหลานด้วยความตั้งใจ และการถามคำถามอย่างเหมาะสม จะมีความมั่นใจและการยอมรับในความสามารถของตนเองในการสื่อสารกับบุตรได้ดีขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

กิจกรรมส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเพศเชิงบวกสามารถเพิ่มความสามารถในการรับรู้การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวระหว่างผู้ปกครองกับบุตรหลานวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรที่มสุขภาพควรนำรูปแบบกิจกรรมนี้ไปใช้สร้างความตระหนักและฝึกทักษะการสื่อสารเรื่องเพศเชิงบวกโดยคำนึงถึงความแตกต่างกันในความเชื่อ วิถีชีวิต และวัฒนธรรม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การนำเสนอผ่านตัวแบบควรใช้ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง ซึ่งจะทำให้ผู้ปกครองทำความเข้าใจประสบการณ์ของตัวแบบในบริบทจริงง่ายกว่าตัวแบบเชิงสัญลักษณ์ซึ่งนำเสนอในรูปแบบสื่อวิดีโอ

2.2 ควรมีการวิจัยติดตามผลของการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัวในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมสื่อสารเรื่องเพศเชิงบวกของผู้ปกครองและผลกระทบ เช่น พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และอัตราการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นในครอบครัวที่ได้เข้าร่วมโครงการต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก บริษัทเซฟรอนประเทศไทยสำรวจและผลิต จำกัด จังหวัดสงขลา และมูลนิธิแพชทูเฮลท์

References

1. Bureau of Reproductive Health, Department of Health. Reproductive health situation in adolescents in 2019 [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 5]; Available from: <http://rh.anamai.moph.go.th>. (in Thai).
2. Muensit A, Thongyou M. , Lapanun P. Teen mothers as agents: habitus, capital and practice in families. *Journal of Mekong Societies*. 2017;13(3):101-27. (in Thai).
3. United Nations Population Fund. Motherhood in childhood facing the challenge of adolescent pregnancy [Internet]. 2013 [cited 2020 Apr 15]; Available from: <https://thailand.unfpa.org/en/publications>.
4. Munkong L. Communication about sex in Thai families [Internet]. 2014 [cited 2020 Apr 15]; Available from: <http://rhold.anamai.moph.go.th>. (in Thai).
5. Mbachu CO, Agu IC, Eze I, Agu C, Ezenwaka U, Ezumah N, et al. Exploring issues in caregivers and parent communication of sexual and reproductive health matters with adolescents in Ebonyi state, Nigeria. *BMC Public Health* 2020;20(1):1-10. doi: 10.1186/s12889-019-8058-5.
5. Chokthanakul B, Kamsuwan K. Teens pregnant: social impact from the intra-generational perspective. *Journal of Demography*. 2016;4(2):61-79. (in Thai).
6. Noe MTN, Saw YM, Soe PP, Khaing M, Saw TN, Hamajima N, et al. Barriers between mothers and their adolescent daughters with regards to sexual and reproductive health communication in Taunggyi Township, Myanmar: What factors play important roles?. *PLoS ONE*. 2018;13(12):1-16. doi: 10.1371/journal.pone.0208849.
7. Widman L, Choukas-Bradley S, Noar SM, Nesi J, Garrett K. Parent-Adolescent sexual communication and adolescent safer sex behavior: a meta-analysis. *JAMA Pediatrics* 2016;170(1):52-61.doi:10.1001/jamapediatrics.2015.2731.
8. Songkhla Provincial Public Health. Adolescent and youth health problems in Songkhla [Internet]. 2016 [cited 2021 Mar 22]; Available from: <https://www.skho.moph.go.th>. (in Thai).
9. Graham EE. Revised family communication pattern instrument (RFCP). In: Rubin RM, Rubin AM, Graham EE, Perse EM, Seibold DR, editors. *Communication research measures II a source book*, New York: Routledge; 2009.
10. Bandura A. *Social Learning Theory*. New Jersey: Englewood Cliffs; 1997.
11. Prachaney C. The relationship between family communication patterns, lifestyle,

- family attachment styles, and social networking behavior and game addiction behavior amongst Thai teenagers in Bangkok metropolitan [Thesis]. Bangkok: Bangkok University; 2013. (in Thai).
12. Eswara HS. Family communication patterns and attitude change: an interpersonal approach to the study of social influence. Mysore:University Printing Press; 1974.
 13. Thampanichawat W, Olanratmanee B. Sex education for adolescents in school: a case study in Bangkok. Thai Journal of Nursing Council. 2018;33(3):82-98. (in Thai).
 14. Frederico M, Arnaldo C, Michielsen K, Decat P. Adult and young women communication on sexuality: a pilot intervention in Maputo-Mozambique. *Reprod Health*. 2019;16(1):1-12. doi: 10.1186/s12978-019-0809-3.
 15. Thipsungwan K, Srisuriyawet R, Homsin P. Effect of mother-participating program on sexual communication between mother and early female adolescents. *The Public Health Journal of Burapha University*. 2013;8(2):69-80. (in Thai).
 16. Navaei M, Akbari-Kamrani M, Esmaelzadeh-Saeieh S, Farid M, Tehranizadeh M. Effect of group counseling on parents' self-efficacy, knowledge, attitude, and communication practice in preventing sexual abuse of children aged 2-6 years: a randomized controlled clinical trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2018;6(4): 285-92. doi: 10.30476/IJCBNM.2018.40834.
 17. Tangdee O, Sara N, Chooset P. Developing of communication about sex in families program. *Reginal Health Promotion Center 9 Journal*. 2018;12(27):62-81; (in Thai).
 18. Chaikoolvatana C, Mornsang I, Chaibarn P. Effectiveness of teenage pregnancy prevention program in Phayao province. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2019;25(3): 340-53. (in Thai).
 19. Stone N, Ingham R, McGinn L, Bengry-Howell A. Talking relationships, babies and bodies with young children: the experiences of parents in England. *Sex Educ*. 2017;17(5): 588-603. doi: 10.1080/14681811.2017.1332988.
 20. Juntamat J. Effect of communication training program for guardian of lower secondary school students on sex education case study: Posadet subdistrict Mueng district Nakhon Si Thummarat province [Thesis]. Songkla: Songkhla Rajabhat University; 2015. (in Thai).

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมนอนของเด็กรักก่อนเรียน ในเขตกรุงเทพมหานคร

ณัฐพันธ์ เพียรธัญญกรรม* เสริมศรี สันตติ** เรณู พุกบุญมี***

บทคัดย่อ

บทนำ : การนอนเป็นกิจกรรมที่จำเป็นต่อร่างกายมนุษย์ โดยเฉพาะในเด็กรักก่อนเรียนที่ร่างกายกำลังเจริญเติบโต การศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ การนอนของเด็ก จะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมการเจริญเติบโตของเด็กรักนี้ให้เหมาะสมตามวัย

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมนอนของเด็กรักก่อนเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร

วิธีการวิจัย : การวิจัยเชิงทำนาย ตัวอย่าง คือ เด็กรักก่อนเรียน ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 225 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามสิ่งแวดล้อมการนอน และแบบสอบถามพฤติกรรมนอนหลับของเด็กฉบับภาษาไทย (ฉบับย่อ) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .81 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย : พบว่า ร้อยละ 80.40 ของเด็กมีพฤติกรรมนอนไม่ดี และเมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมนอนได้ ได้แก่ โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และแสงที่จำเกินไป โดยเด็กที่ป่วยเป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจบ่อยๆ มีโอกาสเกิดพฤติกรรมนอนที่ไม่ดีมากกว่าเด็กที่มีการติดเชื้อน้อยกว่า 3 ครั้ง ในระยะเวลา 3 เดือน 8.8 เท่า ($OR_{adj} = 8.80$; $p < .05$, 95%CI 1.13, 68.55) และเด็กที่นอนในแสงที่จำเกินไปมีโอกาสเกิดพฤติกรรมนอนที่ไม่ดีมากกว่าเด็กที่ไม่เคยตื่นเนื่องจากแสงจ้า 9.98 เท่า ($OR_{adj} = 9.98$; $p < .05$, 95%CI 1.09, 91.03)

สรุปผล : ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจในเด็ก และการจัดสิ่งแวดล้อมการนอนให้เหมาะสม เพื่อลดพฤติกรรมนอนที่ไม่ดี

คำสำคัญ : เด็กรักก่อนเรียน พฤติกรรมนอน

*นักศึกษาลัทธิศาสตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล,
E-mail: sermsris@hotmail.com

***โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors predicting sleeping habits in pre-school children in Bangkok Metropolis

Natthapan Phianthanyakam* Sermisri Santati** Renu Pookboonmee***

Abstract

Background: Sleep is an essential activity that the human body needs, especially among pre-school children whose bodies are still growing. Studying the factors that affect the sleep of pre-school children can help promote proper growth.

Objectives: This study aimed to find factors predicting the sleeping habits of preschool children in Bangkok.

Methods: This correlational predictive research was conducted by sampling 225 pre-school children in Bangkok. The research instruments consisted of a questionnaire for general information of the parents and children, A Sleep Environment Questionnaire and Child's Sleeping Habits Questionnaire: Thai version (abridged version), The reliabilities of the questionnaires were 0.81 and 0.80, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and Logistic Regression.

Results: The result showed that 80.4% of the children had poor sleeping habits. Respiratory infections and an environment that is excessively illuminated were found to be factors predicting the sleep habits of preschool children. The children who suffered frequently from respiratory infections were more likely to have 8.8 times poor sleep habits than the children who had respiratory infection less than 3 times in a 3-month period. ($OR_{adj} = 8.80$; $p < 0.05$, 95%CI 1.13, 68.55) and the children who waked up due to excessive illumination had 9.98 times poorer sleeping habits than the children who had never been woken up by excessive illumination ($OR_{adj} = 9.98$; $p < 0.05$, 95%CI 1.09, 91.03).

Conclusions: Parents should be encouraged to prevent children from frequent respiratory infections and setting up a proper sleep environment to promote good sleeping habits in children.

Keywords: pre-school children, sleep habit

*Master of Nursing Science Program (Pediatric 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: sermsris@hotmail.com

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

บทนำ

การนอนหลับเป็นหนึ่งในกิจกรรมที่สำคัญของมนุษย์ในการดำรงชีวิต เพื่อคงไว้ซึ่งสมดุลต่างๆ (Homeostasis) ของร่างกาย สำหรับเด็ก การนอนหลับนอกจากจะช่วยปรับสมดุลต่างๆ ยังมีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการให้ เป็นไปตามวัย การนอนหลับติดต่อกันตลอดคืน ในระยะเวลาที่เหมาะสม จะช่วยให้เด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่สมบูรณ์ตามวัย¹ เด็กวัยก่อนเรียนหรือเด็กที่มีอายุระหว่าง 3 - 5 ปี เป็นวัยที่ร่างกายมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการในทุกๆ ด้าน เพื่อให้ร่างกายของเด็กมีการเจริญเติบโตในด้านต่าง ๆ ตามวัย เด็กวัยนี้ ต้องการการนอนหลับที่มีคุณภาพ และต่อเนื่องกันประมาณ 11.5 - 12 ชั่วโมงต่อวัน โดยการนอนหลับ 1 รอบของวงจรจะใช้เวลาประมาณ 90-110 นาที ดังนั้นควรจะมีการนอนหลับสนิทต่อเนื่องโดยไม่ถูกรบกวน ประมาณ 6-8 รอบต่อคืน เพื่อให้ร่างกายมีกระบวนการในการสร้างฮอร์โมนเพื่อการเจริญเติบโต และปรับสมดุลของร่างกายให้เหมาะสม¹ หากมีปัจจัยใดก็ตามที่มารบกวนการนอนหลับในเวลากลางคืนของเด็ก ทำให้ไม่สามารถนอนหลับสนิทติดต่อกันได้ ก็จะส่งผลให้เด็กไม่สามารถเข้าถึงวงจรการนอนหลับในระยะ NREM Sleep ระยะที่ 3 และ 4 จะส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน ความสามารถในการจำ และสมาธิในการเรียนลดลง²⁻³ อาจเกิดปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น มีอาการเครียด วิตกกังวล มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีปัญหาการเข้าสังคมและขาดสมาธิ ตลอดจนจนการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นในสังคม⁴⁻⁵

กรุงเทพมหานคร เป็นชุมชนเมืองที่มีผู้คนอยู่อาศัยหนาแน่น มีความเจริญก้าวหน้า

ของเทคโนโลยี การคมนาคม และการอพยพของประชากรจากหลายภูมิภาคเข้ามาเพื่อประกอบอาชีพในเมืองทำให้กรุงเทพมหานครได้รับผลกระทบเป็นอย่างมาก ในด้านสิ่งแวดล้อม ของเสีย ความแออัด ทำให้เกิดมลภาวะทางอากาศ ที่อาจก่อให้เกิดโรคในระบบทางเดินหายใจในประชากรที่อยู่อาศัยได้มากกว่าพื้นที่อื่นๆ ของประเทศ โดยจากสถิติของการติดเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อส่วนใหญ่มีอายุ 0-4 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ 5-9 ปี โดยการกระจายของโรคที่มากที่สุดอยู่ในกรุงเทพมหานคร⁶ เด็กที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จึงนับว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาทางด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในระบบทางเดินหายใจ

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนอนหลับในเด็กวัยก่อนเรียนมีทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก¹ ที่จะส่งเสริมหรือรบกวนการนอนหลับของเด็ก โดยปัจจัยภายใน หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวเด็กเอง ส่วนปัจจัยภายนอก หมายถึง ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคล ที่เข้ามากระทบบุคคลนั้นๆ ทางใดทางหนึ่ง และส่งผลต่อการนอนหลับ เช่น แสง เสียง อุณหภูมิ หากห้องนอนของเด็กมีอุณหภูมิที่พอเหมาะ ไม่มีแสงหรือเสียงรบกวน เด็กก็จะสามารถนอนหลับได้เป็นปกติ แต่หากห้องนอนของเด็กมีอุณหภูมิร้อนหรือเย็นเกินไป มีแสงสว่างมากเกินไป หรือมีเสียงดังเกินไป ก็อาจทำให้เด็กตื่นนอนกลางดึกได้ และทำให้วงจรการนอนหลับไม่ต่อเนื่องตามมา⁷ ผลจากการศึกษานี้ จะช่วยให้ทราบถึงปัญหาการนอนหลับที่ไม่เพียงพอและไม่ต่อเนื่องของเด็ก เกิดเนื่องจากสาเหตุใด และ

ปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนของเด็กมากที่สุด โดยผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นแนวทางในการพัฒนาเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการนอนหลับที่ดีมีคุณภาพของเด็กวัยก่อนเรียนต่อไป

ในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้เลือกตัวแปรจากปัจจัยภายใน ได้แก่ การติดเชื่อระบบทางเดินหายใจ⁸⁻⁹ โรคประจำตัว คือ โรคหืดและโรคหวัดจากภูมิแพ้¹⁰⁻¹² และภาวะอ้วน¹³⁻¹⁴ ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ จำนวนคนที่นอนในห้องเดียวกันกับเด็ก¹⁵ สิ่งแวดล้อมในห้องนอน¹⁶⁻¹⁷ ได้แก่ แสง เสียง อุณหภูมิ และการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์¹⁸⁻²⁰

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรนอนของเด็กวัยก่อนเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงทำนาย (Correlational predictive design) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2560 ถึง เดือน มีนาคม พ.ศ. 2561

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นเด็กวัยก่อนเรียน อายุระหว่าง 3-6 ปี ตัวอย่างเป็นเด็กวัยก่อนเรียน อายุระหว่าง 3-6 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 225 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) โดยใช้สถิติ Logistic Regression ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัย มีตัวแปรอิสระที่ใช้ทำนายทั้งหมด 6 ตัวแปร เมื่อกำหนดให้ p แทนจำนวนของตัวแปรอิสระ และขนาดของตัวอย่างเท่ากับ $n \geq 30 p^{21}$ จะได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 180 คน เก็บข้อมูลโดยการ

ส่งแบบสอบถามให้ผู้ปกครองของเด็กวัยก่อนเรียนไปตอบที่บ้าน มีโอกาสเกิดการสูญหายของข้อมูลหรือได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนจึงเพิ่มขนาดของตัวอย่างอีกร้อยละ 25.00 ดังนั้น รวมตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 225 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 3 ส่วนย่อย ได้แก่

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองหรือผู้ดูแล และข้อมูลสิ่งแวดล้อมในห้องนอน โดยข้อความถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อความถามทั้งแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวนทั้งหมด 8 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว ประวัติการติดเชื่อระบบทางเดินหายใจ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่เด็กใช้ก่อนนอน และจำนวนคนที่นอนในห้องเดียวกันกับเด็ก

1.2 ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองหรือผู้ดูแล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อความถามทั้งแบบแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวนทั้งหมด 6 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระดับการศึกษา และอาชีพ

1.3 ข้อคำถามเกี่ยวกับ ข้อมูลสิ่งแวดล้อมในห้องนอน ประกอบด้วย ข้อคำถามแบบเลือกตอบ เกี่ยวกับ แสง เสียง อุณหภูมิในบริเวณที่เด็กนอน ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถาม Sleep Environment Questionnaire⁶ นำมาแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงแบบสอบถามให้ตรงกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย มีข้อความถามจำนวน 4 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 5

ตัวเลือกแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert scale) โดย 0 ครั้ง/สัปดาห์ = ไม่เคย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ = ไม่บ่อย 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ = บางครั้ง 5-6 ครั้ง/สัปดาห์ = บ่อยครั้ง และ 7 ครั้ง/สัปดาห์ = เป็นประจำ ความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดสอบในเด็กวัยก่อนเรียนจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80 และเมื่อนำไปใช้กับตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการณ์นอนหลับของเด็กฉบับภาษาไทย (ฉบับย่อ) โดย เสริมศรีสันตติ ได้แปลเป็นภาษาไทยในปี 2560 จากต้นฉบับของ Owen, Spittito และ McGuinn²² มีข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ เป็นข้อคำถามให้ตัวอย่างเลือกตอบ 3 ตัวเลือก และใช้ชื่อว่าแบบสอบถามพฤติกรรมการณ์นอนหลับของเด็กฉบับภาษาไทย (ฉบับย่อ) มีข้อคำถามเกี่ยวกับความถี่บ่อยของพฤติกรรม จำนวน 31 ข้อ ให้คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ บ่อยครั้ง (3 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) และน้อยครั้ง (1 คะแนน) อีก 2 ข้อเป็นการถามความถี่ของนอนของเด็กขณะทำกิจกรรมระหว่างวัน คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่ง่วง (0 คะแนน) ง่วง (1 คะแนน) และนอนหลับ (2 คะแนน) ค่าของคะแนนที่เป็นไปได้คือ 31-97 คะแนน จุดตัดของคะแนนอยู่ที่ 41 คะแนน โดยเด็กที่มีคะแนนตั้งแต่ 31-41 คะแนน แปลผลว่า พฤติกรรมการณ์นอนดี ส่วนเด็กที่มีคะแนน 42 คะแนนขึ้นไป แปลผลว่า พฤติกรรมการณ์นอนไม่ดี แบบสอบถามนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิได้เท่ากับ 1 ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดสอบในเด็กวัยก่อน

เรียนจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 และเมื่อนำไปใช้กับตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

ได้รับการพิจารณาและอนุมัติตามเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2560/376 เมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2560

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองและมีผู้ช่วยวิจัย 1 คน โดยมีครูประจำชั้นเป็นผู้ประสานงานให้แบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำกลับไปให้ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถามที่บ้านและนำมาส่งคืนภายใน 2 วัน เมื่อผู้ปกครองยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย มีการเซ็นชื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และส่งคืนแบบสอบถามมายังครูประจำชั้น ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล หากข้อมูลไม่ครบถ้วนผู้วิจัยจะใช้วิธีการโทรศัพท์สอบถามข้อมูลยังผู้ปกครองของตัวอย่างอีกครั้ง เมื่อรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้วจึงนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษาใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์อำนาจทำนายของปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)

ผลการวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้ ตัวอย่างเป็นเด็กวัยก่อนเรียนที่ศึกษามีอายุระหว่าง 3-6 ปี อายุเฉลี่ย 5.24 ปี โดยมีสัดส่วนระหว่างเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 54.20 และร้อยละ 45.80 ตามลำดับ) ตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีภาวะอ้วนร้อยละ 11.10 ของตัวอย่างทั้งหมด ข้อมูลของบุคคลที่นอนกับเด็ก พบว่า เด็กมักจะนอนรวมกับคนอื่น โดยมีจำนวนคนที่นอนห้องเดียวกับเด็ก 2 คน ร้อยละ 32.90 และ 3 คน ร้อยละ 30.70 จากการศึกษาสิ่งแวดล้อมในห้องนอนใน 1 สัปดาห์ พบว่า ตัวอย่างมีการตื่นนอนเนื่องจากอากาศร้อนเกินไปมากที่สุด รองลงมาคืออากาศเย็นเกินไป เสียงดังเกินไป และแสงจ้าเกินไป ตามลำดับ การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ก่อนนอนของเด็ก พบว่า สื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่เด็กมีการใช้ก่อนนอนมากที่สุด คือ การดูโทรทัศน์ ร้อยละ 75.60 รองลงมาคือ การใช้โทรศัพท์มือถือหรือสมาร์ตโฟน ร้อยละ 61.30 ส่วนพฤติกรรมการนอนของเด็กวัยก่อนเรียนที่ศึกษา พบว่า ได้คะแนนพฤติกรรมการนอนเฉลี่ย 48.65 คะแนน (SD = 7.64) โดยที่เด็กที่มีพฤติกรรมการนอนดี ร้อยละ 19.60 และเด็กที่มีพฤติกรรมการนอนไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 80.40

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการนอน พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการนอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ แสงที่จ้าเกินไป อากาศที่

ร้อนเกินไป และอากาศที่เย็นเกินไป แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยโรคหวัดจากภูมิแพ้ โรคหืด ภาวะอ้วน จำนวนคนที่นอนในห้องเดียวกัน เสียงที่ดังเกินไป และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้พฤติกรรมการนอนที่ไม่ดีได้เช่นกัน ดังนั้นจึงได้คัดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรบกวนการนอนหลับที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .20$ เข้ามาสร้างสมการด้วย²³ ได้แก่ โรคหวัดจากภูมิแพ้ จำนวนคนที่นอนในห้องเดียวกัน เสียงที่ดังเกินไป และการใช้คอมพิวเตอร์ก่อนนอนแล้วจึงสร้างสมการความถดถอยโลจิสติก เพื่อทำนายพฤติกรรมการนอนของเด็กวัยก่อนเรียนต่อไป

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการนอน

ผลการวิเคราะห์ พบว่า เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ แล้ว ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการนอนได้ที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้แก่ โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และแสงที่จ้าเกินไป โดยเด็กที่ป่วยเป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจบ่อยมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง ในระยะเวลา 3 เดือน มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการนอนที่ไม่ดีมากกว่าเด็กที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจไม่บ่อย 8.8 เท่า ($OR_{adj} = 8.80$; 95%CI 1.13 – 68.55) และเด็กที่ตื่นนอนเนื่องจากแสงที่จ้าเกินไปมีโอกาสเกิดพฤติกรรมการนอนที่ไม่ดีมากกว่าเด็กที่ไม่เคยตื่นเนื่องจากแสงจ้าเลย 9.98 เท่า ($OR_{adj} = 9.98$; 95%CI 1.09 – 91.03) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณในโมเดลสุดท้ายระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมนอนของเด็กวัยก่อนเรียน โดยใช้การวิเคราะห์เชิงถดถอย

ตัวแปร	B	S.E.	P	OR _{adj}	95% CI
โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ					
0 - 2 ครั้ง/3 เดือน					
3 ครั้งขึ้นไป/3 เดือน	2.175	1.047	.038*	8.80	1.13 – 68.55
โรคหวัดจากภูมิแพ้					
ไม่เคย					
เคย	.427	.408	.294	1.53	0.69 – 3.41
จำนวนคนที่นอนในห้องเดียวกัน					
0 – 2 คน					
3 คนขึ้นไป	-.460	.368	.211	0.631	0.31 – 1.30
ตื่นนอนจากเสียงที่ดังเกินไป					
ไม่เคย					
เคย	-.142	.615	.817	0.868	0.26 – 2.90
ตื่นนอนจากแสงที่จ้าเกินไป					
ไม่เคย					
เคย	2.301	1.128	.041*	9.98	1.09 – 91.03
ตื่นนอนจากอากาศที่ร้อนเกินไป					
ไม่เคย					
เคย	.382	.459	.406	1.47	0.60 – 3.61
ตื่นนอนจากอากาศที่เย็นเกินไป					
ไม่เคย					
เคย	.426	.637	.504	1.53	0.44 – 5.33
ใช้คอมพิวเตอร์ก่อนนอน					
ไม่ใช้					
ใช้	-1.258	.692	.069	0.28	0.07 – 1.10

* p < .05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยภายในที่ส่งผลต่อพฤติกรรมนอนของเด็กวัยก่อนเรียน ได้แก่ โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เด็กวัยก่อนเรียนที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจบ่อยๆ มีโอกาสมีพฤติกรรมนอนที่ไม่ดีมากกว่าเด็กที่มีการติดเชื้อระบบทางเดิน

หายใจไม่บ่อย มากถึง 8.8 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เหตุผลที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจจะทำให้เกิดการอักเสบของเซลล์ในระบบทางเดินหายใจวม มีเสมหะ จึงทำให้เกิดการตีบแคบของทางเดินหายใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Heikkinen and Järvinen⁸ การที่มีทางเดินหายใจตีบแคบลง

จากสาเหตุใดก็ตาม มักจะมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้ในระบบทางเดินหายใจมากถึง ร้อยละ 94.70

ดังนั้น การติดเชื้ระบบทางเดินหายใจจึงเป็นสาเหตุของการตีบแคบของระบบทางเดินหายใจ และนำไปสู่การมีออกซิเจนจากการหายใจเข้าสู่ปอดไม่เพียงพอ ทำให้เด็กนอนหลับไม่สนิทตลอดคืน และจากการศึกษาของ Paul et al.²⁴ พบว่าผู้ปกครองของเด็กรายงานว่าเด็กที่มีทางเดินหายใจตีบแคบ เมื่อถูกทำให้ทางเดินหายใจโล่งขึ้น เด็กสามารถนอนหลับได้ยาวนานขึ้น แสดงว่า เมื่อปัญหาการติดเชื้ทางเดินหายใจมีอาการลดลง ก็จะทำให้เด็กนอนหลับได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า การติดเชื้ระบบทางเดินหายใจที่มากขึ้น ทำให้ภาวะหยุดหายใจขณะหลับรุนแรงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹ ส่วนโรคหืดและโรคหัดจากภูมิแพ้ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมนอนของเด็กวัยก่อนเรียนได้ เนื่องจากช่วงที่เก็บข้อมูลอาจไม่ใช่ช่วงที่มีการกำเริบของโรคหืด¹² และไม่มีปัจจัยกระตุ้นให้เด็กเกิดโรคหัดจากภูมิแพ้ ทำให้ไม่กระทบต่อพฤติกรรมนอนของเด็ก และเนื่องจากแบบสอบถามที่ใช้เป็นข้อคำถามที่ให้ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างตอบเอง โดยไม่ได้ใช้ประวัติจากเวชระเบียนผู้ป่วย หรือไม่ได้มีหลักฐานที่ชัดเจนว่ามีการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดจริง ทำให้คำตอบที่ได้ อาจไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ส่วนภาวะอ้วนไม่สามารถทำนายพฤติกรรมนอนของเด็กวัยก่อนเรียนได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา เด็กที่มีภาวะอ้วนมักจะมีปัญหากระทบกับการนอนหลับ เนื่องจากลำคอของเด็กมีชั้นไขมันที่หนา ทำให้กดเบียดท่อทางเดินหายใจ ส่งผลให้ทางเดินหายใจแคบลง แต่ในตัวอย่างที่ศึกษา อาจเนื่องมาจากเด็กวัยก่อนเรียนมีภาวะอ้วนมีการสะสมของไขมันเฉพาะ

ที่กลางลำตัวก็อาจจะไม่ได้ส่งผลกระทบต่อการตีบแคบของทางเดินหายใจมากนัก¹⁴

ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมนอนของเด็กวัยก่อนเรียน ได้แก่ แสงที่จ้าเกินไป โดยเด็กที่มักจะตื่นนอนเนื่องจากแสงที่จ้าเกินไป จะมีพฤติกรรมนอนที่ไม่ดีมากกว่าเด็กที่ไม่เคยตื่นนอนเนื่องจากแสงจ้าเลย เนื่องจากแสงสว่างที่มากเกินไป โดยเฉพาะแสงที่กระทบกับดวงตาโดยตรง จะไปกระทบกับเรตินาของดวงตาแล้วไปรบกวนการหลั่งของ melatonin และส่งผลกระทบต่อวงจรการนอนหลับ^{1,17} ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Linder and Christian ที่พบว่าปริมาณแสงสว่างที่เพิ่มขึ้นจึงมีความสัมพันธ์กับการรบกวนการนอนหลับในเวลากลางคืนของเด็ก¹⁶ ส่วนจำนวนของคนที่นอนในห้องเดียวกันกับเด็กไม่สามารถทำนายพฤติกรรมนอนได้ อาจเนื่องมาจากตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีพฤติกรรมนอนไม่ดีค่อนข้างมาก และตัวอย่างที่นอนคนเดียวโดยไม่มีบุคคลอื่นนอนด้วยในบริเวณห้องนอนมีเพียงร้อยละ 0.50 ทำให้ทั้งตัวอย่างที่มีจำนวนคนนอนในห้องเดียวกันน้อย และกลุ่มที่มีจำนวนคนนอนในห้องเดียวกันมาก ต่างก็มีพฤติกรรมนอนที่ไม่ดีมากกว่ามีพฤติกรรมนอนดี สำหรับเด็กที่ไม่เคยตื่นนอนเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิที่ร้อนเกินไป และหนาวเกินไปมีค่อนข้างมากกว่ากลุ่มที่เคยตื่นนอน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ ทำให้จำนวนของเด็กที่มีพฤติกรรมนอนที่ไม่ดี และได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิดังกล่าวมีน้อยเกินกว่าจะสามารถทำนายได้ และนอกจากนี้แบบสอบถามด้านสิ่งแวดล้อมการนอนหลับของเด็ก เป็นการสอบถามการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับเสียงที่ดังเกินไป และอากาศที่ร้อนหรือ

เย็นเกินไป ซึ่งผลของการศึกษาเป็นการรับรู้ของผู้ปกครองผู้ตอบแบบสอบถาม ไม่ได้มีการวัดอุณหภูมิและความเข้มข้นของเสียงในห้องนอนของเด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทำให้อาจไม่ใช่การรับรู้ด้านอุณหภูมิและเสียงที่แท้จริงของเด็ก และการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ก่อนนอนก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการนอนของเด็ก เนื่องจากเด็กที่มีพฤติกรรมการนอนดีและไม่ดี ต่างก็มีการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ก่อนนอนที่มากเช่นเดียวกัน ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า สมมติฐานการวิจัยในครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการนอนของเด็กวัยก่อนเรียนในเขตกรุงเทพมหานครได้ ได้แก่ โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และการนอนในที่ที่มีแสงจ้าเกินไป

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

ตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นเด็กวัยก่อนเรียน ที่เรียนอยู่ในโรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร และโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากรุงเทพมหานครเท่านั้น ผลการศึกษาจึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับตัวอย่างที่มีลักษณะแตกต่างจากตัวอย่างนี้ได้ เช่น เด็กที่เรียนในโรงเรียนเอกชน

ข้อเสนอแนะ

1. ในการปฏิบัติกรพยาบาล เพื่อส่งเสริมการนอนหลับในเด็กวัยก่อนเรียน ควรมีการคำนึงถึงโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กและแสงสว่างในสิ่งแวดล้อมที่เด็กนอนหลับ

2. พยาบาลและทีมสุขภาพควรมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กทั้งที่บ้านและใน

สถานศึกษามีความรู้ในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจในเด็ก และการจัดสิ่งแวดล้อมการนอนของเด็ก เพื่อให้เด็กสามารถนอนหลับได้ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบข้อจำกัดของตัวอย่าง เนื่องจากตัวอย่างที่ได้ศึกษาในครั้งนี้ เป็นเด็กที่เรียนอยู่ในโรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร และโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากรุงเทพมหานคร ทำให้ตัวแปรบางตัวที่พบมากในกลุ่มเด็กที่มีรายได้ครอบครัวสูง หรือเรียนโรงเรียนเอกชน เช่น เด็กที่มีภาวะอ้วน มีจำนวนน้อย ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปจึงควรคำนึงถึงขนาดอิทธิพลของตัวแปรเพื่อจะได้คำนวณหาขนาดของตัวอย่างที่ศึกษาให้เหมาะสม

2. ตัวอย่างที่ได้ศึกษาในครั้งนี้เป็นเด็กที่เรียนอยู่ในโรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร และโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากรุงเทพมหานคร ในการศึกษาครั้งต่อไป จึงควรมีการศึกษาในตัวอย่างที่เรียนอยู่ทั้งในโรงเรียนรัฐบาลและโรงเรียนเอกชน

3. การศึกษาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมการนอนของเด็กในครั้งนี้ เป็นการสอบถามการรับรู้ของผู้ปกครองต่อแสง เสียง และอุณหภูมิที่อาจส่งผลกระทบต่อการนอนหลับของเด็ก ในการศึกษาครั้งต่อไป จึงควรมีการใช้เครื่องมือวัดที่ชัดเจนเพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลมีความแม่นยำมากยิ่งขึ้น

References

1. Mindell JA, Owens JA. A clinical guide to pediatric sleep: diagnosis and management of sleep problems. Lippincott Williams &

- Wilkins; 2015.
2. Vriend JL, Davidson FD, Corkum PV, Rusak B, McLaughlin EN, Chambers CT. Sleep quantity and quality in relation to daytime functioning in children. *Child Health Care*. 2012;41(3):204–22. doi: 10.1080/02739615.2012.685039.
 3. Dewald JF, Meijer AM, Oort FJ, Kerkhof GA, Bögels SM. The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep Med Rev*. 2010;14(3):179–89. doi: 10.1016/j.smrv.2009.10.004.
 4. Simola P, Liukkonen K, Pitkäranta A, Pirinen T, Aronen ET. Psychosocial and somatic outcomes of sleep problems in children: A 4-year follow-up study. *Child Care Health Development*. 2014;40(1):60–7. doi: 10.1111/j.1365-2214.2012.01412.x
 5. Könen T, Dirk J, Leonhardt A, Schmiedek F. The interplay between sleep behavior and affect in elementary school children's daily life. *J Exp Child Psychol*. 2016;150:1–15. doi: 10.1016/j.jecp.2016.04.003.
 6. Division of Innovation and Research (DIR). Disease Prevention, Disease Control, and Health Hazard Research Program 2019-2021. Ministry of Public Health. [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 5] Available from: http://e-lib.ddc.moph.go.th/book_details.php?id=9078&type=1. (in Thai).
 7. Wilson KE, Miller AL, Lumeng JC, Chervin RD. Sleep environments and sleep durations in a sample of low-income preschool children. *J Clin Sleep Med*. 2014;10(3):299–305. doi: 10.5664/jcsm.3534.
 8. Heikkinen T, Järvinen A. The common cold. *Lancet* [Internet]. 2003;361(9351):51–9. Available from: <http://www.science-direct.com/science/article/pii/S0140673603121629>.
 9. Shen L, Lin Z, Lin X, Yang Z. Risk factors associated with obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome in Chinese children: A single center retrospective case-control study. *PLoS One*. 2018;13(9):1–16. doi: 10.0.5.91/journal.pone.0203695.
 10. Storms W. Allergic rhinitis-induced nasal congestion: Its impact on sleep quality. *Prim Care Respir J*. 2008;17(1):7–18. doi: 10.3132/pcrj.2008.00001.
 11. Craig TJ, McCann JL, Gurevich F, Davies MJ. The correlation between allergic rhinitis and sleep disturbance. *J Allergy Clin Immunol*. 2004;114(5 SUPPL.). doi: 10.1016/j.jaci.2004.08.044.
 12. Fagnano M, Bayer AL, Isensee CA, Hernandez T, Halterman JS. Nocturnal asthma symptoms and poor sleep quality among urban school children with asthma. *Acad Pediatr*. 2011;11(6):493–9. doi:10.1016/j.acap.011.05.006.
 13. Wu Y, Gong Q, Zou Z, Li H, Zhang X. Short sleep duration and obesity among children: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Obes Res Clin Pract* [Internet]. 2017;11(2):140–50.

