



วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

BCNNON Health Science Research Journal

ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2567
Vol.18 No.1 January - April 2024

ISSN 2985-2501 (Print)
ISSN 3027-6659 (Online)

www.bcnon.ac.th

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจอ่านบทความ
วารสารทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2567)

ดร.กนกอร ชาวเวียง	ดร.ยุคลธร แจ่มฤทธิ์
ดร.กุลนรี หาญพัฒนชัยกุล	ดร.ยุพาภรณ์ ตีรไพรวงศ์
รศ.ดร.กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ	ดร.ยุพาวรรณ ทองตะหนูงาม
ผศ.ดร.ขจี พงศธรวิบูลย์	ผศ.ดร.รัชนี นามจันทร์
ดร.จันทร์รัตน์ วงศ์อารีย์สวัสดิ์	ผศ.ดร.วรรณวดี ฅนัค
ผศ.ดร.จิระพร ชะโน	รศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล
ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ	ผศ.ดร.เวหา เกษมสุข
ผศ.ดร.ชัญญา จิระพรกุล	ดร.ศิริพร ชาวสุรินทร์
รศ.ดร.ชลิดา ธัญธีรกุล	ผศ.ดร.ศุภรัตน์ อิงชาติเจริญ
ผศ.ดร.พ.ดวงเนตร ธรรมกุล	ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพนบัวแมน
ผศ.ดร.ธนกมล ลีศรี	ผศ.สมทรง จิระวรานนท์
ดร.ธัญญาศิริ โสมคำ	รศ.ดร.สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง
ดร.นिरนาท วิทยโชคกิติคุณ	น.ท.หญิง ผศ.ดร.สุปราณี พลชนะ
ผศ.ดร.นิตสาร กรุงไกรเพชร	ดร.เสน่ห์ ชุนแก้ว
ดร.ผ่องพรรณ ภาโว	ดร.อภิเชษฐ จันทนา
น.อ.ดร.พงษ์สุวรรณ ศรีสุวรรณ	ผศ.ดร.อรสา กงตาล
น.อ.หญิง ดร.พรทิพย์ ไตรภัทร	รศ.ดร.อัจศรา ประเสริฐสิน
ดร.พิมพ์มล วงศ์ไชยา	ดร.เอมอร บุตรอุดม
ดร.มาณิกา เพชรรัตน์	รศ.ดร.แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการพิจารณา (Peer review) ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายสาขา ในการพิจารณาตรวจคุณภาพงานทุกเรื่องก่อนได้รับการตีพิมพ์บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารฯ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนวารสารฯ หรือคณะกรรมการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
(BCNON HEALTH SCIENCE RESEARCH JOURNAL)

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี จัดทำโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความวิชาการทางการแพทย์ การสาธารณสุข และวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้อง

เจ้าของ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก		
ที่ปรึกษาโครงการ	รศ.ดร.โยธิน	แสวงดี	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.สังวรณ์	งัดกระโทก	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
	ผศ.ดร.ประนอม	รอดคำดี	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ดร.ศุภรใจ	เจริญสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
	ดร.จุฬารัตน์	ห้าวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
บรรณาธิการ	ดร.เมทนี	ระดาบุตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ดร.สุกัญญา	ธานีรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
	ดร.ธัญญวลัย	ชัยรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
กองบรรณาธิการ	Prof. Dr. (Med) Benno	Von Bormann	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	ศ.ดร.สุขุมาล	จงธรรมคุณ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.พรชัย	จุลเมตต์	มหาวิทยาลัยบูรพา
	Assist. Prof. Dr. Dan	Bressington	Hong Kong Polytechnic University
	รศ.ดร.อรพรรณ	ลือบุญชูชัย	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
	ศ.ดร.บุญทิพย์	สิริรังศรี	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
	น.อ.หญิง ดร.พว.ชนพร	แย้มสุดา	โรงพยาบาลสมเด็จพระปกเกล้า
	รศ.ดร.วรรณรัตน์	ลาวัง	มหาวิทยาลัยบูรพา
	ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์	มณีสาคร โพน โบรมันน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	ดร.สุชีวา	วิชัยกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วัชร
	ดร.สุภาพร	วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
	ดร.พนารัตน์	วิศวะเทพนิมิตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
	ดร.ยศพล	เหลืองโสมนา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
	ดร.เพ็ญพรรณ	พิทักษ์สงคราม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
	ดร.ภก.บุญมี	โพธิ์คำ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
	ภญ.ดร.กมลนันท	ม่วงยิ้ม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
	อาจารย์ชลาชัย	โชคดีศรีจันทร์	วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
กองบรรณาธิการด้านการตรวจภาษาอังกฤษ	Dr. Paul	Turner	โรงเรียนเซนต์ฟรังซิสเซเวียร์
ฝ่ายจัดการ	นางสาวชนากานต์	โยธา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
กำหนดออก	ราย 4 เดือน		

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี (BCNNON HEALTH SCIENCE RESEARCH JOURNAL) ได้ตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิชาการในสาขาการพยาบาลการศึกษายาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และสาขาที่เกี่ยวข้อง ผลงานที่ตีพิมพ์ทุกเรื่องต้องผ่านการประเมินคุณภาพและความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ อย่างน้อยจำนวน 2 ท่าน เพื่อเป็นการเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีประโยชน์ในพัฒนาการพยาบาลและการเรียนการสอนแก่บุคลากรด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา ประชาชนทั่วไปและผู้ที่เกี่ยวข้อง

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้รับการรับรองคุณภาพของวารสารในฐานข้อมูล Thai-Journal Citation Index (TCI) กลุ่มที่ 1 รอบที่ 4 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2567 และฐานข้อมูล ASEAN Citation Index (TCI) โดยวารสารฉบับนี้ ได้ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นปีที่ 18 ฉบับที่ 1 มีการนำเสนอบทความทั้งหมด 14 เรื่อง ประกอบด้วย บทความวิจัยภาษาไทย จำนวน 12 เรื่อง บทความวิจัยภาษาอังกฤษ จำนวน 1 เรื่อง และบทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริมความแข็งแรงของครอบครัวเด็กป่วยเรื้อรัง

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยกาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ที่ช่วยในการตรวจสอบความถูกต้องของวารสารและกลั่นกรองคุณภาพบทความทำให้บทความของวารสารมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นในการตีพิมพ์เผยแพร่ในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยสละเวลาในการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อวารสาร ที่จะนำมาซึ่งประโยชน์ต่อผู้อ่านและผู้มีส่วนได้เสียในการทำวิจัยครั้งนี้ ทางวารสารจะพัฒนางานให้มีคุณภาพต่อไป

ท้ายสุดนี้วารสารขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้ความสนใจติดตามวารสารผ่านทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR> หากมีข้อเสนอแนะประการใด กรุณาส่งมาได้ที่ บรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ journalbcnnon@bcnnon.ac.th จักเป็นพระคุณยิ่ง

ผศ.ดร.เมทนี ระดาบุตร
บรรณาธิการ

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ดันฉบับ		Original Articles
ผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการ ฆ่าตัวตายโดยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นพภัสสร วิเศษ ยชญ์วินทร์ จรบรัมย์ ศศิธร บัวผัน	1	Effects of developing the potential of village health volunteers Through participatory learning program in preventing suicide Noppussorn Wises Yodrawin Jornburom Sasitorn Buaphun
การพัฒนาบอร์ดเกมการส่งเสริมความตั้งใจ ใฝ่พฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังของนิสิตปริญญาตรี ธีรพล ผังดี	12	The development of a board game to promote 3E 2S behaviors intention to prevent chronic non-communicable diseases in undergraduate students Theerapon Phungdee
ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของ พนักงานฝ่ายขุดเจาะในอุตสาหกรรมน้ำมัน และก๊าซนอกชายฝั่ง ณัฐพงษ์ ศรีวงศ์ไชย วีระพร ศุทธาภรณ์ กัลยาณี ตันตราหนท์	24	Factors affecting sleep quality among drilling crew employees in offshore oil and gas industry Nuttapong Sriwongchai Weeraporn Suthakorn Kunlayanee Tantranont
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดย ใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและความ ผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ พัทธ์ธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์ กัญญาวิณี โมกขาว อภิสรာ วงศ์สละ	36	Effects of psychological health promotion program using experiential learning on psychological self-care behavior and psychological well-being among older adults Patteera Wuthiphongpat Kanyawee Mokkhao Apisara Wongsala

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ตันฉบับ	PAGE	Original Articles
ความเครียดและการเผชิญความเครียดในสตรี หลังทราบผลการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกผิดปกติ ระหว่างรอส่งกล้อง ทางช่องคลอดและฟังผลชิ้นเนื้อ สุชาณันท์ รัชฎญกุลสัจจา บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ ธีราภรณ์ จันทร์ดา	48	Stress and coping women receiving result of abnormal Pap smear during the waits for colposcopy clinic and pathology result Suchanan Thanyakunsajja Bualuang Sumdaengrit Tiraporn Junda
การพัฒนารูปแบบการป้องกันการเปิดรับสื่อ ลามกอนาจาร ของวัยรุ่นชายในเขตสุขภาพที่ 4 พรพรรณ ขวัญชื่น พรสุข หุ่นรินทร์	60	Development of media exposure prevention on the pornography model of male teenagers in the 4th regional health Pornpun Kwanchuen Pornsuk Hunnirun
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก ปฐมวัยด้วยการละเล่นแบบไทยต่อพัฒนาการ ของเด็กปฐมวัย สุภาวดี นาคสุขุม ศิปปา ภูมมารักษ์ รุจามา จิระประดิษฐ์ผล ทิฆัมพร มัจฉาชีพ ยุภา โฟผา	72	Effects of a traditional Thai games program on preschool child development Supawadee Naksukhum Sipapa Pummaruk Rujapa Chirapradispol Tikumporn Muchacheep* Yupa Phopa*
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ วิลาวุณย์ ชาดา นิรุวรรณ เทิร์นโบลส์ วิพา ชุปวา เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ เบญจพล แสงไสว สุภาพร ชัยชาญวัฒนา นงค์ลักษณ์ ตั้งปรัชญากุล	84	The factors associated with the mental health of the elderly in Kalasin Province Wilawun Chada Niruwan Tumbull Wipa Chuppawa Saowaluk Seedaket Benchapon Sangswai Supaporn Chaichanwattana Nonglak Tangpratchayakun

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ต้นฉบับ	PAGE	Original Articles
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการ คอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมในพนักงานธนาคาร รุ่งระพี อุปรา กัลยาณี ตันตราพันธ์ วันเพ็ญ ทรงคำ	96	Factors related to computer vision syndrome among bank workers Roongrapee Upra Kunlayanee Tantranont Wanpen Songkom
การพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อการจัดการคุณภาพสู่ ความเป็นเลิศของสถาบันการศึกษาพยาบาล ภาวิดา พุทธิพันธ์ จตุพล ยงศร จักรกฤษณ์ โปณะทอง	109	The development of indicators for quality managements towards excellence of nursing educational institutions Phawida Putthikan Chatupol Yongsorn Chakrit Ponatong
ข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารอัตรากำลังคน ด้านสุขภาพช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากการถ่าย โอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์กร บริหารส่วนจังหวัด อติญาณ์ ศรีเกษตริน อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ รุ่งนภา จันทรา สุชาดา นิมวัฒนากุล ทัศนีย์ เกริกกุลธร ฐัญพร ชื่นกลิ่น ดารารวรรณ รongเมือง สรรเสริญ นามพรหม รัถยานภิศ รัชตะวรรณ	121	Policy proposal of health manpower management in a transitional period from sub-district health promotion hospitals to provincial administrative organization Atiya Sarakshetrin Atcharawadee Sriyasak Rungnapa Chantra Suchada Nimwatanakul Tassanee Krirkgulthom Thunyapom Chuenklin Daravan Rongmuang Sansern Namprom Ratthayanaphit Ratchathawan

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ตันฉบับ		Original Articles
ของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวัยก่อนสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเมือง	133	The effects of the cognitive stimulation model using community participation for pre-aging persons with chronic diseases in an urban area
นิภาพร อภิลิทธิวาสนา พิมรัตน์ ธรรมรักษา พนารัตน์ วิศวะเทพนิมิต เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล กัลป์หา ไชยวิมลกุล สุทธานันท์ กัลป์กะ นิติกุล ทองน่วม จิตินันท์ นาคผู้ ภาณุสิทธิ์ หวันมะหมัด		Nipaporn Apisitwasana Pimrat Thammaraksa Panarut Wisawatapnimit Jeamjai Srichairattanakull Kullapungha Chosivasakul Suthanan Kunlaka Nitikul Thongnum Thitinan Nakphu Panusit Vanmamut
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลหลังคลอดของมารดาหลังคลอดในเมืองเหวินโจวประเทศจีน	145	Factors influencing postpartum anxiety among mothers in Wenzhou, China
เหยา เซิน จินห์จู่ชา ชัยเสนา ดาลลาส จินตนา วัชรสินธุ์		Yao Chen Jinjutha Chaisena Dallas Chintana Wacharasin
บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความแข็งแกร่งของครอบครัวเด็กป่วยโรคเรื้อรัง	156	The role of nurses in promoting family resilience of children with chronic illness
ยุพาภรณ์ ตรีไพรวงศ์ ศศิวิมล บูรณะเรข		Yupaporn Trirapaiwong Sasiwimon Booranarek

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ขอเรียนเชิญผู้สนใจส่งผลงานวิจัยและบทความวิชาการทางการแพทย์ การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อตีพิมพ์และเผยแพร่ในวารสาร โดยสามารถส่งต้นฉบับได้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งนี้ กองบรรณาธิการมีเงื่อนไขในการพิจารณาผลงานและคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้ (วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดต่างๆ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า)

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงาน

- ผลงานวิจัยที่ส่งพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน หรือไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น
- กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับที่จัดทำตามคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับนี้เท่านั้น
- ผลงานวิจัยที่จะลงตีพิมพ์จะต้องได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากหน่วยงานที่เก็บข้อมูล มหาวิทยาลัย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยต้องแสดงหลักฐานและหมายเลขใบรับรอง
- ผลงานทุกเรื่องจะได้รับการพิจารณาตรวจอ่านโดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน/ 1 เรื่อง โดยผู้เขียนจะต้องดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะภายในระยะเวลาที่กำหนด หากพ้นกำหนดจะถูกเลื่อนไปฉบับถัดไป
- ผู้เขียนต้องตรวจสอบการเขียน Abstract ให้สอดคล้องกับบทคัดย่อ และถูกหลักภาษาอังกฤษ หรือสามารถแจ้งความประสงค์ให้ทางวารสารจัดหา editor ให้
- กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบผลการพิจารณา เพื่อตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยขอให้ผู้เขียนส่งผลงานที่แก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด
- กรณีบทความวิจัย ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ไม่เกิน 3 ปี

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

- ต้นฉบับต้องพิมพ์โดยใช้โปรแกรม Microsoft Word ใช้อักษร Browallia UPC ขนาดตัวอักษร 16 pt. ห่างจากขอบกระดาษ ทุกด้าน 1 นิ้ว หรือ 2.54 เซนติเมตร เว้นบรรทัดใช้ระยะ Single space พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่นที่มุมขวาบน ทำเป็น 1 คอลัมน์
- พิมพ์บนกระดาษขนาด A4 ความยาว 12-15 หน้า ตั้งแต่ บทคัดย่อ จนถึง เอกสารอ้างอิง
- ชื่อตาราง แผนภูมิ รูปภาพ ให้ใส่ชื่อตาราง หรือคำอธิบายเพิ่มเติมเหนือตาราง
- 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/Home>

6. การส่งต้นฉบับลงในวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ฉบับที่ 1 ภายในวันที่ 31 ต.ค. ของทุกปี

ฉบับที่ 2 ภายในวันที่ 28 ก.พ. ของทุกปี

ฉบับที่ 3 ภายในวันที่ 30 มิ.ย. ของทุกปี

หากพ้นกำหนดในระยะเวลาดังกล่าว ต้นฉบับจะเลื่อนการพิจารณาลงในฉบับต่อไป

7. การรับเรื่องต้นฉบับ

7.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้ง ตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และขอเอกสารเพิ่มเติม

7.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาจัดพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่ไม่ส่งต้นฉบับคืน

7.3 หลังจากบทความผ่านกระบวนการกลั่นกรองโดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยโอนค่าธรรมเนียม เข้าบัญชีเงินรายได้สถานศึกษา วพบ.จังหวัดนนทบุรี เลขที่บัญชี 108-0-11201-4 หลังจากผู้นิพนธ์ส่ง หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์มายัง bcannonjournal@bcannon.ac.th และทางวารสารจะ ดำเนินการส่งใบเสร็จค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ให้ผู้นิพนธ์ทางไปรษณีย์

รูปแบบของบทความให้เรียงลำดับดังนี้

บทความวิจัย (Research article) เป็นบทความวิจัยที่เป็นผลงานที่ทำขึ้นใหม่ 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 กรณีเป็นบทคัดย่อผลงานวิจัยให้เรียงลำดับเนื้อหา
ดังนี้

1.3.1 บทนำ เขียนโดยย่อ

1.3.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.3 วิธีการวิจัย: แบบวิจัย ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ วิธีการเก็บข้อมูล สถิติที่ใช้

1.3.4 ผลการวิจัย

1.3.5 สรุป

1.3.6 คำสำคัญ (Keywords) ภาษาไทยไม่เกิน 5 คำ

1.4 ต่อจาก คำสำคัญ ใส่ สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคน และผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ
(Corresponding author) ใส่ ชื่อ และ 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 กรณีเป็นบทคัดย่อผลงานวิจัยให้เรียงลำดับเนื้อหา ดังนี้

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 สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคนเป็น ภาษาอังกฤษ และ ผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding author) ใส่ ชื่อ และ E-mail address ต่อท้ายด้วย

3. เนื้อหา (Main document) ประกอบด้วย หัวข้อดังนี้

3.1 บทนำ กล่าวถึงความสำคัญของปัญหาโดยย่อ วัตถุประสงค์การวิจัย และกรอบแนวคิด

3.2 วิธีดำเนินการวิจัย รูปแบบการวิจัย ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 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 สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคนเป็น ภาษาอังกฤษ รวมทั้งชื่อ นามสกุล ภาษาอังกฤษของผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (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 วิวิจารณ์)
- 3.3 สรุป
- 3.4 กิตติกรรมประกาศ และการเปิดเผยการได้รับผลประโยชน์ต่างๆ ของผู้เขียน (Conflict of interest) (ถ้ามี) เช่น การได้รับทุน ค่าตอบแทน เงินเดือน ฯลฯ จากหน่วยงานใดๆ นอกเหนือจากงานประจำ
- 3.5 เอกสารอ้างอิง ให้ใช้คำว่า **References** ต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ โดยใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver และให้มีรายการอ้างอิงได้ไม่เกิน 30 รายการ (ข้อมูลมาจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือ และทันสมัยไม่เกิน 10 ปี)

การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

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

1.1 การอ้างอิงในเนื้อหา ถึงงานที่มีผู้แต่งไม่เกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อ นามสกุลทุกคน โดยคนสุดท้ายเชื่อมด้วยคำว่า “และ” เช่น นวลพรรณ วรรณเสน, เสนา วาริรักษ์ และมารยาท การเพียร¹ หรือ ถ้าผู้แต่งชาวต่างชาติให้เขียนเฉพาะนามสกุล เช่น Redford, Brosnan and Gear²

1.2 การอ้างอิงในเนื้อหา ถึงงานที่มีผู้แต่งคนไทยเกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อ นามสกุล คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และ คณะ” เช่น วารินทร์ กาจกำจร และคณะ³ หรือ ถ้าผู้แต่งชาวต่างชาติให้เขียนเฉพาะนามสกุลคนแรกแล้วตามด้วยคำว่า “et al.” เช่น Jones et al.⁴

2. การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver ตัวเลขในเอกสารอ้างอิงท้ายบทความต้องสอดคล้องกับตำแหน่งที่อ้างถึงในเนื้อหา เรียงเลขที่ตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา และต้องเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ สำหรับเอกสารอ้างอิงที่เดิมเป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ ควรขึ้นต้นด้วยนามสกุล ต่อด้วยตัวอักษรตัวแรกของชื่อ และวงเล็บท้ายรายการว่า (in Thai)

ตัวอย่าง

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

3. ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง (Reference) ท้ายบทความ ที่ใช้บ่อยมีดังนี้

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

ตัวอย่าง

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

Suradom C, Wongpakaran N, Wongpakaran T, Lerttrakarnnon 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 หาคำย่อจาก Caltech Library (<http://library.caltech.edu/reference/abbreviations/>)

จ. ให้ใส่เฉพาะปี และเล่มที่เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่

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

AshaRani PV, Hombali A, Seow E, Ong WJ, Tan JH, Subramaniam M. Non-pharmacological interventions for methamphetamine use disorder: a systematic review. Drug Alcohol Depend. 2020;1(212):108060. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2020.08060.

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

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

ตัวอย่าง

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

ฅ. การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ (Chapter in a book) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

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.

ญ. เอกสารอ้างอิงที่เป็นบทความในหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (**Conference paper in proceedings**) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า.

ตัวอย่าง

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

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

ตัวอย่าง

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).

ฎ. บทความบนอินเทอร์เน็ต (Article on the Internet) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง/ชื่อหน่วยงาน. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ วันที่ เดือน ปี];

เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

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>

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, rationale, 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, rationale, 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.

ผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

นพภััสสร วิเศษ* ยชญ์รินทร์ จรรย์มัย* ศศิธร บัวผัน**

บทคัดย่อ

บทนำ : การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย ซึ่งเป็นการสูญเสียและเกิดผลกระทบหลายมิติ กับญาติหรือบุคคลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นแกนหลักในชุมชน สามารถช่วยป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้หากมีการช่วยเหลือที่ทันเวลาที่

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการป้องกันการฆ่าตัวตายด้วย โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

วิธีการวิจัย : เป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ตัวอย่างเป็น อสม. จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ทำการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม 2566 เครื่องมือวิจัยคือ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ อสม. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย แบบสอบถามทักษะการดูแลผู้มี พฤติกรรมฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย : กลุ่มทดลองมีระดับความรู้และทักษะการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01

สรุปผล : งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการฆ่าตัวตาย และควรศึกษาต่อเนื่องเพื่อติดตามผู้ป่วย

คำสำคัญ : การพัฒนาศักยภาพ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พฤติกรรมฆ่าตัวตาย อาสาสมัครสาธารณสุข การป้องกัน

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

** โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : นพภััสสร วิเศษ, E-mail: Noppassornwishes@gmail.com

Effects of developing the potential of village health volunteers Through participatory learning program in preventing suicide

Noppussorn Wises* Yodrawin Jornburom* Sasitorn Buaphun**

Abstract

Background: Suicide is a major problem in Thailand. This loss affects many dimensions of loved ones or family members. However, the village health volunteers are the mainstay in the community who can prevent suicide with timely help.

Objectives: This study aimed at investigating the effects of the developed potential of village health volunteers through participatory learning program in preventing suicide.

Methods: A quasi-experimental research study was designed with a two-group pre- and post-experimental study; (pretest-posttest control-group design). The sample consisted of 60 village health volunteers selected according to specific qualifications. The sample was divided into two groups, 30 patients in the experimental group and 30 patients in the control group. The study was conducted between March and May 2023. The research tool was a participatory learning program for village health volunteers, a suicide knowledge test and a questionnaire on skills in caring for people with suicidal behavior. The data were analyzed using descriptive statistics including: frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and t-test

Results: The experimental group had a higher level of knowledge and skills in caring for people with suicidal behavior after participating the program than before the experiment, at a statistical significance of .01. and significantly higher than the control group at the .01 level.

Conclusions: This research suggests that the participatory learning program helps develop the capacity of village health volunteers to prevent suicide and should continue the study to follow up with patients.

Keywords: developing the potential, participatory learning, suicidal behavior, village health volunteer, preventing

* Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi

** Banna Hospital, Nakhon Nayok Province.

Corresponding Author: Noppussorn Wises, E-mail: Noppassornwishes@gmail.com.

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก สถิติปี พ.ศ.2562 พบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 703,000 ราย คิดเป็นอัตราการฆ่าตัวตาย 9.0 ต่อประชากร 100,000 คน อัตราการฆ่าตัวตายในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง กล่าวคือในเพศชาย 12.6 และเพศหญิง 10 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุอันดับที่สี่ของการเสียชีวิตในช่วงอายุ 15-29 ปีของทั้งสองเพศ รองจากอุบัติเหตุจากการเดินทาง¹ ในประเทศไทย ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายใน พ.ศ.2562 และ พ.ศ. 2563 จำนวน 3,698 ราย และ 4,440 ราย ตามลำดับ กลุ่มอายุที่ฆ่าตัวตายมากที่สุดในทั้ง 2 ปี คือกลุ่มอายุ 25-44 ปี เพศชายเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง 4:1² จังหวัดนครนายก มีประชากรชายจำนวน 128,095 คน ประชากรหญิงจำนวน 130,939 คน รวมทั้งหมด 259,034 พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายในปี พ.ศ.2563 คิดเป็น 7.33 ต่อประชากรแสนคน³ และจากข้อมูลประชากรในเขตอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายกทั้งหมด 69,091 คน พบผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายทั้งหมดในปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 35, 35 และ 36 ราย ตามลำดับ เป็นการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 6, 5 และ 8 รายตามลำดับ คิดเป็นอัตรา 8.68, 7.24 และ 11.58 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ⁴

สาเหตุของการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มาจากเรื่องอารมณ์ คือ น้อยใจ เสียใจ ความเครียด ถูกกดดันจิตใจจากปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะเรื่องปัญหาหนี้สิน โดยเฉพาะช่วงการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อ COVID-19⁵ ที่ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพและใช้ชีวิตได้ตามปกติ การถูกเลิกจ้างงาน ตกงาน ขาดรายได้มาใช้จ่ายเลี้ยงดู

ครอบครัว การดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบให้เกิดความเครียด ซึมเศร้า วิธีการที่ใช้ส่วนใหญ่ใช้วิธีรับประทานยาเกินขนาด รับประทานยาฆ่าแมลง และน้ำยาล้างห้องน้ำ ส่วนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 90 ใช้วิธีการแขวนคอ รองลงมาใช้วิธีรับประทานยาฆ่าแมลง ใช้ปืนยิงรมควัน และรับประทานสารพิษจำพวกน้ำยาล้างห้องน้ำ ส่วนใหญ่ช่วงอายุระหว่าง 25-59 ปี เป็นวัยทำงาน⁴ ซึ่งผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเกือบทุกรายส่งสัญญาณให้ญาติหรือคนรอบข้างได้รับรู้มาก่อน เช่น บ่นอยากตาย หรือคำพูดที่บ่งบอกถึงความรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัว ซึ่งญาติหรือสมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกผิดที่ไม่ได้เห็นความสำคัญ of คำพูดหรือสัญญาณเตือน โดยขาดการสังเกตและเฝ้าระวัง หรือให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจมาก่อน⁴

กรมสุขภาพจิตได้มีการพัฒนาระบบการป้องกัน ค้นหา คัดกรอง และเฝ้าระวัง โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น การให้ประชาชนมีส่วนร่วมดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้มีความเปราะบาง กลุ่มเสี่ยง และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (Attempted Suicide) โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับความรู้จากการสอนการชี้แนะและการอบรมจากบุคลากรสาธารณสุข ทั้งมีการได้รับความรู้แบบทางเดียว⁶ ขาดการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็นความรู้สึก จากการปฏิบัติที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตใจผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งมีความจำเป็นต้องฝึกทักษะการสนทนา การให้ข้อมูล การให้กำลังใจ เสริมแรงจูงใจในการให้เห็นคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ต่อไป⁷ หาก อสม. มีความรู้และทักษะเหล่านี้จะทำให้การดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีความเข้มแข็งทางใจและมีภูมิคุ้มกันด้านจิตใจ

มองเห็นคุณค่าของตนเองและแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ตามปกติ ดังนั้นการให้ความรู้ และการสอนในปัจจุบันควรให้ผู้เรียนเป็นผู้แสวงหาความรู้ และมีส่วนร่วม⁸ ระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูลซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) โดยเน้นความร่วมมือและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้เกิดทักษะการคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจเลือกแนวปฏิบัติที่ถูกต้อง⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการนำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย แต่พบว่ามีการศึกษาที่ใกล้เคียงเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ อสม.⁹ และการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ อสม.¹⁰ จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Kolb¹¹ มีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ และทักษะการปฏิบัติ ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ Kolb¹¹ มาพัฒนาศักยภาพของ อสม. โดยการเปิดโอกาสให้ อสม. มีการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความรู้ ทักษะการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ที่ผ่านมามีการสะท้อนคิดและอภิปรายหาข้อสรุปร่วมกันกำหนดวิธีปฏิบัติในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในชุมชนในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการฆ่าตัวตายและคะแนนทักษะการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

3. เปรียบเทียบคะแนนทักษะในการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการฆ่าตัวตายและทักษะการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายของ อสม. ที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการฆ่าตัวตายของ อสม. ที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม

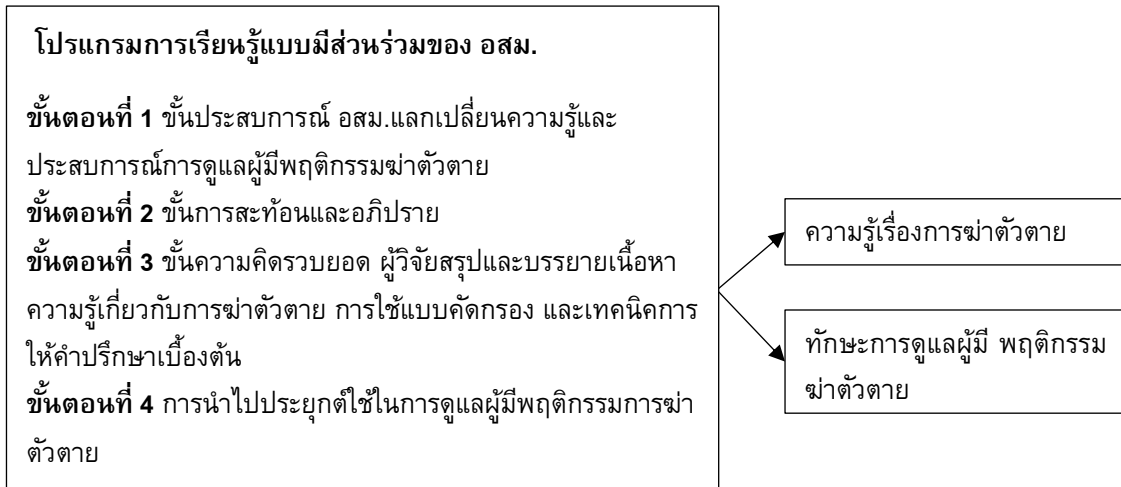
3. คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายของ อสม. ที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดและหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ Kolb¹¹ มาปรับใช้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นประสบการณ์ (Experience) โดย อสม. แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์การดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย 2) ขั้นการสะท้อนคิดและอภิปรายร่วมกัน (Reflection/Discussion) 3) ขั้นความคิดรวบยอด (Concept) ผู้วิจัยสรุปและบรรยายเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย การใช้แบบคัดกรอง 2qplus, 9Q, 8Q และฝึกเทคนิคการให้คำปรึกษาเบื้องต้น และ 4) ขั้นการนำไปประยุกต์ใช้ (Experimentation/ Application) กระบวนการดังกล่าวทำให้ผู้เรียนมีการพัฒนาศักยภาพของตนเองด้านความรู้เรื่องการฆ่าตัวตายและทักษะการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group Pretest-posttest Design)

ประชากร คือ อสม. ที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุข และปฏิบัติงานที่ รพ.สต. ในอำเภอหนึ่งของจังหวัดนครนายก จำนวนทั้งสิ้น 12 หมู่บ้าน จำนวน 80 คน ในช่วงระหว่างเดือน มีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2566

ตัวอย่าง จำนวน 60 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ 1) ทำงานเป็น อสม. อายุระหว่าง 20-60 ปี 2) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม 3) ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่มากกว่า 1 ปี 4) อ่านเขียนภาษาไทยได้และสื่อสารได้ดี เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ อสม. ที่มีประสบการณ์เข้ารับการอบรมเรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตาย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน

ตามแนวคิดทฤษฎีของ Polit and Hungler¹² ที่กำหนดว่างานวิจัยกึ่งทดลองใช้ตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 หน่วย และไม่ต่ำกว่า 15 หน่วยต่อกลุ่ม ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของตัวอย่าง จำนวน 60 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop Out) ของสมาชิกกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ด้าน เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ทำงานในหน้าที่ของ อสม.

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการค้นคว้าจากตำราและทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ มีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ได้แก่ สาเหตุของการฆ่าตัวตาย ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบ ถูก และผิด หากตอบ

คำถามข้อนั้นถูก เท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน ทั้งหมดมีค่าคะแนน 0-20 คะแนน ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทักษะการดูแลผู้ที่มี พฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีเนื้อหาเกี่ยวกับการใช้ แบบประเมินคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีความคิด ฆ่าตัวตาย 2Q plus แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม แบบคัดกรองการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม¹³ ทักษะการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากเนื้อหา ตำรา เอกสาร การให้คำปรึกษาเบื้องต้นสำหรับ อสม.¹³ ลักษณะคำตอบของแบบสอบถาม เป็น มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ให้คะแนน เป็น 5 ระดับ คือ ถ้าปฏิบัติได้มากที่สุด 5 คะแนน ปฏิบัติได้มาก 4 คะแนน ปฏิบัติได้ปานกลาง 3 คะแนน ปฏิบัติได้น้อย 2 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติเลย 1 คะแนน รวมจำนวน 20 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ อสม. ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์กระบวนการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ตาม แนวคิดของ Kolb¹¹ มีระยะเวลาทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แลกเปลี่ยนประสบการณ์ (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1) ระยะเวลา 4 ชั่วโมง อสม. เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความรู้เดิมเรื่องการฆ่าตัวตาย และประสบการณ์ ในการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดและ อภิปราย (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2) ระยะเวลา 3 ชั่วโมง อสม. แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกในกลุ่ม โดยแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของตนเอง ในการนำความรู้เรื่องการฆ่าตัวตายที่มีอยู่เดิม

ไปใช้ในการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายและ การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

ขั้นตอนที่ 3 ความคิดรวบยอด (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 3) ระยะเวลา 4 ชั่วโมง ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ อสม. นำเสนอผลที่ได้จากการร่วมประชุมทั้ง 2 ครั้งที่ผ่านมา และผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องการฆ่าตัวตาย สาเหตุ สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย กลุ่มเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตาย โรคซึมเศร้าและโรคจิตเวช ฝึกการใช้แบบประเมินคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตาย (2Q plus) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม แบบคัดกรองการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม และการแปลผล¹³ การให้คำปรึกษาเบื้องต้นตาม บทบาทของ อสม. นำข้อสรุปจากการร่วมประชุม กำหนดเป็นแนวทางการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่า ตัวตายในชุมชนสำหรับ อสม. โดยจัดทำเป็น คู่มือประจำตัว อสม.

ขั้นตอนที่ 4 การประยุกต์ใช้ (สัปดาห์ที่ 2-10) ให้ อสม. ติดตามทุกสัปดาห์ดูแลผู้ที่มีพฤติกรรม ฆ่าตัวตายในชุมชนจากผลการประเมินคัดกรองที่พบ และให้การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่า ตัวตายในชุมชนสำหรับ อสม. ที่ร่วมกันกำหนดขึ้น

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิทางด้าน สุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพสาขาการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต (APN) 1 ท่าน ตรวจสอบหาความเที่ยงตรง เชิงเนื้อหา (CVI) ของเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย แบบสอบถามทักษะการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่า ตัวตาย และโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ของ อสม. ได้ เท่ากับ .93, 1 และ 1 ตามลำดับ และ นำแบบสอบถามความรู้ไปหาค่าความเที่ยงราย

ข้อตามวิธีของ Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง .65 แบบสอบถามทักษะการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย หากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .96

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก เอกสารรับรองที่ NPHO 2022-019 รหัสโครงการที่ 17/2565 วันที่รับรอง 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 เมื่อได้รับการอนุมัติผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย โดยให้ตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจก่อนเก็บข้อมูล โดยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการให้ทำมาหากิน อสม. หรือการดูแลรักษา ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำมาเผยแพร่โดยไม่เปิดเผยชื่อและไม่ระบุเป็นรายบุคคล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบสาธารณสุขอำเภอบ้านนา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพริก อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยสำรวจและคัดเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติของตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยการสัมภาษณ์

3. ติดต่อกับตัวอย่างเป็นรายบุคคล แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการวิจัยเมื่อได้รับความยินยอม ให้ลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเตรียมคณะวิจัย เรื่องการใช้แบบสอบถาม การทำหน้าที่ผู้ช่วยประชุมกลุ่มกิจกรรมให้เข้าใจวิธีการ การปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน หลังจากนั้นเก็บข้อมูล โดยแจกแบบสอบถามก่อนการทดลองแล้วเริ่มการทดลองโดยผู้วิจัยและคณะดังนี้

4.1 เชิญกลุ่มทดลองไปยังห้องจัดกิจกรรมประชุมกลุ่มอยู่ภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพริก อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก โดยจัดเป็นสัดส่วน ให้ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ดังต่อไปนี้

จัดกิจกรรมตามโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ อสม. ใน 1 สัปดาห์ติดต่อกัน 3 วัน ๆ ละ 1 ครั้ง ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1) ระยะเวลา 4 ชั่วโมง โดย อสม. แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์การดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการสะท้อนคิดและอภิปราย (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2) ระยะเวลา 3 ชั่วโมง ขั้นตอนที่ 3 ความคิดรวบยอด (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 3) ระยะเวลา 4 ชั่วโมง เป็นการให้ความรู้โดยผู้วิจัย และขั้นตอนที่ 4 การประยุกต์ใช้ (สัปดาห์ที่ 2-10) อสม. นำแนวทางการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่ร่วมกันกำหนดขึ้นไปปฏิบัติทุกสัปดาห์ ได้แก่ การประเมินคัดกรองความเสี่ยงฆ่าตัวตาย การดูแลให้คำปรึกษาดูแลติดตามเยี่ยมเป็นระยะ ๆ และส่งต่อ รพ.สต. ในพื้นที่

4.2 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยให้ทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย แบบสอบถามทักษะการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมการทดลองในสัปดาห์ที่ 10

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการฆ่าตัวตาย ด้วยสถิติ Independent T-test และเปรียบเทียบคะแนนทักษะในการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ด้วยสถิติ Paired T-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.00 อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 70.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 40.00 ประกอบอาชีพรับจ้างส่วนใหญ่ ร้อยละ 43.33 มีประสบการณ์ทำงานในหน้าที่ของ อสม. อยู่ในช่วงระหว่าง 20-40 ปี ร้อยละ 30 กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.00 อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 56.70 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษา ร้อยละ

63.30 ประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 33.33 มีประสบการณ์ทำงานในหน้าที่ของ อสม. อยู่ในช่วงระหว่าง 20-40 ปี ร้อยละ 30.00 และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกัน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้

เรื่องการฆ่าตัวตายและคะแนนทักษะการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายของ อสม. กลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องการฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และค่าเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการฆ่าตัวตายและทักษะการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=30)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้เรื่องการฆ่าตัวตาย	14.77	2.50	19.03	2.89	-11.04	.001*
ทักษะการดูแล	3.38	0.83	3.98	0.33	-5.27	.001*

*p<.001

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมระหว่างทดลองและควบคุม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย

ความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนทักษะในการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ผลการวิจัยพบว่า ทักษะการดูแลผู้ที่มี
พฤติกรรมฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมทดลองมี

ค่าเฉลี่ยทักษะการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการฆ่าตัวตาย และทักษะการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรม
ฆ่าตัวตาย หลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้เรื่องการฆ่าตัวตาย	19.03	0.89	14.83	2.48	8.74	.001*
ทักษะการดูแล	3.98	0.33	2.74	1.08	6.03	.001*

*p<.001

อภิปรายผล

จากผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันการ
การฆ่าตัวตายโดยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
ขออภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการ
ฆ่าตัวตายและคะแนนทักษะการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรม
ฆ่าตัวตายของตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ก่อนและ
หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

จากผลการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการ
ป้องกันการฆ่าตัวตายโดยโปรแกรมการเรียนรู้
แบบมีส่วนร่วม พบว่ามีระยะเวลา 10 สัปดาห์
โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่
ขั้นตอนที่ 1 แลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น
เกี่ยวกับความรู้เดิมเรื่องการฆ่าตัวตาย และ
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดและอภิปราย
อสม. แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของ
ตนเองในการนำความรู้เรื่องการฆ่าตัวตายที่มี
อยู่เดิมไปใช้ในการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
ขั้นตอนที่ 3 ความคิดรวบยอด ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ อสม.
นำเสนอผลที่ได้จากการร่วมประชุมทั้ง 2 ครั้งที่ผ่านมา
และผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องการฆ่าตัวตาย

ฝึกการใช้แบบประเมินคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการ
ฆ่าตัวตาย (2Q plus) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า
9 คำถาม แบบคัดกรองการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม
และการแปลผล¹³ การให้คำปรึกษาเบื้องต้นและ
ขั้นตอนที่ 4 การประยุกต์ใช้ โดย อสม. นำความรู้
และทักษะไปใช้ติดตามดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
ในชุมชน ทั้งนี้ การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม
ต้องดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการเรียนรู้
แบบมีส่วนร่วมของ อสม. ต้องเกิดจากการแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ทั้งด้านความรู้และประสบการณ์ การ
สะท้อนคิด และเรียนรู้เพิ่มเติมในประเด็นที่ต้อง
พัฒนาและฝึกทักษะให้เกิดความเชื่อมั่น จึงจะ
สามารถนำไปใช้ได้จริง ซึ่งผลจากการศึกษาการ
พัฒนาศักยภาพ อสม. ด้วยโปรแกรมการเรียนรู้
แบบมีส่วนร่วม พบว่าภายหลังกลุ่มทดลองได้รับ
โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมค่าเฉลี่ย
ความรู้เรื่องการฆ่าตัวตาย และทักษะการดูแลผู้ที่มี
พฤติกรรมฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังทดลอง
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
อธิบายได้ว่า กิจกรรมตามขั้นตอนในโปรแกรมทำให้อสม.
ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ (Experience)
จากการคิดการลงมือทำและการแก้ปัญหา
ร่วมกัน¹¹ ทำให้เกิดกระบวนการคิด วิเคราะห์

และนำมาใช้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ Kolb¹¹ เป็นแนวคิดทฤษฎีวงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning Cycle Theory) ซึ่งดำเนินไปเป็นวงจรแต่ละขั้นของการเรียนรู้ จึงเกิดการพัฒนาทั้งด้านความรู้และทักษะการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง⁹

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ผลจากการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการที่ อสม. ในกลุ่มทดลองได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากประสบการณ์ ความรู้เดิมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ทำให้เกิดกระบวนการคิด วิเคราะห์ สอดคล้องกับทฤษฎีวงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning Cycle Theory) ของ Kolb¹¹ แต่ละขั้นของการเรียนรู้ ทำให้ อสม. มีความรู้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁹⁻¹⁰ ที่พบว่าการให้ อสม. ในกลุ่มทดลองร่วมเสนอความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์เดิมทำให้เกิดความคิดเชื่อมโยงระหว่างความรู้กับประสบการณ์เดิมของ อสม. ทำให้เกิดความรู้มากขึ้น

3. เปรียบเทียบคะแนนทักษะในการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนทักษะการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า

จากการที่ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมทั้ง 4 ขั้นตอน จากนั้น อสม. ได้นำไปประยุกต์ใช้ดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในชุมชนได้นั้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁴ ที่กิจกรรมการสะท้อนคิดระหว่าง อสม. ด้วยกัน ก่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน อีกทั้งการได้รับการฝึกทักษะการดูแลจนทำให้มีความมั่นใจ จะส่งผลให้อสม. สามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในชุมชน ทำให้คะแนนทักษะการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูงขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

งานวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการฆ่าตัวตาย และควรศึกษาต่อเนื่องเพื่อติดตามผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

ควรศึกษาและติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เพื่อศึกษาการคงอยู่ของความรู้ ทักษะการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

References

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: Global health estimates. [internet]. 2021 [cited 2022 Apr 20]; Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf>.

2. Leesawat C. Epidemiology of suicide in Thailand, 2019 – 2020. *Journal of Health Science of Thailand*. 2022;31(4):623-37. (in Thai).
3. Information Division. Report on suicide statistics for the year 2020. [unpublished document]. Nakhon Nayok: Nakhon Nayok Provincial Public Health Office; 2020. (in Thai).
4. Department of Mental Health and Drug Treatment in Ban Na Hospital, Nakhon Nayok Province. Registration of patients with suicide behavior for the year 2022. [unpublished document]. Nakhon Nayok: Ban Na Hospital; 2022. (in Thai).
5. Department of Mental Health. Guidelines for elevating suicide prevention measures, 2020-2021. [internet]. 2022 [cited 2023 Aug 28]; Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/276>. (in Thai).
6. Sangsurin P, Chatchawanyangkul U, Pramualcharoenkit C, Srisong N. Handbook of new era volunteers. Bangkok: Agricultural Cooperative Federation of Thailand; 2011. (in Thai).
7. Sakulphan S. Nursing care of people with suicidal behavior. Chiang Mai: Faculty of Nursing Chiang Mai University; 2021. (in Thai).
8. Khaemmanee T. Teaching science: body of knowledge for effective learning process. 12th ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010. (in Thai).
9. Chiangpiew N, Boonchien W, Aungwattan S. Effects of participatory learning regarding stroke prevention on knowledge and self-efficacy among village health volunteers. *Nursing Journal*. 2018;45(1):87-99. (in Thai).
10. Petmaneechote K, Pongpomma L, Arunkeeree A, Taowalanon P. Effectiveness of participatory learning program on knowledge and practice of village health volunteers for taking care of hypertension patients. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2021;31(3):28-41. (in Thai).
11. Kolb DA. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. 2nd ed. Hoboken, NJ: Pearson Education; 2015.
12. Polit DF, Hungler BP. *Nursing research principles and methods*. 6th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
13. Department of Mental Health. Handbook for suicide prevention and care for village health volunteers and community leaders. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2020. (in Thai).
14. Sanprasan P, Watradul D, Jamsomboon K, Puapairoj V, Techangkul L, Yuyuen Y. Effects of health volunteer's capacity building based on participating learning program on knowledge and skill of caring patients with cardiovascular disease and a risk group of cardiovascular disease. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2015;26(1):119-32. (in Thai).

การพัฒนาบอร์ดเกมการส่งเสริมความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนิสิตปริญญาตรี

ธีรพล ผังดี*

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สามารถป้องกันได้ด้วยการมีพฤติกรรม 3อ.2ส. ได้แก่ อ.อาหาร อ.ออกกำลังกาย อ.อารมณ์ ส.ไม่ดื่มสุรา ส.ไม่สูบบุหรี่

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของบอร์ดเกมการส่งเสริมความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนิสิตปริญญาตรี

วิธีการวิจัย : การวิจัยและพัฒนาแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ การพัฒนาบอร์ดเกม และการทดลองใช้บอร์ดเกม ระยะที่ 1 พัฒนาบอร์ดเกมโดยใช้แนวคิดเชิงออกแบบ และประเมินคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ระยะที่ 2 ทดลองใช้บอร์ดเกม ด้วยการศึกษารูปแบบกึ่งทดลองวัดก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 36 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย บอร์ดเกมและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบค่าที จากนั้นปรับปรุงบอร์ดเกมให้เหมาะสม

ผลการวิจัย : ผลของการพัฒนาบอร์ดเกมฯ มีคุณภาพด้านการใช้ประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้องอยู่ในระดับดีมาก และผลของบอร์ดเกม ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความคาดหวังในประสิทธิผลของพฤติกรรม 3อ.2ส. การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. และความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม 3อ.2ส. ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล : บอร์ดเกมที่พัฒนามีผลต่อความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : บอร์ดเกม ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม 3อ.2ส. การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

* ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ธีรพล ผังดี, E-mail: theerapon.phu@ku.th

The development of a board game to promote 3E 2S behaviors intention to prevent chronic non-communicable diseases in undergraduate students

Theerapon Phungdee*

Abstract

Background: Chronic non-communicable diseases (NCDs) can be prevented by 3E2S behavior including diet, exercise, emotion, smoking cessation, and drinking alcohol cessation.

Objectives: To develop and examine the effects of a board game for promoting 3E2S behaviors intention to prevent chronic non-communicable diseases in undergraduate students.

Methods: This research and development study is divided into 2 phases: developing the board game and the board game experiment. In Phase 1, developing board games using design thinking and assessing quality with input from 5 experts. Phase 2, the board game experiment was a quasi-experimental study involving pre-post experimental measurements of 72 participants, divided equally into an experimental group and a comparison group, each consisting of 36 participants. The research tools consisted of board games and questionnaires. The data were analyzed using descriptive statistics and t-test. Then adjust the board game accordingly.

Results: The results of the developed board game for promoting 3E2S behaviors intention to prevent chronic non-communicable diseases in terms of utility, feasibility, appropriateness and accuracy were at a very good level. Moreover, the evaluation showed that in the post-trial phase the experimental group showed an improvement in perceived severity of NCDs, perceived susceptibility to NCDs, expectation of response efficacy of 3E2S behavior, perceived self-efficacy to 3E2S behavior and 3E2S behavior intention compared to the pre-trial phase and better than the comparison group with a statistical significance of .05.

Conclusions: The developed board game has the effect of improving 3E2S behavior Intention to prevent chronic non-communicable diseases.

Keywords: board game, 3E2S behaviors intention, prevent chronic non-communicable diseases

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

Corresponding Author: Theerapon Phungdee, E-mail: theerapon.phu@ku.th

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วนลงพุง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็ง เป็นโรคที่เกิดจากการใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสม¹ โดยปี พ.ศ. 2566 มีคนไทยมากกว่า 14 ล้านคน ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง² ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในแต่ละปี ประมาณ 320,000 คนต่อปี เฉลี่ยชั่วโมงละ 37 คน³ การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกกลุ่มวัย ไม่เว้นแม้แต่ผู้ที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตเป็นหนุ่มสาว โดยเฉพาะกลุ่มนิสิตนักศึกษาที่เรียนในมหาวิทยาลัย จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการป้องกันโรค เพราะเป็นวัยที่กำลังจะเข้าสู่วัยทำงานเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ⁴

แนวทางการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนให้ปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ประกอบด้วย การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ความเครียด การไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งปัจจุบันนิสิตนักศึกษาละเลยการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. เนื่องจากให้ความสำคัญกับสิ่งอื่นมากกว่าสุขภาพ⁵ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม 3อ.2ส. ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง⁶⁻⁷ โดยปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องกับองค์ประกอบของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค(Protection Motivation Theory) ของ Rogers ที่อธิบายว่าบุคคลมีการรับรู้ 2 แบบ คือ การประเมินความน่ากลัวต่อสุขภาพ และการประเมินการทนรับสถานการณ์

ที่ได้รับอิทธิพลจากแหล่งข้อมูล กิจกรรมการเรียนรู้ต่าง ๆ แล้วทำให้เกิดความตั้งใจที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค⁸ และการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับองค์ประกอบของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นได้⁷

กระบวนการพัฒนานวัตกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในปัจจุบันได้นำการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) มาใช้ในการออกแบบนวัตกรรมทางสุขภาพ เนื่องจากเป็นกระบวนการคิดสร้างสรรค์นวัตกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้ต้นแบบของนวัตกรรมที่จะถูกนำไปทดสอบเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ต้องการ โดยผลลัพธ์ที่ได้จะถูกนำไปปรับแก้จนกระทั่งได้นวัตกรรมที่สมบูรณ์เป็นที่น่าพึงพอใจต่อผู้ใช้บริการทางด้านสุขภาพ⁹ ซึ่งปัจจุบันนวัตกรรมทางการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษานิยมพัฒนาขึ้นในรูปแบบของบอร์ดเกม (Board Game) สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทั้งเป็นสื่อประกอบการเรียนการสอน และกิจกรรมสำหรับครอบครัว โดยบอร์ดเกมเป็นประเภทเกมเล่นบนโต๊ะทั้งหมดที่สามารถเล่นโดยใช้กระดานหรือไม่ใช้กระดานเพื่อให้มีปฏิสัมพันธ์แบบเผชิญหน้า¹⁰ มีความสนุกสนาน ช่วยกระตุ้นให้ผู้เล่นได้ฝึกการเรียนรู้ทางสุขภาพ และสร้างกระบวนการทางความคิดนำไปสู่ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้¹¹

ดังนั้น บอร์ดเกมการส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นรูปแบบกิจกรรมใหม่ที่แตกต่างจากการส่งเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิมที่เน้นการจัดอบรมให้ความรู้ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนา

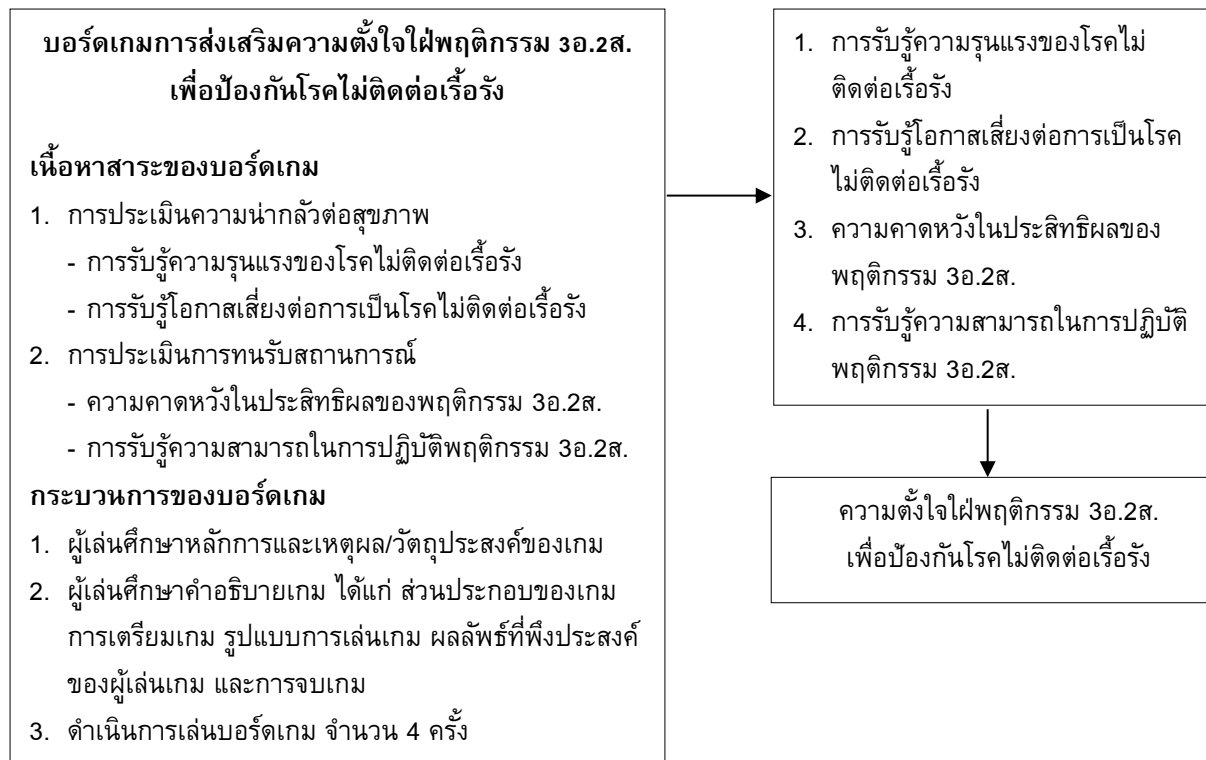
บอร์ดเกมการส่งเสริมความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม 3อ.2ส. ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคด้วยกิจกรรมที่มุ่งการประเมินความน่ากลัวต่อสุขภาพ และการทบทวนสถานการณ์⁸ เพื่อให้มีประสิทธิผลต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยเชิงสาเหตุและความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนิสิตปริญญาตรี ได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาบอร์ดเกมการส่งเสริมความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนิสิตปริญญาตรี
2. เพื่อศึกษาผลของบอร์ดเกมการส่งเสริมความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนิสิตปริญญาตรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

บอร์ดเกมการส่งเสริมความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ผู้วิจัยได้ออกแบบกระบวนการของบอร์ดเกมให้สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค⁹ โดยกำหนดเนื้อหาสาระของเกม ที่มุ่งเน้นการประเมินความน่ากลัวต่อสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และกำหนดเนื้อหาสาระของเกมส่งเสริมการประเมินการทบทวนสถานการณ์ ได้แก่ ความคาดหวังในประสิทธิผลของพฤติกรรม 3อ.2ส. การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อมุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาบอร์ดเกม และระยะที่ 2 การทดลองใช้บอร์ดเกม ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การพัฒนาบอร์ดเกม เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มุ่งเน้นการพัฒนาบอร์ดเกมโดยใช้แนวคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) ในการยกร่างบอร์ดเกม และประเมินคุณภาพของบอร์ดเกมที่พัฒนาขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญ วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การยกร่างบอร์ดเกม โดยใช้กระบวนการของแนวคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) ได้แก่ การทำความเข้าใจปัญหา การตีความปัญหา การสร้างความคิด การสร้างต้นแบบ และการทดสอบเบื้องต้นกับตัวอย่างขนาดเล็ก จำนวน 10 คน และขั้นตอนที่ 2 การประเมินคุณภาพของบอร์ดเกม จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบประเมินคุณภาพของบอร์ดเกม ทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านการใช้ประโยชน์ 2) ด้านความเป็นไปได้ 3) ด้านความเหมาะสม และ 4) ด้านความถูกต้อง รวมทั้งคุณภาพโดยรวมของบอร์ดเกม มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า จำนวน 5 ระดับ ได้แก่ คุณภาพดีมาก คุณภาพดี คุณภาพปานกลาง คุณภาพพอใช้ และคุณภาพควรปรับปรุง ตามแนวคิดการประเมินทางการศึกษาของ Stufflebeam¹² ที่ได้กำหนดมาตรฐานการประเมินสำหรับใช้เป็นกรอบในการตรวจสอบคุณภาพ จากนั้นปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม และ

การวิจัยระยะที่ 2 การทดลองใช้บอร์ดเกม เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มุ่งเน้นการทดลองใช้

จริงอย่างเหมาะสม โดยทดลองใช้จริงแบบวัดก่อนและหลังการทดลอง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ นิสิตระดับปริญญาตรีที่มีรายชื่อศึกษาในปีการศึกษา 2566 คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 1,054 คน ตัวอย่าง คือ นิสิตระดับปริญญาตรีที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถสื่อสารด้วยการพูดและฟังภาษาไทยได้ ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และไม่มีโรคประจำตัว ขนาดตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณสำหรับการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบกึ่งทดลอง ได้จำนวน 72 คน จากนั้นดำเนินการสุ่มอย่างง่ายด้วยคอมพิวเตอร์ จำนวน 72 คน เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม อิสระต่อกัน และทำการจับคู่ (Match) อาสาสมัครทั้ง 72 คน ให้มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกัน โดยจำแนกตามเพศ และระดับชั้นปี จากนั้นแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 36 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ บอร์ดเกมการส่งเสริมความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นเกมกระดานประเภทวางแผนที่ใช้การ์ด ผู้เล่นจะต้องวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. ได้แก่ อ.อาหาร อ.ออกกำลังกาย อ.อารมณ์ ส.สุรา ส.สูบบุหรี่ ให้เป็นไปตามเป้าหมายด้วยการสะสมการ์ดพฤติกรรม 3อ.2ส. ให้ครบ ซึ่งจะมีการเสี่ยงโชคจากการทอยลูกเต๋าปฏิบัติที่ใช้แทนความสามารถในการปฏิบัติเพื่อนำมาแลกการ์ดพฤติกรรม 3อ.2ส. และเกมนี้ใช้ระยะเวลาในการจบเกมประมาณ 15-20 นาที โดยบอร์ดเกมจะนำมาใช้ในกระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้

ในการส่งเสริมความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีเนื้อหาสาระและกระบวนการ ดังนี้

1.1 เนื้อหาสาระของบอร์ดเกม ประกอบด้วย 1) การประเมินความน่ากลัวต่อสุขภาพ เป็นเนื้อหาสาระและกิจกรรมที่สนับสนุนให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ 2) การประเมินการทบทวนสถานการณ์ เป็นเนื้อหาสาระและกิจกรรมที่สนับสนุนให้เกิดความคาดหวังในประสิทธิผลของพฤติกรรม 3อ.2ส. และการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส.

