



สถาบันพระบรมราชชนก
Praboromarajchanok Institute

ISSN 1906-1773 (Print)
ISSN 2821-9058 (Online)

วารสารการพยาบาล และการศึกษา Journal of Nursing and Education

ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม - กันยายน 2566)



สถาบันพระบรมราชชนก
Praboromarajchanok Institute

JNAE



ลิงค์วารสาร - <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE>

วารสารการพยาบาลและการศึกษา Journal of nursing education

ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2566

วัตถุประสงค์

วารสารการพยาบาลและการศึกษา เป็นวารสารในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ที่อยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ด้านการพยาบาล การผดุงครรภ์ การศึกษาพยาบาล และสุขภาพ
2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการของพยาบาล อาจารย์พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ
3. เสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาและองค์กรทางสุขภาพทั่วประเทศ สำนักงาน

เจ้าของ

สถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงาน

อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อาคาร 4 ชั้น 7 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

E-mail: nursing2551@gmail.com

บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีผู้อ่านทุกท่าน

วารสารการพยาบาลและการศึกษา ภายใต้หน่วยงานสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานอีกครั้งโดยมีการปรับเปลี่ยนบรรณาธิการ กองบรรณาธิการ รูปแบบของวารสาร ตลอดจนกระบวนการทำงานเพื่อให้เกิดคุณภาพของวารสารมากขึ้น สามารถรองรับความต้องการในการตีพิมพ์จากบทความที่มีคุณภาพ

วารสารฯ ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม – กันยายน พ.ศ. 2566) ฉบับนี้ประกอบด้วย บทความวิจัยทั้งหมด 7 เรื่อง ซึ่งมาจากผู้นิพนธ์หลากหลายหน่วยงานทั้งในและนอกสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ทางบรรณาธิการและกองบรรณาธิการวารสารมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาวารสารให้คุณภาพทั้งในแง่ขององค์ความรู้ใหม่ ระเบียบวิธีการวิจัย ตลอดจนความเข้มข้นของเนื้อหาเพื่อเป็นแหล่งสืบค้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพต่อไป



ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ

บรรณาธิการ

วารสารการพยาบาลและการศึกษา

สารบัญ

บทความวิจัย :

การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ โรงพยาบาลหนองคาย.....1	
<i>Recently Graduated Nurses: A New Clinical Supervision Model Developed at Nongkhai Hospital</i>	
มัลลีนกร จุ่มา, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, เรณูการ์ ทองคำรอด	
ความชุกของความเครียด และปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความเครียดของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง	
จังหวัดนครราชสีมา.....16	
<i>Prevalence of Stress and Associated Factors of Stress among Informal Brick Construction Workers in Naknon Si Thammarat</i>	
พิกุลทิพย์ ขุนเศรษฐ, ธนวรรณ สงประเสริฐ	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ที่รับการรักษาใน	
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี.....32	
<i>Factors Related to Gestational Diabetes Mellitus among Women of Reproductive Age Visiting a Tertiary Hospital in Pathum Thani Province</i>	
ปิ่นพนธ์ ตันธนปัญญากร, นลพรรณ ชันติกุลานนท์, ศศิวิมล จันทร์มาลี, ธนธัส ผุดผ่อง,	
พิชสุดา เดชบุญ	
ปัจจัยทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์.....48	
<i>Factors Predicting Gestational Weight Gain among Pregnant Women with High Pre-pregnancy Body Mass Index</i>	
ประไพรัตน์ แก้วศิริ, เปรียบแก้ว ฝาระมี, ณัฏยา อ่อนผิว, พิมพ์พรรณ อันสุข	
การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ที่อาศัยในพื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำ	
และพื้นที่ไม่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก.....61	
<i>Dengue Hemorrhagic Fever (DHF): A Comparative Study on Prevention Behaviors Between People Residing in Areas of Repeated and Non-Repeated Outbreaks</i>	
จิราพร พัฒน์มณี, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์, สมเกียรติยศ วรเดช	
ผลของโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ต่อสมรรถนะการปฏิบัติ	
ราชการของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ โรงพยาบาลทุ่งสง.....76	
<i>The Grow Approach: A Research on How a New Coaching Program for First-Line Nurse Managers Can Boost Performance of Newly Registered Nurses at Thung Song Hospital</i>	
พรทิพย์ รัตนบุรี, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, เรณูการ์ ทองคำรอด	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี.....93	
<i>Factors Influencing Duality of Life among Caregivers of Older Adults with Chronic Diseases in Ubonratchathani Province</i>	
โชติกา สมสุวรรณ, อภิญา เยาวบุตร	



การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพใหม่ โรงพยาบาลหนองคาย
Recently Graduated Nurses: A New Clinical
Supervision Model Developed at Nongkhai Hospital

มัสลินกร จูมา^{1*}, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย², เรณูการ์ ทองคำรอด²
Massarinpron Jooma^{1*}, Premrueai Noimuenwai², Renukar Thongkamrord²
โรงพยาบาลหนองคาย^{1*}, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช²
Nongkhai Hospital^{1*}, Sukhothai Thammathirat Open University²

(Receive: December 12, 2022; Revised: March 30, 2023; Accepted: April 21, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก 2) ประเมินผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก ดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 การสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการจำเป็น และระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นหัวหน้าและผู้ช่วยหัวหน้าหน่วยงานและพยาบาลวิชาชีพใหม่ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 14 คน และ 10 คนตามลำดับและระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการนิเทศทางคลินิก กลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าและผู้ช่วยหัวหน้าหน่วยงานและพยาบาลวิชาชีพใหม่ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 11 และ 12 คนตามลำดับ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มและการระดมสมอง 2) รูปแบบการนิเทศทางคลินิก 3) แบบประเมินทักษะการนิเทศทางคลินิกและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้นิเทศทางคลินิก และ 4) แบบประเมินสมรรถนะและแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพใหม่ แบบสอบถามสำหรับผู้นิเทศทางคลินิก มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .90 และ .97 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 และ 0.85 ตามลำดับ แบบสอบถามสำหรับพยาบาลวิชาชีพใหม่มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.90 และ 0.96 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88 และ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติวิลคอกซันไรต์ ผลการวิจัยพบว่า

1. รูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพใหม่ ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดของพรอคเตอร์ ได้แก่กิจกรรม กระบวนการนิเทศทางคลินิก ประกอบด้วยคู่มือและคลิปวิดีโอการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพใหม่

2. ทักษะการนิเทศทางคลินิกของผู้นิเทศทางคลินิกและสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพใหม่หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความพึงพอใจของผู้นิเทศทางคลินิกและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพใหม่ต่อรูปแบบการนิเทศทางคลินิกหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมาก

ดังนั้นรูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพใหม่โดยใช้แนวคิดของพรอคเตอร์ สามารถส่งเสริมทักษะการนิเทศทางคลินิก สามารถสร้างเสริมสมรรถนะ และสร้างความพึงพอใจในการนิเทศทางคลินิกได้ และในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

คำสำคัญ: รูปแบบการนิเทศทางคลินิก, พยาบาลวิชาชีพใหม่, โรงพยาบาลหนองคาย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: premrueaitairat@yahoo.com เบอร์โทรศัพท์ 087-5984978)



Abstract

This research and development study aimed to develop a clinical supervision model, based on Proctor's model, for recently graduated professional nurses at Nong Khai Hospital. Model was developed as a process of clinical supervision with a manual and video clip on clinical supervision for newly graduated professional nurses. The impact of developed clinical supervision model was evaluated on: 1) clinical supervision skills of nursing supervisors, 2) nursing supervisors' satisfaction with the model, 3) competency of recently graduated professional nurses, as well as 4) recently graduated professional nurses' satisfaction with the developed clinical supervision model. The study conducted 3 phases: 1) needs assessment, 2) design and development, and 3) tryout and implementation. Key informants included 14 head nurses and sub-head nurses, as well as 10 newly graduated professional nurses, all being employees of Nong Khai Hospital. Sample included 11 head nurses and sub-head nurses, as well as 12 newly graduated professional nurses. The research tools were: 1) focus groups and brainstorming question guidelines, 2) a clinical supervision model for newly graduated professional nurses, 3) a questionnaire for both nursing supervisors and newly graduated professional nurses, including personal data, clinical supervisory skills assessment, and satisfaction with the developed supervision model. Content validity indexes for the nursing supervisors' questionnaire were 0.90 and 0.97, respectively, while the Cronbach's alpha coefficients were 0.89 and 0.85, respectively. Content validity indexes for the newly graduated professional nurses' questionnaire were 0.90 and 0.96, respectively, while the Cronbach's alpha coefficients were 0.88 and 0.85, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, as well as the Wilcoxon signed-rank test. The results were as follows.

The clinical supervisory skills of nursing supervisors as well as competency of newly graduated professional nurses were significantly higher than before using the developed model ($p < .01$). Satisfaction with the developed supervision model of nursing supervisors as well as satisfaction with the developed supervision model of newly graduated professional nurses were at a high level.

Therefore, this model, based on Procter's concept, can enhance clinical supervision skills, competencies and satisfaction.

Keywords: Clinical Supervision Model, Procter's Concept, Recently Graduated Registered Nurse, Nong Khai Hospital

บทนำ

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญยิ่งต่อการให้บริการสุขภาพเนื่องจากเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากในระบบบริการสุขภาพ การนิเทศทางการพยาบาลเป็นกลไกสำคัญขององค์กรพยาบาลในการควบคุมและติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมายขององค์กร ช่วยสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน ด้วยวิธีการช่วยเหลือ สนับสนุนส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ในการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงาน (Tianthong, 2013) ช่วยส่งเสริมความสามารถทางคลินิกความสามารถในการทำงานการจัดการด้านอารมณ์ สร้างความตระหนักในความรับผิดชอบเชิงวิชาชีพ และ



สะท้อนผลการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ (Sritragool, 2020) อันนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการ

โรงพยาบาลหนองคายเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้การดูแลประชาชนในเขตอำเภอเมืองหนองคาย อำเภอใกล้เคียง และประเทศเพื่อนบ้าน ปัจจุบันมีความต้องการอัตรากำลังทางการพยาบาลเพิ่มเพื่อรองรับการขยายตัวของโรงพยาบาลที่มีวิสัยทัศน์ก้าวสู่การเป็นโรงพยาบาลศูนย์ลุ่มแม่น้ำโขง รองรับพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษในปี 2568 ดังนั้นการจัดรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลแก่ พยาบาลวิชาชีพจบใหม่จึงมีความสำคัญอย่างมากในการสร้างเสริมสมรรถนะที่จำเป็นแก่พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ อันจะนำไปสู่การให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพในระดับสากล รองรับวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล ในปี 2564 ได้ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นครั้งที่ 3 ซึ่งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้ให้ข้อเสนอแนะการปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบการนิเทศทางการพยาบาลให้มีการติดตามกำกับกับการบรรลุเป้าหมายตามแผนการนิเทศทางการพยาบาล เพื่อสร้างสมรรถนะของพยาบาลในการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพและปลอดภัย นอกจากนี้ข้อมูลจากการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลต่างๆ ของสภาการพยาบาลพบว่าด้านการบริหารทางการพยาบาลยังมีการนิเทศทางคลินิกน้อยมาก รวมทั้งไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการนิเทศและขาดการนำผลการนิเทศมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพหรือการแก้ปัญหาทางการพยาบาล รวมถึงผู้นิเทศมีภาระงานมากจึงมีเวลาจำกัดในการนิเทศผู้ปฏิบัติงาน (Chinudompong, 2012) สอดคล้องกับสถานการณ์การนิเทศทางคลินิกของโรงพยาบาลหนองคายจากการสำรวจสถานการณ์การนิเทศทางคลินิก พบว่าฝ่ายการพยาบาลมีนโยบายสนับสนุนการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าหอผู้ป่วย แต่ก็พบว่าผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านการบันทึกทางการพยาบาลไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ผู้นิเทศยังขาดความรู้ความเข้าใจ มีภาระงานมากไม่ทราบว่า จะนิเทศเรื่องอะไรก่อนหลัง ขาดการนิเทศอย่างต่อเนื่อง และผู้รับการนิเทศยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง และไม่เห็นความสำคัญของการนิเทศทางคลินิก (NongKhai Hospital Nursing Organization, 2022)

ปัจจุบันโรงพยาบาลหนองคาย มีนโยบายขยายการให้บริการให้เพียงพอกับผู้ใช้บริการที่เพิ่มขึ้น ทำให้ต้องการจ้างงานพยาบาลวิชาชีพใหม่จำนวนมาก โดยในปี พ.ศ.2563 รับพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ จำนวน 23 คน ปี พ.ศ. 2564 พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ จำนวน 12 คน ซึ่งพยาบาลวิชาชีพจบใหม่มักมีข้อจำกัดด้านความรู้ และขาดประสบการณ์ ไม่สามารถประยุกต์ความรู้ที่เรียนมาใช้ในการสถานการณ์จริง (Kanhadilok, Punsumreung, & Malai, 2017) พยาบาลวิชาชีพจบใหม่มีสมรรถนะหลักและทักษะการพยาบาลที่จำเป็น แต่ก็ยังมีช่องว่างที่ควรได้รับการพัฒนา และช่วยเหลือสนับสนุนให้สามารถก้าวผ่านไปสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพและประสบความสำเร็จต่อไป (Ubas-Sumagasyay & Flores Oducado, 2020) เมื่อมีพยาบาลวิชาชีพจบใหม่เข้ามาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองคาย ฝ่ายการพยาบาลจะจัดให้มีการปฐมนิเทศ หลังจากนั้นมีการเลือกเข้าประจำการในหอผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลวิชาชีพจบใหม่มักไม่สามารถเลือกหน่วยงานที่ตนเองต้องการได้จึงเกิดความวิตกกังวล และเมื่อพยาบาลวิชาชีพจบใหม่เข้าประจำการในหอผู้ป่วยแล้วหัวหน้าหอผู้ป่วยได้จัดให้มีการปฐมนิเทศภายในหน่วยงาน และมีการนิเทศงานตาม Grow model และ 5w1H โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยตามนโยบายกลุ่มการพยาบาล ซึ่งมักนิเทศงานตามประสบการณ์ของตนเอง ยังไม่มีรูปแบบการนิเทศทางคลินิกแก่พยาบาลวิชาชีพจบใหม่อย่างเป็นทางการที่เป็นรูปแบบเดียวกัน ประกอบกับยังพบอุปสรรคความเสี่ยงในการปฏิบัติการพยาบาลในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ เช่น การประเมินภาวะผิดปกติล่าช้า การจัดยาผิด พฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสม ความพึงพอใจในงานลดลง เป็นต้น (NongKhai Hospital Nursing Organization, 2022) จากผลการวิจัยเรื่องการก้าวข้ามบทบาทจากนักศึกษาพยาบาลสู่การเป็นพยาบาลจบใหม่ ผู้บริหารควรกำหนดกลยุทธ์ในการช่วยเหลือพยาบาลจบใหม่เกี่ยวกับเรื่องการเพิ่มประสบการณ์ทำงาน การฝึกการบริหารงานและการบริหารเวลาให้พยาบาลจบใหม่ เพื่อให้พยาบาลจบใหม่สามารถก้าวข้ามบทบาทสู่การเป็นพยาบาลที่ดีในอนาคตต่อไป (Piphatpawan, 2019) การนิเทศงานเป็นกลยุทธ์ใน



การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การนิเทศที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ประสิทธิภาพของงานสูงขึ้น (Tantisuk, 2013) แนวคิดที่นิยมนำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการนิเทศ คือแนวคิดของพรอคเตอร์ (Amonprompukdee, Junprasert & Surakarn, 2020)