- doi: 10.1016/j.orcp.2016.05.005.
14. Felsó R, Lohner S, Hollódy K, Erhardt, Molnár D. Relationship between sleep duration and childhood obesity: Systematic review including the potential underlying mechanisms. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2017;27(9):751–61. doi: 10.1016/j.numecd.2017.07.008.
 15. Jenni OG, Fuhrer HZ, Iglowstein I, Molinari L, Largo RH. A longitudinal study of bed sharing and sleep problems among Swiss children in the first 10 years of life. *Pediatrics.* 2005;115(1):233–40. doi: 10.1542/peds.2004-0815E.
 16. Linder LA, Christian BJ. Characteristics of the nighttime hospital bedside care environment (sound, light, and temperature) for children with cancer. *Cancer Nurs.* 2011;34(3):176–84. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181fc52d0.
 17. Linder LA, Christian BJ. Nighttime sleep disruptions, the hospital care environment, and symptoms in elementary school-age children with cancer. *Oncol Nurs Forum.* 2012;39(6):553–61. doi: 10.1188/12.ONF.553-561.
 18. Lauricella AR, Wartella E, Rideout VJ. Young children's screen time: The complex role of parent and child factors. *J Appl Dev Psychol.* 2015;36:11 –7. doi: 10.1016/j.appdev.2014.12.001.
 19. Hinkley T, Carson V, Kalamakaefu K, Brown H. What mums think matters: A mediating model of maternal perceptions of the impact of screen time on preschoolers' actual screen time. *Prev Med Reports.* 2017;6:339–45. doi: 10.1016/j.pmedr.2017.04.015.
 20. Hale L, Guan S. Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: A systematic literature review. *Sleep Med Rev.* 2015;21:50–8. doi: 10.1016/j.smrv.2014.07.007.
 21. Wanichbuncha K. *Advanced Statistic Analysis with SPSS for windows.* 9th ed. Bangkok: Statistics Department, Faculty of Commerce and Accountancy, Chulalongkorn University; 2011. (in Thai).
 22. Owens JA, Spirito A, McGuinn M. The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep.* 2000;23(8):1043-51. doi: 10.1037/t33022-000.
 23. Hosmer DW, Lemeshow S, Cook ED. *Applied Logistic Regression, Second Edition: Book and Solutions Manual Set.* Wiley; 2001.
 24. Paul IM, Beiler JS, King TS, Clapp ER, Vallati J, Berlin CM. Vapor Rub, Petrolatum, and No Treatment for Children With Nocturnal Cough and Cold Symptoms. *Pediatrics.* 2010;126(6):1092–99. doi: 10.1542/peds.2010-1601.

ผลแบบทันทีของการนวดร่วมกับการกดจุดสัญญาณต่อระบบประสาท อัตโนมัติและการไหลเวียนเลือดในอาสาสมัครที่มีภาวะเครียด

ปริญภัทร สิงห์ทอง* วาริณี แสงประไพ** กมลฉัตร ขุนวงษา** วราภรณ์ ใจบุญ**
สุภลักษณ์ คำโสภา** ธราธร อัครวิธรรวโรชิตี***

บทคัดย่อ

บทนำ : เมื่อร่างกายมีความเครียดสะสมเป็นเวลานานจะทำให้เกิดภาวะเครียดออกซิเดชั่น ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคหรืออาการต่าง ๆ การรักษามีทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา การนวดร่วมกับการกดจุดสัญญาณน่าจะเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยลดความเครียดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาผลทันทีของการนวดกับกดจุดสัญญาณต่อระบบประสาทอัตโนมัติ และลักษณะของการไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดส่วนปลายของอาสาสมัครที่มีภาวะเครียด

วิธีการวิจัย : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งอาสาสมัครเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มนวด 2) กลุ่มนวดกับกดจุดสัญญาณ และ 3) กลุ่มนอนพัก กลุ่มละ 30 คน ประเมินผลด้วยเครื่องวัดอัตราการแปรปรวนของหัวใจ ใช้สถิติทดสอบวิลค็อกซัน และการทดสอบแบบครัสคัล วอลลิส

ผลการวิจัย : เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มนวด พบว่า ค่าอัตราการเต้นของหัวใจเฉลี่ย ค่าระดับความตึงเครียดทางกาย (PSI) และค่าระดับความตึงเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนค่าความแปรปรวนของการเต้นของหัวใจ ค่าการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และค่าความทนทานต่อความเครียดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนกลุ่มนวดกับกดจุดสัญญาณหลังทดลอง พบว่า การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดส่วนปลายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุปผล : ดังนั้นการนวดจึงส่งต่อระบบประสาทอัตโนมัติทำให้ความเครียดลดลง ส่วนการนวดกับกดจุดสัญญาณทำให้การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดส่วนปลายดีขึ้น

คำสำคัญ : ระบบประสาทอัตโนมัติ การไหลเวียนเลือด การนวด ภาวะเครียด

*คณะแพทยแผนไทยและแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, E-mail: pariyapat.s@ubru.ac.th

**คณะแพทยแผนไทยและแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

***โรงพยาบาลดอนมดแดง จ.อุบลราชธานี

The immediate effect of massage combined with reflexology on the autonomic nervous system and blood circulation assessment in stressed volunteers

Pariyapat Singthong* Warinee Sangprapai** Khamonchat Khunwongsa** Waraporn Jaiboon**
Supaluk Komsopa** Taratorn Aussawatworachot***

Abstract

Background: When the body is stressed for a long time, oxidative stress can cause stress as a part of the disease or symptoms. Treatments include both medication and non-medication methods can be used to reduce stress.

Objectives: This research aimed to study the immediate effects of massage combined with reflexology to the autonomic nervous system and blood circulation assessment in stressed volunteers.

Methods: This study was a quasi-experimental research study. The volunteers were placed in to three groups consisting of 30 volunteers per group. The groups were: the massage group, the massage combined with reflexology group, and the resting group. The meter rate heart rate variability (HRV), the Wilcoxon Matched-Pairs Signed Ranks Test and Kruskal Wallis Test were used in this study.

Results: When the data were compared before and after the experiment, the mean heart rate (Mean HRT), the Physical Stress Index (PSI) and the stress index decreased significantly ($p=.000$ $p=.007$ $p=.002$) in the massage group., The standard deviation of normal to normal beats (SDNN), the autonomic nervous system (ANS Activity), and the stress resistance significantly increased ($p=.035$, $p=.026$, and $p=.039$, respectively). The massage combined with the reflexology group showed that blood circulation assessment flow was significantly improved ($p=.001$).

Conclusions: Therefore, messages affect the autonomic nervous system causing stress to be reduced. Massages combined with reflexology signals can improve vascular blood circulation assessment flow.

Keywords: autonomic nervous system, blood circulation assessment, massage, stress

*Faculty of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ubonratchathani Rajabhat University,
E-mail: pariyapat.s@ubru.ac.th

**Faculty of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ubonratchathani Rajabhat University

***Don Mot Daeng Hospital, Ubonratchathani Province

บทนำ

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ไม่ว่าจะเป็นสภาพแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ วิถีชีวิต สุขภาพ อาชีพ ต่างก็ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของมนุษย์เกิดความเครียด¹ ซึ่งความเครียดนั้นเกี่ยวข้องกับระบบประสาทอัตโนมัติคือการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทส่วนปลาย ช่วยร่างกายปรับตัวให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในสภาพแวดล้อมรอบตัวที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยเป็นการทำงานนอกเหนืออำนาจจิตใจและทำหน้าที่ควบคุมร่างกายให้อยู่ในสภาพปกติ เมื่อร่างกายเกิดความเครียด หลอดเลือดหดตัวเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและเพิ่มแรงในการบีบตัวของหัวใจ ทำให้แรงดันในเลือดมากขึ้น ระบบประสาทอัตโนมัติจะทำหน้าที่ในการต่อสู้กับภาวะเครียด โดยมีระบบประสาทซิมพาเทติกจะเข้ามามีบทบาท เมื่อเราเข้าสู่ภาวะเครียด²⁻³

เมื่อร่างกายมีความเครียดสะสมเป็นเวลานานจะทำให้เกิดภาวะเครียดออกซิเดชัน⁴ หากปล่อยให้เกิดความเครียดสะสม จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตการทำงานและชีวิตประจำวัน มีปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานและครอบครัว ความสามารถในการทำงานลดลง หรือผลิตผลด้อย นำไปสู่โรคหรืออาการต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเมเร็ง⁵ แผลในกระเพาะอาหาร⁶ ภาวะซึมเศร้า⁷ ติดแอลกอฮอล์ นอนไม่หลับ และการคิดฆ่าตัวตาย⁸

การรักษาภาวะเครียดมี 2 รูปแบบ คือ
1) การรักษาโดยใช้ยา เช่น ยาลอราซีแพม ยาไดอะซีแพม ยาคลอร์ซาซีเพต ยาอะมิทริปไทลีน ยาเซอร์ทราลีน เป็นต้น แต่ผลข้างเคียงของยา

คือ ทำให้อ่อนเพลีย ไม่มีสติ สับสน สูญเสียการทรงตัว และสูญเสียความทรงจำระยะสั้น⁹ และ 2) การรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น กายภาพบำบัด จิตบำบัด การฝังเข็ม การออกกำลังกาย การหัวเราะ และการนวด¹⁰ โดยการนวดมีหลายรูปแบบ จากการทบทวนวรรณกรรม มีการศึกษาผลของการนวดต่ออัตราการแปรปรวนของหัวใจ เช่น การศึกษาการนวดไทย โดยการนวดบริเวณหลังคอ ศีรษะ แขน มือ ขา และท้อง พบว่า กลุ่มที่ได้รับการนวดไทยมีระดับอัลฟาอะไมเลสในน้ำลายลดลง และมีผลต่อความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจ (HRV) และระบบประสาทอัตโนมัติ (ANS)¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาผลทันทีของการนวดไทยที่มีต่อความเครียดด้านจิตใจและความแปรปรวนของหัวใจ โดยการศึกษาในอาสาสมัครที่มีสุขภาพดี จำนวน 30 คน แบ่งเป็นของ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการนวดไทย และกลุ่มนอนพัก ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่กลุ่มนวดแผนไทยมีค่ารากที่สองของค่าความแตกต่างเฉลี่ยกำลังสองของจังหวะการเต้นของหัวใจในช่วงปกติต่อเนื่อง (RMSSD) และค่าย่านความถี่ต่ำ (LF) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ¹² การศึกษาการนวดเส้นประสาธน์ พบว่า กลุ่มที่ได้รับการนวดเส้นประสาธน์มีผลต่ออัตราการแปรปรวนของหัวใจและสามารถลดความตึงเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ การศึกษาผลของการนวดมือ เป็นเวลา 20 นาที พบว่าการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกลดลงส่งผลให้เกิดความผ่อนคลาย¹⁴ แต่ยังไม่พบ

รายงานพบการนวดร่วมกับการกดจุดสัญญาณ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลทันทีของการนวดกับการกดจุดสัญญาณต่อระบบประสาทอัตโนมัติและการไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดส่วนปลายในอาสาสมัครที่มีภาวะเครียด เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการรักษาความเครียดในรูปแบบการนวดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาผลทันทีของการนวดกับการกดจุดสัญญาณต่อระบบประสาทอัตโนมัติ และการไหลเวียนในหลอดเลือดส่วนปลายในอาสาสมัครที่มีภาวะเครียด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบประเมินความเครียด (SPST – 20) ด้วยตนเอง พัฒนาโดยโรงพยาบาลสวนปรุง ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยให้ใส่เครื่องหมายถูกในระดับความเครียดที่ตนรู้สึกมี ตั้งแต่ 1-5 คะแนน (1 = ไม่รู้สึกเครียด 2 = เครียดเล็กน้อย 3 = เครียดปานกลาง 4 = เครียดมาก และ 5 = เครียดมากที่สุด) คะแนนความเครียด ตั้งแต่ 0-100 คะแนน แบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับคะแนน 0 – 23 คะแนน ความเครียดอยู่ในระดับน้อยและหายไปได้ในระยะสั้นๆ เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน ระดับคะแนน 24-41 คะแนน ความเครียดในระดับปานกลาง เกิดขึ้น ได้ในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งที่คุณกคามหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เครียดอาจรู้สึกวิตกกังวล ระดับคะแนน 42-61 คะแนน ความเครียดในระดับสูง ได้รับความเดือดร้อนจากสิ่งต่าง ๆ หรือเหตุการณ์รอบตัวทำให้วิตกกังวล กลัว รู้สึก

ขัดแย้ง ระดับคะแนน 62 คะแนนขึ้นไป ความเครียดในระดับรุนแรง เป็นความเครียดระดับสูงที่เกิดต่อเนื่องหรือทำนงกำลังเผชิญกับวิกฤตของชีวิต

2. แบบทดสอบทางคณิตศาสตร์ จำนวน 20 ข้อ ใช้เวลาทำข้อสอบ 10 นาที เพื่อกระตุ้นให้เกิดความเครียด¹¹⁻¹²

3. เครื่องวัดความดันโลหิตสูง (Automatic blood pressure monitor) รุ่น Omron hem-7121

4. เครื่องวัดอัตราความแปรปรวนของการเต้นของหัวใจ (Heart rate variability, HRV) รุ่น SA3000P โดยจะวัดค่าอัตราการเต้นของหัวใจเฉลี่ย (Mean HRT) ค่าความแปรปรวนของการเต้นของหัวใจ (Standard deviation of normal to normal beats; SDNN) ค่าเสถียรภาพของกระแสไฟฟ้าของหัวใจ (RMSSD) ค่าระดับความตึงเครียดทางกาย (Physical Stress Index; PSI) ค่าการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (ANS Activity) ค่าความสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ (ANS Balance) ค่าความทนทานต่อความเครียด (Stress Resistance) ค่าระดับความตึงเครียด (Stress Index) ค่าความเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย (Fatigue Index) และการตรวจสภาพหลอดเลือดส่วนปลาย และการไหลเวียนเลือด (Blood Circulation Assessment)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ

ตัวอย่าง คำนวณจากโปรแกรม G*Power มีค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .50 ค่าระดับนัยสำคัญ (α err prob) เท่ากับ .05 ตัวอย่างทั้งหมด 90 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ทำให้มีค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .990¹⁵ จากนั้นแบ่งตัวอย่าง เป็นกลุ่มละ

30 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ผู้ที่มีอายุระหว่าง 18–50 ปี 2) มีระดับความเครียดระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยการวัดจากการให้แบบประเมินความเครียดสวนปรง (SPST 20) และ 3) หยุดยาและหยุดการรักษาการบำบัดความเครียด เช่น การประคบสมุนไพร อบสมุนไพร ผังเข็ม และการรักษาอื่น ๆ เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ก่อนเข้าร่วมโครงการ และมีเกณฑ์การคัดออก คือ 1) เป็นโรคติดต่อ ได้แก่ วัณโรค ระยะเวลาแพร่เชื้อ กลาก เกลิออน หรือโรคผิวหนังในระยะเวลาที่อาจติดต่อผู้อื่นได้โดยการสัมผัส 2) ได้รับการผ่าตัด ในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา 3) หญิงตั้งครรภ์ 4) ผู้ที่ทนต่อความเจ็บปวดไม่ได้ 5) ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกพรุนและกระดูกเปราะแตกหักง่าย 6) มีไข้สูงเกิน 37.5 องศาเซลเซียส 7) มีโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 8) อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 80 ครั้ง/นาที 9) มีเนื้องอก หรือมีอาการความรู้สึก 10) มีบริเวณที่มีบาดแผลเปิด และ 11) มีภาวะเส้นเลือดอุดตันหรือมีภาวะอุดตันด้วยลิ่มเลือด

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการนี้ได้รับได้ผ่านการพิจารณาของ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2561-051 รับรองเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2561

วิธีการเก็บข้อมูล

1. ตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด กรอกแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป จากนั้นวัดความดันโลหิต ทำแบบทดสอบคณิตศาสตร์ และวัดระบบประสาทอัตโนมัติ โดยการใช้เครื่องวัดอัตราความแปรปรวนของ

การเต้นของหัวใจ ตามลำดับก่อนเริ่มทำการรักษา

2. ตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 90 คน สุ่มด้วยการจับฉลากแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มควบคุม 2) กลุ่มนวดร่วมกับกดจุดสัญญาณ และ 3) กลุ่มควบคุม โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

กลุ่มควบคุม มีวิธีการนวดพื้นฐานแบบราชสำนักโดยมีขั้นตอนการนวด ดังนี้ นวดพื้นฐานขาเปิดประตูลม พื้นฐานขาต้านนอก พื้นฐานขาต้านใน พื้นฐานหลัง พื้นฐานแขนต้านใน พื้นฐานแขนต้านนอก พื้นฐานบ่า พื้นฐานไหล่ และพื้นฐานโค้งคอ กดจุดละ 10 วินาที¹⁶ ใช้เวลาทั้งหมด 45 นาที

กลุ่มนวดร่วมกับการกดจุดสัญญาณ โดยมีการนวดพื้นฐานแบบราชสำนักเหมือนกลุ่มแรก หลังจากนั้นกดจุดสัญญาณ ดังนี้ 1) การกดจุดสัญญาณ 1-5 ขาด้านนอก 2) การกดจุดสัญญาณ 1-5 ขาด้านใน 3) การกดจุดสัญญาณ 1-5 หลัง 4) การกดจุดสัญญาณ 1-5 แขนด้านนอก 5) การกดจุดสัญญาณ 1-5 แขนด้านใน 6) การกดจุดสัญญาณ 1-5 หัวไหล่ 7) การกดจุดสัญญาณ 1-5 ศีรษะด้านหน้า และ 8) การกดจุดสัญญาณ 1-5 ศีรษะด้านหลัง กดจุดสัญญาณละ 30 วินาที¹⁶ รวมเวลาทั้งหมด 70 นาที

กลุ่มควบคุม ตัวอย่างนอนพักในท่าที่สบายที่สุดเป็นระยะเวลา 70 นาที

3. หลังการทดลอง ตัวอย่างได้รับวัดความดันโลหิต และอัตราความแปรปรวนของการเต้นของหัวใจทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับความเครียด โดยวิเคราะห์หาค่าความถี่

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เมื่อทดสอบการกระจายของข้อมูล พบว่า มีการกระจายแบบไม่ปกติ จึงเลือกใช้สถิติแบบ nonparametric คือ ใช้สถิติ Wilcoxon Matched-Pairs Signed Ranks Test เปรียบเทียบข้อมูลก่อนกับหลังการทดลองภายในกลุ่ม ส่วนการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มใช้ Kruskal Wallis Test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

ตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าทั้งหมด 90 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน ทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 19.90 ± 1.00 ปี ถึง 19.97 ± 1.00 ปี ความดันซิสโตลิกเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 105.43±7.38 mmHg ถึง 108.56±17.83 mmHg ความดันไดแอสโตลิก 68.86±9.31 mmHg ถึง 72.06± 15.92 mmHg ระดับความเครียดจากแบบประเมินความเครียด (SPST – 20)* ด้วยตนเอง ของทั้ง 3 กลุ่ม พบว่า กลุ่มนวด และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง และกลุ่มนวดกับการกดจุดสัญญาณส่วนใหญ่ความเครียดอยู่ใน

ระดับปานกลาง แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลก่อนกับหลังการทดลอง กลุ่มนวด พบว่า ค่าอัตราการเต้นของหัวใจเฉลี่ย (Mean HRT) ค่าระดับความตึงเครียดทางกาย (PSI) และค่าระดับความตึงเครียด (Stress Index) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.000, p=.007, p=.002) ในขณะที่ค่าความแปรปรวนของการเต้นของหัวใจ (SDNN) ค่าการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (ANS Activity) ค่าความทนทานต่อความเครียด เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.035, p=.026, p=.039) กลุ่มนวดกับการกดจุดสัญญาณ ค่าอัตราการเต้นของหัวใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.008) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าระดับความตึงเครียดทางกาย และค่าระดับความตึงเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.004, p=.005) แต่การเปรียบเทียบข้อมูลความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจในตัวอย่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มนวด กลุ่มนวดกับการกดจุดสัญญาณ และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจในตัวอย่างของตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม

Parameter (Normal)	groups	Median±SD		Within the groups ^a (P)	Between groups ^b (P)	
		Baseline	After		Baseline	After
SBP (< 129 mmHg)	Massage	108.58±17.84	103.53±12.07	.064	.110	.537
	MRS	107.03± 9.41	105.43± 7.39	.697		
	Control	112.97±14.99	111.50±13.09	.697		
DBP (< 84 mmHg)	Massage	72.07±15.92	68.83± 6.50	.380	.262	.479
	MRS	68.87±9.32	71.17± 6.37	.169		
	Control	71.97±8.42	70.97± 9.31	.169		

Parameter (Normal)	groups	Median±SD		Within the groups ^a (P)	Between groups ^b (P)	
		Baseline	After		Baseline	After
Heart rate (60-90 bpm)	Massage	88.90±15.58	84.77±16.11	.000*	.192	.201
	MRS	81.43±12.66	76.90±11.02	.008*		
	Control	85.47±13.39	83.37±13.95	.085		
SDNN (>30 ms)	Massage	61.05±22.20	67.99±26.18	.035*	.547	.172
	MRS	54.96±18.71	55.22±19.88	.688		
	Control	58.07±29.47	64.35±31.40	.057		
RMSSD (>10 ms)	Massage	47.69±15.37	50.48±13.28	.082	.604	.297
	MRS	44.27±18.65	45.18±19.24	.558		
	Control	43.71±18.24	47.12±21.67	.262		
PSI (0-50)	Massage	23.99±9.93	20.65±9.61	.007*	1.000	.551
	MRS	31.11±24.87	25.35±14.55	.159		
	Control	31.60±24.99	22.43±13.58	.004*		
ANS Activity (90-110)	Massage	104.01±16.69	110.27±17.69	.026*	.756	.083
	MRS	102.62±15.31	100.58±14.68	.572		
	Control	101.19±19.46	104.28±16.43	.294		
ANS Balance (0-50)	Massage	41.75±32.21	44.70±33.24	.943	.959	.945
	MRS	46.45±37.48	40.58±29.99	.445		
	Control	44.18±39.31	44.23±36.65	.967		
Stress Resistance (90-110)	Massage	109.37±18.11	112.53±18.91	.039*	.415	.115
	MRS	102.77±15.71	103.77±15.34	.545		
	Control	103.37±19.25	108.93±20.11	.055		
Stress Index (90-110)	Massage	92.33± 5.49	89.97± 6.56	.002*	.991	.653
	MRS	93.43±11.94	90.03±10.51	.083		
	Control	94.60±10.42	90.30± 9.55	.005*		
Fatigue Index (90-110)	Massage	93.30±20.22	89.72±19.08	.336	.581	.280
	MRS	96.94±16.71	94.96±23.43	.866		
	Control	98.95±20.93	94.04±19.82	.158		

Systolic blood pressure; SBP Diastolic blood pressure; DBP Standard deviation of normal to normal beats; SDNN Physical Stress Index; PSI ^aสถิติที่ใช้ Wilcoxon Matched-Pairs Signed Ranks Test ^bสถิติที่ใช้ Kruskal Wallis Test *P < .05 Massage and Reflexology Signs; MRS

ผลวิเคราะห์สภาวะหลอดเลือดส่วนปลายและการไหลเวียนเลือดที่ปลายนิ้ว กลุ่มนวดกับการกดจุดสัญญาณหลังทดลอง พบว่าสภาวะหลอดเลือดและการไหลเวียนเลือดที่ปลายนิ้วมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p=.001$) ส่วนกลุ่มนวด และกลุ่มควบคุม ร้อยละของสภาวะหลอดเลือดและการไหลเวียนเลือดที่ปลายนิ้วไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลวิเคราะห์การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดส่วนปลายก่อนและหลังทดลองของตัวอย่าง

BCA	Massage(%)		P	MRS(%)		P	Control(%)		P
	Baseline	After		Baseline	After		Baseline	After	
Excellence	46.67	46.67	.317	36.67	70.00	.001*	36.67	43.34	.083
Good	26.67	26.67		56.67	30.00		43.34	40.00	
Poor	26.67	26.67		6.67	-		20.00	16.67	
Bad	-	-		-	-		-	-	
Very Bad	-	-		-	-		-	-	

* $P < .05$ เครื่องหมาย - หมายถึง ไม่มีข้อมูล สถิติที่ใช้ Wilcoxon Matched-Pairs Signed Ranks Test

Blood Circulation Assessment; BCA Massage and Reflexology Signs; MRS

อภิปรายผล

ความแปรปรวนของอัตราการเต้นหัวใจ (HRV) เป็นการวัดค่าความแปรปรวนของการเต้นของหัวใจ (SDNN) โดยการวิเคราะห์ช่วงระยะเวลาระหว่างอัตราการเต้นหัวใจแต่ละครั้ง (RR interval) ที่ต่อเนื่อง เกิดจากการทำงานที่แตกต่างกันของระบบประสาทซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติก ซึ่งเป็นระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ หากร่างกายเกิดความเครียด วิตกกังวล จะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ถ้าค่าความแปรปรวนของการเต้นของหัวใจสูง จะแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเผชิญกับความกดดันได้ดี โดยจะสอดคล้องกับค่าความทนทานต่อความเครียด และค่าการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ¹⁷⁻¹⁸ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้กลุ่มนวด โดยการนวดพื้นฐานขาเปิดประตูลม

พื้นฐานขาด้านนอก พื้นฐานขาด้านใน พื้นฐานหลัง พื้นฐานแขนด้านใน พื้นฐานแขนด้านนอก พื้นฐานบ่า พื้นฐานไหล่ และพื้นฐานโค้งคอ¹⁶ เป็นเวลา 45 นาที หลังการทดลอง พบว่า ค่าความแปรปรวนของการเต้นของหัวใจ ค่าการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และค่าความทนทานต่อความเครียดเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าความสามารถในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงของสภาวะแวดล้อมเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ค่าอัตราการเต้นของหัวใจเฉลี่ย ค่าระดับความตึงเครียดทางกาย และค่าระดับความตึงเครียดของร่างกายลดลง ซึ่งการนวดส่งผลต่อตัวรับความรู้สึกรัด (Pressure receptors) ได้ชั้นผิวหนังที่มีเส้นใยประสาทในการทำหน้าที่นำกระแสประสาทเข้าสู่ประสาทส่วนกลาง กระตุ้นให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานมากขึ้น¹⁹ และมีการเพิ่มขึ้นของคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) ชนิดเดลต้า ส่งผลให้คลื่นสมองชนิดแอลฟา และเบต้าลดลง²⁰ ระดับ

ฮอร์โมนที่บ่งบอกถึงความเครียด (Cortisol) ก็ลดลง²¹ รวมทั้งมีการหลั่งสารเอ็นโดฟินในกระแสเลือด และการกระตุ้นพัฒนาการทางกายและอารมณ์จากการนวดสัมผัสทางผิวหนัง²² แสดงให้เห็นว่าการนวดทำให้เกิดความผ่อนคลาย ลดความตึงเครียดได้ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ได้ทำการนวด เช่น การนวดมือ¹⁴ การนวดเส้นประสาทสลับเฉพาะเส้นอิทา และปิงคลา เฉพาะบริเวณหลัง¹³ การนวดบริเวณหลัง คอ คีรษะ แขน ขา¹¹⁻¹²

กลุ่มที่นวดร่วมกับการกดจุดสัญญาณ มีผลการไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดส่วนปลายในลักษณะที่ปกติเพิ่มขึ้น จากการตรวจสอบภาวะหลอดเลือดส่วนปลาย และการไหลเวียนเลือด (Blood Circulation Assessment) โดยใช้หลักการตรวจ Accelerated Photoplethysmograph (APG) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงของปริมาณเลือดที่ผ่านหลอดเลือด และการไหลเวียนเลือดไปส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงตามแรงบีบหัวใจและการไหลเวียนเลือด²³ ซึ่งการกดจุดสัญญาณเป็นการจ่ายหรือบังคับเลือดและความร้อนไปยังตำแหน่งต่าง ๆ¹⁶ และมีรายงานการวิเคราะห์อุณหภูมิมิวกายด้วยกล้องถ่ายภาพอินฟราเรดตรวจจับอุณหภูมิ (Thermoscan infrared camera) พบว่า การกดจุดสัญญาณเพื่อการจ่ายเลือดได้เป็นอย่างดี เนื่องจากการกดจุดสัญญาณที่อยู่บนหลอดเลือดจะเป็นการจ่ายเลือดไปยังอวัยวะส่วนปลายทางมากขึ้นเมื่อเลือดไหลเวียนได้มากขึ้น อุณหภูมิมิวกายที่อยู่ตามแนวของหลอดเลือดและอวัยวะส่วนปลายจึงมีอุณหภูมิสูงขึ้น²⁴ การไหลเวียนของเลือดดีขึ้นเนื่องจากผลของการปลดปล่อยไนตริกออกไซด์ ทำให้หลอดเลือดขยายตัว

(Vasodilation)²⁵ หลังจากการนวดกับกดจุดสัญญาณทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

สรุปและข้อเสนอนะ

สรุป

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มนวด ทำให้ค่าอัตราการเต้นของหัวใจเฉลี่ย ค่าระดับความตึงเครียดทางกาย และค่าระดับความตึงเครียดของร่างกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าความแปรปรวนของการเต้นของหัวใจ ค่าการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ค่าความทนทานต่อความเครียดเพิ่มขึ้น แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการนวดกับการกดจุดสัญญาณทำให้การไหลเวียนและสภาวะหลอดเลือดปกติเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอนะ

ผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้กับผู้ที่มิภาวะเครียดได้ จากการนวดพื้นฐานแบบราชสำนัก โดยการนวดพื้นฐานขาเปิด ประตูลม พื้นฐานขาด้านนอก พื้นฐานขาด้านใน พื้นฐานหลัง พื้นฐานแขนด้านใน พื้นฐานแขนด้านนอก พื้นฐานป่า พื้นฐานไหล่ และพื้นฐานโค้งคอ กดจุดละ 10 วินาที ใช้เวลาทั้งหมด 45 นาที การนวดดังกล่าวเป็นวิธีการหนึ่ง ที่พบว่าทำให้ความเครียดลดลง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยในครั้งนี้ขอขอบคุณทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี คณะแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก และโรงพยาบาลดอนมดแดงที่เอื้อเฟื้อสถานที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบคุณ
ผศ.ดร.วัฒนา ชยธวัช สำหรับคำแนะนำในการ
คำนวณกลุ่มตัวอย่างและการใช้สถิติในการวิจัย
และขอขอบคุณอาสาสมัครทุกคนที่สละเวลาใน
การเข้าร่วมงานวิจัย

References

1. Terrill AL, Gjerde JM, Garofalo JP. Background Stress Inventory: Developing a Measure of Understudied Stress. *Stress Health*. 2015;31(4):290-8. doi: 10.1002/smi.2554.
2. Phontheekasemsan R. Human anatomy and physiology. 6th ed. Bangkok: Sinpa ban na khan publications; 2013. (in Thai).
3. Vandiver R. Effect of residual stress on peak cap stress in arteries. *Math Biosci Eng*. 2014;11(5):1199-214. doi: 10.3934/mbe.2014.11.1199.
4. Ghezzi P, Jaquet V, Marcucci F, Schmidt HHHW. The oxidative stress theory of disease: levels of evidence and epistemological aspects. *Br J Pharmacol*. 2017;174(12):1784-96. doi: 10.1111/bph.13544.
5. Kaneko M, Imaizumi K, Saito A, Kanemoto S, Asada R, Matsuhisa K, et al. ER Stress and Disease: Toward Prevention and Treatment. *Biol Pharm Bull*. 2017;40(9):1337-43. doi: 10.1248/bpb.b17-00342.
6. Yaribeygi H, Panahi Y, Sahraei H, Johnston TP, Sahebkar A. The impact of stress on body function: A review. *EXCLI J*. 2017;21(16):1057-72. doi: 10.17179/excli.2017-480
7. Kessler RC. The effects of stressful life events on depression. *Annu Rev Psychol*. 1997;48:191-214. doi: 10.1146/annurev.psych.48.1.191.
8. Park S, Lee Y, Lee JH. Association between energy drink intake, sleep, stress, and suicidality in Korean adolescents: energy drink use in isolation or in combination with junk food consumption. *Nutr J*. 2016;15(1):1-8. doi: 10.1186/s12937-016-0204-7.
9. Stewart SH, Westra HA. Benzodiazepine side-effects: from the bench to the clinic. *Curr Pharm Des*. 2002;8(1):1-3. doi: 10.2174/1381612023396708.
10. Achananuphap S. Textbook treatment of common diseases 2. Pimpee Bangkok: 2008. (in Thai).
11. Sripongngam T, Eungpinichpong W, Sirivongs D, Kanpittaya J, Tangvoraphonkchai K, Chanaboon S. Immediate Effects of Traditional Thai Massage on Psychological Stress as Indicated by Salivary Alpha- Amylase Levels in Healthy Persons. *Med Sci Monit Basic Res*. 2015;21:216-21. doi: 10.12659/MSMBR.894343.
12. Sripongngam T, Eungpinichpong W, Sirivongs D, Kanpittaya J, Tangvoraphonkchai K, Chanaboon S. Psychological Stress Can Be Decreased by Traditional Thai Massage. *Journal of*

- the Medical Association of Thailand. 2015;98(6):29-35. (in Thai).
13. Buttagat V, Eungpinichpong W, Chatchawan U, Kharmwan S. The immediate effects of traditional Thai massage on heart rate variability and stress-related parameters in patients with back pain associated with myofascial trigger points. *J Bodyw Mov Ther.* 2011;15:15-23. doi: 10.1016/j.jbmt.2009.06.005.
 14. Kunikata H, Watanabe K, Miyoshi M, Tanioka T. The effects measurement of hand massage by the autonomic activity and psychological indicators. *J Med Invest.* 2012;59(1-2):206-12. doi: 10.2152/jmi.59.206.
 15. Jayathavaj V. Effect Size and Power of a Test in Sample Size Determination for Clinical Research. *Journal of Traditional Thai Medical Research.* 2018.4(1):67-75. (in Thai).
 16. Thai Traditional Medical Rehabilitation Foundation Ayurveda school. *Traditional Thai Medicine (Royal massage).* Bangkok: Usa publications; 2012. (in Thai).
 17. Rajendra Acharya U, Paul Joseph K, Kannathal N, Lim CM, Suri JS. Heart rate variability: a review. *Med Biol Eng Comput.* 2006;44(12):1031-51. doi: 10.1007/s11517-006-0119-0.
 18. Cygankiewicz I, Zareba W. Heart rate variability. *Handb Clin Neurol.* 2013;117:379-93. doi: 10.1016/B978-0-444-53491-0.00031-6.
 19. Fied T, *Massage Therapy Research Review.* 2014;20(4):224-229. doi: 10.1016/j.ctcp.2014.07.002.
 20. Diego MA, Field T, Sanders C, Hernandez-Reif M. Massage therapy of moderate and light pressure and vibrator effects on EEG and heart rate. *Int J Neurosci.* 2004;114(1):31-44. doi: 10.1080/00207450490249446.
 21. Field T, Morrow C, Valdeon C, Larson S, Kuhn C, Schanberg S. Massage reduces anxiety in child and adolescent psychiatric patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1992;31(1):125-31. doi: 10.1097/00004583-199201000-00019.
 22. Eungpinichpong W. *Therapeutic thai massage.* Bangkok: Suweeriyasarn Printing Press; 2008. (in Thai).
 23. Elgendi M, Jonkman M, DeBoer F. Heart Rate Variability and the Acceleration Plethysmogram signals measured at rest. *BIOSTEC.* 2010; 127: 266-277. doi: 10.1007/978-3-642-18472-7_21.
 24. Ayurveda School Applied Thai Traditional Medicine Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University. *Traditional Thai Medicine (Royal massage) Part 2: Signal massage.* Bangkok: Supphawanit publications; 2014. (in Thai).
 25. Toda N. Age-related changes in endothelial function and blood flow regulation. *Pharmacol Ther.* 2012;133(2):159-76. doi: 10.1016/j.pharmthera.2011.10.0004.

ผลของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวล แบบวิถีชีวิตใหม่ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19

วรวิทย์ ชมภูพาน* วรางคณา ชมภูพาน* เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ*
ฐากร เกษิต** วิชัย อึ้งพินิจพงศ์*** วรินทร์ทิพย์ ศรีกงพลี****

บทคัดย่อ

บทนำ : การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัยเกิดขึ้นทั่วโลก เช่นเดียวกับประเทศไทยที่พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด ผู้สูงวัยจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ส่งผลให้มีความวิตกกังวลได้ง่าย ส่วนใหญ่สาเหตุมาจาก การเจ็บป่วย ภาวะพึ่งพิง หากมีแนวทางใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโควิด-19

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลต่อความวิตกกังวล ความปวด ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ

วิธีการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลองสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลที่อาศัยในชุมชนในเขตจังหวัดขอนแก่น โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 36 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพนาน 3 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล แบบวัดความปวด แบบการวัดความดันโลหิต และแบบการวัดอัตราการเต้นของหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของข้อมูลภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มด้วยสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย : พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลง 7.17 คะแนน (95%CI = 5.11 - 9.22) ($p < .001$) และยังพบว่า ความปวด ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจแตกต่างจากก่อนการทดลอง และแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล : โปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวล มีผลต่อการลดลงของความวิตกกังวล ความปวด ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ

คำสำคัญ : วิตกกังวล ชุมชน โควิด-19 ผู้สูงอายุ วิถีชีวิตใหม่

*วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น E-mail: worawut@scphkk.ac.th

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจิว อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

***สายวิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

****สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Received: January 5, 2021

Revised: February 19, 2021

Accepted: April 19, 2021

Effects of new-normal health care for the elderly with anxiety for the global COVID-19 pandemic situation

Worawut Chompoopan* Warangkana Chompoopan* Saowaluk Seedaket*

Thagoon Kechit** Wichai Eungpinichpong*** Varinthip Srikongphlee****

Abstract

Background: The rise of the aging population is happening all around the world. This is true for Thailand where the largest number of elderly people is in the Northeast region. Older people can experience emotional changes, which may lead to anxiety and depression. Most of these problems have been related to chronic illness, dependency, or the loss of a beloved one. It would be good if new approaches with a supervised group exercise and health counseling could be delivered for the elderly in the community in order to relieve their anxiety, especially during the COVID-19 pandemic.

Objectives: To determine the effects of a health care program for the elderly for the issues related to anxiety, musculoskeletal pain, blood pressure, and heart rate.

Methods: A quasi-experimental study using a two-group pre-post-test design was used. The sample consisted of elderly people living in a community in Khon Kaen. Seventy-two elderly people were randomly allocated into an experimental (n=36) and a control group (n=36). The experimental group was given a health care program over 3 months, whereas the control group continued their daily life without participating in the program. Pre-post-test data were collected using: the anxiety scale, numeric rating pain scale, and blood pressure and heart rate measurements. The mean of the data was compared within and between the post-trial groups using paired t-test and independent t-test statistics.

Results: The experimental group had 7.17 lower mean score on anxiety (95% CI = 5.11 - 9.22) than the control group (p<.001). Both blood pressure and heart rates were also significantly lower in the experimental group than the control group.

Conclusions: This innovative health care program could reduce anxiety, musculoskeletal pain, blood pressure and heart rate issues elderly communities.

Keywords: anxiety, community, covid-19, elderly, new normal

*Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, E-mail: worawut@scphkk.ac.th

**Na-Nguiw Health Center

***Division of Physical Therapy, Faculty of Associated Medical Sciences, Khon Kaen University

****Khon Kaen Provincial Health Office

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุที่ผ่านมามีจำนวนประชากรสูงอายุจากทั่วโลกได้เพิ่มมากขึ้น จากเดิมเมื่อปี พ.ศ. 2523 มีผู้สูงอายุทั่วโลก 378 ล้านคน ล่าสุดในปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 702 ล้านคน และยังมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 ประชากรสูงอายุจะมีมากถึง 1,000 ล้านคน¹ เมื่อจำแนกตามภูมิภาคแล้วพบว่าในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดซึ่งพบได้ 260 ล้านคน รองลงมาคือยุโรปและอเมริกาเหนือมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 200.40 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบว่าในเอเชียกลางและเอเชียใต้มีจำนวนผู้สูงอายุ 119 ล้านคน สำหรับประเทศที่จำนวนมีผู้สูงอายุมากที่สุดคือ จีน รองลงมาคือ อินเดียและสหรัฐอเมริกา กล่าวคือมีจำนวนผู้สูงอายุเป็น 164.49, 87.15 และ 53.34 ล้านคนตามลำดับ ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ อินโดนีเซียมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด 16.37 ล้านคน รองลงมา คือ ไทยและเวียดนามมีจำนวนผู้สูงอายุ 8.64 และ 7.29 ล้านคนตามลำดับ¹ ประเทศไทยเมื่อจำแนกตามภาคแล้วพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมา คือ ภาคเหนือและภาคใต้ ซึ่งพบผู้สูงอายุจำนวน 3.50, 2.40 และ 1.30 ล้านคน² จะเห็นได้ว่าประชากรสูงอายุขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในทุกภูมิภาคของโลก ส่งผลให้การเจ็บป่วยในประชากรสูงอายุก็สูงขึ้นเช่นเดียวกัน¹

อย่างไรก็ตาม ความเสื่อมของร่างกายมีความสัมพันธ์กับอายุเพิ่มมากขึ้น โดยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาของร่างกาย เช่น หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น มวลกระดูกและกล้ามเนื้อลดลง³ ส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วย

โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง พบได้มากถึงร้อยละ 40.00 โรคเบาหวานและโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 18.00 และร้อยละ 9.00⁴ ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ เช่น วิตกกังวล รู้สึกไม่มั่นคงไม่ปลอดภัย โกรธง่าย และความเครียด ซึ่งมีสาเหตุมาจากภาวะที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น การสูญเสียคู่สมรส เพื่อนสนิท⁵ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุยังได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทางสังคมจากการเกษียณ สูญเสียบทบาทการเป็นผู้นำของครอบครัว เป็นเพียงสมาชิกในครอบครัว⁶ ประกอบกับการมีความเจ็บป่วย ทำให้มีกิจกรรมทางสังคมลดลงส่งผลให้ความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองลดลง และเกิดความวิตกกังวล⁷ ซึ่งความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกที่แสดงออกถึงความอึดอัดใจ อารมณ์ที่เป็นทุกข์ หนักใจ ที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน นอกจากนี้ยังมีอาการแสดงทางด้านร่างกายร่วมด้วย เช่น ความเหนื่อยล้า ความตึงเครียดกล้ามเนื้อ⁸ มีรายงานว่าผู้สูงอายุในทุกภูมิภาคของโลกมีความวิตกกังวลประมาณ ร้อยละ 14.00⁹ และเมื่อจำแนกตามประเทศในภูมิภาคต่างๆ พบว่า สหรัฐอเมริกามีผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปพบมีความวิตกกังวล ร้อยละ 15.30¹⁰ ในประเทศเยอรมันพบ ร้อยละ 14.10⁹ และในเอเชีย ประเทศเกาหลีใต้พบ ร้อยละ 11.00¹¹ และในประเทศไทยพบได้ถึง ร้อยละ 7.40¹² ผลกระทบของความวิตกกังวลต่อร่างกายนอกจากทำให้ระบบกล้ามเนื้อตึงตัว ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น อีกทั้งความวิตกกังวลยังมีความสัมพันธ์กับความปวด¹³ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อารมารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขที่เพิ่มมากขึ้น จากผลกระทบของความวิตกกังวลที่

กล่าวมาแล้วในข้างต้น จะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้น และความปวดที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของประชากรโลกส่งผลให้มนุษยชาติทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย มีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมทั้งในสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน และเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งมีความต้องการการดูแลในรูปแบบที่ต่างจากเดิม

การดูแลผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลนั้น มีวิธีการที่หลากหลาย เช่น การฝึกการหายใจ การทำสมาธิ การฝึกการผ่อนคลาย รวมไปถึงการใช้ยา เป็นวิธีการที่ง่าย และสะดวก แต่อย่างไรก็ตามการใช้ยาคลายความวิตกกังวลนั้น จำเป็นต้องคำนึงถึงความเสี่ยงต่อการหกล้ม การบำบัดด้วยวิธีพฤติกรรมบำบัดในผู้สูงอายุนั้นจะได้ผลน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุอื่น¹⁴ จะเห็นได้ว่า การผ่อนคลายความวิตกกังวลในผู้สูงอายุตั้งที่กล่าวมาแล้วนั้นยังมีข้อจำกัด เช่น การระมัดระวังในการใช้ยา การต้องเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม หรือต้องฝึกด้วยตนเอง สำหรับโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในการศึกษาคครั้งนี้ ประกอบไปด้วยกิจกรรมที่สำคัญ อาทิเช่น การนวดไทยเพื่อการผ่อนคลาย และการฝึกการยืดเหยียดร่างกายโดยการใช้ผ้ายืดเหยียดรวมไปถึงกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อลดการมารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข จะเป็นมิติใหม่ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโควิด-19

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลแบบวิถีชีวิต

ใหม่ต่อความวิตกกังวล ความปวด ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจในผู้สูงอายุในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็น การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experiment two groups pretest posttest design) โดยดำเนินการศึกษาในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 30 ธันวาคม พ.ศ. 2563

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร

ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลที่อาศัยในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจิว อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น จำนวน 94 ราย

ตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของโดยใช้ค่าสถิติจากการศึกษานำร่อง¹⁵ ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 36 ราย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้เลือกหมู่บ้านที่มีลักษณะทางภูมิศาสตร์ และลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 6 หมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่ม ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายมาจำนวน 3 หมู่บ้านเพื่อเป็นกลุ่มทดลอง และสุ่มหมู่บ้านอีก 3 หมู่บ้าน เพื่อเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อได้หมู่บ้านที่เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ หมู่บ้านละ 12 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่มากกว่า 1 ปี
2. ยินดีเข้าร่วมโครงการ

3. มีความวิตกกังวล (STAI score \geq 54)

เกณฑ์การคัดออก

1. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า
2. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช
3. โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถ

ควบคุมได้ (BP \geq 140/90 mmHg.)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย ข้อมูลลักษณะทางประชากร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพ

2. แบบประเมินความวิตกกังวล (State trait anxiety inventory Form Y-1: STAI Form Y-1) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความวิตกกังวลของต่อสถานการณ์ฉบับภาษาไทยโดยมีข้อคำถามอย่างละ 20 ข้อ มีอยู่ 4 ระดับ ซึ่งมีข้อคำถามในทางบวกและทางลบอย่างละ 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ตั้งแต่ 20-80 คะแนน คะแนนที่สูงถือว่ามีความวิตกกังวลมาก สำหรับความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .78¹⁶

3. แบบประเมินความปวด (Visual analog scale: VAS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความปวดแบบให้คะแนนโดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดย 0 หมายถึงไม่มีความปวด และ 10 หมายถึงความปวดที่มากที่สุด

4. แบบบันทึกการวัดความดันโลหิต (Blood pressure) และอัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate) โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัลที่ผ่านการสอบเทียบ (Calibrate) ทุก 6 เดือน

โปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1. เตรียมความพร้อมโดยประชุมคณะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 16 คน เพื่อชี้แจงกิจกรรมตามโปรแกรม ทำความเข้าใจในรูปแบบกิจกรรม รวมไปถึงการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

2. เตรียมการด้านบุคลากร กระบวนการและสถานที่ให้พร้อมในการให้บริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ดังนี้ ด้านบุคลากร เตรียมการให้ความรู้ สร้างความตระหนัก แก้อสม.เกี่ยวกับความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อและปฏิบัติตน วิธีการป้องกัน ในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงมาตรการความจำเป็นในการบริการสุขภาพที่ต้องปรับเปลี่ยนในระยะมีการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 กระบวนการที่มีแนวปฏิบัติร่วมกันในการรักษาความสะอาดเริ่มจากการล้างมืออย่างถูกต้อง การใช้อุปกรณ์ในการป้องกันการแพร่ระบาดจากละอองฝอยของระบบทางเดินหายใจ จากการไอ จาม สามารถป้องกันด้วยการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากชนิดป้องกันใบหน้า (Face shield) การใช้แอลกอฮอล์เจลในการฆ่าเชื้อก่อนและหลังการให้บริการ รวมถึงการวัดอุณหภูมิของร่างกายทุกครั้งก่อนให้บริการ โดยมีการทบทวนวิธีการด้านการป้องกัน เพื่อสร้างความมั่นใจของกลุ่ม อสม.ในการปฏิบัติการณ์ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนอุปกรณ์ให้เพียงพอต่อการดำเนินกิจกรรม

3. กระบวนการอบรมทีมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านโดยอบรมทีม อสม. ประกอบด้วย พยาบาล

และนักกายภาพบำบัด เป็นผู้ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติซึ่งมีเนื้อหา ประกอบด้วย การฝึกทักษะการนวดไทย โดยเริ่มจากการให้ความรู้ด้านร่างกายมนุษย์ ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ หลังจากนั้นสอนวิธีการนวดโดยใช้การใช้นิ้วหัวแม่มือ ฝ่ามือ สันมือ พร้อมกับการนวดด้วยการลงน้ำหนักที่พอเหมาะ ทั้งนี้ผอนน้ำหนักปรับไปตามการรับสัมผัสของผู้รับการนวดแต่ละคน การนวดจะนวดตามแนวเส้นสิบของไทยโดยเริ่มจากการนวดที่ปลายเท้า ขาท่อนล่าง ขาท่อนบน แขน หลัง ส่วนละ 3 รอบ และมีการเปิดประตูลมบริเวณขาหนีบและแขนท่อนบน ทั้งนี้จะครอบคลุมกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย นอกจากนี้ยังดำเนินการฝึกการยืดเหยียดร่างกายโดยใช้ผ้ายืดเหยียดโดยให้ฝึกปฏิบัติซ้ำๆ โดยเริ่มจากท่าที่ 1 การนั่งเหยียดขาทั้ง 2 ข้าง คล้องปลายเท้าด้วยผ้า ดึงผ้าและยืดตัวให้หลังอยู่ในท่าตรง 10 วินาที และค่อยๆ โน้มตัวมาด้านหน้า จนรู้สึกตึงบริเวณขาพับ 10 วินาที ท่าที่ 2 จับปลายผ้าห่างกันประมาณ 2 ฟุต ยกแขนขึ้นเหนือศีรษะ หลังเหยียดตรง เอียงตัวมาด้านซ้ายจนรู้สึกตึงบริเวณลำตัวด้านขวาและซ้าย นาน 10 วินาที สลับทั้ง 2 ข้าง หลังจากได้รับการอบรมแล้วจะต้องผ่านการควบคุมการฝึกอย่างเข้มงวดเพื่อให้มีมาตรฐานเดียวกัน (Standardize)

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการ

1. ตั้งกลุ่มสื่อสารทางโทรศัพท์ (Group line) เพื่อส่งข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและติดตามกิจกรรมหรือสามารถขอคำแนะนำผ่านสัญญาณภาพเคลื่อนไหว (Line call/VDO call) และดำเนินการเยี่ยมบ้านที่ต้องให้บริการสุขภาพทุกครั้งด้วยวิธีการป้องกันความเสี่ยงติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 โดยเน้น

ย้ำการปฏิบัติตัวของ อสม. ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เพื่อให้เกิดเป็นแบบอย่างในการบริการด้านสุขภาพ

2. การเว้นระยะห่างทางกายภาพ (Physical distancing) เพื่อเป็นการลดความแออัด ลดอัตราเสี่ยงของการรับ และการแพร่เชื้อในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว โดยจัดกลุ่มการดูแลของ อสม. เพื่อให้บริการสุขภาพลดความเสี่ยงจากความแออัดในการตรวจรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการปรับระบบ เพื่อลดการรวมตัวในกลุ่มโรคเรื้อรังโดยให้ อสม. ต่อผู้สูงอายุจำนวน 1 ต่อ 6 คน ทั้งนี้แบ่งตามพื้นที่ หลังคาเรือนของกลุ่มผู้สูงอายุที่หลังคาเรือนใกล้เคียงกันเพื่อให้สามารถดูแลได้มีประสิทธิภาพ

3. ผู้สูงอายุจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยจะได้รับการนวดผ่อนคลายและมีการยืดเหยียดร่างกายในช่วงโมงของการติดตามเยี่ยม กรณีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต อสม. จะมีการติดตาม โดยเจาะเลือด เพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือด วัดความดันโลหิตก่อนวันนัด 1 สัปดาห์ บันทึกผลสมุดประจำตัวผู้ป่วยและรายงานผลมายังกลุ่มทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ดูแลกลุ่ม เพื่อแจ้งผลการประเมินสุขภาพ กรณีผลตรวจปกติ อสม. จะมารับยาไปส่งให้ผู้ป่วยพร้อมสมุดบันทึกประจำตัว กรณีผิดปกติเมื่อรายงานมายังทีมผู้ดูแลจะมีการวางแผนการดูแลตามแนวทางปฏิบัติต่อไป นอกจากนี้คณะผู้วิจัยจะร่วมประเมินผลการปฏิบัติงานของ อสม. ทุกเดือน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนประเมินผล

หลังดำเนินกิจกรรมครบ 12 สัปดาห์ ผู้สูงอายุจะได้รับการประเมินความวิตกกังวล

ความปวด ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ โดยคณะผู้วิจัย

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษาในครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้เสนอโครงการไปยังสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เพื่อขอรับการรับรองและได้รับการรับรองตามเอกสารการรับรองเลขที่ SCPHKIRB63126 ลงวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2563

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการนัดหมายผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการและมีการแจ้งเตือนอีกครั้งล่วงหน้า 1 วันก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเน้นย้ำการปฏิบัติตัวก่อนการมาตามนัดครั้งนี้ คืองดการดื่ม ชา หรือกาแฟ การเก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการในตอนเช้าของวันนัดโดยใช้สถานที่คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อผู้สูงอายุมาถึงจะได้รับคำแนะนำให้นั่งพักนาน 10 นาที หลังจากนั้นคณะผู้วิจัยประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คน จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยข้อมูลที่รวบรวมแบ่งออกเป็นสองส่วนคือข้อมูลส่วนที่ 1 เป็นการวัดความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ ข้อมูลส่วนที่ 2 คือ การสัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์ โดยมีรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละส่วนดังต่อไปนี้ ส่วนที่ 1 เป็นการวัดความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ ทำการวัดที่ต้นแขนขวาในท่านั่งทำการวัด 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 นาที หลังจากนั้นหาค่าเฉลี่ยและทำการบันทึกผล สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนที่ 2 ซึ่ง ประกอบไปด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความ

วิตกกังวลและแบบประเมินความปวดโดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์นานประมาณ 15 นาที ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้จะดำเนินการในกลุ่มทดลองก่อน และหลังจากนั้น 1 วัน จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรซึ่งประกอบไปด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด สถิติอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความวิตกกังวล ความปวด ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent t-test และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทั้งในกลุ่มทดลองและในกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และ 95% Confidence interval

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.11 และ 88.89 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 66.67 เช่นเดียวกับกลุ่มเปรียบเทียบที่พบมากถึงร้อยละ 72.22 ทั้งในกลุ่มทดลองและในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสมากที่สุดร้อยละ 80.56 และ 83.33 ตามลำดับ และทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับ

ประณการศึกษาและประกอบอาชีพเกษตรกรรม สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวล 56.56 ± 4.67 และในกลุ่มเปรียบเทียบ 55.94 ± 4.26 โดยพบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลที่มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.62 คะแนน (95%CI = -2.71 - 1.49) ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p=.564$) เช่นเดียวกับคะแนนความปวดที่พบในกลุ่มทดลอง 5.50 ± 0.88 คะแนน และในกลุ่มเปรียบเทียบ 5.33 ± 0.79 คะแนน โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่า 0.17 คะแนน (95%CI = -0.56 - 0.23) ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p=.401$) สำหรับความดันโลหิต

ตัวบน ความดันโลหิตตัวล่าง และอัตราการเต้นของหัวใจ พบว่าไม่แตกต่างกันเช่นกัน ($p=.719$, $.328$ และ $.921$) ตามลำดับ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรตามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังจากการทดลอง 3 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลที่ลดลง 7.17 คะแนน (95%CI = 5.11 - 9.22) แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และยังพบว่าความปวด ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรตามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง 3 เดือน

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=36) M(SD)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=36) M(SD)	Mean difference	95%CI		p
				Lower	Upper	
ความวิตกกังวล	49.72 (4.65)	56.89 (4.06)	-7.17	-9.22	-5.11	.001
ความปวด	3.83 (1.46)	5.47 (0.84)	-1.64	-2.20	-1.80	.001
ความดันโลหิตตัวบน	126.11(11.75)	133.63(11.63)	-7.52	-13.01	-2.02	.008
ความดันโลหิตตัวล่าง	94.39 (6.76)	98.42 (9.19)	-4.03	-7.82	-0.23	.038
อัตราการเต้นของหัวใจ	90.79 (6.53)	95.50 (8.10)	-4.71	-8.17	-1.25	.008

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองหลังการทดลอง 3 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงต่างจากช่วงก่อนการทดลอง 6.84 คะแนน (95%CI = 4.38 - 9.29) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p<.001$) นอกจากนี้ยังพบว่าความปวด ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองหลังการทดลอง 3 เดือน

ตัวแปร	Baseline	After 3 m	Mean	95%CI		p
	Mean (SD)	Mean (SD)	difference	Lower	Upper	
ความวิตกกังวล	56.56 (4.67)	49.72 (4.65)	6.84 (7.25)	4.38	9.29	.001
ความปวด	5.50 (0.88)	3.83 (1.46)	1.67 (1.53)	1.15	2.18	.001
ความดันโลหิตตัวบน	132.56(13.66)	126.11(11.75)	6.45(11.36)	2.60	10.29	.002
ความดันโลหิตตัวล่าง	97.31 (9.04)	94.39 (6.76)	2.92 (6.71)	0.66	5.19	.013
อัตราการเต้นของหัวใจ	94.90 (6.96)	90.79 (6.53)	4.11 (6.57)	1.89	6.33	.001

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง 3 เดือน พบว่า ข้อมูลของกลุ่มเปรียบเทียบ ประกอบด้วย ความวิตกกังวล

ความปวด ความดันโลหิตตัวบน ความดันโลหิตตัวล่าง และอัตราการเต้นของหัวใจ ก่อนและหลังการทดลองไม่ต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง 3 เดือน

ตัวแปร	Baseline	After 3 m	Mean	95%CI		p
	Mean (SD)	Mean (SD)	difference	Lower	Upper	
ความวิตกกังวล	55.94 (4.26)	56.89 (4.06)	-0.95(3.23)	-2.04	0.15	.088
ความปวด	5.33 (0.79)	5.47 (0.84)	-0.14(0.64)	-0.36	0.08	.201
ความดันโลหิตตัวบน	133.64(11.76)	133.63(11.63)	0.01(1.95)	-0.65	0.67	.966
ความดันโลหิตตัวล่าง	99.63(10.79)	98.42 (9.19)	1.21(4.94)	-0.46	2.88	.151
อัตราการเต้นของหัวใจ	95.07 (7.19)	95.50 (8.10)	-0.43(6.67)	-2.69	1.83	.701

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุส่งผลต่อความวิตกกังวล ความปวด ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ โดยมีองค์ประกอบของโปรแกรม ประกอบด้วย กิจกรรมที่สำคัญ คือ การนวดไทยซึ่งผลของการนวดไทยจะส่งผลต่อการลดความวิตกกังวล ความปวด ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁷ ที่ศึกษาผลของการนวดต่อความวิตกกังวล ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่ง

ได้ศึกษาในตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมอย่างละ 22 ราย โดยกลุ่มทดลองได้ทำการนวดนาน 15 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 7 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผลของการนวดจะส่งผลให้ความวิตกกังวล ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจที่ลดลง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการนวดในระดับที่พอเหมาะกับผู้รับการนวดแต่ละคน ความรู้สึกผ่อนคลายจากอาการปวด ความเมื่อยล้า จะช่วยส่งผลด้านความวิตกกังวลที่ลดลง¹⁸ อีกทั้งการนวดจะกระตุ้นกลไกสารเคมีในร่างกายและส่งผ่านสาร

สื่อประสาทที่รับรู้จากชั้นเนื้อเยื่อส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อให้กลับมาทำงานได้ตามปกติ¹⁹ จากการได้รับการสัมผัสด้วยการนวด สามารถช่วยให้เส้นเลือดและเนื้อเยื่อมีความยืดหยุ่นที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้มีการไหลเวียนที่ดีขึ้นของระบบไหลเวียน ซึ่งมีผลให้ระดับความดันโลหิต²⁰ และอัตราการเต้นของหัวใจลดลง²¹ นอกจากนี้ยังมีโปรแกรมการใช้ผ้ายืดเหยียดร่างกาย ส่งผลให้เกิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่แข็งแรงให้มีความยืดหยุ่น และยังช่วยให้ข้อต่อตามส่วนต่างๆของร่างกายมีการเคลื่อนไหวที่เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นส่วนหนึ่งของการบรรเทาความปวด²²

อย่างไรก็ตามนอกจากการนวดไทยแล้วยังมีกิจกรรมอื่นๆ ที่เป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุผ่อนคลายวิตกกังวล กล่าวคือ ผู้สูงอายุจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงของด้านร่างกาย และจิตใจ มีการวางแผน การติดตาม การส่งข้อมูลสุขภาพกลับไปยังรพ.สต. รวมไปถึงการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงวัยกับบุคลากรสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือที่ดีต่อแผนการดูแลและก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เหมาะสม²³

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลแบบวิถีชีวิตใหม่ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 มีผลต่อการลดลงของความวิตกกังวล ความปวด ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลแบบวิถีชีวิตใหม่ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะในบริบทของประชากรผู้สูงอายุได้ แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ดังนั้นควรระมัดระวังในการใช้ข้อมูลกับผู้สูงอายุเพศชาย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวล โดยภายหลังการทดลองพบว่าผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล ความปวด ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจที่ลดลง อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาในประชากรกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่าจะมีความวิตกกังวลที่สูงกว่ากลุ่มอื่น หรือนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยในครั้งนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ด้วยดี คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณความร่วมมือจากผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

References

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division: World Population Ageing 2019 Highlights; 2019.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI): Situation of the Thai Elderly 2018. Bangkok: Deuan Tula Printing House; 2019. (in Thai).
3. Chompoopan W, Chompoopan W, Eungpinichpong W, Eungpinichpong W. Effects of low intensity exercises on body balance and muscle strength of community elderly people. *Int J GEOMATE*. 2019;17(61):86-90. doi: 10.21660/2019.61.4786.
4. Bureau of Elderly Health, Report of Thai Elderly Survey 2013. Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand. Bangkok: Vacharin P.P.; 2013. (in Thai).
5. Land KC, Michalos AC. Fifty years after the social indicators movement: Has the promise been fulfilled? *Soc Indic Res*. 2018;135(3):835-68. doi: 10.1007/s11205-017-1571-y.
6. Paltasingh T, Tyagi R. Caring for the Elderly: Social Gerontology in the Indian Context: SAGE Publications, New Delhi, India; 2015.
7. Havighurst RJ, Albrecht R. Older people. New York: Longmans, Green; 1953.
8. Andrews G, Hobbs MJ, Borkovec TD, Beesdo K, Craske MG, Heimberg RG, et al. Generalized worry disorder: a review of DSM-IV generalized anxiety disorder and options for DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010;27(2):134-47. doi: 10.1002/da.20658.
9. Welzel FD, Stein J, Röhr S, Fuchs A, Pentzek M, Mösch E, et al. Prevalence of anxiety symptoms and their association with loss experience in a large cohort sample of the oldest-old. Results of the AGECODE/AGEQUALIDE study. *Front Psychiatry*. 2019;10:285. doi:10.3389/fpsyt.2019.00285.
10. Eden J, Maslow, K, Le M, Blazer D. The mental health and substance use workforce for older adults: In whose hands? Committee on the Mental Health Workforce for Geriatric Populations, Board on Health Care Services; Institute of Medicine. Washington, DC. National Academies Press; 2012.
11. Zhang X, Norton J, Carrière I, Ritchie K, Chaudieu I, Ancelin M-L. Generalized anxiety in community-dwelling elderly: prevalence and clinical characteristics. *J Affect Disord*. 2015;172:24-9. doi: 10.1016/j.jad.2014.09.036.
12. Suradom C, Wongpakaran N, Wongpakaran T, Lerttrakarnnon P, Jiraniramai S, Taemeeyapradit U, et al. Prevalence and associated factors of comorbid anxiety disorders in late-life depression: findings from geriatric tertiary

- outpatient settings. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2019;15:199-204. doi: 10.2147/NDT.S184585.
13. de Heer EW, Gerrits MM, Beekman AT, Dekker J, van Marwijk HW, de Waal MW, et al. The association of depression and anxiety with pain: a study from NESDA. *PLoS one.* 2014;9(10):e106907. doi: 10.1371/journal.pone.0106907.
 14. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci.* 2017;19(2):93-107. doi: 10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow.
 15. Chompoopan W, Eungpinichpong W, Eungpinichpong W. Effects of traditional thai massage on heart rate, blood pressure, and anxiety in depression patients: A pilot study. *Int J Geomate.* 2016;11(28):2892-5. doi: 10.21660/2016.28.1360.
 16. Uratanamnee S, Lerdsamran S. Stress anxiety and depression of high school teenager in preparation for university admission: The journal of psychiatric nursing and mental health. 2017;31(2):78-94. (in Thai).
 17. Pinar R, Afsar F. Back Massage to Decrease State Anxiety, Cortisol Level, Blood Pressure, Heart Rate and Increase Sleep Quality in Family Caregivers of Patients with Cancer: A Randomised Controlled Trial. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16(18):8127-33. doi: 10.7314/apjcp.2015.16.18.8127.
 18. Yücel ŞÇ, Arslan GG, Bağcı H. Effects of hand massage and therapeutic touch on comfort and anxiety living in a nursing home in turkey: A randomized controlled trial. *J Relig Health.* 2020;59(1):351-64. doi: 10.1007/s10943-019-00813-x.
 19. Furlan AD, Giraldo M, Baskwill A, Irvin E, Imamura M. Massage for low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016(9). doi: 10.1016/j.explore.2016.02.014.
 20. Nelson NL. Massage therapy: understanding the mechanisms of action on blood pressure. A scoping review. *J Am Soc Hypertens.* 2015;9(10):785-93. doi: 10.1016/j.jash.2015.07.009.
 21. Kaye AD, Kaye AJ, Swinford J, Baluch A, Bawcom BA, Lambert TJ, et al. The effect of deep-tissue massage therapy on blood pressure and heart rate. *J Altern Complement Med.* 2008;14(2):125-8. doi: 10.1089/acm.2007.0665.
 22. Freitas SR, Mendes B, Le Sant G, Andrade RJ, Nordez A, Milanovic Z. Can chronic stretching change the muscle-tendon mechanical properties? A review. *Scand J Med Sci Sports.* 2018;28(3):794-806. doi: 10.1111/sms.12957.
 23. Hartley S, Raphael J, Lovell K, Berry K. Effective nurse-patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *Int J Nurs Stud.* 2020;102:103490. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103490.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและรูปแบบการให้อาหารทารก ในมารดาหลังคลอดครรภ์แรกในจังหวัดชลบุรี

ธัญญมล สุริยานิมิตรสุข* พิชชาภรณ์ साตะรักษ์**

บทคัดย่อ

บทนำ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของมารดาเพื่อส่งเสริมและจัดการมีสุขภาพดีของตนเองและทารก

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและรูปแบบการให้อาหารทารกของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก และเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มีรูปแบบการให้อาหารทารกแตกต่างกัน

วิธีการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา ตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอด 6 เดือน ที่พบบุตรมารับบริการฉีดวัคซีน ที่คลินิกเด็กสุขภาพดี ซึ่งตอบคำถามครบถ้วนสมบูรณ์ทั้งหมด 154 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพคนไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว

ผลการศึกษา : มารดาหลังคลอดครรภ์แรกในจังหวัดชลบุรี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวม อยู่ในระดับพอใช้ได้ และมารดาหลังคลอดที่มีรูปแบบการให้อาหารทารกแตกต่างกัน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล : มารดาหลังคลอดที่มีรูปแบบการให้อาหารทารกแตกต่างกันมีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์โดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสาร และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้มารดาหลังคลอดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : มารดาหลังคลอดครรภ์แรก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ รูปแบบการให้อาหารทารก

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

E-mail: thunyamol@bnc.ac.th

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Received: February 8, 2021

Revised: March 19, 2021

Accepted: April 23, 2021

Health literacy and infant feeding patterns among first-time mothers in Chon Buri Province

Thunyamol Suriyanimitsuk* Pitchaporn Satarak**

Abstract

Background: Health literacy is an intellectual and social skill that determines the motivation and ability of mothers to promote and maintain their own health and the health of their babies.

Objective: To study the health literacy and infant feeding patterns among first time mothers and to compare health literacy among those with different infant feeding patterns.

Methods: This research was a descriptive study. The sample consisted of 154 mothers who after 6 months took their children to the hospital for vaccination. Each mother completed self-report questionnaires which consisted of general information and Thai health literacy questionnaires. Data were analyzed with descriptive statistics and one-way ANOVA.

Results: The results showed that the first-time mothers had an overall health literacy score at a fair level. There was a statistically significant difference in health literacy score among first-time mothers with different infant feeding patterns at the .05 level.

Conclusion: Mothers with different infant feeding patterns had statistically different health literacy scores. Nurses should promote maternal health literacy during pregnancy to encourage and maintain the mothers' own health and that of their babies, especially in accessing information and health services, communication and social support, and self-management.