1.2 กระบวนการของบอร์ดเกม ประกอบด้วย 1) ศึกษาหลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ของเกม 2) ศึกษาคำอธิบายเกม ได้แก่ ส่วนประกอบของเกม การเตรียมเกม รูปแบบการเล่นเกม ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของผู้เล่นเกม และการจบเกม 3) ดำเนินการเล่นบอร์ดเกม จำนวน 4 ครั้ง ใช้ผู้เล่นจำนวน 2-5 คน โดยผู้เล่นจะต้องเผชิญ 2 กิจกรรม คือ การประเมินความน่ากลัวต่อสุขภาพ ซึ่งผู้เล่นจะมีโอกาสได้รับบัตรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หากไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. และอาจเปลี่ยนสถานะเป็นผู้ป่วย จนกระทั่งได้รับผลกระทบจากการเป็นโรคถึงขั้นป่วยรุนแรง พิกัด คุณภาพชีวิตแย่ง และเสียชีวิตได้ และการประเมินการทบทวนสถานการณ์ ผู้เล่นจะต้องพยายามปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. ให้สำเร็จตามเป้าหมาย เพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งหมด 3 ภารกิจ ได้แก่ สะสมการ์ดพฤติกรรมให้ครบทั้ง 3อ.2ส. ได้ คะแนนพฤติกรรม 3อ.2ส. รวม 28 คะแนนขึ้นไป และมีบัตรประกันสุขภาพ หากทำได้สำเร็จผู้เล่น

จะต้องสะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับการจากการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. ตามการ์ดพฤติกรรม 3อ.2ส. ที่สะสมได้ ซึ่งผู้เล่นที่ชนะเป็นคนแรกจะได้เป็นต้นแบบในการปฏิบัติให้กับผู้เล่นที่เหลือ และการดำเนินเกมเป็นไปอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเหลือผู้เล่นคนสุดท้าย ถือเป็นเกมจบรอบเกมนั้น และให้เริ่มเกมในรอบใหม่จนครบ 4 รอบ

2. เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 5 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และแบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของพฤติกรรม 3อ.2ส. จำนวน 5 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. จำนวน 5 ข้อ และแบบสอบถามความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 7 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

บอร์ดเกมผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน มีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก ($M=4.81$, $SD=0.11$) ส่วนแบบสอบถามทั้ง 6 ส่วน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) หรือค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.95 หรือมีความเชื่อถือได้สูงมาก

การปรับปรุงบอร์ดเกม เป็นการนำผลการประเมินจากการทดลองใช้บอร์ดเกม ทั้งที่เป็นผลที่ได้จากการวิเคราะห์ผลของบอร์ดเกม และข้อเสนอแนะจากอาสาสมัครที่เข้าร่วมการทดลอง ใช้มาทำการปรับปรุงบอร์ดเกมให้สามารถนำไปใช้งานได้จริงอย่างเหมาะสม

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เลขที่ COA66/050 ลงวันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2566

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย จากนั้น ประชาสัมพันธ์รับสมัครอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย และคัดเลือกตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

2. ระยะเวลาก่อนการทดลอง ผู้วิจัยขอคำยินยอมอาสาสมัคร ซึ่งแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย และให้ตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง

3. ระยะเวลาการทดลองภายในสัปดาห์แรก กลุ่มทดลองจะได้เล่นบอร์ดเกมการส่งเสริมความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 4 ครั้ง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ จะได้รับคำแนะนำและแผ่นพับให้ความรู้ตามปกติ เป็นเวลา 1 ชั่วโมง

4. เมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินการทดลองแล้ว เป็นเวลา 1 เดือน จึงเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ตอบแบบสอบถามหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยระยะที่ 1 คุณภาพของบอร์ดเกม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย

ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิจัยระยะที่ 2 ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และก่อนการทดสอบค่าที่ได้ทำการตรวจสอบข้อมูลพบว่า ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ ตัวอย่างมีการสุ่มจากประชากร จากนั้นจึงทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม ในระยะก่อนและหลังการทดลองด้วย Paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 การพัฒนาบอร์ดเกมการส่งเสริมความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม 3อ.2ส. พบว่า ด้านการใช้ประโยชน์มีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก ($M=4.70$, $SD=0.12$) ด้านความเป็นไปได้มีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก ($M=4.75$, $SD=0.10$) ด้านความเหมาะสมมีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก ($M=4.95$, $SD=0.10$) ด้านความถูกต้องมีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก ($M=4.85$, $SD=0.19$) และคุณภาพโดยรวมของบอร์ดเกม อยู่ในระดับดีมาก ($M=4.81$, $SD=0.11$)

ผลการวิจัยระยะที่ 2 การศึกษาผลของบอร์ดเกม พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.90 มีอายุเฉลี่ย 19.55 ปี ค่าดัชนีมวลกาย 18.50-23.00 ร้อยละ 58.30 และส่วนใหญ่เป็นนิสิตชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 33.30 และมีรายรับต่อเดือน 6,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 72.20 สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.90 มีอายุเฉลี่ย 19.50 ปี ค่าดัชนีมวลกาย 18.50-23.00 ร้อยละ 52.80 ส่วนใหญ่เป็นนิสิตชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 33.30 และมีรายรับต่อเดือน 6,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 61.10

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความคาดหวังในประสิทธิผลของพฤติกรรม 3อ.2ส. การรับรู้

ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. และความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ภายหลังจากทดลองมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนและหลังการทดลอง (n=72)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง						
กลุ่มทดลอง	15.08	3.52	21.02	2.82	-13.348	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	14.94	3.46	15.22	3.53	-1.963	.058
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง						
กลุ่มทดลอง	15.69	3.90	21.47	2.75	-8.907	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	16.02	3.81	16.02	3.90	.000	1.000
ความคาดหวังในประสิทธิผลของพฤติกรรม 3อ.2ส.						
กลุ่มทดลอง	17.11	3.93	22.00	2.54	-6.460	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	16.97	3.69	16.55	3.82	1.189	.242
การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส.						
กลุ่มทดลอง	14.72	3.53	21.69	2.59	-13.062	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	14.94	3.78	15.41	3.70	-1.402	.170
ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง						
กลุ่มทดลอง	23.97	4.00	30.66	2.89	-11.182	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	24.36	3.95	23.27	3.98	1.743	.090

*p<.05

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ภายหลังจากการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความ

รุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความคาดหวังในประสิทธิผลของพฤติกรรม 3อ.2ส. การรับรู้ความสามารถ

ในการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. และความตั้งใจ
ใฝ่พฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนและหลัง
การทดลอง (n=72)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value
	M	SD	M	SD		
การรับรู้ความรุนแรงของ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง						
ก่อนการทดลอง	15.08	3.52	14.94	3.46	.169	.867
หลังการทดลอง	21.02	2.82	15.22	3.53	7.695	<.001*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง						
ก่อนการทดลอง	15.69	3.90	16.02	3.81	-.366	.715
หลังการทดลอง	21.47	2.75	16.02	3.90	6.842	<.001*
ความคาดหวังในประสิทธิผล ของพฤติกรรม 3อ.2ส.						
ก่อนการทดลอง	17.11	3.93	16.97	3.69	.154	.878
หลังการทดลอง	22.00	2.54	16.55	3.82	7.119	<.001*
การรับรู้ความสามารถใน การปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส.						
ก่อนการทดลอง	14.72	3.53	14.94	3.78	-.257	.798
หลังการทดลอง	21.69	2.59	15.41	3.70	8.326	<.001*
ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง						
ก่อนการทดลอง	23.97	4.00	24.36	3.95	-.414	.680
หลังการทดลอง	30.66	2.89	23.27	3.98	9.000	<.001*

*p<.05

อภิปรายผล

การพัฒนาบอร์ดเกมได้ผลการประเมิน
คุณภาพของบอร์ดเกมจากผู้เชี่ยวชาญอยู่ใน
ระดับดีมาก เนื่องจากใช้แนวคิดเชิงออกแบบ
(Design Thinking) ในการพัฒนาบอร์ดเกมมี
กระบวนการในการทำความเข้าใจปัญหา
ตีความปัญหา สร้างความคิด สร้างต้นแบบ และ

ทดสอบอย่างมีระบบ เพื่อพัฒนาบอร์ดเกมจนได้
กระบวนการดำเนินเกมที่สามารถตอบสนองต่อ
ความต้องการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพได้
อย่างเหมาะสม¹³ จึงส่งผลให้คุณภาพของบอร์ดเกม
ทั้งด้านการใช้ประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความ
เหมาะสม และความถูกต้องอยู่ในระดับดีมาก
สอดคล้องกับการศึกษาที่ประยุกต์ใช้แนวคิดเชิง

ออกแบบในการพัฒนาต้นแบบนวัตกรรมในการจัดการเรียนรู้ เพื่อให้ตอบสนองกับความ ต้องการในการแก้ไขปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย พบว่า ต้นแบบในการจัดการเรียนรู้มีคุณภาพ ในระดับดีถึงดีมาก และสามารถนำไปใช้ได้ อย่างเหมาะสมกับบริบทที่ศึกษา¹⁴⁻¹⁵

ผลของการทดลองใช้บอร์ดเกม โดย บอร์ดเกมการส่งเสริมความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประยุกต์ใช้ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค มีการดำเนินเกม ที่ทำให้กลุ่มทดลองมีโอกาสได้รับบัตรกลุ่มเสี่ยง ต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หากไม่มีการปฏิบัติ พฤติกรรม 3อ.2ส. และอาจเปลี่ยนสถานะเป็นผู้ป่วย จนกระทั่งได้รับผลกระทบจากการเป็นโรคได้ จึงทำให้มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงขึ้น เนื่องจาก แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ความรุนแรง ของโรค และกิจกรรมการเรียนรู้ที่กระตุ้นให้เกิด ความกลัวต่อโรคจะทำให้การรับรู้ความรุนแรง ของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเพิ่มขึ้น^{8,16} สอดคล้องกับการศึกษาที่มีกิจกรรมการให้ข้อมูล ผลกระทบของโรค และความเสียหายต่อการเกิดโรค พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความ รุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค สูงขึ้นหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม^{11,16}

นอกจากนั้นบอร์ดเกมมีการดำเนินเกม ที่ทำให้กลุ่มทดลองใช้ความสามารถในการสะสม การ์ดพฤติกรรม 3อ.2ส. ให้สำเร็จตามเป้าหมาย เพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ สะท้อนผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับจากการปฏิบัติ พฤติกรรม 3อ.2ส. ตามการ์ดที่สะสมได้ อีกทั้งยังได้ เป็นต้นแบบที่ประสบความสำเร็จและผู้สังเกต ต้นแบบ จึงทำให้มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวัง

ในประสิทธิผลของพฤติกรรม 3อ.2ส. และการรับรู้ ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. สูงขึ้น เนื่องจากกิจกรรมกำหนดเป้าหมายและ ปฏิบัติให้สำเร็จ การได้เห็นตัวแบบ การได้รับข้อมูล ผลดีจากการปฏิบัติจะทำให้ความคาดหวังใน ประสิทธิผลของพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ ความสามารถในการปฏิบัติเพิ่มขึ้น^{8,11} สอดคล้องกับการศึกษาที่มีกิจกรรมสนับสนุน การปฏิบัติให้สำเร็จตามแผน การได้เห็นตัวแบบ และการให้ข้อมูลผลดีของพฤติกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังใน ประสิทธิผลของพฤติกรรม และการรับรู้ ความสามารถในการปฏิบัติสูงขึ้นหลังจาก เข้าร่วมกิจกรรม¹⁶⁻¹⁷

ภายหลังการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมี คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่แตกต่างจาก ก่อนการทดลอง เนื่องจากได้รับเพียงคำแนะนำ และแผนพับให้ความรู้ตามปกติ ซึ่งเป็นความรู้ ชั้นจดจำและเข้าใจ จึงไม่เพียงพอต่อการ เปลี่ยนแปลงปัจจัยเชิงสาเหตุและความตั้งใจใฝ่ พฤติกรรม 3อ.2ส. ส่วนกลุ่มทดลองได้รับบอร์ดเกม ที่มุ่งเปลี่ยนแปลงปัจจัยภายในตัวบุคคลผ่าน กิจกรรมเกมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อ ป้องกันโรค จึงทำให้มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจใฝ่ พฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงขึ้นกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ เนื่องจากการรับรู้ของบุคคลที่ได้รับ อิทธิพลมาจากแหล่งข้อมูลที่กระตุ้นให้เกิดความ กลัวต่อโรค และกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านเกมให้มีความสามารถในการป้องกันโรค จะทำให้เกิด ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค⁸ สอดคล้องกับการศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎี แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค พบว่า หลังเข้าร่วม

กิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของพฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ นำมาสู่การเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเพิ่มขึ้น^{11,16-17}

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

บอร์ดเกมการส่งเสริมความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก สามารถนำไปใช้ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความคาดหวังในประสิทธิผลของพฤติกรรม 3อ.2ส. การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ.2ส. และความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางการศึกษาและบุคลากรทางสุขภาพในมหาวิทยาลัย ควรนำบอร์ดเกมไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับกิจกรรมการเรียนการสอนให้กับนิสิต

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของบอร์ดเกมต่อพฤติกรรม 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายหลังการทดลองในระยะเวลาสามเดือน และหกเดือน

References

1. Thongtaeng N. Non-communicable diseases. [Internet]. 2020 [cited 2023 Nov 11]; Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/siriraj_online/thai_version/Health_detail.asp?id=1371 (in Thai).
2. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Health of Thai people 2023. Bangkok: Amarin Printing and Publishing Public Company Limited; 2023. (in Thai).
3. Ministry of Public Health. Handbook for health care according to the principles of 3E2S for health leaders. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. (in Thai).
4. Sanloa P, Lalun A. The study of non-communicable disease prevention behaviors of students of Chaiyaphum Rajabhat University. Journal of Health Research and Innovation. 2019;2(2):21-33. (in Thai).
5. Sidahat J, Kwansungnoen P, Poangklang P, Aeksanti T, Yupa P. Health behavior on 3e2s (eating, exercise, emotion, stop smoking, and stop drinking) among students in Nakhon Ratchasima Rajabhat University. Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office. 2022;8(2):60-73. (in Thai).
6. Jumroonjareed T, Attavoranan O, Dhamapong P, Chalermthiralert P, Chaiprasopwong R, Youjaiyen P, et al. Perception of non communicable diseases and health behavior among high school students: case study. Academic Journal of Community Public Health. 2023;9(3):100-12. (in Thai).
7. Dashti S, Dabaghi P, Tofangchiha S. The effectiveness of training program based on protective motivation theory on improving

- nutritional behaviors and physical activity in military patients with type 2 diabetes mellitus. *J Family Med Prim Care*. 2020; 9(7):3328-32.
8. Rogers RW. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *J Psychol*. 1975;91(1):93-114. doi: 10.1080/00223980.1975.9915803.
 9. Rapp K, Stroup C. How can organizations adopt and measure design thinking process? [Internet]. 2016 [cited 2023 Oct 20]; Available from: <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/student/138>.
 10. Lickiewicz J, Hughes P, Makara-Studzinska M. The use of board games in healthcare teaching. *Nursing Problems*. 2020;28(2):71-4. doi: 10.5114/ppiel.2020.98766.
 11. Bantawang J, Sritana K. Using educational board game: game of germs to develop self-care protection skills from viral infection in primary students in Mae Yao Wittaya School, Mueang District, Chiang Rai Province. *Social Sciences Research and Academic Journal*. 2022;17(2):77-90. (in Thai).
 12. Stufflebeam DL. The meta evaluation imperative. *Am J Eval*. 2001;22(2):183-209.
 13. Roberts JP, Fisher TR, Trowbridge MJ, Bent C. A design thinking framework for healthcare management and innovation. *Healthc (Amst)*. 2016;4(1):11-4.
 14. Poomsoong P, Nuangchalem P. Development design thinking of Mathayomsuksa 4 students by using STEAM education. *Journal of Educational Administration and Supervision Mahasarakham University*. 2021;12(3): 204-15. (in Thai).
 15. Asanok M. Integrated design thinking for instructional innovation development. *Journal of Educational Technology and Communications Faculty of Education Mahasarakham University*. 2018;1(1):6-12. (in Thai).
 16. Ritland R, Rodriguez L. The influence of antiobesity media content on intention to eat healthily and exercise: a test of the ordered protection motivation theory. *J Obes*. 2014;2014:954784. doi: 10.1155/2014/954784.
 17. Yao X, Zhang L, Du J, Gao L. Effect of information-motivation-behavioral model based on protection motivation theory on the psychological resilience and quality of life of patients with type 2 DM. *Psychiatr Q*. 2021;92(1):49-62. doi: 10.1007/s11126-020-09783-w.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของพนักงานฝ่ายชุดเจาะ ในอุตสาหกรรมน้ำมันและก๊าซนอกชายฝั่ง

ณัฐพงษ์ ศรีวงศ์ไชย* วีระพร ศุภธากรณ์* กัลยาณี ดันตรานนท์*

บทคัดย่อ

บทนำ : คุณภาพการนอนหลับเป็นเรื่องที่สำคัญต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานนอกชายฝั่งที่มีลักษณะการทำงานที่ต้องเผชิญกับความเครียดและอันตรายในการทำงานอยู่ตลอดเวลา

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับในกลุ่มพนักงานฝ่ายชุดเจาะในอุตสาหกรรมน้ำมันและก๊าซนอกชายฝั่ง

วิธีการวิจัย : เป็นวิจัยเชิงปริมาณแบบสหสัมพันธ์ ตัวอย่างเป็นพนักงานฝ่ายชุดเจาะน้ำมันและก๊าซธรรมชาตินอกชายฝั่งประเทศไทย จำนวนทั้งหมด 228 คน เครื่องมือ ประกอบด้วย แบบทดสอบข้อมูลส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมการทำงาน แบบวัดปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน (Thai-JCQ) และแบบวัดคุณภาพการนอนหลับ (Thai-PSQI) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับด้วยการวิเคราะห์การถอยโลจิสติกทวินาม (Binomial logistic regression)

ผลการวิจัย : ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของพนักงานฝ่ายชุดเจาะในอุตสาหกรรมน้ำมันและก๊าซนอกชายฝั่ง ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน 1 ปัจจัย คือ ปัจจัยการทำงานที่มีลักษณะหลากหลาย และปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยความมั่นคงในงาน และปัจจัยข้อเรียกร้องจากงานด้านจิตใจ

สรุป : คุณภาพการนอนของพนักงานฝ่ายชุดเจาะในอุตสาหกรรมน้ำมันและก๊าซนอกชายฝั่งสามารถส่งเสริมได้ด้วยจัดระบบการทำงานที่มีลักษณะหลากหลาย สร้างระบบการทำงานให้พนักงานรู้สึกถึงความมั่นคงในงาน เพื่อลดข้อเรียกร้องจากงานด้านจิตใจของพนักงาน

คำสำคัญ: คุณภาพการนอนหลับ สภาพแวดล้อมการทำงาน จิตสังคมในการทำงาน พนักงานฝ่ายชุดเจาะในอุตสาหกรรมน้ำมันและก๊าซธรรมชาตินอกชายฝั่ง

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้นิพนธ์ประสานงาน: ณัฐพงษ์ ศรีวงศ์ไชย, E-mail: nuttapong_sri@cmu.ac.th

Factors affecting sleep quality among drilling crew employees in offshore oil and gas industry

Nuttapong Sriwongchai* Weeraporn Suthakorn* Kunlayanee Tantranont*

Abstract

Background: The sleep quality of offshore crews, constantly exposed to occupational hazards, is of paramount.

Objectives: To analyze factors that affect the sleep quality of offshore oil and gas drilling crews.

Methods: The study included 228 samples from offshore oil and gas drilling operations in Thailand. Research tools comprised demographic data, a working environment questionnaire, the Thai-JCQ psychosocial work factors scale, and the Thai-PSQI sleep quality scale. Percentage and mean were employed for descriptive data analysis. Binomial logistic regression was used to analyze factors influencing sleep quality.

Results: Three factors affecting the sleep quality of drilling crews in the oil and gas industry were the working environment, which included a variety of work factors, and two working psychosocial factors, consisting of job security factors and psychological job demands.

Conclusions: The quality of sleep of drilling crew employees in offshore oil and gas drilling can be improved by implementing diverse work systems. Establishing work systems that instill a sense of job security is advisable, thereby reducing employees need for mental health-related psychological demands.

Keywords: sleep quality, working environmental factors, working psychosocial work factors, drilling crew employees, offshore oil and gas industry

* Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Corresponding Author: Nuttapong Sriwongchai, E-mail: nuttapong_sri@cmu.ac.th

บทนำ

การปฏิบัติงานในอุตสาหกรรมน้ำมันและก๊าซธรรมชาตินอกชายฝั่ง จัดเป็นงานที่มีอันตรายและมีความเสี่ยงสูงจากสภาพการทำงานและสภาพความเป็นอยู่ที่มีลักษณะเฉพาะการทำงานกับเครื่องจักรที่มีเสียงดังและการสั่นสะเทือน รวมถึงการสัมผัสน้ำมันและสารเคมีอื่น ๆ ที่ใช้ในกระบวนการทำงาน มีรูปแบบการทำงานเป็นกะ ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน และมีช่วงวันการทำงานที่ต่อเนื่องกันจนครบรอบก่อนจะได้กลับเข้าฝั่งเพื่อพักจากงาน ลักษณะการทำงานดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และประสิทธิภาพการทำงาน รวมถึงคุณภาพการนอนหลับของคนทำงาน¹⁻³ การมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีอาจทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการบาดเจ็บในที่ทำงานและมีโอกาสเสียชีวิตจากอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเป็นสองเท่าของคนที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับ⁴

ปัญหาคุณภาพการนอนหลับพบได้บ่อยในกลุ่มผู้ใช้แรงงานในอุตสาหกรรมน้ำมันและก๊าซนอกชายฝั่ง^{3,5} ด้วยสภาพการทำงานและสภาพความเป็นอยู่นอกชายฝั่งที่มีลักษณะเฉพาะ การทำงานในที่ห่างไกล ช่วงวันทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน การทำงานเป็นกะและชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน⁵ รวมถึงการนอนหลับในสถานที่ที่มีเสียงรบกวนจากการทำงานตลอดเวลาที่มีแนวโน้มให้คนทำงานประสบปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับที่สูงขึ้น³ ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานมากที่สุด คนทำงานที่มีอาการง่วงนอนหรือเหนื่อยล้ามีแนวโน้มที่จะเกิดอุบัติเหตุมากกว่าพนักงานที่ตื่นตัวและได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ถึง

ร้อยละ 70⁶ จากผลการสำรวจของสมาคมผู้ผลิตน้ำมันและก๊าซระหว่างประเทศในปี ค.ศ. 2020 ได้รายงานสถิติการเกิดอุบัติเหตุการบาดเจ็บถึงขั้นหยุดงาน คิดเป็นร้อยละ 18 และการบาดเจ็บจนถึงขั้นเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 29 ของการเกิดอุบัติเหตุ และสถิติการบาดเจ็บจากการตกจากที่สูงจนถึงขั้นหยุดงานในปี ค.ศ. 2020 คิดเป็นร้อยละ 12.40⁷ ของการบาดเจ็บ สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลการรายงานประจำปี พ.ศ. 2563 ของบริษัท ปตท. ๗ ปี พ.ศ. 2563 และ 2565 พบอัตราการบาดเจ็บจากการทำงานของพนักงานเท่ากับ 0.45 และ 0.32 ต่อล้านชั่วโมงทำงานตามลำดับ⁸ จะเห็นว่าการบาดเจ็บจากงานในกลุ่มคนทำงานนี้รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ดังนั้นการมีข้อมูลด้านคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญในการใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย ในการทำงานให้กับผู้ปฏิบัติงานนอกชายฝั่ง

การนอนหลับที่มีคุณภาพ คือการหลับลึกและหลับสนิท ทำให้สมองได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ ตามวงจรการหลับที่ปกติ มีช่วงเวลาของการหลับที่เหมาะสมกับอายุ ซึ่งสามารถรับรู้ได้จากความรู้สึกของบุคคลนั้น⁹ ทั้งนี้มีปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับหลายประการ เช่น คุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนถึงเริ่มหลับ ระยะเวลาการนอนหลับประสิทธิภาพการนอนหลับตามปกติ สิ่งรบกวนการนอนหลับ การใช้ยานอนหลับ และผลกระทบจากการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน¹⁰ การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์

ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน และปัจจัยด้านจิตสังคมการทำงาน กับคุณภาพการนอนหลับของพนักงาน^{4,11-12} ปัจจัยดังกล่าวมีเกี่ยวข้องกับกลไกการตอบสนองของร่างกาย เมื่อร่างกายตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด ส่งผลให้เกิดอาการกระสับกระส่าย นอนไม่หลับ ตื่นในช่วงเวลาของการนอนหลับ และไม่สามารถหลับต่อได้¹³ การศึกษาปัจจัยดังกล่าว จะนำไปใช้ในการกำหนดแนวทางการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพการนอนหลับของพนักงานฝ่ายชุดเจาะ

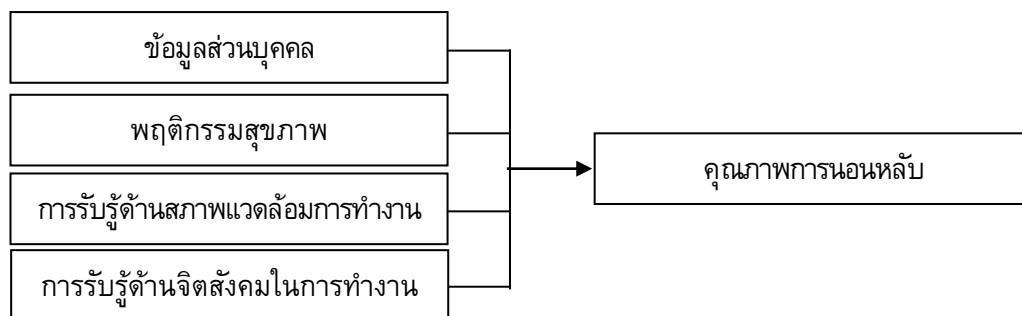
คุณภาพการนอนหลับมีความสำคัญต่อสุขภาพ และประสิทธิภาพการทำงานของผู้ที่ปฏิบัติงานในอุตสาหกรรมนอกชายฝั่ง อย่างไรก็ตาม การศึกษาในต่างประเทศ พบว่า สภาพแวดล้อมในการทำงานมีความแตกต่างกันส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของคนทำงาน⁹ แต่การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยยังมีน้อยมาก ดังนั้นจึงจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยในบริบทของประเทศไทย เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางสำหรับพนักงานและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพพนักงานต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลด้านการรับรู้สภาพแวดล้อมในการทำงาน การรับรู้ด้านจิตสังคมในการทำงาน และคุณภาพการนอนหลับของพนักงานฝ่ายชุดเจาะในอุตสาหกรรมน้ำมันและก๊าซธรรมชาตินอกชายฝั่ง
2. เพื่อวิเคราะห์ ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของพนักงานฝ่ายชุดเจาะในอุตสาหกรรมน้ำมันและก๊าซธรรมชาตินอกชายฝั่ง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดด้านจิตสังคม ของ Da Costa¹¹ 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยการรับรู้ด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน และ 3) ปัจจัยการรับรู้ด้านจิตสังคมในการทำงาน รวมถึงลักษณะพฤติกรรมส่วนบุคคล ทั้งทางด้านบวกและด้านลบที่เกี่ยวข้องกับความเครียด เหนื่อยล้าหรือวิตกกังวลที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณแบบสหสัมพันธ์

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ พนักงานฝ่ายชุดเจาะน้ำมันและก๊าซธรรมชาตินอกชายฝั่งในประเทศไทยจำนวนรวมทั้งสิ้น 516 คน ใช้ตัวอย่างการวิจัยจำนวน 220 คน ที่คำนวณจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร¹⁴ โดยค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 1.96 กำหนดให้ความเชื่อมั่น 95% สัดส่วนความชุกของคุณภาพการนอนหลับไม่ดีที่ 52%¹⁵ ค่าคลาดเคลื่อนที่ผู้วิจัยกำหนด .05 และจำนวนประชากร เท่ากับ 516 คน เมื่อแทนค่าในสูตรได้ตัวอย่างจำนวน 220 คน และเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล¹⁶ รวมเป็น 264 ราย เลือกตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบง่ายตามสัดส่วนประชากร (Proportional random sampling) โดยคัดเลือกแต่ละ 28-30 คนตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นพนักงานระดับปฏิบัติการที่อยู่ในช่วงปฏิบัติงานนอกชายฝั่งอย่างน้อย 28 วัน และ 2) เป็นพนักงานที่ไม่มีตำแหน่งผู้บริหาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 3 ฉบับ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 17 ข้อ โดยเป็นข้อมูลทั่วไป ส่วนคำถามการรับรู้สภาพแวดล้อมในการทำงาน จำนวน 17 ข้อ ได้จากคำถามที่เกี่ยวข้องจากแบบวัดความเครียด

จากการทำงานฉบับภาษาไทย (Thai-JCQ) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย

2. แบบวัดปัจจัยการรับรู้ด้านจิตสังคมในการทำงานโดยใช้แบบวัดความเครียดจากงานของไทย (Thai-JCQ) ที่สร้างโดย Karasek et al.¹⁷, พิชญา พรคทองสุข และนวลตา อากาศพิภะกุล¹⁸ ประกอบด้วย 1) การควบคุมหรืออำนาจการตัดสินใจในงาน 2) ข้อเรียกร้องจากงานด้านจิตใจ 3) ข้อเรียกร้องจากงานด้านการใช้ร่างกาย 4) ความมั่นคงในงาน 5) การสนับสนุนทางสังคม และ 6) อันตรายในที่ทำงาน จำนวน 54 ข้อ โดยนำคะแนนที่คำนวณได้ของแต่ละองค์ประกอบนี้มาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มสูง (High) และกลุ่มต่ำ (Low) โดยใช้จุดตัด (Cut point) ระดับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 หรือค่ามัธยฐาน (Median) ของคะแนนที่คำนวณได้ในแต่ละองค์ประกอบ

3. แบบวัดคุณภาพการนอนหลับใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (Thai-PSQI) ที่ ตุลยา สิตสุวรรณ และคณะ¹⁹ แปลจากแบบวัดดัชนีคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์ก จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์ระดับคุณภาพการนอนหลับที่ดีที่คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 และระดับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีที่คะแนนรวมมากกว่า 5

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ด้านความเที่ยงตรง (Validity) ของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เท่ากับ .80 ส่วนผลการตรวจสอบคุณภาพด้านความเชื่อมั่น (Reliability) จากการทดลองใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

พฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้สภาพแวดล้อมในการทำงาน แบบวัดความเครียดจากการทำงาน ฉบับภาษาไทย (Thai-JCQ) และแบบวัดคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (Thai-PSQI) พบว่าแบบวัดทั้ง 3 มีค่ามีความเที่ยงในระดับสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .78, .91 และ .87 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รหัสโครงการ 2565-EXP085 ตามเอกสารเลขที่ 001/2566 อนุมัติวันที่ 10 มกราคม 2566

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้จัดการฝ่ายอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของบริษัท และติดต่อเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ประจำแผนกชุดเจาะ จำนวน 9 แห่ง เพื่อขอความร่วมมือติดป้ายประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมการวิจัย และคัดเลือกตัวอย่าง ภายหลังการชี้แจงรายละเอียดและขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยแก่อาสาสมัคร ให้ตัวอย่างทำแบบสอบถามในระบบออนไลน์ โดยใช้ Google form วันสุดท้ายของการทำงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน

และคุณภาพการนอนหลับด้วยสถิติเชิงบรรยาย ด้วย ความถี่ และร้อยละ

วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับด้วยเทคนิคการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวินาม (Binomial logistic regression) โดยนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญ ($p \leq .05$) ที่ได้จากการวิเคราะห์ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว (Simple binomial logistic regression) ไปวิเคราะห์การส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับด้วยเทคนิคการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวินามแบบพหุ (Multiple binomial logistic regression)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พนักงานฝ่ายชุดเจาะ มีอายุเฉลี่ย 37.90 ปี มีค่าระดับดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ร้อยละ 32.90 และมีอาการปวดกล้ามเนื้อร้อยละ 25.90

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ พนักงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมมากที่สุดในเรื่องการดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน ร้อยละ 83.30 รองลงมาคือ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในช่วงวันหยุด ร้อยละ 58.80 และมีพฤติกรรมออกกำลังกายสม่ำเสมอที่น้อยที่สุด ร้อยละ 26.30

ข้อมูลการรับรู้สภาพแวดล้อมในการทำงาน พนักงานฝ่ายชุดเจาะรับรู้มากที่สุด คือการทำงานในลักษณะที่ต้องทำสิ่งซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้ง ร้อยละ 88.60 รองลงมา คือ การทำงานที่มีลักษณะหลากหลาย ร้อยละ 79.80 ในทางตรงกันข้ามพนักงานฝ่ายชุดเจาะรับรู้ที่น้อยที่สุด คือการทำงานที่เสี่ยงอันตราย ร้อยละ 42.10

ข้อมูลการรับรู้ด้านจิตสังคมในการทำงาน

ข้อมูลพนักงานฝ่ายชุดเจาะรับรู้มากที่สุด คือ การมีอำนาจการตัดสินใจในงาน ร้อยละ 97.80 รองลงมา คือ ข้อเรียกร้องจากงานด้านการใช้ร่างกาย ร้อยละ 79.00 และรับรู้น้อยที่สุดคือ ความมั่นคงในงาน ร้อยละ 42.10

ข้อมูลคุณภาพการนอนหลับ

พนักงานฝ่ายชุดเจาะมีคุณภาพการนอนหลับที่ระดับดี (คะแนน 0-5) ร้อยละ 57 และคุณภาพการนอนหลับระดับที่ไม่ดี (คะแนน 6-21) ร้อยละ 43

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของพนักงานฝ่ายชุดเจาะ

1. การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวินามแบบตัวแปรเดียวด้านการรับรู้สภาพแวดล้อมและด้านการรับรู้จิตสังคม พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ 1) ข้อเรียกร้องจากงานด้านจิตใจ 2) ความมั่นคงในงาน 3) แรงสนับสนุนทางสังคม 4) อันตรายในที่ทำงาน 5) การทำงานที่มีลักษณะหลากหลาย และ 6) การทำงานกับสารเคมี อันตรายหรือสารพิษ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของพนักงานฝ่ายชุดเจาะด้วยเทคนิคการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวินามแบบตัวแปรเดียว

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของพนักงานฝ่ายชุดเจาะ	Simple binomial logistic regression analysis	
	COR (95% CI)	p-value
ปัจจัยการรับรู้สภาพแวดล้อมในการทำงาน		
การทำงานที่มีลักษณะหลากหลาย	1.99 (1.03-3.82)	0.04*
การทำงานที่มีความยุ่งวุ่นวาย	0.95 (0.55-1.64)	0.85
การทำงานหนัก	1.47 (0.84-2.56)	0.18
การทำงานที่รีบเร่ง	0.60 (0.35-1.03)	0.07
การทำงานที่ต้องยกหรือเคลื่อนย้ายของหนักบ่อย ๆ	0.96 (0.57-1.62)	0.88
การทำงานกับสารเคมีอันตรายหรือสารพิษ	0.48 (0.28-0.83)	0.01*
การทำงานที่เสี่ยงอันตราย	0.71 (0.41-1.20)	0.20
ปัจจัยการรับรู้ด้านจิตสังคมในการทำงาน		
การมีอำนาจการตัดสินใจในงาน	2.53 (0.87-7.80)	0.11
ข้อเรียกร้องจากงานด้านจิตใจ	0.44 (0.23-0.85)	0.02*
ข้อเรียกร้องจากงานด้านการใช้ร่างกาย	0.75 (0.39-1.44)	0.39
ความมั่นคงในงาน	2.16 (1.25-3.47)	0.01*
แรงสนับสนุนทางสังคม	2.19 (1.08-4.41)	0.03*
อันตรายในที่ทำงาน	0.52 (0.30-0.89)	0.02*

*p<.05

2. การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวินามแบบพหุ ของ 6 ปัจจัย พบว่า พนักงานฝ่ายชุดเจาะที่มีลักษณะการทำงานที่มีความหลากหลายมากกว่ามีคุณภาพการนอนหลับมากกว่าผู้ที่มีลักษณะการทำงานที่มีความหลากหลายน้อยกว่า เท่ากับ 2.28 เท่า (AOR 2.28, 95% CI: 1.11-4.71, p .03) ผู้ที่มีความมั่นคง

ในงานมากกว่ามีคุณภาพการนอนหลับมากกว่าผู้ที่มีความมั่นคงในงานน้อยกว่า เท่ากับ 2.10 เท่า (AOR 2.10, 95% CI: 1.18-3.73, p .01) และผู้ที่มีข้อเรียกร้องจากงานด้านจิตใจมากกว่ามีคุณภาพการนอนหลับน้อยกว่าผู้ที่มีข้อเรียกร้องจากงานด้านจิตใจน้อยกว่า เท่ากับ 0.61 เท่า (AOR 0.39, 95% CI: 0.19-0.81, p .01) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของพนักงานฝ่ายชุดเจาะด้วยเทคนิคการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวินามแบบพหุ (Multiple binomial logistic regression)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของพนักงานฝ่ายชุดเจาะ	Multiple binomial logistic regression analysis	
	AOR (95% CI)	p-value
ปัจจัยการรับรู้สภาพแวดล้อมในการทำงาน		
การทำงานที่มีลักษณะหลากหลาย	2.28 (1.11-4.71)	0.03*
การทำงานกับสารเคมีอันตรายหรือสารพิษ	0.56 (0.30-1.08)	0.09
ปัจจัยการรับรู้ด้านจิตสังคมในการทำงาน		
ข้อเรียกร้องจากงานด้านจิตใจ	0.39 (0.19-0.81)	0.01*
ความมั่นคงในงาน	2.10 (1.18-3.73)	0.01*
แรงสนับสนุนทางสังคม	1.95 (0.96-4.78)	0.09
ด้านอันตรายในที่ทำงาน	0.90 (0.46-1.76)	0.75

*p<.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาคูณภาพการนอนหลับของพนักงานฝ่ายชุดเจาะในอุตสาหกรรมน้ำมันและก๊าซธรรมชาตินอกชายฝั่ง พบว่าพนักงานกว่าร้อยละ 43 มีคุณภาพการนอนหลับระดับที่ไม่ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Parkes³ และ ภักตนาฏ รื่นแก้ว¹⁵ ที่พบว่าพนักงานที่ปฏิบัติงานนอกชายฝั่งมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

ปัจจัยการรับรู้สภาพแวดล้อมการทำงานที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของพนักงานฝ่ายชุดเจาะคือ ปัจจัยการทำงานที่มีลักษณะหลากหลาย อธิบายได้ว่า การทำงานที่มีลักษณะหลากหลายจะส่งผลดีต่อการลดความเครียดในงานเมื่อเทียบกับลักษณะการทำงานต้องทำซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้ง (Repetitive job) ที่จะทำให้เกิดความเครียดในงาน ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลให้นอนไม่หลับเป็นไปตามแนวคิดของ

Jimenez-Vaquero et al.²⁰ ที่กล่าวว่าลักษณะการทำงานต้องทำสิ่งซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้ง อาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด ที่ส่งผลทำให้เกิดอาการทางร่างกายและจิตใจได้ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Asare et al¹ ที่พบว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการทำงานมีความสัมพันธ์คุณภาพการนอนหลับ ลักษณะการทำงานที่หลากหลาย การมีอิสระในการทำงาน (Job autonomic) ส่งผลเชิงบวกกับคุณภาพการนอนหลับ ในขณะที่ลักษณะการทำงานซ้ำ ๆ มีสัมพันธ์กับการนอนหลับยากในระยะเริ่มเข้านอน (Initiating sleep) หรือรักษาการนอนให้ได้ตลอดระยะเวลาที่ต้องการ (Maintaining sleep)

ปัจจัยการรับรู้ด้านจิตสังคมการทำงานส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของพนักงานฝ่ายชุดเจาะ จำนวน 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยข้อเรียกร้องจากงานด้านจิตใจ และปัจจัยความมั่นคงในงาน ปัจจัยข้อเรียกร้องจากงานด้านจิตใจส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ อธิบายได้ว่า ข้อเรียกร้องจากงานด้านจิตใจเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในงาน ซึ่งเป็นตัวก่อความเครียด (Stressor) ตามกลไกการตอบสนองของร่างกาย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ เป็นไปตามแนวคิดของ Karasek et al.¹⁷ ที่กล่าวว่างานใด ๆ ที่มีข้อเรียกร้องในการทำงานสูง แต่การควบคุมหรืออำนาจในการตัดสินใจในงานต่ำ งานนั้นทำให้ความเครียดสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Akerstedt et al.²¹ ที่พบว่า คนงานสวีเดนที่มีข้อเรียกร้องจากงานระดับสูงเป็นปัจจัยทำนายที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ และ Van Laethem et al.¹² ที่พบว่าข้อเรียกร้องในงานมี

ความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพการนอนหลับ โดยข้อเรียกร้องในงานสูงเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

นอกจากนี้การรับรู้ปัจจัยความมั่นคงในงานส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ อธิบายได้ว่ารูปแบบการจ้างงานระยะยาว รวมถึงความเพียงพอของรายได้และสวัสดิการพนักงาน รวมถึงความก้าวหน้าในอาชีพ ส่งผลต่อขวัญกำลังใจของพนักงาน สร้างความพึงพอใจในงาน และเกิดความรู้สึกมั่นคงในการทำงาน²² แต่ในทางตรงกันข้าม การจ้างงานระยะสั้น การได้รับสวัสดิการพนักงานอย่างไม่เหมาะสม รวมถึงความไม่ชัดเจนในแนวทางการก้าวหน้าในอาชีพ อาจทำให้พนักงานเกิดความไม่พึงพอใจในงาน และเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในงานได้เช่นกัน อันส่งผลต่อความวิตกกังวลส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ ตามกลไกการตอบสนองของร่างกายต่อตัวก่อความเครียดเช่นกันเป็นไปตามแนวคิดของ Chen และ Wei²³ ที่กล่าวว่า ความไม่มั่นคงในงาน (Job insecure) คือหนึ่งในปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงานอันเป็นตัวก่อความเครียดที่ส่งผลต่อตัวบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kim, Kramer และ Pak²³ ที่พบว่าความไม่มั่นคงในงานมีความสัมพันธ์กับเชิงลบต่อคุณภาพการนอนหลับ

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

พนักงานฝ่ายชุดเจาะในอุตสาหกรรมน้ำมันและก๊าซนอกชายฝั่งจำนวนมากที่จะต้องได้รับการแก้ไขปัญหาคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งปัจจัย

ที่ควรได้รับการแก้ไข ประกอบด้วย ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน 1 ปัจจัย คือ ปัจจัยการทำงานที่มีลักษณะหลากหลาย ปัจจัยด้านจิตสังคมในการทำงาน 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยความมั่นคงในงาน และปัจจัยข้อเรียกร้องจากงานด้านจิตใจ

ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารฝ่ายชุดเจาะในอุตสาหกรรมน้ำมัน และก๊าซนอกชายฝั่งจัดทำแผนส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของพนักงานฝ่ายชุดเจาะ โดยพัฒนาปัจจัยการรับรู้สภาพแวดล้อมในการทำงานให้พนักงานมีการทำงานที่มีลักษณะที่หลากหลายมากขึ้น พัฒนาปัจจัยการรับรู้ด้านจิตสังคมในการทำงาน โดยพัฒนาปัจจัยความมั่นคงในงานให้พนักงานฝ่ายชุดเจาะมีความมั่นใจในความมั่นคงของการทำงาน และพัฒนาปัจจัยข้อเรียกร้องจากงานด้านจิตใจด้วยการแก้ไขสาเหตุของการเกิดข้อเรียกร้อง

References

1. Asare BY-A, Kwasnicka D, Powell D, Robinson S. Health and well-being of rotation workers in the mining, offshore oil and gas, and construction industry: a systematic review. *BMJ Glob Health*. 2021;6(7):e005112. doi: 10.1136/bmjgh-2021-005112.
2. Hagan-Haynes K, Pratt S, Lerman S, Wong I, Baker A, Flower D, et al. US research needs related to fatigue, sleep, and working hours among oil and gas extraction workers. *Am J Ind Med*. 2022;65(11):840-56. doi: 10.1002/ajim.23310.
3. Parkes KR. Work environment, overtime and sleep among offshore personnel. *Accid Anal Prev*. 2017;99(Pt B):383-8. doi: 10.1016/j.aap.2015.11.022.
4. Suni E, Singh A. The relationship between sleep and workplace accidents. [internet]. 2023 [cited 2023 Dec 23]; Available from: <https://www.sleepfoundation.org/excessive-sleepiness/workplace-accidents>.
5. Riethmeister V, Bültmann U, de Boer MR, Gordijn M, Brouwer S. Examining courses of sleep quality and sleepiness in full 2 weeks on/2 weeks off offshore day shift rotations. *Chronobiol Int*. 2018;35(6):759-72. doi: 10.1080/07420528.2018.1466794.
6. Johnson DA, Billings ME, Hale L. Environmental determinants of insufficient sleep and sleep disorders: implications for population health. *Curr Epidemiol Rep*. 2018;5(2):61-9. doi: 10.1007/s40471-018-0139-y.
7. International Association of Oil & Gas Producers. IOGP safety database – largest database of E&P safety performance - releases 2021 data. [internet]. 2022 [cited 2023 Dec 23]; Available from: <https://www.iogp.org/blog/news/iogp-safety-database-largest-database-of-ep-safety-performance-releases-2021-data/>
8. PTT Exploration and Production Public Company Limited. Annual report 2022.

- [internet]. 2023 [cited 2023 Dec 22] Available from: <https://www.pttep.com/en/Investorrelations/Publications/2022-Annual-Report.aspx>.
9. Kline C. Sleep quality. In: Gellman MD, Turner JR, editors. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York, NY: Springer; 2013.
 10. Buysse DJ, Reynolds CF III, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989;28(2):193-213. doi: 10.1016/0165-1781(89)90047-4.
 11. Costa DD. Sleep and systemic lupus erythematosus. In: *Sleep and quality of life in clinical medicine*. Totowa, NJ: Humana Press; 2008.
 12. Van Laethem M, Beckers DGJ, Kompier MAJ, Dijksterhuis Ap, Geurts SAE. Psychosocial work characteristics and sleep quality: a systematic review of longitudinal and intervention research. *Scand J Work Environ Health*. 2013;39(6): 535-49. doi: 10.5271/sjweh.3376.
 13. Van Reeth O, Weibel L, Spiegel K, Leproult R, Dugovic C, Maccari S. Physiology of sleep (review)–interactions between stress and sleep: from basic research to clinical situations. *Sleep Med Rev*. 2000;4(2):201-19. doi: 10.1053/smr.1999.0097.
 14. Chirawatkul A. *Statistics for health science research*. Bangkok: Witthayaphat; 2010. (in Thai).
 15. Ruankaew P. Case study: occupational stress and sleep quality related factors among machinery service offshore workers [thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2015. (in Thai).
 16. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
 17. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol*. 1998;3(4):322-55. doi: 10.1037//1076-8998.3.4.322.
 18. Phakthongsuk P, Apakupakul N. Psychometric properties of the Thai version of the 22-item and 45-item Karasek job content questionnaire. *Int J Occup Med Environ Health*. 2008;21(4):331-44. doi: 10.2478/v10001-008-0036-6.
 19. Sitasuwan T, Bussaratid S, Ruttanaumpawan P, Chotinaiwattarakul W. Reliability and validity of the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2014; 97Suppl3:S57-67.

20. Jimenez-Vaquero C, Alonso-Dominguez R, Garcia-Yu IA, Martín-Nogueras AM, Sanchez-Aguadero N, Crespo-Sedano A, et al. Analysis of the determinants of sleep quality in a Spanish population: a study protocol for a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2023;13(3):e069444. doi: 10.1136/bmjopen-2022-069444.
21. Akerstedt T, Axelsson J, Lekander M, Orsini N, Kecklund G. Do sleep, stress, and illness explain daily variations in fatigue? A prospective study. *J Psychosom Res*. 2014;76(4):280-5. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.01.005.
22. Kim Y-K, Kramer A, Pak S. Job insecurity and subjective sleep quality: The role of spillover and gender. *Stress Health*. 2021; 37(1):72-92. doi: 10.1002/smi.2974.
23. Chen X, Wei S. Enterprise social media use and overload: A curvilinear relationship. *Journal of Information Technology*. 2019; 34(1):22-38.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ

พัทธ์ธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์* กัญญาวิณี โมกขาว* อภิสรา วงศ์สละ**

บทคัดย่อ

บทนำ : การส่งเสริมสุขภาพจิตช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น นำไปสู่การดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข และมีความผาสุกทางใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย : วิจัยกึ่งทดลอง ตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน ที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และกลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ หาค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .97 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย : พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และความผาสุกทางใจสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และความผาสุกทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปผล : โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์สามารถพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นโปรแกรมนี้สามารถนำไปปรับใช้ให้เข้ากับสถานการณ์และสอดคล้องกับกลุ่มผู้สูงอายุในแต่ละบริบท

คำสำคัญ : การส่งเสริมสุขภาพจิต การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความผาสุกทางใจ ผู้สูงอายุ

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน จังหวัดชลบุรี

ผู้นิพนธ์ประสานงาน: พัทธ์ธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์, E-mail: patteera@bnc.ac.th

Effects of psychological health promotion program using experiential learning on psychological self-care behavior and psychological well-being among older adults

Patteera Wuthiphongpat* Kanyawee Mokkhao* Apisara Wongsala**

Abstract

Background: Psychological health promotion advocates for the psychological self-care behavior of older adults, leading to a healthier everyday life and an improved psychological well-being of older adults.

Objectives: This study aims to study the effects of the psychological health promotion program using experiential learning on psychological self-care behavior and well-being among older adults.

Methods: The sample for this quasi-experimental research was 60 older adults divided into an experimental and control group composed of 30 older adults for each group. The research instruments were the psychological self-care behavior questionnaire and the psychological well-being questionnaire. Cronbach's alpha coefficients for them were .97 and .96, respectively. Data were analyzed using an independent sample t-test.

Results: The finding showed that the average scores of post-test on the psychological healthcare behavior and psychological well-being of the experiment group were significantly higher than the pre-test average scores at .05. Besides, the average scores for psychological self-care behavior and psychological well-being were significantly higher than the average scores of the control group ($p < .05$).

Conclusions: The psychological health promotion program using experiential learning can be used to develop the psychological self-care behavior and the psychological well-being of the elderly. Therefore, this program can be implemented to prevent mental health problems in the elderly within difference contexts involving the elderly.