จากการศึกษาสถานการณ์การนิเทศขององค์กรพยาบาลโรงพยาบาลหนองคาย พบว่ามีการนิเทศโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยใช้ 5W1H และ Grow Model แต่มีวิธีการนำไปปฏิบัติแตกต่างกัน ขาดรูปแบบการนิเทศที่เหมาะสมกับพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ารูปแบบการนิเทศของพรอคเตอร์ (Proctor, 2001) เน้นบทบาทผู้นิเทศในการนิเทศเพื่อการเรียนรู้จากการปฏิบัติ การสนับสนุนเชิงวิชาชีพ และการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน เป็นแนวคิดที่เหมาะสมในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ โรงพยาบาลหนองคาย ที่ผู้นิเทศมีภาระงานมาก การให้บริการมีความหลากหลาย กระบวนการนิเทศที่มุ่งในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ มีความสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมของผู้รับการนิเทศ การคำนึงถึงผู้รับการนิเทศเป็นศูนย์กลาง มีเป้าหมายหรือข้อตกลงร่วมกันเป็นเบื้องต้นซึ่งเหมาะกับการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ และสามารถประยุกต์รวมกับการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และการสะท้อนกลับจากการปฏิบัติ ซึ่งเป็นแนวคิดที่จะช่วยส่งเสริมประสิทธิผลของการนิเทศทางคลินิกทำให้เกิดทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล และทักษะการตัดสินใจทางคลินิก ช่วยส่งเสริมทักษะการคิดวิเคราะห์และการเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติได้ (Sinsawad, 2019) และมีหลักฐานจากงานวิจัยจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า สัมพันธภาพ ความไว้วางใจ ระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ เป็นองค์ประกอบหลักของการนิเทศทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ (Bradley, King, Love, Marks, Murphy, Sharrock et al, 2019) ซึ่งเหมาะกับการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่ยังขาดประสบการณ์และความมั่นใจในการปฏิบัติงานสามารถประยุกต์ความรู้ทางทฤษฎีมาใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม

จากความสำคัญและประเด็นปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ โรงพยาบาลหนองคายอย่างเป็นรูปธรรมโดยใช้แนวคิด ของพรอคเตอร์ ที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ และมีเป้าหมายหรือข้อตกลงร่วมกันเป็นเบื้องต้นซึ่งเหมาะกับการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ร่วมกับการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และการสะท้อนกลับจากการปฏิบัติ และการศึกษาผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นต่อทักษะการนิเทศทางคลินิก ความพึงพอใจในการนิเทศทางคลินิกของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ อันจะนำไปสู่การลดอัตราการลาออกจากงาน การส่งเสริมสมรรถนะและคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เป็นเลิศ การพัฒนาการบริการรวมทั้งสะท้อนผลลัพธ์จากการนิเทศ เป็นการเตรียมพร้อมสำหรับการขยายตัวของโรงพยาบาลหนองคายต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ โรงพยาบาลหนองคาย
2. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ โรงพยาบาลหนองคายที่พัฒนาขึ้น
 - 2.1 เพื่อเปรียบเทียบทักษะการนิเทศทางคลินิกของผู้นิเทศทางคลินิก ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่พัฒนาขึ้น
 - 2.2 ความพึงพอใจของผู้นิเทศทางคลินิกต่อรูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่หลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่พัฒนาขึ้น

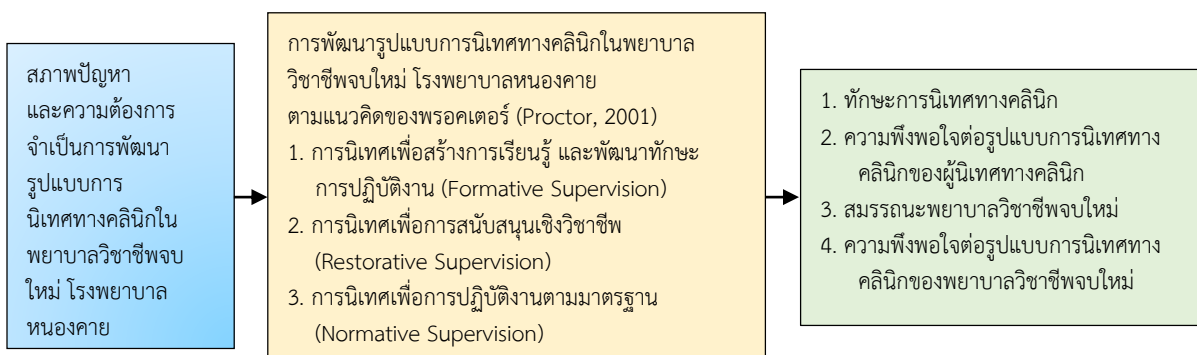
2.3 เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่พัฒนาขึ้น

2.4 ความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศทางคลินิกต่อรูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ หลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ โรงพยาบาลหนองคายใช้แนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ (Proctor, 2001) กล่าวถึงบทบาทของผู้นิเทศมี 3 ด้านประกอบด้วย 1) การนิเทศเพื่อสร้างการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน (Formative Supervision) เป็นการนิเทศที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ การพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงาน การกระตุ้นให้คิดสะท้อนกลับจากการปฏิบัติงาน การสอนตามหลักวิชาการและประสบการณ์ของผู้นิเทศ รวมทั้งการกำหนดแนวทางติดตาม และประเมินผลการเรียนรู้ โดยวิธีการสอน การแนะนำและการเป็นพี่เลี้ยง 2) การนิเทศเพื่อการสนับสนุนเชิงวิชาชีพ (Restorative Supervision) การนิเทศที่สนับสนุนความเข้าใจ และสัมพันธภาพระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ เสริมสร้างความรู้สึที่ดีต่อการนิเทศ และการปฏิบัติงานรวมทั้งการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา การปฏิบัติงานร่วมกัน และการให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ 3) การนิเทศเพื่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน (Normative Supervision) เป็นการนิเทศทางคลินิกที่มุ่งส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ปฏิบัติหน้าที่ทางคลินิกตามมาตรฐานการปฏิบัติงานที่กำหนด การตรวจสอบ การให้เวลา และความสำคัญในการนิเทศทางคลินิก ประกอบด้วย จัดทำมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล และกระบวนการติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้น การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ในโรงพยาบาลหนองคาย จะช่วยให้ผู้นิเทศทางคลินิกมีทักษะการนิเทศทางคลินิก และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศทางคลินิก ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพจบใหม่มีสมรรถนะ และความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศทางคลินิก ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการเป็น 3 ระยะ ดังนี้
ระยะที่ 1 การสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ มีการดำเนินการดังนี้ ระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้ให้



ข้อมูลหลักได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด มี 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพ จบใหม่จำนวน 10 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่เพิ่งสำเร็จการศึกษา เริ่มปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองคายไม่เกิน 1 ปีและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย 2) ผู้นิเทศทางคลินิกจำนวน 14 คน เป็นหัวหน้าและผู้ช่วยหัวหน้าหน่วยงานมีประสบการณ์ในการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่อย่างน้อย 1 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม คือแนวคำถามในการสนทนากลุ่มที่มุ่งเน้นการอภิปราย ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการนิเทศทางคลินิกจำนวน 3 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการนิเทศทางคลินิกจำนวน 2 ท่าน และนำไปแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ โรงพยาบาลหนองคาย โดยการระดมสมองและสรุปรูปแบบโดยการสนทนากลุ่ม กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่ ผู้นิเทศทางคลินิกจำนวน 14 คน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ เป็นหัวหน้าหน่วยงานและผู้ช่วยหัวหน้า และมีประสบการณ์ในการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่อย่างน้อย 1 ปี และได้รับการอบรมการนิเทศทางคลินิกตามกำหนด จำนวน 2 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการระดมสมองและการสนทนากลุ่มได้แก่ แนวคำถามในการระดมสมองเพื่อโดยเน้นมุ่งหาข้อสรุปที่ลงตัว (Consensus) และการสนทนากลุ่มมุ่งเน้นการอภิปราย ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ดังนี้

2.1 ระดมสมองเพื่อออกแบบและพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก ตามแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ 3 ด้านได้แก่ การนิเทศเพื่อสร้างการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน (Formative Supervision) การนิเทศเพื่อการสนับสนุนเชิงวิชาชีพ (Restorative Supervision) และการนิเทศเพื่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน (Normative supervision)

2.2 ผู้วิจัยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 และการระดมสมองของผู้นิเทศทางการพยาบาล มาสรุปเนื้อหา ออกแบบรูปแบบการนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดของพรอคเตอร์ (Proctor, 2001)

2.3 ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อสรุปรูปแบบและลงความเห็นชอบต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2.4 เสนอรูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการนิเทศทางคลินิกจำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการนิเทศทางคลินิกจำนวน 1 ท่าน เพื่อหาระดับความเหมาะสมของรูปแบบปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้จริง

2.5 ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยทดลองในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ได้แก่ ผู้นิเทศทางคลินิกจำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพจบใหม่จำนวน 5 คน เป็นเวลา 3 สัปดาห์

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบและการประเมินผล ใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-Test Post-Test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ 1) หัวหน้าและผู้ช่วยหัวหน้าหน่วยงานจำนวน 42 คน พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ จำนวน 12 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองคายรวมทั้งหมด 54 คน กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007) กำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.8 ความคลาดเคลื่อน (α) = .05 ค่าอำนาจในการทดสอบเท่ากับ .80 จะต้องการกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพจบใหม่มีจำนวนจำกัด 12 คน จึงใช้พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ จำนวน 12 คน แบ่งตามระยะของการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 และ 2 กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่



ผู้นิเทศทางคลินิกจำนวน 14 คน และพยาบาลวิชาชีพจบใหม่จำนวน 10 คน (มีพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ 2 คนไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยตามกำหนด) ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจบใหม่จำนวน 12 คน เนื่องจากมี 1 หน่วยงานมีพยาบาลวิชาชีพจบใหม่จำนวน 3 คน จึงใช้ผู้นิเทศทางคลินิกจำนวน 11 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้นิเทศทางคลินิกประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานหน่วยงาน ประสบการณ์การเป็นผู้นิเทศทางคลินิก เคยได้รับการอบรมในเรื่องการนิเทศทางคลินิก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะการนิเทศทางคลินิก ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิด ทักษะการนิเทศเพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานได้สะท้อนการปฏิบัติ เรียนรู้ และมีการเปลี่ยนแปลง (Supervision Skills for Helping Practitioners Reflect, Learn and Change) ของ Gerard Egan (1994) (Cited in Proctor, 2001) โดยวัดทักษะผู้นิเทศทางการพยาบาล 3 ด้าน จำนวน 6 ข้อ มาตรฐานประเมินค่า 5 ระดับตามหลักการของลิเคิร์ทดังนี้ น้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) บ่อยมาก (4 คะแนน) และบ่อยมากที่สุด (5 คะแนน) การแปลผลคะแนนทักษะการนิเทศทางคลินิกโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมาหาค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์การแปลผลดังนี้ 1.00 - 1.50, 1.51 - 2.50, 2.51 - 3.50, 3.51 - 4.50, และ 4.51 - 5.00 หมายถึง ทักษะการนิเทศทางคลินิกอยู่ในระดับต่ำมาก, ต่ำ, ปานกลาง, สูง และสูงมากตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินผลการนิเทศทางคลินิก (Manchester Clinical Supervision Scale :MCSS) ของ Winstanley & White (2011) จำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วยมาตรฐานประเมินค่า 5 ระดับ ตามหลักการของลิเคิร์ทดังนี้ น้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) และมากที่สุด (5 คะแนน) การแปลผลคะแนนความพึงพอใจโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมาหาค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์การแปลผลดังนี้ 1.00 - 1.50, 1.51 - 2.50, 2.51 - 3.50, 3.51 - 4.50, และ 4.51 - 5.00 หมายถึง ผู้นิเทศทางคลินิกมีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด, น้อย, ปานกลาง, มาก และมากที่สุดตามลำดับ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การได้รับการบรรจุตำแหน่งราชการ ตำแหน่งปัจจุบัน หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ภูมิลำเนา ที่พักปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะ ผู้วิจัยประยุกต์ตามแนวคิดสมรรถนะที่จำเป็นที่สุดสำหรับพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ Generation Z (Serafin, Danilewicz, Chyla & Czarkowska-Paczeka, 2020) มุ่งเน้นในการประเมินสมรรถนะทางคลินิก โดยประเมินสมรรถนะ 7 ด้าน 22 ข้อ ประกอบด้วยมาตรฐานประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน ประกอบด้วยมาตรฐานประเมินค่า 5 ระดับ ตามหลักการของลิเคิร์ทดังนี้ น้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) ดี (4 คะแนน) และดีที่สุด (5 คะแนน) การแปลผลคะแนนสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพจบใหม่โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมาหาค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์การแปลผลดังนี้ คะแนน 1.00 - 1.50, 1.51 - 2.50, 2.51 - 3.50, 3.51 - 4.50, และ 4.51 - 5.00 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพจบใหม่มีสมรรถนะอยู่ในระดับน้อยที่สุด, น้อย, ปานกลาง, ดีและดีมากที่สุดตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินผลการนิเทศทางคลินิก (Manchester clinical Supervision Scale :MCSS) ของ Winstanley & White (2011) จำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วยมาตรฐานประเมินค่า 5 ระดับ ตามหลักการของลิเคิร์ทดังนี้ น้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) และมากที่สุด (5 คะแนน) การแปลผลคะแนนความพึงพอใจ โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมาหาค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์การแปลผลดังนี้ คะแนน 1.00 - 1.50, 1.51 - 2.50, 2.51 - 3.50, 3.51 - 4.50, และ



4.51 - 5.00 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพจบใหม่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด, น้อย, ปานกลาง, มากและมากที่สุดตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบประเมินทักษะการนิเทศทางคลินิกและแบบประเมินความพึงพอใจของผู้นิเทศทางคลินิก, แบบประเมินสมรรถนะและแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ เสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมทางเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา พิจารณาความสอดคล้องระหว่างสาระคำถามกับนิยามตัวแปร รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและนำไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้เท่ากับ 0.90, 0.97, 0.90, 0.96 ตามลำดับ

สำหรับการตรวจหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำแบบไปทดลองใช้ กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในโรงพยาบาลหนองคาย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คนนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .89, .85, .88, .85 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ขอความร่วมมือการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมิน ดังนี้ กลุ่มผู้นิเทศทางคลินิกทำแบบประเมินทักษะการนิเทศทางคลินิก กลุ่มพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ทำแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพจบใหม่

ขั้นทดลอง

กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ จำนวน 4 สัปดาห์ ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1-2 ขั้นเตรียมการนิเทศทางคลินิก สัปดาห์ที่ 3 การวางแผนและดำเนินการนิเทศทางคลินิก สัปดาห์ที่ 4 การประเมินผลการนิเทศทางคลินิก

ขั้นหลังการทดลอง

ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินดังนี้ ผู้นิเทศทางคลินิกทำแบบประเมินทักษะการนิเทศทางคลินิก และแบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับผู้นิเทศทางคลินิก พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ทำแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพจบใหม่และแบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับพยาบาลวิชาชีพจบใหม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ทักษะการนิเทศทางคลินิก และความพึงพอใจของผู้นิเทศทางคลินิก สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพจบใหม่และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของทักษะการนิเทศทางคลินิกและสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่พัฒนาขึ้น โดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched - Pair Signed - Ranks Test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองคาย เอกสาร



รับรองเลขที่ 3/2565 เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2565 และ นค 0032.202/5340 เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565 ตามลำดับ

ผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ โรงพยาบาลหนองคาย เริ่มจากการสำรวจ สภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นพบว่ารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในปัจจุบันยังขาดรูปแบบการนิเทศที่เหมาะสมกับพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ และพยาบาลวิชาชีพจบใหม่มีความเครียดกดดันจากความคาดหวังของผู้ร่วมงานและสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยดำเนินการระดมสมองในกลุ่มผู้นิเทศทางคลินิกเพื่อออกแบบการนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดของพรอคเตอร์ จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 และการระดมสมองมาสรุปเนื้อหา ออกแบบรูปแบบการนิเทศทางคลินิกได้กระบวนการและกิจกรรมการนิเทศในคู่มือ และคลิปวิดีโอ ดำเนินการสนทนากลุ่มเพื่อสรุปรูปแบบ และปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะ นำรูปแบบเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กในผู้นิเทศทางคลินิกและพยาบาลวิชาชีพจบใหม่กลุ่มละจำนวน 5 คน เป็นเวลา 3 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นว่าเหมาะสมดี นำข้อมูลที่ได้เสนอในคณะกรรมการกลุ่มการพยาบาลลงความเห็นว่ายอมรับกับบริบท โรงพยาบาลหนองคาย

2. รูปแบบการนิเทศทางคลินิกได้พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดของพรอคเตอร์ (Proctor, 2001) ได้แก่ กิจกรรมกระบวนการนิเทศทางคลินิกโดยนำมาสร้างเป็นคู่มือและคลิปวิดีโอการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ แสดงรูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ โรงพยาบาลหนองคาย ดังตาราง 1