Keywords: first time mother, health literacy, infant feeding pattern

*Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand,
E-mail: thunyamol@bnc.ac.th

**Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand,

บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถือเป็นพฤติกรรมธรรมชาติ แต่ในบางครั้งก็อาจจะเป็นความท้าทายสำหรับมารดาได้เช่นเดียวกัน รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพเด็กไทย ในปี พ.ศ. 2558-2559 พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน อยู่ที่ร้อยละ 23.17 และอีกรายงานในช่วงเวลาเดียวกันในปี 2559 อยู่ที่ร้อยละ 32.80 ถึงแม้ว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนจะสูงขึ้น แต่ยังคงไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และเมื่อเปรียบเทียบกับในภาพรวมกับประเทศทั่วโลก พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของประเทศไทยยังคงอยู่ในระดับต่ำ¹⁻²

ปัจจัยที่สนับสนุนให้มารดาสามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยังเป็นระยะเวลา 6 เดือน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านมารดา เช่น ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน การทำงานและลักษณะงาน การเตรียมตัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเผชิญกับปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การแสวงหาข้อมูลที่เอื้อต่อวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2) ปัจจัยด้านครอบครัว และเพื่อน เช่น ความตั้งใจและการสนับสนุนของบิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและพี่เลี้ยงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 3) ปัจจัยด้านบุคลากรทีมสุขภาพ เช่น การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข การติดตามเยี่ยม³⁻⁵

พฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนนั้นเป็นจุดมุ่งหมายสำคัญในการดูแลสุขภาพมารดาและทารกในระยะหลังคลอด แต่ความจริงแล้วมารดาบางกลุ่มไม่ได้

เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ซึ่งการศึกษาของพัทธ์ณี วินิจจะกุล และอรพร ตำรวงศ์ศิริ⁶ พบว่า มารดาหลังคลอดมีรูปแบบการให้อาหารในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นาน 6 เดือน ทั้ง 3 ประเภท ได้แก่ 1) การให้นมแม่อย่างเดียว 2) การให้นมแม่ น้ำ หรือของเหลวอื่นร่วมด้วย และ 3) การให้นมแม่ ร่วมกับของเหลว และอาหารกึ่งแข็งกึ่งเหลวอื่นๆ แต่ส่วนใหญ่จะเป็นนมแม่อย่างเดียว

ความรู้ทางสุขภาพ คือ ความสามารถและทักษะของบุคคลที่นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและการธำรงภาวะสุขภาพที่ดีและเผยแพร่แนวปฏิบัตินั้นไปสู่สังคม⁷ ความรู้ด้านสุขภาพของหญิงหลังคลอดเป็นความสามารถทางปัญญา และสังคมที่สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและเป็นปัจจัยบวกทำให้มารดาที่มีความพร้อมที่ตัดสินใจเลือกเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างเดียว⁸ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับบทบาทและผลของความรู้ทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพยังไม่เป็นที่แพร่หลายนัก แต่อย่างไรก็ตามมีหลายการศึกษาที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพ⁹⁻¹³ การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในกลุ่มผู้หญิง เช่น การตรวจแมมโมแกรม และการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง¹⁴ แต่สำหรับการศึกษาที่ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพของมารดา และพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นยังมีอยู่น้อย และจะมีเฉพาะการศึกษาในต่างประเทศเท่านั้น¹⁵ อย่างไรก็ตามจากหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความรู้ด้านสุขภาพของมารดาในการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง¹⁶⁻¹⁸ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่

จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและรูปแบบการให้อาหารทารกในมารดาหลังคลอดครรภ์แรกในจังหวัดชลบุรี ในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด โดยคาดหวังว่าผลการศึกษาที่ได้จะนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพของมารดาและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวอย่างต่อเนื่องในมารดาหลังคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและรูปแบบการให้อาหารทารกของมารดาหลังคลอดครรภ์แรก
2. เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มีรูปแบบการให้อาหารทารกแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพ⁶ ที่กล่าวไว้ว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ คือความสามารถของบุคคลในการรับรู้เข้าใจ วิเคราะห์ และนำข้อมูลหรือความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก 5 ด้าน คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และการจัดการสุขภาพตนเอง ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพของหญิงหลังคลอดเป็นความสามารถทางปัญญา และสังคมที่สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและเป็นปัจจัยบวกทำให้มารดามีความพร้อมที่ตัดสินใจเลือกเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว⁸ ซึ่งเป็นรูปแบบการให้อาหารทารกที่เหมาะสมทำให้ทารกมีสุขภาพที่ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ตั้งแต่เดือนเมษายน 2562 ถึง มิถุนายน 2563 คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบสำหรับการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นทางเดียว กำหนดขนาดอิทธิพล .25 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 และอำนาจการทดสอบที่ .80 ทำการคำนวณตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.2 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 128 ราย ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 20.00 เพื่อป้องกันจำนวนตัวอย่างที่อาจยุติการเข้าร่วมในการวิจัย (drop out) ได้ขนาดตัวอย่างเป็น 154 ราย ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างตามความสะดวกและเก็บข้อมูลของตัวอย่างทั้งหมดเป็น 154 คน

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง คือ เป็นมารดาครรภ์แรกหลังคลอดปกติ 6 เดือน และทารกไม่มีความพิการ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก คือ มารดาครรภ์แรกหลังคลอดปกติ 6 เดือน ที่ตรวจพบ หรือทารกมีความผิดปกติที่ส่งผลต่อรูปแบบการให้อาหารของทารก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอด ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลักลักษณะของครอบครัว บุคคลที่ช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตร และรูปแบบการให้อาหารทารกในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด

ชุดที่ 2 แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพคนไทย (Thai Health Literacy Scales) ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข⁷ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 47 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิด มีคำตอบให้เลือกตอบในมาตราส่วนประมาณค่าเป็น 5 ระดับ 5 หมายถึงระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับตัวเองมากที่สุด 4 หมายถึง ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับตัวเองมาก 3 หมายถึง ระดับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับตัวเองปานกลาง 2 หมายถึง ข้อคำถามส่วนใหญ่ตรงกับตัวเราน้อย 1 หมายถึง ข้อคำถามส่วนใหญ่ตรงกับตัวเราน้อยมากที่สุด ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ในช่วง 47-235 คะแนน แบ่งออกเป็น 5 ตอน ตอนที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (8 ข้อ) ระดับค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ในช่วง 8-40 คะแนน ตอนที่ 2 การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (5 ข้อ) ระดับค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ในช่วง 5-25 คะแนน ตอนที่ 3 การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ (6 ข้อ) ระดับค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ในช่วง 6-30 คะแนน และ ตอนที่ 4 การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (17 ข้อ) ระดับค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ในช่วง 17-85 คะแนน และ ตอนที่ 5 การจัดการสุขภาพตนเอง (11 ข้อ) ระดับค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ในช่วง 11-55 คะแนน แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพคนไทยฉบับนี้เป็นเครื่องมือที่ผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนักวิชาการนำไปทดสอบกับตัวอย่างทุกช่วงวัยพร้อมทั้งผ่านการตรวจสอบความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .968 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพคนไทยไปทดลองใช้กับหญิงครรภ์แรกหลัง

คลอด 6 เดือน จำนวน 30คน และนำมาตรวจหาความเที่ยง โดยคำนวณจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .979 และรายด้านเท่ากับ .907, .884, .923, .961 และ .944 ตามลำดับ การแปลผลกำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับ ดังนี้ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.00 (น้อยกว่า 141 คะแนน) หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ดีพอ คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 60.00 ถึงคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80.00 (141-187 คะแนน) หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพพอใช้ได้ และคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 80.00 (187 คะแนนขึ้นไป) หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีมาก

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เลขที่ BNC REC 21/2562 ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

กระทำด้วยทีมผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเชิญชวนให้หญิงหลังคลอดที่ตรงตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้หญิงหลังคลอดปกติครรภ์แรกที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ศึกษาเอกสารชี้แจงโครงการวิจัยและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ หลังจากนั้นให้หญิงหลังคลอดตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มีรูปแบบการให้อาหารทารกแตกต่างกัน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One – way ANOVA) โดยมีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว พบว่า 1) ตัวอย่างมีการแจกแจงแบบปกติ 2) ตัวอย่างมีความแปรปรวนเท่ากัน 3) ตัวอย่างแต่ละกลุ่มเป็นอิสระกัน 4) ตัวอย่างจำแนกเป็น 3 ประเภท และ 5) ตัวแปรที่ศึกษามีเพียงตัวแปรเดียวซึ่งเป็นข้อมูลระดับอันตรภาคชั้น

ผลการวิจัย

1. ตัวอย่างทั้งหมด 154 คน ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส คู่ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าระดับปริญญาตรี อายุอยู่ในช่วง 20-35 ปี อายุเฉลี่ย 25.10 ปี ร้อยละ 66.50 อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 31.10 ครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 69.54 มีบุคคลอื่นที่ช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตร ร้อยละ 15.12

2. รูปแบบการให้อาหารทารกของตัวอย่างในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด เป็นดังนี้ คือ ให้

นมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 62.34 ให้นมแม่เป็นหลักพร้อมกับของเหลวอื่น ร้อยละ 17.40 ให้นมแม่ร่วมกับอาหารกึ่งของแข็ง ร้อยละ 18.60

3. มารดาหลังคลอดครรภ์แรกในจังหวัดชลบุรีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวม อยู่ในระดับ พอใช้ได้ (M = 186.29) และเมื่อพิจารณาเป็นรายองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบการเข้าใจข้อมูลและบริการที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ และองค์ประกอบการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก ส่วนองค์ประกอบอื่นๆ อยู่ในระดับพอใช้ได้ เมื่อพิจารณาจำแนกตามรูปแบบการให้อาหารทารก พบว่า มารดาที่มีรูปแบบการให้อาหารทารกแบบให้เฉพาะนมแม่อย่างเดียว มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวม อยู่ในระดับดีมาก (M = 190.29) ส่วนมารดาที่มีรูปแบบการให้อาหารทารกแบบให้นมแม่เป็นหลักพร้อมกับของเหลวอื่น และมารดาที่มีรูปแบบการให้อาหารทารกแบบให้นมแม่ร่วมกับอาหารกึ่งของแข็งหรืออาหารที่เป็นของแข็ง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวม อยู่ในระดับพอใช้ได้ (M = 182.79 และ 176.52 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามรูปแบบการให้อาหารทารก (n= 154)

องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ภาพรวม		รูปแบบการให้อาหารทารก									
			ให้เฉพาะนมแม่อย่างเดียว			ให้นมแม่เป็นหลักพร้อมกับของเหลวอื่น			ให้นมแม่ร่วมกับอาหารกึ่งของแข็งหรืออาหารที่เป็นของแข็ง			
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	31.90	5.07	พอใช้ได้	32.69	4.86	ดีมาก	31.00	4.96	พอใช้ได้	30.17	5.45	พอใช้ได้
2. การเข้าใจข้อมูลและบริการที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	20.55	3.25	ดีมาก	20.87	3.18	ดีมาก	20.48	3.46	ดีมาก	19.52	3.12	พอใช้ได้

องค์ประกอบความ รอบรู้ด้านสุขภาพ	ภาพรวม		รูปแบบการให้อาหารทารก									
			ให้เฉพาะนมแม่อย่างเดียว			ให้นมแม่เป็นหลักร่วมกับ ของเหลวอื่น			ให้นมแม่ร่วมกับอาหารกึ่ง ของแข็งหรืออาหารที่เป็น ของแข็ง			
			M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	M
3. การตรวจสอบ ข้อมูลและบริการ สุขภาพ	24.33	4.12	ดีมาก	24.74	3.99	ดีมาก	24.07	4.60	ดีมาก	23.24	3.97	พอใช้ได้
4. การสื่อสารและ การสนับสนุนทาง สังคม	67.20	11.10	พอใช้ได้	68.48	10.42	ดีมาก	66.17	12.12	พอใช้ได้	64.00	11.89	พอใช้ได้
5. การจัดการ สุขภาพตนเอง	42.31	7.61	พอใช้ได้	43.51	7.37	พอใช้ได้	41.07	7.91	พอใช้ได้	39.59	7.45	พอใช้ได้
ความรอบรู้ด้าน สุขภาพภาพรวม	186.29	27.23	พอใช้ได้	190.29	25.52	ดีมาก	182.79	29.39	พอใช้ได้	176.52	28.47	พอใช้ได้

4. การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกในจังหวัดชลบุรีที่มีรูปแบบการให้อาหารทารกแตกต่างกัน พบว่า มารดาหลังคลอดครรภ์แรกในจังหวัดชลบุรีที่มีรูปแบบการให้อาหารทารกแตกต่างกัน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบรายคู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกในจังหวัดชลบุรีตามรูปแบบการให้อาหารทารก มารดาที่มีรูปแบบการให้อาหารทารกแบบให้เฉพาะนมแม่อย่างเดียวมีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่าง

จากมารดาที่มีรูปแบบการให้อาหารทารกแบบให้นมแม่ร่วมกับอาหารกึ่งของแข็งหรืออาหารที่เป็นของแข็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และแตกต่างจากมารดาที่มีรูปแบบการให้อาหารทารกแบบให้นมแม่เป็นหลักร่วมกับของเหลวอื่นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนมารดาที่มีรูปแบบการให้อาหารทารกแบบให้นมแม่เป็นหลักร่วมกับของเหลวอื่น มีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างจากมารดาที่มีรูปแบบการให้อาหารทารกแบบให้นมแม่ร่วมกับอาหารกึ่งของแข็งหรืออาหารที่เป็นของแข็ง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกในจังหวัดชลบุรีที่มีรูปแบบการให้อาหารทารกแตกต่างกัน

แหล่งของความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	4661.595	2	2330.798	3.236	.042
ภายในกลุ่ม	108773.833	151	720.357		
รวม	113435.429	153			

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบรายคู่ความรู้ด้านสุขภาพ ของมารดาหลังคลอดครั้งแรกในจังหวัดชลบุรี ตามรูปแบบการให้อาหารทารก (n= 154)

รูปแบบการให้อาหารทารก	M	ให้เฉพาะนม	ให้นมแม่เป็น	ให้นมแม่ร่วมกับ
		แม่อย่างเดียว	หลักร่วมกับ	อาหารกึ่งของแข็งหรือ
		190.29	182.79	176.52
1) ให้เฉพาะนมแม่อย่างเดียว	190.29	-	7.50	-13.77*
2) ให้นมแม่เป็นหลักร่วมกับ ของเหลวอื่น	182.79	-	-	6.28
3) ให้นมแม่ร่วมกับอาหารกึ่ง ของแข็งหรืออาหารที่เป็นของแข็ง	176.52	-	-	-

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า มารดาหลังคลอดครั้งแรกในจังหวัดชลบุรีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ได้ ทั้งนี้ อาจจะอธิบายได้ว่า ตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นช่วงอายุที่มีความสามารถทางสติปัญญาสมบูรณ์ จดจำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างได้ดี มีศักยภาพในการรู้จักและมีทักษะในความคิดแบบต่างๆ มีความสามารถในการแสวงหาข้อมูล เรียนรู้ แยกแยะ สรุป และนำความรู้มาใช้¹⁸ จึงอาจทำให้ข้อมูลค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ได้

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ และด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้ อาจจะอธิบายได้ว่า ข้อคำถามที่อยู่ในทั้ง 2 ด้านนี้ เป็นข้อมูลการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพและการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ตนเองได้รับซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ในความเป็นจริงหญิงหลังคลอดเข้ารับบริการในสถานบริการที่

ตนเองตามได้รับสิทธิการรักษาเป็นอันดับแรกอยู่แล้ว ซึ่งในตัวอย่างส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพโดยสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพที่ระบุตามสิทธิได้โดยไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติม นอกจากนี้สถานบริการสุขภาพของรัฐมีการพัฒนาการบริการที่เกี่ยวข้องเช่น มีการจัดตั้งคลินิกนมแม่ขึ้น เพื่อเป็นหน่วยบริการสำหรับช่วยเหลือแม่ที่มีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตลอดจนให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารทารกและเด็กเล็ก เพื่อให้แม่สามารถให้นมแม่ และอาหารตามวัยได้อย่างเหมาะสม^{5,20} และการให้คำแนะนำทางสุขภาพโดยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญอยู่แล้ว จึงทำให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจในคำแนะนำที่ได้รับ และปัจจุบันสถานบริการของรัฐได้มีการจัดการให้ความรู้ผ่านช่องทางที่หลากหลายมากขึ้น ทำให้มารดาหลังคลอดได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง โดยไม่ต้องหาข้อมูลจากแหล่งความรู้อื่นๆก็ได้

ส่วนผลการประเมินความรู้ด้านการสื่อสาร การสนับสนุนทางสังคม และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับพอใช้ อาจ

เนื่องจากตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นครอบครัวเดี่ยวซึ่งมีจำนวนสมาชิกครอบครัวน้อย มีบุคคลอื่นที่ช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตรเพียงร้อยละ 15.12 และสามีของหญิงหลังคลอดต้องออกทำงานหาเลี้ยงครอบครัวทำให้มารดาหลังคลอดต้องดูแลตัวเอง เลี้ยงดูบุตรตามลำพัง และไม่มีบุคคลอื่นที่จะคอยช่วยเหลือดูแลมากนัก²¹ ทำให้ผลประเมินความรอบรู้ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับพอใช้ ในทำนองเดียวกันการที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวมารดาหลังคลอดต้องเลี้ยงดูทารกตามลำพังทำให้ไม่มีเวลาในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพมากนัก นอกจากนี้มารดาหลังคลอดอาจมีอาการเหนื่อยล้าที่สะสมตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดซึ่งมารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนแรกมีอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับสูงในระยะ 6 เดือนหลังคลอด²² นอกจากนี้ อาการเหนื่อยล้ามีผลลดความสามารถในการดูแลตนเองและทารก การปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา รวมทั้งการสร้างสัมพันธภาพกับทารกและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้ผลการประเมินความรอบรู้ด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับพอใช้ได้²³

มารดาหลังคลอดครรภ์แรกในจังหวัดชลบุรี ที่มีรูปแบบการให้อาหารทารกแตกต่างกัน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบรายคู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาหลังคลอดครรภ์แรกในจังหวัดชลบุรีตามรูปแบบการให้อาหารทารก พบว่า มารดาที่มีรูปแบบการให้อาหารทารกแบบให้เฉพาะนมแม่อย่างเดียวมีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างจากมารดาที่มีรูปแบบการให้อาหารทารกแบบให้นมแม่ร่วมกับอาหารกึ่งของแข็งหรืออาหารที่เป็นของแข็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และมารดาที่มีรูปแบบการให้อาหารทารกแบบให้เฉพาะนมแม่อย่างเดียวมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสุด และมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพดีมากในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านการสื่อสาร และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ามารดาที่มีรูปแบบการให้อาหารทารกแบบให้เฉพาะนมแม่อย่างเดียวอาจจะมีการตัดสินใจและการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยบุคลากรในสถานบริการสุขภาพภายในจังหวัดชลบุรีเลี้ยงลูกด้วยนมซึ่งมีการความรู้ ฝึกทักษะ และแก้ปัญหาการให้นมแม่ทั้งรายบุคคล และแบบกลุ่มอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการใช้สื่อการสอนและข้อมูลความรู้ต่างๆที่มารดาหลังคลอดทบทวน และสามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา ดังนั้นจึงทำให้มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีความรู้ ทักษะ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการเลี้ยงบุตรได้จริงทำให้มีความพร้อมที่จะเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ ซึ่งการได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความตระหนัก ศรัทธา และเห็นถึงประโยชน์ของนมแม่ต่อสุขภาพของมารดา ทารก และสถานะของครอบครัว เมื่อเล็งเห็นว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นสิ่งที่ดีจึงเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองได้ปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีความตั้งใจที่จะคงพฤติกรรมและใช้รูปแบบการให้อาหารทารกเป็นแบบการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวต่อไป²⁴ นอกจากนี้ในประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป็นแนวปฏิบัติในการส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างเดียวตลอด 6 เดือนแรก หลังจากนั้นให้อาหารตามวัย โดยยังคงให้

นมแม่ต่อเนื่องถึง 2 ปี ซึ่งพัทธ์ณี วินิจจะกุล และ อรพร ดำรงวงศ์ศิริ⁶ ได้ศึกษาสถานการณ์และ มาตรการการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน ประเทศไทย พบว่า ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการ ดำเนินงานทั้งมาตรการเชิงนโยบาย การ จัดบริการ และการเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน การร่วมมือกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งจากภาครัฐ และเอกชน เพื่อสร้างการรับรู้และให้มีส่วนร่วมใน การผลักดันการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะ การจัดระบบบริการในสถานพยาบาลเพื่อ สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น มีการ พัฒนาศักยภาพการจัดให้มีคลินิกนมแม่ใน โรงพยาบาลขนาดใหญ่ จากการประเมินพบว่า มี บุคลากรประจำคลินิกที่เป็นพยาบาลที่ได้รับการ อบรมเฉพาะ การให้บริการเน้นการให้คำแนะนำ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง ประเมินและแก้ปัญหาการให้นม รวมทั้งสื่อการ สอนและข้อมูลความรู้ต่างๆ ที่มารดาหลังคลอด สามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา ดังนั้นจึงทำให้ มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีความรู้ ทักษะ และ สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการเลี้ยงบุตร ได้ถูกต้อง ซึ่งส่งผลให้มารดาหลังคลอดใช้ รูปแบบการให้อาหารทารกแบบให้เฉพาะนมแม่ อย่างเดียวสอดคล้องกับวิญญา ชลธารกัมปนาท จันทิมา ขนบดี และปราณี บ็องเรือ²⁵ ที่พบว่า มารดาที่ได้รับความรู้และมีโอกาสปฏิบัติจริงจะ ทำให้มารดาเหล่านั้นมีสมรรถนะในตนเองที่จะ เลือกรูปแบบการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แสดงพฤติกรรมที่ ถูกต้องได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

มารดาหลังคลอดครรภ์แรกในจังหวัด ชลบุรีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวม อยู่

ในระดับพอใช้ได้ และมารดาที่มีรูปแบบการให้อาหารทารกแบบให้เฉพาะนมแม่อย่างเดียวยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างจากมารดาที่มีรูปแบบการให้อาหารทารกแบบให้นมแม่ร่วมกับอาหารกึ่งของแข็งหรืออาหารที่เป็นของแข็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยที่พบว่าการเข้าใจ ข้อมูลและบริการที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ และ องค์ประกอบการตรวจสอบข้อมูลและบริการ สุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1.1 ด้านนโยบายและปฏิบัติการดูแล มารดาและทารก การวิจัยครั้งนี้ถือเป็นข้อมูล พื้นฐานนำไปสู่การส่งเสริมความรอบรู้ทาง สุขภาพในกลุ่ม มารดาครรภ์แรกที่อยู่ใน ครอบครัวเดี่ยวและระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า ปริญญาตรี โดยเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลข่าวสารโดยผู้ให้บริการสุขภาพต้องมีการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพและส่งเสริม ความรอบรู้ทางสุขภาพให้โดยการนำเสนอ ข้อมูลและสื่อสารในแนวทางหรือสื่อที่ทำให้ ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตน ตามข้อมูลที่ได้รับดีขึ้น

1.2 ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรปรับ กลวิธีการสอน สุขศึกษา ที่มุ่งเน้นการให้ สถานการณ์ และแนะแนวในการตัดสินใจ นอกจากนี้ อาจจะต้องมีระบบ ติดตามที่ สอดคล้องกับความก้าวหน้าทางวิชาการ และ วิถีชีวิต เช่น การต่อยอดความรู้ของการเพิ่ม ความสามารถในตนเองของมารดาโดยการ พัฒนาใช้เทคโนโลยีการสื่อสารให้เป็นส่วนหนึ่ง ของการบริการและสามารถเชื่อมต่อเพื่อการ สนับสนุนครอบครัวของมารดาหลังคลอด

2. ด้านการวิจัยควรทำการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของมารดาหลังคลอดกลุ่มอื่น เช่น กลุ่มที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง เป็นต้น นอกจากนี้ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพคนไทยที่ใช้เป็นเครื่องมือที่ไม่ได้ออกแบบชุดคำถามที่ใช้กับบุคคลในทุกช่วงวัย ดังนั้นควรทำการศึกษาลึกซึ้ง โดยปรับเปลี่ยนข้อคำถามที่สอดคล้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปพัฒนาระบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งจะนำไปสู่การส่งเสริมให้อัตรามารดาเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างเดียวยั่งยืน

References

1. The National Statistical Office (NSO) and United Nations Children's Fund (UNICEF) in Thailand. Survey of the situation of children and women in Thailand 2015-2016 (complete report). [internet]. 2016 [cited 2019 Feb 9]; Available from: <https://www.unicef.org/thailand/th/reports> (in Thai).
2. Cettthrikul N, Topothai C, Topothai T, Pongutta S, Kunpeuk W, Prakangai P, et al. Situation of breastfeeding among mothers receiving services in Public Hospitals in Thailand. *Journal of Health Science*. 2016;25(4):657-68. (in Thai).
3. Jintrawet U, Tongsawas T, Somboon L. Factors associated with the duration of exclusive breastfeeding among postpartum mothers. *Nursing Journal*. 2014;41(1):133-44. (in Thai).
4. Wangsawat T, Kaleang N, Phibal A, Jaisomkom R, Hayeese W. Factors Influencing Intention to Exclusive Breastfeeding for 6 Months of Mothers in Naradhiwat Province. *Nursing Journal*. 2014;(1):123-33. (in Thai).
5. Tangsuksan P, Ratinthorn A. Experiences and contextual factors related to exclusive breastfeeding in full – time working mothers. *Journal of Nursing Science*. 2011;29(3):52-63. (in Thai).
6. Winichagoon P, Damrongwongsiri O. Breastfeeding situation, facilitators and obstacles, policy and program to promote breastfeeding in Thailand. *Journal of Nutrition Association of Thailand*. 2020;55(1):66-81. (in Thai).
7. Intarakamhang U. Creating and Developing of Thailand Health Literacy Scales. Bangkok: Behavioral Science Research Institute (BSRI); Sponsored by Department of health service support. 2017. (in Thai).
8. Mulyani S, editor. Maternal health literacy towards the readiness of exclusive breastfeeding. 2nd International Seminar on Global Health; 2018:123-7.
9. Yin HS, Johnson M, Mendelsohn AL, Abrams MA, Sanders LM, & Dreyer, BP. The health literacy of parents in the United States: A nationally representative study. *Pediatrics*. 2009; 124(Suppl 3):S289-98. doi: 10.1542/peds.2009-1162E.

10. DeWalt DA, Hink A. Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *Review pediatrics*. 2009;124(Suppl 3):S265-74. doi: 10.1542/peds.2009-1162B.
11. Harrington KF, Zhang B, Magruder T, Bailey WC, Gerald LB. The impact of parent's health literacy on pediatric asthma outcomes. *Pediatr Allergy Immunol Pulm*. 2015;28(1):20–6. doi: 10.1089/ped.2014.037900.
12. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97-107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.
13. Guntzville LM, King AJ, Jensen JD, Davis LA. Self-efficacy, health literacy, and nutrition and exercise behaviors in a low-income, Hispanic population. *J Immigr Minor Health*. 2017;19(2):489-93. doi: 10.1007/s10903-016-0384-4.
14. Oldach BR, Katz ML. Health literacy and cancer screening: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2013;94(2):149–157. doi: 10.1016/j.pec.2013.10.001.
15. Mirjalili N, Ansari Jaber A, Ansari Jaber, K, Negaban Bonabi T. The role of maternal health literacy in breastfeeding pattern. *J Nurs Midwifery Sci*. 2018;5(2): 53-8. doi: 10.4103/JNMS.JNMS_21_18.
16. Stafford JD, Lathrop E, Haddad L. Health literacy and associated outcomes in the postpartum period at Grady Memorial Hospital. *Obstet Gynecol*. 2016;127:66 S-7S. doi: 10.1097/01.AOG.0000483913.45246.45.
17. Tsai TI, Huang SH, Lee SY. Maternal and hospital factors associated with first-time mothers' breastfeeding practice: A prospective study. *Breastfeed Med*. 2015;10(6):334-40. doi: 10.1089/bfm.2015.0005.
18. Wang A, Scherpbier RW, Huang X, Guo S, Yang Y, Josephs-Spaulding J, et al. The dietary diversity and stunting prevalence in minority children under 3 years old: A cross-sectional study in forty-two counties of Western China. *Brit J Nutr*. 2017;118(10):840-8. doi: 10.1017/S0007114517002720.
19. Kasemsuk K, Boonbunjob U. Health promotion of early adulthood development: nurses' important role. *Royal Thai Air Force Medical Gazette*. 2018;64(3):101-7. (in Thai).
20. Cetthakrikul N, Topothai C. Study of lactation consultant's services in health facilities in Thailand. *Journal of Health System Research*. 2019;13(4):368-82. (in Thai).
21. Teerarojanapong P. The strength of family institution and the economy in present era. *Journal of Rattana Bundit University*. 2012;7(1):17-26. (in Thai).

22. Thummarattanakul K, Sittipa K. Childbearing fatigue and nursing role. Nursing Journal. 2019;46(1):229-38. (in Thai).
23. Iwata H, Mori E, Sakajo A, Aoki K, Maehara R, Tamakoshi K. Course of maternal fatigue and its associated factors during the first 6 months postpartum: a prospective cohort study. Nurs Open. 2018;5(2):186-96. doi: 10.1002/nop2.130.
24. Tipsing N, Sangin S, Suppasri P. Factors affecting exclusive breastfeeding during 4 -6 week postpartum among mothers with pre-pregnancy overweight and obese. Journal of nursing science Chulalongkorn University. 2019;31(1): 72-84. (in Thai).
25. Chonlatankampanat W, Khanobdee C, Pongrua P. The effects of a self-efficacy promoting program on self-care behaviors and newborn care behaviors of first-time mothers. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2018;29(1):29-41. (in Thai).

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

ดวงเนตร ธรรมกุล* ธนิดา พุ่มท่าอิฐ**

บทคัดย่อ

บทนำ : การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อหลายด้านโดยเฉพาะ การเกิดโรคเรื้อรัง และมีความต้องการพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น การที่จะควบคุมความรุนแรงของโรคเรื้อรัง และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองด้านสุขภาพได้มีประสิทธิภาพ คือ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดีจะนำไปสู่การตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ และความสัมพันธ์ของระดับความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย : ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุจาก 48 ชุมชนในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร สุ่มตัวอย่างแบบง่ายได้มา 6 ชุมชน จากนั้นเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ จำนวน 393 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ มีค่า IOC เท่ากับ .95 และ .90 ตามลำดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .96 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติบรรยาย และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย : ตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.12 มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 89.90 พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r=.77, p<.01$)

สรุปผล : แม้จะพบว่ามีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับสูงและพฤติกรรมสุขภาพดี แต่ผู้สูงอายุต้องเผชิญความเสี่ยงในเรื่องความเฉื่อยทางปัญญา เนื่องจากความเสื่อมถอยของระบบร่างกาย ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพให้เหมาะสมกับวัย และต้องพัฒนาให้คงอยู่ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพฯ

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพฯ, E-mail: thanida_pum@dusit.ac.th

Relationship between health literacy and health behavior of the elderly in Bang Phlat district, Bangkok

Doungnetre Thummakul* Thanida Pumtha-it**

Abstract

Background: An aging society has had a significant impact in the rise of chronic disease prevalence and demand for assistance among the elderly. The way to help control the severity of chronic disease and to increase the ability of the elderly to take care of their own health is to have proper health behavior and health literacy, which will result in effective health care decisions.

Objectives: The purpose of this research was to study the level of health literacy, health behavior, and the correlation between health literacy and health behavior of the elderly.

Methods: The sample consisted of elders from 48 communities in Bang Phlat district, Bangkok. Elders from 6 communities were sampled by simple random sampling, then 393 elders were sampled by accidental sampling, using Yamane's formula for sample size. Data were collected using a health literacy and health behavior surveys which had IOC = .95 and .90, respectively. Reliability was calculated using Cronbach's alpha coefficient and were .96 and .84, respectively. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and correlation were calculated using Pearson's correlation coefficient.

Results: The results showed that the health literacy of most of the subjects were high at 86.12 percent and health behavior level was high at 89.90 percent. The relationship between health literacy and health behavior of the elderly was positive at the medium level with statistical significance of .01 ($r=0.77$, $p<.01$).

Conclusions: Even with good health literacy and behavior, elders still face the risk of cognitive inertia due to degenerative diseases, so it is necessary to foster health literacy in accordance with their age, and elders must develop health literacy to remain in this society as time changes.