Keywords: psychological health promotion, experiential learning, psychological self-care behavior, psychological well-being, older adults

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

** Bansoun Sub-District Health Promoting Hospital, Chon Buri Province

Corresponding Author: Patteera Wuthiphongpat, E-mail: patteera@bnc.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ตามคำนิยามของสหประชาชาติ ที่กำหนดสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 เป็นปีเริ่มต้นของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ ร้อยละ 20.1 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2567 มีประชากรสูงอายุ ร้อยละ 26.9 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2583 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 31.28 ของประชากรทั้งหมด¹

ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีความเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกายและจิตใจตามกระบวนการชราที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดน้อยลงจากการสูญเสียสภาพลักษณะรวมทั้งเกิดความคับข้องใจเกี่ยวกับการสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกายและกลัวความตาย² ในด้านการทำงานและบทบาททางสังคม ผู้สูงอายุต้องปลดเกษียณหรือออกจากงาน สูญเสียรายได้ สถานภาพและบทบาททางสังคม ขาดการติดต่อสมาคมกับเพื่อนฝูง ทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวว่าเหว่ ซึมเศร้า และสิ้นหวัง อีกทั้งต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ตามสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพังเพิ่มสูงขึ้น ฉะนั้นหากผู้สูงอายุไม่ได้เตรียมความพร้อมในการปรับตัวและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตที่ไม่เหมาะสมก็จะเกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

รวมถึงภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้³ ในทางตรงข้ามหากผู้สูงอายุยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งกับตนเองและสังคม มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีก็จะทำให้เป็นผู้สูงอายุที่มีความมีความสุขทางใจได้ ฉะนั้นผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นที่จะต้องใส่ใจในการดูแลสุขภาพจิตและการปรับตัวให้เหมาะสม

ความสุขทางใจของผู้สูงอายุหรือการมีสุขภาพจิตที่ดีเป็นตัวชี้วัดหนึ่ง que แสดงออกถึงภาวะสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตและเป็นมิติหนึ่งของความสุข⁴ Ryff และ Keyes⁵ กล่าวว่าความสุขทางใจเป็นความรู้สึก หรือการรับรู้ทางด้านจิตใจ ในเชิงบวกของบุคคลมีการยอมรับนับถือตนเอง มีความเป็นตัวของตัวเองมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น มีความสามารถในการควบคุมจัดการกับสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม มีจุดมุ่งหมายในชีวิตที่ชัดเจน รับรู้ว่าตนเองมีการเจริญเติบโตและประสบความสำเร็จตามศักยภาพของตนได้ การที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพจิตที่ดี หรือมีความสุขทางใจได้นั้น เป็นผลมาจากพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตนั้นเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่บุคคลควรทำมองเห็นคุณค่าของการกระทำ และตัดสินใจลงมือกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งในภาวะปกติและวิกฤติของชีวิต เพื่อดำรงรักษาสุขภาพจิตให้อยู่ในสภาวะที่เป็นสุขได้⁶ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เป็นพฤติกรรมที่สามารถพัฒนาได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี และกำหนดองค์ประกอบของพฤติกรรม ออกเป็น 7 ด้าน คือ

การพัฒนาการรู้จักตนเอง การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ดี การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการเพื่อความเบิกบานใจ การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและเข้าใจชีวิต และการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป⁷

ปัญหาของผู้สูงอายุมักมีทั้งปัญหาด้านสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ขาดผู้ดูแลบางส่วนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ถูกทอดทิ้งให้อยู่ที่บ้านตามลำพัง ขาดความสนใจจากลูกหลาน มีความรู้สึกน้อยใจ เสียใจ เบื่อหน่าย รู้สึกไร้ค่า คิดว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว แยกตัวออกจากสังคมมากขึ้น มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิต และมีความผาสุกทางใจต่ำ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ มีความผาสุกทางใจระดับปานกลาง⁴ และผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองนนทบุรี มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปร้อยละ 16.10³ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ยังมีปัญหาสุขภาพจิตด้านความเครียดและภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 18.92 ซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 8.11 และซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 2.7⁸ ซึ่งจะเห็นได้ว่าในขณะที่สังคมมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมามากขึ้น

การส่งเสริมสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี และมีความผาสุกทางใจ จึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะช่วยป้องกันและลดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต พบว่าส่วนใหญ่เป็น

การศึกษาในรูปแบบของความสัมพันธ และ การศึกษารูปแบบการปฏิบัติของผู้สูงอายุที่มีในท้องถิ่นนั้น ๆ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี และมีความผาสุกทางใจ เนื่องจากการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) เป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม⁹⁻¹⁰ อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียนเป็นแหล่งของการเรียนรู้และพัฒนาพฤติกรรม ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีประสบการณ์ชีวิตและสามารถใช้ประสบการณ์ของตนเองเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้อย่างกว้างขวาง สอดคล้องกับ Honey และ Mumford¹¹ ที่กล่าวว่า การเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นกระบวนการที่สำคัญมาก โดยเฉพาะทักษะชีวิตที่มีการไตร่ตรองอย่างมีวิจรรย์ญาณเกี่ยวกับประสบการณ์การเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีการศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ โดยการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตตามการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

และความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุต่อไป ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมดังกล่าวมาศึกษาผลของ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ

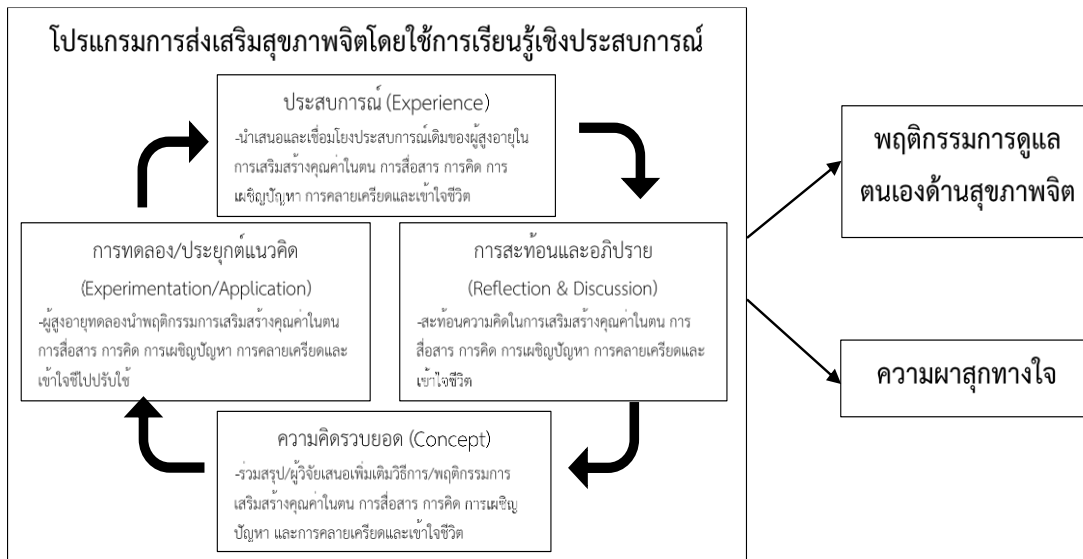
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจของ

ผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning)⁹ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมามาก ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุจะเรียนรู้ได้ดีโดยการเชื่อมโยง สะท้อน/ทบทวนจากประสบการณ์เดิม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี และมีความผาสุกทางใจ ส่วนในกลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุจะเข้าร่วมเฉพาะกิจกรรมที่เป็นของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดขึ้น ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับ

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ จำนวน 6 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย คือ เมษายน 2565 ถึงมีนาคม 2566

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตตำบลหนึ่งของอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 974 คน

ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตหนึ่งของอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 60 คน คำนวณตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* power โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of The Test) ร้อยละ 95 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และค่า Effect Size 0.7 ได้ขนาดตัวอย่าง 24 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงใช้ตัวอย่างในการทดลองครั้งนี้ จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน โดยผู้วิจัยทำการจับคู่ (Match Pairs) ตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกัน และทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ให้เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า ดังนี้ 1) อ่านออกและเขียนได้ 2) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตลอดระยะเวลาของโปรแกรม 3) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิต เกณฑ์การคัดออก คือ 1) มีความพิการหรือมีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และ 2) มีปัญหาการได้ยินการมองเห็น การพูด และไม่สามารถสื่อสารเข้าใจได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และความเพียงพอของรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปรับปรุงและพัฒนาจากแบบสอบถามแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2543⁷ โดยทบทวนและปรับข้อคำถามให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น มีข้อคำถามจำนวน 46 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 5 คะแนน ถึงปฏิบัติ น้อยหรือไม่ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน การแปลผล คะแนน 4.51 - 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด คะแนน 3.51 - 4.50 หมายถึง ระดับมาก คะแนน 2.51 - 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนน 1.51 - 2.50 หมายถึง ระดับน้อย และคะแนน 1.00 - 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และนำแบบวัดที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน เพื่อหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.97

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดความผาสุกทางใจของ Ryff และ Keyes⁵ มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน ถึงไม่เห็นด้วยให้ 1 คะแนน การแปลผล คะแนน 4.51 - 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด คะแนน 3.51 - 4.50 หมายถึง ระดับมาก คะแนน 2.51 - 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนน 1.51 - 2.50 หมายถึง ระดับน้อย และคะแนน 1.00 - 1.50 หมายถึง ระดับน้อย

ที่สุด ตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และนำแบบวัดที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน เพื่อหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb⁹ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 6 ครั้ง กลุ่มทดลองจะเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 - 2 ชั่วโมง ในวันจันทร์และวันพฤหัสบดี รวม 3 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยชี้แจงความสำคัญของการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความผาสุกทางใจ และการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต พร้อมทั้งการนัดวันเวลา การเข้าร่วมโปรแกรม

ครั้งที่ 2 กิจกรรมการเสริมสร้างความมีคุณค่าแห่งตน ผู้วิจัยนำเสนอความสำคัญของการรู้จักตนเอง และให้ตัวอย่างแนะนำตนเอง ในประเด็นฉันมี... ฉันเป็น... และฉันสามารถ...รวมทั้งเป้าหมายหรือความหวังในชีวิต และร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงวิธีการรู้จักตนเอง รู้คุณค่าในตนเองเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ และร่วมกันสรุปวิธีการพัฒนาการรู้จักตนเอง เพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 3 กิจกรรมการพัฒนาเทคนิคการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยนำเสนอความสำคัญของการสื่อสาร และนำเสนอกรณีตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และไม่มีประสิทธิภาพ หลังจากนั้นให้ตัวอย่างเล่า

ประสบการณ์ของตนเองที่คล้ายคลึงกัน และสมาชิกร่วมสะท้อนความคิด/อภิปรายถึงพฤติกรรมการสื่อสาร และผลที่เกิดขึ้น สรุปแนวทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพร่วมกันในการนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 4 กิจกรรมการพัฒนาความคิดอย่างมีความสุขและการเผชิญสถานการณ์ชีวิต ผู้วิจัยนำเสนอความสำคัญของการคิด และการเผชิญปัญหา พร้อมทั้งนำเสนอกรณีศึกษาการคิดแบบแก้ปัญหา และการคิดแบบมุ่งอารมณ์ในการเผชิญปัญหา แล้วเปิดโอกาสให้ตัวอย่างเล่าประสบการณ์ของตนเอง ให้สมาชิกร่วมสะท้อน/แลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงพฤติกรรมและผลของพฤติกรรม และร่วมสรุปวิธีการคิดและการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสมเพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 5 กิจกรรมการพัฒนาทักษะการคลายเครียดและเข้าใจชีวิต ผู้วิจัยนำเสนอความสำคัญของการจัดการความเครียด และให้ตัวอย่างเล่าประสบการณ์/วิธีการคลายเครียดของตนเอง อภิปราย/แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ตัวอย่างทำสมาธิเบื้องต้นร่วมกัน หลังจากนั้นให้สะท้อนความรู้สึกที่ได้รับ และร่วมกันสรุปวิธีการคลายเครียดและเข้าใจชีวิตเพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 6 การประเมินผล ผู้วิจัยให้ตัวอย่างร่วมอภิปรายและสะท้อนคิดว่า รู้สึกอย่างไรกับการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต ผลที่ได้รับ และการนำไปใช้ในการดูแลตนเอง และร่วมสรุปประเด็นสำคัญของการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอีกครั้ง

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ได้รับการตรวจสอบ คุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 และนำทดลองใช้กับกลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 10 คน มีค่าประสิทธิภาพตามเกณฑ์ประสิทธิภาพ E1/E2 เท่ากับ 80/80

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เลขที่ใบรับรอง BNC REC 03/2565 เมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2565

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้สูงอายุโดยผ่าน ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนึ่งในอำเภอ เมือง จังหวัดชลบุรี อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของขั้นตอนการวิจัย สอบถามความ สัมผัสใจเข้าร่วมการวิจัย และเซ็นยินยอมเข้าร่วม การวิจัย

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองด้าน สุขภาพจิต และแบบสอบถามความ ผาสุกทางใจ จากผู้สูงอายุก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ตรวจสอบ ความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถาม แยกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. ผู้วิจัยปฐมนิเทศและดำเนินกิจกรรม ตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ที่สร้างขึ้นจำนวน 6 ครั้ง ในกลุ่มทดลอง

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และแบบสอบถามความ ผาสุกทางใจจากผู้สูงอายุ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov Test พบว่าข้อมูลของตัวอย่าง มีการกระจายปกติ ($p > .05$) จึงเปรียบเทียบ พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและ ความ ผาสุกทางใจของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้ เชิงประสบการณ์ของ กลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ dependent t-test และเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและความ ผาสุกทางใจ ของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent-t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.33 เท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.67 และ 50.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 73.33 และ 83.33 ตามลำดับ มี สถานภาพสมรส/คู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.33 และ 50.00 ตามลำดับ และมีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 86.67 และ 83.33 ตามลำดับ

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้

เชิงประสบการณ์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และความผาสุกทางใจ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และความผาสุกทางใจของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	3.083	0.389	3.986	0.051	-12.990*	<.001
ความผาสุกทางใจ	3.268	0.424	4.000	0.076	-9.250*	<.001

*p<.05

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน

สุขภาพจิตและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและความผาสุกทางใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	3.087	0.381	3.986	0.051	-12.816*	<.001
ความผาสุกทางใจ	3.286	0.401	4.000	0.401	-9.550*	<.001

*p<.05

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจ

สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

และสูงกว่ากลุ่มควบคุม เป็นผลมาจากการที่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมได้รับการพัฒนามาจากองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ การสร้างสัมพันธภาพ การเสริมสร้างควมมีคุณค่าแห่งตน การพัฒนาเทคนิคการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความคิดอย่างมีความสุขและการเผชิญสถานการณ์ชีวิต การพัฒนาทักษะการคลายเครียดและเข้าใจชีวิต และการประเมินผล แต่ละกิจกรรมใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ตามขั้นตอนการเรียนรู้ของ Kolb⁹ คือ

1) **ขั้นประสบการณ์ (Experience)** มีการนำเสนอเรื่องราวชีวิตจริงของผู้สูงอายุทั้งเหตุการณ์ที่เป็นเชิงบวกและเหตุการณ์เชิงลบ ทำให้อายุสามารถเชื่อมโยง และดึงประสบการณ์ของตนเองมาแบ่งปันกับสมาชิกในกลุ่มที่อาจมีประสบการณ์ที่เหมือนหรือต่างไปจากตนเอง ซึ่งเป็นการมุ่งเน้นให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม^{9,13}

2) **ขั้นสะท้อนคิด และอภิปราย (Reflection and Discussion)** ตัวอย่างได้ร่วมกันสะท้อนความคิด และอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อเหตุการณ์ตามสถานการณ์ตัวอย่าง ประสบการณ์ของตนเองและของสมาชิกในกลุ่มที่นำมาแลกเปลี่ยนว่าเป็นอย่างไรตามเหตุและผลได้อย่างชัดเจน ตัวอย่างได้เรียนรู้ความคิด ความรู้สึกของผู้อื่นที่ต่างไปจากตนเอง ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น^{9-10,12} เช่น ผลของการคิดบวก และการคิดลบต่อสถานการณ์ในชีวิตของตนเอง ทำให้มีผลต่อความสุขและความทุกข์ทั้งของตนเองและบุคคลในครอบครัว

3) **ขั้นความคิดรวบยอด (Conceptualize)** ตัวอย่างได้ร่วมสรุปวิธีการ/พฤติกรรมที่เหมาะสม

และมีความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถในการพัฒนาพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของตนเองได้ โดยตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนวิธีการคิด และการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เช่น เมื่อมีเหตุการณ์มากระทบให้ไม่พอใจ จะใช้การรู้เท่าทันอารมณ์ สูดหายใจเข้าออกลึกๆ ให้ใจเย็นลง ก่อนพิจารณาแก้ปัญหา

4) **ขั้นการทดลอง/การประยุกต์แนวคิด (Apply)** ตัวอย่างได้มีโอกาสทดลองนำพฤติกรรมที่ร่วมกันสรุป ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ มีการเว้นระยะในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทำให้มีโอกาสหาวิธีการปฏิบัติไปทดลองใช้ในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹² และการศึกษาผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติ การคัดกรองและให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน พบว่า การปฏิบัติ การคัดกรอง และให้คำแนะนำโรคสูงกว่าก่อนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์สามารถพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุได้ จึงควรนำโปรแกรมนี้

ไปปรับใช้ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยสามารถปรับสถานการณ์โปรแกรมให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มผู้สูงอายุที่นำไปใช้

ข้อเสนอแนะ

นำแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ไปปรับและทดลองใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านสุขภาพจิตในวัยอื่น ๆ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับผู้สูงอายุ

References

1. Office of The National and Social Development Council. The national economic and social development plan (2023-2027). [internet]. 2022 [cited 2022 Jun 8]; Available from: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2565/E/258/T_0001.PDF. (in Thai).
2. Hogstel MO. Nursing care of the older adult. 3rd ed. Clifton Park, NY: Delmar; 1994.
3. Khamwong W, Hnoosawutt J, Yamboonruang T, Teunjarern Y. Correlation between personal factors, self-care behaviors regarding mental health status among the elders in Mueang Nonthaburi District, Nonthaburi Province, Thailand. *Journal of Health Science Research*. 2020;14(3):131-44. (in Thai).
4. Tongasuk Y, Vatanasin D, Hengudomsu P. Factors influencing psychological well-being among older adults. *The Journal of Nursing and Mental Health*. 2019;33(1):95-110. (in Thai).
5. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol*. 1995;69(4):719-27. doi: 10.1037//0022-3514.69.4.719.
6. Hill L, Smith N. Self-care nursing: promotion of health. 2nd ed. Norwalk, CA: Appleton & Lange; 1990.
7. Wuthiphong J. Effects of psychological health promotion program on psychological self-care behaviors [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2000. (in Thai).
8. Klinwichit S, Klinwichit W, Incha P, Klinwichit P. Mental health evaluation of elderly with chronic illness in community: Saensuk Municipality, Chon Buri, Thailand. *Burapha Journal of Medicine*. 2015;2(1):21-33. (in Thai).
9. Kolb DA. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1984.
10. Kolb AY, Kolb DA. Learning styles and learning spaces: enhancing experiential learning in higher education. *Acad Manag Learn Edu*. 2005;4(2):193-212. doi: 10.5465/AMLE.2005.17268566.
11. Honey P, Mumford A. *The manual of learning styles*. 3rd ed. Berkshire: Peter Honey; 1992.
12. Pongpumma L, Kaewprom C, Yodprasert T, Khunkaew S. The effect of Participatory learning program on health promotion behavior among older person in a Bansuan district, Chon Buri.

- Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal. 2021;13(2):45-58. (in Thai).
13. Meethip N, Tumdee D, Bhuddhirakkul P. Effects of experiential learning on knowledge and screening practice and advice for hypertension among village health volunteers. Nursing Journal. 2016;43Suppl:104-15. (in Thai).

ความเครียดและการเผชิญความเครียดในสตรีหลังทราบผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ระหว่างรอส่งกล้องทางช่องคลอดและฟังผลชิ้นเนื้อ

สุชาฉันทน์ รัชฎัญกุลสัจจา* บัวหลวง สำแดงฤทธิ์* ธีราภรณ์ จันทร์ดา*

บทคัดย่อ

บทนำ : สตรีที่รับทราบผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ต้องรอเข้ารับการส่งกล้องทางช่องคลอด และฟังผลชิ้นเนื้ออาจเกิดความเครียด ซึ่งการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม อาจช่วยทำให้สตรีลดความเครียดในแต่ละช่วงเวลาได้

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อเปรียบเทียบความเครียด และการเผชิญความเครียดในสตรีหลังทราบผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ระหว่างรอส่งกล้องทางช่องคลอดและรอฟังผลชิ้นเนื้อ

วิธีการวิจัย : การวิจัยพรรณนาเชิงเปรียบเทียบ ตัวอย่าง คือ สตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติที่ต้องเข้ามารับการส่งกล้องทางช่องคลอดและตัดผลชิ้นเนื้อ ปากมดลูกที่โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย และมีผลการคัดกรองความเครียดตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป จำนวน 90 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดระดับความเครียด และ 3) แบบสอบถามการเผชิญความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนชนิด Kruskal-Wallis Test

ผลการวิจัย : ตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 38.83 ปี (SD=13.06) ความเครียดทั้งสามช่วงเวลามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ส่วนการเผชิญความเครียดโดยรวมทั้งสามช่วงเวลาไม่แตกต่างกัน วิธีการเผชิญความเครียดที่ตัวอย่างใช้คือ การเผชิญปัญหา ($M=39.11$, $SD=5.43$) การบรรเทาความเครียด ($M=34.18$, $SD=4.75$) และการจัดการอารมณ์ ($M=20.41$, $SD=5.03$) ตามลำดับ

สรุปผล : ความเครียดของสตรีที่ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา แต่การเผชิญความเครียดโดยรวมไม่แตกต่างกัน พยาบาลนรีเวชสามารถให้คำแนะนำในการเผชิญความเครียดให้กับสตรีเป็นรายบุคคลได้อย่างเหมาะสมตามช่วงเวลา

คำสำคัญ : ความเครียด การเผชิญความเครียด ผลคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ การส่งกล้องทางช่องคลอด ฟังผลชิ้นเนื้อ

* โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้นิพนธ์ประสานงาน: บัวหลวง สำแดงฤทธิ์, E-mail: bualuang.sum@mahidol.ac.th

Stress and coping among women receiving result of abnormal pap smear during the waits for colposcopy clinic and pathology result

Suchanan Thanyakunsajja* Bualuang Sumdaengrit* Tiraporn Junda*

Abstract

Background: When women received result of abnormal pap smear, they had to wait for physical examination in colposcopy clinic and pathology result which may be stress inducing. Appropriate coping method may help women reduce their stress levels in each period of time.

Objectives: To compare the stress and coping method in women after receiving result of abnormal pap smear, especially during the waits for colposcopy clinic and pathology result.

Methods: Comparative descriptive research. The samples were women with abnormal Pap smears during the waits for colposcopy clinic and pathology results from cervical biopsy in 90 patients who had stress scores more than or equal to 4. The research instruments included 1) a personal information questionnaire, 2) a stress level scale, and 3) a coping questionnaire. Data analysis involved calculating percentage, means, standard deviations and the Kruskal-Wallis Test.

Results: The results found that the average age of the samples was 38.83 years (SD=13.06). When comparing stress in all three periods, there was a statistically significant difference in stress level ($p<.05$). The overall comparison of coping method was not different. The most common methods used for coping with stress were confrontive coping (M=39.11, SD=5.43), palliative coping (M=34.18, SD=4.75), and emotional coping (M=20.41, SD=5.03), respectively.

Conclusions: Stress levels in women with abnormal pap smears were different in each period, but the overall coping method was not different in each period. Gynecological nurses can recommend appropriate strategies for coping with stress on an individual basis at each time.

Keywords: stress, coping, abnormal pap smear, colposcopy, waiting for pathology result

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

Corresponding Author: Bualuang Sumdaengrit, E-mail: bualuang.sum@mahidol.ac.th

บทนำ

จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับ 4 ของการเกิดมะเร็งในสตรีทั่วโลก โดยพบสตรีที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกจำนวน 570,000 ราย และพบอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกจำนวน 311,000 ราย¹⁻² ในประเทศไทย จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติปี พ.ศ. 2565 พบมะเร็งปากมดลูกมีอุบัติการณ์การเกิดเป็นอันดับที่ 5 ของมะเร็งที่พบได้ในสตรีไทย รองจากมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งตับ และมะเร็งปอด อัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกมีจำนวน 8,662 ราย จากผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด 183,541 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.7 และพบอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกจำนวน 4,576 ราย จากผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมดด้วยมะเร็ง 118,829 ราย³ มะเร็งปากมดลูกจึงยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์และสุขภาพมีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก อีกทั้งยังมีช่องทางที่เข้าถึงการบริการด้านสุขภาพสำหรับสตรีมากขึ้น โดยปัจจุบันได้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลาย ๆ วิธี สำหรับในประเทศไทยมีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหรือที่เรียกว่า Pap Smear Test ซึ่งสามารถพบความผิดปกติของรอยโรคได้ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ทำให้ลดอัตราการพัฒนาของเซลล์ที่ผิดปกติก่อนที่จะลุกลามเป็นมะเร็งปากมดลูก⁴ โดยปกติสตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหากมีผลที่ผิดปกติ (Abnormal Pap Smear) พยาบาลที่หน่วยผู้ป่วยนอกนรีเวชจะทำการแจ้งผลทางโทรศัพท์และทำการนัดติดตามให้เข้ามารับการวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยการส่องกล้องทาง

ช่องคลอด (Colposcopy) โดยแพทย์ทางนรีเวชที่ทำการส่องกล้องหากเห็นรอยโรคที่ชัดเจน จะทำการตัดชิ้นเนื้อบริเวณปากมดลูกเพื่อส่งตรวจทางพยาธิสภาพต่อไป ซึ่งในระยะรอฟังผลชิ้นเนื้อ (Cervical Biopsy) จำเป็นต้องใช้เวลารอคอยประมาณ 2 สัปดาห์⁵⁻⁶ การใช้ระยะเวลาในการรอคอยการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคในแต่ละช่วงเวลาในขณะที่ตรวจพบมะเร็งปากมดลูกผิดปกติอาจส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของสตรีได้ ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว และในบางครั้งอาจเกิดความแคลงใจต่อผลการวินิจฉัยของแพทย์ได้⁷

ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Folkman and Lazarus กล่าวว่าความเครียดเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม⁸ สถานการณ์ที่สตรีได้รับแจ้งผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติจนถึงช่วงระยะเวลาที่ได้รับการส่องกล้องทางช่องคลอดและระยะรอฟังผลชิ้นเนื้อ มักใช้เวลารอคอยแต่ละช่วงนานถึง 2 สัปดาห์ ในสถานการณ์ช่วงนี้ทำให้สตรีเกิดความเครียดได้ จากการทบทวนวรรณกรรม ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Folkman and Lazarus ในการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสตรีที่รับทราบผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ พบว่า สตรีมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง (STAI > 40 คะแนน) ร้อยละ 60.3⁹ ส่วนใหญ่มีความกังวลว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูกกลัวการเสียชีวิต กังวลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยสิ่งที่ต้องการมากที่สุดคือ ข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรคและแนวทางการรักษาที่ถูกต้อง ต้องการการสนับสนุนทางจิตใจและค่าใช้จ่าย ค่าแนะนำในการดูแลตัวเองระหว่างรอรักษา และการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาที่ถูกต้อง^{9,10}

ส่วนวิธีการเผชิญความเครียดส่วนใหญ่ใช้หลายด้านร่วมกัน โดยใช้การเผชิญปัญหามากที่สุด รองลงมาใช้ด้านการบรรเทาความเครียด และด้านการจัดการอารมณ์ตามลำดับ¹¹ จากการศึกษาในสตรีช่วงระหว่างรอเข้ารับการส่องกล้องทางช่องคลอด สตรีส่วนใหญ่ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติในระดับ LSIL ถึง HSIL รายใหม่มักมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงสูง (STAI > 40) ร้อยละ 75.4¹² โดยสตรีส่วนใหญ่ระบุว่า ยังคงกลัวการเป็นมะเร็งปากมดลูกกลัวความเจ็บปวดหรือความไม่สบายระหว่าง การส่องกล้อง กลัวผลกระทบต่อการมีบุตร และการส่งผลกระทบต่อเรื่องเพศสัมพันธ์กับคู่ ในอนาคตได้ ซึ่งในช่วงระหว่างรอการส่องกล้องทางช่องคลอดนี้ สตรีส่วนใหญ่ยังคงใช้วิธีการเผชิญความเครียดหลายด้านร่วมกัน โดยใช้การเผชิญปัญหามากที่สุด¹²⁻¹³ เหมือนช่วงหลังทราบผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดในสตรีช่วงระหว่างรอฟังผลชิ้นเนื้อ ซึ่งน่าจะเป็นช่วงเวลาที่ทำให้สตรีอาจเกิดความเครียดสูงได้ เนื่องจากเป็นช่วงที่กำลังที่อาจได้รับข่าวร้ายจากการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้

ดังนั้นการที่สตรีรับทราบผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติแล้วต้องรอเพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางช่องคลอด รวมถึงการตัดชิ้นเนื้อบริเวณปากมดลูกไปส่งตรวจทางพยาธิวิทยา นับว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งสตรีต้องหาแนวทางการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมต่อตนเอง ต้องใช้ระยะเวลาและความยากลำบากในการที่จะผ่านกับสถานการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ รวมทั้งยังอาจเกิดความเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ เช่น การเกิด

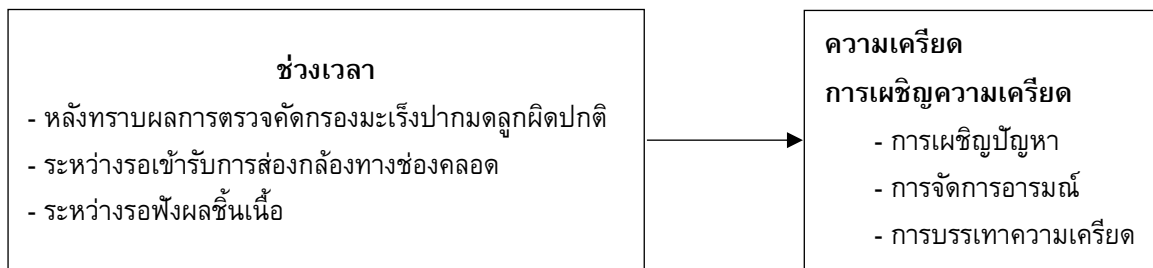
ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง การปรับตัวต่อครอบครัวและสังคม มีการเปลี่ยนแปลงของรายได้ เนื่องจากการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้สตรีมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้คำแนะนำเพื่อให้สตรีมีแนวทางในการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม และวางแผนพัฒนาโปรแกรมความรู้ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพให้กับสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความเครียดและการเผชิญความเครียดในสตรี หลังทราบผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ระหว่างรอเข้ารับการส่องกล้องทางช่องคลอด และรอฟังผลชิ้นเนื้อ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีความเครียดของ Folkman and Lazarus⁸ ที่กล่าวว่าความเครียดเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม และเมื่อบุคคลมีความเครียดเกิดขึ้นก็จะพยายามลดความเครียดด้วยการหาวิธีที่จะเผชิญกับความเครียดเหล่านั้น โดยทำการศึกษาค่าความเครียดและการเผชิญความเครียดของสตรีใน 3 ช่วงเวลา คือ 1) หลังทราบผลการตรวจคัดกรองเซลล์มะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ 2) ระหว่างรอรับการส่องกล้องทางช่องคลอดและ 3) ระหว่างรอฟังผลชิ้นเนื้อ ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียด แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การเผชิญปัญหา การจัดการอารมณ์ และการบรรเทาความเครียด ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Descriptive Study) เพื่อเปรียบเทียบความเครียดและการเผชิญความเครียดของสตรี หลังทราบผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ระหว่างเข้ารับการตรวจด้วยการส่องกล้องทางช่องคลอด และรอฟังผลชิ้นเนื้อ

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีที่ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ จากการตรวจคัดกรองที่คลินิกตรวจผู้ป่วยนอกนรีเวช โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 343 คน

ตัวอย่าง เป็นสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติที่ต้องเข้ารับการตรวจด้วยการส่องกล้องทางช่องคลอดและรับการตัดชิ้นเนื้อบริเวณปากมดลูก คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ G Power อำนาจการทดสอบที่ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และใช้ค่า Effect Size เท่ากับ .35 ได้ตัวอย่างจำนวน 84 คน เพิ่มการสุ่มหายของตัวอย่างร้อยละ 5 ได้ตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 90 คน การเลือกตัวอย่างใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

ซึ่งมีเกณฑ์คัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นสตรีที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ทราบผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ระหว่างรอเข้ารับการส่องกล้องทางช่องคลอด และฟังผลชิ้นเนื้อ 2) มีคะแนนระดับความเครียดมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน จากการประเมินด้วยแบบวัดระดับความเครียดของ National Comprehensive Cancer Network (NCCN) แปลเป็นภาษาไทยโดย กุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ และสาวิตรี เจติยานุวัตร¹⁴ 3) สามารถพูดและเข้าใจ ในกรณีที่ตัวอย่างมีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ต้องผ่านแบบทดสอบสมรรถภาพการรู้คิด (6 CIT)¹⁵ และได้คะแนนไม่เกิน 7 คะแนน และเกณฑ์ในการคัดออก คือ มีประวัติเป็นมะเร็งชนิดอื่นมาก่อน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองตัวอย่าง มีทั้งหมด 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ (6CIT) ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่พัฒนาโดย Brooke และ Bullock แปลเป็นภาษาไทยโดยสุภาพ อารีเอื้อ และพิชญ์ประอร ยังเจริญ¹⁵ มาใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองสตรีที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป เพื่อประเมินสภาวะสมองเสื่อม

ในผู้สูงอายุ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 6 ข้อ ใช้ในการประเมินสภาวะรอบตัว จำนวน 3 ข้อ ประเมินในการรับรู้เวลา เดือน และปี ความสามารถในการรับรู้ข้อมูล ความตั้งใจ จำนวน 2 ข้อ และประเมินความจำ โดยให้ผู้รับการประเมินจำชื่อนามสกุล ถนน บ้านเลขที่ จังหวัด จำนวน 1 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน หากได้คะแนนตั้งแต่ 0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีควมบกพร่องในด้านการรู้คิด สามารถเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้

ส่วนที่ 2 แบบวัดระดับความเครียด ผู้วิจัยนำแบบแบบวัดระดับความเครียดของ National Comprehensive Cancer Network (NCCN) แปลเป็นภาษาไทยโดย กุซงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ และ สาวิตรี เจตียนานูวัต¹⁴ โดย 0 คะแนนหมายถึง ไม่มีความเครียดเลย และ 10 คะแนนหมายถึง เครียดมากที่สุด หากได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน สามารถเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ประวัติการเป็นมะเร็งปากมดลูกของสมาชิกในครอบครัว เหตุผลในการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกในครั้งนี้ ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านมา ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติและผลการตรวจทางพยาธิวิทยาตามระบบ The Bethesda¹⁶

ส่วนที่ 2 แบบวัดระดับความเครียด ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบวัดระดับความเครียดของ สุชาติา ดิรักษา, บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ และชนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ¹⁷ เป็นแบบวัดชนิด Visual analog scale โดยให้ตัวอย่างทำเครื่องหมาย “X” ตามความรู้สึกจริงของตนเองบนเส้นตรงความยาว

10 เซนติเมตร มีตัวเลขและข้อความกำกับหัวท้ายของเส้นตรง โดยแบ่งเกณฑ์วัดระดับความเครียดดังนี้ 0 หมายถึงไม่มีความเครียดเลย 1-3 คะแนน หมายถึง ระดับความเครียดต่ำ 4-6 คะแนน หมายถึง ระดับความเครียดปานกลาง และ 7-10 คะแนน หมายถึง ระดับความเครียดสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามที่พัฒนาโดย จันทกานต์ ช่างวัฒนชัย¹¹ ประกอบด้วย ข้อความที่เป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียด จำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเผชิญปัญหา 13 ข้อ ด้านการจัดการอารมณ์ 9 ข้อ และด้านการบรรเทาความเครียด 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่ได้ใช้พฤติกรรมนั้นเลย ให้ 1 คะแนน จนถึงใช้พฤติกรรมนั้นเกือบทุกครั้ง ให้ 5 คะแนน การแปลผลใช้คะแนนสัมพัทธ์ (Relative Score) ซึ่งเป็นค่าที่ได้จากการคำนวณโดยการรวมคะแนนจริงที่ได้ในแต่ละด้านแล้วหาค่าเฉลี่ยของแต่ละด้าน จากนั้นนำค่าเฉลี่ยของแต่ละด้าน หาดด้วยค่าเฉลี่ยโดยรวม และนำไปเปรียบเทียบกันทั้ง 3 ด้าน โดยคะแนนสัมพัทธ์ในแต่ละด้านมีค่าระหว่าง 0-1 หากมีคะแนนมากแสดงว่า ตัวอย่างมีการใช้การเผชิญความเครียดในด้านนั้นมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แบบวัดระดับความเครียด เป็น Visual analog scale เพียง 1 scale ผู้วิจัยหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการวัดระดับความเครียดซ้ำ 2 ครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ในสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติที่ไม่ใช่ตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเที่ยงแบบชนิดวัดซ้ำ (Test retest reliability) เท่ากับ .63

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยการหาค่า IOC จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .90 จากนั้นนำเครื่องมือทดสอบค่าความเที่ยงในสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติที่ไม่ใช่ตัวอย่าง จำนวน 10 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .97

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลรามธิบดี เอกสารรับรองเลขที่ COA. MURA 2021/657 ลงวันที่รับรอง 13 สิงหาคม พ.ศ. 2564

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด หลังจากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย และให้ตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงว่าจะมีการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 เมื่อรับรู้ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ตัวอย่างจะตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดระดับความเครียด และแบบสอบถามการเผชิญความเครียด ครั้งที่ 2 ช่วงที่รอเข้ารับการส่องกล้องทางช่องคลอด และครั้งที่ 3 ช่วงรอฟังผลชิ้นเนื้อ ตัวอย่างจะตอบแบบวัดระดับความเครียด และแบบสอบถามการเผชิญความเครียด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความเครียด และการเผชิญความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยสัมพัทธ์

2) เปรียบเทียบความเครียดและการเผชิญความเครียดใน 3 ช่วงเวลา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน Kruskal-Wallis test เนื่องจากข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ (Normality) และความแปรปรวนของกลุ่มไม่เท่ากัน

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล ตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 20 ถึง 85 ปี มีอายุเฉลี่ย 38.83 ปี (SD = 13.06) เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุ พบว่ามีช่วงอายุมากที่สุด คือ อายุ 20-40 ปี มีร้อยละ 63.30 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.90 สถานภาพโสดร้อยละ 63.30 และไม่เคยผ่านการมีบุตร ร้อยละ 66.70

ระดับความเครียด และการเผชิญความเครียด ตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดช่วงที่ 1 หลังทราบผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ อยู่ในระดับสูง (M=7.27, SD=1.70) คะแนนเฉลี่ยของความเครียดช่วงที่ 2 ระหว่างรอเข้ารับการส่องกล้องทางช่องคลอด และตัดชิ้นเนื้อบริเวณปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง (M=6.17, SD=1.93) และคะแนนเฉลี่ยของความเครียดช่วงที่ 3 ระหว่างรอฟังผลชิ้นเนื้ออยู่ในระดับปานกลาง (M=4.58, SD=2.01) ในส่วนการเผชิญความเครียด ตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดหลายด้านร่วมกัน โดยมีคะแนนสัมพัทธ์การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหา ช่วงที่ 1, 2 และ 3 มีค่าใกล้เคียงกันระหว่าง 0.40-0.42 คะแนนสัมพัทธ์การเผชิญความเครียดด้านการจัดการอารมณ์ ช่วงที่ 1, 2 และ 3 มีค่าระหว่าง 0.20-0.22 ส่วนคะแนนสัมพัทธ์การเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความเครียดช่วงที่ 1, 2 และ 3 มีค่าระหว่าง 0.38-0.40 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสัมพัทธ์ของความเครียดและการเผชิญ
ความเครียดของตัวอย่าง หลังทราบผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ระหว่างรอ
เข้ารับการส่องกล้องทางช่องคลอดและรอฟังผลชิ้นเนื้อ (n=90)

ตัวแปร/ช่วงเวลา	ช่วงที่ 1			ช่วงที่ 2			ช่วงที่ 3		
	M	SD	R	M	SD	R	M	SD	R
ระดับความเครียด	7.27	1.70	-	6.17	1.93	-	4.58	2.01	-
การเผชิญความเครียดโดยรวม	95.89	27.29	-	94.38	22.34	-	93.70	13.20	-
ด้านการเผชิญปัญหา	37.96	11.31	0.40	37.68	8.49	0.40	39.11	5.43	0.42
ด้านการจัดการอารมณ์	19.01	5.86	0.20	20.20	7.29	0.20	20.41	5.03	0.22
ด้านการบรรเทาความเครียด	38.92	11.02	0.40	36.05	8.59	0.40	34.18	4.75	0.38

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย
ความเครียดและการเผชิญความเครียดใน
3 ช่วงเวลา พบว่า ตัวอย่างมีความเครียด
ภายหลังทราบผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก
มดลูกผิดปกติ ระหว่างรอส่องกล้องทางช่องคลอด
และฟังผลชิ้นเนื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคะแนนเฉลี่ยของการ
เผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความเครียด
หลังทราบผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ผิดปกติกับช่วงระหว่างรอฟังผลชิ้นเนื้อ แตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดง
ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดและการเผชิญความเครียดตัวอย่าง หลังทราบผลการ
ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ระหว่างรอเข้ารับการส่องกล้องทางช่องคลอด และ
ฟังผลชิ้นเนื้อ

ตัวแปร	(I) เวลา	(J) เวลา	ความต่าง ค่าเฉลี่ย (I-J)	Std.error	p	95% Confidence interval	
						Lower bound	Upper bound
ความเครียด (Scheffe)	1	2	1.100*	.280	.001	.41	1.79
		3	2.689*	.280	.000	2.00	3.38
	2	1	-1.100*	.280	.001	-1.79	-.41
		3	1.589*	.280	.000	.90	2.28
	3	1	-2.689*	.280	.000	-3.38	-2.00
		2	-1.589*	.280	.000	-2.28	-.90
ด้านการเผชิญ ปัญหา (Scheffe)	1	2	.278	1.303	.978	-2.93	3.49
		3	-1.156	1.303	.675	-4.36	2.05
	2	1	-.278	1.303	.978	-3.49	2.93
		3	-1.433	1.303	.547	-4.64	1.77
	3	1	1.156	1.303	.675	-2.05	4.36
		2	1.433	1.303	.547	-1.77	4.64

ตัวแปร	ความต่าง		Std.error	p	95%Confidence interval		
	(I) เวลา	(J) เวลา			ค่าเฉลี่ย (I-J)	Lower bound	Upper bound
ด้านการจัดการ อารมณ์ (Scheffe)	1	2	-1.189	.914	.430	-3.44	1.06
	2	1	1.189	.914	.430	-1.06	3.44
		3	-2.211	.914	.974	-2.46	2.04
	3	1	1.400	.914	.311	-.85	3.65
		2	.211	.914	.974	-2.04	2.46
ด้านบรรเทา ความเครียด(Scheffe)	1	2	2.422	1.270	.164	-.70	5.55
	2	1	-2.422	1.270	.164	-5.55	.70
		3	2.322	1.270	.190	-.80	5.45
	3	1	-4.744*	1.270	.001	-7.87	-1.62
		2	-2.322	1.270	.190	-5.45	.80

* p<.05

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าตัวอย่างมีความเครียดทั้ง 3 ช่วงเวลาที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าหลังรับทราบผลความผิดปกติของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตัวอย่างมีความเครียดสูงกว่าในช่วงรอการส่องกล้องทางช่องคลอดและฟังผลชิ้นเนื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทกานต์ ช่างวัฒนชัย¹¹, Jentschke et al.¹⁰ ทั้งนี้ตัวอย่างระบุว่าเมื่อพยาบาลโทรศัพท์ไปแจ้งผลว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ จะมีความเครียดสูงเพราะกลัวเป็นมะเร็ง มีความไม่แน่ใจถึงผลการตรวจที่ผิดปกติ อย่างไรก็ตามในช่วงเวลาที่รอรับการส่องกล้องทางช่องคลอด ความเครียดเริ่มลดลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wittenborn et al.¹² และ ธนัท จิรโชติชื่นทวีชัย, กิตติภัท เจริญขวัญ และณัททัย วงษ์ปการันย์¹³ ทั้งนี้เนื่องจากก่อนรับการตรวจด้วยการส่องกล้องทางช่องคลอด พยาบาลในคลินิกจะสอนและให้

คำแนะนำเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และสิ่งที่สตรีพบเมื่อเข้ารับการตรวจด้วยกล้องทางช่องคลอด จะเห็นว่าคะแนนความเครียดลดลงจากช่วงที่ 1 แต่ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ 4 คะแนน ทั้งนี้ ตัวอย่างอาจยังคงกลัวการเป็นมะเร็งปากมดลูก กลัวความเจ็บปวดและความไม่สบายระหว่างการส่องกล้องทางช่องคลอดและตัดชิ้นเนื้อบริเวณปากมดลูก ส่วนในช่วงระหว่างรอฟังผลชิ้นเนื้อ สตรีมีความเครียดลดลงอีก ทั้งนี้อาจเกิดจากแพทย์ผู้ตรวจจะแจ้งผลการตรวจถึงรอยโรคบริเวณปากมดลูกและแนวทางการรักษา ภายหลังส่องกล้องและตัดชิ้นเนื้อบริเวณปากมดลูก อย่างไรก็ตามสตรียังคงมีความเครียดอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ O'Connor et al.¹⁸ ที่พบว่าผู้ป่วยที่รอฟังผลชิ้นเนื้อ อาจยังมีความกังวลกับการเป็นมะเร็งปากมดลูกอยู่

ตัวอย่างมีการใช้แนวทางการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้านร่วมกัน โดยใช้ด้านการเผชิญปัญหามากที่สุด รองลงมาด้านบรรเทา

ความเครียด และด้านการจัดการอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทกานต์ ช่างวัฒนชัย¹¹ และสุชาติดา ดีรักษา, บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ และชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ¹⁷ โดยตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญปัญหามากที่สุด โดยการมองหาข้อดีของการรับทราบผลการตรวจที่ผิดปกติ เพื่อที่จะรักษาได้ทันตั้งแต่แรก ๆ มุ่งหาแนวทางการรักษา หายข้อมูลเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษา ปรีกษาแพทย์และพยาบาล รองลงมาใช้ด้านการบรรเทาความเครียดโดยใช้วิธียอมรับสภาพความจริง และพยายามหากิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น อ่านหนังสือ ดูหนัง ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ ออกกำลังกาย และใช้วิธีการจัดการอารมณ์ โดยการพยายามแสดงว่าตนเองไม่กังวลแต่ในใจกังวลมาก เป็นต้น เมื่อเปรียบเทียบวิธีการเผชิญความเครียดใน 3 ช่วงเวลา พบว่า สตรีใช้วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกันในด้านบรรเทาความเครียด ในช่วงภายหลังทราบผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติและช่วงรอฟังผลชิ้นเนื้อ ซึ่งการเผชิญความเครียดด้านบรรเทาความเครียดนี้มีความสอดคล้องกับความเครียดในแต่ละระยะของสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ และเป็นไปตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Folkman and Lazarus⁸

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

สตรีมีความเครียดแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา และใช้วิธีการเผชิญความเครียดหลายด้านร่วมกัน แต่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านบรรเทาความเครียดแตกต่างกันในช่วงภายหลังทราบผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติและช่วงรอฟังผลชิ้นเนื้อ ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรนำผลการศึกษาที่ได้ครั้งนี้ไปใช้ในการประเมิน

ความเครียดและส่งเสริมวิธีการเผชิญความเครียดได้ตรงกับสถานการณ์ที่สตรีเผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลประจำหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกหรือเวชควรมีการสอน ให้คำแนะนำ และการจัดตั้งกลุ่มให้คำปรึกษาเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษา เพื่อช่วยลดความเครียดและส่งเสริมการเผชิญความเครียดตามช่วงเวลาได้อย่างเหมาะสมกับสตรีเป็นรายบุคคล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในโรงพยาบาลอื่น ๆ เนื่องจากมีสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดกับสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่ผิดปกติแตกต่างกัน หรือวิจัยเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยกลุ่มอื่น

References

1. World Health Organization. Cervical cancer. [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 3]; Available from: https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer#tab=tab_1.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018; 68(6):394-424. doi: 10.3322/caac.21492.
3. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. Global cancer observatory: cancer today. [Internet]. 2024 [cited 2024 Mar 28]; Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>.

4. Er Guneri S, Sen S. Women's experiences after abnormal Pap smear results: a qualitative study. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2020;41(1):22-9. doi: 10.1080/0167482X.2019.1657090.
5. Jengprasert K, Kongrot S. Effect of a video instruction of colposcopy procedure on knowledge and satisfaction among women with abnormal pap smear results. 2021;44(1):176-85. (in Thai).
6. Ruengkachorn I. Cervical cancer. Bangkok: Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2018. (in Thai).
7. Patricia KM, Lonia M, Margaret MC, Mutinta MC, Beauty NL. Stress and coping with cervical cancer by patients: a qualitative inquiry. *Int J Psychol Couns.* 2015;7(6):94-105. doi: 10.5897/IJPC2015.0313.
8. Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol.* 1985;48(1):150-70. doi: 10.1037//0022-3514.48.1.150.
9. Treewiriyaphab B, Oranratanaphan S, Roomruangwong C. Proportion and factors associated with anxiety in women with abnormal cervical cancer screening at King Chulalongkorn Memorial Hospital (KCMH). *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2021;29(6):358-69. doi: 10.14456/tjog.2021.42. (in Thai).
10. Jentschke M, Lehmann R, Drews N, Hansel A, Schmitz M, Hillemanns P. Psychological distress in cervical cancer screening: results from a German online survey. *Arch Gynecol Obstet.* 2020; 302(3): 699-705. doi: 10.1007/s00404-020-05661-9.
11. Changwatchai J. Stress and coping in women with abnormal papanicolaou smear. [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2009. (in Thai).
12. Wittenborn J, Wagels L, Kupec T, Iborra S, Najjari L, Stickeler E. Anxiety in women referred for colposcopy: a prospective observational study. *Arch Gynecol Obstet.* 2022;305(3):625-30. doi: 10.1007/s00404-021-06337-8.
13. Jerachotechueantaveechai T, Charoenkwan K, Wongpakaran N. Prevalence and predicting factors for anxiety in Thai women with abnormal cervical cytology undergoing colposcopy. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16(4):1427-30. doi: 10.7314/apjcp.2015.16.4.1427.
14. Launrujisawat P, Jetiyanuwat S. Validity of the Thai version of the distress thermometer. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand.* 2015;58(3):257-70. (in Thai).
15. Aree-Ue S, Youngcharoen P. The 6 Item Cognitive Function Test-Thai version: psychometric property testing. [Internet]. 2020 [cited 2023 Dec 28]; Available from: <https://repository.li.mahidol.ac.th/handle/123456789/62036>. (in Thai).
16. Nayar R, Wilbur DC. The Pap Test and Bethesda 2014 "The reports of my demise have been greatly exaggerated." (after a quotation from Mark Twain). *Acta Cytol.*

- 2015;59(2):121-32. doi: 10.1159/000381842.
17. Deeraksa S, Sumdangrit B, Hanprasitkum K. Stress and coping of women with abnormal pap smear before loop electrosurgical excision procedure. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2021;22(3):247-56. (in Thai).
18. O'Connor M, O'Leary E, Waller J, Gallagher P, D'arcy T, Flannelly G, et al. Trends in, and predictors of, anxiety and specific worries following colposcopy: A 12-month longitudinal study. *Psychooncology*. 2016;25(5):597-604. doi: 10.1002/pon.3980.

การพัฒนา รูปแบบการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจาร ของวัยรุ่นชายในเขตสุขภาพที่ 4

พรพรรณ ขวัญชื่น* พรสุข หุ่นรินทร์**

บทคัดย่อ

บทนำ : การพัฒนาวัยรุ่นชายให้มีการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจาร จะเป็นกระแในการป้องกันผลของการเปิดรับสื่อลามกอนาจาร

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อพัฒนา รูปแบบการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารของวัยรุ่นชายในเขตสุขภาพที่ 1

วิธีการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1) ศึกษาสถานการณ์การป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารฯ ผู้ให้ข้อมูล คือ วัยรุ่นชายอายุ 15-19 ปีจำนวน 374 คน และสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกกับบิดามารดา/ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่กระทรวงดิจิทัล ระยะที่ 2) การพัฒนา รูปแบบฯ ได้นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 40 คน ระยะที่ 3) ประเมินผลรูปแบบกับกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือประกอบด้วย แบบสอบถามการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารของวัยรุ่นชาย ค่าความเที่ยงตรงอยู่ระหว่าง 0.82-1.00 ค่าความเชื่อมั่นที่ .70 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Independent t-test

ผลการวิจัย : 1) สถานการณ์การป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารของวัยรุ่นชาย พบว่า การป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารอยู่ในระดับปานกลาง 2) รูปแบบประกอบด้วย 7 กิจกรรม ประกอบด้วย รู้ทันเธอ รู้ลึกดีที่ไม่ดู แบบอย่างของฉันทัน ฉันควบคุมเธอได้ แน่วแน่ เอาจริงละนะ และคนสำคัญ และ 3) การประเมินผลรูปแบบ พบว่า กลุ่มทดลองมีการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารสูงขึ้น และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการทดลอง

สรุปผล : รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารของวัยรุ่นชายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: รูปแบบการป้องกัน การเปิดรับสื่อ พฤติกรรมการป้องกัน วัยรุ่นชาย สื่อลามกอนาจาร

* โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

** บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : พรพรรณ ขวัญชื่น, E-mail: pukwanchuen@gmail.com

Development of media exposure prevention on the pornography model of male teenagers in the 4th regional health

Pornpun Kwanchuen* Pornsuk Hunnirun**

Abstract

Background: Enhancing the understanding of pornography among male teenagers can function as a protective measure against the adverse impacts associated with pornography exposure.

Objectives: To develop media exposure prevention on the pornography prevention model of male teenagers in the 4th Regional Health.

Methods: The research and development study consisted of 3 phases: 1) Studying the situation of media exposure prevention on pornography. The samples were 374 males 15-19 years in the 4th Regional Health, and parents, public health officers, police officers, and one digital officer used in-depth interviews. 2) The developed model was implemented in 40 experimental groups 3) Evaluation of the model of media exposure prevention on pornography. The instrument created by the researcher had a content validity of 0.82-1.00 and a reliability of 0.7. The data was analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and independent sample t-test.

Results: The results showed that 1) the situation of using media exposure prevention on pornography of male teenagers had a medium level, 2) the model consisted of seven components as follows: “Media literacy,” “I feel good that not watch it,” “Stand by my Role Model,” “I can control you,” “Uncompromising,” “Seriously” and “Important Persons,” (content validity index: CVI = .96, and Cronbach alpha coefficient = .82), 3) The evaluation of the model found that the experimental group had higher and higher protection against exposure to pornographic media than the control group with statistical significance at the .05 level after the experiment.

Conclusions: The model developed can be used effectively in preventing pornography media exposure among male teenagers.