ตาราง 1 รูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ โรงพยาบาลหนองคาย

ระยะเวลา	กรอบแนวคิดการนิเทศของพรอคเตอร์	กิจกรรม/กระบวนการนิเทศทางคลินิก
สัปดาห์ที่ 1-2	การนิเทศเพื่อการสนับสนุนเชิงวิชาชีพ (Restorative Supervision)	1. ขั้นตอนการเตรียมการนิเทศได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพตามวัฒนธรรมขององค์กร, การปฐมนิเทศในหน่วยงาน, การกำหนดผู้นิเทศในบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง, การสอนพื้นฐานมาตรฐานบริการพยาบาล 7 Aspect of Care & Nursing Outcome, การกำหนดให้ผู้รับการนิเทศมี Portfolio, ผู้นิเทศเตรียมแบบรายงานการนิเทศ
สัปดาห์ที่ 3	การนิเทศเพื่อการสนับสนุนเชิงวิชาชีพ (Restorative supervision), การนิเทศเพื่อสร้างการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน (Formative Supervision)	1. ขั้นตอนการวางแผนการนิเทศได้แก่ การวางแผนการนิเทศร่วมกันให้สอดคล้องกับความต้องการเรียนรู้และบุคลิกภาพของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ตามมาตรฐานจริยธรรม จรรยาบรรณขององค์กร 2. ขั้นตอนการดำเนินการนิเทศได้แก่ การจัดทำ Case Conference, ฝึกปฏิบัติให้การพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลอง, การเรียนรู้โดยการสะท้อนกลับจากการปฏิบัติ, การร่วมปฏิบัติ และผู้บริหารองค์กรตรวจเยี่ยมให้กำลังใจ
สัปดาห์ที่ 4	การนิเทศเพื่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน (Normative Supervision)	1. ประเมินผลการนิเทศได้แก่ ประเมินผลการนิเทศทางคลินิกร่วมกัน, ผู้รับการนิเทศสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองและบันทึกผลการนิเทศลงในแฟ้มสะสมงาน (Portfolio) , ผู้นิเทศบันทึกรายงานผลการนิเทศต่อผู้บริหารองค์กรและนัดหมายการนิเทศทางคลินิกครั้งต่อไป



2. ประเมินผลรูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ โรงพยาบาลหนองคาย พบว่า

2.1 การเปรียบเทียบทักษะการนิเทศทางคลินิกของผู้นิเทศทางคลินิก ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น มีผลการวิจัยดังนี้

2.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้านผู้นิเทศทางคลินิกจำนวน 11 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุระหว่าง 46-57 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 90.90 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 23-34 ปี ประสบการณ์การเป็นผู้นิเทศทางคลินิก 1-20 ปี เคยได้รับการเข้ารับการอบรมการนิเทศทางคลินิก 3 ครั้ง ร้อยละ 54.55 ได้รับการเข้ารับการอบรมการนิเทศทางคลินิก 2 ครั้ง ร้อยละ 45.45 ผลการเปรียบเทียบทักษะการนิเทศทางคลินิกของผู้นิเทศทางคลินิก ($M=4.47$, $SD=.40$) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก ($M=2.91$, $SD=.32$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p<.01$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทักษะการนิเทศทางคลินิกของผู้นิเทศทางคลินิก ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่พัฒนาขึ้น (n=11)

ผลการประเมิน	ก่อน		หลัง		Z	p-value
	M	SD	M	SD		
ทักษะการนิเทศทางคลินิก	2.91	0.32	4.47	0.40	2.94	0.003

$p^*<.01$

2.2 การเปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ มีผลการวิจัยดังนี้

2.2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้านพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 91.66 (n=11) เพศชายร้อยละ 8.33 (n=1) มีอายุอยู่ระหว่าง 23- 25 ปี ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองคายเฉลี่ย 5.91 เดือน โดยมีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1-11เดือน ทั้งหมดตำแหน่ง ลูกจ้างชั่วคราว ระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยงานเฉลี่ย 5.58 เดือน โดยมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานปัจจุบัน 1-11 เดือน ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาที่จังหวัดหนองคาย ร้อยละ 83.33 ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ($M=4.23$, $SD=.32$) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ($M=3.10$, $SD=0.21$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่พัฒนาขึ้น (n=12)

ผลการประเมิน	ก่อน		หลัง		Z	p-value
	M	SD	M	SD		
สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพจบใหม่	3.10	0.21	4.23	0.32	3.06	0.002

$p^*<.01$

2.3 ความพึงพอใจของผู้นิเทศทางคลินิก และพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ต่อรูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมากทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การนิเทศเพื่อสร้างการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน, การนิเทศเพื่อการสนับสนุนเชิงวิชาชีพ และการนิเทศเพื่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน ดังตาราง 4



ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจของผู้นิเทศทางคลินิก(n=11) และพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ (n=12) หลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ที่พัฒนาขึ้น

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศทางคลินิก	ผู้นิเทศทางคลินิก			พยาบาลวิชาชีพพบใหม่		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
1. การนิเทศเพื่อสร้างการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน (Formative Supervision)	4.40	.46	มาก	4.42	.40	มาก
2. การนิเทศเพื่อการสนับสนุนเชิงวิชาชีพ (Restorative Supervision)	4.32	.47	มาก	4.45	.34	มาก
3. การนิเทศเพื่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน (Normative Supervision)	4.38	.34	มาก	4.29	.43	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	4.37	.39	มาก	4.38	.36	มาก

อภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกได้พิจารณา 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Out Put) ทำให้เกิดการออกแบบและพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกอย่างเป็นระบบมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในการออกแบบและการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกและการวางแผนการนิเทศร่วมกัน ระหว่างผู้บริหาร ผู้นิเทศทางคลินิก และพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ การสร้างสัมพันธ์ระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ การกำหนดกิจกรรมการนิเทศให้มีความหลากหลายเหมาะสมกับบุคลิกภาพและความต้องการของผู้รับการนิเทศ การกำหนดบทบาทผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศที่ชัดเจน โดยมีคู่มือการนิเทศทางคลินิก คลิปวิดีโอตัวอย่างการนิเทศทางคลินิก กิจกรรมอย่างเป็นระบบ/กระบวนการนิเทศอย่างมีแบบแผนในแต่ละสัปดาห์ ทำให้ผู้นิเทศทางคลินิกเกิดการเรียนรู้และเข้าใจในทุกขั้นตอนของกระบวนการนิเทศทางคลินิก สามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในการนิเทศได้ถูกต้อง ผักผ่อนจนเกิดความมั่นใจในการนิเทศทางคลินิกแก่พยาบาลวิชาชีพพบใหม่ โดยกระบวนการนิเทศสามารถปรับเปลี่ยนและยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ บริบท สมรรถนะเฉพาะของหน่วยงาน การคำนึงถึงโรคและความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงาน โดยยึดแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพขององค์กรทำให้ผู้นิเทศเกิดการเรียนรู้และเข้าใจในการนิเทศสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในการนิเทศได้ดีขึ้น ทำให้ผู้นิเทศมีทักษะในการนิเทศทางคลินิกสูงขึ้น มีความมั่นใจในการนิเทศทางคลินิก มีความพึงพอใจในระดับมาก ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพพบใหม่มีสมรรถนะในระดับดี ความพึงพอใจในระดับมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kumraj, Jarenpan & Loyha (2012) สรุปปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบการนิเทศเพื่อความเป็นเลิศทางการพยาบาลคือ การกำหนดนโยบายที่ ชัดเจน วัฒนธรรมองค์กร การมีส่วนร่วม สมรรถนะของบุคลากร การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และให้ข้อมูลสะท้อนกลับไปยังผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดคุณภาพมาตรฐานการพยาบาลทั่วทั้งองค์กร และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยพบว่า หลังดำเนินการพัฒนาระบบการนิเทศการพยาบาล ระดับความรู้และการมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการสูงกว่าก่อนพัฒนา พฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อระบบการนิเทศของพยาบาลประจำการสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การประเมินผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ โรงพยาบาลหนองคาย

2.1 ทักษะการนิเทศทางคลินิกของผู้นิเทศทางคลินิกหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อภิปรายได้ว่ารูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เน้นบทบาทผู้นิเทศ โดยผู้นิเทศทางการพยาบาลผ่านการอบรมการให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติการนิเทศทาง



คลินิกการมีคู่มือการนิเทศ คลิปวิดีโอตัวอย่างการนิเทศ มีกิจกรรม กระบวนการนิเทศที่เป็นลายลักษณ์อักษร มีคณะกรรมการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก ติดตาม เป็นที่ปรึกษาและควบคุมกำกับการนิเทศ ให้ความรู้เพิ่มเติมในการนิเทศอย่างสม่ำเสมอ มีกิจกรรมกระบวนการนิเทศ อย่างเป็นขั้นตอนในทุกสัปดาห์ สามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการนิเทศให้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้นิเทศเกิดการเรียนรู้และเข้าใจในขั้นตอนหลักการนิเทศอย่างมีระบบ ช่วยให้ผู้นิเทศมีทักษะในการนิเทศสูงขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Limtrakul (2019) ศึกษาการพัฒนารูปแบบนิเทศการพยาบาลวิสัญญีเพื่อมาตรฐานและคุณภาพบริการ โดยใช้แนวคิดของพรอคเตอร์ผลการวิจัยพบว่าหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบการนิเทศการพยาบาลวิสัญญี ระดับความรู้ ทักษะ การปฏิบัติการนิเทศ ความพึงพอใจต่อรูปแบบนิเทศ การปฏิบัติงานตามมาตรฐานการพยาบาลวิสัญญีสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ

2.2 ความพึงพอใจของผู้นิเทศทางคลินิกหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมาก ทั้ง 3 ด้าน เนื่องจากหลังพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพใหม่มีองค์ประกอบ ขั้นตอนกระบวนการนิเทศที่เป็นรูปธรรมเหมาะสมกับบริบทในหน่วยงานสามารถ ส่งผลให้ผู้นิเทศมีความมั่นใจในการนิเทศงานเพิ่มขึ้น พยาบาลวิชาชีพใหม่มีความแตกต่างกันกับช่วงวัย ผู้นิเทศทางคลินิกจึงใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพใหม่เป็นช่องทางในการสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงวิชาชีพที่ดี ลดช่องว่างในการปฏิบัติงาน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพใหม่มีความพึงพอใจและมีสมรรถนะในการปฏิบัติงาน เป็นการแสดงให้เห็นความรู้ ความสามารถของตนเองสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี 2 ปัจจัยของเฮิร์ซเบิร์ก (Herzberg, Mausner & Snyderman, 1959) อาจกล่าวได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจได้แก่ การนิเทศ การสร้างสัมพันธ์ภาพเป็นปัจจัยจำจูงให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและความพึงพอใจในการทำงานเกิดจากการต้องการการยอมรับจากผู้อื่น ลักษณะงานที่ท้าทายความสำเร็จของงาน

2.3 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพใหม่หลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เนื่องจากรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น เน้นการมีส่วนร่วมในการนิเทศ มีความเหมาะสมกับบุคลิกภาพและความต้องการของผู้รับการนิเทศ มีการฝึกปฏิบัติให้การพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลอง โดยผู้นิเทศจำลองสถานการณ์เสมือนจริง (Simulation based Learning) ผู้นิเทศกระตุ้นการเรียนรู้ของผู้รับการนิเทศโดยการสะท้อนกลับจากการปฏิบัติ (Reflective Practice) ก่อนนำไปฝึกให้การพยาบาลกับผู้ป่วยจริง สามารถช่วยเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ ภายใต้อาสาสมัครที่ปลอดภัย ทำให้เกิดการพัฒนาทักษะ การคิด การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ฝึกการยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น เกิดทักษะมีความสามารถในการทำงานเป็นทีม มีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงได้ ทำให้พยาบาลวิชาชีพใหม่ได้พัฒนาทักษะและมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Kanhadilok & Punsumreung (2016) ศึกษาเรื่อง การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง: การออกแบบการเรียนรู้ทางการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า การสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงช่วยทำให้เกิดทักษะการแก้ปัญหาการพยาบาล (Problem Solving Skill) ในระดับมาก และทำให้เกิดทักษะการตัดสินใจทางคลินิกในระดับมาก ขั้นตอนของการสะท้อนคิดช่วยให้ผู้เรียน เรียนรู้ในระดับมาก และการศึกษาของ Pangthit (2022) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อการพัฒนาความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ อายุการทำงานเฉลี่ย 3.45 ปี และต่ำสุด 1.5 ปียังเป็นช่วง Novice (ระดับผู้เริ่มต้น) ผลการวิจัยพบว่า การประเมินความรู้โดยแบบทดสอบ และประเมินทักษะ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล สรุปว่าการนิเทศทางคลินิกมีผลต่อการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลระดับผู้เริ่มต้น

2.4 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพใหม่ ต่อรูปแบบการนิเทศทางคลินิกหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมากทั้ง 3 ด้านอธิบายได้ว่าหลังการพัฒนากระบวนการนิเทศอย่างเป็นขั้นตอน



ภายใต้บรรยากาศที่ผ่อนคลาย พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ มีโอกาสแสดงความคิดเห็น วิเคราะห์ปัญหา และนำเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาได้ด้วยตัวเอง มีกิจกรรมการนิเทศที่เหมาะสมกับบุคลิกภาพและความต้องการของตนเอง ผู้นิเทศกระตุ้นการเรียนรู้ของผู้รับการนิเทศโดยการสะท้อนกลับจากการปฏิบัติ ก่อนนำไปฝึกให้การพยาบาลกับผู้ป่วยจริง พยาบาลรุ่นอายุ Generation Z ชอบที่จะเรียนรู้จากรุ่นพี่ที่ให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงสร้างสรรค์และมีเหตุผลรวมทั้งมีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน (Goh & Lee, 2018) ทำให้พยาบาลวิชาชีพจบใหม่มีโอกาสได้พัฒนาความรู้ และทักษะในประเด็นที่ตนเองต้องการศึกษา รวมทั้งมีการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน และวางแผนการพัฒนาตนเองต่อไป จึงทำให้มีความพึงพอใจสอดคล้องกับการศึกษาของ Supunpayob, Sukadisai & Amphon (2013) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า ได้แก่ การวางแผน การลงมือปฏิบัติการตามแผน การสังเกตผลการปฏิบัติงานและ การสะท้อนผลการปฏิบัติงานผลการวิจัยพบว่าผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจในการนิเทศหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของพรอคเตอร์ ที่ประยุกต์รวมกับการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และการสะท้อนกลับจากการปฏิบัติ มีผลทำให้ทักษะการนิเทศทางคลินิกของผู้นิเทศทางคลินิกและสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น ความพึงพอใจของผู้นิเทศทางคลินิกและพยาบาลวิชาชีพจบใหม่หลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น โดยพัฒนาเป็นโปรแกรมและวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย

References

- Amonprompukdee, A., Junprasert, T. & Surakarn, A. (2020). Nursing Supervision: A Scoping Review. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 30(3), 144-157. (in Thai)
- Bradley, P., King, R., Love, B., Marks, P., Murphy, S., Sharrock, J., et al. (2019). *Position Statement Clinical Supervision for Nurse & Midwives*. Retrieved May 10, 2021 from <https://www.midwives.org.au/>.
- Chinudompong, C. (2012). *The 13th HA National Forum Annual Meeting on March 13-16 (2012) Organized by the Institute for Healthcare Accreditation*. Retrieved March 4, 2021 from <https://www.hsri.or.th/researcher/notice>. (in Thai)
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G. & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-179.
- Goh, E. & Lee, C. A. (2018). *Workforce to be Reckoned with: The emerging Pivotal Generation Z Hospitality Workforce*. *International Journal of Hospitality Management* Retrieved September 26, 2022 from www.semanticscholar.org/.