Keywords: elderly, health behavior, health literacy

*Faculty of Nursing Suan Dusit University, Bangkok, Thailand

**Faculty of Nursing Suan Dusit University, Bangkok, Thailand, E-mail: thanida_pum@dusit.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก ทำให้หลายประเทศทั่วโลกมีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มจำนวนมากขึ้นจนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (ageing society) สำหรับประเทศไทย แนวโน้มของสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) จะเกิดขึ้นภายในปี พ.ศ. 2564¹⁻² และกลายเป็นประชาชนกลุ่มใหญ่ในสังคม สัดส่วนจำนวนประชากรในวัยทำงาน และวัยเด็กลดลง ส่งผลให้มีผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยกันตามลำพังมากขึ้น และส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องเผชิญความเสี่ยงในเรื่องความเฉื่อยทางปัญญาอันสืบเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของระบบร่างกาย หากผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองที่ดี มีความรอบรู้ทางสุขภาพดี จะส่งผลให้มีความผาสุกในชีวิต³ นอกจากนี้ยังพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ด้านลบกับความคิดที่เสื่อมถอยลง (cognitive dysfunction) จากการขาดการสร้างเสริมสุขภาพในช่วงก่อนก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ⁴ โดยผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ จะขาดการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี และทำให้ความคิดเสื่อมถอยลงเพิ่มมากขึ้นในช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น

ข้อมูลปัจจัยพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ จะเป็นแนวทางในการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ และนำไปสู่การพัฒนาแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุมระดับพื้นฐาน (functional health literacy) ระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) และ ระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) ซึ่งจะเป็นเครื่องมือกลางในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับต่ำ และระดับสูง โดยข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการประเมินนี้จะนำไปใช้ในการ

ออกแบบกระบวนการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ หากผู้สูงอายุสามารถแสวงหาและเพิ่มพูนความรู้ได้อย่างถูกต้อง นำความรู้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดพลังภายในกลุ่มที่จะสามารถต้านทาน และจัดการควบคุมอิทธิพลจากสิ่งเร้าต่างๆ อันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในสังคมที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง ลดการพึ่งพาระบบบริการสุขภาพลง และเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเพื่อชะลอความเสื่อมและลดอัตราการเกิดโรคเรื้อรังต่อไป

อย่างไรก็ตาม จะพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ต้องทำความเข้าใจข้อมูลการดูแลสุขภาพ เพื่อใช้ตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเอง ยกตัวอย่าง เช่น ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้สมุนไพร จะมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น และมีค่าระดับความดันโลหิตที่ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม⁵ นอกจากนี้การส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจะทำให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้น⁶ ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จะพบความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำของความรอบรู้ทางสุขภาพในประเด็นภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอกับการรับรู้ที่เสื่อมถอยลง⁷ ดังนั้นความรอบรู้ทางสุขภาพจึงเป็นตัวแปรสำคัญของการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และช่วยในการป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ คาดการณ์ว่าหากผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพขึ้นพื้นฐาน จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น⁸ อย่างไรก็ตามความรอบรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ จะพบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแยกลง⁹ จาก

การศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย ยังเป็นประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับระดับความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางการพัฒนาให้เกิดความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

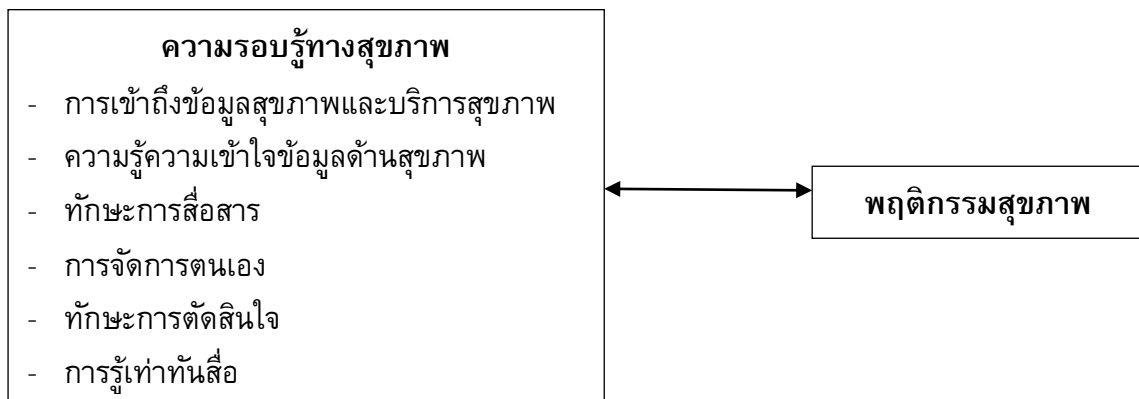
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ และคำถามการวิจัยครั้งนี้ สามารถสร้างกรอบแนวคิดได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ประจำตามทะเบียนบ้านในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย จำนวน 21,698 คน¹⁰

ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ประจำตามทะเบียนบ้านในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

จาก 48 ชุมชน โดยกำหนดขนาดตัวอย่างที่ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม .05 ตามสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Yamane¹¹ ได้จำนวน 392.76 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ได้มา 6 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนวัดวิมุตติยารามชุมชนภาณุรังสี ชุมชนวัดสิงห์ ชุมชนวัดภคินีนาถ ชุมชนริมคลองบางพลัด และชุมชนวัดเทพากร และใช้การเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ จาก 6 ชุมชน จำนวน 393 คน เก็บจริงได้ 396 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป มีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ
 2) ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ สร้างขึ้นโดยการพัฒนามาจากกรอบแนวคิดระบบพัฒนาความรู้ทางสุขภาพที่กรมอนามัยประยุกต์จากกรอบแนวคิดความรู้ทางสุขภาพ Nutbeam¹² และ Sørensen et al¹³ แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ด้านคือ (1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (2) ด้านความรู้ความเข้าใจ ข้อมูลด้านสุขภาพ (3) ด้านทักษะการสื่อสาร (4) ด้านการจัดการตนเอง (5) ด้านทักษะการตัดสินใจ และ (6) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และ 3) พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ โดยปรับมาจากแบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 (health promoting lifestyle profile II: HPLP II) ตามแนวคิดของ Walker et al¹⁴ โดยแบ่งพฤติกรรมเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) โภชนาการ 3) การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย 4) การจัดการกับความเครียด 5) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 6) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ แบบสอบถามในข้อ 2 และ 3 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (ระดับคะแนน 0-4) คือ ทำไม่เป็นหรือเชื่อว่าทำได้แต่ยังไม่เคยทำ ยากมาก ยาก สามารถทำได้มาก และมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนน ดังนี้ ความรู้ทางสุขภาพสูง คะแนนอยู่ระหว่าง 108-160 ความรู้ทางสุขภาพปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 54-107 และ ความรู้ทางสุขภาพต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-53 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพดี คะแนนอยู่ระหว่าง 46-68 พฤติกรรมสุขภาพปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 24-45 หรือพฤติกรรมสุขภาพไม่ดีคะแนนอยู่

ระหว่าง 0-23 การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ทางสุขภาพและการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ทางสุขภาพและวิธีวิทยาการวิจัย จำนวน 1 ท่าน โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (index of item – objective congruence; IOC) แบบวัดความรู้ทางสุขภาพ ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.00-1.00 ภาพรวมเท่ากับ .95 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.33-1.00 ภาพรวมเท่ากับ .90 และนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช่ตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยง (reliability) พบว่าแบบวัดความรู้ทางสุขภาพ และแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96 และ .84 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ จากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต เลขที่รับรอง SDU-RDI 2019-006 ลงวันที่ 13 พ.ค. 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ผ่านสำนักงานเขตบางพลัด จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 12 คน จากนั้นลงเก็บข้อมูลตามชุมชนที่ได้รับการสุ่ม โดยการเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ ตัวอย่างที่สามารถอ่านและเขียนได้ดี ให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับตัวอย่างที่มีปัญหาสายตา และไม่สะดวกอ่านเอง จะใช้การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เตรียมความ

พร้อมของผู้ช่วยวิจัย อธิบายเรื่องการใช้แบบสอบถาม และเทคนิคการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุก่อนลงเก็บข้อมูลจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ตัวอย่างผู้สูงอายุ เขตบางพลัด กทม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.90 เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 44.40 เป็นผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) ร้อยละ 35.40 มีค่าเฉลี่ยของอายุ = 71.93 ปี (SD=8.35) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 55.60 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 52.00 อาชีพเดิมก่อนอายุ 60 ปี มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 33.60 รองลงมา คือ รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 27.80 อาชีพในปัจจุบันส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 57.60 มีโรคประจำตัว ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 77.80 โดยผู้สูงอายุมีผู้ดูแล ร้อยละ 64.90 ซึ่งเป็นบุตร ธิดา และญาติ ร้อยละ

91.44 มีความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน ชัดเจน ร้อยละ 62.10 และ 84.10 ตามลำดับ มีความสามารถในการพูด อ่าน เขียน และเคลื่อนไหวดี ร้อยละ 90.40, 78.50, 74.70, และ 92.70 ตามลำดับ มีเงินพอใช้ ร้อยละ 48.00 การรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 46.20 และไม่เป็นสมาชิกชมรมต่าง ๆ ร้อยละ 91.40 ซึ่งผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

ระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 396 คน พบว่า คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพสูง คะแนนอยู่ระหว่าง 108-160 มีจำนวน 341 คน คิดเป็นร้อยละ 86.12 ความรอบรู้ทางสุขภาพปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 54-107 มีจำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 13.39 และคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-53 มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.51 (M = 127.45, SD = 21.96) สำหรับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพดี คะแนนอยู่ระหว่าง 46-68 มีจำนวน 356 คน คิดเป็นร้อยละ 89.90 พฤติกรรมสุขภาพปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 24-45 มีจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 9.85 และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี คะแนนอยู่ระหว่าง 0-23 มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.26 (M= 55.46, SD=7.78) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ (M = 127.45, SD = 21.96)			ระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ (M = 55.46, SD = 7.78)		
ช่วง	จำนวน (ร้อยละ)	ระดับ	ช่วง	จำนวน (ร้อยละ)	ระดับ
คะแนน		ความรอบรู้ทางสุขภาพ	คะแนน		พฤติกรรมสุขภาพ
108-160	341 (86.12)	สูง	46-68	356 (89.90)	ดี
54-107	53 (13.39)	ปานกลาง	24-45	39 (9.85)	ปานกลาง
0-53	2 (0.51)	ต่ำ	0-23	1 (0.26)	ไม่ดี

หากแยกความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (M = 30.25, SD = 7.46) ความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ (M = 31.05, SD = 4.54) ทักษะการสื่อสาร

(M = 16.03, SD = 3.93) การจัดการตนเอง (M = 15.47, SD = 4.61) ทักษะการตัดสินใจ (M = 10.35, SD = 1.89) และการรู้เท่าทันสื่อ (M = 24.30, SD = 5.54) มีคะแนนอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เกณฑ์และระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแยกรายด้าน 6 ด้าน (n=396)

ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพฯ (10 ข้อ)			ความรู้ความเข้าใจข้อมูลฯ (9 ข้อ)			ทักษะการสื่อสาร (5 ข้อ)		
0.00-13.33	ต่ำ	M = 30.25 SD = 7.46	0-12	ต่ำ	M = 31.05 SD = 4.54	0.00-6.67	ต่ำ	M = 16.03 SD = 3.93
13.34-26.67	ปานกลาง		13-24	ปานกลาง		6.68-13.34	ปานกลาง	
26.68-40.00	สูง		25-36	สูง		13.35-20.00	สูง	
การจัดการตนเอง (5 ข้อ)			ทักษะการตัดสินใจ (3 ข้อ)			การรู้เท่าทันสื่อ (8 ข้อ)		
0.00.-6.67	ต่ำ	M = 15.47 SD = 4.61	0-4	ต่ำ	M = 10.35 SD = 1.98	0.00-10.67	ต่ำ	M = 24.30 SD = 5.54
6.68-13.34	ปานกลาง		5-8	ปานกลาง		10.68-21.34	ปานกลาง	
13.35-20.00	สูง		9-12	สูง		21.35-32.00	สูง	

เมื่อวิเคราะห์ระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรอบรู้ทางสุขภาพภาพรวมกับพฤติกรรมสุขภาพด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ¹⁵ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (r =.77, p<.01) และ

พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพทั้ง 6 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (r อยู่ระหว่าง .51 -.75, p<.01) โดยพฤติกรรมสุขภาพที่มีระดับความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพสูงที่สุด คือ ด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ (r =.75, p<.01) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตบางพลัด จำแนกรายด้านและภาพรวม (n=396 คน)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	ระดับความสัมพันธ์ของความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพสหสัมพันธ์เพียร์สัน (r)
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	.51**
ด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ	.75**
ด้านทักษะการสื่อสาร	.57**
ด้านการจัดการตนเอง	.55**
ด้านทักษะการตัดสินใจ	.67**
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	.63**
ความรอบรู้ทางสุขภาพภาพรวม	.77**

**p<.01

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาที่มีข้อค้นพบที่น่าสนใจ จึงขออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับดังนี้

1. ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพสูงถึงร้อยละ 86.12 ($M = 127.45, SD = 21.96$) โดยหากแยกความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นรายด้านจะพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ มีระดับสูงทุกด้าน สำหรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพดี ร้อยละ 89.90 ($M=55.46, SD=7.78$) ผู้สูงอายุในชุมชนบางพลัดจะอาศัยอยู่กับครอบครัว ส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา และไม่ได้สนใจที่จะบริโภคอาหารเสริมที่มีการโฆษณา ประชาสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.80 โดยจะเชื่อสิ่งที่ทีมสุขภาพของโรงพยาบาลให้ข้อมูล รับการรักษา และมาตรวจตามนัดจากโรงพยาบาลเท่านั้น และยังเป็นชุมชนเมืองที่มีระบบการขนส่งสาธารณะที่ดี ทำให้การเดินทางไปโรงพยาบาลสะดวก และมีหลากหลายวิธีการ เช่น รถเมล์ รถไฟฟ้า หรือรถขนส่งสาธารณะ เป็นต้น ทำให้สามารถสอบถามข้อมูลทางสุขภาพ และถูกติดตามภาวะสุขภาพจากทีมสุขภาพได้มากขึ้น นอกจากนี้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยมากขึ้น ทำให้สามารถตรวจสอบข้อมูลข่าวสารได้รวดเร็ว มีความน่าเชื่อถือ และสามารถเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพได้ง่าย จึงทำให้ความรอบรู้ทางสุขภาพสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดี โดยตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย

71.93 ปี ($SD = 8.35$) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ มีเงินพอใช้ ส่วนน้อยมากที่มีหนี้สิน แต่จะมีการใช้จ่ายอย่างระมัดระวัง ด้วยไม่สามารถหารายได้ด้วยตนเองได้ ต้องพึ่งพาลูกหลาน ทำให้การซื้อสินค้าสุขภาพตามที่มีโฆษณาทำได้ไม่สะดวกมากนัก และทีมสุขภาพที่โรงพยาบาลไม่ได้แนะนำ จึงทำให้ความรอบรู้ทางสุขภาพสูงซึ่งมักจะพบความรอบรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอในผู้สูงอายุเพศชาย ที่มีอายุมาก มีโรคร่วม และระดับการศึกษาต่ำ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ลดลง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น⁹ นอกจากนี้ความรอบรู้ทางสุขภาพเชิงหน้าที่สามารถพัฒนาให้เพิ่มขึ้นด้วยการใช้เทคโนโลยี การให้คำปรึกษาทางไกลตามบ้าน (telehomecare) ในการดูแลสุขภาพที่ทันสมัยมากขึ้น¹⁶ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพสูง แต่การพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ถูกต้องและมีความเข้าใจ ยังเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะได้รับความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มเติมจากการมารับบริการที่โรงพยาบาล ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ต้องปรับให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น พูดช้าชัดถ้อยชัดคำ เอกสารขยายให้เหมาะสม ทบทวน ทำความเข้าใจ สอบถามกลับด้วยความใจเย็น โดยใช้เทคนิคหลักการสอนกลับ (teach back technique) ซึ่งเป็นเทคนิคการสอนที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้¹⁷ เพื่อให้รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสื่อ มีทักษะการสื่อสาร มีทักษะการตัดสินใจ และสามารถจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง

สำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่ควรคงสภาพนี้ไว้ และควรส่งเสริมให้มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อให้มาก และคงอยู่ในระยะเวลานาน ๆ เพราะการเปลี่ยนแปลงตาม

สรีรวิทยาจากความสูงวัยจะเกิดความเสื่อมที่เพิ่มมากขึ้น พบว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายในปริมาณที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเสียชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน¹⁸ โดยพบผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมประจำวันน้อยลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น และส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แย่ลง¹⁸ ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกาย หรือเพิ่มจำนวนการก้าวเดินต่อวันให้มากขึ้น¹⁹ และยังพบว่า การฝึกความต้านทาน (resistance training) จะช่วยให้คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และภาวะจิตสังคม (ความพึงพอใจต่อชีวิต ระดับความภาคภูมิใจในตนเอง ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) ของผู้สูงอายุดีขึ้น²⁰ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีการกำหนดเป้าหมายและได้รับการจัดกระทำให้สูงวัยอย่างมีสุขภาพดีจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีเป้าหมายและไม่ได้รับการจัดกระทำ²¹ อีกทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุที่รู้จักตนเอง (self-realization) รู้ถึงความ ต้องการแห่งตน สามารถสร้างเป้าหมายและทราบขีดความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งต่าง ๆ มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีความยืดหยุ่น จะจัดการดูแลตนเองได้มากกว่า ดังนั้น เพื่อเสริมสร้างความเป็นอยู่และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ จึงควรที่จะเพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุด้านการรู้จักตนเอง สร้างความสามารถในการดูแลตนเอง การจัดการและสร้างความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุ (resilience) ให้มากขึ้น เพื่อลดปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุ และสร้างความผาสุกให้เกิดขึ้น²² ทั้งนี้ในประเทศจีน พบว่า เครื่องช่วยทางสังคมมีอิทธิพลต่อการมีสุขภาพดีสำหรับผู้สูงอายุ และเครื่องช่วยเพื่อนมีผลกระทบมากกว่าเครื่องช่วยครอบครัวในเรื่องพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพ และความสามารถในตนเอง ซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน ควรใช้เครือข่ายทางสังคมที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ และพัฒนาโปรแกรมที่สร้างเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี²³

2. ความสัมพันธ์ของระดับความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง และหากแยกรายด้าน พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความรู้ทางสุขภาพทั้ง 6 ด้าน โดยพฤติกรรมสุขภาพที่มีระดับความสัมพันธ์สูงที่สุดคือด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ซึ่งพบว่าความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันสุขภาพลดลง มีการพึ่งพาการดูแลสุขภาพและค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น นอกจากนี้ความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอพบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแย่ลง และเกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพมากขึ้น⁹ หากผู้สูงอายุมีความรู้ทางสุขภาพสูงจะส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพดีตามมาด้วย⁶ นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระดับต่ำของความรู้ทางสุขภาพด้านภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอกับความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน⁸

อย่างไรก็ตาม การเพิ่มความรู้ทางสุขภาพ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มีแนวโน้มที่ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้นและมีโอกาสน้อยที่จะเกิดอาการซึมเศร้า ซึ่งตามพระราชบัญญัติเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา ระบุว่าผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสามารถมีบทบาทสำคัญในการใช้

เทคโนโลยีที่หลากหลายตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อให้การปฏิบัติกรพยาบาลในคลินิกมีประสิทธิภาพ โดยจะช่วยกระตุ้นการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้²⁴ ซึ่งจะพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพด้านทักษะการสื่อสาร และการรู้เท่าทันสื่อของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น การให้ข้อมูลด้านสุขภาพจากทีมสุขภาพในโรงพยาบาล จึงมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาล ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุจะเชื่อมั่นในสื่อและความรู้ที่ได้รับจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตบางพลัดมีความสัมพันธ์ด้านบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุสามารถไปรับบริการสุขภาพกับทางโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขสุขใกล้บ้านได้ และยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้แนะนำและให้ข้อมูล ช่วยคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น สนับสนุนการออกกำลังกาย และให้กำลังใจ ทั้งนี้พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน ๆ มีอิทธิพลต่อความพยายามของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ความสามารถในตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างชัดเจน²⁵

สำหรับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางและมีค่าสูงที่สุดกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยพบตัวอย่างที่จัดกระทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพและการเสริมสร้างศักยภาพด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม

สุขภาพที่ดีขึ้นในการควบคุมน้ำหนัก ออกกำลังกายเป็นประจำ และการค้นหาข้อมูลทางสุขภาพ (health information navigation)⁷ แม้ว่าจะเป็นช่วงระยะเวลาสั้น ๆ เพียง 12 สัปดาห์ นั้นแสดงว่าความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพควรมีการส่งเสริมเป็นระยะ ๆ สำหรับผู้สูงอายุ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อช่วยปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างและการเสริมสร้างพลังสุขภาพในผู้สูงอายุ

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผู้สูงอายุในชุมชนเขตบางพลัดมีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี และพบความสัมพันธ์ในระดับปานกลางระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ทีมสุขภาพควรนำข้อมูลพื้นฐานนี้ไปพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อให้เกิดความคงอยู่ของความรอบรู้ทางสุขภาพต่อไป

2. ทีมสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม และดำเนินการเป็นระยะ ๆ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ที่สนับสนุนทุนวิจัยและขอขอบพระคุณ

กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้

References

1. Kaeodumkoeng K, Thummakul D. Health literacy promoting in aging population. *Journal of Health Science Research*. 2015;9(2):1-8. (in Thai).
2. Prasartkul P. Situation of the Thai Elderly 2015. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2016. (in Thai).
3. Palumbo R. Sustainability of well-being through literacy, the effects of food literacy on sustainability of well-being. *Agric Agric Sci Procedia*. 2016;8:99-106. doi: 10.1016/j.aaspro.2016.02.013.
4. Kimberly AK, Melody SG, William DM, Christopher RC, Richard TG. Effect of cognitive dysfunction on the relationship between age and health literacy. *Patient Educ Couns*. 2014;95(2):218–25. doi: 10.1016/j.pec.2014.02.005.
5. Ramphaiboon P, Charoensup R, Sunsern R, Kanthawee P. Effectiveness of the developing health literacy focusing on herbal and herbal product program among elderly people with hypertension at MAE-CHAN district, Chiangrai province. *Chiangrai Medical Journal*. 2018;10(1):81-92. (in Thai).
6. Lin SC, Chen IJ, Yu WR, Lee SYD, Tsai TI. Effect of a community-based participatory health literacy program on health behaviors and health empowerment among community-dwelling older adults: A quasi-experimental study. *Geriatr Nurs*. 2019; 40(5):494-501. doi: 10.1016/j.gerinurse.2019.03.013.
7. Crespo TS, Andrade JMO, Lelis DF, Ferreira AC, Souza JGS, Martins, AME, et al. Adherence to medication, physical activity and diet among older people living with diabetes mellitus: Correlation between cognitive function and health literacy. *IBRO Reports*. 2020;9:132-7. doi: 101016/j.ibror.2020.07.003
8. Reisi M, Javadzade SH, Heydarabadi AB, Mostafavi F, Tavassoli E, Sharifirad G. The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. *J Educ Health Promot*. 2014;29(3):119. doi: 10.4103/2277-9531.145925.
9. MacLeod S, Musich S, Gulyas S, Cheng Y, Tkatch R, Cempellin D, et al. The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults. *Geriatr Nurs*. 2017;38(4):334-41. doi: 10.1016/j.gerinurse.2016.12.003.
10. Division of Public Health and Environmental Strategy. Report of the elderly in Bangkok from the population base in the civil registration system as of December 2018. Bangkok: Strategy and Evaluation Department; 2019. (in Thai).

11. Yamane T. *Statistics: An Introductory Analysis*. 3rd Ed. New York: Harper and Row Publications; 1973.
12. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259-67. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.
13. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan JM, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1):80 doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
14. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characterizations. *Nurs Res*. 1987;36(2):76-81. doi: 10.1097/0006199-198703000-0002.
15. Best JW, Kahn JV. *Research in education* (10th ed.). New Delhi: Prentice-Hall of India Publications; 2006.
16. Haesum LKE, Ehlers LH, Hejlesen OK. The long-term effects of using telehomecare technology on functional health literacy: results from a randomized trial. *Public Health*. 2017;150:43-50. doi: 10.1016/j.puhe.2017.05.002.
17. Dinh TTH, Bonner A, Clark R, Ramsbotham J, Hines S. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBIS Database System Rev Implement Rep*. 2016;14(1):210-47. doi: 10.11124/jbisir-2016-2296.
18. Xu C, Furuya-Kanamori L, Liu Y, Færch K, Aadahl M, Seguin RA, et al. Sedentary behavior, physical activity, and all-cause mortality: dose-response and intensity weighted time-use meta-analysis. *J Am Med Directors Assoc*. 2019;20(10):1206-12. doi: 10.1016/j.jamda.2019.05.001.
19. Rojer AGM, Ramsey KA, Trappenburg MC, van Rijssen NM, Otten RHJ, Heymans MW, et al. Instrumented measures of sedentary behaviour and physical activity are associated with mortality in community-dwelling older adults: A systematic review, meta-analysis and meta-regression analysis. *Ageing Res Rev*. 2020;61:101061. doi: 10.1016/j.arr.2020.101061.
20. Bampton EA, Johnson ST, Vallance JK. Profiles of resistance training behavior and sedentary time among older adults: Associations with health-related quality of life and psychosocial health. *Prev Med Rep*. 2015;2:773-6. doi: 10.1016/j.pmedr.2015.08.017.
21. Zadworna M. Healthy aging and the University of the Third Age – Health behavior and subjective health outcomes in older adults. *Arch Gerontol and Geriatr*. 2020;90:104126. doi: 10.1016/j.archger.2020.104126.
22. Simpson V, Xu D. Difficulties with health self-management by older adults: The

- role of well-being. *Geriatric Nurs.* 2020;41(6): 984-91. doi: 10.1016/j.gerinurse.2020.07.010.
23. Wu F, Sheng Y. Social support network, social support, self-efficacy, health-promoting behavior and healthy aging among older adults: A pathway analysis. *Arch Gerontol Geriat.* 2019;85:103934. doi: 10.1016/j.archger.2019.103934.
24. Kim J, Lee HY, Won CR, Barr T, Merighi JR. Older adults' technology use and its association with health and depressive symptoms: Findings from the 2011 national health and aging trends study. *Nurs Outlook.* 2020; 68(5):560-72. doi: 10.1016/j.outlook.2020.05.001.
25. Giena VP, Thongpat S, Nitirat P. Predictors of health-promoting behaviour among older adults with hypertension in Indonesia. *Int J Nurs Sci.* 2018;5(2):201-5. doi: 10.1016/j.ijnss.2018.04.002.

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทัศนคติ และความคาดหวังของพระภิกษุสงฆ์ ในการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่

นิวัฒน์ ทรงศิลป์* วราภรณ์ บุญเชียง** กรรณิการ์ อินตะวงค์***

บทคัดย่อ

บทนำ : การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากปัญหาเหล่านี้จะนำไปสู่การใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ไม่เหมาะสมในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาการรับรู้ ทัศนคติ และความคาดหวังในการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่ และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ทัศนคติและความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

วิธีการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ตัวอย่างคือ พระภิกษุสงฆ์ในเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่จำนวน 292 ราย โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน โดยแบบสอบถามมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .84, .81 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย : พบว่า พระภิกษุสงฆ์เป็นพระลูกวัด ร้อยละ 86.60 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 79.50 เมื่อมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินภายในวัดส่วนใหญ่ไปโรงพยาบาล/คลินิก ร้อยละ 76.70 และใช้รถของวัด ร้อยละ 37.60 ส่วนการรับรู้การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.25$, $SD = 0.23$) ทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.17$, $SD = 0.24$) และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมาก ($M = 2.64$, $SD = 0.34$) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปผล : ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ควรมีการจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ความสามารถและพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพในภาวะฉุกเฉินของพระภิกษุสงฆ์ให้มียุทธศาสตร์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อไป

คำสำคัญ : ทัศนคติ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ความคาดหวัง พระภิกษุสงฆ์ การรับรู้

*นักศึกษาลัทธิสุทธสาธุศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ E-mail: waraporn@boonchieng.net

***คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Received: May 5, 2020

Revised: February 22, 2021

Accepted: April 19, 2021

The relationships between perception, attitudes, and expectations of monks on the use of emergency service systems in Chiang Mai Province

Niwat Songsin* Waraporn Boonchieng** Kannikar Intawong***

Abstract

Background: Emergency illness is a major public health problem because these problems will lead to an inappropriate use of emergency medical services among monks.

Objectives: To study the perception, attitudes, and expectations regarding the use of emergency medical service system in Chiang Mai, and to find the relationship between the perceptions, attitudes and expectations on emergency medical care.

Methods: This research was a descriptive study. The sample consisted of 292 monks in Mueang District, Chiang Mai Province and selected by multi-stage random sampling. Data were collected by using 4 parts questionnaire. The first part asked about demographic data and the other three parts of questionnaires regarding the three variables had reliability coefficients of .84, .81 and .92 respectively Data were analyzed using descriptive statistics and data were analyzed to find relationships using Pearson's Correlation Coefficient.

Results: The results of the research showed that most of the monks were the members of of the temple (86.6% of the total) 79.50% of which did not have any diseases. When they experienced an emergency illness in the temple, most of them had been to hospitals / clinics, 76.70% , which 37.60% used temple vehicles. The perception on the use of emergency medical services system of the monks was at a medium level (M= 2.25, SD = 0.23). The attitude towards the emergency medical service system was at a moderate level (M=2.17, SD =0.24). Lastly, the expectation of the emergency medical service system is at a high level (M=2.64, SD =0.34). The results of the relationship analysis showed that perceptions and attitudes correlated with expectations with statistical significance ($p < .001$).

Conclusions: This study thus contributes to the idea that there should be programs to promote knowledge and capabilities and develop health care capabilities in emergencies of the monks to provide knowledge on emergency medical services.

Keywords: attitudes, emergency service systems, expectations, monks, perception

*Graduate Student in Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Chiang Mai University

**Faculty of Public Health, Chiang Mai University, E-mail: waraporn@boonchieng.net

***Faculty of Public Health, Chiang Mai University

บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการเกิดอุบัติเหตุ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เนื่องจากในปัจจุบันมีการเพิ่มขึ้นของอัตราการตายของประชากรโลก อันเนื่องมาจากโรคฉุกเฉินหรือภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากโรคภัยไข้เจ็บทุกชนิด โดยผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยฉุกเฉินจากการเกิดอุบัติเหตุ (Trauma) และ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่ได้เกิดจากการเกิดอุบัติเหตุ (Non-Trauma)¹ องค์การอนามัยโลก ได้รายงานสาเหตุการตายของประชากรโลกโดย 3 ลำดับแรกเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่ได้เกิดจากการเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 13.20 รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะอุดตันทางเดินหายใจ ร้อยละ 11.90 และ 5.60 และผู้ป่วยฉุกเฉินจากการเกิดอุบัติเหตุ คือ อุบัติเหตุจากรถ เป็นสาเหตุการตายในลำดับที่ 9 ร้อยละ 2.20 ของสาเหตุการตายทั้งหมด² สำหรับประเทศไทยการเจ็บป่วยฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยที่ร้อยละ 60.00 เป็นผู้ป่วยการเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น และร้อยละ 40.00 เป็นการเจ็บป่วยด้วยอุบัติเหตุ ทำให้การเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุเป็นสาเหตุที่ทำให้อัตราการตายหรือพิการจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินสูงขึ้น ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศไทยเป็นอย่างมาก³

จากสรุปผลการปฏิบัติงานของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีผู้ใช้บริการทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินจากการเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ อุบัติเหตุบนท้องถนน และผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่ได้เกิดจากการเกิดอุบัติเหตุ มี

จำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2559 จังหวัดเชียงใหม่มีอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน อยู่ที่ 36.43 ต่อประชากรแสนคน (585 ราย) ปี พ.ศ. 2560 อยู่ที่ 34.38 ต่อประชากรแสนคน (552 ราย) และปี พ.ศ. 2561 อยู่ที่ 31.21 ต่อประชากรแสนคน (504 ราย) แม้ว่าแนวโน้มการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจะลดลง แต่ยังคงสูงกว่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดให้อัตราการเสียชีวิตทางถนนไม่เกิน 22.74 ต่อประชากรแสนคน⁴ อย่างไรก็ตามตามรายงานดังกล่าวของจังหวัดเชียงใหม่ไม่มีข้อมูลแยกประเภทของผู้ป่วยฉุกเฉินจากการเกิดอุบัติเหตุ และ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่ได้เกิดจากการเกิดอุบัติเหตุที่ชัดเจน แต่มีการรายงานแยกประเภทของระดับประเทศโดยมีสัดส่วนของการให้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินจากการเกิดอุบัติเหตุ ร้อยละ 20.60 และการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ไม่ได้เกิดจากการเกิดอุบัติเหตุร้อยละ 79.40 ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ⁵

สำหรับพระภิกษุสงฆ์เป็นกลุ่มประชากรที่เข้ามาใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเข้ามาด้วยอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ไม่ได้เกิดจากการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งจากรายงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พบว่า มีพระภิกษุสงฆ์มาใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินรับการรักษาด้วยอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินผ่านสายด่วน 1669 ด้วยอาการอ่อนเพลีย อัมพาตเรื้อรังจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดัน โรคเบาหวาน และไขมันในเส้นเลือดสูงมากที่สุด 254 ราย รองลงมาคือ หายใจลำบาก หายใจติดขัด 132 ราย และปวดหลัง ปวดเชิงกรานและขาหนีบ 114 ราย หรือร้อยละ 60.00 ของการมารับ

บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีสาเหตุมาจากโรคเรื้อรัง⁶ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในหลายๆ พื้นที่พบว่า การรับรู้ ความรู้ ความเข้าใจเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง อันนำไปสู่ความคิด ความรู้ ความเข้าใจเชิงเหตุผล⁷ ผลการศึกษา เรื่องการรับรู้และความคาดหวังของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยฉุกเฉินและญาติผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยฉุกเฉินมีระดับการรับรู้ในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับน้อย และมีความคาดหวังต่อระดับการแพทย์ฉุกเฉินในระดับปานกลาง⁸ จากข้อมูลผลการวิจัยข้างต้นอาจกล่าวได้ว่า ปัญหาการรับรู้และความคาดหวังยังคงเป็นปัญหาทั้งในส่วนของผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป รวมถึงแนวโน้มทัศนคติของประชาชนเป็นไปในทางลบต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งทัศนคติของประชาชนในแต่ละพื้นที่มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่แตกต่างกัน⁹ ปัญหาเหล่านี้นำไปสู่การใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ไม่เหมาะสม ผู้วิจัยพบว่ามีการศึกษาในประเด็นการรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์น้อย และจากการศึกษานำร่องโดยผู้วิจัยพบว่า พระภิกษุสงฆ์ยังมีการเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และพระภิกษุสงฆ์ ส่วนหนึ่งไม่ทราบข้อมูลพื้นฐานและขั้นตอนในการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้นการรับรู้ ทัศนคติ และความคาดหวังจึงมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในภาวะฉุกเฉินของพระภิกษุสงฆ์เป็นอย่างยิ่ง

จากสิ่งที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยในฐานะบุคลากรในสายงานสาธารณสุขเห็นความสำคัญ

ของการศึกษาการรับรู้ ทัศนคติและความคาดหวังของพระภิกษุสงฆ์ต่อการใช้บริการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งการศึกษาในลักษณะเช่นนี้พบได้น้อยในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้วิจัยจึงเลือกพื้นที่เขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ ผลการวิจัยที่ได้จะทำให้เข้าใจถึงการรับรู้ ทัศนคติและความคาดหวังของพระภิกษุสงฆ์ เพื่อที่จะได้นำไปใช้ในการวางแผนและจัดกิจกรรมให้เหมาะสม เช่น การจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ความสามารถและพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพในภาวะฉุกเฉินของพระภิกษุสงฆ์ให้มีองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในจังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ทัศนคติและความคาดหวังในการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของพระภิกษุสงฆ์ ในจังหวัดเชียงใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) ตัวอย่าง คือ พระภิกษุสงฆ์ที่จำพรรษาอยู่ในวัดเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามระหว่างเดือนมกราคม – เดือนกุมภาพันธ์ 2563

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ พระภิกษุสงฆ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีจำนวนพรรษามากกว่าหรือเท่ากับ 1 พรรษาขึ้นไป จำนวน

850 ราย คำนวณตัวอย่างโดยใช้สูตร Krejcie and Morgan ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 292 ราย ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) มีขั้นตอนดังนี้
ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยแบ่งเขตที่ตั้งวัดเป็น 20 เขตตามสำนักพระพุทธศาสนาจังหวัดเชียงใหม่ และผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเลือกวัดเขตละ 3 วัด

ขั้นที่ 2 จากนั้นผู้วิจัยแบ่งวัดเป็น 3 กลุ่ม และทำการสุ่มวัดในแต่ละกลุ่ม ได้แก่ วัดกลุ่มขนาดเล็กสุ่มวัดได้ 30 วัด วัดขนาดกลางสุ่มวัดได้ 26 วัด และวัดขนาดใหญ่สุ่มวัดได้ 4 วัด

ขั้นที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มพระภิกษุสงฆ์ในแต่ละวัด ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายและคำนวณตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนประชากรพระภิกษุสงฆ์ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองเชียงใหม่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพระภิกษุสงฆ์ ได้แก่ อายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม โรคประจำตัว และข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การรับรู้การแจ้งเหตุ หมายเลขโทรศัพท์ และความเร็ว 2) การรับรู้การบริการการแพทย์ฉุกเฉินและค่าใช้จ่าย 3) การรับรู้พื้นที่ในการให้บริการ 4) การรับรู้การช่วยเหลือเบื้องต้น ขณะนำส่งไปยังสถานพยาบาล จำนวน 17 ข้อ เป็นมาตราส่วน

ประมาณค่า 3 ระดับคือ ดี ปานกลาง ไม่ดี (ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 3,2,1 ข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 1,2,3 ตามลำดับ) และการแปลผลระดับการรับรู้การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การรับรู้ดี การรับรู้ปานกลาง และการรับรู้ไม่ดี เกณฑ์การแปลผลคือระดับการรับรู้ไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 ระดับการรับรู้ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 และระดับการรับรู้ดี คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน 1) ทัศนคติเรื่องความปลอดภัยในขณะนำส่ง 2) ทัศนคติเรื่องการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ 3) ทัศนคติเรื่องการแจ้งเหตุ และ 4) ทัศนคติเรื่องค่าใช้จ่ายของบริการการแพทย์ฉุกเฉินและอื่นๆ จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับคือดี ปานกลาง ไม่ดี (ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 3,2,1 ข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 1,2,3 ตามลำดับ) โดยและการแปลผลระดับทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ทัศนคติดี ทัศนคติปานกลาง ทัศนคติไม่ดี เกณฑ์การแปลผลคือระดับทัศนคติไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 ระดับทัศนคติปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 และระดับทัศนคติดี คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00