Keywords: prevention model, pornography media, exposure behaviors, male teenagers,
pornography media

* Sena Hospital in Augttaya

** Associated Processor, Graduate School, Western University

Corresponding Author: Pornpun Kwanchuen, E-mail: pukwanchuen@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันสื่อลามกอนาจารพบได้ในสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ ภาพยนตร์ นิตยสาร/หนังสือ และอินเทอร์เน็ต สื่อลามกบนอินเทอร์เน็ตสามารถแพร่หลายได้รวดเร็วยากจะควบคุมและป้องกัน ทำให้เยาวชนเข้าถึงข้อมูลเนื้อหาทางเพศหรือภาพอนาจารโจ่งแจ้งได้อย่างง่ายดาย เยาวชนมีพฤติกรรมการเสพสื่อลามกอนาจารร้อยละ 59.58 อินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสื่อลามกอนาจารมากที่สุดร้อยละ 75.77 และสื่อลามกอนาจารที่เสพคือหนังโป๊/หนังเอ็กซ์ ร้อยละ 53.36¹ และนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจังหวัดนนทบุรี ร้อยละ 34.10 มีการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศในระดับที่ไม่เหมาะสม² การเปิดรับสื่อออนไลน์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศเป็นปัญหาสำคัญที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น² การเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคซิฟิลิส³ อัตราการป่วยด้วยโรคซิฟิลิสเพิ่มขึ้นจาก ปี พ.ศ. 2565 เขตสุขภาพที่ 4 พบ อัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และช่วงอายุ 15-19 ปี มากเป็นอันดับ 2 คือ 97.91 ต่อประชากรแสนคน⁴

การเสพสื่อลามกอนาจารส่งผลด้านคุณธรรมจริยธรรมและวัยรุ่นมีทัศนคติว่าเรื่องเพศถือเป็นเรื่องปกติมากขึ้น⁵ ผลกระทบของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อการเปลี่ยนแปลงค่านิยมวัยรุ่นในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาทั้งด้านบวกและด้านลบ ผลด้านบวก คือใช้เพื่อการศึกษาหาความรู้ในสิ่งที่ตนสนใจ และใช้ศึกษาภาษาต่างประเทศ ส่วนผลกระทบด้านลบ คือ ค่านิยมด้านการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

ค่านิยมการอยู่ก่อนแต่ง และมองว่าการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนเป็นสิ่งที่ไม่ผิด⁶ การที่วัยรุ่นเปิดรับภาพอนาจารแบบไม่ถูกควบคุมมากเกินไปมีผลกระทบที่เป็นอันตรายระยะยาวต่อการเจริญเติบโตทางเพศและพฤติกรรมทางเพศ⁷ นอกจากนี้เด็กและเยาวชนที่ขาดวิจักษณ์ญาณในการรับสื่อที่ตีพื่อในการวิเคราะห์เนื้อหาสาระที่มากับสื่อจะยอมรับสิ่งที่สื่อนำเสนอ และคิดว่าสิ่งที่สื่อนำเสนอเป็นสิ่งที่ถูกต้องและเหมาะสม⁵ ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรม การเลียนแบบจนก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมทางเพศ จะเห็นได้ว่าสื่อที่ถ่ายทอดเนื้อหาทางเพศส่งผลต่อทัศนคติและค่านิยมเรื่องเพศในกลุ่มวัยรุ่นที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม นอกจากนี้ยังพบงานวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารน้อย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาและพัฒนาารูปแบบการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารของวัยรุ่นชาย เพื่อเป็นเกราะในการป้องกันผลของการเปิดรับสื่อลามกอนาจารในวัยรุ่นในปัจจุบันและอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

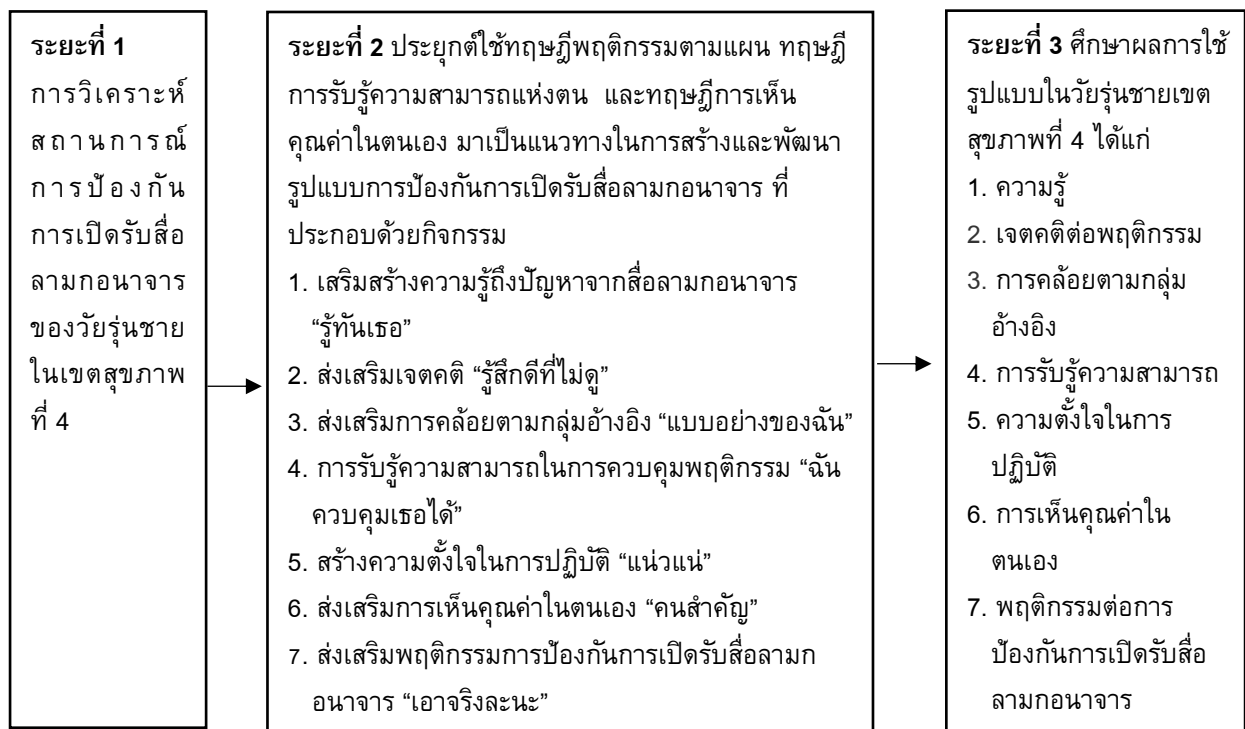
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารของวัยรุ่นชายในเขตสุขภาพที่ 4
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารของวัยรุ่นชายในเขตสุขภาพที่ 4
3. เพื่อประเมินรูปแบบการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารของวัยรุ่นชายในเขตสุขภาพที่ 4

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้พฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior)⁸ ทฤษฎีการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem Theory)⁹ ที่เป็น

ทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง และสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ การเห็นคุณค่าในตนเอง มีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมการแสดงออกและให้ความสำคัญกับความต้องการการเห็นคุณค่าในตนเองสูง และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตน (Self-Efficacy Theory)¹⁰ ซึ่งเกี่ยวกับการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถ

ของตนเองว่าสามารถกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งได้สำเร็จ ประกอบด้วย เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ ความตั้งใจในการปฏิบัติ การเห็นคุณค่าในตนเอง พฤติกรรมต่อการป้องกัน การเปิดรับสื่อลามกอนาจาร รวมทั้งทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom)¹¹ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการดำเนิน การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการเปิดรับสื่อลามกอนาจารของวัยรุ่นชายในเขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย

การศึกษาเชิงปริมาณ

ประชากร คือ วัยรุ่นชายระหว่าง 15-19 ปี

สุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี นครนายก อ่างทอง ลพบุรี สระบุรี พระนครศรีอยุธยา สิงห์บุรี จำนวน 31,800 คน¹² เลือกตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) โดยการคำนวณสูตรของ Daniel¹³ ได้ตัวอย่างจำนวน 374 คน เกณฑ์การคัดเลือกคือ วัยรุ่นชาย อายุระหว่าง 15-19 ปี ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง มีสัญชาติไทย สามารถเข้าใจภาษาไทย และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับสื่อลามกอนาจาร จำนวน 23 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบข้อที่ถูก (Choice) กำหนดเกณฑ์ความรู้ ต่ำกว่า 0.60 แสดงว่ามีความรู้ ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 0.60-0.79 มีความรู้ ระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 0.80-1.00 มีความรู้ ระดับสูง¹¹ 3) แบบสอบถามเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมและการเห็นคุณค่าในตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกัน การเปิดรับสื่อลามกอนาจาร ในแต่ละด้าน มีจำนวน 12 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนไว้ 5 ระดับ ดังนี้ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน น้อยที่สุด 1 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนน เป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับน้อย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.00-1.66 ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.67-2.33 และระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.34-3.00 ให้ตอบทุกข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำรูปแบบที่สร้างขึ้นเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย นักวิชาการอิสระ 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญกองสุขศึกษา 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญโครงการพิเศษและพัฒนาจิตวิทยาและนวัตกรรม 1 ท่าน และนำมาวิเคราะห์ค่าความตรงของเนื้อหา ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง .82-1.00 และปรับปรุงรูปแบบก่อนนำไปทดลองใช้ในกลุ่มวัยรุ่นชายที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.70

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1) หลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงเรียน เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บข้อมูล

2) ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

3) ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 374 ฉบับ พร้อมใบยินยอมของผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยให้กับผู้อำนวยการโรงเรียนเป็นผู้ประสานงาน เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากวัยรุ่นชาย และกำหนดระยะเวลาในการมารับแบบสอบถามคืนหลังจากนั้น 14 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การศึกษาเชิงคุณภาพ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย บิดามารดา/ผู้ปกครองจำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่ตำรวจจำนวน 5 คนและเจ้าหน้าที่กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมจำนวน 1 คน เลือกแบบเจาะจง โดยเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องและมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลวัยรุ่นชายและการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจาร สามารถเข้าร่วมการสนทนากลุ่มหรือสามารถให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยตนเองได้ และสมัครใจเข้าร่วม

เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์

แบบสอบถามปลายเปิดที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ให้ข้อมูลในแต่ละกลุ่มประกอบด้วย

1. การเปิดรับสื่อลามกอนาจาร

2. วิธีการป้องกัน การควบคุม และ
แก้ไขการเปิดรับสื่อลามกอนาจาร

3. การจัดกิจกรรมเสริมสร้างการป้องกัน
การเปิดรับสื่อลามกอนาจารแก่วัยรุ่นชาย

4. นโยบาย มาตรการ หรือกฎหมาย
การเปิดรับสื่อลามกอนาจาร

การตรวจสอบคุณภาพของแบบ สัมภาษณ์

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้ว
เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตาม
โครงสร้าง ความครอบคลุม ความครบถ้วนของ
เนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสม และความ
เหมาะสม ประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของ
ข้อคำถาม (IOC) ได้ค่า 0.83

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล สัมภาษณ์เป็น
รายบุคคลใช้ระยะเวลา 30-45 นาที ขณะ
สัมภาษณ์ขออนุญาตจดบันทึกและบันทึกเสียง
ทบทวนความสมบูรณ์ สรุปประเด็นเนื้อหาก่อน
ยุติการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพการวิเคราะห์
เนื้อหา¹⁴ (Content analysis) โดยผู้วิจัยนำข้อมูล
จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาถอดเสียงเป็น
ข้อความ จากนั้นทำความเข้าใจในเนื้อหา
ตีความข้อมูล สรุปเนื้อหาในภาพรวมที่สอดคล้อง
กันเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นขอบเขตเนื้อหาที่
ศึกษา ซึ่งจะทำให้มองเห็นภาพรวม

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการป้องกัน
การเปิดรับสื่อลามกอนาจารของวัยรุ่นชาย
ในเขตสุขภาพที่ 4 ผู้วิจัยนำผลการศึกษา
ในระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ บูรณาการ
กับกรอบแนวคิด หลักการทฤษฎี และงานวิจัย
ที่เกี่ยวข้อง มากำหนดเป็น 7 กิจกรรม ดังนี้
1) กิจกรรมเสริมสร้างความรู้เพื่อตระหนักถึง

ปัญหาที่เกิดจากสื่อลามกอนาจาร “รู้ทันเซอ”
2) กิจกรรมส่งเสริมเจตคติ “รู้สึกดีที่ไม่ดู”
3) กิจกรรมการส่งเสริมการคล้อยตามกลุ่ม
อ้างอิง “แบบอย่างของฉัน” 4) กิจกรรมการรับรู้
ความสามารถ “ฉันควบคุมเซอได้” 5) กิจกรรม
สร้างความตั้งใจในการปฏิบัติ “แน่วแน่”
6) กิจกรรมส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง
“คนสำคัญ” 7) กิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรม
ต่อการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจาร
“เอาจริงละนะ” ใช้เวลากิจกรรมละ 1 ชั่วโมง
ซึ่งดำเนินการตามคู่มือการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น
ที่ประกอบด้วย หลักการของรูปแบบวัตถุประสงค์
การเรียนรู้ตามรูปแบบ เนื้อหา กิจกรรมการ
เรียนรู้ แผนการจัดการเรียนรู้ และการวัดและ
ประเมินผล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยนำเสนอต่อ
ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย นักวิชาการ
สาธารณสุขเชี่ยวชาญกองสุขศึกษา 1 ท่าน
นักวิชาการอิสระ 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ
ด้านสาธารณสุข 2 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ
โครงการพิเศษและพัฒนาดิจิทัลและนวัตกรรม
1 ท่านตรวจสอบความถูกต้องของขั้นตอนและ
เนื้อหาเกี่ยวกับกิจกรรมพบว่า ค่าดัชนีความตรง
เชิงเนื้อหา (content validity index : CVI) เท่ากับ
0.96 จากนั้นนำไปใช้ในตัวอย่างขนาดเล็กที่มี
ลักษณะเดียวกับกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน และ
นำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำรูปแบบไปใช้

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ
ระยะนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi
experimental research) โดยศึกษาการวิจัย
แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองและ
ติดตามผล (Two group pre-posttest design)
ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากวัยรุ่นชายอายุ 15-19 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย 8 จังหวัด ซึ่งทั้งหมดมีโรงเรียนและลักษณะปัญหาการเปิดรับสื่อลามกอนาจารของวัยรุ่นชายใกล้เคียงกัน โดยการสุ่มอย่างง่าย กำหนดขนาดของตัวอย่างกลุ่มละ 40 คน รวมจำนวน 80 คน เกณฑ์การคัดเลือกคือ วัยรุ่นชายอายุระหว่าง 15-19 ปี ในเขตสุขภาพที่ 4 ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง มีสัญชาติไทย สามารถเข้าใจภาษาไทย อ่านและสามารถกรอกข้อมูลด้วยตนเองได้ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การทดลองใช้รูปแบบ ระหว่างสัปดาห์ที่ 1-8 ของแผนกิจกรรม ใช้เวลา 10 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 18 มกราคม 2566 ถึงวันที่ 22 มีนาคม 2566 กลุ่มทดลองคือ นักเรียนชายอายุ 15-19 ปี ในโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 40 คน ซึ่งกลุ่มทดลองนี้ได้มาด้วยความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และสามารถเข้าใจภาษาไทย และสามารถกรอกข้อมูลด้วยตนเองได้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ดังนี้ 1) สัปดาห์ที่ 1 ให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจาร และตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม 2) ใช้รูปแบบการป้องกัน การเปิดรับสื่อลามกอนาจารที่สร้างขึ้นประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมเสริมสร้างความรู้เพื่อตระหนักถึงปัญหาที่เกิดจากสื่อลามกอนาจาร “รู้ทันเธอ” สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมส่งเสริมเจตคติ “รู้สึกดีที่ไม่ดู” สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมส่งเสริมการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง “แบบอย่างของฉัน” สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรม การรับรู้ความสามารถ

“ฉันควบคุมเธอได้” สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมสร้างความตั้งใจในการปฏิบัติ “แน่วแน่” สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง “คนสำคัญ” สัปดาห์ ที่ 7 กิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมต่อการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจาร “เอาจริงละนะ” ใช้เวลาหลังเลิกเรียน กิจกรรมละ 1 ชั่วโมง ประเมินผลรูปแบบสัปดาห์ที่ 8 และประเมินผลซ้ำสัปดาห์ที่ 10

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารของกลุ่มทดลอง ก่อนใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 10 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจาร หลังใช้รูปแบบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วย Independent T -test

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ WTU/2564-0045 เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2565

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารของวัยรุ่นชาย

1.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลทั่วไป ตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 16.57 ปี ส่วนใหญ่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 37.20 พักอาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดา ร้อยละ 75.70 บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 62.60 ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมาเคยดูสื่อลามก

อนาจาร ร้อยละ 25.90 และคู่มือสื่อลามกอนาจาร จากอินเทอร์เน็ต/สื่อออนไลน์ ร้อยละ 67.90

สถานการณ์การป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารของวัยรุ่นชาย ในเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของสถานการณ์การป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารของวัยรุ่นชายอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านความรู้ ($M=0.64$, $SD=0.46$) ด้านเจตคติ ($M=3.14$, $SD=0.78$) ด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ($M=3.24$, $SD=0.87$) ด้านการรับรู้ความสามารถ ($M=3.49$, $SD=1.2$) ด้านความตั้งใจในการปฏิบัติ ($M=3.36$, $SD=1.12$) ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ($M=3.67$, $SD=1.06$) และด้านพฤติกรรม ($M=2.19$, $SD=0.65$)

1) เข้าถึงง่าย ซึ่งนำมาสู่การกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ จนทำให้มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร จนทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และอาจทำให้เกิดการล่วงละเมิดทางเพศได้

2) การปราบปรามทำได้ยาก ต้องใช้หน่วยงานเฉพาะและการบล็อกเว็บไซต์ลามกอนาจารก็ทำได้เฉพาะที่ผลิตในประเทศไทยเท่านั้น ไม่สามารถบล็อกเว็บไซต์ที่ผลิตจากต่างประเทศได้

3) ควรมีการป้องกันอย่างต่อเนืองเน้นโทษของสื่อลามกอนาจาร เพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งต่อข้อความ หรือภาพเคลื่อนไหวที่ผิดกฎหมาย ภาพตัดต่อของผู้อื่นที่ทำให้เขาเสียหายหรือเสียชื่อเสียง

2. รูปแบบการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารของวัยรุ่นชายในเขตสุขภาพที่ 4 รูปแบบประกอบด้วย 7 กิจกรรมดังนี้

1. กิจกรรมเสริมสร้างความรู้เพื่อตระหนักถึงปัญหาที่เกิดจากสื่อลามกอนาจาร “รู้ทันเธอ”

2. กิจกรรมส่งเสริมเจตคติ “รู้สึกดีที่ไม่ดู”

3. กิจกรรมการส่งเสริมการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง “แบบอย่างของฉัน”

4. กิจกรรมการรับรู้ความสามารถ “ฉันควบคุมเธอได้”

5. กิจกรรมสร้างความตั้งใจในการปฏิบัติ “แน่วแน่”

6. กิจกรรมส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง “คนสำคัญ”

7. กิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมต่อการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจาร “เอาจริงละนะ” ใช้เวลากิจกรรมละ 1 ชั่วโมง ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ .96 ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

3. ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ

3.1 เปรียบเทียบการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารของกลุ่มทดลองก่อนใช้รูปแบบได้คะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ ความตั้งใจในการปฏิบัติตัว การเห็นคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมต่อการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารอยู่ในระดับปานกลาง หลังใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกด้าน และเมื่อติดตามประเมินซ้ำหลังทดลองใช้รูปแบบ 10 สัปดาห์ ยังคงมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทุกด้าน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงด้านพฤติกรรมต่อการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารที่มีคะแนนเฉลี่ยลดลง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารของกลุ่มทดลอง ก่อนการใช้รูปแบบ หลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 10 สัปดาห์ แบ่งตามระยะ (n = 40)

ตัวแปร	ก่อนการใช้รูปแบบ		หลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์		ระยะติดตามผล 10 สัปดาห์	
	M	SD	M	SD	M	SD
ความรู้	14.38	0.35	16.05	0.55	16.45	0.48
เจตคติต่อพฤติกรรม	2.79	0.11	3.01	0.09	3.14	0.10
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	2.58	0.09	3.10	0.11	3.23	0.09
การรับรู้ความสามารถ	2.59	0.08	3.02	0.08	3.17	0.09
ความตั้งใจในการปฏิบัติ	2.88	0.11	3.33	0.08	3.36	0.10
การเห็นคุณค่าในตนเอง	2.67	0.12	3.15	0.10	3.31	0.12
พฤติกรรมต่อการป้องกัน	1.77	0.05	2.04	0.05	2.01	0.05

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจาร หลังการใช้รูปแบบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และคะแนนเฉลี่ยทั้ง

ด้านความรู้ เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ ความตั้งใจในการปฏิบัติ การเห็นคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมต่อการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารหลังการใช้รูปแบบ สัปดาห์ที่ 8 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independent simple T-test (n=40)

ตัวแปร	กลุ่ม	M	SD	t	p-value
ด้านความรู้	กลุ่มทดลอง	16.05	3.456	3.121*	0.003
	กลุ่มควบคุม	13.85	2.815		
ด้านเจตคติต่อพฤติกรรม	กลุ่มทดลอง	3.00	0.55	2.106*	0.038
	กลุ่มควบคุม	2.74	0.55		
ด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	กลุ่มทดลอง	3.10	0.72	2.838*	0.006
	กลุ่มควบคุม	2.60	0.83		
ด้านการรับรู้ความสามารถ	กลุ่มทดลอง	3.02	0.50	3.718*	<0.001
	กลุ่มควบคุม	2.48	0.75		
ด้านความตั้งใจในการปฏิบัติ	กลุ่มทดลอง	3.33	0.48	6.174*	<0.001
	กลุ่มควบคุม	2.52	0.67		
ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง	กลุ่มทดลอง	2.04	0.30	2.450*	0.017
	กลุ่มควบคุม	1.84	0.40		
ด้านพฤติกรรมต่อการป้องกัน	กลุ่มทดลอง	3.15	0.60	2.055*	0.043
	กลุ่มควบคุม	2.87	0.59		

*p<.05

อภิปรายผล

1. สถานการณ์ปัญหาการเปิดรับสื่อลามกอนาจาร พบว่า วัยรุ่นชายส่วนใหญ่ดูสื่อลามกอนาจารจากอินเทอร์เน็ต/สื่อออนไลน์ เนื่องจากหาดูได้ง่ายและสะดวก วัยรุ่นสนใจเรื่องเพศมาก อยากรู้ อยากลองดูสื่อลามก ซึ่งการดูสื่อลามกอนาจารทำให้กระตุ้นอารมณ์ทางเพศ และมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนกฎเกณฑ์และพฤติกรรมก้าวร้าว¹⁵ นอกจากนี้เยาวชนเคยเสพสื่อลามกอนาจารร้อยละ 59.58 คอมพิวเตอร์และโทรศัพท์มือถือเป็นอุปกรณ์ที่ใช้เสพสื่อลามกอนาจารมากที่สุดประเภทที่เสพคือ หนังสือ/หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ สื่อเหล่านี้ทำให้เกิดทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศในทางที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบตามสื่อ และทำให้มองเห็นว่าเป็นเรื่องปกติธรรมดาที่วัยรุ่นทั่วไปปฏิบัติตามกัน¹

2. ผลการพัฒนา รูปแบบการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจาร พบว่า กิจกรรมเสริมสร้างการป้องกันที่จะนำไปสู่เป้าหมายได้ คือ การเสริมสร้างความรู้ เจตคติ การคลายตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เสริมสร้างความตั้งใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง จะบรรลุเป้าหมายได้ต้องได้รับความร่วมมือ การฝึกวิเคราะห์ แยกแยะผลดีผลเสีย แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย การวางแผนเลือกกลุ่มอ้างอิงให้ตนเอง การเขียนพันธะสัญญา เขียนบรรยายสิ่งที่ภาคภูมิใจหรือความสำเร็จของตนเอง การบันทึกพฤติกรรมของตนเองลงในสมุดบันทึก จะนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารของกลุ่มวัยรุ่นเอง จึงได้รูปแบบการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารที่ประกอบด้วย 7 กิจกรรม คือ 1) รู้ทันเธอ 2) รู้สึกดีที่ไม่ดู 3) แบบอย่างของฉัน 4) ฉันควบคุมเธอได้

5) แน่วแน่ 6) คนสำคัญ 7) เอาจริงละนะ⁸⁻¹¹ การพัฒนาหลักสูตรการรู้เท่าทันสื่อลามกอนาจารสำหรับวัยรุ่น โดยใช้พื้นฐานแนวคิดจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เพื่อช่วยให้วัยรุ่นคิดอย่างมีวิจารณญาณเกี่ยวกับอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเผยแพร่สื่อทางเพศที่โจ่งแจ้ง ซึ่งทำให้เยาวชนรู้สึกวิตกกังวลผลที่เกิดจากสื่อลามกอนาจาร¹⁶ และการจัดทำโครงการรู้เท่าทันสื่อในหมู่วัยรุ่น การป้องกันผลกระทบบนโซเชียลมีเดีย ที่ประกอบด้วย การวิเคราะห์ทำความเข้าใจเนื้อหาและข้อมูลจากสื่อ ประเมินข้อความที่สื่อนำเสนอออกมา และสามารถจำแนกประเภทข้อมูลต่าง ๆ และสามารถตรวจสอบข้อมูลจากลักษณะเฉพาะนำไปสู่ลักษณะทั่วไปโดยรวม ผู้เข้าร่วมได้รู้ถึงประโยชน์ เข้าใจสื่อสังคมออนไลน์ และผลกระทบอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นทั้งแง่บวกและแง่ลบจากสื่อลามกอนาจารที่มักพบในสื่อสังคมออนไลน์ รวมถึงสภาพจิตใจของผู้ที่ที่เสพติดเนื้อหาลามกอนาจารและผลกระทบที่มากขึ้นในอนาคตหากไม่ได้รับการรักษา¹⁷

3. ผลของการใช้รูปแบบ พบว่าหลังทดลองใช้รูปแบบวัยรุ่นชายมีการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารเพิ่มขึ้นทุกด้าน และมีความแตกต่างของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยพบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกด้าน ทั้งนี้เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดจากการเปิดรับสื่อลามกอนาจาร แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจาร ความรู้ที่ได้เป็นเนื้อหาสาระที่นำไปสู่การเกิดเจตคติต่อการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าบุคคลเรียนรู้เรื่องเพศอย่างเหมาะสม เลือกรับรู้สื่อ ข้อมูล ข่าวสาร เรื่องเพศ

อย่างมีวิจารณญาณ ทำให้สามารถรู้เท่าทันเรื่องเพศ¹⁸ นอกจากนี้การเลือกกลุ่มอ้างอิงให้ตนเอง ซึ่งกลุ่มอ้างอิงเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการจูงใจให้วัยรุ่นชายมีการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารได้ กลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อนักเรียนและไม่ต้องการให้นักเรียนเปิดรับสื่อ ยั่วเย้าทางเพศคือ พ่อแม่/ผู้ปกครอง ร้อยละ 85.3¹⁹ และควรเน้นการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมที่ทำได้ เพื่อให้มีความเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะหลีกเลี่ยงที่จะเปิดรับหรือเข้าถึงสื่อลามกอนาจารได้ ถ้าจิตใจตนเองนั้นมีความเข้มแข็งพอ²⁰ การส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองและการรับรู้ว่าคุณเป็นที่ยอมรับต่อครอบครัวและมีความสำคัญต่อครอบครัว จะนำไปสู่การกล้าเผชิญปัญหา ใช้กลไกการป้องกันตนเองน้อยมาก จึงมีความสุขและใช้ชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ²¹ ส่งผลให้เกิดการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

รูปแบบการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจาร ประกอบด้วยกิจกรรม ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการพัฒนาวัยรุ่นชายให้มีความสามารถ มีเจตคติ มีความตั้งใจในการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารด้วยตนเอง เพื่อเป็นเกราะในการป้องกันผลของการเปิดรับสื่อลามกอนาจาร ที่นำไปสู่พฤติกรรมการเลียนแบบ จนก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมทางเพศต่างๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในการใช้รูปแบบ ควรเรียงตามลำดับขั้นตอนและต้องใช้กิจกรรมทุกกิจกรรม สามารถปรับเนื้อหาตามบริบทของตัวอย่างได้

2. กิจกรรมนี้เหมาะสมที่จะใช้กับเด็กวัยรุ่น ควรจะมีการเพิ่มเติมเนื้อหาการเรียนการสอนในโรงเรียนโดยเฉพาะสถานศึกษาที่มีวัยรุ่นชาย

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการป้องกันการเปิดรับสื่อลามกอนาจารในเขตสุขภาพที่ 4 ในกลุ่มวัยรุ่นวัยผู้ใหญ่ ทั้งเพศชายและเพศหญิง เพื่อจะได้นำผลวิจัยที่ได้นำไปใช้ประโยชน์ในงานด้านสาธารณสุขต่อไป

References

1. Pinyaphong J, Hattha J, Sarnsu N, Thongdee S. Pornography media behaviors among youths. The Golden Peak: Humanity and Social Science Journal. 2020;26(2): 41-50. (in Thai).
2. Kotain K, Vatanasomboon P, Sompopcharoen M. Factors associated with exposure to sexual content on social media among senior high school students. Journal of Health Science. 2021;30(2):211-22. (in Thai).
3. Suwannaphant K, Khottarin S, Kansin S, Vonok L. Health literacy factors associated with risk behaviors in HIV infection among high school male students, Bueng Kan Province. Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen. 2019;26(2):71-82. (in Thai).
4. Department of Disease Control. Situation. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2022. (in Thai).
5. Muanphetch C, Maharachapong N. Social media usage behavior and sexual intercourse among Thai adolescents. The Journal of Prapokkiao Hospital Clinical Medical Education Center. 2020;37(3):232-9. (in Thai).

6. Suksomsot P, Pumpruek P. The impact of using social media to change the Thai values of teenagers in Phranakhon Si Ayutthaya Province. *Journal of Ayutthaya Studies*. 2021;13(1):119-37. (in Thai).
7. Adarsh H, Sahoo S. Pornography and its impact on adolescent/teenage sexuality. *J Psychosexual Health*. 2023;5(1):35-9. doi: 10.1177/26318318231153984.
8. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991;50(2): 179-211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T.
9. Maslow AH. *Motivation and personality* 2nd ed. New York: Harper & Row Publishers; 1970.
10. Bandura A. Social-learning theory of identificatory processes. In D. A. Goslin, editor. *Handbook of socialization theory and research*. Chicago, IL: Rand McNally & Company; 1969.
11. Bloom BS. Learning for mastery. *Instruction and curriculum*. Regional education laboratory for the Carolinas and Virginia, topical papers and reprints, number 1. *Evaluation Comment*. 1968;1(2):1-12.
12. Department of Provincial Administration, Ministry of Interior. *Preparation population and housing census*. Bangkok: Ministry of Interior; 2021. (in Thai).
13. Daniel WW. *Biostatistics: basic concepts and methodology for the health sciences*. 9th ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2009.
14. Miles M, Huberman A. *Qualitative data analysis*. 4th ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 1994.
15. Andrie EK, Sakou II, Tzavela EC, Richardson C, Tsitsika AK. Adolescents' online pornography exposure and its relationship to sociodemographic and psychopathological correlates: a cross-sectional study in six European countries. *Children (Basel)*. 2021; 8(10):925. doi: 10.3390/children8100925.
16. Rothman EF, Daley N, Alder J. A pornography literacy program for adolescents. *Am J Public Health*. 2020;110(2):154-6. doi: 10.2105/AJPH.2019.305468.
17. Kholisoh N, Mahmudah SM, Saifudin M. Media literacy among adolescents: preventive to the impact of pornography on social media in South Tangerang. *International Conference on Community Development*. 2021;3(1):196-201. doi: 10.33068/iccd.Vol3.Iss1.337.
18. Kantathanawa T. Sexual literacy of adolescents in Thai society. *Journal of Social Work*. 2015;23(1):1-27. (in Thai).
19. Sawangsri C, Vatanasomboon P, Powwattana A. Using a mobile health intervention for promoting intention to avoid sexually-provocative media exposure: a pilot study. *Thai Journal of Public Health*. 2021;51(2): 110-20. (in Thai).
20. Taikanong K, Chomson S, Nimit-amun N. The factor influencing of the intention of sexual risk behavior amongst high school students. *Christian University of Thailand Journal*. 2011;17(1):168-77. (in Thai).
21. Coopersmith S. *SEI: self-esteem inventories*. 2nd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1981.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ด้วยการเล่นเกมแบบไทยต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

สุภาวดี นาคสุขุม* ศิปภา ภูมมารักษ์* รุจภา จิระประดิษฐ์ผล* ทิฆัมพร มัจฉาชีพ* ยุภา โปผา*

บทคัดย่อ

บทนำ : โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการ เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยกระตุ้นให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย ทั้งด้านการเคลื่อนไหว สังคมอารมณ์ และสติปัญญา โดยเฉพาะอย่างยิ่งโปรแกรมที่มีการนำการเล่นแบบไทยมาช่วยจัดกิจกรรมการเล่น เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของกลุ่มเด็กปฐมวัย

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยการเล่นเกมแบบไทยต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

วิธีการวิจัย : การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม ทดสอบก่อนและหลัง ตัวอย่างเป็นเด็กอายุ 2-4 ปี ที่ได้รับการประเมินพัฒนาการด้วยเครื่องมือประเมินพัฒนาการ DSPM และไม่ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการด้วยการเล่นเกมแบบไทยเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยการเล่นเกมแบบไทย 2) คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) 3) วัตถุประสงค์การส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยการเล่นเกมแบบไทย 4) คู่มือการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยการเล่นเกมแบบไทยสำหรับผู้ปกครอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และไคสแควร์

ผลการวิจัย : กลุ่มทดลองมีพัฒนาการรายด้านเพิ่มขึ้นทุกด้าน แต่กลุ่มเปรียบเทียบ มีพัฒนาการเพิ่มขึ้นเฉพาะด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา และด้านการรับรู้ทางภาษาเท่านั้น โดยผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการรายด้าน ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคมของกลุ่มทดลอง ดีขึ้นมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สรุปผล : โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยการเล่นเกมแบบไทย สามารถช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้ดีขึ้นได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัย การเล่นเกมแบบไทย

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

ผู้พิมพ์ประสานงาน : สุภาวดี นาคสุขุม, E-mail: supawadee_n@rmutt.ac.th

Effects of a traditional Thai games program on preschool child development

Supawadee Naksukhum* Sipapa Pummaruk* Rujapa Chirapradispol* Tikumporn Muchacheep*
Yupa Phopa*

Abstract

Background : An early childhood development program is extremely important to stimulate children to develop age-appropriately in terms of movement, social-emotional skills and intelligence, especially a program that uses Thai-style games to help organize play activities.

Objectives : To examine the effects of a traditional Thai games program on promoting early child development.

Methods : This study used a quasi-experimental research with two-group pre-post-test design. The sample consisted of children age 2-4 years who did not pass any item assessed by the Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). They were divided into an experimental group and a control group, 30 per group. The experimental group carried out a program using Traditional Thai Games for 4 weeks to promote their development. The research instruments included 1) Traditional Thai game program for promoting preschool child development, 2) Early childhood development (DSPM) monitoring and promoting, 3) Video to promote children's development through traditional Thai games, 4) A guide to promote children's development through traditional Thai games for parents. Data analysis were analyzed using descriptive statistics and Chi-square test.

Results: The experimental group improved in every aspect. But in the comparison group, there was only increased development in the large muscles. Small muscles and intelligence and speech perception only. By comparing the differences in each aspect of development. Before and after the experiment, it was found that the improvement in self-help and social skills of the experimental group was statistically better than that of the comparison group at the .05 level.

Conclusions : A program promoting preschool child development via traditional Thai games can promote preschool child development.

Keywords: developmental program, preschool, traditional Thai games

* Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi

Corresponding Author: Supawadee Naksukhum, E-mail: supawadee_n@rmutt.ac.th

บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าอันจะเป็นกำลังสำคัญของประเทศในอนาคต การเจริญเติบโตด้วยพัฒนาการที่สมวัยในทุกด้านจึงเป็นรากฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะเด็กวัย 3-6 ปี เป็นช่วงสำคัญที่ร่างกายและสมองกำลังเจริญเติบโตและเริ่มมีพัฒนาการหลากหลายทั้งด้านความคิด ภาษา ด้านกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวและการช่วยเหลือตนเอง หากเด็กวัยนี้ไม่ได้รับการส่งเสริมทักษะที่จำเป็นตามช่วงวัยอาจจะเป็นต้นเหตุของปัญหาในอนาคต¹ การสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยของกรมอนามัย โดยใช้เครื่องมือคัดกรองพัฒนาการ DSPM & DAIM พ.ศ. 2562-2564 พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 21.20, 25.60, 26.60 และ 27.80 ตามลำดับ¹ จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และพ.ศ. 2565 พบว่าเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 24.68 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85.00 ขึ้นไป และเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าไม่ควรเกินร้อยละ 20²

พัฒนาการเด็กมีทั้งหมดมีด้วยกัน 5 ด้าน ได้แก่ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการรับรู้และเข้าใจภาษา ด้านการแสดงออกทางภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม³ โดยพัฒนาการที่ล่าช้าส่วนใหญ่เป็นด้านภาษาด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการช่วยเหลือตนเองและด้านสังคม⁴ เด็กที่สงสัยว่ามีพัฒนาการล่าช้าไม่ได้หมายความว่าเด็กมีความบกพร่องเสมอไป แต่อาจเป็นเพราะเด็กไม่ได้รับการกระตุ้นที่เหมาะสมจากสภาพแวดล้อมการเลี้ยงดูเมื่อได้รับการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

และสม่ำเสมอจะกลับมามีพัฒนาการที่สมวัยได้ด้วยเหตุนี้การส่งเสริมพัฒนาการจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย บุคคลสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กคือผู้ปกครองเด็ก ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดสามารถส่งเสริมการเรียนรู้ พัฒนาการและช่วยเหลือให้เด็กมีการเรียนรู้ที่เหมาะสม⁵⁻⁶ เพื่อให้ผู้ปกครองเด็กสามารถทำการส่งเสริมพัฒนาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นนโยบายสำคัญเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็ก แต่จากการสำรวจของกรมอนามัย พ.ศ. 2565 พบผู้ปกครอง ร้อยละ 8.3 ให้เด็กเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน⁷ ทำให้เด็กขาดการเคลื่อนไหวร่างกาย ขาดโอกาสเล่นกับเพื่อนส่งผลให้ขาดการพัฒนาทักษะด้านภาษา และสังคม^{8,9} จะเห็นได้ว่าเด็กที่ขาดการเล่นที่เหมาะสมจะส่งผลต่อพัฒนาการด้านต่าง ๆ อันจะเป็นพื้นฐานในการก้าวสู่พัฒนาการขั้นต่อไปของเด็ก

แนวทางในการสนับสนุนผู้ปกครองให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กมีหลายวิธีด้วยกัน เช่น การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองจะทำให้ผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้นและสามารถนำไปใช้กับเด็กได้² การสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อการสร้างเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีกระบวนการกลุ่มในการเสริมสร้างผู้ปกครองให้มีสมรรถนะในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก¹⁰ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเด็กจึงสนใจที่จะศึกษาการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยสร้างรูปแบบกิจกรรมที่นำเอาการเล่นแบบไทยที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย มีบทร้อง บทพูดโต้ตอบ มีการใช้ปฏิสัมพันธ์ไหวพริบ มีทั้งรวมกลุ่มและเล่น

คนเดียว ซึ่งสามารถนำมาส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้ในทุก ๆ ด้าน อันจะส่งผลให้เกิดเป็นพฤติกรรมถาวรในการนำการเล่นแบบไทยมาใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการ ทำให้เด็กเจริญเติบโตมีพัฒนาการเหมาะสมตามวัยและคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยการเล่นแบบไทยต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

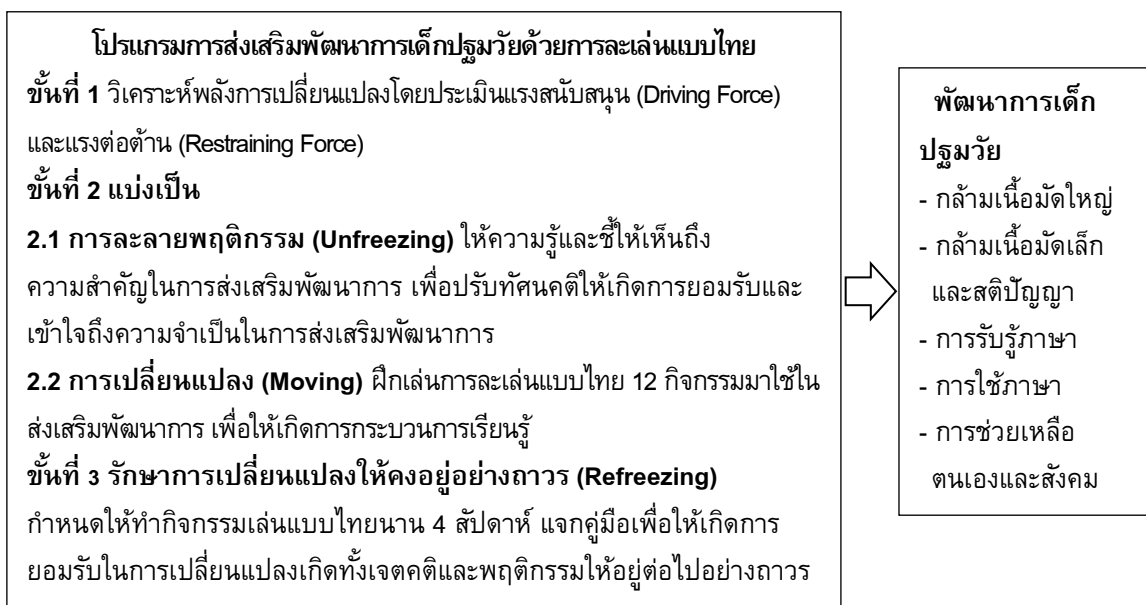
วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กปฐมวัยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2. เปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กปฐมวัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Lewin¹¹ ในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยการเล่นแบบไทย โดยมีแนวคิดว่ากระบวนการเรียนรู้ของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมี 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) วิเคราะห์พลังการเปลี่ยนแปลงโดยประเมินแรงสนับสนุน (Driving Force) และแรงต่อต้าน (Restraining Force) 2) แบ่งเป็นการละลายพฤติกรรม (Unfreezing) และการเปลี่ยนแปลง (Moving) และ 3) รักษาการเปลี่ยนแปลงให้คงอยู่อย่างถาวร (Refreezing) ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบวัดสองกลุ่มก่อนและหลัง (Two Group Pretest-Posttest Design)

โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยการเล่นแบบไทยต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กอายุ 2-4 ปีที่เข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่ง สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตตำบลคลองหก อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 110 คน

ตัวอย่าง คือ เด็กอายุ 2-4 ปีที่เข้าเรียนในศูนย์เด็กพัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่ง เขตตำบลคลองหก อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง 1) วัดพัฒนาการของเด็กเพื่อจัดเด็กที่มีความใกล้เคียงกันทั้ง 2 กลุ่ม และ 2) กำหนดเกณฑ์คัดเข้าของทั้งสองกลุ่มให้เท่ากัน โดยสำหรับเด็กต้องได้รับการคัดกรองด้วยเครื่องมือประเมินพัฒนาการ DSPM ที่ไม่ผ่านเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อ และสำหรับผู้ดูแลต้องเป็นผู้ดูแลหลักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็ก รวมทั้งได้รับการยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยการคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size)¹² ได้ขนาดอิทธิพล เท่ากับ .80 เปิดตารางสำเร็จรูปประมาณ ขนาดตัวอย่างแบบทดสอบสมมุติฐานทางเดียวของ Cohen¹³ ได้ขนาดตัวอย่าง 25 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างเป็น 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกตัวอย่าง คือ แบบบันทึกการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ (Developmental Screening and Promotion Record by Health Personal) จากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย อายุ และเพศ และข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ประกอบด้วย บุคคลที่เป็นผู้เลี้ยงดูเด็ก ระดับการศึกษา อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ของครอบครัว สถานภาพของครอบครัว ส่วนที่ 2 คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของกระทรวงสาธารณสุข (DSPM)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยการเล่นเกมแบบไทย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยประยุกต์จากทฤษฎีกระบวนการเรียนรู้ของ Lewin¹¹ ประกอบด้วย 1) คลิปปิดใจให้ความรู้ 2) คู่มือการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยการเล่นเกมแบบไทย ประกอบด้วย แนวทางการจัดกิจกรรมกลุ่มฝึกการเล่นแบบไทย เพื่อสร้างทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้แก่ผู้ปกครอง จำนวน 12 กิจกรรม ได้แก่ รีรีข้าวสาร มอญซ่อนผ้า ระบายสีหน้ากาก วึ่งเปี้ยว ปิดตาคลำทาย จำจ๊ะเขือเปราะ ตะลือกตอกตัก สลับกันพูด และสลับกันฟังใส่กระบอกไม้ไผ่ กระต่ายขาเดียว เล่นงูกินหาง เล่านิทาน และขี้มำก้านกล้วย ซึ่งใน 12 กิจกรรม สามารถส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก 5 ด้าน ได้แก่ 1) กิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว ได้แก่ รีรีข้าวสาร มอญซ่อนผ้า วึ่งเปี้ยว กระต่ายขาเดียว งูกินหาง และขี้มำก้านกล้วย 2) กิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็ก

และสติปัญญา ได้แก่ ระบายสีหน้ากาก ปิดตาคำทาย และจำจี้มะเขือเปราะ 3) กิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการรับรู้และเข้าใจภาษา ได้แก่ ตะลือกตอกตัก เล่านิทาน รีรีข้าวสาร มอญซ่อนผ้า และงูกินหาง 4) กิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการแสดงออกทางภาษา ได้แก่ สลับกันพูดและสลับกันฟังใส่กระบอกไม้ไผ่ รีรีข้าวสาร มอญซ่อนผ้า และงูกินหาง และ 5) กิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการช่วยเหลือตนเองและสังคม ได้แก่ รีรีข้าวสาร มอญซ่อนผ้า วึ่งเปี้ยว กระท่ายขาเดียว และงูกินหาง

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โปรแกรมฯ โดยอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 3 ท่าน ทำการปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิ จนโปรแกรมฯ มีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้

ส่วนเครื่องมือสำหรับประเมินพัฒนาการในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบบันทึกการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ (Developmental Screening and Promotion Record by Health Personal) จากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) ของกระทรวงสาธารณสุข ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีการตรวจสอบค่ามาตรฐาน และทดลองใช้จริงโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีค่าดัชนีความสอดคล้อง .50 ค่าความเชื่อมั่นจากผู้สังเกต .80 มีความไว 96.04 และความจำเพาะของเครื่องมือ 64.67¹⁴

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดปทุมธานี เอกสารรับรองที่ PPHO-REC 2564/019 วันที่รับรอง 16 กรกฎาคม 2564

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยและสอนวิธีการประเมินพัฒนาการเด็กให้กับครูพี่เลี้ยง และให้ครูประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้คู่มือ DSPM ก่อนใช้โปรแกรม

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยและวิธีการใช้โปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการเด็กพร้อมทั้งให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

3. ดำเนินการตามโปรแกรมฯ ระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน ในเดือนพฤษภาคม 2565 กลุ่มทดลอง แบ่งเป็น 2 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ และสร้างทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้แก่ผู้ปกครองที่ทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็กในวันแรกของโปรแกรม และ 2) ให้ผู้ปกครองเด็กจัดกิจกรรมการเล่นแบบไทยที่บ้าน 4 สัปดาห์ ในวันจันทร์ พุธ และศุกร์ วันละ 1 ชั่วโมง โดยให้ผู้ปกครองจัดกิจกรรมทั้ง 12 กิจกรรมให้แก่เด็กตามที่กำหนด วันละ 1 กิจกรรม ได้แก่ รีรีข้าวสาร มอญซ่อนผ้า ระบายสีหน้ากาก วึ่งเปี้ยว ปิดตาคำทาย จำจี้มะเขือเปราะ ตะลือกตอกตัก สลับกันพูดและสลับกันฟังใส่กระบอกไม้ไผ่ กระท่ายขาเดียว งูกินหาง เล่านิทาน และขี่ม้าก้านกล้วย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเป็นกลุ่มที่อยู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอีกแห่งที่สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลเดียวกัน ดำเนินการตามปกติของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกับกลุ่มทดลอง

4. ครูพี่เลี้ยงของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นผู้ประเมินพัฒนาการ โดยใช้คู่มือ DSPM หลังการทดลองใช้โปรแกรมฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการเปรียบเทียบพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยจำนวน ร้อยละ และ Chi-Square Test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

เด็กในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะใกล้เคียงกัน คือ เพศชาย ร้อยละ 45.20 และร้อยละ 58.10 เพศหญิงร้อยละ 54.80 และร้อยละ 41.90 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 3.32 ปี (SD = 0.59) ผู้ปกครองหลักส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 61.30 และร้อยละ 51 มีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 35.50 และร้อยละ 38.70 ส่วนระดับการศึกษาของผู้ปกครองหลักของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 48.40 และร้อยละ 83.90 รายได้ของครอบครัวในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 10,000-20,000 บาท ร้อยละ 41.90 และร้อยละ 83.90 สถานภาพครอบครัวของส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 77.40 และ 93.50 เปรียบเทียบความแตกต่างทางคุณลักษณะส่วนบุคคลของเด็กพบว่า เพศ อายุ บุคคลที่เป็นผู้ปกครองหลัก อาชีพของผู้ปกครอง และสถานภาพของครอบครัวไม่แตกต่างกัน ($p=0.438$, $p=0.656$, $p=0.561$, $p=0.832$, และ $p=0.131$ ตามลำดับ) ยกเว้นระดับการศึกษาของผู้ปกครองหลัก และรายได้ของครอบครัวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.04$ และ $p=0.03$ ตามลำดับ)

การเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการรายด้านก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญาระหว่างก่อน และหลังผ่านเกณฑ์ร้อยละ 46.70 และ 50.00 ตามลำดับ พัฒนาการด้านการรับรู้และเข้าใจภาษาผ่านเกณฑ์ร้อยละ 46.70 และ 60.00 ตามลำดับ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ และการเคลื่อนไหวก่อนการทดลองผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90.00 หลังการทดลองร้อยละ 93.30 และพัฒนาการด้านการแสดงออกทางภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 43.30 และ 83.30 เท่าเดิม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ขณะที่ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการรายด้านก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง พบว่า พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหวก่อนและหลังการทดลองผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90.00 และ 100.00 ตามลำดับ พัฒนาการด้านการรับรู้และเข้าใจภาษาผ่านเกณฑ์ร้อยละ 46.70 และ 73.30 ตามลำดับ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพัฒนาการด้านการแสดงออกทางภาษาผ่านเกณฑ์ร้อยละ 43.30 และ 50.00 ตามลำดับ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญาผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 33.30 และ 66.67 ตามลำดับ และพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคมผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80.00 และ 96.70 ตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการของเด็กปฐมวัยภายในกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n=30) ก่อนและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบ	พัฒนาการรายด้านที่ผ่านเกณฑ์ (จำนวนคนและร้อยละ)				
	กล้ามเนื้อ มัดใหญ่	กล้ามเนื้อมัดเล็ก และสติปัญญา	การรับรู้ ทางภาษา	การแสดงออก ทางภาษา	การช่วยเหลือ ตนเองและสังคม
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	27 (90.00)	14 (46.70)	14 (46.70)	13 (43.30)	25 (83.30)
หลังการทดลอง	28 (93.30)	15 (50.00)	18 (60.00)	13 (43.30)	25 (83.30)
Chi square	3.810	26.250	11.808	0.000	0.000
df	1	1	1	1	1
p-value	0.051	<0.001*	.001*	1.000	1.000
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	27 (90.00)	10 (33.33)	14 (46.70)	13 (43.30)	24 (80.00)
หลังการทดลอง	30 (100.00)	20 (66.67)	22 (73.30)	26 (86.70)	29 (96.70)
Chi square	22.533	1.674	9.545	3.529	.259
df	1	1	1	1	1
p-value	<0.001*	.196	.002*	.060	.611

*p<.05

การเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

กลุ่มทดลองมีพัฒนาการที่ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหวในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100 และ 93.30 ตามลำดับ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญาผ่านเกณฑ์ร้อยละ 66.67 และ

50.00 ตามลำดับ พัฒนาการด้านการรับรู้และเข้าใจภาษาผ่านเกณฑ์ร้อยละ 73.30 และ 60.00 ตามลำดับ ด้านการแสดงออกทางภาษาผ่านเกณฑ์ร้อยละ 86.70 และ 43.30 ตามลำดับ แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ส่วนพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบผ่านเกณฑ์ร้อยละ 96.70 และ 83.30 ตามลำดับ ที่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n=30) หลังการทดลอง

หลังการทดลอง	พัฒนาการรายด้านที่ผ่านเกณฑ์ (จำนวนคนและร้อยละ)				
	กล้ามเนื้อ มัดใหญ่	กล้ามเนื้อมัดเล็ก และสติปัญญา	การรับรู้ ทางภาษา	การแสดงออก ทางภาษา	การช่วยเหลือ ตนเองและสังคม
กลุ่มทดลอง					
ผ่านเกณฑ์	30 (100.00)	20 (66.67)	22 (73.30)	26 (86.70)	29 (96.70)

หลังการทดลอง	พัฒนาการรายด้านที่ผ่านเกณฑ์ (จำนวนคนและร้อยละ)				
	กล้ามเนื้อมัดใหญ่	กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา	การรับรู้ทางภาษา	การแสดงออกทางภาษา	การช่วยเหลือตนเองและสังคม
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ผ่านเกณฑ์	28 (93.30)	15 (50.00)	18 (60.00)	13 (43.30)	25 (83.30)
Chi square	2.143	.600	4.555	.084	5.172
df	1	1	1	1	1
p-value	.143	.439	.500	.773	.023*

*p<.05

อภิปรายผล

เด็กในกลุ่มทดลองหลังการทดลอง มีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว และพัฒนาการด้านการรับรู้และเข้าใจภาษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา พัฒนาการด้านการแสดงออกทางภาษา และพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม เพิ่มขึ้นเช่นกันแต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ อธิบายได้ว่า รูปแบบของโปรแกรมมีกิจกรรมการเล่นที่ต้องวิ่งหรือเดิน เช่น ูกินหาง รีรีข้าวสาร มอญซ่อนผ้า ม้าก้านกล้วย วิ่งเปี้ยว บางครั้งหรือมีการทรงตัวเช่น กระต่ายขาเดียว ม้าก้านกล้วย¹⁵ ช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว และบางกิจกรรมต้องพูดหรือร้องโต้ตอบกัน ช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านการรับรู้และเข้าใจภาษา ได้แก่ รีรีข้าวสาร มอญซ่อนผ้า และูกินหาง เนื่องจากสมรรถภาพทางกลไกของเด็กปฐมวัยหลังการฝึกกิจกรรมการเล่นพื้นบ้านดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶ และด้วยแรงเหวี่ยงของเยาวชนกลุ่มทดลองดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการเล่นพื้นบ้านอีสาน ส่วนพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา พัฒนาการด้านการแสดงออกทางภาษา และ

พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคมที่เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิตินี้อาจเนื่องมาจากระยะเวลาที่จัดโปรแกรมเพียง 4 สัปดาห์อาจน้อยไป¹⁷ ดังจะเห็นได้ว่าประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี ต้องใช้เวลา 6 เดือน จึงเห็นผลของการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการ¹⁸

ในขณะที่เด็กในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ และพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา พัฒนาการด้านการรับรู้และเข้าใจภาษาเพิ่มขึ้นอย่างมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพัฒนาการด้านการแสดงออกทางภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคมเท่าเดิมทั้งก่อนและหลังการทดลอง อธิบายได้ว่าก่อนทดลองกลุ่มเปรียบเทียบอาจได้รับการส่งเสริมพัฒนาการโดยคุณครูประจำชั้นที่ได้รับการฝึกอบรมทักษะการส่งเสริมพัฒนาการจากบุคลากรสาธารณสุข จึงทำให้หลังการทดลองมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ และการเคลื่อนไหว พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา พัฒนาการด้านการรับรู้และเข้าใจภาษาเพิ่มขึ้น^{6,21} แต่ก็เป็นที่น่าสังเกตว่าพัฒนาการด้านการ

แสดงออกทางภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเอง และสังคม ไม่มีการเพิ่มขึ้นจากเดิม ในขณะที่เด็กกลุ่มทดลองมีผลพัฒนาการด้านการแสดงออกทางภาษาผ่านเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.70 และ 16.70 ตามลำดับ และสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการด้วยการเล่นเกมแบบไทยจากผู้ปกครองที่บ้าน ซึ่งการส่งเสริมพัฒนาการจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ เนื่องจากระยะเวลาที่เด็กจะอยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กน้อยกว่าเวลาที่เด็กอยู่ที่บ้าน ดังนั้นการส่งเสริมพัฒนาการจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทั้งที่บ้านและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก⁶

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเอง และสังคมที่ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ในขณะที่ด้านอื่นๆ ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรม เช่น วิ่งเปี้ยว วีรชีวีซ่า และงูกินหาง ช่วยเสริมสร้างทักษะการทำงานร่วมกัน การวางแผน และการประสานงาน เนื่องจากกิจกรรมเล่นพื้นบ้านไทยเสริมสร้างพฤติกรรมทางสังคม¹⁹⁻²¹ ซึ่งการทดลองดำเนินการตามทฤษฎี Lewin¹¹ 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) มีการละลายพฤติกรรม โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยจัดกิจกรรมการเล่นไทย และ 3) การคงสภาพพฤติกรรมใหม่ โดยการแจกคู่มือการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมสามารถส่งเสริมทักษะการช่วยเหลือตนเองและสังคม ดังนั้นอาจต้องมีการปรับปรุงสื่อให้ความรู้หรือขยายเวลาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านอื่น ๆ

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

เป็นแนวทางสำหรับผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในการนำการเล่นไทยมาใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย แต่ต้องอาศัยเวลาในการทำกิจกรรม และความถี่ที่ความต่อเนื่องและเพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

ควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามพัฒนาการเป็น 3 เดือน และ 6 เดือน และควรพัฒนาสื่อในการให้ความรู้ให้มีความหลากหลาย เช่น การใช้ AI ช่วยสอน การใช้ Infographic เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ที่สนับสนุนทุนวิจัย

References

1. The National Institute of Child Development, Department of Health, Ministry of Public Health. Review and analysis of data on the national early childhood development situation. Nonthaburi: The National Institute of Child Development; 2022. (in Thai).
2. Health Data Center, Pathumtani Provincial Public Health Office. Percentage of the population aged 35 years and over who were screened for diabetes mellitus Sakon Nakhon province. [internet]. 2022 [cited 2022 Nov 16]; Available from: https://pte.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=2238

- b7879f442749bd1804032119e824. (in Thai).
3. Ministry of Public Health. Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). Nonthaburi: Office of Printing Affairs of the War Veterans Organization; 2019. (in Thai).
 4. Suntra N. Summary of results of early childhood development operations for the year 2020. [internet]. 2022 [cited 2022 Nov 16]; Available from: <https://nich.anamai.moph.go.th/th/general-of-50/download/?did=193861&id=46060&reload=>. (in Thai).
 5. Phulom N, Watchasin J, Chaiyamongkol N. Family ecology: factors influencing toddler development. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. 2016;22(1):18-36. (in Thai).
 6. Office of the Secretariat of the Education Council, Ministry of Education. The role of parents, mentors, and child caretakers in raising and developing early childhood children. [internet]. 2022 [cited 2022 Nov 16]; Available from: <https://preschool.or.th/content/documents/1232-file.pdf>. (in Thai).
 7. The National Institute of Child Development, Department of Health, Ministry of Public Health. Review of Thai child development status 2021. [internet]. 2022 [cited 2022 Nov 16]; Available from: <https://nich.anamai.moph.go.th/th/general-of-50/download/?did=204370&id=71944&reload=>. (in Thai).
 8. Cholchai W. Electronic media through screens and development and learning. In: Cholchai W, editor. Effects of electronic media through screens on children and adolescents. Bangkok: Beyond Enterprise; 2018. (in Thai).
 9. Tipmanosing D. Factors affecting early childhood development of children at the Bangkok Child Development Centers. Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital. 2022;18(1):51-68. (in Thai).
 10. Thongluang P. The effects of self-efficacy development program on promoting early childhood development. [Thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2016. (in Thai).
 11. Lewin K. Frontiers in group dynamics: concept, method and reality in social science; social equilibria and social change. Hum Relat. 1947;1(1):5-41. doi: 10.1177/001872674700100103.
 12. Kongdoug P. Effects of sensory motor activities on early childhood development [Thesis]. Chiangmai: Chiangmai University; 2017. (in Thai).
 13. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
 14. Sirithongthaworn S. The development of developmental surveillance and promotion manual; DSPM. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2018;63(1):3-12. (in Thai).
 15. Klinkasorn S. Thai games. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2016. (in Thai).
 16. Madteh F. The effect of practicing folk games on the development of early childhood children [Thesis]. Songkhla: Prince of

- Songkla University; 2014. (in Thai).
17. Paso P, Chuwet P. The effects of Isan recreational folk game program on youths' physical fitness and stress level. *Journal of SaengKhomKham Buddhist Studies*. 2022;7(1):47-64. (in Thai).
 18. Srituravanich C, Somboon P, Sukkasem Y. The effectiveness of developmental programs for children aged 3-5 years. [internet]. 2019 [cited 2022 Nov 16]; Available from: <https://oec.anamai.moph.go.th/th/more-news-php-cid-108-filename-index/download/?did=200518&id=60444&reload=>. (in Thai).
 19. Baradaran Bazaz S, Yaghobi Hasankala Q, Shojaee AA, Unesi Z. The effects of traditional games on preschool children's social development and emotional intelligence: a two - group, pretest - posttest, randomized, controlled trial. *Modern Care Journal*. 2018; 15(1):e66605. doi: 10.5812/MODERN.C.66605.
 20. Somsri T, Haenjohn J, Supwirapakorn W. A development of inhibitory control based on Thai traditional game training program in elementary school students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2020; 21(2):222-30. (in Thai).
 21. Niltawee J, Chaleekhrua S. Developing social behavior of pre-school children by using Thai folk plays. *Sikkha Journal of Education*. 2021;8(1):57-66. (in Thai).