- Herzberg, F., Mausner, B. & Snyderman B. B. (1959). *The Motivation to Work* (2nded). New York: John Wiley.
- Kanhadilok, S. & Malai, C. (2016). Simulation Based Learning: Design for Nursing Education. *Journal of Nursing and Education*, 9(1), 1-14. (in Thai)
- Kanhadilok, S., Punsumreung, T. & Malai, C. (2017). Evidence Based Teaching Strategies in Nursing, *Journal of Nursing and Health Care*, 35(4), 34-41. (in Thai)
- Kumraj, T., Jarenpan, J. & Loyha, S. (2012). The Development System for Excellence in Nursing Supervision at Fort Sunpasitthiprasong Hospital Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 13(3), 60-71. (in Thai)
- Limtrakul, D. (2019). Developing a Nursing Supervision Model of Anesthetist Nurse Division For Standardize and Quality of Service. *Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal*, 4(1), 56-70. (in Thai)
- NongKhai Hospital Nursing Organization. (2022). *Self-Assessment Report 2022 NongKhai Hospital Nursing Organization*, Nong Khai Hospital. (in Thai)
- Pangthit, D. (2022). *Effect of Clinical Supervision Program on Knowledge Development and Nursing Practice of Registered Nurses in Neonatal Intensive Care Unit, Sansai Hospital*. Retrieved October 4, 2022. from https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/220308164671432485.pdf. (in Thai)
- Piphatpawan, B. (2019). Role Transition from Student Nurses to Registered Nurses, *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Region*, 25(2), 52-62. (in Thai)
- Proctor, B. (2001). Training for the Supervision Alliance Attitude, Skills and Intention. In J.R. Cutcliffe, T. Butterworth & B. Proctor (Eds), *Fundamental Themes in Clinical Supervision* (pp.25-46). London: Routledge.
- Serafin, L., Danilewicz, D., Chyla, P. & Czarkowska-Paczeka, B. (2020). What is the Most Needed Competence for Newly graduated Generation z Nurses? Focus Groups Study. *Nurse Education Today*, Retried from <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104583>.
- Sinsawad, P. (2019). Effects of Learning Through Reflective Practices on Reflective Behaviors of Nursing Students. *Nursing Science Journal Siam University*, 20(39), 88-98.
- Sritragool, R. (2021). *Administrative Supervision and Clinical Supervision for Nurses*. Retrieved March 3, 2021 from <http://km.fsh.mi.th/?p=2276/>. (in Thai)
- Supunpayob, P., Sukadisai, P. & Amphon, K. (2013). Developing a Nursing Supervision Model of the Nursing Devision in Phrapokklao Hospital. *Journal of Nursing and Education*, 6(1), 12-26. (in Thai)
- Tantisuk, W. (2013). *The Development of Participatory Clinical Supervision Pattern of Registered Nurses at the Private Hospital in Bangkok*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration School of Nursing, Christian University of Thailand. (in Thai)
- Tianthong, H. (2013). *Nursing supervision*. Retrieved March 4, 2021 from <http://www.Med.cmu.sc.th/hospital/nis>. (in Thai)



- Ubas-Sumagasyay, N. A. & Flores Oducado, R. M. (2020). Perceived Competence and Transition Experience of New Graduate Filipino Nurses. *Journal Keperawatan Indonesia*, 23(1), 48-63.
- Winstanley, J. & White, E. (2011). The MCSS-26: Revision of The Manchester Clinical Supervision Scale Using the Rasch Measurement Model. *Journal of Nursing Measurement*, 19(3), 160-178.



ความชุกของความเครียด และปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความเครียดของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง
จังหวัดนครศรีธรรมราช

Prevalence of Stress and Associated Factors of Stress among Informal Brick
Construction Workers in Naknon Si Thammarat

พิกุลทิพย์ ขุนเศรษฐ¹, ธนวรรณ สงประเสริฐ^{1*}

Pikuntip Kunset¹, Thanawan Songprasert^{1*}

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์^{1*}

School of Nursing, Walailak University^{1*}

(Receive: July 11, 2022; Revised: March 18, 2023; Accepted: March 25, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวางนี้เพื่อศึกษาความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความเครียดของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง กลุ่มตัวอย่างคือพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 140 คน เก็บข้อมูลระหว่างตุลาคม ถึงธันวาคม 2562 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินการสัมผัสปัจจัยคุกคาม สุขภาพจากการทำงาน มีค่า CVI เท่ากับ 0.85 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.80 และ 3) แบบประเมิน ความเครียด ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค มากกว่า 0.70 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา การทดสอบค่าไคส แควร์ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (Binary Logistic Regression) ผลการวิจัยพบว่า

ร้อยละ 62.90 ของกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดระดับสูงถึงรุนแรง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย การดื่มสุรา และการดื่มกาแฟ และ 2) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมจากการทำงาน ได้แก่ สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ และด้านจิต สังคม โดยตัวแปรที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อระดับความเครียดของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง ประกอบด้วย ดัชนีมวลกาย ระดับอ้วน (AOR = 10.19, 95%CI: 3.09, 33.57) การสัมผัสสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพระดับปานกลางและระดับสูง (AOR = 42.68, 95%CI: 6.92, 263.19) และ 7.58, 95%CI: 1.07, 53.34) และการสัมผัสสิ่งแวดล้อมทางจิตสังคม ระดับสูง (AOR = 7.83, 95%CI: 1.06, 57.56) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น เพื่อส่งเสริมและปกป้องสุขภาพของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง พยาบาลอาชีวอนามัย รัฐบาล เจ้าของ สถานประกอบการ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรออกแบบกิจกรรมส่งเสริมและปกป้องสุขภาพของพนักงาน สนับสนุน การดูแลตนเองเพื่อควบคุมดัชนีมวลกาย และสร้างสิ่งแวดล้อมการทำงานด้านกายภาพ และจิตสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพ ของพนักงาน

คำสำคัญ: ความเครียด, พนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง, สิ่งแวดล้อมการทำงาน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Thanawansongprasert@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 082-4535512)



Abstract

Brick construction workers are mostly informal workers who mainly use manual labor. Most work in small household projects with limited access to occupational health, health welfare and safety measures. As a result, most of those workers suffer from health problems, including stress. This descriptive cross-sectional study research aimed to study the prevalence and factors related to stress among bricklayers and other construction workers. The sample was 140 brick construction workers in Nakhon Si Thammarat Province. Data were collected from October to December 2019. The research instruments consisted of 1) a personal information questionnaire, 2) an occupational health hazard exposure questionnaire (CVI of 0.85 and Cronbach alpha coefficient of 0.80), as well as 3) a Suanprung stress test questionnaire (Cronbach alpha coefficient greater than 0.70). Data were analyzed by descriptive statistics, chi-square test, and binary logistic regression.

The results found that 62.90% of the participants had high to severe stress. Factors significantly associated with stress comprised 1) personal factors including age, education level, body mass index, alcohol, and coffee drinking, as well as 2) work environment factors including physical, biological, and psychosocial work environments. Factors that increased the risk of high to severe stress significantly at $p\text{-value} < 0.05$, including Body Mass Index (BMI) (AOR = 10.19, 95%CI 3.09, 33.57), exposed moderated physical work environment (AOR = 42.68, 95% CI 6.92, 263.19), and high physical work environment (AOR = 7.58, 95% CI 1.07, 53.34), as well as psychological work environment (AOR = 7.83, 95%CI 1.06, 57.56). Therefore, to promote and protect the health of brick construction workers, occupational health nurses, government, business owners, and other relevant personnel should design activities to promote and protect workers' health. Self-care support to control body mass index and provide a physical working and psychological work environment should be helpful to those workers' health.

Keywords: Stress, Brick Construction, Informal Workers, Work Environments, Occupational Health

บทนำ

การผลิตอิฐก่อสร้างเป็นอุตสาหกรรมผลิตอิฐเก่าแก่ ที่มีการดำเนินการมาอย่างยาวนานในประเทศไทยและกำลังเป็นที่ต้องการอย่างต่อเนื่อง จากการขยายของภาคธุรกิจก่อสร้างอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ความต้องการอิฐเพิ่มสูงขึ้น โรงงานอุตสาหกรรมผลิตอิฐก่อสร้างในประเทศไทยส่วนใหญ่อยู่ในเขตภาคใต้ ภาคกลาง และภาคเหนือ (Department of industrial works, 2021) จังหวัดนครศรีธรรมราชมีจำนวนโรงงานผลิตอิฐมากที่สุดในภาคใต้ เนื่องจากมีวัตถุดิบที่มีคุณภาพจำนวนมาก ซึ่งพื้นที่ตำบลปากพูน อำเภอเมือง มีจำนวนโรงงานผลิตอิฐก่อสร้างที่จดทะเบียนโรงงานมากที่สุดจำนวน 18 โรงงาน มีพนักงานทั้งสิ้นจำนวน 186 คน (Department of Industrial Works, 2019)

กระบวนการผลิตอิฐก่อสร้าง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมดินโดยนำดินเหนียวมาผสมน้ำแล้วแช่ไว้ในบ่อ 2-3 วัน และผสมเกลบในดินที่หมักไว้ 2) การขึ้นรูปดิน ด้วยการนวดดินประมาณ 3-4 ชั่วโมงอัดดินลงในแบบไม้ ใช้เครื่องรีดและตัดอิฐเป็นก้อน 3) การตากอิฐ โดยผึ่งในที่ร่มประมาณ 2-3 วัน จากนั้นนำไปตากแดด 3-10 วัน 4) การเผาอิฐ โดยนำอิฐไปเผาในโรงเผาอิฐใช้เวลา 7-15 วัน และ 5) การจำหน่ายอิฐโดยลำเลียงอิฐเพื่อจัด



จำหน่าย ซึ่งการปฏิบัติงานในแต่ละวันพนักงานต้องปฏิบัติงานในหลายขั้นตอน แม้ว่าการผลิตอิฐจะทำมาหลายศตวรรษแต่การปั้นด้วยมือยังเป็นวิธีการพื้นฐานของการผลิตอิฐ ทุกกระบวนการผลิตอิฐ เผาอิฐ จัดเก็บ และขนถ่าย ยังคงใช้แรงงานคนเป็นหลัก และดำเนินการในอาคารเดียวกัน ไม่มีการแยกส่วนอย่างชัดเจน นอกจากนี้จากการที่อุตสาหกรรมผลิตอิฐก่อสร้างส่วนใหญ่เป็นอุตสาหกรรมขนาดเล็ก หรืออุตสาหกรรมในครัวเรือน ที่มีลักษณะการจ้างงานไม่เป็นทางการ พนักงานส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบ ที่ยังขาดการคุ้มครองและสวัสดิการด้านสุขภาพ ต้องปฏิบัติงานในสถานประกอบการที่มีข้อจำกัดด้านมาตรฐานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุหลักที่จะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพและความปลอดภัยจากการทำงานอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Nguyen, & Khai, 2014)

พนักงานผลิตอิฐก่อสร้างต้องใช้เวลา 1 ใน 3 ของชีวิตอยู่ในที่ทำงาน แต่พบว่าพนักงานต้องทำงานสัมผัสอันตรายและสิ่งคุกคามทางสุขภาพในหลากหลายด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านกายภาพ จากการสัมผัสกับความร้อนในกระบวนการเผาอิฐ และจากแสงแดดในกระบวนการเตรียมดิน และตากดิน รวมถึงต้องสัมผัสเสียงดังจากเครื่องจักรและเครื่องยนต์ที่เข้าออกเพื่อขนส่งอิฐ 2) ด้านเคมี พนักงานต้องเผชิญกับฝุ่นละอองและก๊าซที่เป็นอันตรายจากการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ ได้แก่ คาร์บอนมอนอกไซด์ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ ไนโตรเจนออกไซด์ ควันทันจากเครื่องจักรเครื่องยนต์ รวมถึงฝุ่นหินซิลิกาซึ่งสารเหล่านี้เป็นทั้งสารระคายเคืองและสารก่อมะเร็ง เมื่อได้รับระยะเวลานานจะทำให้เนื้อเยื่อปอดเกิดพังผืดหรือแผลเป็นส่งผลให้ปอดเสื่อมสมรรถภาพ เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด ปอดซิลิโคซิส และอาจก่อให้เกิดมะเร็ง (Thygeson, Sanjel, & Johnson, 2016) นอกจากนี้ฝุ่นยังก่อให้เกิดอาการระคายเคืองของผิวหนัง 3) ด้านชีวภาพ จากการสัมผัสเชื้อรา หรือแบคทีเรียในแกลบหรือฟืนที่เก็บไว้เพื่อผสมดินและเผาอิฐซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาระบบทางเดินหายใจและระบบผิวหนัง รวมถึงอันตรายจากสัตว์มีพิษกัดต่อย 4) ด้านจิตสังคม พนักงานต้องทำงานที่ใช้แรงงานเป็นหลัก เร่งรีบ และกดดันเนื่องจากพนักงานต้องเร่งผลิตอิฐตามความต้องการที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาการจ้างงานที่ไม่มั่นคง และมีปัญหาสัมพันธภาพทั้งกับเพื่อนร่วมงาน และนายจ้าง (Lay, Saunders, Lifshen, Breslin, LaMontagne, Tompa et al., 2016; Najar, Zargar, Manzoor, Bashir, & Khan, 2021; Thygeson, Sanjel, & Johnson, 2016) 5) ด้านการยศาศสตร์ พนักงานต้องปฏิบัติงานในท่าทางการทำงานเดิม ๆ ซ้ำ ๆ ต้องปฏิบัติงานในท่ายืนนาน ๆ มีการยกของหนักอย่างต่อเนื่อง ก้มตัว งอตัว เอี้ยวตัว นั่งยอง ซึ่งส่งผลต่อการเกิดปัญหาของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (Das, 2014; Mazokopakis, 2019; Thanee, 2021) ซึ่งปัจจัยคุกคามสุขภาพดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพนักงานทั้งทางร่างกาย และจิตใจโดยเฉพาะปัญหาความเครียด

ความเครียดหากอยู่ในระดับพอที่จะส่งผลให้ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานดีขึ้น เนื่องจากจะทำให้คนทำงานมีความกระตือรือร้น ตั้งใจทำงาน และมีแรงกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาตนเอง (Unlamai, Thermtiptaweekul, & Chienwattanasook, 2018) แต่หากไม่สามารถควบคุมได้ก็จะส่งผลอย่างรุนแรงถึงขั้นทำให้บุคคลไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (Chintanapamote, & Sittisarunkul, 2019) กลไกการเกิดความเครียดเกิดจากร่างกายได้รับสิ่งเร้า มีการหลั่งคอร์ติซอลฮอร์โมนไปกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก กระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่งฮอร์โมนอะดรีนาลินเพิ่มขึ้นในกระแสเลือดมากกว่าภาวะปกติ ร่างกายจะตอบสนองก่อให้เกิดความเครียดเฉียบพลัน ภาวะเครียดส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่จะเปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ การรับประทานอาหารมากขึ้นหรือลดลง การเบื่องาน ขาดงาน ลางาน ดิสุรยาเสพติด หากไม่สามารถจัดการได้ในระยะยาวก็จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาเรื้อรังหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงระบบประสาท (Machado, Herrera, de Pablos, & Espinosa-Oliva, 2014; Magnavita, Capitanelli, Garbarino, & Pira, 2018)