ส่วนที่ 4 ข้อคำถามเกี่ยวกับความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน 1) ความคาดหวังด้านการให้บริการ 2) ความคาดหวังด้านบุคลากร 3) ความคาดหวังด้านการแจ้งเหตุ วัสดุอุปกรณ์และอื่นๆ จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับคือมาก ปานกลาง น้อย (ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 3,2,1 ข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 1,2,3 ตามลำดับ) และ การ

แปลผลระดับความคาดหวังแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความคาดหวังมาก ความคาดหวังปานกลาง และความคาดหวังน้อย เกณฑ์การแปลผล คือ ระดับความคาดหวังน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 ระดับความคาดหวังปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 และความคาดหวังมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00

โดยแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และแบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ .82, .90 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วนเท่ากับ .84, .81 และ .92 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ ET 024/2562 ลงวันที่ 13 ธันวาคม 2562

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ แล้วติดต่อประสานงานกับเจ้าอาวาสวัดต่าง ๆ ที่จะเข้าเก็บข้อมูลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและรายละเอียดต่าง ๆ ของการวิจัยครั้งนี้ เมื่อได้รับอนุญาตจากทางวัดแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและทีมผู้ช่วยวิจัย โดยการคัดเลือกตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เข้าพบตัวอย่าง พร้อมแนะนำตัวเอง

และทีมวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง จากนั้นเมื่อตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมการศึกษาด้วย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยการแจกแบบสอบถามด้วยตนเอง และทีมวิจัยให้ตัวอย่างจนครบทุกราย เมื่อได้ข้อมูลครบตามที่กำหนดไว้ นำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและการแปลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่อ บรรยายลักษณะประชากร และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกับความคาดหวังในการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะประชากร พบว่า พระภิกษุสงฆ์ส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี ร้อยละ 36.99 และมีจำนวนพรรษา 1-5 พรรษาร้อยละ 46.58 ระดับการศึกษาทางธรรมคือแผนกธรรมเป็นระดับนักธรรมเอกร้อยละ 61.64 สถานภาพเป็นพระลูกวัด ร้อยละ 86.64 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 79.50 พระภิกษุสงฆ์เคยพาสมาชิกในวัดที่เจ็บป่วยฉุกเฉินไปโรงพยาบาล/คลินิก ร้อยละ 76.71 เดินทางโดยใช้รถของวัด ร้อยละ 37.67 พระภิกษุสงฆ์รู้จักหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ร้อยละ 73.69 ทั้งนี้พบว่าแต่ร้อยละ 50.34 ไม่เคยมีหน่วยงาน/สถานพยาบาล/องค์กรต่าง ๆ มาประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และเคยได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพร้อยละ 84.25

2. การรับรู้การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าการรับรู้การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.25$, $SD = 0.23$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่อยู่ในระดับการรับรู้ดี ได้แก่ การรับรู้การบริการการแพทย์ฉุกเฉินและค่าใช้จ่าย ($M = 2.42$, $SD = 0.41$) ส่วนการรับรู้การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่อยู่ในระดับการรับรู้ปานกลาง ได้แก่ การรับรู้การแจ้งเหตุ หมายเลขโทรศัพท์ และความรวดเร็ว ($M = 2.20$, $SD = 0.26$) การรับรู้การช่วยเหลือเบื้องต้นขณะนำส่ง ($M = 2.27$, $SD = 0.34$) และการรับรู้พื้นที่ในการให้บริการ ($M = 2.15$, $SD = 0.33$) ดังแสดงในตารางที่ 1

3. ทศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากการศึกษาพบว่าทศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง หมายถึงทศนคติที่ยังต้องมีการปรับปรุงแก้ไข ($M = 2.17$, $SD = 0.24$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่อยู่ในระดับ

ทศนคติดี ได้แก่ ทศนคติเรื่องการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ($M = 2.39$, $SD = 0.36$) ทศนคติเรื่องค่าใช้จ่ายของบริการการแพทย์ฉุกเฉินและอื่นๆ ($M = 2.54$, $SD = 0.43$) ส่วนทศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่อยู่ในระดับทศนคติปานกลาง ได้แก่ ทศนคติเรื่องความปลอดภัยในขณะนำส่ง ($M = 2.15$, $SD = 0.30$) ทศนคติเรื่องการแจ้งเหตุ ($M = 2.02$, $SD = 0.38$) ดังแสดงในตารางที่ 1

4. ความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากการศึกษา พบว่า ความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($M = 2.64$, $SD = 0.34$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่อยู่ในระดับความคาดหวังมาก ได้แก่ ความคาดหวังด้านการให้บริการ ($M = 2.62$, $SD = 0.39$) ความคาดหวังด้านบุคลากร ($M = 2.63$, $SD = 0.41$) และความคาดหวังด้านการแจ้งเหตุ วัสดุอุปกรณ์และอื่นๆ ($M = 2.65$, $SD = 0.39$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การรับรู้ ทศนคติ และความคาดหวังในการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
1. การรับรู้การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน			
1.1 การรับรู้การแจ้งเหตุ หมายเลขโทรศัพท์ และความรวดเร็ว	2.20	0.26	ปานกลาง
1.2 การรับรู้การบริการการแพทย์ฉุกเฉินและค่าใช้จ่าย	2.42	0.41	ดี
1.3 การรับรู้พื้นที่ในการให้บริการ	2.15	0.33	ปานกลาง
1.4 การรับรู้การช่วยเหลือเบื้องต้นขณะนำส่ง	2.27	0.34	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม	2.25	0.23	ปานกลาง

ตารางที่ 1 การรับรู้ทัศนคติและความคาดหวังในการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ต่อ)

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
2.ทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน			
2.1 ทัศนคติเรื่องความปลอดภัยในขณะนำส่ง	2.15	0.30	ปานกลาง
2.2 ทัศนคติเรื่องการทำงานของผู้ให้บริการ	2.39	0.36	ดี
2.3 ทัศนคติเรื่องการแจ้งเหตุ	2.02	0.38	ปานกลาง
2.4 ทัศนคติเรื่องค่าใช้จ่ายของบริการการแพทย์ฉุกเฉินและอื่นๆ	2.54	0.43	ดี
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม	2.17	0.24	ปานกลาง
3.ความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน			
3.1 ความคาดหวังด้านการให้บริการ	2.62	0.39	มาก
3.2 ความคาดหวังด้านบุคลากร	2.63	0.41	มาก
3.3 ความคาดหวังด้านการแจ้งเหตุ วัสดุอุปกรณ์และอื่นๆ	2.65	0.39	มาก
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม	2.64	0.34	มาก

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและความคาดหวังในการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินกับความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและความคาดหวังในการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของพระภิกษุสงฆ์ พบว่า การรับรู้การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับความคาดหวังในการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.523$,

$p < .001$) และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และความคาดหวังในการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับความคาดหวังต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.419$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและความคาดหวังต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินของพระภิกษุสงฆ์

ตัวแปร	ระดับความสัมพันธ์ (r)
การรับรู้การใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	.523**
ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	.419**

**p < .001

อภิปรายผล

การศึกษาการรับรู้การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และความคาดหวังของพระภิกษุสงฆ์ในการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครั้งนี้ พบว่า การรับรู้การใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.25$, $SD = 0.23$) อาจเนื่องมาจากพระภิกษุสงฆ์เป็นกลุ่มประชากรที่ยังเข้าไม่ถึงการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมากนัก ซึ่งอาจมีสาเหตุหลักๆ เช่น ลักษณะการดำเนินงานการประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ลักษณะการเรียนรู้ของกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ที่ยังไม่ให้ความสนใจเกี่ยวกับการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเท่าที่ควร ทั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมุ่งเน้นการประชาสัมพันธ์ทางสื่อสิ่งพิมพ์ เช่น แผ่นพับ ป้ายไว้นิล เป็นต้น ซึ่งการประชาสัมพันธ์ลักษณะนี้เป็นการสื่อสารทางเดียว อาจจะไม่ทำให้เกิดการรับรู้ เรียนรู้อย่างแท้จริงได้¹⁰ ดังนั้น การที่ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอทำให้พระภิกษุสงฆ์มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิตรประไพ สุรชิต⁸ ทำการศึกษาการรับรู้และความคาดหวังในการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน จังหวัดชุมพร พบว่า ร้อยละ 70.50 มีระดับการรับรู้ในการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินปานกลาง แต่อย่างไรก็ตามยังมีผลการศึกษาที่ขัดแย้งในเรื่องของการรับรู้การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่พบว่า การรับรู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เป็นเพราะประชาชนเกิดการรับรู้จากสื่อต่างๆ การรับรู้ข้อมูลจากคำบอกเล่าของบุคคลใกล้เคียง¹² และยังขัดแย้งกับการศึกษา

ของณิชชาภัทร ชันสาคร และคณะ¹³ ที่ศึกษา ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.03

สำหรับทศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากผลการศึกษา พบว่า ตัวอย่างมีทศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.17$, $SD = 0.24$) อาจเนื่องมาจากพระภิกษุสงฆ์มองว่าการดำเนินงานที่ผ่านมาของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีประสบปัญหาต่างๆ เช่น ความล่าช้าของรถพยาบาลฉุกเฉินที่มีความล่าช้าในการบริการ ณ จุดเกิดเหตุใช้เวลานาน ทำให้พระภิกษุสงฆ์เกิดความรู้สึกทางลบกับการให้บริการ การโทรแจ้งเหตุที่มีขั้นตอนการโทรแจ้งที่ยุ่งยากหลายขั้นตอน กระบวนการทำงานของห้องฉุกเฉินที่บุคลากรไม่เพียงพอในการให้บริการ ซึ่งทศนคติเหล่านี้ถือเป็นอุปสรรคในการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของพระภิกษุสงฆ์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของปิยวรรณ เพียรภายลุน⁹ ที่ศึกษาเรื่องความรู้ ทศนคติและความคาดหวังของประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสามโคก ต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ทศนคติต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง

สำหรับความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากผลการศึกษา พบว่า ตัวอย่างมีความคาดหวังในการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมาก ($M = 2.64$, $SD = 0.34$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มพระภิกษุสงฆ์มีความคาดหวังว่าการบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะมีความสะดวกสบาย สามารถให้การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ได้อย่างรวดเร็วและ

ช่วยเหลือชีวิตเบื้องต้นได้ขณะนำส่งและนำส่งโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย และมีความคาดหวังว่าบุคลากรจะมีความรู้ความสามารถ สามารถช่วยชีวิตเบื้องต้นได้ขณะนำส่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรภา ขุนทองแก้ว¹² เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมาก ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของจิตระประไพ สุรชิต⁸ เรื่องการรับรู้และความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน จังหวัดชุมพร ที่พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.48) ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าศึกษาในตัวอย่างและบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรับรู้การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินกับความคาดหวังในการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า การรับรู้การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความคาดหวังในการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 อาจอธิบายได้ว่า การรับรู้มีส่วนทำให้พระภิกษุสงฆ์แสดงพฤติกรรมออกมา เพราะตามหลักแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model: HBM) เชื่อว่าบุคคลที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันและจัดการกับปัญหานั้นๆ ต้องเกิดการตระหนัก รับรู้ และคาดหวังกับสิ่งเหล่านั้นกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตัวเอง โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับ¹⁴ ดังนั้น หากพิจารณาจากแบบแผนความเชื่อดังกล่าวนี้ ถ้าพระภิกษุสงฆ์มีการรับรู้ ความรู้เกี่ยวกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เพิ่มมากขึ้น อาจจะมาจากการประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กอง

สาธารณสุขฉุกเฉินของจังหวัดที่ทั่วถึงหรือครอบคลุมมากพอ ก็จะส่งผลให้พระภิกษุสงฆ์ได้รับประโยชน์จากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สะดวก ปลอดภัย และได้รับการที่ได้มาตรฐานในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแรกที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับความคาดหวังของพระภิกษุสงฆ์ในการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งผลการวิจัยมีสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรภา ขุนทองแก้ว¹² เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดราชบุรี พบว่า การรับรู้การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในส่วนของทัศนคติกับความคาดหวัง ทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความคาดหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 อาจอธิบายได้ว่า ทัศนคติของพระภิกษุสงฆ์เกิดจากการเรียนรู้ที่จะตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก ความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ไปในทางที่ดีขึ้น เช่น ผู้มารับบริการมีความรู้สึกว่าการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความปลอดภัยมากที่สุดเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน จึงทำให้มีความคาดหวังว่าเจ้าหน้าที่จะมีความรู้ความสามารถที่จะช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุได้อย่างปลอดภัยเช่นกัน ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแรกที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับความคาดหวังของพระภิกษุสงฆ์ในการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งผลการวิจัยมีความขัดแย้งกับการศึกษาเรื่องเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาตามปัจจัยด้านบุคคล พบว่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่ได้รับการยอมรับจากประชาชน¹¹

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผลการศึกษาค้นคว้าแสดงให้เห็นว่าการรับรู้การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของพระภิกษุสงฆ์ ควรมีการจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ความสามารถและพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพของตนเองในภาวะฉุกเฉินของพระภิกษุสงฆ์ในแต่ละวัดให้มีองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ในเรื่องของการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้น

2. พัฒนาศักยภาพตัวแทนพระภิกษุสงฆ์ในแต่ละวัดให้มีองค์ความรู้เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานเพื่อดูแลสุขภาพการเจ็บป่วยฉุกเฉินภายในวัด

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินควรมีการพัฒนาศักยภาพให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

References

1. Sakudomchai P, Angkanapiwat W, Tangchakwaranont W, Suksumek K, Peechanon S, Limjindaporn C. Emergency department nurse workforce allocation: A case study of the Emergency Department, Thammasat University Hospital. Thai Journal of Operations Research 2015;1:1-12. (in Thai).
2. Sukphaibun U, Apinandacha C, Charoencheewakul C. The satisfaction of clients toward emergency medical service

system of Rangsit City Municipal, Pathumthani Province. Journal of Nakhonratchasima College. 2016;4(1):417-25. (in Thai).

3. Office of policy and strategy. Care Report Summary 2014 [Internet]. 2015 [cited 2019 Jul 16]; Available from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/ill2557full.pdf.
4. National Institute for Emergency Medicine. National Institute for Emergency Medicine; 2019. Academic conference and present the results of disaster prevention and mitigation operation, Chiang Mai Province 2019 [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 20]. Available from <https://www.niems.go.th/1/News/Detail/7610?group=15>.
5. Ponsen K, Wachiradilok P, Sirisamutr T, Khomnuanroek N. The situation and the factors that affect the use of emergency medical services at the emergency department of patient emergency in Thailand. Research report; 2016. (in Thai).
6. Thai Health Promotion Foundation. Happy News Agency Movement procession to create monk's health [Internet]. 2019 [cited 2019 Jul 20]; Available from <https://www.thaihealth.or.th/categories/2/1/131>
7. Pinyo S, Yamrot T, Kerdkaew K, Si Sakhon K. Perception and Expectation of Emergency Medical Services by patients and relatives emergency and accident patient Phrachomklao Hospital, Phetchaburi Province. Research report; 2011. (in Thai).
8. Surachit C. Perception and expectation of Emergency Medical Service in

- Paknamlangsuan Hospital, Chumphon Province. Region 11 Medical Journal 2017;31(2):271-8. (in Thai).
9. Phianpailoon P. Knowledge, attitude, and expectations of people toward emergency medical services in areas covered by Samkok Community Hospital [Degree of Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner]. Pathum Thani Province: Thammasat University; 2011. (in Thai).
 10. Saranrittichai K, et al. Community perception on emergency medical service of Khon Kaen Regional Hospital. Research report; 2003. (in Thai).
 11. Meephosom U. Comparison of knowledge and attitude of health personnel towards Emergency Medical Service in Phra Nakhon Si Ayutthaya by Different of Personal Factors [Degree of Master of Public Health Program]. Nonthaburi Province: Sukhothai Thammathirat Open University; 2006. (in Thai).
 12. Khuntongkaew S. the study of Factors related to use emergency medical services, Ratchaburi Province. Journal of Prachomkiao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2019;1:30-44. (in Thai).
 13. Khansakorn N, Silawan T, Rassanee T, Kittipichai W, Laothong U. The study on emergency medical service for the elderly, Bangkok. Research report; 2016. (in Thai).
 14. Sirisamutr T, Ponsen K, Wachiradilok O. Knowledge, perspective, and reasons of not-calling emergency medical services in Thailand. Journal of Health Systems Research. 2018;12(4):668-80. (in Thai).

ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ และพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

ชนะวัฒน์ รามสุข* อารยา ทิพย์วงศ์** พรพรรณ วรสีหะ** นงนุช วงศ์สว่าง*** นิชมน หลำรอด****

บทคัดย่อ

บทนำ : การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพและอาจทำให้โรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรงมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ของผู้สูงอายุ อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

วิธีการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ จำนวน 105 คน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยและคณะพัฒนาขึ้น ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย : ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 84.80 อายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 67.63 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.82 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.11 มีคะแนนเฉลี่ย 6.50 ± 1.90 คะแนน (3 – 10 คะแนน) ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ อยู่ในขั้นปฏิสัมพันธ์ ร้อยละ 45.70 และพบว่า เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ของผู้สูงอายุ ($p < .05$)

สรุปผล : ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ ผลกระทบต่อสุขภาพ และให้การช่วยเหลือตามระดับความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างสำเร็จ

คำสำคัญ : ความรอบรู้ทางสุขภาพ ผู้สูงอายุ การสูบบุหรี่

*วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, E-mail: tanawat.ru@ssru.ac.th

**วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

***วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

****วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Health literacy of knowledge and the understanding of tobacco and smoking behavior among older persons: A case study in Amphawa District, Samut Songkhram Province

Tanawat Ruamsook* Araya Tipwong** PonpunVorasaha**
Nongnuch Wongsawang*** Nichamon Lumrod****

Abstract

Background: Smoking is an important cause of diseases and premature deaths because of its effects on health status and disease, especially among older persons.

Objectives: The purpose of this research aimed to study the level of health literacy (cognitive skills) about tobacco, smoking behavior and factors related to health literacy (cognitive skills) on tobacco.

Methods: This descriptive research study sampled 105 older persons who smoked in Amphawa subdistrict, Samut Songkhram province. Data was collected by using questionnaires developed by researchers. (Content Validity Index = .80). Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation.

Results: The research findings showed that most of the sample was male (84.80%), aged between 60 and 69 years old. More than half had a disease(s) (56.82%) such as hypertension and diabetes mellitus. They had a moderate knowledge level (37.11%), with an average score of 6.50 ± 1.90 points (3 – 10 points). The health literacy level of the sample was at an interactive level (45.70%). In addition, sex, age, education, occupational and income were significantly associated with health literacy (cognitive skills) regarding tobacco ($p < .05$).

Conclusions: It is important to encourage older persons to be aware of the dangers of smoking, how smoking affects their health, and to help the older persons quit smoking, by addressing the stage of readiness to quit smoking that older persons are in; in order to quit smoking successfully.

Keywords: health literacy, older persons, smoking

*College of Nursing and Health, SuanSunandha Rajabhat University, E-mail: tanawat.ru@ssru.ac.th

**College of Nursing and Health, SuanSunandha Rajabhat University

***Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboramarajchanok Institute, Thailand

****Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboramarajchanok Institute, Thailand

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างแท้จริง จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ระบุว่า ในปี ค.ศ. 2015 – 2020 จะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 12.00 เป็นร้อยละ 22.00 ของประชากร¹ สำหรับในประเทศไทยนั้น ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) โดยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็น ร้อยละ 10.40 เมื่อเทียบกับความหมายของสังคมผู้สูงอายุ คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10.00 และคาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2571 สังคมไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) โดยจะมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 20.00 หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ 14.00² จากการสำรวจของสำนักสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ประชากรในประเทศไทยมีจำนวน 66,188 ล้านคน และมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 10,225 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.40 ของประชากรทั้งหมด³ นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย มากกว่าร้อยละ 60.00 เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 35.00 มีภาวะอ้วนมากกว่าร้อยละ 10.00 เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน แนวโน้มของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานได้ด้วยตนเองสูงขึ้นซึ่งจะพัฒนาไปสู่การเป็นผู้สูงอายุติดสังคมติดบ้าน และติดเตียง ตามลำดับ⁴

การสูงอายุนั้น เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนของร่างกาย สุขภาพจิต และทางด้านสังคม ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย เซอร์วิญญา ระดับสุขภาพจิต และทัศนคติของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุจะส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพกาย ปัญหาด้านจิตใจ และด้านอารมณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผลกระทบทางด้านสุขภาพ ที่จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อ ที่ให้ได้รับการรักษาและการดูแลด้านสุขภาพเป็นเวลานาน ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุและเป็นภาระต่อครอบครัว ส่งผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรต่างๆ ทั้งในด้านสุขภาพและสังคม⁵ เมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จะทำให้ร่างกายได้รับสารพิษจากบุหรี่ และเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้น การสูบบุหรี่เพิ่มอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดถึง 2 เท่า และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม 2.28 เท่า แต่ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมค่อนข้างๆ ไม่ชัดเจนเท่าผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการศึกษาไม่พบว่าการสูบบุหรี่จะเพิ่มอุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อม การงดสูบบุหรี่ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป จะลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลงได้เท่าคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ คือลดลงร้อยละ 50.00 ซึ่งนับว่าได้ผลดีกว่าการควบคุมไขมัน หรือความดันโลหิตสูง สมองฝ่อเร็วขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีการคิด (cognitive performance) ไม่ดี และเสียความยืดหยุ่นทางการคิด (cognitive flexibility) เช่นกัน⁶

จากรายงานการตรวจสุขภาพประชาชนคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า มีผู้สูงอายุ อายุระหว่าง 60–69 ปี ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ทั้งสูบในปัจจุบันและสูบเป็นประจำ ร้อยละ 24.90 เพศชายมากกว่าเพศหญิง นอกจากนี้ยังพบว่า อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ได้แก่ ช่วงอายุ 60–69 ปี (ร้อยละ 25.61) เป็นอันดับสองรองจากช่วงอายุ 45–59 ปี โดยจำนวนมวนบุหรี่ที่ผู้สูงอายุสูบในแต่ละวัน ประมาณ 10

มวนวัน⁷ และส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรค ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จาก การศึกษาพบว่าสารพิษในบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยง ของการเกิดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน ของการเกิดโรคไตง่ายโดยเฉพาะต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือดและหลอดเลือดสมองโดยมี โอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 4 เท่าของผู้ที่ ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นภาวะโรคอันดับหนึ่งจากโรค ไม่ติดต่อ⁸ และอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้

ตำบลปลายโพงพาง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม มีจำนวนผู้สูงอายุ 1,771 คน คิดเป็นร้อยละ 4.17 ของจังหวัดสมุทรสงคราม⁹ จากการสอบถามอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล และจากการสังเกต พบว่า ผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และมี ผู้สูงอายุบางส่วนที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ทั้งสูบในปัจจุบัน และสูบเป็น ประจำ ซึ่งหากผู้สูงอายุเหล่านั้นยังไม่มีการเลิก สูบบุหรี่ จะส่งผลให้โรคประจำตัวที่เป็นมีความ รุนแรงเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ ยาวและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงได้

ความรู้ ความเข้าใจ เป็น 1 ใน 6 องค์ประกอบ ของความรู้ทางสุขภาพ ซึ่งเป็นทักษะ พื้นฐานเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ และเป็น ปัจจัยระดับบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทางสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ¹⁰ โดยบุคคลจะสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพได้ ต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ ถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี¹¹ ดังนั้นจึง จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุต้องมีความรู้ ความ เข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ที่เพียงพอ เพื่อนำไปสู่การ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ได้ อย่างสำเร็จ รวมไปถึงลดอัตราการเสียชีวิตจาก การสูบบุหรี่ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กับความรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความ เข้าใจ เกี่ยวกับบุหรี่ในผู้สูงอายุ ยังไม่พบ การศึกษาประเด็นดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในผู้สูงอายุที่ยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยจึงมี ความสนใจในการศึกษาความรู้ทางสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ และ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุ เพื่อนำ ผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริม การช่วยเลิกบุหรี่ให้แก่ผู้สูงอายุ และพัฒนา ความรอบรู้ทางสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุใน ชุมชนได้อย่างเหมาะสม รวมไปถึงการป้องกัน ปัญหาทางสุขภาพที่เป็นผลจากการสูบบุหรี่ของ ผู้สูงอายุได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ทางสุขภาพ ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ พฤติกรรม การสูบบุหรี่ ของผู้สูงอายุ เขตตำบลปลายโพงพาง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับบุหรี่ของผู้สูงอายุ เขตตำบลปลายโพงพาง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) เพื่อศึกษาระดับความรู้ รอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ทางสุขภาพด้าน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ของผู้สูงอายุ

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ในปัจจุบันและสูบบุหรี่เป็นประจำ ในเขตตำบลปลายโพงพาง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

ตัวอย่าง ได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดจากประชากรผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบันและสูบบุหรี่เป็นประจำ เขตตำบลปลายโพงพาง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม คำนวณขนาดตัวอย่างโดยการเปิดตารางอำนาจทดสอบ (Power analysis) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 และอำนาจการทดสอบที่ .08 และเนื่องจากไม่มีตัวอย่างในการกำหนดขนาดอิทธิพล ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้เป็นระดับกลาง เท่ากับ .03 ตามข้อเสนอแนะของ Polit and Beck¹⁴ ที่ว่า วิจัยทางการแพทย์สามารถกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลางได้ หากไม่มีค่าขนาดอิทธิพลจากการศึกษาที่ผ่านมา ได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 88 ราย และเพิ่มอีกร้อยละ 20.00 จึงได้ตัวอย่างทั้งสิ้น 105 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ พัฒนามาจากแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของธนะวัฒน์ รวมสุก อารยา ทิพย์วงศ์ และเปรมวดี คฤหเดช¹² ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ (check list) จำนวน 10 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ .80 และค่าความเที่ยงคู่เตอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ .75

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ (check list) พัฒนามาจากแบบสอบถามประวัติการสูบบุหรี่ของธนะวัฒน์ รวมสุก สุรินทร กลัมพากร และทัศนีย์ รวีวรกุล¹³ จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วยอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ ระยะเวลาในการสูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ลักษณะการสูบบุหรี่ ชนิดของบุหรี่ที่สูบ สาเหตุที่ทำให้สูบบุหรี่ ความคิดในการเลิกสูบบุหรี่ สาเหตุที่อยากเลิกสูบบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ ช่วงเวลาที่มักสูบบุหรี่ สาเหตุที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ การสนับสนุน/ร้องขอให้เลิกสูบบุหรี่ สาเหตุที่อยากเลิกสูบบุหรี่ และความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ ตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ได้เท่ากับ .80 หาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .81

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักวิจัย และพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา หนังสือรับรองเลขที่ COA. 1-042/2019 ลงวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อขออนุญาต ขอความร่วมมือ และชี้แจงการ ดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน คือ นักศึกษาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น ในการเก็บ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเนื้อหาและขอบเขตของ แบบสอบถามเพื่อทำความเข้าใจและเก็บ รวบรวมข้อมูลไปในทิศทางเดียวกัน

3. เมื่อได้รับอนุญาตจากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยจึง เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่จาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อนัดหมาย ผู้สูงอายุ ในวันที่มีกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้าน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย การดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์ สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งมอบเอกสาร ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและทำความเข้าใจ และเกิดความสมัครใจเข้าร่วม ก่อนเซ็นตบ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำ ขึ้นใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดย ให้ผู้สูงอายุที่สามารถอ่านและเขียนได้ตอบ แบบสอบถามด้วยตนเอง หากผู้สูงอายุไม่ สามารถอ่านและเขียนได้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย จะเป็นผู้อ่านข้อคำถามและตอบตามที่ผู้สูงอายุ ตอบ จนครบจำนวนที่กำหนดไว้

6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย ตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม พร้อมทั้ง กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และแบบสอบถาม

ทั้งหมด มารวบรวมข้อมูลเพื่อเตรียมการวิเคราะห์ ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ สถิติเชิง พรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เพื่อหา ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Cramer's V และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) โดย กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง

ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 84.40 อายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็น ร้อยละ 67.60 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 68.80 จบระดับการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 92.30 มีรายได้เฉลี่ย $\leq 5,000$ บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 79.00 ไม่ได้ประกอบ อาชีพ คิดเป็นร้อยละ 31.50 และมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 56.82 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ทางสุขภาพด้าน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี

ตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ บุหรี อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 37.11 คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 3 คะแนน และคะแนน สูงสุด เท่ากับ 10 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี เท่ากับ 6.50 ± 1.90 คะแนน

เมื่อพิจารณาตามระดับชั้นความรอบรู้ ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี ตามแนวคิดของ Nutbeam¹⁵ พบว่า ส่วนใหญ่

ตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี อยู่ชั้นปฏิสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 45.70 รองลงมาคือ ชั้นวิจารณ์ญาณ

คิดเป็นร้อยละ 34.30 และชั้นพื้นฐานคิดเป็นร้อยละ 20.00 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับชั้นความรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี (n=105)

ระดับชั้นความรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชั้นพื้นฐาน	21	20.00
ชั้นปฏิสัมพันธ์	48	45.70
ชั้นวิจารณ์ญาณ	36	34.30

ส่วนที่ 3 ประวัติและพฤติกรรมการสูบบุหรี

ตัวอย่าง เริ่มสูบบุหรีเมื่ออายุอยู่ระหว่างมากกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.01 โดยอายุที่เริ่มสูบเฉลี่ย เท่ากับ 22.00 ± 6.21 ปี โดยอายุที่เริ่มสูบต่ำสุด คือ 11 ปี และอายุที่เริ่มสูบมากที่สุด คือ 35 ปี ระยะเวลาของการสูบบุหรี อยู่ระหว่าง 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.30 โดยเฉลี่ย เท่ากับ 34.00 ± 16.70 ปี มีการสูบบุหรีต่อวัน อยู่ระหว่าง 10-15 มวน คิดเป็นร้อยละ 44.81 โดยเฉลี่ย 12.50 ± 5.80 มวน/วัน ตัวอย่างส่วนใหญ่สูบบุหรีมวนเอง/ยาเส้น คิดเป็นร้อยละ 53.30 รองลงมาคือ บุหรีก้นกรอง คิดเป็นร้อยละ 46.70 โดยสูบทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 97.12 และไม่ได้สูบทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 2.91 และพบว่าสาเหตุที่ทำให้ตัวอย่างสูบบุหรี อันดับแรก คือ สูบเพื่อคลายเครียด คิดเป็นร้อยละ 56.20 อันดับที่สองคือ สูบเพราะอยากลอง คิดเป็นร้อยละ 52.41 และอันดับที่สาม คือ สูบแก้อาการง่วงนอน คิดเป็นร้อยละ 45.70 มากกว่าครั้งที่เคยเลิกบุหรีมาแล้ว คิดเป็นร้อยละ 58.11 โดยเลิกได้ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 7 วัน และไม่เคยคิดเลิกสูบบุหรี คิดเป็นร้อยละ 41.90 โดยพบว่า วิธีที่ใช้เลิกสูบบุหรีที่

ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง คือ ค่อยๆ ลดจำนวนลง คิดเป็นร้อยละ 54.10 รองลงมา คือ หยุดสูบทันที คิดเป็นร้อยละ 37.70 ช่วงเวลาที่มีการสูบบุหรีพบว่า สูบหลังตื่นนอนตอนเช้า คิดเป็นร้อยละ 42.81 รองลงมาคือ สูบหลังรับประทานอาหารเสร็จ คิดเป็นร้อยละ 41.91 และสูบเมื่อเกิดความเครียด/ใช้ความคิด คิดเป็นร้อยละ 40.02 ในด้านของสาเหตุที่ไม่สามารถทำให้ตัวอย่างเลิกสูบบุหรีได้สำเร็จ พบว่า ติดจนชิน คิดเป็นร้อยละ 74.33 ไม่สามารถหักห้ามใจได้ คิดเป็นร้อยละ 38.11 และหงุดหงิด คิดเป็นร้อยละ 28.62 มีผู้สนับสนุน และร้องขอให้เลิกสูบบุหรี คิดเป็นร้อยละ 65.91 ได้แก่ ภรรยา/บุตร/บุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 58.90 และหมอ/พยาบาล/อสม. คิดเป็นร้อยละ 41.10

ความพร้อมในการเลิกสูบบุหรีของตัวอย่าง พบว่า ไม่เคยคิดที่จะเลิกสูบบุหรีใน 6 เดือนข้างหน้า คิดเป็นร้อยละ 41.91 เคยคิดที่จะเลิกสูบบุหรีภายใน 6 เดือนข้างหน้า คิดเป็นร้อยละ 21.00 ตั้งใจที่จะเลิกภายใน 1 เดือน คิดเป็นร้อยละ 13.30 และลดจำนวนมวนบุหรีที่สูบลง คิดเป็นร้อยละ 23.80

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยสถิติ Cramer's V และ Pearson's Product Moment Correlation พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ

ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของตัวอย่าง มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ (n=105)

ตัวแปร	r,v	
	ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่	p
เพศ ¹	-.222	.023
อายุ ²	-.265	.006
ระดับการศึกษา ¹	.265	.005
อาชีพ ¹	-.252	.010
รายได้ ²	.479	.000

¹ = Cramer's V, ² = Pearson's Correlation Coefficient

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุถึงแม้ว่าส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัว แต่ยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ ซึ่งมีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจอยู่ในขั้นปฏิสัมพันธ์ ตามแนวคิดของ Nutbeam¹⁵ ที่กล่าวว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและพุทธิปัญญา (Cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (Social skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น การรู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร การแยกแยะความแตกต่างของการสื่อสาร แต่ยังไม่สามารถวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบข้อมูลให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพได้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีทักษะขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับบุหรี่ และมีการรับรู้ถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ แต่อาจยังไม่สามารถ

นำมาวิเคราะห์และเกิดความกังวลใจเมื่อต้องเลิกสูบบุหรี่ โดยพบว่า ผู้สูงอายุสูบบุหรี่มานาน 11-20 ปี (เฉลี่ย 34.00 ± 16.70 ปี) และให้เหตุผลว่า ติดจนชินทำให้ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ จากการศึกษาในระดับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจครั้งนี้ มีความขัดแย้งกับการศึกษาของวรรณศิริ นิลเนตร¹⁶ ที่ได้ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน ร้อยละ 99.50 นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยขั้นพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ คล้ายคลึงกับการศึกษาของวรรณศิริ นิลเนตร¹⁶ ในเรื่องปัจจัยด้านเพศและระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับ

ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากผลการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงถึงความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ยของผู้สูงอายุที่ยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในครั้งนี้ ทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และอยู่ในขั้นปฏิสัมพันธ์ตามระดับขั้นของความรอบรู้ทางสุขภาพ รวมไปถึงได้ทราบถึงสาเหตุที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ระดับความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ยของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และให้การช่วยเหลือตามระดับความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ยของผู้สูงอายุให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างสำเร็จ

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งต่อไป ควรศึกษารูปแบบการช่วยให้ผู้สูงอายุเลิกสูบบุหรี่ โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุให้สอดคล้อง เหมาะสม และดียิ่งขึ้น เพื่อนำไปสู่การเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างสำเร็จ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุรินทร์ กลัมพากร ที่ให้คำปรึกษาในการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรองจิต วาทีสาธกกิจ รองศาสตราจารย์ ดร. สุธรรม นันทมงคลชัย และดร.วสิน พิพัฒน์ฉัตร และผู้ให้ข้อมูลในการทำวิจัยในครั้งนี้

References

1. World Health Organization. Aging and life course. [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 15]; Available from: <https://www.who.int/ageing/en/>.
2. Prompak C. Aging society in Thailand. [internet]. [cited 2019 Jul 10]; Available from: http://library.senate.go.th/document/Ext6078/6078440_0002. (in Thai).
3. National Statistical Office. Aging Society [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 15]; Available from: http://service.nso.go.th/nso/nso_publish/service/agingsociety2. (in Thai).
4. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Aging in Thailand. [internet]. 2017 [cited 2019 Aug 15]; Available from: <https://thaitgri.org/?cat=7>. (in Thai).
5. Sasat S. Gerontological Nursing: Common Problems and Caring Guideline. 3rd edition. Bangkok: Active print Co., Ltd; 2011. (in Thai).
6. Muangpaisan W. Risk of Dementia in older person. [internet]. 2018 [cited 2019 Jul 9]; Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/network_title1_4.html. (in Thai).
7. Aekplakom W. National Health Examination Survey 5. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2014. (in Thai).