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดกาฬสินธุ์

วิลาวัลย์ ซาดา* นิรุวรรณ เทิร์นโบล** วิพา ชุภา*** เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ**** เบญจพล แสงไสว*****
สุภาพร ชัยชาญวัฒนา***** นงค์ลักษณ์ ตั้งปรัชญากุล*****

บทคัดย่อ

บทนำ : ผู้สูงอายุเป็นประชากรที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในเขตพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย : การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ จาก 13 หมู่บ้าน จำนวน 1,348 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัย : ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองและมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในกลุ่มที่ระดับต่ำกว่าคนทั่วไป ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทั้งเชิงบวกและเชิงลบกับสุขภาพจิตของตัวอย่าง ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะการอยู่อาศัย การอยู่กับคู่สมรส การเข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพ และระดับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล : ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพและระดับคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมที่มีการพัฒนาสุขภาพจิตที่สามารถช่วยลดความเครียด เสริมสร้างความสุข และเพิ่มความสมดุลทั้งในด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุในชุมชนโดยเฉพาะด้านจิตใจ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต สุขภาพจิต

* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*** คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ **** มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

***** สถาบันอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ โพนงาม จังหวัดกาฬสินธุ์

***** องค์การบริหารส่วนตำบลโพนงาม จังหวัดกาฬสินธุ์

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, E-mail: saowaluk.see@neu.ac.th

The factors associated with the mental health of the elderly in Kalasin Province

Wilawun Chada* Niruwan Turnbull** Wipa Chuppawa*** Saowaluk Seedaket****
Benchapon Sangswai***** Supaporn Chaichanwattana***** Nonglak Tangpratchayakun*****

Abstract

Background: The elderly are a population that has changed in physical, mental, and social aspects, causing mental health problems in the elderly. The factors associated with various dimensions of mental health problems among the elderly depend on the contexts of their areas.

Objectives: This research aimed to study factors associated with the mental health status of older people in Kalasin Province.

Methods: A cross-sectional study was used. The samples included 1,348 older adults from 13 villages in Kalasin Province. Data were collected through questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman Rank Correlation.

Results: The majority of the samples were females. Their knowledge of self-care and quality of life were moderate. Most of the sample had a lower mental health status than the general population. The factors associated with the mental health of the samples included education level, average monthly income, accommodation, living with a spouse, participation in elderly schools, knowledge level of self-care, and quality of life, which were statistically significant at the .05 level.

Conclusions: Personal characteristics, knowledge of self-care, and quality of life were associated with the mental health of older adults. Relevant agencies should organize activities to develop mental health, reduce stress, promote happiness, and increase balance in the physical and psychological states to enhance the quality of life for the elderly in the community.

Keywords: elderly, quality of life, mental health

* Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

** Faculty of Public Health Mahasarakham University

*** Faculty of Liberal Arts and Sciences, Sisaket Rajabhat University

**** North Eastern University

***** Phon Ngam Sub District Chaloe Phrakiat Health Centre

***** Phon Ngam Sub District Administration Organization

Corresponding Author: Saowaluk Seedaket, E-mail: saowaluk.see@neu.ac.th

บทนำ

ผู้สูงอายุเป็นช่วงเวลาของชีวิตที่เปลี่ยนจากวัยกลางคนเข้าสู่วัยชราอย่างเต็มตัว ทำให้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมาย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ ปัจจุบันสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยที่มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 (4 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 14.9 (10 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2557 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 32.1 (20.5 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2583¹ และจากสถิติของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปี พ.ศ. 2565 พบว่าผู้สูงอายุมีร้อยละ 19.21 (12,698,362 คน) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 56.07² จากข้อมูลของการปกครองจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าประชากรผู้สูงอายุจังหวัดกาฬสินธุ์มีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 13.1 ของประชากรทั้งจังหวัดในปี พ.ศ. 2557 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.9 ในปี พ.ศ. 2560 (จำนวน 145,029 คน)³ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.68 ของประชากรทั้งจังหวัดกาฬสินธุ์ในปี พ.ศ. 2565⁴ ในขณะที่จังหวัดกาฬสินธุ์มีร้อยละของประชากรผู้สูงอายุสูงกว่าประเทศไทย

จากการสำรวจด้านสุขภาพจิตของคนไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า คนไทยมีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยอยู่ที่ 33.53 โดยคะแนนกลุ่มผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยสูงสุด คือ 33.76 คะแนน ซึ่งมากกว่ากลุ่มวัยผู้ใหญ่และ

กลุ่มเยาวชน ส่วนข้อมูลคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยของประชากรจังหวัดกาฬสินธุ์อยู่ที่ 33.97 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้สำหรับสุขภาพจิตของคนทั่วไป (27.01-34.00 คะแนน)⁵ สถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในประเทศไทย พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุอาจเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ เช่น ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย ความเครียดที่มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2556 พบผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 1.75 และ พ.ศ. 2562 คิดเป็นร้อยละ 3.49 ซึ่งแนวโน้มของจำนวนผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากผู้สูงอายุที่ต้องมีชีวิตโดยลำพัง มีแนวโน้มสูงขึ้น⁶ ปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตของบุคคลมีทั้งในระดับบุคคล ระดับครอบครัว ชุมชน และระดับโครงสร้าง ทั้งนี้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต คาดว่ามีมากถึงร้อยละ 13 ของประชากรโลก ในสถานการณ์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 พบอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจน⁷

สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวน 4,612 คน ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นอาจนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามมาด้วย โดยในพื้นที่ตำบลโพธิ์งาม อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 1,476 คน⁸ แต่ผู้สูงอายุในพื้นที่ดังกล่าวยังไม่เคยได้รับการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ดังนั้นจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

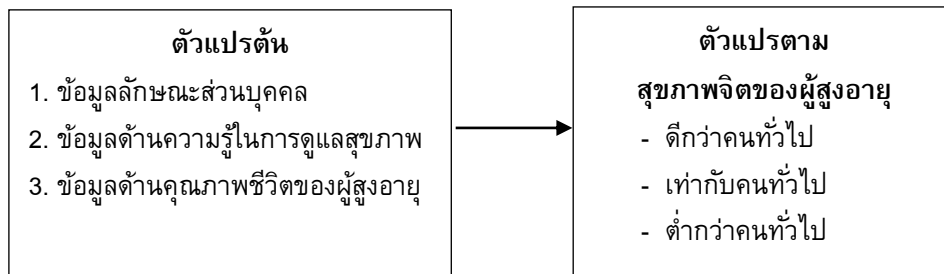
จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อจะได้นำผลของการศึกษาไปเป็นแนวทางวางแผนในการจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทางด้านสุขภาพจิตสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้รวบรวมทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากแนวคิดการดำเนินงานของศูนย์การควบคุมและป้องกันโรคของ CDC (Centers of Disease Control and Prevention) ซึ่งได้ให้แนวทางในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในหัวข้อ Mental Health and Aging⁹ ร่วมกับการศึกษาเรื่อง Depression and Aging¹⁰ และแนวคิดคุณภาพชีวิตของของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹¹ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยนี้ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 1-30 พฤษภาคม 2563

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้คือ ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 1,348 คน จากทั้งหมด 13 หมู่บ้าน¹² และตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทุกคน

ในเขตพื้นที่ที่ศึกษาในจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 1,348 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ ลักษณะการพักอาศัย การเข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ และดัชนีมวลกาย ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

2. แบบสอบถามความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูกและผิด และแปลผลระดับความรู้ เป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ¹³

3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹⁴ จำนวน 26 ข้อ มีระดับการวัด 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลางมาก และมากที่สุด

4. แบบสอบถามสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (T-GMHA-15) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 15 ข้อ มีระดับการวัด 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย มาก และมากที่สุด และแปลผลระดับสุขภาพจิตเป็น 3 ระดับ คือ 50-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป 43-49 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และ 42 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป¹⁵

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือของแบบสอบถามทั้ง 4 ส่วน โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพผู้สูงอายุ และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ได้ค่า IOC (Index of Item - Objective Congruence) ตั้งแต่ 0.67-1.00 ทดลองใช้เครื่องมือในกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษา จำนวน 35 คน โดยทดสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตร KR-20 ของแบบประเมินความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้เท่ากับ 0.73 และทดสอบค่าความเชื่อมั่น Cronbach Alpha Coefficient

ของแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้เท่ากับ 0.80 และแบบประเมินสุขภาพจิตของผู้สูงอายุฉบับสั้นได้เท่ากับ 0.85

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยตามเงื่อนไขการวิจัยของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 045/2563 ลงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2563 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัยให้กับผู้สูงอายุทราบก่อนที่จะตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธได้อย่างอิสระ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและนักวิจัยจัดอบรมการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ ผู้ช่วยนักวิจัย และ อสม. หลังจากนั้นประชาสัมพันธ์เพื่อแจ้งให้ผู้สูงอายุทราบจากเสียงตามสายกระจายข่าวของหมู่บ้าน และในการเก็บรวบรวมข้อมูล นักวิจัยผู้ช่วยนักวิจัย และ อสม. แบ่งความรับผิดชอบตามรายชื่อของผู้สูงอายุ โดย อสม.มีการนัดหมายกับผู้สูงอายุก่อนการเดินทางไปเก็บรวบรวม และเก็บข้อมูลด้วยตนเองในทุกหลังคาเรือน ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาทีต่อคน เพื่อให้เก็บตัวอย่างได้ครบทุกคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพ ระดับคุณภาพชีวิต

และระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ใช้สถิติเชิงอนุมานด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation) โดยจัดตัวแปรเป็นตัวแปรเชิงกลุ่มเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยกับระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทดสอบระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.61 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 53.12 อายุเฉลี่ย 69.65 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 91.17 สถานภาพสมรส ร้อยละ 65.80 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 87.98 และไม่ได้เข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ ร้อยละ 87.10

สถานการณ์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในเขต จ.กาฬสินธุ์

สุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 49.80 รองลงมาคือ ภาวะสุขภาพจิตระดับเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 38.8 และร้อยละ 11.4 มีภาวะสุขภาพจิตระดับดีกว่าคนทั่วไป เมื่อศึกษารายข้อพบว่า ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ สมาชิกของครอบครัวให้ความช่วยเหลือ (M=3.29, SD=0.62) รองลงมาคือ ถ้าผู้สูงอายุป่วยมั่นใจว่าครอบครัวจะดูแลเป็นอย่างดี (M=3.28, SD=0.60) ส่วนต่ำสุดคือ รู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน (M=2.09, SD=0.71)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ($r_s = -.071, p = .009$) ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($r_s = -.071, p = .010$) ด้านลักษณะการอยู่อาศัยที่อยู่กับคู่สมรส ($r_s = -.082, p = .003$) ด้านการเข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ ($r_s = .055, p = .043$) ด้านระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพ ($r_s = -.092, p < .001$) และด้านระดับคุณภาพชีวิต ($r_s = -.445, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ภาวะสุขภาพจิต			r_s	p
	ดีกว่าคนทั่วไป	เท่ากับคนทั่วไป	ต่ำกว่าคนทั่วไป		
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
ระดับการศึกษาสูงสุด				-0.071	.009*
- ประถมศึกษาและต่ำกว่า (n=1,229) 91.17%	274 (20.33)	658 (48.81)	297 (22.03)		
- มัธยมศึกษาและสูงกว่า (n=119) 8.83%	36 (2.67)	65 (4.82)	18 (1.34)		
- รวม (n=1,348)	310 (23.00)	723 (53.63)	315 (23.37)		

ตัวแปร	ภาวะสุขภาพจิต			r_s	p
	ดีกว่าคนทั่วไป	เท่ากับคนทั่วไป	ต่ำกว่าคนทั่วไป		
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				.071	.010*
- ต่ำกว่า 5,000 บาท (n=1,186)	317 (23.52)	619 (45.92)	250 (18.55)		
87.98%					
- 5,000 – 10,000 บาท (n=132)	33 (2.45)	84 (6.23)	15 (1.11)		
9.79%					
- มากกว่า 10,000 บาท (n=30)	12 (0.89)	15 (1.11)	3 (0.22)		
2.23%					
- รวม (n=1,348)	362 (26.86)	718 (53.26)	268 (19.88)		
ลักษณะการพักอาศัย (ตอบได้ > 1 ข้อ)					
- อยู่กับคู่สมรส (n=684)	195 (28.51)	376 (54.97)	113 (16.52)	.082	.003***
การเข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ				.055	.043*
- เข้าร่วม (n=194)	45 (3.34)	121 (8.97)	28 (2.08)		
85.61%					
- ไม่ได้เข้าร่วม (n=1,154)	265 (19.66)	602 (44.66)	287 (21.29)		
14.39%					
- รวม (n=1,348)	310 (23.00)	723 (53.63)	315 (23.37)		
ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพ				-0.092	.001**
- ระดับไม่ดี (n=357)	76 (5.78)	169 (12.86)	112 (8.52)		
27.17%					
- ระดับปานกลาง (n=647)	147 (11.19)	358 (27.25)	142 (10.81)		
49.24%					
- ระดับดี (n=310)	72 (5.48)	188 (14.31)	50 (3.81)		
23.59%					
- รวม (n=1,314)	295 (22.45)	715 (54.41)	304 (23.14)		
(***missing = 2.52%)					
ระดับคุณภาพชีวิต				-0.445	<.001**
- ระดับไม่ดี (n=36)	7 (0.53)	8 (0.60)	21 (1.58)		
2.71%					
- ระดับปานกลาง (n=862)	93 (7.01)	493 (37.15)	276 (20.80)		
64.96%					
- ระดับดี (n=429)	199 (15.00)	215 (16.20)	15 (1.13)		
32.33%					
- รวม (n=1,327)	299 (22.53)	716 (53.96)	312 (23.51)		
(***missing = 1.56%)					

*p < .05, **p < .001 ***missing หมายถึง ข้อมูลไม่สามารถแสดงได้เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ขอตอบคำถามในข้อนั้น ๆ

อภิปรายผล

สถานการณ์ของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์ เกือบครึ่งหนึ่งของตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

(M=2.09, SD=0.71) คือรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน สอดคล้องกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสังคมไทย ภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าเกณฑ์ถึงร้อยละ 53.3¹⁶

แตกต่างกับการศึกษาของจังหวัดจันทบุรี ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตในระดับเดียวกับคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 61.3 เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่รู้สึกกังวลใจ คิดเป็นร้อยละ 40.3 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตในระดับมาก¹⁷ และผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการสร้างสุขจังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตในระดับเดียวกับคนทั่วไปทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการโดยก่อนเข้าร่วมคิดเป็นร้อยละ 42.7 และหลังเข้าร่วม ร้อยละ 43.3¹⁸

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ด้านลักษณะส่วนบุคคลเมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การอยู่อาศัยอยู่กับคู่สมรส และการเข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การศึกษาและความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและทำให้มีสุขภาพจิตที่ดี¹⁹ จะเห็นได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และการพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จากการวิเคราะห์ประเด็นต่าง ๆ จะเห็นว่าปัจจัยด้านการศึกษามีผลต่อการเข้าใจและการปรับตัวต่อสังคม และตามทฤษฎีทางจิตวิทยาพบว่า การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคู่สมรสสามารถเป็นปัจจัยที่สำคัญในการสร้างความสุขและความมั่นคงในชีวิต²⁰ และผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยกับคู่สมรสจะได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การให้คำแนะนำปรึกษา การปลอบโยน

การให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จากคู่สมรส ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตประจำวันส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี²¹ โดยเฉพาะด้านรายได้ที่มั่นคงและมีแหล่งที่มาของรายได้ที่เพียงพอสามารถสนับสนุนชีวิตประจำวันส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ มีความสามารถในการดูแลตนเอง และการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเนื่องจากพักอาศัยกับสามีจะทำให้สุขภาพจิตดี นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าการที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น อาจเนื่องมาจากมีพูดคุยและปรึกษาหารือกันขณะอยู่ในโรงเรียน

ด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ผลวิเคราะห์บ่งบอกว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าคนทั่วไป มีจำนวนผู้สูงอายุสูงที่สุดอยู่ในกลุ่มระดับความรู้ที่ไม่ดี อาจจะทำให้การดูแลสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุไม่ดีไปด้วย ซึ่งระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ขึ้นอยู่กับบริบทของผู้สูงอายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต เนื่องจากความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ²² และการมีความรู้มีความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตช่วยในการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพทั้งสองด้านได้เป็นอย่างดี ซึ่งนำไปสู่การดูแลสุขภาพของ

ผู้สูงอายุได้ และช่วยผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจในการดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตที่เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความสุขและความมั่นคงในชีวิต²³

ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาสุขภาพจิตกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเมืองจังหวัดสระบุรี พบว่า คุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันส่งผลต่อสุขภาพจิตทั้งความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล²⁴ และจากการศึกษาบริบทของพื้นที่พบว่า เป็นพื้นที่เกษตรกรรม สังคมพึ่งพาอาศัยกันและในชุมชนมีโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเครือข่ายทางสังคมที่ช่วยดูแลและสนับสนุนและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพจิตที่ดีช่วยเพิ่มระดับความสุขและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้แก่ การมองโลกในแง่ดี การคิดเชิงบวก การสร้างอารมณ์เชิงบวก ช่วยให้ผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้นสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข²⁵ อีกทั้งภาวะสุขภาพจิตที่ดีช่วยสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีกับครอบครัว เพื่อน และชุมชน การเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและการร่วมมือกับผู้อื่นในกิจกรรมทางสังคม ดังนั้น การส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งร่างกายและจิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผู้สูงอายุเกือบครึ่งมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป และมีปัจจัยหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะการพักอาศัยอยู่กับคู่สมรส การเข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ ด้านระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพ และด้านระดับคุณภาพชีวิต แม้ว่าด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง และระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อวิเคราะห์ตามระดับสุขภาพจิตแล้วพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้บางส่วนอยู่ในกลุ่มสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าคนทั่วไป ดังนั้นควรที่จะได้รับการส่งเสริมและพัฒนาด้านความรู้ และสุขภาพจิต เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สามารถนำผลการวิจัยไปประกอบในการวางแผนในการพัฒนารูปแบบการดูแลและการจัดบริการให้กับผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะประเด็นของการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

สถาบันการศึกษาและหน่วยงานสาธารณสุขควรพัฒนางานวิจัยในลักษณะของการพัฒนารูปแบบในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ ควรมีการขยายและต่อยอดงานวิจัยลักษณะนี้ในพื้นที่อื่น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่

สนับสนุนทุนในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลโพรงงาม อำเภอท่งทราย จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ขอขอบคุณองค์การบริหารส่วนตำบลโพรงงาม สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลโพรงงาม ที่ให้ความร่วมมือในการประสานงาน ตัวอย่างในพื้นที่ตำบลโพรงงาม

References

1. National Health Security Office. The manual of long term care for the dependent elderly in community (long term care) under universal health coverage scheme, fiscal year 2016. Bangkok: National Health Security Office; 2016. (in Thai).
2. National Statistical Office. Summary of mental health (happiness) survey of people in Thailand. Bangkok: National Statistical Office; 2020. (in Thai).
3. Kalasin Statistical Office. Situation and perspectives on the elderly, Kalasin province 2017. [internet]. 2018 [cited 2020 Apr 6]; Available from: https://kalasin.nso.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=228:situation-of-the-elderly-kalasin-province&catid=36. (in Thai).
4. Department of Health, Ministry of Public Health. Statistics of elderly in Kalasin province. [internet]. 2023 [cited 2023 May 11]; Available from: <https://region4.anamai.moph.go.th/hdc/dashboard/populationpyramid/changwat?year=2023&cw=46>. (in Thai).
5. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Report of Thai health report. Nakhompathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2020. (in Thai).
6. Prasrimahabodi Psychiatric Hospital. Report of patients with depressive disorder who access the medical service. [internet]. 2021 [cited 2022 Sep 7]; Available from: <https://thaidepression.com/>. (in Thai).
7. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. Statistics of elderly in Thailand. [internet]. 2023 [cited 2023 May 10]; Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962>. (in Thai).
8. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Report of Kamalasai District, Kalasin Province. [internet]. 2023 [cited 2023 Nov 7]; Available from: <https://3doctor.hss.moph.go.th/>. (in Thai).
9. Centers of Disease Control and Prevention. Mental health and aging. [internet]. 2023 [cited 2023 Nov 10]; Available from: <https://www.cdc.gov/aging/olderadultsandhealth/hyaging/mental-health-and-aging.html>.
10. Centers of Disease Control and Prevention. Depression and aging. [internet]. 2023

- [cited 2023 Nov 10]; Available from:
<https://www.cdc.gov/aging/olderadultsandhealthyaging/depression-and-aging.html>.
11. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Research report on development and test of mental health indicators in Thailand (version 2017). Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2019. (in Thai).
 12. Phonngam Subdistrict Administrative Organization. List of elderly people of Phonngam subdistrict administrative organization. Kalasin: Phonngam Subdistrict Administrative Organization; 2019. (in Thai).
 13. Bloom BS, Madaus GF, Hastings JT. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
 14. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. WHOQOL-BREF-THAI. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2002. (in Thai).
 15. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Research report on development and test of mental health indicators in Thailand (version 2017). Nonthaburi: Department of Mental Health; 2019. (in Thai).
 16. Kulprateepunya K, Atsawametakul W, Thasanoh Elter P, Saelue J, Pisaipan P, Namwong A. Health status of elderly in Thai society. UMT Poly Journal. 2020; 17(2):581-95. (in Thai).
 17. Patsat A, Rujiranukul P. The elderly mental health at Wang Mai subdistrict elderly school, Na Yai Am District, Chanthaburi Province. ARU Research Journal Humanities and Social Sciences. 2021;8(2):133-44. (in Thai).
 18. Chaiprasit T, Nora W, Chotchaen A, Srisai K, Chomsahai P. Results of the program of promoting happiness of elderly in the area of mental health, Chang Phuak municipal community, Muang district, Chiang Mai province. In: 1st National conference on humanities and social sciences: academic liberal arts. 4th September 2020; Chiang Mai: 2020. p.458-66. (in Thai).
 19. Khakhuen S, Kongmaha H, Phantong W, Thasanoh Elter P. Mental health and related factors among older adults. Journal of Health and Nursing Research. 2020;36(3):150-63. (in Thai).
 20. Boonruangkhaio C, Kirdpitak P, Malakul Na Ayudhaya P. Marriage empowerment. Journal of Psychology Kasem Bundit University. 2023;13(1):10-7. (in Thai).
 21. Suksai P, Nanthamongkolchai S, Pitikultang S, Munsawaengsub C, Taechaboonsermsak P. Factors influencing mental health of the elderly in urban area, Ratchaburi Province.

- Journal of Health Science. 2018;27(5): 809-18. (in Thai).
22. Chetprapan R. Factors related to the self-care behavior of the elderly in Tha Chang District, Singburi Province. The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj. 2021;1(1): 23-36. (in Thai).
23. Noywong P, Singakiboot S. Mental health literacy, knowledge, and management of mental health problems among older adults in Dong Hong Hae Sub-District health promoting hospital, Ubon Ratchthani Province. Journal of Nursing and Therapeutic Care. 2023;41(3):e264500. (in Thai).
24. Supasiri T, Lertmaharit S, Rattananupong T, Kitidumrongsuk P, Lohsoonthorn V. Mental health status and quality of life of the elderly in rural Saraburi. Chulalongkorn Medical Journal. 2019;63(2):95-101. doi: 10.58837/CHULA.CMJ.63.2.5.
25. Phongsiri P, Kulprateepunya K, Lohapaiboonkul N, Moongsin S, Wongsanga P. Quality of life, mental health status and activities of daily living of the elderly: case study Muang District, Ubon Ratchathani Province. Kuakarun Journal of Nursing. 2018;25(2):137-51. (in Thai).

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม ในพนักงานธนาคาร

รุ่งระพี อุปรา* กัลยาณี ตันตรานนท์* วันเพ็ญ ทรงคำ*

บทคัดย่อ

บทนำ : อาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมเป็นความผิดปกติทางตาและการมองเห็นจากการใช้คอมพิวเตอร์ในการทำงานเป็นระยะเวลานาน

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมในพนักงานธนาคาร

วิธีการวิจัย : การศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ ตัวอย่างคือ พนักงานธนาคาร จำนวน 396 ราย สุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือประกอบด้วย แบบสอบถามอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม และแบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และการถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย

ผลการวิจัย : ตัวอย่าง ร้อยละ 68.4 มีอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม อาการที่พบบ่อยครั้งมากที่สุดคือ อาการแสบตา ร้อยละ 28.8 รองลงมา คือ อาการตาพร่ามัว ร้อยละ 26.0 โดยทุกอาการมีความรุนแรงปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม ประกอบด้วยปัจจัยด้านสภาพการทำงาน ได้แก่ ระยะเวลาทำงานหน้าจอคอมพิวเตอร์ 3-4 ชั่วโมงต่อวัน (OR=4.75; 95% CI=1.24, 18.19) 5-6 ชั่วโมงต่อวัน (OR=6.93; 95% CI= 2.06, 23.30) และมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน (OR=10.94; 95% CI=3.13, 38.28) การมองจอสลับกับเอกสาร (OR=2.97; 95% CI=1.61, 5.49) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ แสงสว่างหน้าจอที่จ้าเกินไป (OR=7.90; 95% CI=1.04, 60.29) และแสงสะท้อนจากหน้าต่าง (OR=1.72; 95% CI=1.02, 2.99) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผล : พยาบาลอาชีวอนามัยควรออกแบบโปรแกรมเพื่อป้องกันการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมในพนักงานธนาคาร โดยเน้นการปรับระยะเวลาการใช้คอมพิวเตอร์ให้เหมาะสม และปรับแสงสว่างหน้าจอให้เหมาะสม

คำสำคัญ : ปัจจัย ความสัมพันธ์ คอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม พนักงานธนาคาร

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : รุ่งระพี อุปรา, E-mail: roongrapee_upra@cmu.ac.th

Factors related to computer vision syndrome among bank workers

Roongrapee Upra* Kunlayanee Tantranont* Wanpen Songkom*

Abstract

Background: Computer Vision Syndrome (CVS) is an occupational health problem related to the eyes and vision of computer workers, especially bank workers.

Objectives: The research aimed to study the prevalence of CVS and factors related to computer vision syndrome among bank workers.

Methods: This study used the descriptive correlational design. The samples were 396 bank workers using simple random sampling. The instruments were a computer vision syndrome questionnaire and factors related to the CVS questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression.

Results: The results showed that 68.4% of the sample had CVS. The most common symptoms were eye burning (28.8%), blurred vision (26.0%), and excessive blinking (25.0%), respectively. The factors related to the computer vision syndrome included working conditions, consisting of the computer used during 3-4 hours (OR=4.75; 95% CI=1.24, 18.19), 5-6 hours (OR=6.93; 95% CI=2.06, 23.30), and 8 hours or more per day (OR=10.94; 95% CI=3.13, 38.28); looking at the screen alternately with documents (OR=2.97; 95% CI=1.61, 5.49); and working environments, consisting of the brightness of computer screen (OR=7.90; 95% CI=1.04, 60.29); and the glare from outside the window (OR=1.72; 95% CI=1.02, 2.99) at statistically significant ($p<.05$).

Conclusions: Occupational health nurses should organize interventions to prevent CVS among bank workers, especially promoting appropriate adjustment of the time spent working on computers and the light on the computer screen.

Keywords: factors, related, computer vision syndrome, bank workers

* Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Corresponding Author: Roongrapee Upra, E-mail: roongrapee_upra@cmu.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันการใช้คอมพิวเตอร์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการและสถานการณ์ต่างๆ ของโลก ทำให้คนทำงานเสี่ยงต่อการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม (Computer Vision Syndrome: CVS) หรืออาการที่เกี่ยวข้องกับดวงตาและการมองเห็นจากการใช้คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ดิจิทัล¹ เพิ่มขึ้น และเป็นปัญหาอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน² โดยมีการประมาณการเพิ่มขึ้นปีละ 1 ล้านคนจากผู้ปฏิบัติงานกับคอมพิวเตอร์ 60 ล้านคนทั่วโลก³ ในประเทศไทยพบอัตราการใช้คอมพิวเตอร์มากขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2563 โดยมีจำนวน 16.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 26.4 และส่วนใหญ่ใช้คอมพิวเตอร์ในที่ทำงาน ร้อยละ 33.1⁴ อาจเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ประชาชนซึ่งรวมถึงคนทำงานมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการทำงานตามมาตรการของรัฐบาลเพื่อลดการแพร่กระจายของไวรัส เช่น การทำงานที่บ้าน (Work-From-Home) การประชุมออนไลน์ผ่านโปรแกรมซูม (Zoom) เป็นต้น⁵ การศึกษาการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมในกลุ่มวัยทำงาน⁶⁻⁹ และนักศึกษา¹⁰⁻¹¹ พบอัตราการเกิดร้อยละ 24.4-99.4⁶⁻¹¹ อาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบายปัญหาการมองเห็น คุณภาพชีวิตลดลง หรือนำไปสู่โรคทางตาได้ เช่น ตาแห้ง ต้อกระจก¹² ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานและผลผลิตในงานลดลง¹³⁻¹⁴ สูญเสียค่าใช้จ่ายซึ่งการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบค่าใช้จ่าย

สำหรับรักษาอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมปีละ 1,178 ดอลลาร์¹⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสภาพการทำงานและสิ่งแวดล้อมในการทำงานเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม เช่น ระยะเวลาทำงานหน้าจอคอมพิวเตอร์มากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม^{9,11,15} เนื่องจากระยะเวลาการเพ่งหรือจ้องมองจอภาพที่ต่อเนื่องกันโดยมากกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไป^{1-2,16} จะทำให้กล้ามเนื้อตาหดเกร็งตลอดเวลา ส่งผลให้มีอาการปวดตา ตาพร่ามัว และเมื่อกระพริบตาลดลง น้ำตาที่เคลือบผิวตาแห้ง การทำงานที่ต้องมองจอภาพสลับกับเอกสาร ทำให้กล้ามเนื้อตาเกิดการหดเกร็งเพื่อปรับโฟกัสบ่อยครั้ง ส่งผลให้เกิดอาการปวดตา ตาพร่ามัวได้^{1,16} นอกจากนี้การมองจอภาพระยะห่างน้อยกว่า 30 เซนติเมตรมีความเสี่ยงในการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมเป็น 2.97 เท่า เมื่อเทียบกับระยะห่างเท่ากับหรือมากกว่า 30 เซนติเมตร (95% CI=1.06, 8.33)¹¹ ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน พบว่า แสงจ้าบริเวณหน้าจอคอมพิวเตอร์เพิ่มโอกาสเสี่ยง ในการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมเป็น 2.97 เท่า (95% CI=1.06, 8.33)⁷

นอกจากนี้การนำคอมพิวเตอร์มาใช้ในการทำงานพบการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมในอัตราสูง ทั้งนี้พนักงานธนาคาร

เป็นอาชีพหนึ่งที่มีความเสี่ยงในการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม เนื่องจากมีการทำงานหน้าจอคอมพิวเตอร์เพื่อบริการแก่ลูกค้าตลอดเวลาทั้งในและนอกสถานที่¹⁷ ลักษณะงานที่ต้องทำงานกับระบบการเงิน เอกสารต่าง ๆ ทำให้ต้องเพ่งตัวเลข ข้อมูลต่าง ๆ บนจอภาพ ในระยะใกล้ด้วยท่าทางซ้ำ ๆ เป็นระยะเวลานาน อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาในพนักงานธนาคาร ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลอาชีวอนามัย ซึ่งมีบทบาทที่สำคัญ ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงานจึงมีความสนใจศึกษาการเกิดอาการและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมในพนักงานธนาคาร เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการป้องกัน และลดปัจจัยเสี่ยง

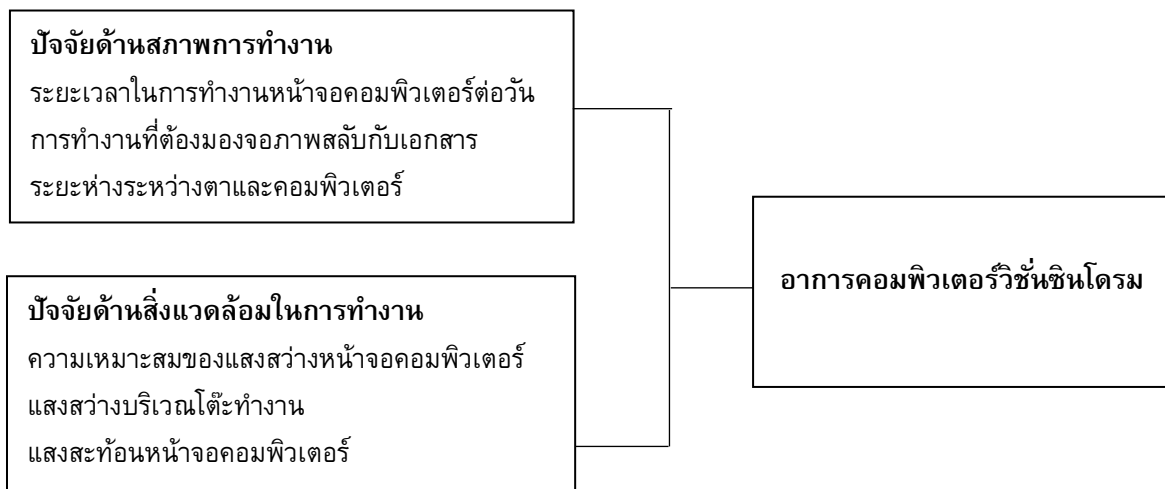
ของการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมในพนักงานธนาคารต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมในพนักงานธนาคาร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมในพนักงานธนาคาร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากกรอบแนวคิดสาเหตุของการเกิดโรคจากการทำงาน⁹ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมโดยการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมมีสาเหตุจากปัจจัยด้านสภาพการทำงานและสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เหมาะสม ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Study)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ พนักงานธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรในประเทศไทยจำนวน 15,000 คน¹⁸

ตัวอย่าง คือ พนักงานธนาคารเพื่อ การเกษตรและสหกรณ์การเกษตรในจังหวัด เชียงรายและพะเยา กำหนดขนาดตัวอย่าง ความคลาดเคลื่อนที่ 5% ซึ่งเป็นระดับปานกลาง ในงานวิจัยทางการแพทย์ กำหนดค่าระดับ ความเชื่อมั่น 95% จากการเปิดตาราง¹⁹ ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 390 คน เพื่อป้องกัน ข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ จึงเพิ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ดังนั้นตัวอย่างทั้งหมดที่ทำการเก็บ ข้อมูล คือ 430 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) สุ่มเลือกตัวอย่าง ได้ตัวอย่างภาคเหนือและสุ่มได้จังหวัดเชียงราย และพะเยา จำนวน 34 สาขา จาก 54 สาขา โดยใช้วิธีจับสลากแบบไม่แทนที่ตามรายชื่อ ของสาขาทั้งหมดในจังหวัดเชียงรายและพะเยา ซึ่งหากตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบตาม จำนวนที่กำหนดไว้ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างจากสาขาที่เหลือไปที ละสาขา เพื่อให้ได้แบบสอบถามครบตาม จำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ปัญหาทางสายตา/โรคทางตา และการมองเห็น การใช้แว่นสายตา โรค ประจำตัว และการได้รับอุบัติเหตุทางตา

2. แบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์ กับการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ปัจจัยด้านสภาพการทำงาน ได้แก่ ระยะเวลาในการทำงานหน้าจอ

คอมพิวเตอร์ต่อวัน การทำงานที่ต้องมอง จอภาพสลับกับเอกสาร ระยะห่างระหว่างตา และคอมพิวเตอร์ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ในการทำงาน ได้แก่ ความเหมาะสมของแสง สว่างของหน้าจอคอมพิวเตอร์ แสงสว่างบริเวณ โต๊ะทำงาน แสงสะท้อนหน้าจอคอมพิวเตอร์

3. แบบสอบถามอาการคอมพิวเตอร์ วิชั่นซินโดรม ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม อาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม (CVS-Q) ที่พัฒนาโดย Segui et al²⁰ โดยให้ตัวอย่างเลือก การเกิดอาการทางสายตาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ คอมพิวเตอร์ในการทำงานจาก 16 อาการ

โดยตอบได้มากกว่า 1 อาการ (ตั้ง ตารางที่ 1) ที่เกิดขึ้นภายใน 1 เดือน โดยใช้ ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เคย (0 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (สัปดาห์ละครั้ง) (1 คะแนน) บ่อยครั้ง (2-3 ครั้งต่อ สัปดาห์หรือทุกวัน) (2 คะแนน) และความรุนแรง ของการเกิดอาการ ได้แก่ รุนแรงปานกลาง (1 คะแนน) รุนแรงมาก (2 คะแนน)

การแปลผล เนื่องจาก 1 คน สามารถตอบ ได้มากกว่า 1 อาการ จึงนำคะแนนความถี่ คุณด้วยคะแนนความรุนแรงของแต่ละอาการ แล้วนำคะแนนของผลคูณที่ได้ของแต่ละอาการ มารวมกัน หากได้ผลรวมตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป แสดงว่าเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม โดยมีนัยสำคัญทางคลินิกคือ อาการที่เกิดขึ้น นาน ๆ ครั้งแต่รุนแรงมาก และอาการที่เกิดขึ้นบ่อย แต่รุนแรงปานกลางขึ้นไป²⁰

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามการเกิดกลุ่มอาการ และ แบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการ

คอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ พยาบาลอาชีวอนามัย 2 ท่าน จักษุแพทย์ 2 ท่าน แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ 2 ท่าน ได้ค่าเท่ากับ 0.98 ส่วนความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ได้นำไปทดลองใช้กับพนักงานธนาคารที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 15 ราย ในกลุ่มเดิม 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ (Test-retest reliability) คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 และ 0.84 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รหัสโครงการ EXP-093-2565 ตามเอกสารเลขที่ 132/2565 อนุมัติวันที่ 15 ธันวาคม 2565

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรในจังหวัดที่ถูกทำการคัดเลือกเป็นตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลการตอบแบบสอบถามกูเกิลฟอร์ม โดยส่งลิงค์ในแอปพลิเคชันไลน์ หรืออีเมล ตามช่องทางที่แต่ละสาขาสะดวกในการประสานงาน ในช่วงเดือนมกราคม ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 เก็บข้อมูลเป็นระยะเวลาสามสัปดาห์ ได้ข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์ทั้งหมด 396 คน จึงใช้ข้อมูลทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ และร้อยละ
2. ข้อมูลปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม วิเคราะห์โดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว (Univariate Logistic Regression) นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Odds Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% (95% CI) ที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

ตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.4 มีอายุระหว่าง 23-60 ปี อายุเฉลี่ย 42 ปี (SD=8.7) กตัวอย่างร้อยละ 60.4 มีปัญหาทางสายตา ส่วนใหญ่มีค่าสายตาผิดปกติ ร้อยละ 76.2 ตัวอย่างร้อยละ 55.6 ใช้แว่นสายตาหรือคอนแทคเลนส์ และร้อยละ 97.0 ปฏิเสธการมีโรคประจำตัว หรือได้รับอุบัติเหตุทางตา

ผลการศึกษา พบว่า ตัวอย่างเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม ร้อยละ 68.4 เมื่อพิจารณาอาการทางสายตาและการมองเห็นที่เกี่ยวข้องกับการใช้คอมพิวเตอร์ จากจำนวน 16 อาการ อาการที่พบบ่อยครั้งมากที่สุด คือ อาการแสบตา ร้อยละ 28.8 รองลงมา คือ อาการตาพร่ามัว ร้อยละ 26.0 และอาการกระพริบตาบ่อย ร้อยละ 25.0 โดยทุกอาการมีความรุนแรงปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ของตัวอย่างจำแนกตามการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม (n=396)

อาการ	ความถี่ของการเกิดอาการ			ความรุนแรงของการเกิดอาการ	
	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บ่อยครั้ง	ปานกลาง	มากที่สุด
แสบตา	106 (26.8)	176 (44.4)	114 (28.8)	284 (97.9)	6 (2.1)
ตาพร่ามัว	142 (35.9)	151 (38.1)	103 (26.0)	247 (97.2)	7 (2.8)
ปวดตา	144 (36.4)	155 (39.1)	97 (24.5)	237 (97.1)	7 (2.9)
กระพริบตาบ่อย	152 (38.4)	145 (36.6)	99 (25.0)	244 (96.8)	8 (3.2)
คันตา	155 (39.1)	163 (41.2)	78 (19.7)	198 (93.8)	13 (6.2)
ปวดศีรษะ	165 (41.7)	148 (37.4)	83 (21.0)	200 (93.9)	13 (6.1)
น้ำตาไหล	172 (43.4)	149 (37.6)	75 (18.9)	195 (95.1)	10 (4.9)
ตามีความไวต่อแสง	183 (46.2)	124 (31.3)	89 (22.5)	220 (95.2)	11 (4.8)
ตาแห้ง	185 (46.7)	117 (29.5)	94 (23.7)	238 (98.8)	3 (1.2)
การมองเห็นแย่ง	191 (48.2)	117 (29.5)	88 (22.2)	184 (96.8)	6 (3.2)
ปรับระยะโฟกัสมองที่ใกล้ลำบาก	206 (52.0)	115 (29.0)	75 (18.9)	219 (97.8)	5 (2.2)
หนักหน่วงตา	214 (54.0)	128 (32.8)	54 (13.6)	166 (96.5)	6 (3.5)
รู้สึกมีสิ่งแปลกปลอมติดอยู่ในตา	217 (54.8)	133 (33.6)	46 (11.6)	179 (98.4)	3 (1.6)
มองเห็นภาพซ้อน	224 (56.6)	107 (27.0)	65 (16.4)	177 (98.9)	2 (1.1)
เห็นรุ้งรอบดวงไฟ	272 (68.7)	86 (21.7)	38 (9.6)	120 (96.8)	4 (3.2)
ตาแดง	290 (73.2)	81 (20.5)	25 (6.3)	102 (96.2)	4 (3.8)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม พบว่า ปัจจัยด้านสภาพการทำงาน ประกอบด้วย ระยะเวลาทำงานหน้าจอคอมพิวเตอร์ คือ 3-4 ชั่วโมง (OR=4.75; 95% CI=1.24, 18.19) 5-6 ชั่วโมง (OR=6.93; 95% CI=2.06, 23.30) 7-8 ชั่วโมงต่อวัน (OR=6.49; 95% CI= 2.00, 21.04) และมากกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไปต่อวัน (OR=10.94; 95% CI=3.13, 38.28) และการมองจอภาพสลับกับเอกสารวางบนโต๊ะ

ทำงาน (OR=2.97; 95% CI=1.61,5.49) มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ประกอบด้วย แสงสว่างหน้าจอที่จ้าเกินไป (OR= 7.90; 95% CI=1.04, 60.29) และแสงสะท้อนจากหน้าต่าง (OR=1.72; 95% CI=1.02, 2.99) มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม (n=396)

ปัจจัยที่ศึกษา	OR	95% CI	p-value
ปัจจัยด้านสภาพการทำงาน			
ระยะเวลาในการทำงานหน้าจคอมพิวเตอร์			
2 ชั่วโมงต่อวัน	Ref.		
3-4 ชั่วโมงต่อวัน	4.75	1.24, 18.19	0.02*
5-6 ชั่วโมงต่อวัน	6.93	2.06, 23.30	<0.001*
7-8 ชั่วโมงต่อวัน	6.49	2.00, 21.04	<0.001*
8 ชั่วโมงขึ้นไปต่อวัน	10.94	3.13, 38.28	<0.001*
การมองจอภาพสลับกับเอกสารที่วางบนโต๊ะทำงาน			
ไม่มี	Ref.		
มี	2.97	1.61, 5.49	<0.001*
ระยะห่างระหว่างตาและคอมพิวเตอร์ขณะทำงาน			
น้อยกว่า 30 เซนติเมตร	2.29	0.80, 6.56	0.12
30-49 เซนติเมตร	1.17	0.72, 1.89	0.52
50-70 เซนติเมตร	Ref.		
มากกว่า 70 เซนติเมตรขึ้นไป	2.18	0.44, 10.78	2.18
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน			
แสงสว่างหน้าจคอมพิวเตอร์ขณะทำงาน			
เหมาะสม	Ref.		
แสงจ้าเกินไป	7.90	1.04, 60.29	0.04*
แสงสว่างบริเวณโต๊ะทำงานหน้าจคอมพิวเตอร์			
ไม่เพียงพอ	Ref.		
เพียงพอ	1.50	0.97, 3.20	0.15
แสงสะท้อนหน้าจคอมพิวเตอร์			
ไม่มี	Ref.		
แสงภายนอกจากหน้าต่าง	1.72	1.02, 3.00	0.04*
แสงสะท้อนจากวัตถุที่มีเงาบนโต๊ะทำงาน	1.46	0.38, 5.65	0.58
ม่านหรือกระจกภายในห้องทำงาน	3.02	0.65, 13.90	0.16

*p<.05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างร้อยละ 68.4 มีอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมใกล้เคียงกับ

การศึกษาในประเทศเอธิโอเปียที่พบร้อยละ 73-74.6³ และพบว่าบุคลากรสายการสอนในมหาวิทยาลัยคือ ร้อยละ 76.2⁷ เมื่อพิจารณาการเกิดอาการ

คอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมพบบ่อยครั้งที่สุดคือ แสบตา ร้อยละ 28.8 ตาพร่ามัว ร้อยละ 26.0 และกระพริบตาบ่อย ร้อยละ 25.0 และพบอาการ แสบตามากที่สุด¹⁵ นอกจากนี้ยังพบอาการอื่น ๆ ที่คล้ายกันคือ ระคายเคืองตา²¹ และตาพร่ามัว¹⁷ ซึ่งพบในบุคลากรสายการสอน⁷ และบุคลากรสายสนับสนุนที่ปฏิบัติงานหน้าจอคอมพิวเตอร์ในมหาวิทยาลัย เนื่องจากบริบทการทำงานของ พนักงานธนาคารในการให้บริการลูกค้าอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา¹⁷ ทำให้ต้องมองจอภาพคอมพิวเตอร์เป็นระยะเวลานานติดต่อกันมากกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไป^{1-2,7,9,15,21} อาการแสบตา และระคายเคืองตามีสาเหตุจากการเพ่งมองตัวเลขหรือเอกสารต่าง ๆ ทำให้กล้ามเนื้อตาเกิดการหดเกร็งค้าง อัตราการกระพริบตาลดลง น้ำตาจึงระเหยออกทำให้น้ำตาที่เคลือบผิวลดลง การกระพริบตาช่วยปกป้องการบาดเจ็บไม่ให้กระทบดวงตาและป้องกันแสงที่มากเกินไป ส่วนอาการตาพร่ามัวเกิดจากกล้ามเนื้อตาเกิดการหดเกร็งค้างจากการมองจอคอมพิวเตอร์เป็นเวลานาน เมื่อสลักระยะการมองจึงทำให้เห็นภาพไม่ชัด¹⁶

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม ด้านสภาพการทำงาน พบว่า ระยะเวลาในการทำงานหน้าจอคอมพิวเตอร์ต่อวันมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมโดยความเสี่ยงจะมากขึ้นตามระยะเวลา^{5,7} ซึ่งการศึกษานี้พบว่า หากมีการใช้คอมพิวเตอร์ 8 ชั่วโมงขึ้นไป (OR=10.94; 95% CI=3.13, 38.28) จะมีความเสี่ยงมากที่สุด เนื่องจากระยะเวลาการเพ่งหรือจ้องมองจอภาพที่ต่อเนื่องกันโดยมากกว่า 2

ชั่วโมงขึ้นไป^{1-2,16} จะทำให้กล้ามเนื้อตาหดเกร็งตลอดเวลา ส่งผลให้มีอาการปวดตา ตาพร่ามัว และเมื่อกระพริบตาลดลง น้ำตาที่เคลือบผิวตาแห้ง แสงจึงไม่โฟกัสที่จอประสาทตา เกิดตาพร่ามัว หากแสงสีฟ้าผ่านเลนส์ตาเข้าไปทำลายจอประสาทตา จะทำให้มองเห็นเป็นภาพซ้อนได้¹⁶ นอกจากนี้การมองจอภาพสลับกับเอกสารขณะทำงานมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=2.97; 95% CI=1.61, 5.49) จากการทำงานที่มองจอภาพสลับกับเอกสารในการทำงานเกิดความแตกต่างของขนาดตัวหนังสือ หน้าจอ คอมพิวเตอร์กับรูปแบบตัวหนังสือ เอกสาร ระดับความคมชัดของตัวอักษรกับพื้นหลังหน้าจอ หรือมีระดับของเอกสารไม่อยู่แนวเดียวกับระดับสายตาที่มองจอภาพที่ต้อง² การทำงานที่มีการสลับมองเอกสารและกลอกตาไปมา¹⁰ จะส่งผลให้มีอาการปวดตา และตาพร่ามัว^{1,16} ดังนั้นการจัดบริเวณที่ทำงานให้เหมาะสม การปรับขนาดของตัวอักษรหน้าจอคอมพิวเตอร์ และเอกสารให้มีขนาดเหมาะสมจะช่วยลดการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม ในทางกลับกันหากระยะห่างในการมองจอภาพระย่น้อยกว่า 30 เซนติเมตร มีความเสี่ยงในการเกิดกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมเป็น 2.97 เท่าเมื่อเทียบกับระยะห่างเท่ากับหรือมากกว่า 30 เซนติเมตร (AOR=2.97, 95% CI= 1.06, 8.33)¹¹ ซึ่งการมองหน้าจอสลับกับเอกสารที่ต้องมีการปรับโฟกัสบ่อยครั้ง ทำให้ระยะห่างหน้าจอก็มีการเปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไป ควรวัดระยะห่างระหว่างตากับจอคอมพิวเตอร์

โดยใช้เครื่องมือวัด เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่ น่าเชื่อถือมากขึ้น

สำหรับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานพบว่า แสงสว่างหน้าจอที่จ้าเกินไปจะทำให้ พนักงานมีความเสี่ยงในการเกิดอาการคอมพิวเตอร์ วิชั่นซินโดรม 7.90 เท่า (95% CI=1.04, 60.29) สอดคล้องกับผลการศึกษาในบุคลากรการสอน (OR=2.97; 95% CI=1.06, 8.33)⁷ แสงสว่างหน้าจอ ที่จ้าเกินไปจะทำให้ผู้ทำงานเกิดความเมื่อยล้า ปวดตา มีน้ตื้นระ วิงเวียน การมองเห็นแย่ง^{6,8} นอกจากนี้แสงสะท้อนรบกวนการมองเห็นส่งผลให้ เกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม และพบว่า แสงที่มีแหล่งกำเนิดจากภายนอกหน้าต่างมี ความเสี่ยง 1.72 เท่า (95% CI=1.02, 3.00) เนื่องจากแสงสว่างที่จ้าหรือมีแสงสะท้อนขณะ ทำงานจะส่งผลต่อจุดรวมแสงตกกระทบที่ ด้านหลังจอประสาทตาทำให้มองเห็นวัตถุใน ระยะใกล้ไม่ชัด จึงต้องเพ่งมองหน้าจอระยะ เวลานานมากขึ้น^{2,16-17} เกิดความเมื่อยล้า ปวดตา การ มองเห็นแย่ง^{7-8,16} ดังนั้นการปรับลดความเข้มของ แสง เพิ่มขนาดของตัวหนังสือ หน้าจอ คอมพิวเตอร์² และปรับสภาพแวดล้อมเพื่อลด แสงสะท้อนจะช่วยลดการเพ่งหน้าจอ ทำให้สบาย ดวงตามากขึ้น ในขณะที่แสงสว่างบริเวณโต๊ะ ทำงานหน้าจอคอมพิวเตอร์ไม่มีความสัมพันธ์กับ การเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม เนื่องจากเป็นการสอบถามจากการรับรู้ของ ตัวอย่าง ซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคล จึงส่งผล ให้ได้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรใช้เครื่องมือวัด ความเข้มของแสงสว่าง (Lux meter)

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

พนักงานธนาคารมีอัตราอาการเกิดอาการ คอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมที่ค่อนข้างสูง และมีความสำคัญทางคลินิก จากการรับรู้ความถี่ในการ เกิดอาการบ่อยครั้งและมีความรุนแรงปานกลาง ทั้ง 16 อาการ โดยทั้งปัจจัยด้านสภาพการทำงานและ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์ กับการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม ดังนั้น ระยะเวลาทำงานหน้าจอคอมพิวเตอร์ การทำงานที่ มีการมองจอภาพสลับกับเอกสาร แสงสว่างหน้าจอที่ จ้าเกินไป แสงสะท้อนจากหน้าต่าง ดังนั้นการ ปรับระยะเวลาการทำงานหน้าจอคอมพิวเตอร์ ตลอดจนการจัดบริเวณที่ทำงานให้เหมาะสมกับ สภาพ การทำงานที่ต้องมองสลับระหว่าง หน้าจอคอมพิวเตอร์กับเอกสาร การปรับแสงสว่าง หน้าจอคอมพิวเตอร์ให้เหมาะสมโดยไม่ให้มีแสงจ้า จนเกินไป และป้องกันการเกิดแสงสะท้อนบริเวณ หน้าจอคอมพิวเตอร์ โดยปรับย้ายตำแหน่งโต๊ะ คอมพิวเตอร์หรือติดผ้ามาแนเพื่อป้องกันแสงสะท้อน จากภายนอกหน้าต่าง จะช่วยลดการเกิดอาการ คอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมในพนักงานธนาคาร

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลอาชีวอนามัยหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง สามารถใช้ผลการวิจัยไปพัฒนาแนวทางการ ป้องกันการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม เช่น แนะนำการปรับระยะเวลาการใช้คอมพิวเตอร์ ให้เหมาะสม ระยะเวลาการนั่งหน้าจอคอมพิวเตอร์ ต่อเนื่องนานเกิน 2 ชั่วโมง การปรับสถานที่ให้ เหมาะสมกับงานที่ต้องมองจอภาพสลับกับเอกสาร

ปรับแสงสว่างหน้าจอคอมพิวเตอร์ให้เหมาะสม และป้องกันการเกิดแสงสะท้อนบริเวณหน้าจอคอมพิวเตอร์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยเชิงทำนายการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม โดยใช้เครื่องมือวัดระยะห่างระหว่างสายตากับหน้าจอคอมพิวเตอร์ เครื่องมือวัดความเข้มของแสงสว่าง รวมถึงพัฒนาโปรแกรมป้องกันการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรมในพนักงานธนาคาร โดยเน้นการปรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการคอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม

References

1. American Optometric Association. Computer vision syndrome. [internet]. 2022 [cites 2022 Jan 8]; Available from: <https://www.aoa.org/patients-and-public/caring-for-your-vision/protecting-your-vision/computer-vision-syndrome>. (in Thai).
2. Randolph SA. Computer vision syndrome. *Workplace Health Saf.* 2017;65(7):328. doi: 10.1177/2165079917712727.
3. Adane F, Alamneh YM, Desta M. Computer vision syndrome and predictors among computer users in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Trop Med Health.* 2022;50(1):26. doi: 10.1186/s41182-022-00418-3.
4. National Statistical Office Thailand. Household information and communication technology survey 2020. [internet]. 2021 [cited 2022 Jul 9]; Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/jj. (in Thai).
5. Alabdulkader B. Effect of digital device use during COVID-19 on digital eye strain. *Clin Exp Optom.* 2021;104(6):698-704. doi: 10.1080/08164622.2021.1878843.
6. Photihung P. Factors related to computer vision syndrome in working group, Thailand: a systematic review of literature. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University.* 2016;24(4):1-14. (in Thai).
7. Photihung P, Srisopa P, Tassanatanachai A. Risk factors of computer vision syndrome among instructors, Burapha University. *Journal of Nursing and Education.* 2016;9(2):104-19. (in Thai).
8. Tubtimhin S, Puthaburi N. Prevalence and severity of computer vision syndrome of supporting staff in Ubon Ratchathani University. *Srinagarind Medical Journal.* 2019;34(2):173-7. (in Thai).
9. Rungsirisangratana C, Pinsuwannabud P, Hirunphasert C. Computer vision syndrome among office workers in three factories in Phrapradaeng District, Samutprakarn province. *Journal of Preventive Medicine*

- Association of Thailand. 2020;10(1):21-35. (in Thai).
10. Chidnayee S, Chidnayee J, Kuariyakul A. Risk factors for computer visual syndrome and prevalence of vision problems in nursing students of Borommrajonani College of Nursing, Uttaradit. *Nursing Public Health and Education Journal*. 2015;16(2):13-22. (in Thai).
 11. Photcharapngsakul C. Associated factors of digital eye strain among clinical years' medical students and treatment results using single-dose unit artificial tears. *Lampang Medical Journal*. 2021;42(2): 63-73. (in Thai).
 12. Lurati AR. Computer vision syndrome: implications for the occupational health nurse. *Workplace Health Saf*. 2018;66(2): 56-60. doi: 10.1177/2165079917731790.
 13. Ranasinghe P, Wathurapatha WS, Perera YS, Lamabadusuriya DA, Kulatunga S, Jayawardana N, et al. Computer vision syndrome among computer office workers in a developing country: an evaluation of prevalence and risk factors. *BMC Res Notes*. 2016;9:150. doi: 10.1186/s13104-016-1962-1.
 14. Uchino M, Uchino Y, Dogru M, Kawashima M, Yokoi N, Komuro A, et al. Dry eye disease and work productivity loss in visual display users: the Osaka study. *Am J Ophthalmol*. 2014;157(2):294-300. doi: 10.1016/j.ajo.2013.10.014.
 15. Shah M, Saboor A. Computer vision syndrome: prevalence and associated risk factors among computer-using bank workers in Pakistan. *Turk J Ophthalmol*. 2022;52(5):295-301. doi: 10.4274/tjo.galenos.2021.08838.
 16. Kamoy B, Magno M, Noland ST, Moe MC, Petrovski G, Vehof J, et al. Video display terminal use and dry eye: preventive measures and future perspectives. *Acta Ophthalmol*. 2022;100(7):723-39. doi: 10.1111/aos.15105.
 17. Assefa NL, Weldemichael DW, Alemu HW, Anbesse DH. Prevalence and associated factors of computer vision syndrome among bank workers in Gondar City, northwest Ethiopia, 2015. *Clin Optom (Auckl)*. 2017;9:67-76. doi: 10.2147/OPTO.S126366.
 18. Bank for Agriculture and Agricultural Cooperatives. Contact BAAC. [internet]. 2019 [cited 2022 Jul 19]; Available from: https://www.baac.or.th/th/content-contact.php?content_group_sub=7. (in Thai).
 19. Yamane T. *Statistic: an introductory analysis*. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
 20. Segui MdR, Cabrero-Garcia J, Crespo A, Verdu J, Ronda E. A reliable and valid questionnaire was developed to measure

- computer vision syndrome at the workplace.
J Clin Epidemiol. 2015;68(6):662-73. doi:
10.1016/j.jclinepi.2015.01.015.
21. Derbew H, Nega A, Tefera W, Zafu T,
Tsehay K, Haile K, et al. Assessment of
computer vision syndrome and personal risk
factors among employees of commercial
bank of Ethiopia in Addis Ababa, Ethiopia.
J Environ Public Health. 2021;2021:
6636907. doi: 10.1155/2021/6636907.

การพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อการจัดการคุณภาพสู่ความเป็นเลิศ ของสถาบันการศึกษาพยาบาล

ภาวิดา พุทธิจันทร์* จตุพล ยงศร** จักรกฤษณ์ โปณะทอง**

บทคัดย่อ

บทนำ : การพัฒนาตัวชี้วัดการดำเนินงานของสถาบันการศึกษาพยาบาลตามเกณฑ์ EdPEx มีความสำคัญในการกำหนดทิศทางในการขับเคลื่อนการบริหารจัดการคุณภาพและพัฒนาองค์กร

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อการจัดการคุณภาพสู่ความเป็นเลิศของสถาบันการศึกษาพยาบาล

วิธีการวิจัย : เป็นการวิจัยและพัฒนา ดำเนินการวิจัย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาแนวปฏิบัติที่ดีของการจัดการคุณภาพสู่ความเป็นเลิศของสถาบันการศึกษาพยาบาล ระยะที่ 2 การพัฒนาตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อการจัดการคุณภาพสู่ความเป็นเลิศของสถาบันการศึกษาพยาบาล เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 8 คน จากคณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 4 แห่ง เครื่องมือ ประกอบด้วย แบบบันทึกแนวปฏิบัติที่ดี และแนวคำถามสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อการจัดการคุณภาพสู่ความเป็นเลิศของสถาบันการศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 7 หมวด จำนวน 96 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านการนำองค์กร จำนวน 12 ข้อ 2) ตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านกลยุทธ์ จำนวน 8 ข้อ 3) ตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านลูกค้า จำนวน 8 ข้อ 4) ตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านการวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ จำนวน 6 ข้อ 5) ตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านบุคลากร จำนวน 9 ข้อ 6) ตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านระบบปฏิบัติการ จำนวน 9 ข้อ และ 7) ตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านผลลัพธ์ จำนวน 44 ข้อ

สรุปผล : ตัวชี้วัดที่ได้เป็นตัวชี้วัดตามเกณฑ์ EdPEx ที่ช่วยให้การขับเคลื่อนการบริหารจัดการคุณภาพของสถาบันศึกษามีเป้าหมายที่ชัดเจนขึ้นและนำไปพัฒนาคุณภาพสู่การยกระดับความเป็นเลิศของสถาบันการศึกษาพยาบาลอย่างยั่งยืนและเป็นที่ยอมรับ

คำสำคัญ: ตัวชี้วัด การจัดการคุณภาพสู่ความเป็นเลิศ สถาบันการศึกษาพยาบาล

* สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

** คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผู้นิพนธ์ประสานงาน :จตุพล ยงศร E-mail: chutupol@g.swu.ac.th

The development of indicators for quality management towards excellence of nursing educational institutions

Phawida Putthikan* Chatupol Yongsorn** Chakrit Ponatong**

Abstract

Background: According to the EdPEX criteria, the development of indicators for quality management in nursing educational institutions plays a significant role in setting the direction for quality management and the organization's development.

Objectives: This study aimed to develop operational indicators for quality management towards excellence in nursing education institutions.

Methods: A research and development (R&D) design was conducted in 2 phases. Phase 1 focused on the study of good practices in quality management toward excellence in nursing education institutions. Phase 2 involved formulating operational indicators for quality management towards excellence. The participants consisted of 8 individuals from 4 Nursing Education Institutes. The research instruments included a good practice form, interview, and focus group guides. Data were analyzed using content analysis.

Results: Operational indicators for quality management towards excellence in nursing educational institutions comprised seven categories and 96 indicators, including 1) 12 items on leadership indicators, 2) 8 items on strategies indicators, 3) 8 items on customer performance indicators, 4) 6 items on measurement, analysis, and knowledge management indicators, 5) 9 items on workforce indicators, 6) 9 items on operations indicators, and 7) 44 items on outcome indicators.

Conclusions: Indicators according to the EdPEX criteria can develop the quality management of educational institutions in a targeted manner and lead to quality development towards a sustainable improvement in the excellence of nursing educational institutions.

Keywords: indicators, quality management towards excellence, Institute of Nursing Education

* Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

** Faculty of Education, Srinakharinwirot University

Corresponding Author: Chatupol Yongsorn E-mail: chutupol@g.swu.ac.th

บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงของสังคม ระบบสุขภาพ ลักษณะประชากร ตลอดจนแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2579 แบ่งออกเป็น 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ ยุทธศาสตร์ที่ 2 บริการเป็นเลิศ ยุทธศาสตร์ที่ 3 บุคลากรเป็นเลิศ และยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารจัดการเป็นเลิศ¹ ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ ในอนาคต ทั้งด้านระบบการให้บริการสุขภาพ และความตระหนักรู้ของประชาชนในการดูแลสุขภาพเป็นอย่างมาก การผลิตบัณฑิตพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของสังคมจะเปลี่ยนแปลงไป มีคุณลักษณะบัณฑิตที่มีสมรรถนะสูงขึ้น การพัฒนาคุณภาพของสถาบันการศึกษาเป็นสิ่งที่สำคัญ และจะต้องทำอย่างต่อเนื่อง² สถาบันการศึกษาพยาบาลต้องมีการปรับตัว มีแนวทางการส่งเสริมความเป็นเลิศที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม มีการพัฒนาองค์กรอยู่ตลอดเวลา เป็นการยกระดับคุณภาพสถาบันการศึกษา เพื่อให้องค์กรมีศักยภาพในการแข่งขัน รองรับการเปลี่ยนแปลงโลก สร้างความเชื่อมั่นให้แก่สังคม

สถาบันอุดมศึกษาต้องมีการพัฒนาคุณภาพการจัดการศึกษาอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการบริหารจัดการที่ดี เพื่อให้ผู้เรียนได้รับการศึกษาที่มีคุณภาพ มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ตอบสนองความต้องการของสังคมและเป็นที่ยอมรับตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศ (Education Performance Excellence : EdPEX)³ ซึ่งเกณฑ์ EdPEX จะเป็นเครื่องมือในการบริหารองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการการศึกษาให้มีคุณภาพอย่างก้าวกระโดด และสถาบันการศึกษาที่มีศักยภาพสูง จะไปสู่การได้รับรางวัลคุณภาพแห่งชาติ โดยมี

สถาบันการศึกษาพยาบาลที่ใช้เกณฑ์ EdPEX และได้รับรางวัลการบริหารสู่ความเป็นเลิศ (Thailand Quality Class :TQC) จำนวน 2 แห่ง จาก 27 แห่ง และผ่านการประเมิน EdPEX 200 สปอ. จำนวน 5 แห่ง⁴ ทั้งนี้สภาการพยาบาล ได้มีการนำเกณฑ์ EdPEX มาใช้เป็นแนวทางในตัวเองซึ่งของเกณฑ์การพิจารณาการรับรองสถาบันการศึกษาพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2566 ดังนั้น สถาบันการศึกษาพยาบาลจึงจำเป็นต้องเตรียมพร้อมเพื่อรองรับการนำเกณฑ์ EdPEX มาใช้ในการประกันคุณภาพการศึกษา เพื่อมุ่งเน้นการพัฒนาสถาบันการศึกษาสู่ความเป็นเลิศ และเป็นนัยยะระดับสถาบันการศึกษาพยาบาลให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน เป็นที่ยอมรับในระดับสากลสถาบันการศึกษาพยาบาลบางแห่งยังประสบปัญหาอุปสรรคไม่สามารถทำให้องค์กรไปสู่ความเป็นเลิศได้ ทั้งจากนโยบายระบบการบริหารจัดการ การประสานความร่วมมือ และคุณลักษณะของผู้บริหารสถาบัน ดังการศึกษาการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินศักยภาพทางยุทธศาสตร์ของสถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่ง⁵ พบว่า จุดอ่อนด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ 1) ระบบบริหารจัดการไม่เข้มแข็ง 2) การบริหารจัดการด้านภาระงานไม่ชัดเจน 3) การประสานการสร้างความร่วมมือระหว่างส่วนกลางและสถานศึกษายังมีประสิทธิภาพไม่มากนัก 4) นโยบายการผลิตพัฒนาไม่ชัดเจน อีกทั้งคุณลักษณะของผู้บริหารสถาบันการศึกษามีความสำคัญอย่างมากต่อความสำเร็จขององค์กร คุณลักษณะที่ส่งผลให้ประสบความสำเร็จ ทั้งด้านความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ความมานะอดทนพยายาม ความขยันหมั่นเพียร ความกระตือรือร้น ความรับผิดชอบ ความกล้าเสี่ยง และความสามารถในการบริหารงาน⁶ และจากการศึกษาความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับเกณฑ์ EdPEX ของบุคลากรสถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่ง

พบว่า อาจารย์ร้อยละ 44.44 มีความรู้ระดับดี มีทัศนคติด้านบวก บุคลากรสายสนับสนุน ร้อยละ 54.50 มีความรู้ระดับพอใช้มีทัศนคติบวก⁷ และสถาบันที่มีผลการคะแนนประเมินตามเกณฑ์ EdPEX ในระดับเริ่มต้นนี้อาจเนื่องจากการกำหนดแนวทางที่ทำให้บรรลุผลตามกระบวนการไม่ชัดเจน การนำแนวทางไปถ่ายทอดเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติไม่ทั่วถึง การปรับปรุงแก้ไขกระบวนการ รวมทั้งการนำผลการประเมินไปปรับปรุงไม่ชัดเจน หรือยังไม่สามารถบูรณาการความสอดคล้องกันได้ อีกทั้งผลลัพธ์มีตัวชี้วัดไม่ชัดเจน และยังไม่ตอบสนองต่อข้อกำหนดพื้นฐานของเกณฑ์³

จากผลการศึกษาข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าสถาบันการศึกษาบางแห่งยังมีปัญหาหรืออุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพการศึกษาให้เป็นไปตามเกณฑ์ EdPEX อย่างไรก็ตามมีสถาบันที่มีความโดดเด่นมีการพัฒนาคุณภาพองค์กรสู่ความเป็นเลิศ ได้รับรางวัลระดับชาติ คือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับรางวัลการบริหารสู่ความเป็นเลิศ ประจำปี 2562 และ 2565 และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับรางวัลการบริหารสู่ความเป็นเลิศ ประจำปี 2563 และ 2565 และสถาบันที่ผ่านการประเมิน EdPEX 200 สปอว. เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์⁴ เป็นองค์กรที่มีการพัฒนาขีดความสามารถด้านการบริหารจัดการสู่การแข่งขันในระดับชาติและระดับโลกได้ และสามารถนำมาเป็นแนวปฏิบัติที่ดีให้แก่สถาบันการศึกษาพยาบาลอื่น ที่ยังไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานสากล มีปัญหาอุปสรรคทำให้ยังไม่สามารถก้าวไปสู่การใช้เกณฑ์ EdPEX ได้ หรือบางแห่งใช้เกณฑ์ EdPEX แล้วยังไม่ประสบผลสำเร็จ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาแนวปฏิบัติที่ดี

จากสถาบันการศึกษาพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการจัดการคุณภาพสู่ความเป็นเลิศตามเกณฑ์ EdPEX แล้วนำมาพัฒนาเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการดำเนินงานจัดการคุณภาพสู่ความเป็นเลิศ ทั้ง 7 หมวด เพื่อเป็นแนวทางให้สถาบัน การศึกษาพยาบาลอื่นมีความเข้าใจและมีทิศทาง การดำเนินงานจัดการคุณภาพที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น สามารถนำมาใช้ในบริหารจัดการองค์กร และนำไปสู่การขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพสถาบันการศึกษาพยาบาลให้ยกระดับอย่างก้าวกระโดด มีความยั่งยืนและเป็นที่ยอมรับต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อจัดการคุณภาพสู่ความเป็นเลิศของสถาบันการศึกษาพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยเป็น 2 ระยะประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ศึกษาแนวปฏิบัติที่ดีของการจัดการคุณภาพสู่ความเป็นเลิศของสถาบันการศึกษาพยาบาล โดยมีการศึกษาตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1.1 การวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary research) ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการคุณภาพสู่ความเป็นเลิศตามเกณฑ์ EdPEX ของคณะพยาบาลศาสตร์ที่ใช้เกณฑ์ EdPEX และได้คะแนน 200 ขึ้นไปจนถึงรางวัลคุณภาพแห่งชาติ มีสถาบันที่เข้าเกณฑ์ในการคัดเลือกเป็นตัวอย่าง จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ 1) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 3) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และ 4) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบบันทึกแนวปฏิบัติที่ดีที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามเกณฑ์ EdPEx ประกอบด้วย การบันทึกข้อมูล 7 หมวด โดยหมวด 1 ถึงหมวด 6 มีข้อย่อย หมวดละ 2 ข้อ และหมวด 7 มีข้อย่อย 5 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านประกันคุณภาพการศึกษาจำนวน 5 คน มีค่า IOC เท่ากับ 0.90

1.2 การสัมภาษณ์ผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่ดีของการจัดการคุณภาพสู่ความเป็นเลิศ ตัวอย่างประกอบด้วย คณบดีและรองคณบดีที่กำกับดูแลงานด้านการประกันคุณภาพการศึกษาจากสถาบันการศึกษาเดียวกับในระยที่ 1.1 จำนวน 8 คน สถาบันละ 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์ ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดการคุณภาพสู่ความเป็นเลิศ แบ่งเป็นหมวด 1 จำนวน 6 ข้อ หมวด 2 จำนวน 2 ข้อ หมวด 3 จำนวน 3 ข้อ หมวด 4 จำนวน 3 ข้อ หมวด 5 จำนวน 5 ข้อ หมวด 6 จำนวน 5 ข้อ และหมวด 7 จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 29 ข้อ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านประกันคุณภาพการศึกษาจำนวน 5 คน มี ค่า IOC เท่ากับ 0.80

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลและสัมภาษณ์ถึงคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 4 แห่ง และติดต่อประสานงานคณบดีและรองคณบดีที่กำกับดูแลงานด้านการประกันคุณภาพการศึกษา เพื่อขอความอนุเคราะห์

ในการสัมภาษณ์ โดยการนัดหมายวันเวลาล่วงหน้า และมีการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์

ระยะที่ 2 การพัฒนาร่างตัวชี้วัดเพื่อการจัดการคุณภาพสู่ความเป็นเลิศของสถาบันการศึกษาพยาบาล โดยนำผลที่ได้จากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสังเคราะห์ข้อสรุป และจัดทำเป็นร่างตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อการจัดการคุณภาพสู่ความเป็นเลิศของสถาบันการศึกษาพยาบาล โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 คน เพื่อให้ข้อเสนอแนะตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อการจัดการคุณภาพสู่ความเป็นเลิศของสถาบันการศึกษาพยาบาลที่มีความถูกต้องและเหมาะสมเพิ่มขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เอกสารรับรองเลขที่ SWUEC-G-005/2565E

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนาตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อการจัดการคุณภาพสู่ความเป็นเลิศของสถาบันการศึกษาพยาบาลของทั้ง 7 หมวด พบว่า มีทั้งหมด 96 ตัวชี้วัด ดังนี้

หมวด 1 การนำองค์กร ประกอบด้วย 12 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ผู้นำระดับสูงมีกระบวนการกำหนดวิสัยทัศน์จากสถานการณ์ภายในและ

ภายนอกครอบคลุมทุกพันธกิจ 2) มีระบบการนำองค์กรในการขับเคลื่อนองค์กรให้บรรลุวิสัยทัศน์ 3) มีกระบวนการสื่อสารวิสัยทัศน์และทิศทางองค์กรของผู้บริหารระดับสูง 4) เป็นแบบอย่างที่ดีในค่านิยมองค์กรของผู้บริหารระดับสูง 5) เป็นแบบอย่างที่ดีในการประพฤติปฏิบัติตามกฎหมายและจริยธรรมที่ดีของผู้บริหารระดับสูง 6) มีการติดตามผลการดำเนินการขององค์กรและสร้างบรรยากาศที่เกื้อหนุนให้องค์กรประสบความสำเร็จ 7) มีระบบการกำกับดูแลให้วิสัยทัศน์บรรลุ 8) มีระบบสนับสนุนชุมชนเข้มแข็งด้านสุขภาพ 9) มีระบบการกำกับดูแลองค์กรที่มีธรรมาภิบาล 10) มีระบบการกำกับดำเนินการขององค์กรเป็นไปตามกฎหมายและมีจริยธรรม 11) มีระบบการดูแลองค์กรให้บริหารจัดการมีความคล่องตัวโปร่งใส 12) มีกระบวนการสร้างความร่วมมือเครือข่ายในการเป็นองค์กรรับผิดชอบต่อสังคม

หมวด 2 กลยุทธ์ ประกอบด้วย 8 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) มีระบบการจัดทำแผนกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ 2) นำสมรรถนะหลักขององค์กรไปใช้ในการขับเคลื่อนองค์กร 3) มีระบบเตรียมพร้อมบุคลากรเพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ 4) มีระบบการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ 5) มีการกำหนดตัวชี้วัดวิสัยทัศน์ และตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ 6) จัดทำแผนปฏิบัติการคู่กับการจัดสรรงบประมาณและแผนบุคลากร 7) มีกระบวนการถ่ายทอดแผนกลยุทธ์สู่แผนปฏิบัติการ 8) มีการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง

หมวด 3 ลูกค้ำ ประกอบด้วย 8 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) มีกำหนดผู้เรียนและลูกค้ำกลุ่มวิจัยและบริการวิชาการสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ 2) มีระบบการรับฟังเสียงลูกค้ำปัจจุบัน ลูกค้ำอดีต และลูกค้ำอนาคต 3) มีระบบการรับฟังเสียงผู้เรียนลูกค้ำและคู่ความร่วมมือที่หลากหลาย 4) มีระบบ

การออกแบบผลิตภัณฑ์ใหม่ ทั้งหลักสูตร งานวิจัย บริการวิชาการ 5) มีการสื่อสารข้อมูลให้ตรงกับความต้องการของลูกค้ำ 6) มีระบบการประเมินความพึงพอใจ และไม่พึงพอใจของผู้เรียน และลูกค้ำ 7) มีระบบการส่งเสริมการตอบสนองความต้องการความคาดหวังของผู้เรียนและลูกค้ำ 8) มีระบบการจัดการข้อร้องเรียนตามกลุ่มลูกค้ำ

หมวด 4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ ประกอบด้วย 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) มีระบบการเลือกตัวชี้วัดวิสัยทัศน์ ตัวชี้วัดกระบวนการ และตัวชี้วัดในงานประจำ 2) มีการใช้ตัวชี้วัดให้เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงาน 3) มีการวัดที่ทำให้เกิดการปรับปรุงผลการดำเนินงานและสร้างนวัตกรรม 4) มีระบบการกำหนดคู่เทียบ 5) มีระบบสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจที่มีความพร้อมใช้งาน 6) มีระบบการจัดการความรู้

หมวด 5 บุคลากร ประกอบด้วย 9 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) มีระบบการกำหนดขีดความสามารถบุคลากร 2) มีระบบการจัดสรรภาระงานและประเมินผลการปฏิบัติงาน 3) มีการจัดทำอัตรากำลังตามขีดความสามารถ และค่า FTES 4) มีระบบการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรใหม่ 5) มีระบบค้นหาความต้องการของบุคลากรและตอบสนองต่อความต้องการ 6) มีระบบการประเมินความผูกพันของบุคลากร 7) มีระบบการสร้างความผูกพันบุคลากร 8) มีระบบสร้างความก้าวหน้าในงาน 9) มีระบบแผนสืบทอดตำแหน่งผู้บริหาร

หมวด 6 ระบบปฏิบัติการ ประกอบด้วย 9 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) มีกระบวนการออกแบบการจัดการศึกษา วิจัย และบริการวิชาการ และกระบวนการสนับสนุน 2) มีระบบการนำความต้องการของผู้เรียนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กฎระเบียบ ข้อบังคับ และเทคโนโลยีมาใช้ในการออกแบบ 3) มีการวิเคราะห์กระบวนการทำงาน 4) มีระบบ

การจัดการกับเครือข่ายอุปทาน 5) มีระบบสร้างนวัตกรรมตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียนลูกค้า 6) มีกระบวนการจัดการต้นทุนการศึกษาพยาบาล 7) มีการใช้เครื่องมือคุณภาพมาช่วยปรับปรุงกระบวนการทำงาน 8) มีระบบรองรับด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่ครอบคลุมความมั่นคงปลอดภัยและความพร้อมใช้ 9) มีระบบการบริหารความเสี่ยงที่มุ่งให้องค์กรบรรลุวิสัยทัศน์

หมวด 7 ผลลัพธ์ ประกอบด้วย 44 ตัวชี้วัด โดยแบ่งออกเป็น 5 ผลลัพธ์ย่อย ดังนี้

1. ผลลัพธ์ด้านการเรียนรู้ของผู้เรียนและด้านกระบวนการ มี 17 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ร้อยละบัณฑิตที่สอบผ่านการขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพพยาบาลครั้งแรก 2) ผลการประเมินของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณภาพบัณฑิต 3) ร้อยละนักศึกษาป.ตรีที่สอบผ่านเกณฑ์ภาษาอังกฤษ 4) จำนวนรางวัลที่นักศึกษาได้รับระดับชาติ/นานาชาติ 5) ร้อยละผู้สำเร็จการศึกษาที่ทำงานในองค์กรระดับชาติและนานาชาติ 6) ร้อยละผลงานวิทยานิพนธ์ที่ตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติในฐาน Scopus 7) จำนวนผลงานวิจัยของอาจารย์ที่ได้รับการตีพิมพ์ระดับนานาชาติ 8) จำนวนผลงานวิจัย/นวัตกรรมที่จดลิขสิทธิ์/สิทธิบัตร/อนุสิทธิบัตร 9) จำนวนการอ้างอิงผลงานวิจัยต่อผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในระดับชาติและนานาชาติ 10) จำนวนผลงานวิจัย/นวัตกรรมที่นำไปใช้ประโยชน์ 11) จำนวนเงินทุนวิจัยภายนอกต่อจำนวนอาจารย์ประจำ 12) จำนวนลูกค้ารายใหม่ที่มาเรียนหลักสูตรเฉพาะทาง 13) จำนวนชุมชนต้นแบบด้านสุขภาพ 14) จำนวนหลักสูตร non-degree /หลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้น 15) จำนวนหลักสูตรที่ได้รับรองคุณภาพมาตรฐานสากล (AUN-QA/ACEN หรือเทียบเคียง) 16) จำนวนอาจารย์ประจำที่ได้รับทุนวิจัย 17) จำนวน

โครงการบูรณาการบริการวิชาการและ/หรือการเรียนการสอนกับการวิจัย

2. ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นลูกค้า มี 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อหลักสูตร 2) ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ 3) ระดับความพึงพอใจของแหล่งสนับสนุนวิจัยต่อผลงานวิจัย 4) ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ/ผู้เข้ารับการอบรมต่อการให้บริการวิชาการและวิชาชีพ 5) ค่าดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนเพิ่มขึ้น

3. ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นบุคลากร มี 10 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ร้อยละอาจารย์ประจำที่ดำรงตำแหน่งทางวิชาการ 2) ร้อยละอาจารย์ประจำที่มีคุณวุฒิปริญญาเอก 3) ร้อยละอาจารย์ที่มีระดับคุณภาพการจัดการเรียนการสอนตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพอาจารย์ หรือได้รับรางวัลด้านการเรียนการสอน หรือผ่านการประเมิน UK-PSF 4) ระดับความพึงพอใจของบุคลากรต่อสภาพแวดล้อมการทำงาน 5) ระดับความสุขของบุคลากร 6) ระดับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร 7) อัตราการคงอยู่ของบุคลากร 8) จำนวนอาจารย์ที่ได้รับการพัฒนาความเชี่ยวชาญ (Faculty practice) 9) ร้อยละอาจารย์และบุคลากรกลุ่ม talent ที่ก้าวเข้าสู่ตำแหน่งบริหาร 10) จำนวนบุคลากรสายสนับสนุนที่มีคุณวุฒิหรือตำแหน่งที่สูงขึ้น

4. ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กรและการกำกับดูแลองค์กร มี 7 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการบริหารงานของผู้นำระดับสูง 2) การรับรู้ของบุคลากรต่อการสื่อสารวิสัยทัศน์ และค่านิยมของผู้นำระดับสูง 3) ระดับการประเมินตามหลักธรรมาภิบาลในการปฏิบัติงานของผู้บริหาร 4) ระดับความพึงพอใจของผู้บริหารต่อการใช้อำนาจข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ

5) จำนวนกิจกรรมการพัฒนางานคุณภาพงาน/ การได้รับรางวัลคุณภาพที่เกิดจากการจัดการ ความรู้ไปใช้ประโยชน์ 6) จำนวนแนวปฏิบัติที่ดี/ นวัตกรรมจากการจัดการความรู้ 7) ข้อร้องเรียน เกี่ยวกับการทำผิดจริยธรรมจรรยาบรรณ และ วินัยของบุคลากร

5. ผลลัพธ์ด้านงบประมาณ การเงิน ตลาด และกลยุทธ์ มี 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ร้อยละ ของรายได้ที่เพิ่มขึ้น 2) ร้อยละของรายได้จาก บริการวิชาการ/วิชาชีพที่เพิ่มขึ้น 3) จำนวน ผู้เข้าร่วมงานบริการวิชาการ/วิชาชีพซ้ำ 4) ร้อยละ ความสำเร็จตัวชี้วัดตามแผนกลยุทธ์ 5) ร้อยละ ความสำเร็จตัวชี้วัดตามแผนปฏิบัติการ

อภิปรายผล

ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อการจัดการ คุณภาพที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศของสถาบัน การศึกษาพยาบาลที่ได้พัฒนาขึ้นนั้น มีความ สอดคล้องตามเกณฑ์ EdPEx ส่วนใหญ่ในด้าน กระบวนการ เช่น หมวด 1 การนำองค์กร หมวด 2 กลยุทธ์ อาจเป็นเพราะสถาบันการศึกษามีเป้าหมาย ในการพัฒนาคุณภาพตามบริบทของสถาบัน โดยดำเนินการตามที่เกณฑ์ EdPEx กำหนด ตามแนวทาง ADLI ส่วนตัวชี้วัดผลลัพธ์จะมีทั้ง ตัวชี้วัดพื้นฐานและตัวชี้วัดที่มีความเฉพาะเจาะจง กับสถาบันการศึกษาพยาบาลที่มีจุดเน้นของ วิชาชีพการพยาบาล เพื่อให้ผลลัพธ์ตามบรรลุ เป้าหมายของสถาบัน ตามแนวทาง LeTCI โดย อภิปรายผลในแต่ละหมวด ได้ดังนี้

1. ด้านการนำองค์กร ผู้นำระดับสูง มีกระบวนการกำหนดวิสัยทัศน์ โดยการ วิเคราะห์องค์กร และภาวะการแข่งขันและการ เปลี่ยนแปลงภายนอก ทั้งด้านสุขภาพ การศึกษา เสียงของบุคลากร ผู้เรียนและลูกค้าทุกกลุ่ม และ

มีกระบวนการสื่อสารวิสัยทัศน์ที่เหมาะสมกับ บุคลากร คู่ความร่วมมือ ผู้เรียน และลูกค้าวิจัย และบริการวิชาการ รวมทั้งมีระบบการนำองค์กร ที่ขับเคลื่อนองค์กรให้บรรลุวิสัยทัศน์ เน้นการมี ส่วนร่วมของบุคลากร ส่งผลให้เกิดความร่วมมือ ในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับงานวิจัย เกี่ยวกับผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาลเป็น ผู้มีวิสัยทัศน์ มีการวิเคราะห์ปัจจัยทั้งภายใน และภายนอกองค์กร สื่อสารทิศทางชัดเจน สร้างแรง จูงใจและสร้างพลังความสามัคคี สร้างวัฒนธรรม การทำงานเป็นทีม^{9,10} นอกจากนี้ ผู้นำระดับสูง เป็นแบบอย่างที่ดีและกำกับให้บุคลากรปฏิบัติ ตามกฎหมายและประพฤติอย่างมีจริยธรรม มีการ ปลูกฝังคุณลักษณะเฉพาะตามมาตรฐานวิชาชีพ และจรรยาบรรณวิชาชีพยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรมแห่งวิชาชีพ⁹ มีการมุ่งเน้นการบริหาร ด้วยความโปร่งใสด้วยหลักธรรมาภิบาลและ ความรับผิดชอบต่อสังคม¹¹ มีระบบสนับสนุนชุมชน เข้มแข็งด้านสุขภาพ เนื่องด้วยเป็นพันธกิจด้านการ บริการวิชาการเพื่อสังคม มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับชุมชนและเครือข่าย ส่งเสริมให้ประชาชน มีสุขภาพดี ชุมชนต้องการให้สถาบันการศึกษา พยาบาลพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพ สนับสนุนวิชาการส่งเสริมองค์ความรู้ใหม่¹²

2. ด้านกลยุทธ์ การมีระบบการจัดทำ แผนกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ มีระบบ การกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตัวชี้วัด วิสัยทัศน์ และตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ มีความสำคัญ ต่อความสำเร็จของสถาบัน เนื่องจากการกำหนด เป้าหมาย ทำให้สถาบันมีทิศทางดำเนินการให้บรรลุ วิสัยทัศน์ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรู้ถึงเป้าหมายองค์กร⁵ ในกระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์เน้นการมีส่วนร่วม ของทุกฝ่าย ทั้งการร่วมตัดสินใจ ร่วมตามบทบาท หน้าที่ ร่วมประเมินผลลัพธ์และรับผลประโยชน์

เมื่อผลลัพธ์สำเร็จ¹³ กระบวนการถ่ายทอดแผนกลยุทธ์สู่แผนปฏิบัติการประจำปี เป็นสิ่งที่สำคัญที่ก่อให้เกิดการผลักดันสู่วิสัยทัศน์¹⁰ โดยสร้างความเข้าใจให้กับบุคลากรทุกคน และจัดทำแผนปฏิบัติการควบคู่กับการจัดสรรงบประมาณและแผนบุคลากร และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ต่าง ๆ ต้องมีการปรับตัวอย่างรวดเร็ว มีการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการเร่งด่วน มีการถ่ายทอดไปยังผู้เกี่ยวข้องและติดตามอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ทันกับสถานการณ์

3. ด้านลูกค้า เสียงของลูกค้ามีความสำคัญกับองค์กรมาก มีระบบการรับฟังเสียงลูกค้าปัจจุบันลูกค้าในอดีตและลูกค้าในอนาคต รวมทั้งมีระบบการรับฟังเสียงของผู้เรียน ลูกค้าและคู่ความร่วมมือ การสื่อสารข้อมูลให้ตรงกับความต้องการของลูกค้าแต่ละกลุ่ม และมีระบบประเมินความพึงพอใจ และไม่พึงพอใจของผู้เรียน และลูกค้าทุกกลุ่มผ่านช่องทางที่หลากหลาย และมีผู้บริหารที่รับผิดชอบลูกค้าแต่ละกลุ่ม และนำผลการวิเคราะห์มาออกแบบและปรับปรุงหลักสูตร งานวิจัย การบริการวิชาการ เพื่อได้สารสนเทศที่มีคุณค่าและเห็นคุณค่าของลูกค้ายิ่งขึ้น เป็นการสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งเน้นลูกค้ามากยิ่งขึ้น และยกระดับความภักดีของลูกค้า¹⁴ นอกจากนี้ระบบการจัดการห้องเรียน ทั้งผู้เรียนและตามกลุ่มลูกค้า และมีการเปิดโอกาสให้ลูกค้าทุกกลุ่มร้องเรียนได้หลากหลายช่องทาง แสดงถึงความสนใจใส่ใจลูกค้า เพื่อนำมาสู่การปรับปรุงพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น ดังเช่นการบริหารแบบ TQM ที่ให้ความสำคัญกับลูกค้าด้วยทำให้ธุรกิจอยู่รอดได้⁸

4. ด้านการวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ การวัดผล การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้มีส่วนสำคัญในการปรับปรุงประสิทธิภาพขององค์กร การมีระบบการเลือกตัวชี้วัดวิสัยทัศน์ ตัวชี้วัดกระบวนการ และตัวชี้วัด

ในงานประจำ มีผู้รับผิดชอบและระยะเวลากำกับติดตามที่ชัดเจน มีระบบสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจที่มีความพร้อมใช้และมีตัวชี้วัดที่สำคัญในฐานะข้อมูลการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการปฏิบัติงานเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน¹⁴ และการมีระบบการจัดการความรู้เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้อย่างยั่งยืน จึงต้องมีการกำหนดทิศทางการจัดการความรู้ การกำกับติดตามรวมทั้งเสริมสร้างความรู้ใหม่ เกิดกระบวนการจัดการความรู้ที่มีประสิทธิภาพ¹⁵

5. ด้านบุคลากร การกำหนดขีดความสามารถบุคลากร ให้ตรงตามความเชี่ยวชาญและตอบสนองต่อพันธกิจ และมีระบบการจัดสรรงานที่เหมาะสมและประเมินผลการปฏิบัติงานตามขีดความสามารถ โดยเชื่อมโยงกับแผนและเป้าหมายขององค์กร สำหรับการวิเคราะห์อัตรากำลังบุคลากรสายวิชาการ คำนึงถึงสัดส่วนอาจารย์ต่อนักศึกษาทุกหลักสูตร อัตราการเกษียณ และการเพิ่มหลักสูตรใหม่ ส่วนบุคลากรสายสนับสนุนดูตามวิสัยทัศน์ หรือสิ่งที่องค์กรกำลังขับเคลื่อน มีระบบการพัฒนาขีดความสามารถบุคลากรใหม่ให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ และส่งเสริมเข้าใจในการทำงานในองค์กร การประเมินความต้องการด้านขีดความสามารถ และอัตรากำลังบุคลากร การสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และการดูแลบุคลากรใหม่ จะทำให้ผลการดำเนินงานสำเร็จ¹⁶ นอกจากนี้การให้ความสำคัญในการประเมินความผูกพันของบุคลากรและสร้างความผูกพันบุคลากร ตามปัจจัยสำคัญทั้งการสร้างความก้าวหน้าในงานให้บุคลากรและส่งเสริมโอกาสการพัฒนาตนเอง ผ่านการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล (IDP) ตลอดจนมีแผนสืบทอดตำแหน่งของผู้บริหาร¹⁵

6. ด้านระบบปฏิบัติการ สถาบันการศึกษาพยาบาลมีระบบการออกแบบการจัดการศึกษา วิจัย และบริการวิชาการ และกระบวนการ

สนับสนุนที่สำคัญ โดยนำความต้องการของผู้เรียน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กฎระเบียบ ข้อบังคับ และเทคโนโลยีมาใช้ออกแบบ มีการวิเคราะห์ กระบวนการทำงาน และปรับโครงสร้างองค์กร ให้เหมาะสมสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น และมีระบบสร้างนวัตกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียน ลูกค้า และช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพ ที่สำคัญคือ การประเมินประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการปฏิบัติการ ทั้งการลดต้นทุน และการลดรายจ่าย โดยมีการคิดต้นทุนของ การศึกษาพยาบาล การใช้เครื่องมือคุณภาพ เช่น KM ,CQI, Lean เป็นต้น มาช่วยปรับปรุงกระบวนการทำงาน เพื่อให้ได้คุณภาพตามมาตรฐานสากล และมีแผนการรองรับด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่ครอบคลุมทั้งด้านความมั่นคง ปลอดภัย และความพร้อมใช้

7. ด้านผลลัพธ์ ผลลัพธ์ด้านการเรียนรู้ของผู้เรียน และด้านกระบวนการ ผลลัพธ์ที่ แสดงให้เห็นถึงคุณภาพบัณฑิต เช่น ผลสอบ การขึ้นทะเบียนรับใบประกอบวิชาชีพพยาบาล ครั้งแรก ผลการประเมินของผู้ใช้บัณฑิต ผลการ สอบผ่านเกณฑ์ภาษาอังกฤษ รางวัลที่นักศึกษา ได้รับระดับชาติ/นานาชาติ ด้านการวิจัย มีผลงาน วิจัยของอาจารย์ที่ตีพิมพ์ระดับนานาชาติ ผลงานวิจัย/นวัตกรรมที่นำไปใช้ประโยชน์ ผลงานวิจัย/นวัตกรรมที่จดลิขสิทธิ์/สิทธิบัตร/ อนุสิทธิบัตร ซึ่งอาจารย์พยาบาลต้องมีสมรรถนะ การทำวิจัย มีการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์และ สร้างนวัตกรรม¹⁷ ด้านบริการวิชาการ ควรมีชุมชน ที่ได้ร่วมสร้างความเข้มแข็ง/พัฒนาเป็นชุมชนต้นแบบ ด้านการดูแลสุขภาพ และมีการบูรณาการบริการ วิชาการ และ/หรือ การเรียนการสอนกับการวิจัย **ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นลูกค้า** ความพึงพอใจ ของนักศึกษาพยาบาลต่อหลักสูตร ต่อสิ่งสนับสนุน

การเรียนรู้ เช่น ห้องสมุด ห้องปฏิบัติการพยาบาล เป็นต้น เนื่องจากการเรียนในหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเรียนรู้ ได้แก่ ห้องปฏิบัติการพยาบาล ห้องสมุด เทคโนโลยี เพื่อส่งเสริมสมรรถนะทักษะการเรียนรู้ ในศตวรรษที่ 21 และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ส่วนด้านการวิจัยและการบริการวิชาการ ความพึงพอใจของแหล่งสนับสนุนทุนวิจัยต่อ ผลงานวิจัย เพื่อให้การสนับสนุนทุนวิจัยต่อ และความพึงพอใจต่อการให้บริการวิชาการและ วิชาชีพต่อการบริการที่ร่วมมือกับชุมชน **ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นบุคลากร** คุณภาพ อาจารย์พยาบาลเน้นตำแหน่งทางวิชาการ คุณวุฒิปริญญาเอก ระดับคุณภาพการเรียนการสอน หรือได้รางวัลด้านการเรียนการสอน หรือผ่านการประเมิน UK-PSF และการพัฒนาความเชี่ยวชาญ ของอาจารย์พยาบาล (Faculty Practice) ส่วนบุคลากร สายสนับสนุนจะเน้นคุณวุฒิหรือตำแหน่งที่สูงขึ้น นอกจากนี้ยังเน้นความยึดมั่นผูกพันองค์กรด้วย **ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กรและการกำกับดูแลองค์กร** เน้นความพึงพอใจของบุคลากรต่อ การบริหารงานของผู้บริหารระดับสูง การประเมินตามหลัก ธรรมมาภิบาลของผู้บริหาร การรับรู้ของบุคลากร ต่อการสื่อสารวิสัยทัศน์ และค่านิยมของผู้บริหารระดับสูง **ผลลัพธ์ด้านงบประมาณ การเงิน ตลาด และ กลยุทธ์** เน้นรายได้ที่เพิ่มขึ้นจากผู้มาเข้าร่วมงาน บริการวิชาการ/วิชาชีพ ความสำเร็จของตัวชี้วัด ตามแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

สรุป

การกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญสำหรับการ ดำเนินการขององค์กรเพื่อก้าวสู่ความเป็นเลิศ

และกำหนดเป็นนโยบายนำไปสู่การปฏิบัติ
นำไปสู่การพัฒนาสถาบันการศึกษาพยาบาล
ให้มีคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพการศึกษา
สู่ความเป็นเลิศ เป็นตัวชี้วัดการดำเนินงาน
ในการจัดการคุณภาพของสถาบันการศึกษาพยาบาล
ที่จะส่งผลให้การบริหารสถาบันการศึกษาพยาบาล
ประสบความสำเร็จสู่ความเป็นเลิศ ตลอดจนช่วย
ผลักดันขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพของ
สถาบันการศึกษาพยาบาลให้ยกระดับอย่างก้าว
กระโดดสู่ความเป็นเลิศ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถ
เลือกตัวชี้วัดไปใช้เป็นเครื่องมือในการนำไปสู่
ความเป็นเลิศที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ
แผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการตามบริบทของ
สถาบันศึกษานั้น

2. การกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์จะเป็น
ในลักษณะเชิงปริมาณเพื่อนำไปใช้ในการเปรียบเทียบ
ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี และการเทียบเคียงกับคู่แข่ง
และคู่แข่งได้ ซึ่งจะนำไปใช้ในการพัฒนา
ผลลัพธ์ให้ดีขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาแนวทางการพัฒนาการ
จัดการคุณภาพสู่ความเป็นเลิศที่เฉพาะเจาะจง
ในสถาบันการศึกษาพยาบาลแต่ละแห่ง เพื่อ
กำหนดเป็นกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนตามบริบท
ของสถาบันนั้น

References

1. Strategy and Planning Division, Office
of the Permanent Secretary, Ministry of
Public Health. 20-year national strategic
plan for public health 2017-2036. 2nd

revised edition. Nonthaburi: Strategy
and Planning Division, Office of the
Permanent Secretary, Ministry of Public
Health; 2018. (in Thai).

2. Prybutok V, Zhang X, Peak D. Assessing
the effectiveness of the Malcolm Baldrige
National Quality Award model with
municipal government. Socio-economic
planning sciences. 2011;45(3):118-29.
doi: 10.1016/j.seps.2010.12.003.
3. Office of the Permanent Secretary,
Ministry of Higher Education, Science,
Research and Innovation. Educational
Criteria for Performance Excellence:
EdPEX, 2020-2023 edition. [internet].
2021 [cited 2023 Nov 20]; Available
from: [http://www.edpex.org/
2020/11/edpex-2563-2566.html](http://www.edpex.org/2020/11/edpex-2563-2566.html). (in Thai).
4. Office of the Permanent Secretary,
Ministry of Higher Education, Science,
Research and Innovation. EdPEX
Volunteer (EdPEX-V). [internet]. 2024
[cited 2024 Mar 14]; Available from:
[http://www.edpex.org/p/
edpex-
network.html](http://www.edpex.org/p/edpex-network.html). (in Thai).
5. Likhitpongwit B, Intarak P. The
excellence factor for nursing college
administration under the Ministry of Public
Health. The Southern College Network
Journal of Nursing and Public Health.
2017;4(1):117-34. (in Thai).
6. Kulpakdee R, Bunchapattanasakda C.
Model of Management that affect the
success in the institute of nursing

- education. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2017;18(2):129-39. (in Thai).
7. Poorananon P. Knowledge and attitude about education criteria for performance excellence of the staffs in Boromarajonani College of Nursing, Saraburi. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakornratchasima*. 2016;22(2):111-23. (in Thai).
 8. Chairuang N. The development of school administrative model to excellence by using participatory action research approach. *Buabundit Journal of Educational Administration*. 2015;15(3):9-20. (in Thai).
 9. Kongja D, Tarasrisutthi P, Rodprasert P, Chidmongkol S. The development of the excellent management model for nursing colleges under the Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health. Ph.D. in Social Sciences Journal. 2017;7(1):102-19. (in Thai).
 10. Kaewyome P. The success factor of Rajamangala University of Technology Suvamabhumi operations quality assurance [Research Report]. Phra Nakhon Si Ayutthaya: Office of Educational Quality Rajamangala University of Technology Suvamabhumi; 2014. (in Thai).
 11. Chairueang N, Nhujuaruean S, Siripan A. The university administration model according to education criteria for excellence: cased studies of Nakhon Si Thammarat Rajabhat University. *Journal of Graduate School*. 2019;16(73):31-43. (in Thai).
 12. Manasatchakun P, Yuennan C, Sasow P. Community needs toward nursing institutions for developing the potential of healthcare. *Journal of Nursing and Health Research*. 2021;22(3):1-13. (in Thai).
 13. Malai C, Sarakshetrin A, Panawatthanapisuit S, Phongsakchat P. Quality management for excellence in nursing education: challenges during transformation. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2019;29(3):18-29. (in Thai).
 14. Office of Thailand Quality Award, Thailand Productivity Institute. TQA criteria for performance excellence framework 2021-2022. Bangkok: Eastern Printing; 2021. (in Thai).
 15. Muangkaen S, Mongkhonvanit C, Kunarak P. High performance on organizational management of private universities in Thailand. *Journal of Thonburi University*. 2018;12(28):328-41. (in Thai).
 16. Puapittayadhorn T. A study of current conditions in educational quality improvement for excellence (EdPEX) case study, Faculty of Public Health Mahasarakham University. *Mahidol R2R e-Journal*. 2022;9(2):95-107. (in Thai).
 17. Saraketrin A, Rongmuang D, Chantra R. Nursing education in the 21st century: competencies and roles of nursing instructors. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2019;20(1):12-20. (in Thai).

ข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารอัตรากำลังคนด้านสุขภาพช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน จากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

อติญาณ์ ศรีเกษตริณ* อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์* รุ่งนภา จันทรา** สุชาดา นิมวัฒนากุล*
ทัศนีย์ เกริกกุลธร* ธัญพร ชื่นกลิ่น*** ดาราวรรณ รongเมือง** สรรเสริญ นามพรหม****
รัถยานภิศ รัชตะวรรณ*

บทคัดย่อ

บทนำ : การถ่ายโอนภารกิจด้านอัตรากำลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากกระทรวง
สาธารณสุขสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่งในช่วงเปลี่ยนผ่าน

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาภาระงาน อัตรากำลังคนด้านสุขภาพ ความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ
และการพัฒนาสมรรถนะของกำลังคนด้านสุขภาพช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากการถ่ายโอนโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

วิธีการวิจัย : เป็นวิจัยแบบผสมผสานเชิงอธิบายเป็นลำดับ โดยการวิจัยเชิงปริมาณก่อนแล้วตามด้วยวิจัยเชิงคุณภาพ
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยกระบวนการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการวิจัย : จากผลการวิจัยเชิงปริมาณสามารถนำอธิบายด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อช่วยในการ
อธิบายผลการวิจัยเชิงปริมาณใน 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ด้านภาระงาน 2) ด้านอัตรากำลังคน 3) ด้าน
ความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ และ 4) ด้านการพัฒนาสมรรถนะ

สรุปผล : องค์การบริหารส่วนจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรมีการบริหารจัดการในด้าน
ภาระงาน อัตรากำลัง สนับสนุนให้เกิดความก้าวหน้าทางวิชาชีพ และควรมีการพัฒนาสมรรถนะของ
กำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับการบริการสุขภาพตามมาตรฐาน
อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับมาตรฐานบริการปฐมภูมิ

คำสำคัญ : การบริหารกำลังคนด้านสุขภาพ การถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหาร
ส่วนจังหวัด

* คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

**** กองบริหารทรัพยากรบุคคล กระทรวงสาธารณสุข

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : รุ่งนภา จันทรา, E-mail: rungnapac64@gmail.com

Policy proposal of health manpower management in a transitional period from sub-district health promotion hospitals to provincial administrative organizations

Atiya Sarakshetrin* Atcharawadee Sriyasak* Rungnapa Chantra*** Suchada Nimwatanakul*

Tassanee Krirkgulthorn* Thunyaporn Chuenklin*** Daravan Rongmuang**

Sansern Namprom**** Ratthayanaphit Ratchathawan*

Abstract

Background: Transferring the health manpower of the Subdistrict Health Promoting Hospital to the Provincial Administrative Organization plays a significant role during the transition period.

Objectives: The study aimed to investigate workload, health manpower rate frame, and development of the competency of the health workforce during the transition period of the Subdistrict Health Promoting Hospital to the Provincial Administrative Organization.

Methods: A mixed-methods research with an explanatory sequential approach was employed. The quantitative data were analyzed using percentages, while thematic analysis was used to analyze qualitative data.

Results: The study findings indicated that the quantitative research results were explained through qualitative research in four main areas: 1) policy proposals regarding workload, 2) policy proposals regarding manpower management, 3) policy proposals regarding professional advancement, and 4) policy proposals regarding competency development.

Conclusions: Provincial administrative organizations should appropriately manage workload and manpower, support professional advancement, and develop competency of health manpower in the transitional period.

Keywords: health manpower management, transitional period, sub-district health promotion hospital, provincial administrative organization

* Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*** Faculty of Nursing and Allied Health Sciences, Rajaphat Phetchaburi

**** Human Resource Management Division, Ministry of Public Health

Corresponding Author: Rungnapa Chantra, E-mail: rungnapac64@gmail.com

บทนำ

การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดำเนินการตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ให้พิจารณาถ่ายโอนทั้งภารกิจ งบประมาณ บุคลากร และทรัพย์สินภายในเวลาที่กำหนด โดยไม่จำเป็นต้องดำเนินการถ่ายโอนไปพร้อมกัน¹ ในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ต้องพิจารณาให้โครงสร้างและอัตรากำลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความเหมาะสมกับปริมาณงาน และสอดคล้องกับการให้บริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิ และตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น² การถ่ายโอนบุคลากรของ รพ.สต ให้เป็นไปตามความสมัครใจและสอดคล้องกับภารกิจที่ถ่ายโอน หากไม่สมัครใจโอนย้ายให้จัดสรรอัตราทดแทนตามโครงสร้างของ รพ.สต. โดยสิทธิประโยชน์และความก้าวหน้าของบุคลากรที่ถ่ายโอนจะต้องได้รับไม่ต่ำกว่าเดิม และตำแหน่งที่รับโอนต้องมาในตำแหน่งและอัตราเดิม หรือช่วยราชการใน อบจ. ที่รับโอนภารกิจ ดังนั้นภารกิจการถ่ายโอนบุคลากรของ รพ.สต. อาจส่งผลต่อการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ¹

การบริหารอัตรากำลังคนด้านสุขภาพเป็นกลไกที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งการถ่ายโอนดังกล่าวอาจทำให้กำลังคนด้านสุขภาพมีภาระงานภาระงานเพิ่มขึ้น และความต้องการทักษะการทำงานใหม่เพิ่มขึ้น ขาดแรงจูงใจในการทำงาน ส่งผลให้ความพึงพอใจในการทำงานลดลง เบื่อหน่ายการทำงาน ส่งผลกระทบต่อการให้บริการด้านสุขภาพของประชาชนในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ³ ดังนั้นการสร้างความเข้าใจในเรื่องสิทธิประโยชน์ และความก้าวหน้าทางวิชาชีพของบุคลากรสังกัด อบจ. ในปัจจุบันให้มีมาตรฐานการกำหนดตำแหน่งที่มีความเหมาะสม และมีความก้าวหน้าในดำรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้น⁴ ซึ่งข้อจำกัดด้านการจ้างบุคลากร ด้านความมั่นคงของตำแหน่งของบุคลากรทางสุขภาพ อัตราการจ้างงานระยะยาว ความก้าวหน้าในตำแหน่งงานเพื่อสร้างกำลังใจในการปฏิบัติงาน อาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพประชาชนตามบทบาทหน้าที่ในพรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562⁵

ดังนั้นเพื่อสนับสนุนให้การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้เป็นไปตามแผนการถ่ายโอน รวมถึงการให้สิทธิประโยชน์และความก้าวหน้าของกำลังคนด้านสุขภาพภายหลังการถ่ายโอนบุคลากร และประชาชนได้รับการบริการทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารอัตรากำลังคนด้านสุขภาพช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากการถ่ายโอน รพ.สต. สู่ อบจ.จึงมีความสำคัญในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และคุณภาพการบริการสำหรับประชาชนในระดับปฐมภูมิ

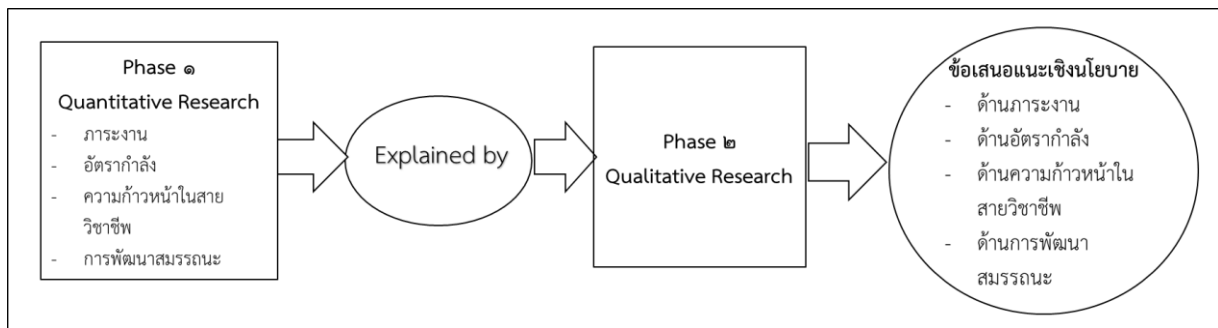
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาระงานของกำลังคนด้านสุขภาพ ช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากการถ่ายโอน รพ.สต. สู่อบจ.
2. เพื่อศึกษาอัตรากำลังคนด้านสุขภาพ ช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากการถ่ายโอน รพ.สต. สู่อบจ.
3. เพื่อศึกษาความก้าวหน้าในสายวิชาชีพของกำลังคนด้านสุขภาพช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากการถ่ายโอน รพ.สต. สู่อบจ.
4. เพื่อศึกษาการพัฒนาสมรรถนะของกำลังคนด้านสุขภาพช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจาก

การถ่ายโอน รพ.สต. สู่อบจ.