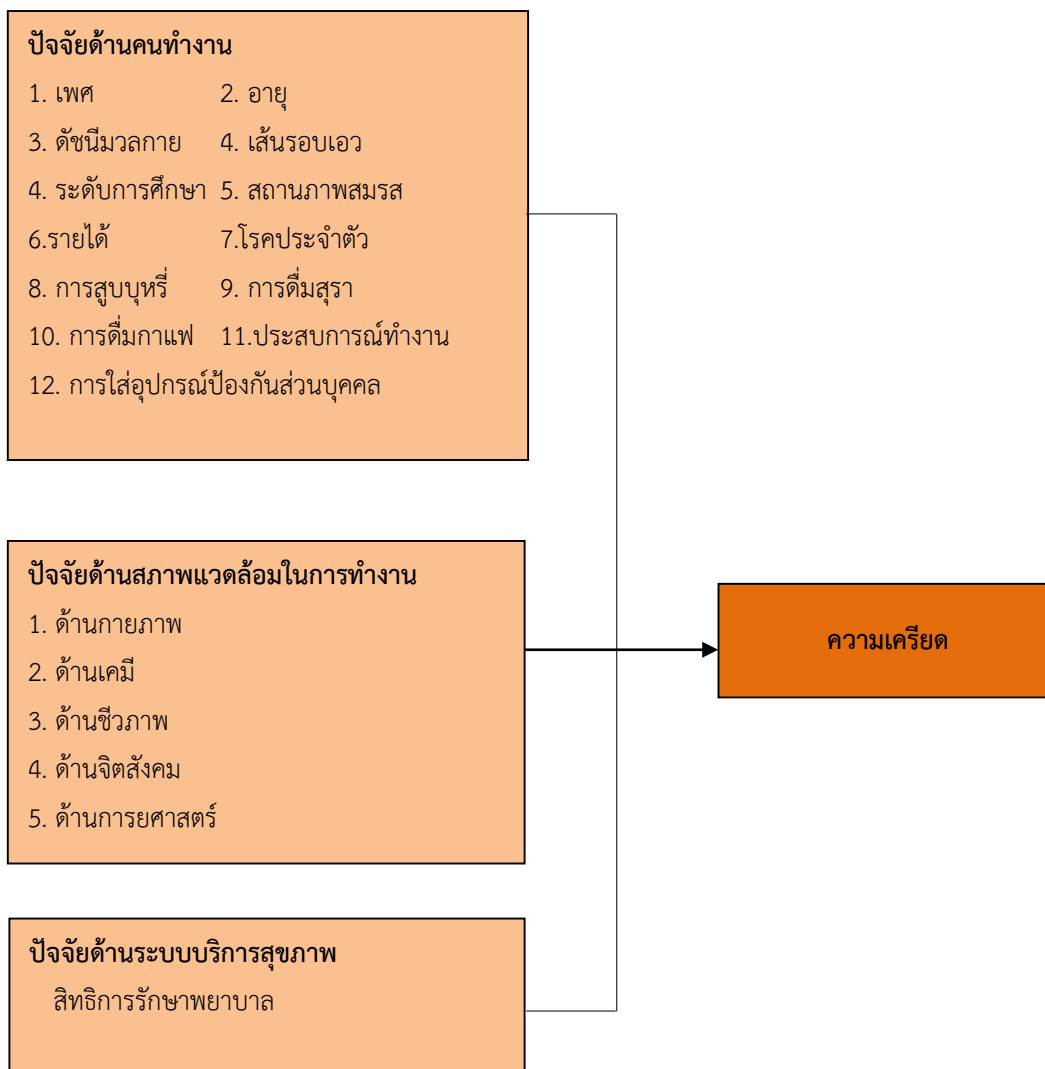
พนักงานผลิตอิฐก่อสร้างเป็นประชากรวัยแรงงาน จัดเป็นกลุ่มอาชีพที่สำคัญยิ่งในภาคธุรกิจก่อสร้าง และเป็นกำลังหลักของครอบครัว เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพขึ้นนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวพนักงานแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และระบบเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากทำให้มีการขาดและลางานสูงขึ้น ความสามารถในการทำงานลดลง สูญเสียคุณภาพชีวิต เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานถึงขั้นทุพพลภาพ ที่ผ่านมามีการศึกษาวิจัยในกลุ่มอาชีพพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง แต่พบว่าการศึกษาล้วนเน้นศึกษาปัญหาสุขภาพทางกาย (Das, 2014; Thanee, 2021) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพนักงานผลิตอิฐก่อสร้างเป็นกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงอย่างสูงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลอาชีวอนามัยซึ่งมีบทบาทหลักในการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพ และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ประกอบอาชีพ (World Health Organization, 2001) จึงสนใจศึกษาความชุกของความเครียด และปัจจัยทำนายความเครียดของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพของคนทำงาน ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านคนทำงาน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมการทำงาน และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ (World Health Organization, 2018) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวระบุว่าสุขภาพของคนทำงานเป็นผลมาจากหลายปัจจัย ดังนั้นการศึกษารอบคลุมจะเป็นประโยชน์ต่อการนำผลการศึกษามาใช้ประกอบการวางแผนส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มพนักงานผลิตอิฐก่อสร้างได้อย่างครอบคลุม สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหา ความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มพนักงานผลิตอิฐก่อสร้างในทุกประเด็น ซึ่งนอกจากเป็นการสร้างเสริมให้พนักงานมีสุขภาพที่ดี เพิ่มประสิทธิภาพของการทำงาน ลดการเจ็บป่วย การขาด ลางาน ลดอุบัติเหตุ เพิ่มคุณภาพชีวิต รวมถึงลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และส่งเสริมระบบเศรษฐกิจของประเทศ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของความเครียดในพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความเครียดของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การที่คนทำงานจะมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยเป็นตัวกำหนด World Health Organization (2018) ระบุว่าปัจจัยกำหนดสุขภาพของคนทำงาน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านคนทำงาน ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ดังรายละเอียด 1) ปัจจัยด้านคนทำงาน (Workers) เป็นปัจจัยระดับบุคคลที่ส่งผลให้คนทำงานมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การดื่มกาแฟ ประสบการณ์การทำงาน และการใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมการทำงาน (Work Environment) ประกอบด้วยสภาพแวดล้อมด้านกายภาพ ด้านเคมี ด้านชีวภาพ ด้านจิตสังคม และด้านการยศาสตร์ และ 3) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย สิทธิการรักษาพยาบาล การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาความชุกของความเครียด และปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความเครียดของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ Determinant of health (World Health Organization, 2018) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ประกอบอาชีพผลิตอิฐก่อสร้าง ที่ปฏิบัติงานในโรงงานผลิตอิฐก่อสร้าง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 186 คน (Department of Industrial Works, 2019)

กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานผลิตอิฐก่อสร้างที่ปฏิบัติงานโรงงานผลิตอิฐก่อสร้าง ในจังหวัดนครราชสีมา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติที่สอดคล้องกับเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) อายุระหว่าง 18-70 ปี 2) ประสบการณ์ทำงาน 1 ปีขึ้นไป 3) สามารถสื่อสาร เข้าใจความหมายภาษาไทย 4) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชหรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และ 5) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) เจ็บป่วยรุนแรงเป็นอุปสรรค



ต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และ 2) ขอถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ทั้งสิ้น จำนวน 127 คน และเพื่อป้องกันการขาดหายของข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการวิจัย จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 140 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามชนิดให้ตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การดื่มกาแฟ ประสบการณ์การทำงาน การใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และสิทธิการรักษาพยาบาล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิดจำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การสัมผัสปัจจัยคุกคามทางสุขภาพจากการทำงาน (Chanprasit, Kaewthummanukul, Songkham, & Chareonsup, 2010) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมการทำงาน 5 ด้าน ได้แก่ กายภาพ เคมี ชีวภาพ จิตสังคม และการยศาสตร์ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ การแปลค่าคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สัมผัสปัจจัยคุกคามทางสุขภาพระดับต่ำ ปานกลาง และสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียดสวนปรง (Suanprung Stress Test 20: SPST-20) ของ (Department of Mental Health, 2016) มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่รู้สึกเครียด รู้สึกเครียดเล็กน้อย รู้สึกเครียดปานกลาง รู้สึกเครียดมาก และรู้สึกเครียดมากที่สุด โดยแบบประเมินจำแนกความเครียดเป็น 4 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0-23 คะแนน) ระดับปานกลาง (24-41 คะแนน), ระดับสูง (42-61 คะแนน) และระดับรุนแรง (62 ปีขึ้นไป)

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้จำแนกค่าคะแนนความเครียดออกเป็น 2 ระดับตามผลกระทบที่เกิดขึ้น คือ 1) ความเครียดระดับน้อยถึงปานกลาง (ค่าคะแนน 0-41 คะแนน) หมายถึง มีความเครียดระดับไม่อันตราย เนื่องจากมีระดับความเครียดที่ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ เป็นระดับที่มีประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นแรงจูงใจที่จะนำไปสู่การประสบความสำเร็จในชีวิตได้ และ 2) ความเครียดระดับสูงถึงรุนแรง (ค่าคะแนน 42-100 คะแนน) หมายถึง มีความเครียดระดับอันตราย ส่งผลเสียต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ควรได้รับการบำบัดหรือช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 2 ด้าน ประกอบด้วย 1) ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านอาชีวอนามัย 2 ท่าน และด้านจิตเวช 1 ท่าน พิจารณาเนื้อหา โครงสร้างแบบสอบถาม และปรับปรุงสำนวนภาษาให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย มีค่า CVI เท่ากับ 0.85 และ 2) ความน่าเชื่อถือ (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน ไปทดลองใช้กับพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างและมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.80 และแบบประเมินความเครียด มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) มากกว่า 0.70 (Department of Mental Health, 2016) ตามลำดับ



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. เตรียมผู้วิจัย ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 2 คน
2. ผู้วิจัยชี้แจงทำความเข้าใจกับเจ้าของโรงงานผลิตอิฐก่อสร้างเพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลการวิจัยโดยตกลงนัดวันเวลาที่ไม่ว่างทับกับเวลาการทำงาน
3. ภายหลังได้รับอนุญาตจากเจ้าของสถานประกอบการ ผู้วิจัยประสานขอเข้าพบพนักงานผลิตอิฐก่อสร้างเพื่ออธิบายข้อมูลประเด็นความสำคัญของการศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. นัดวันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อถึงวันนัดผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนที่ได้ให้ข้อมูลไว้ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีต่อ 1 คน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ และตรวจสอบข้อมูลที่ได้มีความครบถ้วนสมบูรณ์
5. ผู้เข้าร่วมโครงการที่มีค่าคะแนนความเครียดระดับสูงถึงรุนแรง ผู้วิจัยให้ข้อมูล และแผ่นพับความรู้วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองได้แก่ การฝึกการหายใจผ่อนคลายความเครียด การพูดคุยระบายความเครียดกับผู้ที่ไว้วางใจ การหาสาเหตุที่ทำให้เครียดและหาวิธีการแก้ไข กรณีผู้เข้าร่วมโครงการไม่สามารถจัดการความเครียดได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยให้หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อเพื่อขอคำปรึกษา ได้แก่ ความรู้สุขภาพจิต 1667 และ Hot Line 1323

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและระดับความเครียดโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและการสัมผัสปัจจัยคุกคามทางสุขภาพจากการทำงานที่มีผลต่อความเครียดด้วยการทดสอบค่าไคสแควร์ (Chi-Square) และปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้างด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (Binary Logistic Regression) วิเคราะห์ Crude OR และ Adjusted OR โดยตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดภายหลังจากการวิเคราะห์ด้วยการทดสอบค่าไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ หนังสือรับรองโครงการวิจัย เลขที่ WUEC-19-088-01 อนุมัติ 4 มิถุนายน 2562 ถึง 3 มิถุนายน 2563

ผลการวิจัย

1. ความชุกของระดับความเครียดของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง



ตาราง 1 ความชุกของระดับความเครียดของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง (n=140)

ระดับความเครียด				ระดับความเครียดจำแนกตามกลุ่ม	
จำนวน (ร้อยละ)				จำนวน (ร้อยละ)	
น้อย	ปานกลาง	สูง	รุนแรง	น้อยถึงปานกลาง	สูงถึงรุนแรง
0-23 คะแนน	24-41 คะแนน	42-61คะแนน	62คะแนนขึ้นไป	0-41คะแนน	42-100 คะแนน
12(8.50)	40(28.60)	60(42.90)	28(20.00)	52(37.10)	88(62.90)
$M= 47.19$ คะแนน, $SD=16.627$, $Min=20$ คะแนน, $Max=84$ คะแนน					

จากตาราง 1 พบว่าความชุกของระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามระดับความเครียดได้ 4 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 42.90 รองลงมาคือความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 28.60 ตามลำดับ และเมื่อจำแนกระดับความเครียดออกเป็น 2 ระดับตามผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง ร้อยละ 62.90 (ตาราง 1)

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความเครียดของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพกับระดับความเครียด (n=140)

ปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ	รวม จำนวน (ร้อยละ)	ความเครียดระดับ น้อยถึงปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ความเครียด ระดับสูงถึง รุนแรง จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
เพศ				0.072	0.789
ชาย	45(32.10)	16 (35.60)	29 (64.40)		
หญิง	95(67.90)	36 (37.90)	59 (62.10)		
อายุ (ปี)				5.093	0.024*
18-35	29 (20.70)	16 (55.20)	13 (44.80)		
36-70	111 (79.30)	36 (32.40)	75 (67.60)		
ค่าเฉลี่ย 44.00 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=10.73, ค่าต่ำสุด=18 ปี, ค่าสูงสุด=70 ปี					
ระดับการศึกษา				6.369	0.041*
ประถมศึกษา	38 (27.10)	12 (31.60)	26 (68.40)		
มัธยมศึกษา	85 (60.70)	29 (34.10)	56 (65.90)		
ปวช./ปวส./ปริญญาตรี	17 (12.20)	11 (64.70)	6 (35.30)		
สถานภาพสมรส				0.510	0.475
โสด/หม้าย/หย่าร้าง	62 (44.30)	21 (33.90)	41 (66.10)		
คู่	78 (55.70)	31 (39.70)	47 (60.30)		
ดัชนีมวลกาย (Kg/m ²)				8.385	0.015*
ปกติ (15-22.9)	50 (35.70)	25 (50.00)	25 (50.00)		
น้ำหนักเกิน (23.00-24.90)	28 (20.00)	12 (42.90)	16 (57.10)		



ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ	รวม จำนวน (ร้อยละ)	ความเครียดระดับ น้อยถึงปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ความเครียด ระดับสูงถึง รุนแรง จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
อ้วน (25)	62 (44.30)	15 (24.20)	47 (75.80)		
ค่าเฉลี่ย 25.24 Kg/m ² , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=4.70, ค่าต่ำสุด=15.78 Kg/m ² , ค่าสูงสุด=36.90 Kg/m ²					
โรคประจำตัว				1.516	0.218
มี	66 (47.10)	21 (31.80)	45 (68.20)		
ไม่มี	74 (52.90)	31 (41.90)	43 (58.10)		
รายได้ต่อเดือน (บาท)				0.272	0.602
< 5,000	50 (35.70)	20 (40.00)	30 (60.00)		
≥ 5,000	90 (64.30)	32 (35.60)	58 (64.40)		
ค่าเฉลี่ย 5,315.43 บาท, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=3,185.90, ค่าต่ำสุด=2,000 บาท, ค่าสูงสุด=30,000 บาท					
การดื่มสุรา				4.019	0.045*
ไม่ดื่ม	118 (84.30)	48 (40.70)	70 (59.30)		
ดื่ม	22 (15.70)	4 (18.20)	18 (81.80)		
การดื่มกาแฟ				12.293	<0.001**
ไม่ดื่ม	52 (37.10)	29 (55.80)	23 (44.20)		
ดื่ม	88 (62.90)	23 (26.10)	65 (73.90)		
การสูบบุหรี่				0.047	0.828
ไม่สูบ	109 (77.90)	41 (37.60)	68 (62.40)		
สูบ	31 (22.10)	11 (35.50)	20 (64.50)		
ประสบการณ์การทำงาน				0.828	0.363
น้อยกว่า 10 ปี	93 (66.40)	37 (39.80)	56 (60.20)		
10 ปีขึ้นไป	47 (33.60)	15 (31.90)	32 (68.10)		
การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล				0.510	0.475
ใช้	20(14.30)	6(30.00)	14(70.00)		
ไม่ใช้	120(85.70)	46(38.30)	74(61.70)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value}<0.05$; ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value}<0.001$

จากตาราง 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.90 อายุเฉลี่ย 44.00 ปี ($SD=10.727$) ร้อยละ 60.70 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.70 มีสถานภาพสมรสคู่ มีดัชนีมวลกายระดับ อ้วน ร้อยละ 44.30 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.10 ระบุว่าตนเองมีโรคประจำตัว มีรายได้เฉลี่ย 5,315.43 บาทต่อเดือน ($SD=3,185.90$) ด้านการดื่มสุราพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 84.30 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 62.90 มีพฤติกรรมดื่มกาแฟทุกวัน และมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ เพียงร้อยละ 22.10 สำหรับการได้รับการอบรมความเสี่ยงจากการทำงานและการป้องกัน ร้อยละ 97.90 ไม่ได้รับการอบรม และสิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 93.60



เมื่อพิจารณาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย การดื่มสุรา และการดื่มกาแฟ มีความสัมพันธ์ต่อความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัสปัจจัยคุกคามทางสุขภาพจากการทำงานต่อระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง (n=140)

ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงาน	รวม จำนวน (ร้อยละ)	ความเครียดระดับ น้อยถึงปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ความเครียด ระดับสูงถึงรุนแรง จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ				20.408	<0.001**
ระดับน้อย	21 (15.00)	17 (81.00)	4 (19.00)		
ระดับปานกลาง	64 (45.70)	18 (28.10)	46 (71.90)		
ระดับสูง	55 (39.30)	17 (30.90)	38 (69.10)		
สิ่งแวดล้อมด้านเคมี				2.855	0.240
ระดับน้อย	30 (21.40)	14 (46.70)	16 (53.30)		
ระดับปานกลาง	58 (41.50)	23 (39.70)	35 (60.30)		
ระดับสูง	52 (37.10)	15 (28.80)	37 (71.20)		
สิ่งแวดล้อมด้านชีวภาพ				11.071	0.004*
ระดับน้อย	60 (42.90)	30 (50.00)	30 (50.00)		
ระดับปานกลาง	36 (25.70)	14 (38.90)	22 (61.10)		
ระดับสูง	44 (31.40)	8 (18.20)	36 (81.80)		
สิ่งแวดล้อมด้านจิตสังคม				10.116	0.006*
ระดับน้อย	45 (32.10)	25 (55.60)	20 (44.40)		
ระดับปานกลาง	47 (33.60)	15 (31.90)	32 (68.10)		
ระดับสูง	48 (34.30)	12 (25.00)	36 (75.00)		
สิ่งแวดล้อมด้านการยศาสตร์				5.105	0.078
ระดับน้อย	17 (12.10)	7 (41.20)	10 (58.80)		
ระดับปานกลาง	47 (33.60)	23 (48.90)	24 (51.10)		
ระดับสูง	76 (54.30)	22 (28.90)	54 (71.10)		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$; * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$