8. Vateesatokit P. Tobacco and Health. Nonthaburi: Teerakan Graphic; 2016. (in Thai).
9. Department of Older Person. Aging situation. [internet]. 2019 [cited 2019 Jul 20]; Available from: <http://www.dop.go.th/th/know/1>. (in Thai).
10. Kaeodumkoeng K. Health Literacy: access, understand and application. Bangkok: Amarin printing and publishing public company; 2018. (in Thai).
11. Health Education Division. Health Literacy. Bangkok: New Thammada Press; 2018. (in Thai).
12. Ruamsook T, Tipwong A, Karuhadej P. Associations between health literacy and smoking cessation assistance behavior among Village Health Volunteers, Amphawa District, Samut Songkhram Province. *Journal of Public Health Nursing*. 2019;33:37-50. (in Thai).
13. Ruamsook T, Kalampakorn S, Rawiworrakul T. The effect of smoking cessation program by applying the Protection Motivation Theory in patients with hypertension. *Thai Journal of Nursing*. 2018;67(1):1-10. (in Thai).
14. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* tenth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer health/Lippincott Williams & Wilkin; 2017.
15. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008;67(12): 2072-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
16. Nilnate W. *Health Literacy in Thailand, Elders in senior citizens club of Bangkok [Dissertation]*. Bangkok: Chulalongkorn University; 2014. (in Thai).

การศึกษาศมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพของ นิติตแพทย์แผนไทยประยุกต์ และนิติตแพทย์แผนปัจจุบัน

ภุริชญา อินทร์เนตร* ศุภววรรณ ชัยประกายวรรณ**

ฉันทิชา ชะโลธาร** พิชญา นาไชย** นวพร พิมรรัตน์** ยุพาภรณ์ วิเชียร**

บทคัดย่อ

บทนำ : ปัจจุบันมีนโยบายสนับสนุนการพัฒนาความร่วมมือทางการแพทย์ของแต่ละวิชาชีพ การจัดการเรียนรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ เป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาบุคลากรวิชาชีพสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมและความเข้าใจในบทบาทหน้าที่

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาศมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพของนิติตแพทย์แผนไทยประยุกต์และนิติตแพทย์แผนปัจจุบันที่ผ่านการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ

วิธีการวิจัย : การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง ตัวอย่างคือนิติตแพทย์แผนไทยประยุกต์ ปีการศึกษา 2562 ชั้นปีที่ 3 จำนวน 48 คน และนิติตแพทย์แผนปัจจุบัน ชั้นปี 5 จำนวน 16 คน ที่เข้าร่วมการเรียนรูปแบบสหวิชาชีพ เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ ผลประเมิน 5 ด้าน ในสามช่วงเวลา คือ ก่อน หลังทันที และหลังกิจกรรม 1 ปี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยการทดสอบแมน-วิทนียู่

ผลการวิจัย : นิติตทั้งสองสาขามีค่าเฉลี่ยสมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพก่อนทำกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง หลังการเรียนรู้อันที และหลังเรียนรู้อันปี เปลี่ยนแปลงเป็นอยู่ในระดับดี และมีค่าเฉลี่ยที่สูงขึ้นในแต่ละช่วงเวลา โดยนิติตทั้ง 2 สาขามีค่าเฉลี่ยสมรรถนะด้านความเข้าใจหน้าที่และความรับผิดชอบเพิ่มขึ้นมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านอื่น ๆ พบว่า มีค่าเฉลี่ยที่สูงขึ้นตามช่วงเวลาแต่ไม่มีความแตกต่างกัน

สรุปผล : นิติตทั้งสองสาขามีสมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพเพิ่มขึ้น ทำให้เข้าใจหน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งช่วยลดความขัดแย้งในการทำงานระหว่างวิชาชีพ

คำสำคัญ : นิติตแพทย์แผนไทยประยุกต์ การทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ นิติตแพทย์แผนปัจจุบัน

*วิทยาลัยการแพทย์แผนอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: Bhurichaya@acttm.ac.th

**วิทยาลัยการแพทย์แผนอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี, สถาบันพระบรมราชชนก

Received: May 5, 2020

Revised: February 22, 2021

Accepted: April 20, 2021

Study on competency of Interprofessional Education (IPE) between applied Thai Traditional Medicine Students and Modern Medicine Students

Bhurichaya Innets* Supawan Chaiprakaiwan**

Tanticha Chalotan** Pitchaya Nachai** Navaporn Pimrat ** Yupaporn Wichian**

Abstract

Background: Currently, one of the focal points in recent health policy is the collaboration between health professionals. Interprofessional education can provide a foundation for the development of health professionals that focus on the involvement and understanding of each other's roles.

Objectives: To study the competency of Interprofessional Education between Applied Thai Traditional Medicine students and Modern Medicine Students with a model of Interprofessional Education.

Methods: Quantitative research was carried out by collecting information from those who participated in The Inter-Professional Education (IPE) model, which consisted of 48 third-year students of applied Thai traditional medicine and 16 fifth-year modern medical students in the academic year 2019; to which Interprofessional Collaborative Competency Attainment Survey (ICCAS) was used. Five aspects of competency were evaluated in three periods: before, immediately after and after one year of the program. Analysis was done by descriptive statistics and comparing the groups using the Mann-Whitney U Test.

Results: Before the program, the students from both groups had moderate scores in team work. Both groups had an increase in their average scores after the program was over and one year after the program, where the average scores increased over time. Average score of both students on understanding roles and responsibilities was the most improved in collaboration working with others which was statistically significant. In a comparison of average score between both groups of students, the average score was higher in the following periods but there was no significant difference between both groups.

Conclusions: Both groups of students gained competency in Interprofessional Education. This gain in competency will aid in providing good health care service for the patients and the public. Moreover, the Interprofessional Education program is a pedagogical approach that creates mutual understanding as well as minimizing the conflict between health professionals.

Keywords: applied Thai Traditional students, Inter Professional Education, modern medicine students

*Abhaibhubejhr College of Traditional Medicine Prachinburi, Praboromarajchanok Institute, Thailand,

E-mail: Bhurichaya@actm.ac.th

**Abhaibhubejhr College of Traditional Medicine Prachinburi, Praboromarajchanok Institute, Thailand

บทนำ

การแพทย์แผนไทยเป็นประเด็นหนึ่งที่ถูกให้ความสนใจในปัจจุบัน โดยกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้เป็นการแพทย์ทางเลือกของชาติควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน เกิดการแพทย์ผสมผสาน (Complementary Medicine) แต่ด้วยระบบการศึกษาของไทย ยังขาดการเรียนการสอนที่มีความเชื่อมโยงและสอดคล้องของสหสาขาวิชาชีพ ทั้งด้านพลวัตของระบบสุขภาพและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือกใหม่ๆ ที่ยังขาดการติดต่อสื่อสาร ความเข้าใจของผู้ทำงานในระบบสาธารณสุข ซึ่งการพัฒนาหลักสูตรหรือปรับระบบการเรียนรู้อันบูรณาการด้านสุขภาพที่เป็นการศึกษาโดยมาแบ่งสาขาใดสาขาหนึ่งเป็นโดยเฉพาะ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในผู้เรียนที่มีความสามารถต่างกัน สามารถร่วมมือกันในการก่อเกิดผลความร่วมมือทางสมรรถนะในการให้บริการด้านสุขภาพแบบครอบคลุมเป็นองค์รวม และสามารถรองรับการเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพนานาชาติในอนาคตได้¹ การเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพจึงเกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการแพทย์ผสมผสาน การเรียนรู้แบบร่วมมือระหว่างวิชาชีพต่างๆทางการแพทย์ เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ ในการปรับปรุงและพัฒนาการศึกษาบุคลากรด้านสุขภาพให้ประสบความสำเร็จในการทำงานร่วมกัน และก่อประโยชน์สูงสุดกับประชาชนได้² ซึ่งวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี มีการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรแพทย์แผนไทยประยุกต์เพียงหลักสูตรเดียว ทำให้ทักษะในการสื่อสารการทำงานเป็นทีมกับวิชาชีพอื่นน้อย ซึ่งทักษะการทำงานร่วมกันในระบบสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญใน

การปฏิบัติงาน แพทย์แผนไทยที่ทำงานในระบบสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่น โดยเฉพาะวิชาชีพแพทย์ เนื่องจากนโยบายการแพทย์ผสมผสานที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน รวมถึงผลจากการประเมินผู้ใช้บัณฑิตของหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์ พบหนึ่งในข้อเสนอแนะต่อการพัฒนานิสิต มีความต้องการให้นิสิตในหลักสูตรสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมในการปฏิบัติงานได้

จากปัญหาดังกล่าว จึงทำให้เกิดความจำเป็นในการจัดการเรียนการสอนวิชาชีพสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วม รูปแบบวิธีการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ (A Model of Interprofessional Education: IPE) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายการเรียนรู้ร่วมกันของบุคลากรในสายสุขภาพ เข้าใจบทบาทและหน้าที่ของกันและกัน เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของทุกสาขาวิชาชีพในสายสุขภาพ³⁻⁴ ก่อให้เกิดการทำงาน การแนะนำและส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมร่วมกัน ด้วยเหตุนี้ วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จึงมีการจัดโปรแกรมการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยให้นิสิตแพทย์แผนไทยประยุกต์ชั้นปีที่ 3 และนิสิตแพทย์แผนปัจจุบันชั้นปีที่ 5 ได้ลงพื้นที่ตรวจรักษาร่วมกันในชุมชน และร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อวางแผนและให้การรักษาที่เหมาะสมร่วมกัน ตลอดภาคเรียนที่ 1 ของแต่ละปีการศึกษา และได้มีการดำเนินการปรับปรุง พัฒนาต่อเนื่องมาเป็นเวลา 3 ปี

เพื่อให้เห็นถึงผลของการจัดการศึกษาด้วยวิธีการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ ผู้วิจัยจึงได้ทำการสำรวจและติดตามผลที่เกิดจาก

รูปแบบวิธีการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อศึกษาสมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพของนิสิตแพทย์แผนไทยประยุกต์ และนิสิตแพทย์แผนปัจจุบัน ในปีการศึกษา 2562 ทั้งก่อนเรียน หลังเรียนในทันที และหลังเรียนจบไปแล้วเป็นเวลา 1 ปี ทั้งนี้การศึกษาดังกล่าวจะช่วยชี้ให้เห็นถึงผล และแนวโน้มของการทำงานร่วมกันของแพทย์แผนไทย และแพทย์แผนปัจจุบันในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพของนิสิตแพทย์แผนไทยประยุกต์และนิสิตแพทย์แผนปัจจุบันที่ได้รับการเรียนรูปแบบวิธีการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ ดังนี้

1. ศึกษาเปรียบเทียบสมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพของนิสิตแพทย์แผนไทยประยุกต์ก่อนและหลังเรียนรูปแบบวิธีการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ ในช่วงเวลา 1 ปี
2. ศึกษาเปรียบเทียบสมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพของนิสิตแพทย์ก่อนและหลังเรียนรูปแบบวิธีการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ ในช่วงเวลา 1 ปี
3. ศึกษาเปรียบเทียบสมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพของนิสิตแพทย์แผนไทยประยุกต์และนิสิตแพทย์แผนปัจจุบัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional survey study) โดยเก็บข้อมูลนิสิตแพทย์แผนไทยประยุกต์ วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ชั้นปีที่ 3 จำนวนทั้งสิ้น 48 คน และนิสิตแพทย์แผน

ปัจจุบัน สาขาแพทยศาสตร์ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวนทั้งสิ้น 16 คน ในปีการศึกษา 2562 ที่ได้รับการเรียน รูปแบบวิธีการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินสมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ The Interprofessional Collaborative Competency Attainment Survey (ICCAS)⁵ เป็นแบบประเมินที่แปลจากภาษาอังกฤษ โดยนุสรา ประเสริฐศรี แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .72 ซึ่งผู้วิจัยมีการนำมาทบทวนเนื้อหาแบบการประเมินโดยอาจารย์ของทั้งสองสาขาที่เคยผ่านการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ และทดสอบความเที่ยงในกลุ่มทดลองได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เลขที่รับรอง 10/62 วันที่ 10 พฤษภาคม 2562

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาสมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพของนิสิตแพทย์แผนไทยประยุกต์และนิสิตแพทย์แผนปัจจุบันมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสมรรถนะในการทำงานร่วมกันหลังจากผ่านการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพโดยการจัดกลุ่มเป็น 7 กลุ่ม กลุ่มละ 9-10 คน แบ่งเป็น นิสิตแพทย์แผนไทยประยุกต์ 7 คน นิสิตแพทย์แผนปัจจุบัน 2-3 คน โดยให้วางแผน

การลงชุมชนแบ่งเป็น 3 สัปดาห์ ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1 สำรวจปัญหา สัปดาห์ที่ 2 แก้ปัญหา และ สัปดาห์ที่ 3 ติดตามและประเมินผล โดยให้นิสิตทำแบบประเมินสมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ (ICCAS)⁵ 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ก่อนการเรียนรู้ ครั้งที่ 2 ทำแบบประเมินทันทีหลังการเรียนรู้ครบ 3 สัปดาห์ และครั้งที่ 3 ครั้งจากการการเรียนรู้ 1 ปี ซึ่งจะเป็นช่วงที่นิสิตทำการฝึกปฏิบัติงานในสถานที่จริง และทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพมาแล้วเป็นระยะเวลา 1 ปีการศึกษา

โดยแบบประเมินสมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ The Inter-Professional Collaborative Competency Attainment Survey (ICCAS) จำแนกหัวข้อในการประเมิน เป็น 5 หัวข้อ

1. แบบประเมิน ข้อ 1-5 เป็นการประเมินทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล
2. แบบประเมิน ข้อ 6-8 เป็นการประเมินทักษะความร่วมมือกับบุคคลอื่น
3. แบบประเมิน ข้อ 9-12 เป็นการประเมินความเข้าใจในหน้าที่และความรับผิดชอบ
4. แบบประเมิน ข้อ 13-15 เป็นการประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
5. แบบประเมิน ข้อ 16-20 เป็นการประเมินทักษะการจัดการความขัดแย้งและการทำงานเป็นทีม

โดยมีการแปลผลค่าเฉลี่ยระดับสมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ แบ่งเป็น 5 ระดับ⁶

- 1.00-1.50 เท่ากับ มีระดับสมรรถนะระดับต่ำมาก
- 1.51-2.50 เท่ากับ มีระดับสมรรถนะระดับต่ำ
- 2.51-3.50 เท่ากับ มีระดับสมรรถนะระดับปานกลาง

- 3.51-4.50 เท่ากับ มีระดับสมรรถนะระดับดี
- 4.51-5.00 เท่ากับ มีระดับสมรรถนะระดับดีมาก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีการประมวลผลข้อมูลเป็นขั้นตอน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบใช้สถิติเปรียบเทียบในกลุ่มเดียวกัน (Repeated t-test) และเนื่องจากจำนวนของผู้เรียนแต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน จึงใช้การวิเคราะห์ตัวอย่างด้วยวิธีการวิเคราะห์แบบจับคู่ (Match case control) ก่อนทำการเปรียบเทียบทางสถิติระหว่างกลุ่มด้วยสถิตินอนพาราเมตริก (The Mann-Whitney U test) อธิบายข้อมูลทั่วไป และวิเคราะห์เกี่ยวกับความคิดเห็นที่เป็นข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัย

จากการศึกษาสมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพของนิสิตแพทย์แผนไทยประยุกต์และนิสิตแพทย์แผนปัจจุบัน โดยทำการประเมิน 3 ครั้ง ในแต่ละช่วงเวลาผ่านแบบประเมินสมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ (ICCAS) พบว่า นิสิตแพทย์แผนไทยประยุกต์ มีค่าเฉลี่ยสมรรถนะแต่ละด้านสูงขึ้นในแต่ละช่วงเวลายกเว้นทักษะความร่วมมือกับบุคคลอื่นที่มีค่าเฉลี่ยหลังการเรียนรู้ทันทีลดลงจากระดับปานกลางเป็นระดับต่ำ และกลับมามีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นหลังจากการเรียนรู้ 1 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยด้านทักษะการจัดการความขัดแย้ง และการทำงานเป็นทีมก่อนการเรียนรู้สูงสุด (M = 2.86, SD = 0.89) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และมี

ค่าเฉลี่ยหลังการเรียนรู้ทันที (M = 4.01, SD = 0.58) อยู่ในระดับดี และหลังการเรียนรู้ 1 ปี (M = 4.49, SD = 0.41) อยู่ในระดับดี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยผลการประเมินสมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทางสถิติ ของนิสิตแพทย์แผนไทยประยุกต์

หัวข้อที่ประเมิน	ผลการประเมินของนิสิตแพทย์แผนไทยประยุกต์			ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทางสถิติ	
	จำนวน 48 คน			F	p
	ก่อนเรียนรู้	หลังเรียนรู้ทันที	หลัง 1 ปี		
M(SD)	M(SD)	M(SD)			
1. ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล	2.26 (0.58)	3.46 (0.50)	4.14 (0.51)	148.744*	.000
2. ทักษะความร่วมมือกับบุคคลอื่น	2.65 (0.98)	2.32 (0.38)	3.87 (0.63)	892.569*	.000
3. ความเข้าใจหน้าที่และความรับผิดชอบ	2.47 (0.76)	3.86 (0.53)	4.46 (0.45)	125.923*	.000
4. ทักษะการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	2.55 (0.81)	3.79 (0.61)	4.35 (0.52)	95.722*	.000
5. ทักษะการจัดการความขัดแย้ง และการทำงานเป็นทีม	2.86 (0.89)	4.01 (0.58)	4.49 (0.41)	75.038*	.000
ภาพรวม	2.50(0.23)	3.77(0.20)	4.35(0.14)	87.551*	.000

*p<.01

นิสิตแพทย์แผนปัจจุบัน มีค่าเฉลี่ยสมรรถนะแต่ละด้านสูงขึ้นในแต่ละช่วงเวลายกเว้นทักษะความร่วมมือกับบุคคลอื่นที่มีค่าเฉลี่ยหลังการเรียนรู้ทันทีลดลงจากระดับดีเป็นระดับปานกลาง และกลับมาอยู่ในระดับดีหลังจากการเรียนรู้ 1 ปี และมีทักษะด้านความ

เข้าใจหน้าที่และความรับผิดชอบมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นมากที่สุด โดยก่อนการเรียนรู้มีค่าเฉลี่ย (M = 3.37, SD = 0.51) ระดับปานกลาง หลังการเรียนรู้ทันที (M = 3.98, SD = 0.37) และหลังการเรียนรู้ 1 ปี (M = 4.25, SD = 0.27) ระดับดี ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยผลการประเมินสมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทางสถิติ ของนิสิตแพทย์แผนปัจจุบัน

หัวข้อที่ประเมิน	ผลการประเมินของนิสิตแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน 16 คน			ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทางสถิติ	
	ก่อนเรียนรู้	หลังเรียนรู้ทันที	หลัง 1 ปี	F	p
	M(SD)	M(SD)	M(SD)		
1. ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล	3.23 (0.44)	3.60 (0.45)	4.03 (0.42)	28.082*	.000
2. ทักษะความร่วมมือกับบุคคลอื่น	3.60 (0.57)	2.58 (0.30)	4.31 (0.50)	551.294*	.000
3. ความเข้าใจหน้าที่และความรับผิดชอบ	3.37 (0.51)	3.98 (0.37)	4.25 (0.27)	34.590*	.000
4. ทักษะการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	3.52 (0.45)	4.02 (0.58)	4.06 (0.50)	13.800*	.000
5. ทักษะการจัดการความขัดแย้ง และการทำงานเป็นทีม	3.66 (0.66)	3.95 (0.65)	4.08 (0.64)	16.121*	.000
ภาพรวม	3.49(0.21)	3.97(0.25)	4.13(0.09)	22.743*	.000

*p<.01

เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะการทำงานร่วมกัน โดยคัดเลือกตัวอย่างจำนวน 16 คน ของนิสิตทั้งสองสาขา พบว่า ค่าเฉลี่ยก่อนการ เรียนรู้ 5 ด้านของนิสิตทั้ง 2 สาขา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของนิสิตแพทย์แผนไทยประยุกต์ ทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง และนิสิตแพทย์แผนปัจจุบัน มีค่าเฉลี่ยด้านทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ความเข้าใจหน้าที่และความรับผิดชอบอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนทักษะความร่วมมือกับบุคคลอื่น ทักษะการดูแลผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง และทักษะการจัดการความขัดแย้งและการทำงานเป็นที่อยู่ในระดับดี แต่

พบว่า หลังการเรียนรู้ทันที และ 1 ปี ค่าเฉลี่ยด้านทักษะความร่วมมือกับบุคคลอื่นของนิสิตทั้ง 2 สาขา มีระดับคะแนนด้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยนิสิตแพทย์แผนไทยประยุกต์มีค่าเฉลี่ย ($M = 2.31, SD = 0.35$) และนิสิตแพทย์แผนปัจจุบัน ($M = 2.58, SD = 0.30$) ตามลำดับ และมีคะแนนสูงขึ้นหลังจากผ่านไป 1 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ที่ ($M = 3.85, SD = 0.59$) และ ($M = 4.31, SD = 0.50$) ตามลำดับ ส่วนทักษะด้านอื่นๆ ของนิสิตทั้ง 2 สาขา มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นในแต่ละช่วงเวลาแต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ยผลการประเมินสมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทางสถิติ ของตัวอย่างนิสิตแพทย์แผนไทยประยุกต์ และนิสิตแพทย์แผนปัจจุบัน

หัวข้อที่ประเมิน	ก่อนเรียนรู้		t	หลังเรียนรู้ทันที		t	หลัง 1 ปี		t
	M(SD)			M(SD)			M(SD)		
	แพทย์ไทยประยุกต์	แพทย์แผนปัจจุบัน		แพทย์ไทยประยุกต์	แพทย์แผนปัจจุบัน		แพทย์ไทยประยุกต์	แพทย์แผนปัจจุบัน	
1. ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล	2.52 (0.52)	3.23 (0.44)	4.158*	3.63 (0.51)	3.60 (0.45)	0.217	4.17 (0.50)	4.03 (0.42)	0.842
2. ทักษะความร่วมมือกับบุคคลอื่น	2.60 (0.78)	3.60 (0.57)	4.126*	2.31 (0.35)	2.58 (0.30)	2.340*	3.85 (0.59)	4.31 (0.50)	2.340*
3. ความเข้าใจหน้าที่และความรับผิดชอบ	2.87 (0.56)	3.37 (0.51)	2.619	4.01 (0.44)	3.98 (0.37)	0.648	4.46 (0.43)	4.25 (0.27)	1.698
4. ทักษะการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	2.83 (0.72)	3.52 (0.45)	3.229	3.93 (0.58)	4.02 (0.58)	0.401	4.22 (0.46)	4.06 (0.50)	0.969
5. ทักษะการจัดการความขัดแย้งและการทำงานเป็นที่	3.07 (0.51)	3.66 (0.66)	2.805	4.05 (0.55)	3.95 (0.65)	0.465	4.35 (0.48)	4.08 (0.64)	1.305

* $p < .05$

อภิปรายผล

จากการศึกษาสมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพของนิสิตแพทย์แผนไทยประยุกต์ก่อนและหลังเรียนรูปแบบวิธีการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ พบว่า นิสิตแพทย์แผนไทยประยุกต์มีค่าเฉลี่ยก่อนการเรียนรู้อยู่ที่ 5 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากนิสิตแพทย์แผนไทยประยุกต์ เข้าร่วมกิจกรรมในช่วงที่เป็นการเริ่มต้นการเรียนวิชาชีพ และไม่เคยทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่นมาก่อนจึงยังไม่มี ความเข้าใจบทบาทในการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ และยังขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย แต่หลังจากได้เรียนรู้ร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพพบว่า มีทักษะในการทำงานระหว่างวิชาชีพเพิ่มขึ้นโดยมีค่าเฉลี่ยหลังการเรียนรู้อยู่ที่ 1 ปีอยู่ในระดับดี และดีมากเนื่องจากนิสิตได้เรียนรู้ร่วมกับวิชาชีพอื่น และได้ฝึกประสบการณ์ในสถานที่จริง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sethasathien⁷ ที่บอกว่าการเรียนรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ ควรเริ่มเมื่อนิสิตมีความรู้วิชาชีพพอสมควร เพื่อให้รับบทบาทของตนเองและสามารถสร้างความร่วมมือและความเข้าใจกับวิชาชีพอื่นได้

สำหรับนิสิตแพทย์แผนปัจจุบัน พบว่า นิสิตมีค่าเฉลี่ยก่อนการเรียนรู้อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากนิสิตได้มีโอกาสฝึกประสบการณ์ในวิชาชีพแล้วบางส่วน และใน 1 ปีหลังการเรียนรู้อยู่ที่ 6 คะแนนประเมินของนิสิตอยู่ในระดับดี เป็นช่วงที่นิสิตแพทย์แผนปัจจุบันศึกษาอยู่ในปีที่ 6 ซึ่งทำปฏิบัติงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพจึงมีความเข้าใจบทบาทการทำงาน สามารถสื่อสารกับวิชาชีพอื่น และผู้ป่วยได้ดีกว่านิสิตแพทย์แผนไทยประยุกต์

จากการประเมินผลทันทีหลังการเรียนรู้อยู่ร่วมกันของนิสิตทั้ง 2 สาขาพบว่า ค่าเฉลี่ยด้านทักษะความร่วมมือกับบุคคลอื่นมีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการจัดการเรียนรู้เป็นการให้นิสิตลงไปศึกษาปัญหากับผู้ป่วยในชุมชน วางแผนการแก้ปัญหา และติดตามผลภายใน 3 สัปดาห์ ซึ่งนิสิตทั้งสองสาขาได้มีการปรึกษาพูดคุยแบบพบปะพูดคุยเพื่อวางแผนการแก้ปัญหาเพียงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จึงน่าจะมีผลให้นิสิตมีปัญหาเรื่องการวางแผนการทำงานร่วมกัน แต่หลังจากเวลาผ่านไป 1 ปี นิสิตได้มีการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพอื่นมากขึ้น จึงทำให้ค่าเฉลี่ยด้านทักษะความร่วมมือกับบุคคลอื่นมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของงานวิจัยของ Eileen Adel H. et al.⁸ ซึ่งสรุปได้ว่าการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการทำงานร่วมกันของแต่ละวิชาชีพให้สามารถสื่อสาร ทำงานร่วมกัน และมีความเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของเพื่อนร่วมงานมากขึ้น ในส่วนของการประเมินผลด้านอื่น ๆ ได้แก่ ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล ความเข้าใจหน้าที่และความรับผิดชอบ ทักษะการดูแลผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง และทักษะการจัดการความขัดแย้ง และการทำงานเป็นทีม พบว่า นิสิตทั้ง 2 สาขา มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นตามช่วงเวลา แสดงให้เห็นว่า นิสิตสามารถสื่อสารระหว่างกัน มีความเข้าใจหน้าที่ ความรับผิดชอบ การดูแลผู้ป่วย และสามารถจัดการความขัดแย้งในการทำงานร่วมกันได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sabine et al.⁹ เกี่ยวกับรูปแบบวิธีการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ สามารถช่วยให้เกิดการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ และเข้าใจในบทบาทของตนเอง และ

วิชาชีพอื่นๆ ก่อให้เกิดการพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยได้ ทำให้เห็นว่าการที่นิสิตได้ทำงานร่วมกันในสถานการณ์ต่างๆ ทำให้นิสิตมีทักษะในการจัดการปัญหาที่มักเกิดจากการทำงานร่วมกันได้ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Amnrose et al.¹⁰ ซึ่งกล่าวถึงการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพในสถานการณ์จำลองในห้องฉุกเฉินเพื่อแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลผู้ป่วย การจัดการความเสี่ยง ความขัดแย้งระหว่างการรักษาผู้ป่วย ซึ่งหลังจากทำกิจกรรมในสถานการณ์จำลองแล้ว คะแนนประเมินความสามารถในด้านต่างๆ เพิ่มขึ้นซึ่งแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการเรียนรู้ดังกล่าวมีผลทำให้การทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพมีความคล่องตัวและเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของกันและกันมากขึ้น ทำให้สามารถควบคุมสถานการณ์ และพัฒนาการทำงาน การดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากการศึกษา พบว่า การจัดการเรียนรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ เป็นแนวทางที่นำไปสู่การพัฒนาทักษะในการทำงานร่วมกันของนิสิต และเพื่อเป็นการปลูกฝังเจตคติที่ดีในการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะความเข้าใจด้านบทบาทและความรับผิดชอบในหน้าที่ของแต่ละคน ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการปฏิบัติงานร่วมกันในระบบการบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อสมรรถนะการทำงานร่วมกันในสหสาขาวิชาชีพของนิสิตแต่ละสาขา

2. ควรมีการศึกษาระยะยาวของผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวเพื่อให้ได้ข้อมูลด้านประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพที่ครอบคลุมและชัดเจนมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาผลระยะยาวในนิสิตหลังจากจบการศึกษาและเข้าทำงานในฐานะผู้ปฏิบัติแต่ละวิชาชีพถึงสมรรถนะในการทำงาน

References

1. Kooariyakul A, Intarakumhang Na Raachasima S, Wanchai A, Theinkaw S, Aryuwat S, Praphainthara P, et al. Students' Experiences while Attending Inter-Professional Education (IPE) Activities: A Qualitative Study. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2020;7(3):155-67 (in Thai).
2. Chuengsatiansup G, Suksuth P, Thantiphidok Y, Krudmeechai S, Kruppasat K. Policy for the Development of Thai traditional medicine, traditional medicine and alternative medicine in entering the Asean community. [internet]. 2014 [cited 2019 Sep 20]; Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4212?locale-attribute=th>. (in Thai).
3. Putthasri W, Chuenkongkaew W. The report on 3rd annual national health professional education reform forum: ANHPERF "IPE towards Thai Health Team". Nonthaburi: P.A Living Ltd; 2017. (in Thai).
4. Sirilak S, Nori T. Future health workforce Planning in Thailand. Putthasri W, Chuenkongkaew Y. editor. "IPE towards

- Thai Health Team” The report on the 3rd Annual National Health Professional Education Reform Forum: ANHPERF. 2016. Nonthaburi: P.A Living Ltd; 2017. p.36-8. (in Thai).
5. Schmitz CC, Radosevich DM, Jardine P, MacDonald CJ, Trumpower D, Archibald D. The Interprofessional Collaborative Competency Attainment Survey (ICCAS): A replication validation study. *J Interprof Care.* 2017;31(1):28-34. doi: 10.1080/13561820.2016.1233096.
 6. Suriyanimitsuk T, Reunreang T, Seubyart E, Patnattee K, Yimyong A. Results Of Interprofessional Education (IPE) on Health Promotion in Pregnant Women for Interprofessional Collaborative competency Attainment. *Jornal of The Police Nurses.* 2020;12(2):380-7. (in Thai).
 7. Sethasathien S. A model of interpersonal education (IPE) in Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Udonthani Hospital. *ASEAN Journal of Rehabilitation Medicine.* 2015;25(2):65-70. (in Thai).
 8. Herge EA, Hsieh C, Keats P Waddell-Terry T. (2015). A Simulated Clinical Skills Scenario to Teach Interprofessional Teamwork to Health Profession Students. *J Med Educ and Curric Dev.* 2015;2:27–34. doi: 10.4137/JMECD.S18928.
 9. Homeyer S, Hoffmann W, Hingst P, Oppermann RF, Dreier-Wolfgramm A. Effects of interprofessional education for medical and nursing students: enablers, barriers and expectations for optimizing future interprofessional collaboration - a qualitative study. *BMC Nurs.* 2018;17:13. doi: 10.1186/s12912-018-0279-x.PMID:29643742;PMCID: PMC5891914.
 10. Wong AH, Wing L, Weiss B, Gang M. Coordinating a team response to behavioral emergencies in the Emergency Department: A Simulation-Enhanced Interprofessional Curriculum. *West J Emerg Med.* 2015;16(6). doi: 10.5811/ west jem.2015. 8.26220.

โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่สำคัญของพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของ นักศึกษามหาวิทยาลัย : การรับรู้ความสามารถของตนเองและความรอบรู้ ด้านสุขภาพ

พูนศักดิ์ บุญยัง* กรัณธรรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์**

บทคัดย่อ

ปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษามหาวิทยาลัยควรได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง เพราะเป็นสาเหตุของภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนในอนาคตได้ ประกอบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในช่วงวัยของนักศึกษาเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพในอนาคต ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะส่งเสริมให้นักศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ให้เหมาะสม เพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการเกิน โดยส่งเสริมให้นักศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ที่เหมาะสม การแก้ไขจะเน้นปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา บทความนี้ นำเสนอโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของนักศึกษามหาวิทยาลัย โดยสังเคราะห์โมเดลที่เกี่ยวข้องกับโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ และจำกัดขอบเขตของปัจจัยเชิงสาเหตุไว้เฉพาะปัจจัยส่วนบุคคล เพราะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ได้อย่างยั่งยืน

จากการสังเคราะห์โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุ พบว่า ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ และปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ผ่านทางปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง หรืออีกนัยหนึ่ง ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวแปรคั่นกลางของตัวแปรอิสระความรอบรู้ด้านสุขภาพกับตัวแปรตามพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ ซึ่งโมเดลนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของนักศึกษา โดยพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพไปพร้อมกัน โดยตรวจสอบความตรงของโมเดลก่อนนำไปใช้

คำสำคัญ : โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การบริโภคผักและผลไม้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง

*นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน, E-mail: aopoon@hotmail.com

**ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน

Received: May 8, 2020

Revised: June 06, 2020

Accepted: April 23, 2021

Causal Factors Model of Fruit and Vegetable Consumption Behavior of University Students: Self-Efficacy and Health Literacy

Poonsak Boonyoung* Karuntharat Boonchuaythanasit**

Abstract

The food consumption behavior problems of university students should be seriously addressed. If not corrected, it can lead to problems of over-nutrition and obesity in the future. In addition, the food consumption behavior of the students at this age will determine the long-term dietary habits which will affect their health in the future. Therefore, it is essential to encourage university students to change their habits of fruits and vegetables consumption in order to solve the problems of over-nutrition. To resolve the issues of improper fruit and vegetable consumption behavior, it is necessary to correct the factors that can cause improper consumption behaviors of fruits and vegetables. This paper presented a causal model of fruit and vegetable consumption behavior of university students by synthesizing a model from a literature review related to the causal factors model of fruit and vegetable consumption behavior. Only personal factors were studied because they are the causal factors which can lead to permanent changes in food consumption behavior.