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยแบบเชิงอธิบายเป็นลำดับ (Explanatory sequential design)⁶ โดยการวิจัยเชิงปริมาณก่อนเพื่อหาคำตอบของปัญหาการวิจัยแล้วตามด้วยวิจัยเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายผลการวิจัยเชิงปริมาณในเชิงลึก โดยมุ่งเน้นการอธิบายสภาพความเป็นจริงที่ยังต้องการการอธิบายให้ลึกซึ้ง เพื่อสรุปผลแนวทางในการปฏิรูประบบสุขภาพ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-methods research) เชิงอธิบายเป็นลำดับ (Explanatory sequential approach) ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มิ.ย. 2566 ถึง 1 พ.ย. 2566 ดังนี้

การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากร คือ ผู้ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ. ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 จนถึง 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 6,702 คน

ตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดในพื้นที่ที่ศึกษาคำนวณตัวอย่างโดยกำหนด 95% confidence level และ confidence interval ที่ 5 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบทราบบจำนวนประชากร ได้ตัวอย่างจำนวน 384 แห่ง เพื่อป้องกันการสูญหายจากการไม่ได้รับข้อมูลกลับคืน ร้อยละ 15 รวมตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ 430 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ตำแหน่ง และประเภทการจ้างบุคลากรก่อนการถ่ายโอนไป อบจ.

2. แบบสอบถามความพร้อมการถ่ายโอนด้านกำลังคนด้านสุขภาพช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากการถ่ายโอน จำนวน 59 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการปฏิบัติงาน ด้านวิชาการ ด้านบริการ และความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ แต่ละตำแหน่ง มี 3 ระดับ คือ มีความพร้อมไม่แน่ใจ และไม่มีความพร้อม

3. แบบประเมินสมรรถนะของบุคลากร จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบ 4 ตัวเลือก ประกอบด้วย น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาพบว่า ดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (Item-Object Congruence: IOC) ของแบบสอบถามความพร้อมการถ่ายโอนฯ และแบบประเมินสมรรถนะ ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่า .67-1 ทุกข้อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายตัวอย่างจำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .78 และ .84

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ติดต่อประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องในแต่ละพื้นที่ตามขนาดของอบจ. ที่มีขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก จากการสุ่มตัวอย่างจัดส่งแบบสอบถามแบบออนไลน์โดยการผู้วิจัยส่งให้ผู้ประสานงานในพื้นที่ และให้ผู้ประสานงานในพื้นที่ส่งให้กลุ่มตัวอย่าง ได้แบบสอบถามที่ครบถ้วนกลับคืนมา จำนวน 342 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 79.5

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณด้วยสถิติร้อยละ

การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย

ผู้ทรงคุณวุฒิกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 15 คน ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนภารกิจ เป็นตัวแทนภาค ๆ ละ 10 คน 4 จังหวัด จำนวน 40 คน และผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้แทนจากภาคประชาชน จำนวนกลุ่มละ 6-7 คน รวม 20 คน จาก 4 จังหวัด (80 คน) มีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ 1) มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายสิทธิประโยชน์ สวัสดิการ และค่าตอบแทนของบุคลากรที่สังกัด อบจ. 2) ปฏิบัติงานในหน่วยงานไม่น้อยกว่า 6 เดือน เกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้ที่จัดตั้งกลุ่มอิสระหรือชมรมด้านสาธารณสุขที่เรียกร้องสิทธิประโยชน์ของบุคลากรด้านสุขภาพเฉพาะบางกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย 1) ภาวะเกี่ยวกับงานที่ปฏิบัติในปัจจุบัน 2) การบริหารอัตรากำลังคน 3) ความก้าวหน้าทางวิชาชีพของบุคลากร 4) สมรรถนะของบุคลากรทางการแพทย์ 5) ปัญหา/อุปสรรค และ 6) ข้อเสนอแนะ

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

พิจารณาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พบว่า ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่ามากกว่า .87 ทดลองใช้กับผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. จำนวน 3 แห่งที่ไม่ใช่พื้นที่ศึกษา จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในข้อคำถาม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ประสานงานและพิจารณาคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลหลัก กำหนดวัน เวลา สถานที่ ซึ่งเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ์ ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกใช้เวลา 45 นาที – 60 นาที และสนทนากลุ่มใช้เวลา 60 นาที จากนั้นดำเนินการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า (Data triangulation) ขณะสนทนากลุ่มมีการทวนสอบข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาร่วมกันวิเคราะห์ สรุปประเด็นร่วมกับผู้วิจัยในแต่ละครั้งไม่น้อยกว่า 3 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้กระบวนการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis)⁷ 6 ขั้นตอนคือ 1) การทำความเข้าใจความคุ้นเคยกับข้อมูล 2) การทำให้เกิดข้อมูลเบื้องต้น 3) การค้นหาแก่นสาระ 4) การตรวจสอบซ้ำแก่นสาระ 5) การระบุและตั้งชื่อแก่นสาระ และ 6) การจัดทำรายงาน

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ได้รับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ PCKCN REC 17/2566 ลงวันที่ 10 พฤษภาคม 2565

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย 4 ประเด็น ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ด้านภาระงาน จากการสำรวจเชิงปริมาณพบว่า ภาระงานที่มีความพร้อมมากที่สุด คือ การให้ความรู้ทางวิชาการด้านสุขภาพแก่ผู้นำท้องถิ่น

ประชาชน และอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 94.83 รองลงมาคือ วิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพกับหน่วยงานอื่น ๆ ร้อยละ 91.73 และอันดับที่ 3 คือ ภาระงานด้านการประสานงานส่งต่อข้อมูลสุขภาพของบุคคลและครอบครัว ร้อยละ 90.18 ส่วนภาระงานที่มีความพร้อมน้อยที่สุด คือ ดำเนินวางแผนพัฒนาคุณภาพด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ร้อยละ 41.24

ข้อมูลเชิงคุณภาพสามารถอธิบายเป็นประเด็นหลักดังนี้ ความพร้อมด้านภาระงาน คือ บุคลากรสุขภาพให้บริการได้เต็มที่ เนื่องจากบุคลากรมีความรู้และความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานของแต่ละวิชาชีพ ได้แก่ การให้ความรู้แก่ประชาชน และ อสม. ในพื้นที่ โดยเริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ก่อนให้การดูแล รวมไปถึงการทำงานประสานกันระหว่างแต่ละวิชาชีพเพื่อส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนในแต่ละครอบครัว ซึ่งการไปอยู่ อบรม จะช่วยให้แต่ละวิชาชีพทำงานได้เต็มที่ตามบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพนั้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ถ้าไปอยู่ อบรม. เจ้าหน้าที่ เขาก็จะทำงานด้านนั้นเฉพาะ เช่น การรักษาโรค แต่ถ้าทำที่นี้ที่ รพ.สต. คนทำงานก็จะทำสารพัดอย่าง เช่น ทำการเงิน ทำเอกสาร ทำทุกอย่าง ถ้าไปทำงานกับ อบจ. ก็จะมีคนทำเฉพาะหน้าที่ การเงินก็ทำการเงิน เอกสารก็ทำเอกสาร หากถ่ายโอนไป อบจ. แล้วก็น่าจะดี” (ID-ผู้ปฏิบัติ-3-03)

แต่ยังพบว่าทำงานของวิชาชีพแผนไทย มีความพร้อมน้อยที่สุด ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ต้องการแพทย์แผนไทย ตอนนี้เรามีญาติ

แต่ไม่มีคนมาทำงาน ทำให้ประชาชนไม่ได้รับบริการ เมื่อ อบจ. จะมีกรอบเจ้าหน้าที่ให้เรา ประชาชนจะได้รับประโยชน์ และกรณีมีนักกายภาพอาจใช้คู่กับนักแพทย์แผนไทย” (ID-ผู้ปฏิบัติ-4-03)

2. ด้านอัตรากำลังคน จากการสำรวจเชิงปริมาณ พบว่าด้านความพร้อมอัตรากำลังคนที่มีความพร้อมมากที่สุด คือ อัตรากำลังในการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสำหรับการให้บริการสุขภาพประชาชน ร้อยละ 83.20 รองลงมา คือ การจัดระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 80.10 ส่วนความพร้อมที่มีน้อยที่สุด คือ จัดระบบการเงินและบัญชีให้เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 65.37

ข้อมูลเชิงคุณภาพสามารถอธิบายเป็นประเด็นหลัก คือ ขาดการวางแผนด้านนโยบายอัตรากำลังคน และการบริการการเงินและบัญชีที่ยังขาดความครอบคลุมในด้านการบริหารอัตรากำลังคนด้านสุขภาพช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากการถ่ายโอน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“กระทรวงสาธารณสุขให้โอกาสอยู่แล้วน้อง บค. น่าจะให้ข้อมูลแล้ว มีทั้งหมด 1,000 เศษ ๆ ในส่วนของราชการกระทรวงสาธารณสุข มีข้อสั่งการมาให้ตั้งริงกำลัง เพื่อรอการถ่ายโอนในรอยโยกย้ายที่ผ่านมาก คนที่จะย้ายออก ย้ายเข้าเรา Freeze ไว้ก่อนเพื่อรอการแต่งตั้ง ซึ่งตอนนี้ชัดแล้ว ส่วนที่จะไปกรอบตรงหมดแล้ว หลัง 2 ต.ค. เราจะต้องส่งมอบเรื่องคน ส่วนคนที่ไม่ไปจำนวน 270 คน กระทรวงสาธารณสุขให้คนที่ไม่ไป หากที่อยู่ให้ถ้าจะย้ายกลับบ้าน ให้ไปได้เลย” (FG-ผู้ปฏิบัติ-3-03)

“น่าจะมีปัญหา เช่น เรื่องค่าตอบแทนการอยู่เวร ถ้าไปอยู่กับ อบจ. จะทำเหมือนที่อยู่กับ สสจ. ได้หรือไม่ฉะนั้น อบจ. ต้องเอาระเบียบเพื่อแก้กฎหมาย ซึ่งตอนนี้กระทรวงให้ใช้ระเบียบของเราไปก่อน ซึ่งเป็นเงินของ รพ.สต. เอง เนื่องจากท้องถิ่น งบเค้าผ่านสภาไปแล้ว ฉะนั้นเค้าไม่มีเงินเติมให้เราแน่นอน กระทรวงบอกให้เติมค่า Fix course เท่าไปให้เท่าเดิม แต่ยังไม่เห็นหนังสือ ในปี 67 อาจจะดีขึ้น”

3. ด้านความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ จากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ความพร้อมด้านความก้าวหน้าที่มีคะแนนมากที่สุด คือ การควบคุมกำกับติดตามประเมินผลการทำงานของทีมีสุขภาพร้อยละ 82.17 แต่ส่วนใหญ่ยังมีความพร้อมด้านความก้าวหน้าอยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ จัดระบบสวัสดิการแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพประชาชน ร้อยละ 71.58 และความพร้อมที่มีความพร้อมน้อยที่สุด คือ ประเมินผลงานของบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 56.85

สามารถอธิบายเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพแบ่งเป็น 2 ประเด็นหลัก 1) ความก้าวหน้าของผู้ปฏิบัติงานมียังปฏิบัติงานอยู่ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“อยากให้มีการสื่อสาร บันไดอาชีพของแต่ละสายงาน ประชาสัมพันธ์ให้ทุกคนได้ทราบเพื่อให้บุคลากรได้ศึกษาถึงความก้าวหน้า มีการสอบการสรรหา เห็น อบจ. ทำแผนงบประมาณรายปี เช่น โบนัสเจ้าหน้าที่ เขาจะได้จริงใช้ใหม่ ปี 2565 ตั้งไว้ 30 ล้าน อยากให้เป็นข้อมูลชุดเดียว สื่อสาร

เป็นทางการกับทาง สสจ. จะได้รับทราบระดับบนลงล่าง รู้ข้อเท็จจริง เป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้ การรับเงินต่าง ๆ เช่น พตส. ต้องชัดเจนในสวัสดิการและประเด็นต่าง ๆ” (FG-ผู้แทนจากภาคสาธารณสุข-3-02)

“ความเข้าใจของกำลังคน ตอนนี้มีแต่อบจ. ให้ยาหอมว่าจะได้ ซี 8 ซึ่งจริง ๆ แล้วเค้าจะดูแลคนของเราดีแค่ไหน มันไม่มีความแน่ชัด แต่ของเราเองขวัญกำลังใจในช่วงหลัง ๆ มันไม่มีความแน่ชัด ในช่วงที่เค้าอยู่กับเรา มันไม่เหมือนเดิม ผมรู้สึกแบบนั้น” (ID-ผู้ปฏิบัติ-4-02)

2) ความก้าวหน้าหลังเกษียณอายุราชการ ดังคำกล่าวของตัวอย่าง ต่อไปนี้

“ส่วนที่ได้คนไม่เต็มกรอบอัตรากำลังในแต่ละ รพ.สต. อาจเนื่องมาจากคนที่ใกล้เกษียณแล้วไม่ยอมเปลี่ยนงานหรือไม่มั่นใจว่าคนที่จะเกษียณว่าจะได้รับบำนาญจากที่ไหน พื้นที่ในการทำงานที่ไม่สะดวก ห่างไกล และความสัมพันธ์ส่วนตัวกับคนในองค์กร หรือบางที่ขาดความมั่นใจ และไม่ยอมเปลี่ยนระบบในการทำงาน และไม่อยู่ภายใต้หนักการเมือง” (FG-ผู้แทนจากภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น-4-02)

4. ด้านการพัฒนาสมรรถนะ จากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่าสมรรถนะของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคะแนนค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.41 (SD=0.45) รองลงมา คือ ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.43 (SD=0.48) และสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 (SD=0.55)

สามารถอธิบายเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพในประเด็นคือ การยกระดับการบริการการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาและการฟื้นฟู เพื่อมุ่งเน้นการบริการที่มีคุณภาพแก่ประชากร ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ต่อไป รพ.สต. ต่อไปอาจเป็นศูนย์ต่าง ๆ เช่น ศูนย์ต่าง ๆ ศูนย์แพทย์ รวมทั้งไม่ใช่สาธารณสุขอย่างเดียว โดยที่ อบจ. จะได้ทำงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับท้องถิ่นมากขึ้น โดยการเพิ่มศักยภาพมีการบูรณาการมากขึ้นในทุกด้าน เนื่องจากเป็นพื้นที่ อบจ. เดียวกัน สามารถพัฒนาได้มากขึ้น” (FG-ผู้ปฏิบัติ-2-04)

“อยากให้แพทย์มาประจำทุกวัน สำหรับวันที่มีแพทย์ มีคนไข้มารับบริการครั้งละ 35-40 คน” (FG-ผู้ปฏิบัติ-1-03)

“สถานที่คับแคบ อยากได้ตึก 5 ชั้น จะได้รับผู้ป่วยสัก 10 เตียง ซึ่งจะช่วยลดความแออัดของ รพ.ศูนย์ จากการที่ผู้ป่วยมาก ประชาชนในพื้นที่จะได้รับบริการที่ดี” (FG-ผู้ปฏิบัติ-4-02)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเชิงปริมาณและอธิบายด้วยวิจัยเชิงคุณภาพ สามารถนำมาอภิปรายเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายฯ ช่วงระยะเปลี่ยนผ่านเป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ด้านภาระงาน จากผลการวิจัยพบว่าบุคลากรมีความพร้อมด้านภาระงานที่ปฏิบัติภายใต้วิชาชีพ อย่างไรก็ตาม อบจ. ควรกำหนดลักษณะเฉพาะผู้ปฏิบัติงานและถ่ายทอดสู่บุคลากร

ที่ถ่ายโอนตามหน้าที่และอำนาจดูแลและจัดบริการสาธารณสุขเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 47 และมาตรา 55° ทั้งนี้ อบจ.จะต้องจัดให้สอดคล้องกับลักษณะงาน (Job description) และกำหนดลักษณะเฉพาะผู้ปฏิบัติงาน (Job specification) ในแต่ละตำแหน่งเพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพสามารถปฏิบัติงานได้ตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนด ทั้งนี้การทำงานที่นอกเหนือบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพมีผลทำให้เวลาที่ให้บริการสุขภาพประชาชนลดน้อยลง⁹ และปริมาณงานไม่สอดคล้องกับจำนวนบุคลากร หรือต้องช่วยงานอื่นนอกเหนือจากงานที่ตนเองรับผิดชอบ จะทำให้ขาดขวัญกำลังใจในการทำงาน¹⁰ ดังนั้นคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ควรเร่งรัดดำเนินการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานตามภาระงานให้สอดคล้องกับหลักเกณฑ์และมาตรฐานตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม เกิดประโยชน์กับประชาชน

2. ด้านอัตรากำลัง จากผลการศึกษาพบว่า บุคลากรทางด้านสุขภาพมีความพร้อมด้านการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสำหรับการให้บริการสุขภาพประชาชนที่มีการจัดระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เพียงพอกับความต้องการการบริการสุขภาพของประชาชน ซึ่งในปัจจุบันกรอบอัตรากำลังไม่สอดคล้องกับที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยเฉลี่ยบุคลากรแต่ละคนใน รพ.สต. มีการทำงานประมาณ 1.2 FTE⁹ ดังนั้นการบริหารอัตรากำลังคนควรสร้างแนวปฏิบัติ

โดยการจัดทำคู่มือในการทำงานเพื่อให้บุคลากรทุกคนสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามคู่มือที่กำหนด มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานเพื่อลดเวลาการให้บริการ ไม่เกิดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน¹¹ ดังนั้นจึงควรบริหารจัดการลดภาระงานที่สามารถทดแทนด้วยระบบและเทคโนโลยีสารสนเทศ¹² และมีค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับภาระงาน³

3. ด้านความก้าวหน้าในสายอาชีพ

บุคลากรด้านสุขภาพที่ถ่ายโอนต้องการมีความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ ทั้งนี้การที่บุคคลมีความก้าวหน้าในสายวิชาชีพจะส่งผลให้บุคลากรด้านสุขภาพมีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานที่จะพัฒนาความสามารถของตนเองให้มีความก้าวหน้าในอาชีพ ทำงานมีคุณภาพ เกิดความพึงพอใจ และทัศนคติที่ดีในการทำงาน สามารถนำนโยบายสู่การปฏิบัติได้ดี บรรลุเป้าหมายขององค์กร ซึ่งบุคลากรสังกัด รพ.สต. เดิม มีความกังวลใจเกี่ยวกับความมั่นคงของตำแหน่งงานของตน⁵ ดังนั้นความก้าวหน้าและความมั่นคงในสายอาชีพของบุคลากรด้านสุขภาพที่ถ่ายโอนไป อบจ. เป็นประเด็นที่สำคัญผู้บริหารของ อบจ. ให้ความสำคัญจึงต้องเร่งจัดทำคู่มือแนวทางการเลื่อนระดับความก้าวหน้าในสายอาชีพและสร้างความเข้าใจกับบุคลากร พร้อมทั้งผลักดันให้มีการเลื่อนระดับให้ชัดเจน ทั้งในด้านวิชาชีพและด้านการเงิน³ สำหรับผู้ปฏิบัติงานในปัจจุบันและหลังเกษียณอายุราชการ

4. ด้านการพัฒนาสมรรถนะ

จากการศึกษาพบว่า การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรควรให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งนี้จากการถ่ายโอน รพ.สต. สู่ อบจ. บุคลากรด้านสุขภาพ

ยังคงต้องปฏิบัติภารกิจด้านสาธารณสุขที่ครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และหลักการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น¹ ซึ่งกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องร่วมกับสถาบันที่มีหน้าที่ในการผลิตและพัฒนา สมรรถนะของบุคลากรด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ คือ สถาบันพระบรมราชชนก และสถาบันการศึกษาทางด้านสุขภาพอื่น ๆ เช่น สมรรถนะด้านการวิจัย การพัฒนานวัตกรรมเพื่อ แก้ปัญหาสุขภาพชุมชน และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางกาย การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉิน และระบบการส่งต่อผู้ป่วย และการพัฒนา สมรรถนะด้านบริการตามสาขาวิชาชีพตามกรอบ อัตรากำลังคนที่กำหนดในพระราชบัญญัติระบบ สุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562¹

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การถ่ายโอนบุคลากรของ รพ.สต. ให้ เป็นไปตามความสมัครใจ โดยที่รัฐบาลจัดสรร งบประมาณให้แก่ อบจ. เพื่อเป็นเงินเดือนและ ค่าจ้างบุคลากรที่ถ่ายโอนมาสังกัด อบจ. โดย สิทธิประโยชน์และความก้าวหน้าของบุคลากรที่ ถ่ายโอนจะต้องได้รับไม่ต่ำกว่าเดิม และ ตำแหน่งที่รับโอนต้องมาในตำแหน่งและอัตรา เดิม และสอดคล้องกับความต้องการของระบบ บริการปฐมภูมิ และสมรรถนะวิชาชีพ พร้อมทั้ง สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพื่อให้หน่วย บริการสุขภาพสามารถพัฒนาระบบบริการให้

เข้าถึงประชาชนอย่างมีคุณภาพ โดย อบจ.ต้อง สื่อสารทำความเข้าใจอย่างเร่งด่วนเกี่ยวกับ ภาระงานที่บุคลากรด้านสุขภาพที่ถ่ายโอนไป อบจ. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม เกิดการบูรณาการการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน เพื่อให้เป็นไปตามระบบสุขภาพปฐมภูมิ และ เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมเกิดประโยชน์กับประชาชน มีการจัดสรรอัตรากำลังให้เป็นไปตามขนาดของ รพ.สต. เพื่อให้บุคลากรได้ทำงานตรงตามสายงาน และเพียงพอต่อภาระงาน และควรจัดทำคู่มือ แนวทางการเลื่อนระดับ ความก้าวหน้าในสายอาชีพ และสร้างความเข้าใจกับบุคลากรพร้อมทั้งผลักดัน ให้มีการเลื่อนระดับตามแนวทางที่กำหนดไว้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

องค์การบริหารส่วนจังหวัดควรให้ ความสำคัญกับการจัดสรรภาระงาน อัตรากำลังคน ความก้าวหน้าของแต่ละวิชาชีพ รวมทั้งการพัฒนา สมรรถนะในแต่ละวิชาชีพ รวมทั้งจัดทำแนวปฏิบัติ ในการเบิกจ่ายเงินค่าจ้าง ค่าตอบแทน และค่าอื่น ๆ ตามสิทธิประโยชน์ของผู้ที่ถ่ายโอนซึ่งไม่ต่ำกว่าเดิม ให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติกำหนดแผน และขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และเพิ่มเติม ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงิน ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ให้แก่หน่วยบริการสาธารณสุขขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2562 รวมทั้งสร้าง

ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ เพื่อให้บุคลากร
ด้านสุขภาพที่ถ่ายโอนมีความมั่นใจในการ
ปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษารูปแบบการบริหารจัดการ
กำลังคนต้นแบบอย่างครบวงจรใน รพ.สต.
ตามขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก
2. วิจัยพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมสร้าง
สมรรถนะของบุคลากรด้านสุขภาพที่ถ่ายโอนสู่
องค์การบริหารส่วนจังหวัดให้สอดคล้องกับ
บทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สนับสนุนทุนวิจัย และผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะ
และแนวคิดที่มีคุณค่า และ ผศ.ดร.จรรยาพร
ศรีศศลักษณ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะตลอดการวิจัย

References

1. Office of the Decentralization to the
Local Government Organization Committee,
Office of the Permanent Secretary, the
Prime Minister's Office. The handbook
for transferring public health missions to
local government organizations. Bangkok:
Office of the Permanent Secretary, the
Prime Minister's Office; 2021. (in Thai).
2. Authority and Function of Decentralization to
Local Government Organization Commission.
Criteria and procedures for transferring
Chaloem Phrakiat Health Center 60th

Anniversary Nawamintha Rachinee and
health promotion hospital to the provincial
administrative organization. Government
Gazette Vol.138, Special Part 254 D, dated
19th October 2021. p.14-15. (in Thai).

3. Sasrisom S. The effect of workload on
job stultification of financials division
employees, Kanchanaburi provincial local
administrative organization [Thesis].
Bangkok: Silpakorn University; 2021.
(in Thai).
4. Provincial Administration Organization
Council of Thailand. Health promotion
hospital to the provincial administrative
organization, a step of decentralized to
provincial administrative organization.
Nonthaburi: Provincial Administration
Organization Council of Thailand; 2021.
(in Thai).
5. Sangmano S, Siriwohar S, Pichai K.
Problems of transferring district
health promoting hospitals from the
ministry of public health to local
government organization in Chiang
Mai province. Journal of Graduate
Research. 2014; 5(2):25-35. (in Thai).
6. Creswell JW. Research design: qualitative,
quantitative, and mixed methods approaches.
4th ed. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2014.
7. Braun V, Clarke V. Using thematic
analysis in psychology. Qual Res.

- Psychol. 2006;3(2):77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
8. The Constitution of the Kingdom of Thailand, Buddhist Era 2560. Royal Gazette Vol.134, Special Part 40 A, dated 6th April 2017. p.19-20, 67-70. (in Thai).
 9. Tangcharoensathien V, Sawaengdee K, Rajataram B, Muangyim K, Sarakshetrin A, Chantra R, et al. A study of workload and productivity among health personnel in district health promotion hospitals. [internet]. 2017 [cited 2022 Oct 5]; Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4893?locale-attribute=th>. (in Thai).
 10. Sawaengdee K, Sarakshetrin A, Rajataram B, Chantra R, Kunlaka S, Rajataramya B, et al. A study of workload, sufficiency of manpower and human resource management in district health promotion hospital. Journal of Health and Nursing Research. 2019;35(2):174-83. (in Thai).
 11. Sarakshetrin A, Chantra R, Rongmuang D, Tongpeth J, Intongpan O. The competencies of health care providers to support family care teams in primary care service and primary care cluster. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2021;4(3):39-54. (in Thai).
 12. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. [internet]. 2016 [cited 2016 Oct 5]; Available from: <https://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>.

ผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในวัยก่อนสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเมือง

นิภาพร อภิสัทธาวิธาน* พิมพิรัตน์ ธรรมรักษา* พนารัตน์ วิศวเทพนิมิตร* เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล*
กัลปิงหา ไชลิวสกุล* สุทธานันท์ กัลละ* นิตติกุล ทองนวม** จิตินันท์ นาคผู้*** ภาณุสิทธิ์ หวันมะหมุด***

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่สามารถป้องกันได้ด้วยการส่งเสริมศักยภาพสมองตั้งแต่ก่อนเข้าวัยสูงอายุ โดยใช้กิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อกระตุ้นภาวะการรู้คิด ลดความวิตกกังวล และลดภาวะซึมเศร้า

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวัยก่อนสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเมืองต่อภาวะการรู้คิด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

วิธีการวิจัย : การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อน-หลังทดลอง และติดตามผล 1 เดือน ตัวอย่าง คือ วัยก่อนสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองแห่งหนึ่ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะการรู้คิด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Friedman test Wilcoxon signed rank test และ Mann-Whitney U-test

ผลการวิจัย : กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะการรู้คิดสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งหลังทดลองและติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในการตรงกันข้ามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล : รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถส่งเสริมการรู้คิดของวัยก่อนสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังให้ดีขึ้น จึงควรนำรูปแบบนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: วัยก่อนสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมอง การมีส่วนร่วมของชุมชน ภาวะการรู้คิด ภาวะซึมเศร้า

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

*** ศูนย์การแพทย์และฟื้นฟูบึงยี่โถ

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : พิมพิรัตน์ ธรรมรักษา, E-mail: pimrat.t@bcn.ac.th

The effects of the cognitive stimulation model using community participation for pre-aging persons with chronic diseases in an urban area

Nipaporn Apisitwasana* Pimrat Thammaraksa* Panarut Wisawatapnimit*

Jeamjai Srichairattanakull* Kullapungha Chosivasakul* Suthanan Kunlaka* Nitikul Thongnum**

Thitinan Nakphu*** Panusit Vanmamut***

Abstract

Background: Dementia is a significant public health problem that can be prevented by promoting brain potential among pre-aging persons through community participation activities to stimulate cognition and reduce anxiety and depression.

Objectives: This study aimed to examine the effects of the cognitive stimulation model using community participation for pre-aging persons with chronic diseases in urban areas on cognition, anxiety, and depression.

Methods: This research used a quasi-experimental design with two groups, a pre-post test design, and a one-month follow-up period. The samples were pre-aging persons with chronic disease who were community-dwelling in an urban area. The 33 samples were from the experimental group, and 35 were from the control group. Data were collected using cognition, anxiety, and depression assessment forms. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, Friedman test, Wilcoxon signed rank test, and Mann-Whitney U-test.

Results: After the experimental and 1-month follow-up period, the experimental group had higher mean scores of cognitive performances than the control group, with statistical significance at the .05 level. The experimental group had lower mean depression scores than the control group, with a statistically significant level of .05. The anxiety mean score between the experimental group and the control group was not statistically significant difference at a .05 level.

Conclusions: The cognitive stimulation model using community participation can promote better cognition and decrease depression in pre-aging persons with chronic diseases in urban areas. Therefore, this program should continue to be used for pre-aging persons with chronic diseases.

Keywords: pre-aging persons with chronic diseases, cognitive stimulation model, community participation, cognitive, depression

* Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services *** Bueng Yitho Medical and Rehabilitation Center

Corresponding Author: Pimrat Thammaraksa, E-mail: pimrat.t@bcn.ac.th

บทนำ

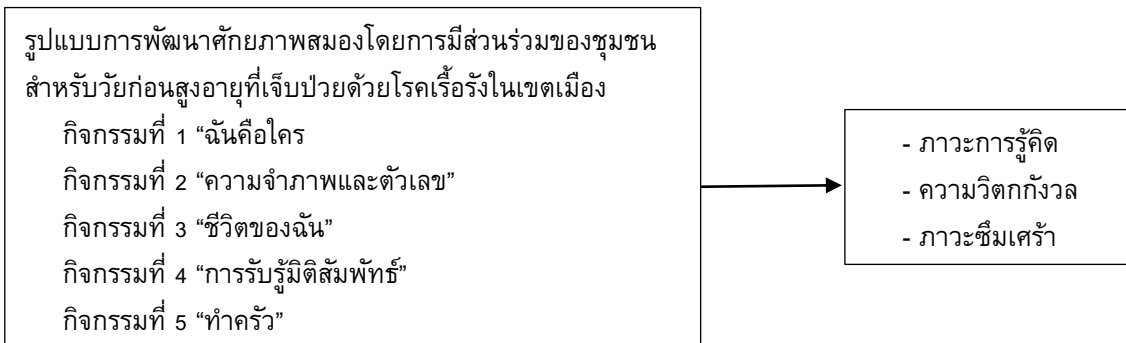
องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า โลกจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นถึงสามเท่า จาก 46 ล้าน ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 147 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2595¹ อันเป็นผลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 จากการรายงานของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง พบประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปถึง 12.69 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.21 และมีผู้ที่อยู่ในวัยก่อนสูงอายุ อายุ 50-59 ปี จำนวน 10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.14² เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุจะเกิดความเสื่อมทางด้านสรีระเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อสมรรถนะภายใน (Intrinsic capacity) เช่น การสูญเสียการเคลื่อนไหว ความบกพร่องทางการรู้คิด จนนำไปสู่การเกิดปัญหาสมองเสื่อม (Dementia)¹ ทั้งนี้ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อมในวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ได้แก่ ความผิดปกติในยีน การเปลี่ยนแปลงฮอร์โมน³ รวมทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากเป็นโรคที่มีผลต่อระบบการไหลเวียนของเลือดในสมองได้⁴ นอกจากนี้ยังพบว่าอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวล เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลออกมารบกวนการทำงานของสมอง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าคนที่สามารถจัดการกับความวิตกกังวลได้ดี³

ปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้สมองยังคงมีประสิทธิภาพดี ได้แก่ การศึกษา การทำงานที่มีความซับซ้อน และการทำกิจกรรมยามว่างที่มีประโยชน์ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสังคม และด้านการทำงานของสมอง จึงควรมีกิจกรรม

พัฒนาศักยภาพสมอง เพื่อช่วยชะลอให้สมองเสื่อมช้าลง⁵ การพัฒนาศักยภาพสมองทำได้หลายวิธี อาทิ การออกกำลังกาย และการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation)⁶ มีการศึกษาพบว่าผู้ที่อยู่ในวัยก่อนสูงอายุที่มีสมองบกพร่องระยะต้นที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมอง มีการรู้คิดดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม⁷ นอกจากนี้สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้ร่วมกันพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาความจำ (Healthy brain)⁸ ขึ้นด้วยรูปแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าการป้องกันสมองเสื่อมควรเริ่มตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมา พบงานวิจัยที่ศึกษาเชิงป้องกันในวัยก่อนสูงอายุเพียงเล็กน้อย เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมร่วระหว่างการทำกายและการกระตุ้นการรู้คิดในวัยก่อนสูงอายุอย่างต่อเนื่อง 3-6 เดือน สามารถชะลอความเสื่อมของสมองและลดความวิตกกังวลลง แต่ยังไม่สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้⁹⁻¹⁰ ในประเทศไทยยังไม่พบงานวิจัยที่เน้นการป้องกันการเกิดสมองเสื่อมในวัยก่อนสูงอายุโดยการบูรณาการการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ทั้งนี้การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกระบวนการที่สนับสนุนให้ประชาชนในชุมชนเกิดปฏิสัมพันธ์เพื่อนำไปสู่การกระทำกิจกรรมร่วมกันจนบรรลุเป้าหมาย การวิจัยครั้งนี้จึงเน้นที่การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเริ่มที่แกนนำ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและกลุ่มชมรมอาสาพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มาร่วมกันพิจารณากิจกรรมในโปรแกรมการพัฒนาสมองให้มีความเหมาะสมกับบริบทของวัยก่อนสูงอายุ

ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน และเข้ามาร่วมส่งเสริมและกระตุ้นให้วัยก่อนสูงอายุที่อยู่ในความดูแล ทำกิจกรรมในการพัฒนาสมองตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

เทศบาลเมืองบึงยี่โถ อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี มีประชากรวัยก่อนสูงอายุมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีประชากรวัยก่อนสูงอายุ 50-59 ปี 5,848 คน คิดเป็นร้อยละ 17.55 และพบผู้ที่อยู่ในวัยก่อนสูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 549 คน คิดเป็นร้อยละ 9.39² ซึ่งการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อการเสื่อมของสมอง และภาวะการรู้คิดบกพร่องได้³ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพสมองในวัยก่อนสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของสมองด้านการรู้คิด รวมทั้งลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบ สอง กลุ่ม วัดผลก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผลหลังทดลอง 1 เดือน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวัยก่อนสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตเมือง ต่อภาวะการรู้คิด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการสูงอายุแบบสุขภาพดี (Healthy aging)¹ โดยเน้นการมองสุขภาพแบบองค์รวมด้วยกระบวนการพัฒนาและรักษาความสามารถในการทำหน้าที่ที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ซึ่งเกิดมาจากสมรรถนะภายในของบุคคล และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยใช้โปรแกรม Healthy brain⁸ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมภาวะการรู้คิด ลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในวัยก่อนสูงอายุตามบริบทของชุมชน ดังภาพที่ 1

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนอายุ 50-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองบึงยี่โถ จ.ปทุมธานี ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 5,919 คน²

ตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 50-59 ปี ที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองบึงยี่โถ อ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้ ไม่มีข้อจำกัดด้านการได้ยิน การมองเห็น และการเคลื่อนไหว รวมทั้งไม่มีความผิดปกติทางอารมณ์ โดยพิจารณาจากผลการคัดกรองด้วย Montreal Cognitive Assessment (MoCA)¹¹ และ Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS)¹² และ Instrumental Activity of Daily Living (IADL)¹³ อยู่ในเกณฑ์ปกติ คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดค่า Power of test ที่ 0.80, Effect size ที่ 0.43 ซึ่งได้จากการนำผลการศึกษาของ พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ และคณะ¹⁰ มาคำนวณ และค่า α เท่ากับ 0.05 ได้จำนวนตัวอย่าง 68 คน ทำการคำนวณเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง ได้ตัวอย่าง 76 คน แล้วจึงสุ่มอย่างง่าย โดยจับสลากหมู่บ้านเพื่อสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยมีผู้ที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน สำหรับเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการน้อยกว่า 3 ครั้ง ย้ายที่พักอาศัยหรือภาวะสุขภาพไม่เอื้ออำนวย เมื่อสิ้นสุดโครงการเหลือกลุ่มทดลองทั้งสิ้น 33 คน โดย 1 คนย้ายที่อยู่ ส่วนอีก 1 คนเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการน้อยกว่า 3 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินภาวะการรู้คิด (MoCA)¹¹ แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

(ThaiHADS)¹² และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้เครื่องมือช่วย (IADL)¹³

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยประยุกต์ใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองด้วยโปรแกรม Healthy brain⁸ ซึ่งได้ปรับรูปแบบกิจกรรมให้ชุมชนมีส่วนร่วมและเหมาะกับบริบทของเทศบาลเมืองบึงยี่โถ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความชัดเจนของกิจกรรมจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า .93 และ .97 ตามลำดับ

ดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง ทั้งหมด 5 ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ ครั้งละ 1 กิจกรรมใช้เวลา 3 ชั่วโมง เพื่อพัฒนาศักยภาพสมอง 4 ด้าน ได้แก่ ความใส่ใจ (Attention) ความจำ (Memory) มิติสัมพันธ์ (Visuospatial function) การคิด ตัดสินใจ และการบริหารจัดการ (Executive function) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 “ฉันคือใคร” กิจกรรมที่ 2 “ความจำภาพและตัวเลข” กิจกรรมที่ 3 “ชีวิตของฉัน” กิจกรรมที่ 4 “การรับรู้มิติสัมพันธ์” และกิจกรรมที่ 5 “ทำครัว” ส่วนกลุ่มควบคุม มีการดำเนินชีวิตตามปกติ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา และ โรคประจำตัว

2) แบบประเมินภาวะการรู้คิด ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมิน Montreal Cognitive Assessment (MoCA) สร้างโดย นาริสติน และ แปลเป็นภาษาไทยโดย โสพพัทธ์ เหมรัญชโรจน์, อริศรา อัมราปาลา และไมเคิล แมสส์¹¹ ประกอบด้วย การประเมินความใส่ใจ (Attention) 3 ข้อ 6 คะแนน สมาร์ท การคิด ตัดสินใจและการบริหารจัดการ (Executive function) และมีมิติสัมพันธ์ (Visuospatial function) 2 ข้อ 8 คะแนน

ความจำ (Memory) 1 ข้อ 5 คะแนน ความคิดรวบยอด (Conceptual thinking) และการคิดคำนวณ (Calculation) 3 ข้อ 5 คะแนน การรับรู้สภาวะรอบตัว (Orientation) 1 ข้อ 6 คะแนน รวม 10 ข้อ โดยมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าได้คะแนนตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไปถือว่าปกติ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92¹¹

3) แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมิน Thai HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS) แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช¹² มีคำถามทั้งหมด 14 ข้อ โดยสลับข้อคำถาม ด้านละ 7 ข้อดังนี้ คำถามข้อคู่ใช้วัดภาวะซึมเศร้า และคำถามข้อคี่ใช้วัดความวิตกกังวล คะแนนเต็มด้านละ 21 คะแนน แปลผลโดยคะแนนรวมของกลุ่มอาการใดเกิน 11 คะแนน แสดงว่าอาจมีความผิดปกติในกลุ่มอาการนั้น ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 สำหรับความวิตกกังวลและ .82 สำหรับภาวะซึมเศร้า¹²

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ เลขที่ COA NO.2/2566 ERB NO.27/2564 ลงวันที่ 31 มีนาคม 2566

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากนายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองบึงยี่โถ อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี แล้วประชุมกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย และขอความ

ร่วมมือในการเป็นอาสาสมัครวิจัย หลังจากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำกิจกรรม ตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพมุมมองที่พัฒนาขึ้น และทำการประเมินภาวะการรู้คิด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 3 ครั้ง คือ ก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะการรู้คิด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-whitney U-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะการรู้คิด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Friedman test และหาความแตกต่างรายคู่ด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.87 อายุเฉลี่ย 55 ปี (กลุ่มทดลอง M=55.35, SD=3.16; กลุ่มควบคุม M=55.46, SD=2.90) มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา/ปวช. มากที่สุด (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 38.23; กลุ่มควบคุม ร้อยละ 37.14) รองลงมา คือ ชั้นประถมศึกษา (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 35.29; กลุ่มควบคุม ร้อยละ 34.28) มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 38.23, 38.23; กลุ่มควบคุม ร้อยละ 34.28, 37.14 ตามลำดับ)

2. ผลการใช้รูปแบบการพัฒนา ศักยภาพสมอง โดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนต่อภาวะการรู้คิด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

2.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ด้านภาวะการรู้คิด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลอง พบว่าตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย

ภาวะการรู้คิด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ เมื่อพิจารณาความ แตกต่างรายคู่พบว่า ตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะการ รู้คิด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า หลังการ ทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการรู้คิด ความวิตกกังวลและภาวะ ซึมเศร้า ก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=33)	
	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Z)	p
ภาวะการรู้คิด	9.51	.009**
ก่อน-หลังทดลอง	-2.10	.036*
ก่อน-ติดตามผล	-1.33	.185
หลัง-ติดตามผล	-0.14	.888
ความวิตกกังวล	5.63	.049*
ก่อน-หลังทดลอง	-2.10	.035*
ก่อน-ติดตามผล	-0.81	.417
หลัง-ติดตามผล	-1.03	.304
ภาวะซึมเศร้า	11.73	.003**
ก่อน-หลังทดลอง	-2.72	.006*
ก่อน-ติดตามผล	-1.48	.138
หลัง-ติดตามผล	-0.96	.339

* p<.05

2.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ด้านภาวะการรู้คิด ความวิตกกังวล และภาวะ ซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มควบคุมมี คะแนนเฉลี่ยด้านภาวะการรู้คิด ความวิตกกังวล

และภาวะซึมเศร้า ก่อนทดลอง หลังทดลอง และ ติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ดังแสดงใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการรู้คิด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=35)	
	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Z)	p
ภาวะการรู้คิด	3.08	.214
ก่อน-หลัง	-1.67	.095
ก่อน-ติดตามผล	-1.65	.098
หลัง-ติดตามผล	-0.22	.829
ความวิตกกังวล	3.83	.147
ก่อน-หลัง	-1.67	.096
ก่อน-ติดตามผล	-1.48	.138
หลัง-ติดตามผล	-1.19	.236
ภาวะซึมเศร้า	3.80	.214
ก่อน-หลัง	-1.27	.205
ก่อน-ติดตามผล	-1.72	.084
หลัง-ติดตามผล	-0.27	.785

*p<.05

2.3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านภาวะการรู้คิด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ก่อนทดลองกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยด้านภาวะการรู้คิด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน แต่หลังทดลอง และติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะการรู้คิด สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนความวิตกกังวล หลังทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สำหรับภาวะซึมเศร้า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการรู้คิด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ระหว่างกลุ่ม				Z	p
	กลุ่มทดลอง(n=33)		กลุ่มควบคุม(n=35)			
	Mean	SD	Mean	SD		
ภาวะการรู้คิด						
ก่อนทดลอง	26.09	1.51	25.80	1.28	-1.064	.287
หลังทดลอง	27.03	2.79	25.20	2.45	-3.211	.001*
ติดตามผล	26.79	3.22	25.09	2.27	-3.263	.001*

ตัวแปร	ระหว่างกลุ่ม				Z	p
	กลุ่มทดลอง(n=33)		กลุ่มควบคุม(n=35)			
	Mean	SD	Mean	SD		
ความวิตกกังวล						
ก่อนทดลอง	3.27	2.92	4.38	4.43	-1.160	.246
หลังทดลอง	2.36	2.09	3.89	4.26	-0.807	.419
ติดตามผล	2.82	2.66	4.06	4.16	-0.770	.441
ภาวะซึมเศร้า						
ก่อนทดลอง	2.73	2.66	3.86	3.65	-1.076	.282
หลังทดลอง	1.70	2.04	3.23	3.34	-2.055	.040*
ติดตามผล	2.12	2.50	3.20	3.36	-1.250	.211

*p<.05

อภิปรายผล

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะการรู้คิด หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะการรู้คิดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะการรู้คิด หลังทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้ฝึกกิจกรรมตามโปรแกรม Healthy brain⁸ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ออกแบบมาเพื่อกระตุ้นสมอง 4 ด้าน ได้แก่ ความใส่ใจ ความจำ มิติสัมพันธ์ และความคิด ตัดสินใจ และการบริหารจัดการ จึงทำให้กลุ่มทดลองมีภาวะการรู้คิดดีกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ วิธนา ลิ้มสกุล, บุรินทร์ เอี่ยมขำ และปยุตยชญ คงเสนห์⁷ ที่พบว่า หลังทดลองวัยก่อนสูงอายุที่มีสมองบกพร่องระยะต้นที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองมีการรู้คิดดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะทุกกิจกรรมในโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองมีกิจกรรมต่อเนื่องให้ไปฝึกฝนด้วยตนเอง โดยมีการใช้ชุมชนมีส่วนร่วมด้วยการให้ อสม.ที่รับผิดชอบ

ในแต่ละหมู่บ้านไปติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นให้ตัวอย่างได้ทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีการจัดกิจกรรมห่างกัน 2 สัปดาห์เพื่อให้ตัวอย่างได้ฝึกจนชำนาญก่อนที่จะรับการอบรมกิจกรรมต่อไป ซึ่งจะมีรูปแบบและวัตถุประสงค์ในการพัฒนาศักยภาพสมองแต่ละด้านที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ก่อนการเริ่มกิจกรรมใหม่ทุกครั้ง ผู้นำกิจกรรมจะทบทวนกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมาก่อน เพื่อเป็นการทบทวนและเชื่อมโยงไปสู่กิจกรรมใหม่ แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองนี้สามารถช่วยให้วัยก่อนสูงอายุมีการรู้คิดที่ดีขึ้น ถ้าฝึกสมองตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

สำหรับภาวะวิตกกังวลพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลหลังทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ที่อยู่ในวัยก่อนสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นกิจกรรมต่อเนื่องในระยะเวลา 10 สัปดาห์ โดยลักษณะของกิจกรรมที่จัดขึ้นเน้นให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมได้มีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม

คลายความวิตกกังวลไปได้ในช่วงระยะเวลาที่ร่วมกิจกรรม เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในโครงการไปแล้ว 1 เดือน จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่าง ขาดการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ เกิดความเหงา จึงทำให้กลับไปมีภาวะวิตกกังวลเช่นเดิมได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ และคณะ¹⁰ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพภาพสมอง TEAMV มีภาวะวิตกกังวลลดลงภายหลังทดลอง แต่จะมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นในระยะติดตามผล¹⁰

เมื่อเปรียบเทียบภาวะวิตกกังวลระหว่างทั้งสองกลุ่ม พบว่าทั้งในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ลักษณะกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับวัยก่อนสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มุ่งเน้นการฝึกการทำงาน ของสมอง จึงไม่มีกิจกรรมที่ช่วยปรับเปลี่ยนในเรื่องของอารมณ์หรือความวิตกกังวลโดยตรง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จึงอาจส่งผลต่อการเกิดความวิตกกังวลได้ ดังผลการศึกษาของ พิธานจินตวัฒน์วงศ์, กุลเชษฐ์ เกษะโกมล และพัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ¹⁴ ที่พบว่า โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวล

ในส่วนภาวะซึมเศร้าพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากการทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน และการทำกิจกรรมต่อเนื่อง จะช่วยกระตุ้นการทำงานของเซลล์ประสาทสมองและการส่งสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (Serotonin) ไปยังสมองส่วนหน้าได้ดีขึ้น และยังออกฤทธิ์ต่อการทำงานของระบบประสาทและสมอง ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และกระบวนการคิด หากบุคคลมีสารสื่อประสาทซีโรโทนินอยู่ในระดับที่เหมาะสม ส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และ

กระบวนการคิด หากบุคคลมีสารสื่อประสาทซีโรโทนินอยู่ในระดับที่เหมาะสม จะช่วยให้มีอาการดี และสุขภาพจิตดี เกิดการตระหนักรู้ จิตใจสงบ รู้เท่าทันอารมณ์ของตนเอง ทำให้ผู้ที่อยู่ในวัยก่อนสูงอายุมีความสนุกสนาน เพลิดเพลิน เห็นคุณค่าในตนเอง⁹⁻¹⁰ ส่วนระยะติดตามผลพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า เมื่อผ่านไป 1 เดือนหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการแล้ว กลุ่มตัวอย่างเกิดมีปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ๆ เพิ่มขึ้น เช่น ขาดการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ การป่วยเนื่องจากเป็นช่วงที่ยังมีการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จึงทำให้กลับไปมีภาวะซึมเศร้าได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อการรู้คิด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า สำหรับวัยก่อนสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในเขตเมือง พบว่า ภาวะการรู้คิดของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งหลังทดลองและติดตามผล 1 เดือน แต่คะแนนภาวะซึมเศร้าของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันเฉพาะหลังทดลองเท่านั้น ส่วนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมต่อเนื่องโดยชุมชนร่วมนำรูปแบบกิจกรรมมากระตุ้นกลุ่มเป็นระยะ ๆ และเพิ่มกิจกรรมที่ช่วยลดความวิตกกังวล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรในทีมสุขภาพสามารถนำรูปแบบกิจกรรมไปปรับใช้ตามบริบทของพื้นที่ในการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่อยู่ในวัยก่อนสูงอายุ เพื่อชะลอความเสื่อมของสมอง โดยเพิ่มกิจกรรม

การกระตุ้น หรือทวนซ้ำ (Booster dose) เป็น
ระยะ ๑

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุที่อยู่ใน
พื้นที่เขตชนบท หรือชนบทกึ่งเมือง โดยพัฒนา
รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองให้เหมาะสมกับ
กลุ่มและกับบริบทพื้นที่ เพื่อชะลอการเกิดสมอง
เสื่อมในอนาคตต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้ได้รับการสนับสนุน
จากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม
ประจำปีงบประมาณ 2565 คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ
ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

References

1. World Health Organization. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: WHO; 2017.
2. The Bureau of Registration Administration, Department of Provincial Administration. Official statistics registration systems. [internet]. 2023 [cited 2023 Mar 22]; Available from: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/stat/> (in Thai).
3. Anothaisintawee T, Thammakraisorn S, Srisuwan P. Systematic review of dementia prevention in elderly. [internet]. 2014 [cited 2022 Mar 5]; Available from: <https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2014/11/รายงานมาตรการป้องกันสมองเสื่อม.pdf>. (in Thai).
4. Mingmai K. Quality of life among older people with chronic diseases in Wiset Chai Chan, Ang Thong Province. The Golden Teak: Science and Technology Journal. 2018;5(1):13-24. (in Thai).
5. Nakawiro D. The concept of stimulating brain abilities. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2022. (in Thai).
6. Apichonkit S, Narenpitak A, Mudkong U, Awayra P, Pholprasert P, Pichaipusit A. Effectiveness of a cognitive function's improvement program in elderly MCI patients of primary care unit network of Udonthani Hospital. Udonthani Hospital Medical Journal. 2019;27(2):138-49. (in Thai).
7. Linsakul W, Aiemkhum B, Kongsanae P. Cognitive stimulation with mild cognitive impairment in people. Region 11 Medical Journal. 2018;32(3):1143-53. (in Thai).
8. Institute of geriatric medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Dementia Caregiver Association, Health Promotion Foundation. Manual for developing the brain potential of elderly people who do not have memory problems (healthy brain). Nonthaburi: Institute of geriatric medicine; 2012. (in Thai).
9. van de Rest O, van der Zwaluw NL, Tieland M, Adam JJ, Hiddink GJ, van Loon LJC, et al. Effect of resistance-type exercise training with or without protein

- supplementation on cognitive functioning in frail and pre-frail elderly: secondary analysis of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Mech Ageing Dev.* 2014;136-137:85-93. doi: 10.1016/j.mad.2013.12.005.
10. Srisuwan P, Nakawiro D, Chansirikarnjana S, Kuha O, Chaikongthong P, Suwannagoot T. Effects of a group-based 8-week multicomponent cognitive training on cognition, mood and activities of daily living among healthy older adults: A one-year follow-up of a randomized controlled trial. *J Prev Alzheimers Dis.* 2020;7(2): 112-21. doi: 10.14283/jpad.2019.42.
 11. Hemrungronj S, Amrapala A, Maes M. Construction of a short version of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) rating scale using partial least squares analysis. *Int J Neurosci.* 2024;134(1):16-27. doi: 10.1080/00207454.2022.2082966.
 12. Nilchaikovit T, Lortrakul M, Phisansuthideth U. Development of Thai version of hospital anxiety and depression scale in cancer patients. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand.* 1996;41(1):18-30. (in Thai).
 13. Phanasathit M. Validity and reliability of Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale (L-IADL) and Older People's Quality of Life Questionnaire (OPQOL-Brief): Thai version. [internet]. 2017 [cited 2023 .Oct 31]; Available from: https://www.researchgate.net/publication/342096378_karsu_ksakhwamtrnglaeakhwamtheiyngkhnngbaebsxbtham_Lawton_Instrumental_Activities_of_Daily_Living_Scale_L-IADL_laea_Older_People's_Quality_of_Life_Questionnaire_OPQOL-Brief_chba_bphasathiyValidity_an. (in Thai).
 14. Jindawattanawong P, Kesakamol K, Srisuwan P. Prevalence and relationship between social media addiction with depression and anxiety among older adults at the family medicine clinic in Phramongkutkloa Hospital, Bangkok, Thailand. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences.* 2022;5(3):81-97. (in Thai).