จากตาราง 3 การศึกษาการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างสัมผัสสิ่งแวดล้อมการทำงานด้านกายภาพ ระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 45.70, ด้านเคมี ระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 41.50, ด้านชีวภาพ ระดับน้อย ร้อยละ 42.90, ด้านจิตสังคม ระดับสูง ร้อยละ 34.30 และด้านการยศาสตร์ ระดับสูง ร้อยละ 54.30 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานต่อระดับความเครียด พบว่า สิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ, สิ่งแวดล้อมด้านชีวภาพ และสิ่งแวดล้อมด้านจิตสังคม



ตาราง 4 ปัจจัยเสี่ยงและป้องกันที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง (n=140)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	จำนวน (%)		Crude OR (95% CI)	p-value
	ความเครียดระดับ น้อยถึงปานกลาง	ความเครียด ระดับสูงถึงรุนแรง		
อายุ (ปี)				
18-35	16 (55.20)	13 (44.80)	1	
36-70	36 (32.40)	75 (67.60)	2.56 (1.11, 5.89)	0.027*
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	12 (31.60)	26 (68.40)	1	
มัธยมศึกษา	29 (34.10)	56 (65.90)	0.89 (0.39, 2.01)	0.783
ประกาศนียบัตร/ปริญญาตรี	11 (64.70)	6 (35.30)	0.25 (0.07, 0.84)	0.025*
ดัชนีมวลกาย (Kg/m²)				
ปกติ	25 (50.00)	25 (50.00)	1	
น้ำหนักเกิน	12 (42.90)	16 (57.10)	1.33 (0.52, 3.38)	0.545
อ้วน	15 (24.20)	47 (75.80)	3.13 (1.40, 6.99)	0.005*
การดื่มสุรา				
ไม่ดื่ม	48 (40.70)	70 (59.30)	1	
ดื่ม	4 (18.20)	18 (81.80)	3.08 (0.98, 9.68)	0.054
การดื่มกาแฟ				
ไม่ดื่ม	29 (55.80)	23 (44.20)	1	
ดื่ม	23 (26.10)	65 (73.90)	3.56 (1.72, 7.35)	0.001*
สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ				
ระดับน้อย	17 (81.00)	4 (19.00)	1	
ระดับปานกลาง	18 (28.10)	46 (71.90)	10.86 (3.21, 36.71)	<0.001**
ระดับสูง	17 (30.90)	38 (69.10)	9.50 (2.77, 32.50)	<0.001**
สิ่งแวดล้อมด้านชีวภาพ				
ระดับน้อย	30 (50.00)	30 (50.00)	1	
ระดับปานกลาง	14 (38.90)	22 (61.10)	1.57 (0.67, 3.63)	0.291
ระดับสูง	8 (18.20)	36 (81.80)	4.50 (1.79, 11.27)	0.001
สิ่งแวดล้อมด้านจิตสังคม				
ระดับน้อย	25 (55.60)	20 (44.40)	1	
ระดับปานกลาง	15 (31.90)	32 (68.10)	2.66 (1.14, 6.23)	0.024*
ระดับสูง	12 (25.00)	36 (75.00)	3.75 (1.55, 9.03)	0.003*

จากตาราง 4 พบว่าความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อระดับความเครียดทั้ง 2 ระดับ โดยการวิเคราะห์หาค่า Crude OR พบว่า มีปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด 5 ปัจจัย ได้แก่ อายุ 36-70 ปี (Crude OR = 2.56, 95%CI: 1.11, 5.89) ดัชนีมวลกายระดับอ้วน (Crude OR = 3.13, 95%CI: 1.40, 6.99) การดื่มกาแฟ



(Crude OR = 3.56, 95%CI: 1.72, 7.35) สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพระดับปานกลางและระดับสูง ครอบคลุมประเด็น ความร้อนในที่ทำงาน เสียงดัง ความสั่นสะเทือนและแสงสว่างที่ไม่เพียงพอ (Crude OR = 10.86, 95%CI: 3.21, 36.71 และ 9.50, 95%CI: 2.77, 32.50) และสิ่งแวดล้อมด้านจิตสังคมระดับปานกลางและระดับสูง ประกอบด้วย ระยะเวลาในการทำงาน ความเร่งรีบของงาน ระดับความยากของงาน ค่าตอบแทน และสัมพันธภาพในที่ทำงาน (Crude OR = 2.66, 95%CI: 1.14, 6.23 และ 3.75, 95%CI: 1.55, 9.03) สำหรับปัจจัยป้องกันจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ระดับการศึกษาประกาศนียบัตรหรือปริญญาตรีมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด (Crude OR = 0.25, 95%CI: 0.07, 0.84)

ตาราง 5 ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับความเครียดของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง (n=140)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	B	S.E.	Adjusted OR (95% CI)	p-value
อายุ 36-70 ปี	0.39	0.63	1.47 (0.42, 5.17)	0.540
การศึกษามัธยมศึกษา	1.28	0.66	3.62 (0.99, 13.22)	0.051
การศึกษาประกาศนียบัตร/ปริญญาตรี	0.55	1.06	1.73 (0.21, 14.11)	0.606
ดัชนีมวลกายระดับน้ำหนักเกิน	1.02	0.63	2.78 (0.80, 9.60)	0.105
ดัชนีมวลกายระดับอ้วน	2.32	0.60	10.19 (3.09, 33.57)	<0.001**
การดื่มสุรา	0.05	0.746	1.05 (0.24, 4.54)	0.945
การดื่มกาแฟ	1.32	0.64	3.77 (1.06, 13.35)	0.039*
สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพระดับปานกลาง	3.75	0.92	42.68 (6.92, 263.19)	<0.001**
สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพระดับสูง	2.02	0.99	7.58 (1.07, 53.34)	0.042*
สิ่งแวดล้อมด้านชีวภาพปานกลาง	-0.29	0.70	0.74 (0.18, 2.96)	0.680
สิ่งแวดล้อมด้านชีวภาพระดับสูง	0.57	0.98	1.77 (0.26, 12.07)	0.560
สิ่งแวดล้อมด้านจิตสังคมระดับปานกลาง	1.24	0.66	3.48 (0.93, 12.93)	0.062
สิ่งแวดล้อมด้านจิตสังคมระดับสูง	2.05	1.01	7.83 (1.06, 57.56)	0.043*
Constant	-6.28			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$ และ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ Nagelkerke $R^2 = 0.488$

จากตาราง 5 ผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันด้วยการวิเคราะห์ด้วย Binary Logistic Regression วิธี Enter และเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปร พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อระดับความเครียดของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง มี 4 ปัจจัย ได้แก่ ดัชนีมวลกายระดับอ้วน (AOR = 10.19, 95%CI: 3.09, 33.57) การดื่มกาแฟ (AOR = 3.77, 95%CI: 1.06, 13.35) สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพระดับปานกลางและระดับสูง (AOR = 42.68, 95%CI: 6.92, 263.19 และ 7.58, 95%CI: 1.07, 53.34) และ สิ่งแวดล้อมด้านจิตสังคมระดับสูง (AOR = 7.83, 95%CI: 1.06, 57.56)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเครียดในระดับสูงถึงรุนแรง ร้อยละ 62.90 จากบริบทการทำงานของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้างซึ่งส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบ ที่มีการจ้างงานไม่แน่นอน รายได้ไม่มั่นคง และค่อนข้างต่ำ พนักงานขาดความคุ้มครองและสวัสดิการด้านสุขภาพ มีเงินออมน้อยและมีปัญหาหนี้สิน พนักงานต้องทำงานหนัก โดยใช้แรงงานคนเป็นหลัก ภายใต้แรงกดดันที่ต้องแข่งกับเวลา ภายใต้สิ่งแวดล้อมการทำงาน ส่งผลต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะความเครียดจากการทำงานอย่างหนักเสี่ยงไม่ได้ (Devi, &



Kiran, 2016; Kawakami, Khai, & Kogi, 2012) การศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของแรงงานนอกระบบ พบว่าพนักงานส่วนใหญ่เกิดความเครียด จากการขาดหลักประกันทางสุขภาพ พนักงานต้องทำงานหนักอย่างเร่งรีบ ภายใต้สภาพแวดล้อมและเครื่องมือในการทำงานที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ พนักงานส่วนใหญ่ระบุว่าลักษณะการทำงานส่งผลให้ตนไม่มีเวลาในการดูแลครอบครัวซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ Sawangwan & Jariya (2021) ที่ศึกษาความเครียดในการทำงานของกรรมกรก่อสร้าง ซึ่งเป็นกลุ่มแรงงานนอกระบบและมีบริบทการทำงานใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่าพนักงานมีความเครียดระดับสูงถึงร้อยละ 74.10 โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด ได้แก่ พนักงานต้องทำงานภายใต้สภาพแวดล้อมและความปลอดภัยในการทำงานที่ไม่เหมาะสม มีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานและหัวหน้างาน

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านบุคคลของคนทำงาน (Worker) ที่สัมพันธ์ต่อความเครียดของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง พบว่า อายุ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย การดื่มสุรา และการดื่มกาแฟ มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดระดับสูงถึงรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Thitaree, & Chaiwong (2019) ที่ระบุว่าอายุ และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ และการศึกษาของ Devi & Kiran (2016) ระบุว่าอายุและระดับการศึกษาที่แตกต่างกันเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความเครียดจากการทำงานของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง ในประเทศอินเดีย โดยอาจจะเนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นความสามารถ ประสบการณ์ และทักษะในการแก้ไขปัญหาในการทำงานจะมีมากกว่าขึ้น ส่งผลให้พนักงานที่มีอายุมากจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหา อุปสรรคได้มากกว่า ด้านระดับการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาที่มากขึ้นทำให้ศักยภาพในการทำงาน ทักษะและความสามารถของบุคคลในการแสวงหาความรู้ เทคนิคการแก้ไขปัญหาได้ดีกว่า Thitaree, & Chaiwong (2019) ด้านการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ต่อความเครียด เนื่องจากอาชีพพนักงานผลิตอิฐก่อสร้างเป็นกลุ่มอาชีพที่มีภาระงานหนัก ค่าตอบแทนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับอาชีพอื่น พนักงานมักมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อหลีกเลี่ยงความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Samai, Jewpattanakul, & Phetphansee (2015) ที่ระบุว่าความเครียดเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และพบว่าระดับความเครียดที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะเพิ่มโอกาสมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น 1.08 เท่า (95%CI: 1.05-1.12) ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อบุคคลมีความเครียดเชื่อว่าแอลกอฮอล์สามารถลดความเครียดได้ ด้านการดื่มกาแฟ ด้วยลักษณะงานของการผลิตอิฐที่มากและเร่งรีบส่งผลให้พนักงานดื่มกาแฟเพื่อคงไว้ซึ่งศักยภาพการทำงาน แต่จากการศึกษาของ Shepard, al'Absi, Whitsett, Passey, & Lovallo (2000) พบว่าการบริโภคกาแฟจำนวนมาก จะได้รับคาเฟอีนในปริมาณสูงเป็นผลให้รบกวนสารสื่อประสาทที่สำคัญ เช่น ฮอโมนโดพามีน และกรดแกมมาอะมิโนบิวทีริก (GABA) ทำให้เกิดการขาดแรงจูงใจ เพิ่มความหงุดหงิด กระสับกระส่าย วิดกกังวล ภาวะเครียดและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความเครียดในระดับสูงและรุนแรงในการศึกษารั้งนี้ ประกอบด้วย ดัชนีมวลกาย ระดับอ้วน การสัมผัสสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพระดับปานกลางและสูง และการสัมผัสสิ่งแวดล้อมด้านจิตสังคมระดับสูง โดยพบว่าดัชนีมวลกายอ้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดในระดับสูงและรุนแรง เนื่องจากการมีดัชนีมวลกายสูงจะลดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานจากอาการเหนื่อยง่าย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ซึ่งเมื่อพิจารณาลักษณะงานของการผลิตอิฐก่อสร้างต้องใช้แรงงานคนเป็นหลักในหลายขั้นตอน ดังนั้นพนักงานที่มีดัชนีมวลกายเกินจะมีข้อจำกัดในการทำงาน นอกจากนี้ผู้มีดัชนีมวลกายเกินจะขาดความมั่นใจ ไม่ชอบเข้าสังคม แยกแยะ ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นเมื่อเผชิญกับปัญหาซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเครียดมากยิ่งขึ้น (Thamlikitkul, & Sinudompol, 2016)

การสัมผัสปัจจัยสิ่งแวดล้อมการทำงานด้านกายภาพระดับปานกลางและสูงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดระดับสูงและรุนแรง เนื่องจากกระบวนการผลิตอิฐก่อสร้างพนักงานต้องทำงานสัมผัสความร้อนในกระบวนการเผาอิฐ และจากแสงแดดในกระบวนการเตรียมดิน และตากอิฐ การสัมผัสเสียงดังจากเครื่องจักร และ



เครื่องยนต์ที่เข้าออกเพื่อขนส่งอิฐอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การปฏิบัติงานของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้างต้องทำงานภายใต้ข้อจำกัดด้านความรู้ และขาดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลในการป้องกันตนเองจากสิ่งแวดล้อมดังกล่าว (Das, 2014; Thygerson, Sanjel, & Johnson, 2016; Thane, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sanjel, Khanal, Risal, Thygerson & Joshi (2016) พบว่าพนักงานผลิตอิฐก่อสร้างมีความเครียดสูง เนื่องจากต้องสัมผัสสิ่งแวดล้อมการทำงานทั้งความร้อน เสียงดัง รวมถึงฝุ่น คิวพิษในกระบวนการผลิตที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งนี้ผลการศึกษาพบว่า การสัมผัสสิ่งแวดล้อมการทำงานด้านกายภาพระดับปานกลาง มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดในระดับสูงถึงรุนแรงมากกว่าการสัมผัสสิ่งแวดล้อมการทำงานด้านกายภาพระดับสูง เนื่องจากในการปฏิบัติงานพนักงานที่ทำงานสัมผัสสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพสูงอยู่ตลอดเวลา พนักงานจะปรับตัวโดยการพักระหว่างทำงานเป็นระยะ ในขณะเดียวกันพนักงานที่ปฏิบัติงานสัมผัสสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพระดับปานกลาง พนักงานจะอดทนต่อการสัมผัสมากกว่าทำให้ไม่มีการหยุดพักระหว่างทำงานหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยดังกล่าวน้อย ซึ่งระยะยาวก่อให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจ

การสัมผัสสิ่งแวดล้อมทางจิตสังคมระดับสูงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดในระดับสูงและรุนแรง เนื่องจากลักษณะงานของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง พนักงานต้องทำงานหนักโดยใช้แรงงานคนเป็นหลัก ค่าตอบแทนน้อย การจ้างงานไม่มั่นคง ต้องทำงานเร่งรีบ กดดัน และมักจะมีปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานและนายจ้างส่งผลให้พนักงานเกิดความเครียด (Das, 2014; Shrestha, & Thygerson, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mazokopakis (2019) ที่พบว่าพนักงานผลิตอิฐก่อสร้างประสบปัญหาความเครียดทางจิตใจ จากภาระงานที่หนักเกินไป ขาดการยอมรับเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นแรงงานย้ายถิ่นฐาน ต้องทำงานที่เน้นการใช้แรงงานมากกว่าทักษะ มีปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานและนายจ้าง และขาดการยอมรับจากสังคม

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาพบว่าดัชนีมวลกายระดับอ้วน การสัมผัสสิ่งแวดล้อมการทำงานด้านกายภาพระดับปานกลางและสูง และด้านจิตสังคม มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดในระดับสูงและระดับรุนแรงของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพ เจ้าของสถานประกอบการ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำผลการศึกษาวิจัยประยุกต์ใช้ในการวางแผนจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันความเครียดโดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมดัชนีมวลกาย และปรับปรุงสิ่งแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยเฉพาะสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ และด้านจิตสังคม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อความเครียดของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง ประกอบด้วยปัจจัยด้านคนทำงาน และสิ่งแวดล้อมการทำงาน ดังนั้นการศึกษาร้อยต่อไปควรมีการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดในกลุ่มพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง ที่มุ่งเน้นแก้ไขปัจจัยสาเหตุโดยครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านคนทำงาน และสิ่งแวดล้อมจากการทำงาน และควรศึกษาตัวแปรด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของพนักงานผลิตอิฐก่อสร้าง เช่น ประวัติการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ระยะเวลาการทำงานต่อวัน ระยะเวลาการทำงานต่อสัปดาห์



References

- Chanprasit, C., Kaewthummanukul, T., Songkham, W., & Chareonsup, Y. (2010). Health Hazards Identification, Health Status, Workrelated Injury and Illness Situational Analysis in Wooden Furniture Enterprises. *Nursing Journal*, 37(1), 1-14. (in Thai)
- Chintanapamote, K., & Sittisarunkul, P. (2019). Physiology of Stress in the Aspect of Job Stress and Coping in Medical Professional. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 26(2), 112-123. (In Thai)
- Das, B. (2014). Prevalence of Work-Related Musculoskeletal Disorder among the Brick Field Workers of West Bengal, India. *Archives Environmental Occupational Health*, 69(4), 231-240.
- Department of Industrial Works. (2019). *Industrial Information for Staff*. Retrieved June 20, 2022 from <http://reg.diw.go.th/executive/amp2.asp?amp=1&prov=80> (in Thai)
- Department of Industrial Works. (2021). *Statistics of Industrial Factories That Have Been Permitted to Operate, Expand and Liquidate in the Years 2020-2030 and Cumulative Statistics of Industrial Factories at the end of That Year*. Retrieved June 20, 2022 from <https://www.diw.go.th/webdiw/static-fac/> (in Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2016). *Suanprung Stress Test-20*. Retrieved June 16, 2022 from <http://www.dmh.go.th/test/stress/>. (in Thai)
- Devi, K. & Kiran, U. (2016). Occupational Stress among Brick Kiln Workers Interaction of Demographic Variable. *International Journal of Research in Social Science*, 6(2), 279-292.
- Joshi, S. K., Dahal, P., Poudel, A. & Sherpa, H. (2013). Work Related Injuries and Musculoskeletal Disorders among Child Workers in the Brick Kilns of Nepal. *International Journal of Occupational Safety and Health*, 3(2), 2-7.
- Kawakami, T., Khai, T. T. & Kogi, K. (2012). Research That Can Support Self-Help Initiative of Local Farmers to Improve Safety & Health at Work: Birth & Growth of WIND Training Program in Viet Nam. *Journal of Safety, Health and Environmental Research Archive*, 8(1), 11-18.
- Krejcie, R. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Education and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Lay, A. M., Saunders, R., Lifshen, M., Breslin, C., LaMontagne, A., Tompa, E. & Smith, P. (2016). Individual, Occupational, and Workplace Correlates of Occupational Health and Safety Vulnerability in a Sample of Canadian Workers. *American journal of industrial medicine*, 59(2), 119-128.
- Machado, A., Herrera, A. J., de Pablos, R. & Espinosa-Oliva, A. M. (2014). Chronic Stress as a Risk Factor for Alzheimer's Disease. *Reviews in the Neurosciences*, 25(6), 785-804.
- Magnavita, N., Capitanelli, I., Garbarino, S. & Pira, E. (2018). Work-Related Stress as a Cardiovascular Risk Factor in Police Officers: a Systematic Review of Evidence. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 91(4), 377-389.
- Mazokopakis, E. E. (2019). Occupational Safety and Health among Brick Workers in the Old Testament (*Pentateuch*). *Annals of Global Health*, 85(1), 1-2.



- Najar, S. A., Zargar, W. A., Manzoor, S., Bashir, A. & Khan, B. A. (2021). Living Conditions of Informal Workers: A Sociological Study of Brick Kiln Workers in District Budgam of Kashmir Valley. *Temida*, 24(2), 217-237.
- Nguyen, T. P. & Khai, T. T. (2014). An Evaluation of the Participatory Action-Oriented Training (PAOT) Program in Small Enterprises in Vietnam. *Journal of Occupational and Health*, 56(4), 309-316.
- Samai, T., Jewpattanakul, Y. & Phetphannsee, S. (2015). The Relationships Between Personal, Socioeconomic and Stress Factors on Alcohol Drinking Behavior of Dweller in Bangkoknoi district, Bangkok. *Journal of Nursing Science*, 33(1), 42-50.
- Sanjel, S., Khanal, S. N., Risal, A., Thygerson, S. M. & Joshi, S. K. (2016). Psychosocial Factors Associated with Occupation: A Comparative Study Between Brick Kiln and Grocery Workers. *International Journal of Occupational Safety and Health*, 6(2), 13-20.
- Sawangwan, I. & Jariya, W. (2021). Factors Affecting the Stress in Working among Myanmar Construction Workers in Muang District, Chiang Mai province. *Thai Science and Technology Journal*, 29(4), 675-687. (in Thai)
- Shrestha, S. & Thygerson, S. M. (2019). Brick Kilns of Nepal: a Non-Governmental Organization Perspective. *Open Journal of Safety Science and Technology*, 9(1), 1-6.
- Thamlikitkul, S. & Sinudompol, S. (2016). Losing Weight of Obese Nursing Students at Kuakarun Faculty of Nursing in Navamindradhiraj University. *Kuakarun Journal of Nursing*, 23(2), 7-30. (in Thai)
- Thanee, N. (2021). Relationship Between Perceived Health Beliefs and Self-Prevention Behaviors of Brick Producers. Warinchamrab, Ubon Ratchathani. *UMT Poly Journal*, 18(1), 648-662. (in Thai)
- Thitaree, K. & Chaiwong, W. (2019). A study on Prevalence of Work-Related Stress and Relating Factors among Staff in a Private Hospital. *Thammasat Medical Journal*, 19(1), 115-132. (in Thai)
- Thygerson, S. M., Sanjel, S. & Johnson, S. (2016). Occupational and Environmental Health Hazards in the Brick Manufacturing Industry in Kathmandu Valley, Nepal. *Occupational Medicine & Health Affairs*, 4(5), 2-7.
- Unlamai, N., Thermtiptaweekul, K. & Chienwattanasook, K. (2018). Stress Management in the Workplace to Maximize Employee Efficiency. *Journal of Management Science Nakhon Pathom Rajaphat University*, 5(1), 104-117. (in Thai)
- World Health Organization. (2001). *The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management*. Retrieved June 10, 2022 from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108433>
- World Health Organization. (2018). *The Determinant of Health*. Retrieved January 22, 2022 from <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์
ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี

Factors Related to Gestational Diabetes Mellitus among Women of Reproductive
Age Visiting a Tertiary Hospital in Pathum Thani Province

ปณณทัต ตันธนปัญญากร^{1*}, นลพรรณ ชันติกุลานนท์¹, ศศิวิมล จันทร์มาลี¹, ธนธัส ผุดผ่อง¹, พิชสุตา เดชบุญ¹

Phannathat Tanthanpanyakorn^{1*}, Nonlapan Khantikulanon¹, Sasiwimol Chanmalee¹,

Tanatas Pudpong¹, Phitchasuda Dechboon¹

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์¹,

Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University Under the Royal Patronage¹

(Receive: November 26, 2022; Revised: April 2, 2023; Accepted: April 15, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์วัยเจริญพันธุ์ จำนวน 320 ราย ที่มีอายุตั้งแต่ 15-44 ปี และมารับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ในเกณฑ์การคัดเข้า เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถาม ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แบบวัดทัศนคติต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบบสอบถามปัจจัยเอื้อต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แบบสอบถามปัจจัยเสริมต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติก

ผลการวิจัยพบว่าความชุกของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์คิดเป็นร้อยละ 64.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($OR_{Adj}=2.94$, 95% CI= 1.34-7.22, $p=0.010$) ประวัติครอบครัวสายตรงเป็นเบาหวาน ($OR_{Adj}=3.35$, 95% CI= 1.30-7.32, $p=0.008$) ประวัติดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ ($OR_{Adj}=3.13$, 95% CI= 1.22-8.10, $p=0.005$) ทัศนคติต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($OR_{Adj}=2.47$, 95% CI= 1.20-6.21, $p=0.005$) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ($OR_{Adj}=3.82$, 95% CI= 1.40-8.77, $p=0.010$)

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการป้องกันและกำจัดปัจจัยเสี่ยงเพื่อลดความชุกการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ และเป็นการส่งเสริมสุขภาพที่ดีของมารดาและทารกได้

คำสำคัญ: ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์, หญิงวัยเจริญพันธุ์, โรงพยาบาลตติยภูมิ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: phannathat.tan@vru.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 098-5615997)



Abstract

This cross-sectional study aimed to investigate the factors associated with gestational diabetes mellitus among women of reproductive age visiting a tertiary hospital in Pathum Thani province. The sample consisted of 320 women of reproductive age (15-44 years old) and visitant at a tertiary hospital in Pathum Thani province. The subjects were recruited by purposive random sampling, based on the inclusion criteria. Data were collected by self-administration between October to December 2022. Data were collected by using a questionnaire divided in 7 parts: 1) general information, 2) knowledge about gestational diabetes, 3) attitudes with gestational diabetes assessment form, 4) health care behavior measurement form, 5) enabling factors about gestational diabetes, 6) reinforcing factors about gestational diabetes, and 7) other questions on gestational diabetes. Data were analyzed by using descriptive statistics and multiple logistic regression. The result showed that the prevalence of gestational diabetes mellitus among women of reproductive age was 64.4%. Factors which remained significantly associated to gestational diabetes mellitus among women of reproductive age were age ($OR_{Adj}= 2.94$, 95% CI= 1.34-7.22, $p=0.010$), family history of diabetes ($OR_{Adj}= 3.35$, 95% CI= 1.30-7.32, $p=0.008$), history of body mass index before pregnancy ($OR_{Adj}= 3.13$, 95% CI= 1.22-8.10, $p=0.005$), attitude with gestational diabetes mellitus ($OR_{Adj}= 2.47$, 95% CI= 1.20-6.21, $p=0.005$) and health care behaviors ($OR_{Adj}= 3.82$, 95% CI= 1.40-8.77, $p=0.010$). These results can apply to nursing care plan for preventing and eliminating the risk factors, so to reduce the prevalence of gestational diabetes mellitus among women of reproductive age and to promote good health of mothers and children.

Keyword: Gestational Diabetes Mellitus, Reproductive Women, Tertiary Hospital

บทนำ

จากสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 9.5 (Diabetes Association of Thailand, 2021) และจากข้อมูลสถิติเกี่ยวกับโรคเบาหวานในจังหวัดปทุมธานี พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 30,203 ราย (Pathum Thani Provincial Health Office, 2021) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามสุขภาพของผู้ที่ป่วยซึ่งเป็นโรคที่พบได้บ่อย และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) เป็นความผิดปกติในความทนต่อกลูโคสทุกระดับ ซึ่งเกิดขึ้นหรือได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรกในขณะตั้งครรภ์ และจะหายไปภายหลังการคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่พบมากที่สุดขณะตั้งครรภ์ และส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ จากสถิติที่ผ่านมาในพ.ศ.2564 ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 16.2 โดยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลย้อนหลังในสามปี นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ยังมีโอกาสเป็นซ้ำในครรภ์ต่อไปถึงร้อยละ 35-80 และมีอุบัติการณ์ของการเกิดความผิดปกติในการทนต่อกลูโคสในอนาคตสูงถึงร้อยละ 50-75 (Aekplakorn, Puckcharern, & Satheannoppakao, 2021)



ปัจจุบันหญิงตั้งครรภ์วัยเจริญพันธุ์มีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป (Vanichphongphan, 2017) เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การทำงานที่เร่งรีบ ไม่มีเวลาพักผ่อนอย่างเพียงพอ ไม่ได้ออกกำลังกาย ทำให้เผชิญกับความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ มากมาย ซึ่งเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นโรคหนึ่งที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และอาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเป็นอันตรายได้ เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางสายตา โรคไต โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง แผลเรื้อรังจากเบาหวาน ตลอดจนความผิดปกติของทารกแรกคลอด เป็นต้น (Srisawat, 2014) ผลเสียของการเป็นโรคเบาหวานจะมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วย และครอบครัว บางครั้งมีผลถึงสภาพจิตใจ และต้องเสียค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการรักษา ดังนั้นแล้วจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยเจริญพันธุ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มากขึ้น ซึ่งอาจมีภาวะแทรกซ้อน หรือผลกระทบต่างๆ ตามมาได้

การตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานเป็นการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ และทารกแรกเกิด (Mokhlesi, Masa, Brozek, Gurubhagavatula, Murphy, Piper, & et al, 2019) รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์ โดยภาวะเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์จะเพิ่มอุบัติการณ์ของการแท้ง และความพิการในระยะแรกของการตั้งครรภ์ ส่วนเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีผลต่อทารกในครรภ์ในระยะท้ายของการตั้งครรภ์จากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ภาวะเลือดข้น ทารกตัวโต และเพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการตายปริกำเนิด ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานมีผลเสียต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ได้แก่ การเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และยังมีโอกาสเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้ง่ายขึ้น ส่วนด้านจิตใจ หญิงตั้งครรภ์ที่ทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานจะรู้สึกตกใจ และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และทารกในครรภ์จากผลกระทบของเบาหวานตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด การที่หญิงตั้งครรภ์มีโรคร่วมกับการตั้งครรภ์จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตใจเพิ่มมากกว่าปกติ ทำให้เกิดผลเสียต่อคุณภาพชีวิตได้ (Saadati, Afshari, Boostani, Beheshtinasab, Abedi, & Maraghi, 2021) นอกจากนี้การตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต และการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมทางกายและกิจกรรมทางสังคมซึ่งส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Msollo, Martin, Mwanri, & Petrucka, 2021) ดังนั้นหากพยาบาลทราบเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ และมีการนำไปประยุกต์ใช้ต่อการวางแผนในการให้บริการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีการรอดชีพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ (Wagan, Amanullah, Makhijani, & Kumari, 2021)

จากข้อมูลของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งได้มาจากการวัดการรักษของผู้ป่วยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของแผนกอายุรกรรม ตั้งแต่ ปีพ.ศ.2562-2564 พบว่า มีผู้ป่วยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 1,928 ราย ในปี พ.ศ.2562 เพิ่มขึ้นเป็น 2,491 ราย ในปี พ.ศ. 2563 และเพิ่มขึ้นเป็น 2,743 ราย ในปี พ.ศ. 2564 ราย จะเห็นได้ว่าหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ตั้งครรภ์มีจำนวนของผู้ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มากขึ้นเรื่อย ๆ นอกจากนี้ในปัจจุบันหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากคุณแม่มีอายุน้อยลง มีปัจจัยเสี่ยงในการดูแลตนเองมากขึ้น ไม่รับรู้ถึงปัญหา หรือผลกระทบที่มีต่อมารดาขณะตั้งครรภ์และเด็กในครรภ์ อาจเป็นผลมาจากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป (Zhang, Xiao, Zhang, Chen, Zhang, Li, & et al, 2021)

การศึกษานี้ใช้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Framework ของ Green และ Kreuter (1990) เพื่อกำหนดตัวแปรต้นที่ศึกษาในกรอบแนวคิดการวิจัย โดยแนวคิดนี้จะกล่าวถึงปัจจัยทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ที่จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม และนำไปสู่การเกิดโรคได้ แบ่งเป็นสามองค์ประกอบได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) ซึ่งทั้งสามปัจจัยจะมีความแตกต่างกันในการส่งผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมาได้ สำหรับปัจจัยนำเป็นปัจจัยที่เป็น