The synthesized causal model of fruit and vegetable consumption behavior of university students showed that the health literacy factors and self-efficacy factors had direct effect on fruit and vegetable consumption behavior, and that the health literacy factors had indirect effect on fruit and vegetable consumption behavior through self-efficacy factors. In other words, the self-efficacy factors were a mediator variable of the health literacy independent variable and the fruit and vegetable consumption behavior dependent variable. This causal model of fruit and vegetable consumption behavior of university students can be used as a guideline for promoting appropriate fruit and vegetable consumption behavior of students by developing their self-efficacy and health literacy simultaneously. However, the model must be validated before use.

Keywords: causal factor model, food consumption behavior, fruit and vegetable consumption, health literacy, self-efficacy

*Doctoral Student in Health Promotion and Health Education Program, Department of Physical Education, Faculty of Education, Kasetsart University, Bangkhen Campus, E-mail: aopoon@hotmail.com

**Department of Physical Education, Faculty of Education, Kasetsart University, Bangkhen Campus

บทนำ

ภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนเป็นปัญหาสำคัญที่คุกคามสุขภาพของวัยเรียน และวัยรุ่นทั่วโลก ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา แสดงให้เห็นได้จากการศึกษา ที่พบว่า เด็กและวัยรุ่นอายุระหว่าง 3-18 ปี มีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 8.00 และโรคอ้วนร้อยละ 9.00 ในขณะที่กลุ่มอายุมากกว่า 19 ปี มีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 24.00¹ นักศึกษามีภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสมถึงร้อยละ 27.00 และสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วน คือ การขาดการออกกำลังกายและการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม² นักศึกษาจาก 106 ประเทศมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบสังคมเมืองที่ขาดการเคลื่อนไหวของร่างกาย และการออกกำลังกาย และมีการรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง³ ความถี่ในการบริโภคผักและผลไม้ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาอยู่ในระดับต่ำ⁴ นักศึกษามีความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของอาหารกับสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ⁵ จากปัญหาดังกล่าวและช่วงวัยของนักศึกษา ซึ่งเป็นช่วงวัยที่เริ่มมีรูปแบบการบริโภคอาหารที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถาวรในระยะยาว ย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพในอนาคต ดังนั้น การส่งเสริมให้นักศึกษามหาวิทยาลัยมีการบริโภคผักและผลไม้ที่เหมาะสม จะช่วยแก้ปัญหาภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนได้ อย่างไรก็ตาม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคคลได้ อย่าง มี ประสิทธิภาพ นั้น จำเป็นต้องหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ถูกต้อง คือ การแก้ไขที่สาเหตุของปัญหา

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นพฤติกรรมด้านหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพ มีปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมแบ่งเป็น ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ปัจจัยนำเป็นปัจจัยส่วนบุคคลหรือปัจจัยภายในตัวบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่จำเป็นต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีเหตุผล อันจะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่ถาวร ปัจจัยเอื้อเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่จำเป็น ต้องมีหรือเกิดขึ้นก่อนที่พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์จะเกิดขึ้น ส่วนปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยภายนอกทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้พฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้น⁶ จะเห็นได้ว่า ปัจจัยภายในตัวบุคคลเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่ถาวร ดังนั้น บทความนี้จึงประสงค์ที่จะนำเสนอโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ในขอบเขตเนื้อหาเฉพาะปัจจัยเชิงสาเหตุที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล แบ่งการนำเสนอเนื้อหาเป็น 3 ประเด็นสำคัญ ประกอบด้วย 1) มโนทัศน์เกี่ยวกับโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ 2) การสังเคราะห์โมเดลแนวคิดพื้นฐานของโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ และ 3) การสังเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้

มโนทัศน์เกี่ยวกับโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้

การนำเสนอโมเดลเกี่ยวกับโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้เป็นการนำเสนอความหมายและแนวคิดของคำที่เกี่ยวข้องกับโมเดลที่นำเสนอ

1. โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุ (Causal Factor Model)

Model ในภาษาไทยใช้ เช่น รูปแบบแบบจำลอง ตัวแบบ แต่นิยมเขียนทับศัพท์ว่า โมเดล มีความหมายว่า เป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อใช้แทนของจริงเพื่อให้ง่ายต่อการศึกษา หรือเป็นโครงสร้างความสัมพันธ์ของส่วนประกอบ/ตัวแปร/หลักการ/แนวคิด/ฟังก์ชันต่าง ๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ของเรื่องใดเรื่องหนึ่ง⁷ แบ่ง 5 ประเภท ได้แก่ 1) โมเดลเชิงแนวคิด 2) โมเดลเชิงกายภาพ 3) โมเดลเชิงคณิตศาสตร์และสถิติ 4) โมเดลเชิงภาพเคลื่อนไหว และ 5) โมเดลเชิงระบบไดนามิกส์ โมเดลของบทความนี้เป็นโมเดลเชิงคณิตศาสตร์และสถิติเพราะเป็นโมเดลที่ใช้ภาษาทางคณิตศาสตร์ในรูปของสมการอธิบายพฤติกรรมและความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบภายในโมเดล และเกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ความผันแปร หรือความแตกต่างของปรากฏการณ์ และมุ่งเน้นที่จะอธิบายองค์ประกอบของความผันแปร แต่ไม่ได้นำเสนอเนื้อหาของโมเดลในรูปของสมการเชิงคณิตศาสตร์ เป็นการนำเสนอเนื้อหาความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของโมเดลในรูปแบบของโมเดลเชิงแนวคิดของโมเดลสมการโครงสร้าง (structural equation model: SEM) สุขุมาส อังศุโชติ และคณะ⁸ อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับ SEM ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 สรุปได้ดังนี้

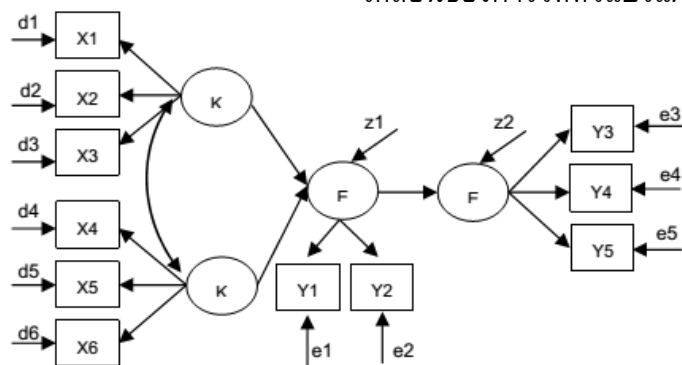
1.1 SEM เป็นเทคนิคทางสถิติที่ใช้ทดสอบและประมาณค่าความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ โดยใช้การรวมข้อมูลทางสถิติกับข้อตกลงเบื้องต้นความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ใช้วิเคราะห์เพื่อยืนยันโมเดลมากกว่าใช้วิเคราะห์เพื่อสำรวจหรือระบุโมเดล

1.2 องค์ประกอบของ SEM ดังแสดงในภาพ 1 สัญลักษณ์ที่ใช้แทนส่วนประกอบของโมเดลมีดังนี้ □ แทนตัวแปรสังเกตได้ ○ แทนตัวแปรแฝง → แทนความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ หรือนำหน้าองค์ประกอบ ส่วนลูกศรเส้นโค้งสองหัวแทนความสัมพันธ์หรือความแปรปรวนร่วมของสองตัวแปร

1.3 SEM ประกอบด้วยโมเดลการวัด (measurement model) และโมเดลโครงสร้าง (structural model) โมเดลการวัดเป็นโมเดลที่ระบุความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรแฝงกับตัวแปรสังเกตได้ โมเดลโครงสร้างเป็นโมเดลที่ระบุความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรแฝงกับตัวแปรแฝง

1.4 ตัวแปรแฝงที่เป็นสาเหตุ (K1, K2) เรียกว่าตัวแปรแฝงภายนอก (exogenous variables) วัดได้จากตัวแปรสังเกตได้ X1-X5 ตัวแปรแฝงที่เป็นผล (E1, E2) เรียกว่าตัวแปรแฝงภายใน (endogenous variables) วัดได้จากตัวแปรสังเกตได้ Y1-Y5

1.5 ความคลาดเคลื่อนของการวัดตัวแปรสังเกตได้คือ d และ e และความคลาดเคลื่อนของการวัดตัวแปรแฝงคือ z



แผนภาพที่ 1 โมเดลสมการโครงสร้าง

สรุปได้ว่า โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้เป็นโมเดลส่วนที่เป็นโมเดลโครงสร้างของโมเดลสมการโครงสร้างที่มีตัวแปรแฝงภายนอกคือปัจจัยภายในตัวบุคคล และตัวแปรแฝงภายใน คือพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้

2. พฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้

พฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้เป็นประเภทหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) ด้านการบริโภคอาหาร ดังนั้น การทำความเข้าใจนิยามของพฤติกรรมสุขภาพก็จะนำไปสู่ความเข้าใจพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ องค์กรและนักวิชาการได้ให้ความหมายและแนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพไว้ดังนี้

2.1 พฤติกรรมสุขภาพเป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งวัดได้จากความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด เจตคติ ท่าที ความคิดเห็นที่บุคคลมีต่อบุคคล สิ่งของหรือเหตุการณ์ และการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง⁶ หรือเป็นพฤติกรรมใดๆ ก็ตามที่มีอิทธิพลหรือเชื่อว่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพหรือเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพไม่ว่าจะทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้นหรือเลวลง⁹

2.2 พฤติกรรมสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ประเภท⁹ 1) พฤติกรรมป้องกันโรค 2) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย และ 3) พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค พฤติกรรมป้องกันโรคเป็นการปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยเป็นการปฏิบัติของบุคคลเมื่อมีอาการผิดปกติ ส่วนพฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคเป็นการปฏิบัติของบุคคลหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว

จากความหมายและแนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพสรุปความหมายของพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ได้ว่าเป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการบริโภคผักและผลไม้ หรืองดเว้นการบริโภคผักและผลไม้ที่มีผลต่อสุขภาพของตนเองซึ่งวัดได้จากความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด เจตคติ ท่าที ความคิดเห็นที่มีต่อการบริโภคผักและผลไม้ และการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลในการบริโภคผักและผลไม้

3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)

Self-efficacy ภาษาไทยใช้หลายคำ เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเอง การรับรู้สมรรถภาพแห่งตน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน บทความนี้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura¹⁰ ได้อธิบายความหมายและแนวคิดที่สำคัญของการรับรู้ความสามารถของตนเองไว้ดังนี้

3.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความสามารถของตนเองในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ หรือระดับความท้าทายของการปฏิบัติที่กำลังเผชิญอยู่ หรือเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

3.2 การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสำคัญและมีผลต่อพฤติกรรม และการพัฒนาความสามารถและทักษะของบุคคล โดยบุคคลที่มีทักษะเดียวกันอาจมีการแสดงพฤติกรรมหรือการปฏิบัติงานในลักษณะหรือคุณภาพที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับว่า บุคคลนั้นมีการรับรู้ความสามารถของตนเองว่ามีสูงหรือต่ำในสถานการณ์นั้นๆ

ดังนั้น สิ่งที่จะกำหนดพฤติกรรมการแสดงออกอย่างมีประสิทธิภาพจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในสถานการณ์นั้นๆ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในสถานการณ์ที่ต่างกันอาจทำให้แสดงพฤติกรรมที่ออกมาแตกต่างกันได้เช่นกัน

3.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองจะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมใดหรือไม่ขึ้นอยู่กับความคาดหวัง 2 ประการ 1) ความคาดหวังว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะ ได้ผลตามที่ต้องการหรือไม่ และ 2) ความคาดหวังว่าตนมีความสามารถพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ กล่าวคือ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมเมื่อเรียนรู้ว่าการกระทำนั้นจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง แต่ถ้าคาดหวังว่าตนมีความสามารถไม่พอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นก็มีความเป็นไปได้ว่าบุคคลจะไม่แสดงพฤติกรรมนั้น เพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวัง

จากนิยามและแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง สรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรม การบริโภคผักและผลไม้เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคผักและผลไม้ที่เกิดจากผลการประเมินแล้วว่าตนมีความสามารถพอที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว จะได้ผลตามที่ต้องการ

4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)

Health literacy ภาษาไทยใช้หลายคำ เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความแตกฉานทางสุขภาพ การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ การรอบรู้สุขภาพ บทความนี้ใช้คำว่า ความรอบรู้ด้าน

สุขภาพ องค์การและนักวิชาการให้ความหมายและแนวคิดที่สำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ดังนี้

4.1 องค์การอนามัยโลก¹¹ ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพในปี 1998 ว่าเป็นทักษะต่างๆ ทาง การรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดี อยู่เสมอ และในปี 2016 ปรับเป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจและใช้สารสนเทศในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี เพื่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน¹²

4.2 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข¹³ ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นขีดความสามารถทางปัญญา (การคิด พิจารณา ไตร่ตรอง เลือกด้วยตนเอง) และความสามารถทางสังคมในระดับปัจเจกชนที่รอบรู้แตกฉานด้านสุขภาพ จนสามารถกลั่นกรองประเมินและเลือกรับ นำไปสู่การตัดสินใจด้วยความเฉียบคมที่จะเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเลือกใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับตัวเอง

4.3 Nutbeam¹⁴ ให้ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า เป็นทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมของบุคคลในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม และจำแนกระดับความรอบรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับพื้นฐาน ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการมีพหุปัญญา รวมทั้งทักษะ

ทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 3) ระดับวิจารณ์ญาณ ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในเชิงเปรียบเทียบและควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เน้นการกระทำของปัจเจกบุคคลและการมีส่วนร่วมผลักดันสังคมการเมืองไปพร้อมกัน

จากนิยามและแนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ สรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเป็นทักษะต่างๆ ทางการรับรู้(ทางปัญญา) และทางสังคม หรือความสามารถทางปัญญา และทางสังคม ของบุคคลในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

การสังเคราะห์โมเดลแนวคิดพื้นฐานของโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้

โมเดลแนวคิดพื้นฐานของโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้สังเคราะห์ขึ้นสำหรับใช้เป็นโมเดลพื้นฐานเพื่อการสังเคราะห์โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ เป็นโมเดลที่สังเคราะห์จากโมเดลสมการโครงสร้าง (SEM) เพราะเป็นโมเดลที่แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรแฝงภายนอก (ตัวแปรอิสระที่เป็นสาเหตุ) ต่อตัวแปรแฝงภายใน (ตัวแปรตามที่เป็นผลลัพธ์) เนื่องจากตัวแปรอิสระที่ศึกษาในบทความนี้ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรทั้งสอง

สามารถอธิบายได้ด้วย 2 แนวคิด คือ แนวคิดของกระบวนการเกิดพฤติกรรมบุคคล และแนวคิดของโมเดลสมการโครงสร้างที่มีตัวแปรคั่นกลาง (mediation structural equation model)

1. แนวคิดของกระบวนการเกิดพฤติกรรมบุคคล

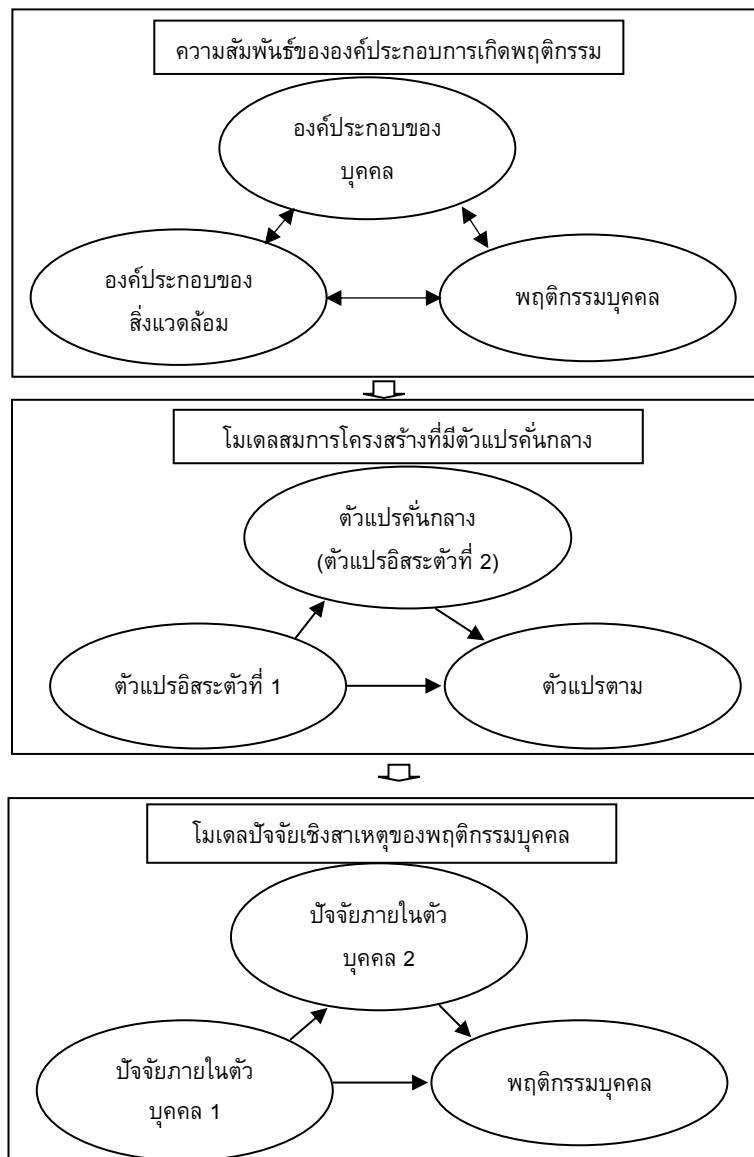
แนวคิดของกระบวนการเกิดพฤติกรรมบุคคลใช้อธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่เป็นอิทธิพลทางตรงของปัจจัยภายในตัวบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคล โดยตามแนวคิดของกระบวนการเกิดพฤติกรรมบุคคลของ Bandura¹⁰ ระบุว่า กระบวนการเกิดพฤติกรรมของบุคคลมีลักษณะของการกำหนดอาศัยซึ่งกันและกันระหว่างตัวแปร 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) องค์ประกอบของบุคคล 2) องค์ประกอบของสิ่งแวดล้อม และ 3) พฤติกรรมบุคคล ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 3 ตัวแปรนี้มีลักษณะต่อเนื่องเป็นขั้นตอน และเป็นระบบที่เกี่ยวกันไว้ โดยแต่ละตัวแปรต่างก็มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน อิทธิพลแต่ละอย่างจะมากหรือน้อยแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับความแตกต่างของสภาพแวดล้อม ดังแสดงในภาพที่ 2 ดังนั้น สรุปได้ว่า ปัจจัยภายในตัวบุคคลเป็นองค์ประกอบหนึ่งขององค์ประกอบของบุคคลที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมบุคคล

2. แนวคิดของโมเดลสมการโครงสร้างที่มีตัวแปรคั่นกลาง

แนวคิดของโมเดลสมการโครงสร้างที่มีตัวแปรคั่นกลาง ใช้อธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่เป็นอิทธิพลทางอ้อมของปัจจัยภายในตัวบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคล เพราะตัวแปรคั่นกลางเป็นตัวแปรอิสระอีกตัวหนึ่งที่เข้ามาแทรกกลางระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม ทำหน้าที่สร้างความเชื่อมโยงระหว่างตัวแปรอิสระตัวที่ 1 กับตัวแปรตาม โดย

ทำให้ตัวแปรอิสระตัวที่ 1 มีอิทธิพลต่อตัวแปรตามมากขึ้น ซึ่งอิทธิพลดังกล่าวเป็นอิทธิพลทางอ้อม (Indirect effect)¹⁵ ดังแสดงในแผนภาพที่ 2 สรุปได้ว่า มีตัวแปรอิสระตัวที่ 2 เป็นตัวแปรคั่นกลางระหว่างตัวแปรอิสระตัวที่ 1 กับตัวแปรตาม ดังนั้น เมื่อปรับเป็นโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมบุคคล สรุปความสัมพันธ์ของตัวแปรได้คือ ปัจจัยภายในตัว

บุคคล 2 ทำหน้าที่เป็นตัวแปรคั่นกลางระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล 1 กับพฤติกรรมบุคคล ซึ่งหมายถึงปัจจัยภายในตัวบุคคล 1 มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมบุคคลผ่านปัจจัยภายในตัวบุคคล 2 ที่เป็นตัวแปรคั่นกลาง ผลการสังเคราะห์ได้โมเดลแนวคิดปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้ที่ใช้ชื่อว่า โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมบุคคล



แผนภาพที่ 2 การสังเคราะห์โมเดลพื้นฐานของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการบริโภคผักและผลไม้

การสังเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้

การสังเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้จากโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมบุคคลแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์องค์ประกอบของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้

องค์ประกอบของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้สามารถสังเคราะห์ได้จากโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมบุคคลโดยการแปลงตัวแปรของโมเดลได้ดังแสดงในภาพ 3 สรุปได้ดังนี้ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล 1 ปรับเป็นความรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรต้นทาง 2) ปัจจัยภายในตัวบุคคล 2 ปรับเป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้ซึ่งเป็นตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรคั่นกลางระหว่างตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้ และ 3) พฤติกรรมบุคคลปรับเป็นพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้ ซึ่งเป็นตัวแปรตามหรือตัวแปรผลลัพธ์

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์หลักฐานสนับสนุนความสัมพันธ์เชิงสาเหตุทางตรงของปัจจัยในโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้

การวิเคราะห์หลักฐานสนับสนุนความสัมพันธ์เชิงสาเหตุทางตรงของปัจจัยในโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้เป็นการวิเคราะห์เพื่อยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุทางตรงของตัวแปรในโมเดล มีผลการวิเคราะห์สรุปได้ดังนี้

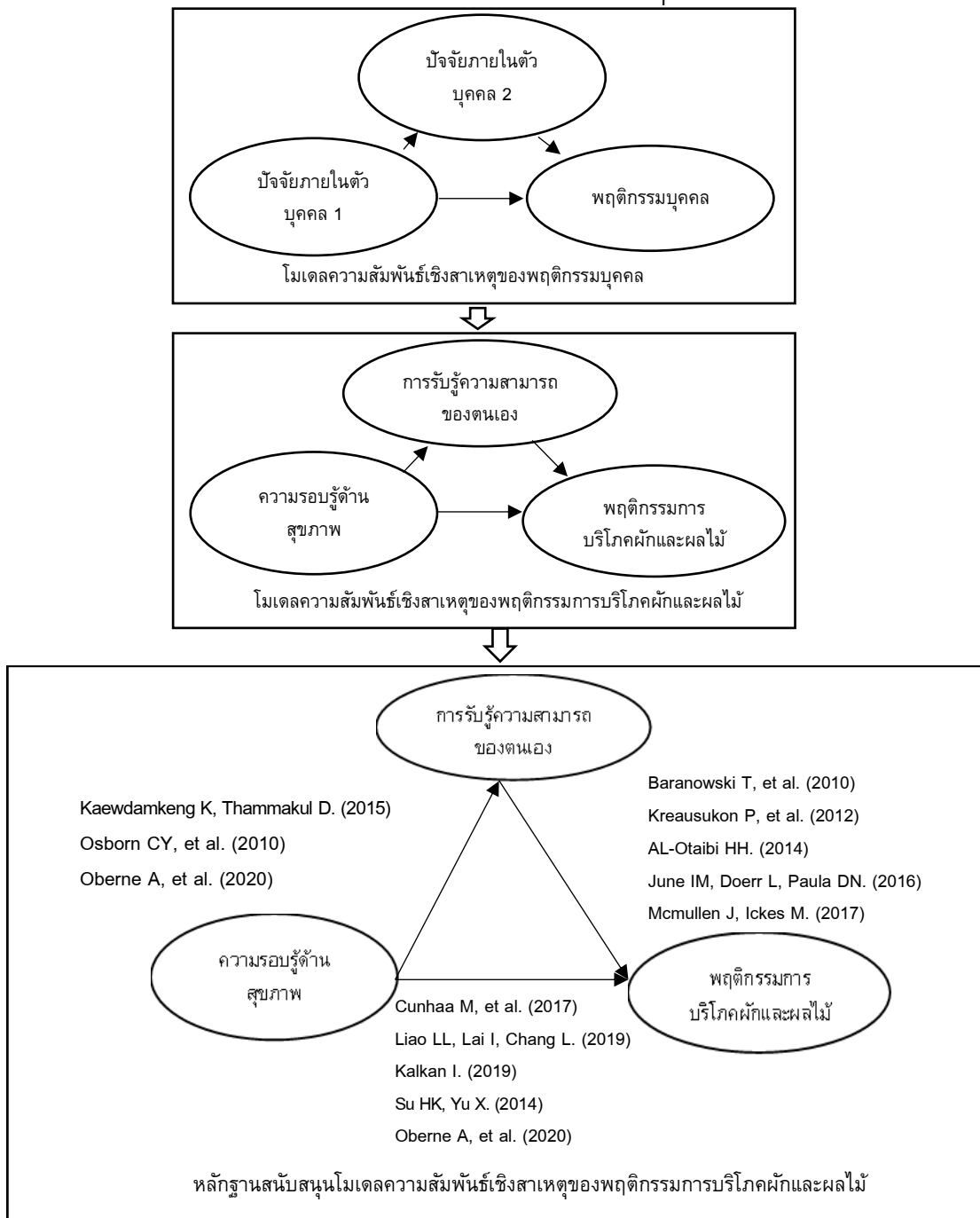
2.1 ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุทางตรงของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้ มีหลักฐานการศึกษานับสนุนดังนี้ 1) Su & Yu¹⁶ พบว่า กลุ่มนักศึกษาที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้จำนวนมากกว่ากลุ่มนักศึกษาที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ แสดงว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ หรือกล่าวได้ว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีพฤติกรรมบริโภคผักและผลไม้ที่เหมาะสม 2) Cunhaa et al.,¹⁷ Liao et al.,¹⁸ Kalkan,¹⁹ Oberne et al.²⁰ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมบริโภคผักและผลไม้ และ 3) Guntzville et al.²¹ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้

2.2 ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุทางตรงของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้ มีหลักฐานการศึกษานับสนุนดังนี้ 1) ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล²² พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพลังอำนาจขึ้นภายในตัวบุคคล ส่งผลให้บุคคลมีกระบวนการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องต่างๆ อันส่งผลดีต่อสุขภาพ 2) Osborn²³ และ Oberne et al.²⁰ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ สามารถเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในด้านนั้น ๆ

2.3 ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุทางตรงของการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้ มีหลักฐานการศึกษานับสนุนดังนี้ 1) แนวคิดของ Bandura¹⁰ ที่ระบุว่า การรับรู้

ความสามารถของตนเองสะท้อนถึงความเชื่อในความสามารถของตนเองทางด้านบวกที่ต้องเผชิญกับความท้าทายต่างๆ ในระหว่างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเป็นแรงผลักดันสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จ 2) AL-Otaibi²⁴ พบว่า บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้มากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่ขาดการรับรู้ความสามารถของตนเองจะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความตั้งใจ

เข้าสู่แผนการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารล้มเหลวในการปฏิบัติตามแผน หรือขาดประสิทธิภาพในการปฏิบัติตนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 3) Guntzville, et al.²¹ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ และ4) Baranowski et al.,²⁵ Kreasukon et al.²⁶ AL-Otaibi,²⁷ June et al.²⁸ และ McMullen & Ickes²⁹ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุทางตรงกับพฤติกรรม ดังแสดงในแผนภาพที่ 3



แผนภาพที่ 3 การสังเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้

สรุป

โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรม การบริโภคผักและผลไม้ของ นักศึกษา มหาวิทยาลัย แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ ความสามารถของตนเองและความรอบรู้ด้าน สุขภาพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรม การบริโภคผักและผลไม้ของ นักศึกษา มหาวิทยาลัย ในขณะที่เดียวกันปัจจัยด้านความ รอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลทางอ้อมต่อ พฤติกรรมบริโภคผักและผลไม้ของ นักศึกษา มหาวิทยาลัย ด้วยโดยส่งผ่านปัจจัยการรับรู้ ความสามารถของตนเอง ดังนั้น การพัฒนา พฤติกรรมบริโภคผักและผลไม้ของ นักศึกษา มหาวิทยาลัยให้มีประสิทธิภาพสูงสุด สามารถ ดำเนินการได้ โดยพัฒนาการรับรู้ความสามารถ ของตนเอง และความรอบรู้ด้านสุขภาพของ นักศึกษาไปพร้อมกัน แต่จะต้องตรวจสอบความ ตรงของโมเดลนี้ก่อนที่จะนำโมเดลนี้ไปใช้

References

1. Jitnarin N, Kosulwat V, Rojroongwasinkul N, Boonpraderm A, Haddock CK, Poston WSC. Prevalence of overweight and obesity in Thai population: Results of the National Thai Food Consumption Survey. *Eat Weight Disord.* 2011;16:242–49. doi: 10.1007/BF03327467.
2. Keawmart I. Nutrition status, food consumption behavior and health behavior in food and nutrition among Khonkaen Vocational College students. [Thesis]. Khonkaen: Khonkaen University; 2010. (in Thai).
3. Kelly T, Yang W, Chen CS, Reynolds K, He J. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *Int J Obes (Lond)* 2008;32:1431-7. doi: 10.1038/ij0.2008.102.
4. Aim-Udomkal M, Sirirasamee T, Sirirasamee B. Fruit and vegetable consumption, exercise and movement of Thai teenagers. *Journal of Medicine and Health Sciences* 2014;21:40-8. (in Thai).
5. Lueamsaisuk C, Puechphol W. Nutritional knowledge and healthy food eating behaviors of students in Suratthani Rajabhat University. *Panyapiwat Journal* 2018;10:73-83. (in Thai).
6. Uthai-pattanachive W, Chumpu C, Yosprakorb. Operational guidelines for changing health behavior at provincial level. Nonthaburi: Department of Health Service Support Ministry of Public Health; 2013. (in Thai).
7. Chianchana C. Creation and development of models. *Silpakorn Educational Research Journal.* 2017;9:1-11. (in Thai).
8. Angsuchot S, Wichitwanna S, Pinyopanuwat R. Statistical analysis for research in economics and behavioral science: Techniques for using LISREL. 2nd ed. Bangkok: Chareondeeman-kongkarnpim Publishing; 2009. (in Thai).
9. Apinya T. Behavioral modification course for case manager nurse of chronic disease. Bangkok: Printing of Military Aid Organization, through education in the royal patronage; 2016. (in Thai).

10. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman; 1997.
11. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization.; 1998.
12. World Health Organization. Shanghai declaration on promoting health in the 2030 agenda for sustainable development. Proceedings of the 9th Global Conference on Health Promotion; 2016 Nov 21-24; Shanghai, China; 2016.
13. Pengchan W. Health literacy. In: Proceedings of the workshop to Develop Personnel Potential of the Department of Health on health literacy towards Thailand. Nonthaburi: Department of Health Ministry of Public Health; 2017. (in Thai).
14. Nutbeam D, McGill B, Premkumar P. Improving health literacy in community population: A review of progress. *Health Promot Int.* 2018;33(5):901-11. doi: 10.1093/heapro/dax015.
15. Piriyaikul M. Moderator and mediator in structural equation modeling. *Journal of Industrial Technology.* 2015;11:83-96.(in Thai).
16. Kim SH, Yu X. The mediating effect of self-efficacy on the relationship between health literacy and health status in Korean older adults: A short report. *Aging Ment Health.* 2014;14(7):870-3. doi: 10.1080/13607861003801011.
17. Cunha M, Nunes LS, Cunha B. Education for health, dietary habits, nutritional status and indicators of metabolic risk. *Proc Soc Behv* 2017;237:875–81. doi: 10.1016/j.sbspro.2017.02.186.
18. Liao LL, Lai IJ, Chang LC. Nutrition literacy is associated with healthy-eating behavior among college students in Taiwan. *Health Educ J.* 2019;78(7):756-69. doi: 10.1177/0017896919836132.
19. Kalkan I. The impact of nutrition literacy on the food habits among young adults in Turkey. *Nutr Res Pract.* 2019;13(4):352-57. doi: 10.4162/nrp.2019.13.4.352.
20. Oberne A, Vamos C, Wright L, Wang W, Daley E. Does health literacy affect fruit and vegetable consumption? An assessment of the relationship between health literacy and dietary practices among college students. *J Am Coll Health.* 2020;9:1-8. doi: 10.1080/07448481.2020.1727911.
21. Guntzville LM, King AJ, Jensen JD, Davis LA. Self-efficacy, health literacy, and nutrition and exercise behaviors in a low-income, hispanic population. *J Immigr Minor Health.* 2017;19(2):489-93. doi: 10.1007/s10903-016-0384-4.
22. Kaewdamkeng K, Thammakul D. Enhancing health literacy in the elderly population. *Journal of Research in Health Sciences* 2015;9:1-8. (in Thai).
23. Osborn CY, Cavanaugh K, Wallston KA, Rothman RL. Self-efficacy links health literacy and numeracy to glycemic control. *J Health Commun.* 2010;15(suppl2):146–58. doi: 10.1080/10810730.2010.499980.

24. AL-Otaibi HH. The pattern of fruit and vegetable consumption among Saudi university students. *Glob J Health Sci* 2014;6(2):155-62. doi: 10.5539/gjhs.v6n2p155.
25. Baranowski T, Watson KB, Bachman C, Baranowski JC, Cullen KW, Thompson D, et al. Self-efficacy for fruit, vegetable and water intakes: Expanded and abbreviated scales from item response modeling analyses. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2010;7(1):25-34. doi: 10.1186/1479-5868-7-25.
26. Kreausukon P, Gellert P, Lippke S, Schwarzer R. Planning and self-efficacy can increase fruit and vegetable consumption: A randomized controlled trial. *J Behav Med*. 2011;35(4):443-51. doi: 10.1007/s10865-011-9373-1.
27. AL-Otaibi HH. Psychosocial factors associated with fruit and vegetable consumption among Saudi university students. *J Food Nutr*. 2014;1:1-10.
28. Matthews JI, Doerr L, Paula DN. University students intend to eat better but lack coping self-efficacy and knowledge of dietary recommendations. *J Nutr Educ Behav*. 2016;48(1):12-19. doi: 10.1016/j.jneb.2015.08.005.
29. McMullen J, Ickes M. The influence of a campus-based culinary, nutrition education program, "College CHEF" on college students' self-efficacy with cooking skills and nutrition behaviors. *Build Healthy Acad Communities J*. 2017;1(2):61-76. doi: 10.18061/bhac.v1i2.5987.



เลขที่.....

เรียน บรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Journal of Health Science Research)

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

ค่าตีพิมพ์

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------|--------------|
| แบบเร่งด่วน (Fast Track) | <input type="checkbox"/> | ฉบับภาษาไทย | = 8,000 บาท |
| | <input type="checkbox"/> | ฉบับภาษาอังกฤษ | = 10,000 บาท |
| แบบปกติ | <input type="checkbox"/> | ฉบับภาษาไทย | = 5,000 บาท |
| | <input type="checkbox"/> | ฉบับภาษาอังกฤษ | = 8,000 บาท |

ชำระเงิน รวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)

โดยทาง เงินสด โอนเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขานนทบุรี

ชื่อบัญชี เงินรายได้สถานศึกษา วทบ.จังหวัดนนทบุรี เลขที่บัญชี 108-0-11201-4

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

ที่อยู่ให้จัดส่งเอกสารวารสาร

.....

กรุณาออกใบเสร็จในนาม.....

.....

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH