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลหลังคลอดของมารดาหลังคลอด ในเมืองเหวินโจว ประเทศจีน

เหยา เซิน* จินห์จู่ทาทา ชัยเสนา ดาลลาส* จินตนา วัชรสินธุ์*

บทคัดย่อ

บทนำ : ความวิตกกังวลหลังคลอดเป็นภาวะที่พบบ่อย อาจจะไม่รุนแรงเมื่อเปรียบเทียบกับอาการป่วยทางจิตอื่น ๆ แต่อาการดังกล่าวอาจพัฒนาไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิตที่ร้ายแรงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาความวิตกกังวลหลังคลอดและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลหลังคลอดในหญิงหลังคลอด เมืองเหวินโจว ประเทศจีน

วิธีการวิจัย : การวิจัยสหสัมพันธ์เชิงทำนาย ตัวอย่าง คือ หญิงหลังคลอด จำนวน 148 คน คัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพจิต 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และ 4) แบบสอบถามความวิตกกังวล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง

ผลการวิจัย : ตัวอย่างมีความวิตกกังวลหลังคลอดในระดับต่ำ ($M=25.45$, $SD=5.59$) การไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความแปรปรวนของความวิตกกังวลหลังคลอดได้ร้อยละ 30.8% ($\beta=0.011$, $p=.022$, $\beta=-0.463$, $p<.001$; $\beta=-0.16$, $p=.023$ ตามลำดับ) ความวิตกกังวลหลังคลอดมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญในตัวอย่างที่ไม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อเปรียบเทียบกับที่ให้นมแม่เพียงอย่างเดียว ($\beta=0.188$, $p=.022$) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวและการเลี้ยงลูกด้วยการผสมระหว่างนมแม่และนมผงไม่แตกต่างกัน ($\beta=-0.028$, $p=.722$) อายุไม่สามารถทำนายความวิตกกังวลหลังคลอดได้ ($\beta=-0.008$, $p>.05$)

สรุป : พยาบาลควรช่วยเหลือหญิงหลังคลอดให้ได้รับความรู้ด้านสุขภาพจิต และสนับสนุนให้เลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ต่อไป สมาชิกในครอบครัวและสังคมควรสนับสนุนและดูแลหญิงหลังคลอดอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความวิตกกังวลหลังคลอด

คำสำคัญ : ความวิตกกังวลหลังคลอด ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้นิพนธ์ประสานงาน: จินห์จู่ทาทา ชัยเสนา ดาลลาส, E-mail: jinjuthatawan@gmail.com

Received: July 7, 2023

Revised: March 27, 2024

Accepted: April 11, 2024

Factors influencing postpartum anxiety among mothers in Wenzhou, China

Yao Chen* Jinjutha Chaisena Dallas* Chintana Wacharasin*

Abstract

Background: Postpartum anxiety is widespread. Compared to other mental illnesses, postpartum anxiety symptoms are usually mild and easily ignored though it can develop into a severe mental illness.

Objectives: To investigate postpartum anxiety and its influencing factors among mothers.

Methods: This cross-sectional study was correlational predictive research. 148 participants were recruited using simple random sampling. The questionnaires included a demographic questionnaire, the mental health literacy scale, the social support scale, and the Beck anxiety inventory. Descriptive statistics and standard multiple linear regression were used to analyze data.

Results: The study results revealed that most participants had low level of postpartum anxiety ($M=25.45$, $SD=5.59$). No breastfeeding, Mental health literacy, and social support were effective predictors and significantly explained 30.8% of the variance in postpartum anxiety ($\beta=0.011$, $p=.022$, $\beta=-0.463$, $p<.001$; $\beta=-0.16$, $p=.023$). Postpartum anxiety was significantly impacted when the participants were not breastfeeding compared to exclusive breastfeeding (the reference category) ($\beta=0.188$, $p=.022$). Meanwhile, age ($\beta=-.008$, $p>.05$) did not predict postpartum anxiety.

Conclusions: Nurses should assist women in obtaining good mental health literacy and encourage them to breastfeed. Family members and social circles should also be motivated to provide adequate support in order to women to protect them from postpartum anxiety.

Keywords: postpartum anxiety, mental health literacy, social support, breastfeeding

* Faculty of Nursing, Burapha University

Corresponding Author: Jinjutha Chaisena Dallas, E-mail: jinjuthatawan@gmail.com

Introduction

The uncontrollable anxiety that arises following childbirth is known as postpartum anxiety¹. The prevalence of postpartum anxiety ranging 14% to 40%². In China, the prevalence of 6 weeks of postpartum anxiety among women was 15.2%³.

As a mental symptom with high incidence, postpartum anxiety is prone to adverse impacts on women, infants, families, and society in the long-term development⁴. Postpartum anxiety impacts mothers with physical symptoms and mental symptoms⁵. Severe anxiety can affect maternal lactation, leading to newborns' malnutrition and other disorders⁶. The mother's postpartum anxiety will affect other family member break family harmony⁷. High postpartum anxiety may increase the state budget for the treatment⁸, and the mother unable to return to work from the schedule, leading to a waste of human resources in society⁹.

Existing research has shown that mental health literacy, social support, age, and breastfeeding can affect postpartum anxiety¹⁻³. Mental health literacy is how individuals can obtain, process, understand, and communicate health-related information needed to make informed health decisions¹⁻³. Studies shows mental health literacy is positively related to postpartum anxiety. Social support is help from outside sources, including family, community,

and society. Social support can reduce postpartum anxiety¹⁰. Age is defined as the number of year that women living which is positive related to postpartum anxiety in 18-35 years old. Stopping breastfeeding can significantly increase the incidence of postpartum anxiety¹¹.

Positive mental health surveillance indicator framework and literature reviewed were used as framework¹²⁻¹³. Age, mental health literacy, and breastfeeding are defined as the individual component, and social support is defined as family, community and societal components. The variable outcome of this study is postpartum anxiety. Not only the specific variables are selected from model components but also selected to be investigated based on evidence supported.

Worldwide research has focused more on comorbidity of depression and anxiety. The research on postpartum anxiety is limited to comorbidities. The hospital in this study had better medical conditions. Sufficient samples can be obtained at this hospital. In China, 42 days postpartum is the scheduled time for follow-up, which is an important period in the postpartum anxiety model. Therefore, this study purposed to investigate factors influencing postpartum anxiety among mothers in Wenzhou, China. Findings are useful for reduce the postpartum anxiety and promote postpartum rehabilitation.

Objectives

1. To identify postpartum anxiety among mothers in Wenzhou, China.
2. To examine influencing factors of postpartum anxiety including age, mental health literacy, social support, and breastfeeding.

Methods

The predictive correlational design aimed to examine postpartum anxiety and its influence. The hypothesis was age, mental health literacy, social support, and breastfeeding could combine to predict postpartum anxiety among mothers in Wenzhou, China.

Samples: Samples were obtained using simple random sampling. Participants were postpartum women visiting a 42-day-postpartum follow-up clinic at the second affiliated hospital of WMU, Wenzhou, China, who met the study inclusion criteria. 1) Age 18 years old or above 2) Had vaginal birth at the hospital 3) Had the first single baby with an APGAR score at birth, not less than 8 and the baby has been healthy till the day of postpartum follow-up. 4) Had no physical and mental condition or illness as diagnosed by the psychiatrists that affect the participation in providing information. 5) Had no obstetrical complication. 6) Can communicate in Chinese

and use WeChat. The sample size was calculated by the G*Power 3.1. Regression is chosen as a type of statistical test with an alpha of .05, a power of .95, a medium effect of 0.10, and the number of independent variables as 5, 20% of the incomplete rate is used. Therefore, 158 participants are needed in total. In the process of data collection, 10 participants failed to complete the questionnaire. The actual sample size was 148. The response rate was calculated at 93.7%.

Tools: The researcher collected data via the WeChat application by using four questionnaires. Details of variables and these questionnaires were as follows:

1. General information: This questionnaire was developed by the researcher. It had two parts that consisted of demographic and obstetrical. The study recorded breastfeeding into three categories: exclusive breastfeeding, mixed breastfeeding, and no breastfeeding, exclusive breastfeeding as a reference in data analysis.

2. Mental health literacy: The Mental Health Literacy Scale (MHLS) was developed by Jung et al. based on Jorm's MHLS. The Chinese version was translated by a scholars team¹⁴. Studies have shown that MHLS has good validity, and preliminary experiment shows the Cronbach's alpha reliability is .85.

3. Social support: Chinese Social Support Scale (SSS) invented by Xiao. It has 14 items of two subscales: support amount (items 1-9) and support source (items 10-14). The possible total score ranges from 12-66. The higher score, the better support the women get. The social support scale has good reliability and validity. Cronbach's alpha reliability was tested for .82.

4. Postpartum anxiety: Beck Anxiety Inventory (BAI) translated into Chinese and used extensively¹⁵ based on Beck and Steer. The possible total score in 21-84 scores. The score of BAI in three levels (low [21-41], moderate [42-62], high [63-84])¹⁶. The Chinese version of the BAI has been tested to shown good reliability and validity, and Cronbach's alpha in this study was .91.

Ethical considerations

The thesis proposal was submitted to the Burapha University Ethics Committee on Human Research (BUU EC) and approved with Code of Ethics Certification no. G-HS024/2562(E2), and Institution Review Board (IRB) of the second affiliated hospital of WMU with Code of Ethics Certification no. 2022-K-92-01. The approval time was from July 1 to August 31, 2022.

Data collection

1. Collecting data after passing the hospital's IRB.

2. Searching the registration records and finding the clients who met the study inclusion criteria with the help from hospital staff. And recruited participants by sample random sampling technique.

3. Identifying participants and informing them of research information. The participants signed a consent form under voluntary conditions.

4. Participants answered the questionnaires via the WeChat application. The total duration was 20 minutes.

Data analysis

Data were analyzed by SPSS 26 statistical software. The alpha level of statistical significance was set at .05. Descriptive statistics was used to description of general information data and variables. Set the categorical variable breastfeeding as a dummy variable of the three options (exclusive breastfeeding, mixed feeding, and no breastfeeding). Furthermore, exclusive breastfeeding was set as the reference frame. The influence of variables on postpartum anxiety was analyzed by standard multiple linear regression.

Results

1. Identify postpartum anxiety among mother in Wenzhou, China.

1.1 Regarding descriptive data of participants' demographic characteristics, the majority of the participants were married (96.6%), 58 participants (39.2%) were educated from senior high school or junior college, 61 females (41.2%) got bachelor's degrees, 34.5% of women were unemployed, 28.4% of women work for commercial stuff. 54.7% of households had deposit and no debt. Most of the women were living at home after delivery 83.8%. More women were cared by professional staff who accounted for 80 (54%).

1.2 Descriptive data of dependent variables: The result showed that range score of postpartum anxiety was 21-49 in which mean score was 25.45 which considered as a low level of postpartum anxiety. The mean score for physiological response was 15.44 (SD=3.21) and the mean score for the representing physiological symptoms of anxiety and anxious thoughts was 10.01 (SD=2.83).

2. The influencing factors of postpartum anxiety

2.1 Descriptive data of independent variables: Participants' age range was 20-35, the mean age for 28.56 (SD=3.52). Mental health literacy with mean score of 11.72 (SD=5.64), mental health knowledge, belief, and resource with mean score of 6.62 (SD=3.35), 3.40 (SD=2.53), and 1.68 (SD=1.62), respectively. Social support with mean score of 40.38 (SD = 6.99), social amount, and

support source with a mean score of 26.61 (SD=4.51) and 13.76 (SD=3.65), respectively.

2.2 The study recoded breastfeeding into three categories: Exclusive breastfeeding, mix breastfeeding, and no breastfeeding, and used two dummy variables denoting these categories in the analyses (exclusive = reference category). Most participants chose to breastfeed (77%), with 33.1% selecting to exclusively breastfeed.

2.3 Standard multiple linear regression analysis: The data was tested for assumptions using standard multiple regression including normality of variables, homoscedasticity, no autocorrelation, linearity, and no multi-collinearity. The histogram and the Normal P - P plot showed all the variables were distributed normally. Scatterplots of the residual and partial regression plots showed the independent variables had a linear relationship with the dependent variable and the data were homoscedastic. There was no multi-collinearity as the tolerance values of the model were $>.1$ and VIF values were < 10 . Also, the multi-collinearity could be demonstrated by the correlation coefficient among predictive variables was less than $.80$ as shown in table 1. The Durbin-Watson value was 2.007 indicating that there was no autocorrelation. When all assumptions were met, standard multiple linear regression analysis was performed.

Table 1 Correlation coefficients between influencing factors and postpartum anxiety (n = 148)

Model	1	2	3	4	5	6
1. Postpartum anxiety	1					
2. Age	0.022	1				
3. Mental health literacy	-0.509*	-0.105	1			
4. Social support	-0.217*	0.092	0.072	1		
5. Mix breastfeeding	-0.111	0.081	-0.053	0.099	1	
6. No breastfeeding	0.310*	-0.011	-.196*	-0.11	-.483*	1

*p<.05

It showed that factors breastfeeding, mental health literacy, and social support accounted for 30.8% of the variance in postpartum anxiety (Adj R2=.308, F=14.104, p<.001). Factors significantly predicted postpartum anxiety are ordered from strongest to lowest: Mental health literacy (β =-0.463, p<.001), social support (β =-0.16, p=.023). Postpartum anxiety was significantly impacted when the participants had not breastfeeding compared to exclusive breastfeeding (the

reference category) (β =0.188, p=.022). The differences among the exclusive and mixed breastfeeding were not significant (β =-.028, p=.722). Age (β =-.008, p>.05) had no statistical significance to postpartum anxiety. According to the analysis results, the standard regression equation can be summarized as $y=35.713 -0.068*Age -0.459*Mental\ health\ literacy -0.128*Social\ support -0.319*Mix\ breastfeeding +2.490*No\ breastfeeding$ as shown in table 2.

Table 2 Standard multiple linear regression analysis predicting factors of postpartum anxiety (n=148)

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p	VIF
	B	SD Error	β			
Age	-0.068	0.626	-0.008	-0.108	.914	1.026
Breastfeeding						
Mix	-0.319	0.897	-0.028	-0.356	.722	1.355
No	2.49	1.075	0.188	2.317	.022	1.399
Mental health literacy	-0.459	0.071	-0.463	-6.475	.000	1.087
Social support	-0.128	0.056	-0.16	-2.298	.023	1.028

*R2 = .332, Adjust R2 = .308, F = 14.104, p <.001

Discussions

The result of postpartum anxiety among mothers in Wenzhou, Chinese were found at the low level of anxiety. It could explain by widely distributed of postpartum anxiety in women, but it always be overlooked⁴. Researches demonstrated the separation of mother and child are important reason for women's postpartum anxiety³. The participants in this study were not separated from their babies after giving birth, therefore, this scenario may be the result why the mothers had a low level of postpartum anxiety. Studies (Adding articles to support the discussion) have shown that financial stress can lead to significant postpartum anxiety^{17...}. The participants in good financial condition (more than half of the participants had savings and no debt) could lead to less anxiety since they are not worried about other money issues⁵. Multiple sources of stress and worry may create more anxiety for the mothers.

Understanding the influencing factors of postpartum anxiety is an important public health concern because postpartum anxiety poses great health risks, particularly when it develops into a severe stage¹⁸. The results from the present study were compatible with the research hypothesizes. The result showed that mental health literacy was negative correlated with postpartum anxiety and was

the strongest predictor ($\beta=-.459$, $p<.001$) which has consistently with previous studies. Such a strong correlation due to prenatal mental education in China, which helps women improve their mental health literacy¹⁹. Therefore, postpartum anxiety can be reduced by improving mental health literacy.

Moreover, the results proved that social support is negatively correlated with the occurrence of postpartum anxiety ($\beta=-0.128$, $p<.05$). In China, there are traditional beliefs about first month recovery with the development of medical treatment, cognition, and more people choose professional maternity matrons (54%). Women have access to good social support. Women's postpartum anxiety and their families can get professional knowledge and help with feeding and rehabilitation through professional people. Consistent with previous research, good social support can effectively reduce postpartum anxiety²⁰.

According to breastfeeding, women who did not breastfeed had high levels of anxiety ($\beta=2.49$, $p=.022$). Women who consistently breastfeed had higher self-efficacy and more intimate with their children. Therefore, consistent breastfeeding could reduce postpartum anxiety²¹.

The results from this study found that age was not a significant predictor for

postpartum anxiety in this study ($\beta=-.068$, $p>.05$), even though, in previous studies, age was an important factor of postpartum anxiety. The explanation of this finding could be due to the age range of women in this study was 20-35 years old.

Conclusions and Recommendations

Conclusions

The study involved women with healthy mothers and babies at 42 days postpartum. Most women presented low postpartum anxiety. Among the factors, mental health literacy, social support, and breastfeeding commitment could significantly predict postpartum anxiety, which are all consistent with the findings of other research in the past. This study also revealed findings that were different from other research, age is not the predictor of postpartum anxiety.

Recommendations

The findings could provide a better understanding of the proper intervention development and policy regarding postpartum anxiety in the Chinese health care context. For further study, the data collection should be in more hospitals or regions to expand the generalization. The other risk factors and protective factors should be explored more in terms of cultural and socioeconomic contexts.

These suggestions can ensure the up-to-date and complexity of the study.

Reference

1. Dennis CL, Brown HK, Falah-Hassani K, Marini FC, Vigod SN. Identifying women at risk for sustained postpartum anxiety. *J Affect Disord.* 2017;213:131-7. doi: 10.1016/j.jad.2017.02.013.
2. Field T. Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: a narrative review. *Infant Behav Dev.* 2018; 51:24-32. doi: 10.1016/j.infbeh.2018.02.005.
3. Liu Y, Guo N, Li T, Zhuang W, Jiang H. Prevalence and associated factors of postpartum anxiety and depression symptoms among women in Shanghai, China. *J Affect Disord.* 2020;274:848-56. doi: 10.1016/j.jad.2020.05.028.
4. Lefkovich E, Rigo J Jr, Kovacs I, Talaber J, Szita B, Kecskemeti A, et al. Effect of maternal depression and anxiety on mother's perception of child and the protective role of social support. *J Reprod Infant Psychol.* 2018;36(4):434-48. doi: 10.1080/02646838.2018.1475726.
5. Osnes RS, Eberhard-Gran M, Follestad T, Kallestad H, Morken G, Roaldset JO. Mid-pregnancy insomnia is associated with concurrent and postpartum maternal anxiety and obsessive-compulsive symptoms: a prospective cohort study. *J Affect Disord.* 2020;266:319-26. doi: 10.1016/j.jad.2020.01.140.
6. Fallon V, Bennett KM, Harrold JA. Prenatal anxiety and infant feeding outcomes: a systematic review. *J Hum Lact.* 2016; 32(1):53-66. doi: 10.1177/0890334415604129.

7. Chen M, Cao S, Wang L, Wu Z. Application of multi-mode analgesia in the treatment of aged femoral intertrochanteric fracture under the enhanced recovery after surgery. *Chinese Journal of Geriatric Orthopaedics and Rehabilitation*. 2019;5(1):4-8.
8. Tandon SD, Ward EA, Hamil JL, Jimenez C, Carter M. Perinatal depression prevention through home visitation: a cluster randomized trial of mothers and babies 1-on-1. *J Behav Med*. 2018;41(5):641-52. doi: 10.1007/s10865-018-9934-7.
9. Dagher RK, McGovern PM, Dowd BE. Maternity leave duration and postpartum mental and physical health: implications for leave policies. *J Health Polit Policy Law*. 2014;39(2):369-416. doi: 10.1215/03616878-2416247.
10. Racine N, Plamondon A, Hentges R, Tough S, Madigan S. Dynamic and bidirectional associations between maternal stress, anxiety, and social support: the critical role of partner and family support. *J Affect Disord*. 2019;252:19-24. doi: 10.1016/j.jad.2019.03.083.
11. Ystrom E. Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2012;12(1):1-6. doi: 10.1186/1471-2393-12-36.
12. Peitz D, Kersjes C, Thom J, Hoelling H, Mauz E. Indicators for public mental health: a scoping review. *Front Public Health*. 2021;27(9):714497. doi: 10.3389/fpubh.2021.714497.
13. Waddell C, Shepherd CA, Chen A, Boyle MH. Creating comprehensive children's mental health indicators for British Columbia. *Can J Commun Ment Health*. 2013;32(1):9-27. doi: 10.7870/cjcmh-2013-003.
14. Ming Z, Chen Z, Wang Y, Jiang L, Guo F. Reliability and validity of multicomponent mental health literacy measure-Chinese version in male military personnel. *Chinese Academy of Sciences*. 2021;37(1):86-91. doi: 10.11847/zgggws1123418.
15. Zheng J, Huang Z, Huang J, Zhuang X, Wang D, Zherng S, et al. A study on the psychometric characteristics, norm score and factor structure of beck anxiety scale. *Chinese Journal of Clinical Psychology*. 2002;10(1):4-6.
16. Chen Y, Huang J, Au H, Chen YH. High risk of depression, anxiety, and poor quality of life among experienced fathers, but not mothers: a prospective longitudinal study. *J Affect Disord*. 2019;242:39-47. doi: 10.1016/j.jad.2018.08.042.
17. Suchan V, Peynenburg V, Thiessen D, Nugent M, Dear B, Titov N, et al. Transdiagnostic internet-delivered cognitive behavioral therapy for symptoms of postpartum anxiety and depression: feasibility randomized controlled trial. *JMIR Form Res*. 2022;6(9):e37216. doi: 10.2196/37216.
18. Fallon V, Halford JCG, Bennett KM, Harrold JA. Postpartum-specific anxiety as a predictor of infant-feeding outcomes and perceptions of infant-feeding behaviours: new evidence for childbearing specific measures of mood. *Arch Womens Ment Health*. 2018;21(2):181-91. doi: 10.1007/s00737-017-0775-0.
19. Lee HY, Hwang J, Ball JG, Lee J, Yu Y, Albright DL. Mental health literacy affects mental health attitude: is there a gender difference?. *Am J*

- Health Behav. 2020; 44(3):282-91. doi: 10.5993/AJHB.44.3.1.
20. Arnold M, Kalibatseva Z. Are “Superwomen” without social support at risk for postpartum depression and anxiety?. *Women Health*. 2021;61(2):148-59. doi: 10.1080/03630242.2020.1844360.
21. Shao S, Yan S, Zhu P, Hao J, Zhu B, Tao F. Persistent pregnancy-related anxiety reduces breastfeeding exclusiveness and duration: a prospective cohort study. *Breastfeed Med*. 2022;17(7):577-83. doi: 10.1089/bfm.2021.0346.

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความแข็งแรง ของครอบครัวเด็กป่วยโรคเรื้อรัง

ยุพาภรณ์ ตีรไพรวงศ์* ศศิวิมล บุรณะเรข*

บทคัดย่อ

การเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็ก นอกจากมีผลกระทบต่อเด็กทั้งร่างกายและจิตใจแล้ว ยังมีผลกระทบต่อครอบครัวจากการต้องเผชิญความท้าทายและความไม่แน่นอนต่าง ๆ จากภาวะเจ็บป่วย หากครอบครัวสามารถเผชิญและจัดการปัญหาได้จนสามารถเข้าสู่ภาวะปกติได้ จะทำให้เด็กป่วยโรคเรื้อรัง และครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบากของโรคเรื้อรัง ความแข็งแรงของครอบครัวเป็นกระบวนการสำคัญที่ทำให้ครอบครัวสามารถดูแลเด็กและสนับสนุนให้สมาชิกแต่ละคนในครอบครัวสามารถเผชิญกับปัญหาจัดการปัญหาด้วยกัน และช่วยให้คงไว้ซึ่งหน้าที่ของครอบครัวได้ การเข้าใจความสำคัญและการประยุกต์แนวคิดความแข็งแรงของครอบครัว จะทำให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ได้แสดงบทบาทในการสนับสนุนครอบครัวของเด็กป่วยโรคเรื้อรัง บทความนี้นำเสนอแนวคิดความแข็งแรงของครอบครัว และการส่งเสริมความแข็งแรงของครอบครัวเด็กป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลในการดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : ความแข็งแรง ครอบครัว เด็กป่วยโรคเรื้อรัง

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ศศิวิมล บุรณะเรข, E-mail: sasiwimon.b@bcn.ac.th

Received: December 1, 2023

Revised: March 28, 2024

Accepted: April 4, 2024

The role of nurses in promoting family resilience of children with chronic illness

Yupaporn Trirapaiwong* Sasiwimon Booranarek*

Abstract

Chronic illness in children not only affects the child physically and mentally, but also the family by having to face various challenges and uncertainties as a result of the illness. If the family is able to face and manage the problems, they can return to normality. This will ensure that sick children and their families have a good quality of life, even if they are confronted with the difficult situation of a chronic illness. Family resilience is an important process that enables families to care for sick children and supports each family member to tackle and overcome problems together and maintain their family functioning. Understanding the concept and importance of family resilience is important for healthcare professionals, especially nurses, to support families with chronically ill children. This article aims to present the concept of family resilience and explain how to promote family resilience in children with chronic illness. This will provide guidelines for nurses in caring for children with chronic illnesses and their families to achieve a better quality of life.

Keyword: resilience, family, children with chronic illness

* Boromarajonani College of Nursing Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding Author: Sasiwimon Booranarek, E-mail: sasiwimon.b@bcn.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันความก้าวหน้าด้านการแพทย์และสาธารณสุขทำให้การวินิจฉัย รักษาและการดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรังมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้แนวโน้มอัตราการรอดชีวิตและจำนวนของผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น¹ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลกระทบต่อเด็กในหลายด้าน เนื่องจากการเจ็บป่วยและการรับการรักษาในระยะยาว ยกตัวอย่างเช่น การเจริญเติบโต พัฒนาการ ระบบภูมิคุ้มกัน สมรรถนะทางกายของเด็ก ความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า² ซึ่งผลกระทบเหล่านี้อาจส่งผลต่อความรู้สึกของเด็กเกี่ยวกับความเป็นตัวเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง³ และอาจทำให้เด็กมีปัญหาในการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม การเรียนรู้ และการเข้าสังคม รวมถึงคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว^{4,5} การเข้าใจความสำคัญและการประยุกต์แนวความคิดความแข็งแกร่งของครอบครัว จะทำให้อุบลากรด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลได้แสดงบทบาทของการสนับสนุน การคงไว้ซึ่งหน้าที่ของครอบครัวเด็กป่วยโรคเรื้อรัง และจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้

ปัญหาและความสำคัญ

เด็กป่วยโรคเรื้อรัง คือ เด็กที่มีความพร่องด้านสุขภาพ มีโรคประจำตัว หรือภาวะผิดปกติเรื้อรัง และต้องเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกายจากภาวะของโรคหรือการบำบัดรักษา และด้านจิตใจ ครอบครัวของเด็กป่วยโรคเรื้อรังจึงมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลและประคับประคองทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กเรื้อรัง รวมทั้งการประสานกับบุคลากรด้านสาธารณสุข ตลอดระยะเวลาของการรักษา⁶ การเจ็บป่วยเรื้อรังของเด็กส่งผลกระทบต่อ

ต่อคนในครอบครัว หลายประการ ได้แก่ ด้านจิตใจ เช่น การมีความเครียด วิตกกังวล หรือเศร้าในครอบครัว ด้านร่างกาย หากมีภาวะการดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง อาจส่งผลให้คนในครอบครัวมีเวลาในการดูแลตนเองลดลง และด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวยังมีภาระค่าใช้จ่าย ค่ารักษา ค่าเดินทาง ในการพบแพทย์ตามนัดหมายเพื่อให้ได้รับการรักษาตามแผน การขาดรายได้ที่ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Functioning) เพราะสมาชิกในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต⁷ ของสมาชิกครอบครัวแต่ละคน รวมถึงระบบครอบครัวทั้งหมดได้ ในทางตรงกันข้าม ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของเด็ก อาจมีผลกระทบในด้านดีแก่ครอบครัวได้เช่นกัน เช่น สมาชิกในครอบครัวมีความสนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กและโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้ครอบครัวสร้างความตระหนักในการรักษาสุขภาพตนเองและผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น⁸ นอกจากนี้ ภาวะการดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีการช่วยเหลือและสนับสนุนกันและกัน ช่วยลดความเครียดและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการช่วยเหลือเด็กป่วย ให้สามารถจัดการกับโรคและใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ⁸ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้เป็นผลมาจากความแข็งแกร่งของครอบครัว

ความแข็งแกร่งของครอบครัว (Family Resilience) เป็นความสามารถของสมาชิกในครอบครัวต่อการใช้แหล่งประโยชน์ของครอบครัวในการเผชิญหรือจัดการกับสถานการณ์ที่ยุ่ยากได้สำเร็จ และทำให้เด็กป่วยโรคเรื้อรังสามารถเจริญเติบโตอย่างสมบูรณ์กลับเข้าสู่ภาวะปกติได้อีกครั้ง⁹ มีการศึกษาพบว่าความแข็งแกร่งของครอบครัว

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองและเด็กป่วย¹⁰⁻¹¹ การสนับสนุนและการเป็นกำลังใจให้กับสมาชิกในครอบครัว คือสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ครอบครัวรับมือกับสถานการณ์ในการดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ ความแข็งแกร่งของครอบครัวยังช่วยให้เด็กป่วยโรคเรื้อรังมีความสามารถในการรับมือกับโรค และการรักษาที่ดีขึ้น พยาบาลที่มีความตระหนัก ให้ความสำคัญ และสามารถประเมิน/สังเกตเห็นว่าครอบครัวสามารถจัดการกับความยากลำบาก ผ่านกระบวนการฟื้นตัวของครอบครัวได้มากน้อยเพียงใด จะเป็นการช่วยส่งเสริมความแข็งแกร่งของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น บทความวิชาการฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวคิดความแข็งแกร่งของครอบครัว และบทบาทของพยาบาล ในการส่งเสริมความแข็งแกร่งของครอบครัว และพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ความสำคัญของความแข็งแกร่งของครอบครัวเด็กป่วยโรคเรื้อรัง

การเจ็บป่วยของเด็กโรคเรื้อรังมีผลกระทบทั้งตัวเด็กและสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นความแข็งแกร่งของครอบครัวจึงมีความสำคัญมาก เนื่องจากครอบครัวจะมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือเด็ก สนับสนุนให้สมาชิกแต่ละคนในครอบครัวสามารถปรับตัว เผชิญและจัดการกับปัญหาด้วยกัน คงไว้ซึ่งหน้าที่ของครอบครัว และสุขภาพที่ดีของสมาชิก ในช่วงเวลาที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบากได้อย่างเหมาะสม¹²⁻¹³ ดังนี้

1. ส่งเสริมคุณภาพในการดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรัง ความแข็งแกร่งของครอบครัวเป็นแหล่งกำลังใจและแรงสนับสนุนสำหรับผู้ป่วย ซึ่ง

จะช่วยให้ครอบครัวมีความพร้อมในการรับรู้ การสร้างความเข้าใจ ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และแผนการรักษาที่เหมาะสม นอกจากนี้ ยังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹⁴

2. ความสามารถในการเผชิญกับความเครียด และความลำบาก โรคเรื้อรังมักมีความเครียดและความลำบากทั้งกับผู้ป่วยและครอบครัว ความแข็งแกร่งของครอบครัวจึงช่วยให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับความเครียดเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁵

3. การรักษาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว โรคเรื้อรังอาจมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ความแข็งแกร่งของครอบครัวจึงช่วยให้ครอบครัวสามารถรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิก สร้างความเข้าใจ และความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน¹⁶

4. ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากระบบสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น ครอบครัวที่มีความแข็งแกร่งจะสามารถรับการสนับสนุนทางสังคมได้มากกว่า มีโอกาสที่ดีกว่าในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในชุมชน จนสามารถให้การช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว และครอบครัวอื่นๆ ที่มีสถานการณ์ใกล้เคียงกันได้¹⁶

แนวคิดความแข็งแกร่งของครอบครัว

แนวคิดความแข็งแกร่งของครอบครัว (Family Resilience) เริ่มมีการศึกษาจากกลุ่มผู้ปกครองของเด็กป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องพบเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต แต่สามารถฟื้นตัวจากสภาวะดังกล่าว และมีพัฒนาการการต่อสู้กับปัญหาต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁷ อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ของการเผชิญวิกฤติในแต่ละครอบครัวอาจ

แตกต่างกัน บางครอบครัวพบกับความลำบาก แต่บางครอบครัวกลับสามารถเผชิญกับปัญหาและมีผลลัพธ์ในการจัดการปัญหาที่ดีได้ โดยเชื่อว่าครอบครัวเป็นกลไกสำคัญที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความแข็งแกร่งสามารถต่อสู้และเอาชนะปัญหาต่าง ๆ ได้สำเร็จ การศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งของครอบครัวในระยะแรกเป็นการศึกษาของ McCubbin et al.¹⁸ ที่เสนอแนวคิดความเข้มแข็งแกร่งของครอบครัวเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวกับความเครียด การรับรู้ของครอบครัว และปัจจัยในการส่งเสริมความเข้มแข็งแกร่งของครอบครัว ต่อมา Walsh ได้นำเสนอแนวคิดความเข้มแข็งแกร่งของครอบครัว (Family resilience framework) โดยเน้นการอธิบายระบบครอบครัว การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเข้มแข็งแกร่งของครอบครัว บนพื้นฐานทฤษฎีพัฒนาการของครอบครัวและการวิจัยเกี่ยวกับความเครียด การเผชิญความเครียด และการปรับตัว และให้ความหมายของ “ความเข้มแข็งแกร่งของครอบครัว” ว่าหมายถึงความสามารถของครอบครัวที่ทำงานอย่างเป็นระบบในการยืนหยัด และฟื้นตัวจากความท้าทายในชีวิตที่ตึงเครียดจนเกิดมีความเข้มแข็ง และสามารถแก้ปัญหาได้ดีมากขึ้น¹⁹

กระบวนการนี้เป็นพลวัตที่จะเปลี่ยนแปลงตามครอบครัว บริบทและระยะเวลา ความสามารถในการฟื้นตัวของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับ 3 กระบวนการหลัก ได้แก่ 1) ระบบความเชื่อร่วมกันของครอบครัว (Family belief system) 2) กระบวนการจัดการภายในครอบครัวอย่างเป็นระบบ (Family organizational process) และ 3) กระบวนการสื่อสารหรือการแก้ปัญหาาร่วมกัน (Shared family communication or problem solving process)¹⁹ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ระบบความเชื่อร่วมกันของครอบครัว เป็นการรับรู้ ให้ความหมาย หรือทัศนคติต่อสถานการณ์ปัญหาในสภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นของสมาชิกครอบครัว ประกอบด้วย

1.1 การให้ความหมายของครอบครัวเกี่ยวกับความทุกข์หรือวิกฤติของครอบครัว ในลักษณะที่เป็นปัญหาที่สามารถจัดการและวางเป้าหมายในอนาคตได้

1.2 การมีทัศนคติเชิงบวก โดยการมีความหวังและความพยายามใช้ศักยภาพหรือจุดแข็งของสมาชิกในครอบครัว เผชิญปัญหาต่าง ๆ และยอมรับสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยสมาชิกในครอบครัวจะกระตุ้นให้กำลังใจ สนับสนุนซึ่งกันและกัน เพื่อที่จะเอาชนะปัญหาต่าง ๆ ไปด้วยกัน

1.3 การมีพลังทางจิตวิญญาณ เช่น ความศรัทธาทางศาสนา การปฏิบัติตามพิธีกรรม การเป็นสมาชิกของประชาคมและชุมชนของคนที่มีความเชื่อคล้ายกัน สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้สามารถจัดการกับความเครียดและความลำบากทางจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. กระบวนการจัดการภายในครอบครัว อย่างเป็นระบบ เป็นวิธีที่ครอบครัวดำเนินการในช่วงวิกฤต ตามสถานการณ์ของครอบครัว ประกอบด้วย

2.1 ความยืดหยุ่นของครอบครัวในการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลง ทำให้สามารถประสานงานปรับเปลี่ยนการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของสมาชิกในครอบครัว เพื่อแก้ปัญหาาร่วมกัน

2.2 ความผูกพันในครอบครัว การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวจะช่วยเสริมสร้างความรู้สึกเชื่อมั่น และสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว สำหรับการพัฒนา/ปรับปรุงตนเองเพื่อการเรียนรู้กับปัญหาของครอบครัว

2.3 การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งของครอบครัวจะพัฒนาได้ดีเมื่อครอบครัวได้รับการสนับสนุนจากสังคม ครอบครัวที่แข็งแกร่งมักมีเครือข่าย เครือข่ายสังคม และได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนหรือจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยให้ดำเนินชีวิตในสถานการณ์ที่ยากลำบากได้ ทั้งนี้การสนับสนุนจะรวมถึงความมั่นคงทางการเงินที่ครอบครัวสามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตได้

3. กระบวนการสื่อสารหรือการแก้ปัญหาาร่วมกัน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของครอบครัวและความสามารถในการร่วมกันแก้ปัญหาเป็นองค์ประกอบสำคัญของความแข็งแกร่งของครอบครัว ประกอบด้วย

3.1 ความชัดเจนของการสื่อสารหรือส่งข้อความที่ชัดเจนของสมาชิกภายในครอบครัว

3.2 การแสดงความรู้สึกอย่างเปิดเผยทั้งอารมณ์ในด้านลบหรือความรู้สึกที่เจ็บปวด เช่น เศร้า โกรธ กลัว หรือผิดหวัง และอารมณ์ในด้านบวก เช่น รัก ชื่นชม หรือมีความสุข รวมถึงการแบ่งปันความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบ ความอดทน และการยอมรับความแตกต่างของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว

3.3 ความร่วมมือในการแก้ปัญหา โดยการปรึกษา กำหนดเป้าหมายและตัดสินใจร่วมกันซึ่งรวมถึงการรับรู้ปัญหาโดยสมาชิกในครอบครัวทุกคน และมุ่งเน้นในการแก้ไขปัญหาหรือวิกฤติที่ครอบครัวกำลังประสบอยู่ร่วมกัน

อาจกล่าวได้ว่า แนวคิดความแข็งแกร่งของครอบครัวเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นความ

แข็งแกร่งต่อความเครียดในการตอบสนองกับภาวะวิกฤติหรือความทุกข์ยากเป็นระยะเวลาสั้น มีรูปแบบของความแข็งแกร่งที่เป็นลักษณะเฉพาะตัว อาจเปลี่ยนแปลงไปตามลักษณะของครอบครัวและสถานการณ์ โดยกระบวนการสร้างความแข็งแกร่งของครอบครัวนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อให้ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ได้ดี และการมีสุขภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัว ภายใต้ความท้าทายต่าง ๆ¹⁹

การประเมินความแข็งแกร่งของครอบครัว

การประเมินความแข็งแกร่งของครอบครัวยังคงมีความซับซ้อน ของประเด็นที่ต้องพิจารณาจากปัจจัยต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้น นักวิจัยจึงเริ่มมีการพัฒนาเครื่องมือประเมินความแข็งแกร่งของครอบครัว บทความฉบับนี้จะนำเสนอเครื่องมือที่ใช้ประเมินความแข็งแกร่งของครอบครัว และได้รับการพัฒนาตามแนวคิดของ Walsh 2016²⁰ คือ แบบประเมิน Family Resilience Assessment Scale (FRAS) โดยใช้ในการสำรวจและการสัมภาษณ์กับสมาชิกในครอบครัวที่มีสถานการณ์ต่าง ๆ และสามารถนำมาใช้ในการประเมินความแข็งแกร่งของครอบครัวในเด็กป่วยโรครีรังได้ แบบสอบถามความแข็งแกร่งของครอบครัวนี้ได้รับการทดสอบและทดลองใช้ในสหรัฐอเมริกาเหนือและใต้ ยุโรป และเอเชีย และทดลองใช้ทั้งในครอบครัวกลุ่มผู้ใหญ่และเด็กป่วยโรครีรัง²¹

การพัฒนาแบบประเมิน FRAS จากเดิมที่มีจำนวนคำถามทั้งหมด 54 ข้อ ประกอบด้วยการประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ระบบความเชื่อร่วมกันของครอบครัว 13 ข้อ 2) กระบวนการจัดการภายในครอบครัวอย่างเป็น

ระบบ 14 ข้อ และ 3) กระบวนการสื่อสารหรือการแก้ปัญหาพร้อมกัน 27 ข้อ และมีมาตรวัด 6 ระดับ²¹ มาเป็นแบบประเมิน Family Resilience Scale short Form (FRS16) ที่มีข้อคำถามแบบสั้น 16 ข้อและมีมาตรวัด 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย เห็นด้วยมากที่สุด เพื่อลดระยะเวลาในการประเมิน และสะดวกสำหรับการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ โดยมีการนำมาทดสอบการใช้แบบประเมินทั้งในสหรัฐอเมริกาและสาธารณชนประชาชนจีน พบว่า FRAS เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการช่วยในงานวิจัยและประเมินการดูแลครอบครัวที่มีเด็กโรคเรื้อรัง ซึ่งการแปลผลจะเป็นไปตามผลรวมคะแนนรายด้าน ได้แก่ คะแนน

มาก หมายถึง ความแข็งแกร่งในครอบครัวมีแนวโน้มที่ดี และคะแนนน้อย หมายถึง ความแข็งแกร่งในครอบครัวมีแนวโน้มไม่ดี แต่ทว่าแบบประเมินฉบับนี้ยังอยู่ในระหว่างการถูกพัฒนาเรื่องการแปลผล และยังไม่พบการนำแบบประเมินนี้มาใช้ในการศึกษาของประเทศไทย อย่างไรก็ตามผู้เชี่ยวชาญได้ขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือในการแปลแบบประเมิน Family Resilience Scale short Form (FRS16) เป็นฉบับภาษาไทย โดยเน้นปัจจัยสำคัญตามแนวคิดของ Walsh เพื่อให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุขสามารถนำไปใช้ประเมินปัญหาในครอบครัว และให้การช่วยเหลือได้สอดคล้องกับปัจจัยหรือสถานการณ์ในครอบครัว ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แบบประเมิน Family Resilience Scale Short Form: FRS16 (ฉบับภาษาไทย)

รายการประเมิน	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	เห็นด้วย (3)	เห็นด้วยมากที่สุด (4)
ด้านการสื่อสารและการแก้ปัญหา				
1. เราสามารถประนีประนอมกันได้เมื่อเกิดปัญหาขึ้น				
2. เราสามารถพูดคุยเกี่ยวกับวิธีที่เราสื่อสารในครอบครัวของเรา				
3. เราปรึกษากันเพื่อการตัดสินใจร่วมกัน				
4. เรากำหนดปัญหาให้เป็นเชิงบวกเพื่อการแก้ไข				
5. เราปรึกษากันเกี่ยวกับปัญหาและรู้สึกดีกับแนวทางแก้ไขของเรา				
6. เราพูดคุยและถกกันจนได้ข้อยุติของปัญหาและแนวทางแก้ไข				
7. สมาชิกในครอบครัวทุกคนมีความสำคัญและจะไม่ถูกมองข้าม				
8. เรามักจะรับฟังข้อกังวลหรือปัญหาของสมาชิกในครอบครัว				
ด้านระบบความเชื่อของครอบครัว				
9. เราสามารถแก้ปัญหาสำคัญๆร่วมกันได้				
10. หากเกิดปัญหาขึ้นอีกเราสามารถจัดการปัญหาได้				
11. เรายอมรับว่าเหตุการณ์ดีถึงครึ่งหนึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต				
12. เรายอมรับได้ว่าปัญหาสามารถเกิดขึ้นได้โดยไม่คาดคิดมาก่อน				
ด้านระบบการจัดการอย่างเป็นระบบ				
13. เราารู้สึกว่าคนอื่นหรือคนในชุมชนยินดีช่วยเหลือเราในกรณีฉุกเฉิน				
14. เราเชื่อว่าจะได้รับความช่วยเหลือจากชุมชนหรือคนใกล้ชิดหากเรามีปัญหา				
15. เราเข้าโบสถ์/วัด/มัสยิด				
16. เรามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา				

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความแข็งแรงของครอบครัวเด็กป่วยโรครีเอริง

บุคลากรทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลเป็นผู้ดูแลและใกล้ชิดกับครอบครัวเด็กมากที่สุด เป็นบุคคลสำคัญที่สามารถส่งเสริมความแข็งแรงของครอบครัว เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของ Family resilience framework คือ การส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีให้กับครอบครัว เพราะครอบครัวที่แข็งแรงไม่เพียงแต่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ท้าทายได้ แต่ยังสามารถเติบโตแข็งแรงขึ้นจนสามารถประสบความสำเร็จและมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ดังนั้นพยาบาลสามารถที่จะแสดงบทบาทในการส่งเสริมความแข็งแรงของครอบครัวเด็กป่วยโรครีเอริงได้ ดังนี้

1. การประเมินความแข็งแรงของครอบครัว พยาบาลควรประเมินสถานะความแข็งแรงของสมาชิกในครอบครัวเป็นระยะ โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักและในระยะที่มีการเปลี่ยนแปลง เช่น การปรับแผนการรักษาใหม่ การประเมินความแข็งแรงของครอบครัวสามารถประเมินโดยใช้แนวคำถามเพื่อสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงคุณภาพ หรือการใช้แบบสอบถามเพื่อให้ทราบปัจจัยที่อาจมีผลต่อความแข็งแรงของสมาชิกในครอบครัว และเป็นข้อมูลในการให้ความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม²¹

2. การส่งเสริมความแข็งแรงของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลัก เพื่อให้พ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักสามารถรับมือกับความเครียด ให้การสนับสนุนแก่เด็กอย่างมีประสิทธิภาพ และพยายามรักษาความปกติในชีวิตประจำวันกลับสู่ครอบครัว รวมถึงการทำกิจกรรมที่เด็กสามารถทำได้แม้จะอยู่ในสภาพป่วย

การส่งเสริมกิจกรรมที่เพิ่มความสุขและลดความเครียด เช่น การศึกษาของ Rosenberg et al.¹⁵ ที่พัฒนาโปรแกรม the Promoting Resilience in Stress Management Intervention for Parents of children With cancer (PRISM-P) ประกอบด้วยการอบรมผู้ดูแลในทักษะเกี่ยวกับการจัดการความเครียด การกำหนดเป้าหมาย การปรับการรับรู้เชิงบวก และการค้นหาประโยชน์จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก โดยผลของการใช้โปรแกรมฯ พบว่าผู้ดูแลเด็กมีคะแนนความแข็งแรงเพิ่มมากขึ้น

3. การสนับสนุนเด็กในการปรับตัว การสนับสนุนเด็กให้มีการปรับตัวและรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในสุขภาพของตนเองสิ่งที่สำคัญที่สุดคือ การให้เด็กได้รับรู้ว่ายังคงได้รับความรักและสนับสนุนจากครอบครัว พยาบาลสามารถให้ความสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์โดยการรับฟังคำพูดของครอบครัวและเด็ก และให้คำปรึกษาทางจิตใจและอารมณ์ให้กับครอบครัว¹³

4. การส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา การดูแลให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจข้อมูลทางการแพทย์จะช่วยลดความกังวลและช่วยให้ครอบครัวสามารถเลือกการรักษาที่เหมาะสม พยาบาลมีหน้าที่ให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเข้าใจง่ายเกี่ยวกับโรครีเอริงและการดูแลสุขภาพที่บ้าน เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การประเมินสุขภาพและการใช้ยา นอกจากนี้ พยาบาลยังสามารถฝึกทักษะทางการแพทย์เบื้องต้นให้แก่ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว เช่น การดูแลแผล การให้ยา หรือการตรวจวัดค่าทางการแพทย์ต่าง ๆ ให้กับเด็กป่วยโรครีเอริง¹³

5. การส่งเสริมการสื่อสารในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกครอบครัวสามารถพูดถึง

ความรู้สึกและปัญหาได้อย่างเปิดเผย ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว พยาบาลสามารถช่วยในการสื่อสารให้ครอบครัวเข้าใจความรู้สึกและความคิดของกันและกัน ช่วยในการแก้ปัญหาและสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของความรักและการสนับสนุนภายในครอบครัว^{13,17}

6. การสนับสนุนให้ครอบครัวรับความช่วยเหลือจากคนใกล้ชิด หรือสิ่งสนับสนุนอื่น ๆ ได้มากที่สุด รวมทั้งการส่งเสริมเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการรับความช่วยเหลือจากระบบบริการทางสังคมที่มีอยู่ พยาบาลสามารถช่วยครอบครัวในการเชื่อมโยงกับองค์กร และกลุ่มสนับสนุนที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การสร้างเครือข่ายที่สามารถแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ได้ การสนับสนุนจากโรงพยาบาลหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง¹⁷

7. การส่งเสริมให้มีการทำวิจัยเกี่ยวกับความเข้มแข็งของครอบครัว แม้การศึกษาส่วนใหญ่เกี่ยวกับความเข้มแข็งของครอบครัวจะเป็นการศึกษาด้านจิตวิทยา แต่ก็มีคำจำกัดความที่พยาบาลควรทำการศึกษาวิจัย เพื่อให้การช่วยเหลือครอบครัวในบทบาทของพยาบาลร่วมกับสหวิชาชีพ เช่น การพัฒนาและปรับปรุงเครื่องมือการประเมินความเข้มแข็งของครอบครัว เพื่อให้สามารถประเมินความเข้มแข็งในครอบครัวที่มีเด็กป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างแม่นยำและเหมาะสม หรือการพัฒนาแผนการสนับสนุนที่เหมาะสมสำหรับครอบครัวที่มีเด็กป่วยโรคเรื้อรังในภาวะต่าง ๆ หรือการสร้างระบบการดูแลแบบองค์รวมร่วมกับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในการรับผิดชอบร่วมกันเพื่อการดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรัง¹³

สรุป

ความเข้มแข็งของครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยเด็กป่วยโรคเรื้อรังรับมือกับความท้าทายและความเครียดในชีวิตประจำวัน ครอบครัวที่มีความเข้มแข็งจะสามารถสร้างสภาพแวดล้อมที่มีความปลอดภัยและสนับสนุนให้เด็กรู้สึกมั่นคงทางจิตใจและอารมณ์ ดังนั้นการส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวมีความสามารถในการรับมือกับภาวะความเครียดและความลำบากที่เกิดจากโรคเรื้อรังของเด็ก ยังช่วยให้เด็กมีการพัฒนาทักษะการปรับตัวและการจัดการกับความเครียดที่จะมีประโยชน์ในชีวิต อย่างไรก็ตามยังมีความต้องการการวิจัย โดยเฉพาะในบทบาทของพยาบาล เกี่ยวกับความเข้มแข็งของครอบครัวและเด็กที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อเข้าใจและพัฒนาวิธีการสนับสนุนที่เหมาะสมที่เน้นการสร้าง ความมั่นคงทางจิตใจและสังคมในเด็กและครอบครัว ให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ท้าทายในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

References

1. Qiu Y, Xu L, Pan Y, He C, Huang Y, Xu H, et al. Family resilience, parenting styles and psychosocial adjustment of children with chronic illness: a cross-sectional study. *Front Psychiatry*. 2021; 12:646421. doi: 10.3389/fpsy.2021.646421.
2. Cobham VE, Hickling A, Kimball H, Thomas HJ, Scott JG, Middeldorp CM. Systematic review: anxiety in children and adolescents with chronic medical conditions. *J Am Acad Child Adolesc*

- Psychiatry. 2020;59(5):595-618. doi: 10.1016/j.jaac.2019.10.010.
3. Ferro MA, Boyle MH. The impact of chronic physical illness, maternal depressive symptoms, family functioning, and self-esteem on symptoms of anxiety and depression in children. *J Abnorm Child Psychol*. 2015;43(1):177-87. doi: 10.1007/s10802-014-9893-6.
 4. Puka K, Tavares TP, Anderson KK, Ferro MA, Speechley KN. A systematic review of quality of life in parents of children with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2018;82:38-45. doi: 10.1016/j.yebeh.2018.03.008.
 5. Petrongolo JL, Zelikovsky N, Keegan RM, Furth SL, Knight A. Examining uncertainty in illness in parents and children with chronic kidney disease and systemic lupus erythematosus: a mediational model of internalizing symptoms and health-related quality of life. *J Clin Psychol Med Settings*. 2020;27(1):31-40. doi: 10.1007/s10880-019-09617-3.
 6. Sulkers E, Tissing WJ, Brinksma A, Roodbol PF, Kamps WA, Stewart RE, et al. Providing care to a child with cancer: a longitudinal study on the course, predictors, and impact of caregiving stress during the first year after diagnosis. *Psychooncology*. 2015; 24(3):318-24. doi: 10.1002/pon. 3652.
 7. Caicedo C. Families with special needs children: family health, functioning, and care burden. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2014;20(6):398-407. doi: 10.1177/1078390314561326.
 8. Dong C, Wu Q, Pan Y, Yan Q, Xu R, Zhang R. Family resilience and its association with psychosocial adjustment of children with chronic illness: a latent profile analysis. *J Pediatr Nurs*. 2021;60:e6-e12. doi: 10.1016/j.pedn.2021.02.010.
 9. Fernandez IT, Schwartz JP, Chun H, Dickson G. Family resilience and parenting. In: Becvar D, editor. *Handbook of family resilience*. New York, NY: Springer; 2013.
 10. Luo YH, Li WHC, Cheung AT, Ho LLK, Xia W, He XL, et al. Relationships between resilience and quality of life in parents of children with cancer. *J Health Psychol*. 2022;27(5):1048-56. doi: 10.1177/1359105321990806.
 11. Reed M, Bedard C, Perlman CM, Browne D, Ferro MA. Family functioning and health-related quality of life in parents of children with mental illness. *J Child Fam Stud*. 2023;1-12. doi: 10.1007/s10826-023-02556-6.
 12. Van Schoors M, Caes L, Verhofstadt LL, Goubert L, Alderfer MA. Systematic review: family resilience after pediatric cancer diagnosis. *J Pediatr Psychol*. 2015; 40(9):856-68. doi: 10.1093/jpepsy/jsv055

13. Park M, Choi EK, Lyu CJ, Han JW, Hahn SM. Family resilience factors affecting family adaptation of children with cancer: a cross-sectional study. *Eur J Oncol Nurs*. 2022;56:102078. doi: 10.1016/j.ejon.2021.102078.
14. Park M, Choi EK, Lee HJ, Park HE, Chinbayar A. Resilience-promoting programs in families of children with cancer: a systematic review. *J Pediatr Hematol Oncol Nurs*. 2022;39(3):185-201. doi: 10.1177/27527530211055997.
15. Rosenberg AR, Bradford MC, Junkins CC, Taylor M, Zhou C, Sherr N, et al. Effect of the promoting resilience in stress management intervention for parents of children with cancer (PRISM-P): a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2019;2(9):e1911578. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.11578.
16. Rosenberg AR, Zhou C, Bradford MC, Barton K, Junkins CC, Taylor M, et al. Parent perspectives after the PRISM-P randomized trial: a mixed-methods analysis. *J Palliat Med*. 2021; 24(10): 1505-15. doi: 10.1089/jpm.2020.0720
17. Van Schoors M, Caes L, Verhofstadt LL, Goubert L, Alderfer MA. Systematic review: family resilience after pediatric cancer diagnosis. *J Pediatr Psychol*. 2015; 40(9):856-68. doi: 10.1093/jpepsy/jsv055.
18. Lin F-Y, Rong J-R, Lee T-Y. Resilience among caregivers of children with chronic conditions: a concept analysis. *J Multidiscip Healthc*. 2013;6:323-33. doi: 10.2147/JMDH.S46830.
19. Walsh F. Family resilience: a framework for clinical practice. *Fam Process* 2003;42(1):1-18. doi: 10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x.
20. Walsh F. Family resilience: a developmental systems framework. *Eur J Dev Psychol*. 2016;13(3):313-24. doi: 10.1080/17405629.2016.1154035.
21. Chow TS, Tang CSK, Siu TSU, Kwok HSH. Family resilience scale short form (FRS16): validation in the US and Chinese samples. *Front Psychiatry*. 2022;13: 845803. doi: 10.3389/fpsy.2022.84580



วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
(BCN Non Health Science Research Journal)

เรียน บรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

ดิฉัน นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....มีความประสงค์
ขอชำระค่าใช้จ่ายค่าตีพิมพ์ ดังนี้

ฉบับภาษาไทย

- ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน 5,000 บาท
 ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน 6,000 บาท

ฉบับภาษาอังกฤษ

- ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน 8,000 บาท
 ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน 9,000 บาท

ชำระเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....) โดยชำระทาง

- เงินสด ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
 โอนเข้า เลขที่บัญชี 108-0-11201-4 ชื่อบัญชี เงินรายได้สถานศึกษา วพบ.จังหวัดนนทบุรี

ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขานนนทบุรี

ส่งหลักฐาน e-mail: bcnnjournal@bcnnon.ac.th หรือ Fax มาที่ 0 2526 2904 ถึง

กรุณาออกใบเสร็จในนาม

.....
.....

ที่อยู่ให้จัดส่งเอกสาร

.....
.....

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

.....
(.....)
...../...../.....

หมายเหตุ : บทความวิชาการ วารสารรับตีพิมพ์เพียง 2 เรื่องต่อฉบับ



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

60 ซอยติวานนท์ 14 ตำบลตลาดขวัญ
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ : 0-2525-3136 E-mail : journalbcnnon@bcnnon.ac.th

www.bcnnon.ac.th