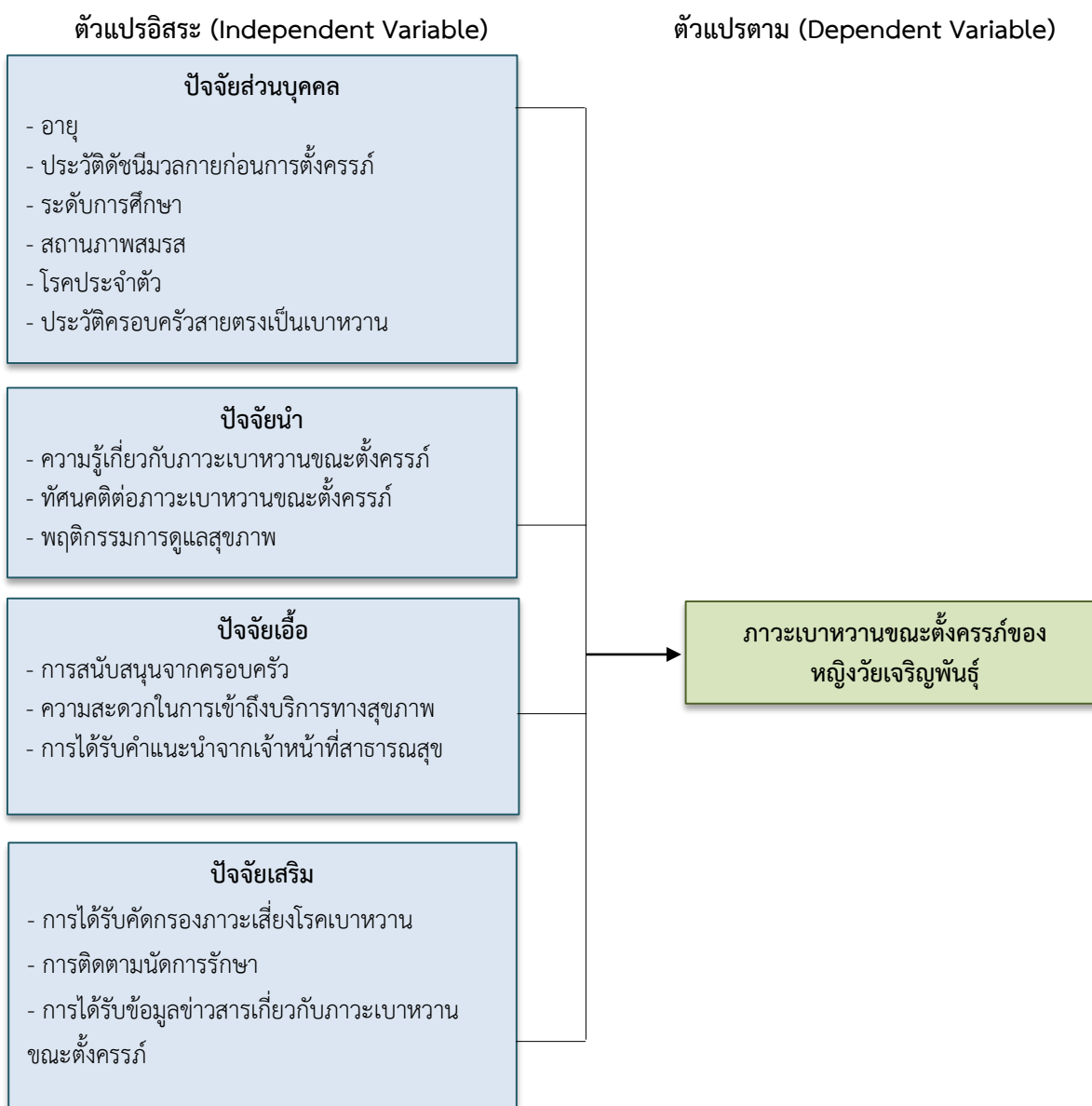
พื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมของบุคคล และก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล แรงขับภายในตัวบุคคลให้ตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรม โดยปัจจัยนำในการศึกษานี้ ได้แก่ อายุ ประวัติดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ประวัติครอบครัวสายตรงเป็นเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ทักษะการดูแลภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สำหรับปัจจัยเอื้อเป็นปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลให้เกิดพฤติกรรม อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล โดยปัจจัยเอื้อในการศึกษานี้ ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว ความสะดวกในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสำหรับปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้รับการสนับสนุน เป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้น เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคล หรือกลุ่มคนที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในเรื่องนั้น โดยปัจจัยเสริมในการศึกษานี้ ได้แก่ การได้รับคัดกรองภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน การติดตามนัดการรักษา และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Zhang, Xiao, Zhang, Chen, Zhang, Li, & et al, 2021) โดยปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม อาจนำไปสู่การเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ได้ จะเห็นได้ว่าภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์นั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ (Bahl, Dhabhai, Taneja, & et al, 2022) จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี โดยผลการศึกษาครั้งนี้จะสามารถใช้ในการวางแผนสำหรับการดูแลป้องกันรักษาสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเบาหวานและส่งเสริมสุขภาพด้านอื่นๆ ซึ่งทำให้ทารกที่เกิดมาแข็งแรงสมบูรณ์ นอกจากนี้ยังนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของจังหวัดปทุมธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE framework (Green & Kreuter, 1980) เพื่อกำหนดตัวแปรต้นที่สนใจศึกษา ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยมุ่งศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ สามารถแสดงเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัยในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ หญิงตั้งครรภ์วัยเจริญพันธุ์ทั้งหมดที่มารับบริการการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานีในปี 2565 จำนวน 1,890 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์วัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุตั้งแต่ 15-44 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของจังหวัดปทุมธานี จำนวน 320 ราย โดยขนาดตัวอย่างคำนวณได้จากสูตรที่ทราบจำนวนประชากรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ซึ่งกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ค่าความคลาด



เคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 5% จำนวนประชากร เท่ากับ 1,890 ราย และสัดส่วนของการมีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เท่ากับ 0.5 เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 320 ราย สำหรับการสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Random Sampling) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ เป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 15-44 ปี ที่มาฝากครรภ์ หรือมาตรวจครรภ์ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี ยินดีให้เข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ ไม่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ไทรอยด์ โรคหัวใจ เป็นต้น ที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และไม่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว เป็นต้น สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ยินยอมตอบแบบสอบถามแล้วต่อมาพบว่า มีอาการที่เปลี่ยนแปลงไป หรืออาการที่แย่งจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนปัญหา แนวคิดทฤษฎี และงานวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบคลุมขอบเขตเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบไปด้วย 7 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อความถาม ได้แก่ อายุ ประวัติดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว ประวัติครอบครัวสายตรงเป็นเบาหวาน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยมีข้อความถาม จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน สามารถเลือกตอบได้ 2 คำตอบ ได้แก่ “ใช่” และ “ไม่ใช่” โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิด ได้ 0 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับจากเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) ได้แก่ คะแนน 0-5 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 6-7 คะแนน (ร้อยละ 60-79) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 8-10 คะแนน ($\geq 80\%$) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ลักษณะข้อความถามจำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) สามารถเลือกตอบได้ 5 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนเต็ม 50 คะแนน สำหรับเกณฑ์การให้คะแนน จะให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ สำหรับข้อความถามเชิงบวกจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 3, 4, 6 และ 8 และข้อความถามเชิงลบจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 5, 7, 9 และ 10 โดยให้คะแนนในทางตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์จำแนกของระดับการให้คะแนนออกเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง ทัศนคติต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 คะแนน หมายถึง ทัศนคติต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 คะแนน หมายถึง ทัศนคติต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีลักษณะข้อความถามเป็นการวัดแบบให้คะแนน (Rating Scale) จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลตนเองใน 3 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด สามารถเลือกตอบได้ 5 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ไม่แน่ใจ ไม่เคยปฏิบัติเลย มีคะแนนเต็ม 60 คะแนน สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ สำหรับข้อความถามเชิงบวกจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 4, 5, 6, 7, 8 และ 9 และข้อความถามเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 3, 10, 11 และ 12 โดยให้คะแนนในทางตรงกันข้าม โดยมีเกณฑ์จำแนกของระดับการให้คะแนนออกเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ



ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ลักษณะข้อคำถามเป็นปลายปิด จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว ความสะดวกการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามปัจจัยเสริมต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การได้รับคัดกรองภาวะเสี่ยง การติดตามนัดการรักษา และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ลักษณะข้อคำถามแบบปลายปิด จำนวน 3 ข้อ โดยประเมินจากประวัติการรักษาในแฟ้มเวชระเบียน (Medical Record) ประกอบด้วย การวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การวัดระดับน้ำตาลในเลือดขณะตั้งครรภ์ ประวัติภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ สำหรับความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ได้รับการประเมินความเหมาะสมโดยจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา วิเคราะห์ค่าความตรงตามของเนื้อหา (IOC) ได้ค่า ดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา มีค่าตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป และสำหรับความเชื่อมั่นโดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ที่มารับบริการในโรงพยาบาลอื่นที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ด้วยวิธี Kuder-Richardson 21 (KR-21) ได้เท่ากับ .90 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยงของ แบบวัดทัศนคติต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เท่ากับ .91 และ .88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับแผนกอายุรกรรม ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เมื่อได้รับการอนุญาตหลังจากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือกที่ได้กำหนดไว้จำนวน 320 คน เมื่อได้รับการยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมโดยวิธีการสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติก (Multiple Logistic Regression Analysis) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ เลขที่โครงการ 0030/2565 วันที่รับรอง 31 ตุลาคม พ.ศ.2565



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างลักษณะของข้อมูลด้านต่าง ๆ (n=320)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
15-34 ปี	210	65.6
35-44 ปี	110	34.4
<i>Mean=31.5 ปี, SD=14.0 ปี, Min-Max=16-43 ปี</i>		
ประวัติดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์		
น้อยกว่าเกณฑ์	14	4.4
ปกติ	63	19.7
ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน	243	75.9
สถานภาพสมรส		
ไม่ได้จดทะเบียนสมรส	83	25.9
จดทะเบียนสมรส	237	74.1
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	4	1.2
มัธยมศึกษา	119	37.2
อนุปริญญา/ปวส./ปวช.	81	25.3
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	116	36.3
โรคประจำตัว/ปัญหาสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรคความดันโลหิตสูง	4	1.3
โรคเบาหวาน	4	1.3
โรคภูมิแพ้	4	1.3
ประวัติครอบครัวสายตรงเป็นเบาหวาน		
ไม่มี	246	76.9
มี	74	23.1
ความรู้เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์		
ต่ำ (0-5 คะแนน)	0	0.0
ปานกลาง (6-7 คะแนน)	14	4.4
สูง (8-10 คะแนน)	306	95.6
<i>Mean= 9.44, SD=0.91, Min-Max=6-10 คะแนน</i>		
ทัศนคติต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์		
ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 คะแนน)	18	5.6
สูง (ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 คะแนน)	302	94.4
<i>Mean=3.65, SD=0.47, Min-Max=2.00-4.30 คะแนน</i>		



ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ		
ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 คะแนน)	39	12.2
สูง (ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 คะแนน)	281	87.8
<i>Mean=3.45, SD=0.53 Min-Max=2.17-4.17 คะแนน</i>		
การสนับสนุนจากครอบครัว		
มี	297	92.8
ไม่มี	23	7.2
ความสะดวกการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ		
มี	298	93.1
ไม่มี	22	6.9
การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
เคย	234	73.1
ไม่เคย	86	29.6
การได้รับคัดกรองภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน		
เคย	274	85.6
ไม่เคย	46	14.4
การติดตามนัดการรักษา		
ใช่	290	90.6
ไม่ใช่	30	9.4
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์		
เคย	231	72.2
ไม่เคย	89	27.8
การวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์		
ใช่	206	64.4
ไม่ใช่	114	35.6
ประวัติการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ		
เคย	94	29.4
ไม่เคย	226	70.6
ประวัติภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ก่อน		
เคย	126	39.4
ไม่เคย	194	60.6

จากตาราง 1 หญิงตั้งครรภ์วัยเจริญพันธุ์ จำนวน 320 ราย เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15-34 ปี (ร้อยละ 65.6) โดยมีอายุเฉลี่ย 31.5 ปี (SD.=14 ปี) ซึ่งเป็นผู้มีประวัติดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 75.9 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโดยจดทะเบียนสมรส (ร้อยละ 74.1) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 37.2) มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคภูมิแพ้ (ร้อยละ 1.3) และมีประวัติครอบครัวสายตรงเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 23.1) สำหรับปัจจัยนำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้



เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 95.6) ทักษะการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 87.8) และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 87.8) ปัจจัยอื่น ๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว (ร้อยละ 92.8) มีความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (ร้อยละ 93.1) ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข (ร้อยละ 73.1) และสำหรับปัจจัยเสริม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน (ร้อยละ 85.6) ติดตามการรักษาตามนัด (ร้อยละ 90.6) และได้รับข้อมูลข่าวสารขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 72.2) นอกจากนี้ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ซึ่งได้มาจากการวินิจฉัยของแพทย์ในแฟ้มประวัติเวชระเบียน เท่ากับ ร้อยละ 64.4 โดยมีประวัติการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 29.4 และมีประวัติการเป็นภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เท่ากับ ร้อยละ 39.6

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติก

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี และปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติก (Multiple Logistic Regression Analysis) (n=320)

ตัวแปร	จำนวน (%)	Crude OR	Crude 95% CI	Crude p-value	Adjusted OR	Adjusted 95% CI	Adjusted p-value
อายุ							
15-34 ปี	210 (65.6)	1.00			1.00		
35-44 ปี	110 (34.4)	3.25	1.66-8.23	0.008	2.94	1.34-7.22	0.010*
ประวัติดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์							
น้อยกว่าเกณฑ์/ปกติ	77 (21.4)	1.00			1.00		
ภาวะน้ำหนักเกิน หรืออ้วน	243 (75.9)	3.48	1.48-7.43	0.003	3.13	1.22-8.10	0.005*
ระดับการศึกษา							
ต่ำกว่าปริญญาตรี	204 (63.7)	1.33	0.64-3.78	0.796	1.20	0.55-4.21	0.802
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	116 (36.3)	1.00			1.00		
สถานภาพสมรส							
ไม่ได้จดทะเบียนสมรส	83 (25.9)	1.00			1.00		
จดทะเบียนสมรส	237 (74.1)	1.85	0.33-4.22	0.718	1.45	0.44-3.22	0.739
โรคประจำตัว/ปัญหาสุขภาพ							
มี	4 (1.3)	1.67	0.17-2.67	0.659	1.41	0.29-3.11	0.710
ไม่มี	316 (98.8)	1.00			1.00		
ประวัติครอบครัวสายตรงเป็นเบาหวาน							
ไม่มี	246 (76.9)	1.00			1.00		
มี	74 (23.1)	4.11	1.64-8.92	0.006	3.35	1.30-7.32	0.008*
ความรู้เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์							
ปานกลาง	14 (4.4)	1.99	0.32-3.05	0.994	1.67	0.31-2.98	0.990
สูง	306 (95.6)	1.00			1.00		



ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (%)	OR	Crude 95% CI	p-value	OR	Adjusted 95% CI	p-value
ทัศนคติต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์							
ปานกลาง	18 (5.6)	3.16	1.44-7.08	0.002	2.47	1.20-6.21	0.005*
สูง	302 (94.4)	1.00			1.00		
พฤติกรรมการดูแลตนเอง							
ปานกลาง	39 (12.2)	4.21	1.49-9.98	0.004	3.82	1.40-8.77	0.010*
สูง	281 (87.3)	1.00			1.00		
การสนับสนุนจากครอบครัว							
มี	297 (92.8)	1.00			1.00		
ไม่มี	23 (7.2)	1.33	0.43-3.21	0.188	1.20	0.45-3.01	0.230
ความสะดวกในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ							
มี	298 (93.1)	1.00			1.00		
ไม่มี	22 (6.9)	1.42	0.38-3.02	0.211	1.29	0.44-2.94	0.329
การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข							
เคย	234 (73.1)	1.00			1.00		
ไม่เคย	86 (29.6)	1.64	0.99-2.73	0.054	1.34	0.86-2.87	0.092
การได้รับคัดกรองภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน							
เคย	274 (85.6)	1.00			1.00		
ไม่เคย	46 (14.4)	2.97	1.39-5.22	0.049	2.31	0.93-6.02	0.057
การติดตามนัดการรักษา							
ใช่	290 (90.6)	1.00			1.00		
ไม่ใช่	30 (9.4)	1.40	0.54-2.98	0.284	1.37	0.66-2.70	0.344
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์							
เคย	231 (72.2)	1.00			1.00		
ไม่เคย	89 (27.8)	1.95	1.21-8.43	0.005	1.88	0.92-7.64	0.055

1.00 = Reference Group. * $p < 0.05$ = Significant

จากตาราง 2 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ โดยหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 35-44 ปี มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็น 2.94 เท่าของหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-34 ปี, ประวัติครอบครัวสายตรงเป็นเบาหวาน พบว่า หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีประวัติครอบครัวสายตรงเป็นเบาหวาน มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็น 3.35 เท่าของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่มีประวัติครอบครัวสายตรงเป็นเบาหวาน, ประวัติดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ พบว่า หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน หรือภาวะอ้วน มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็น 3.13 เท่าของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่าเกณฑ์ หรือปกติ, ทัศนคติต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่า หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีทัศนคติต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระดับปานกลาง มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็น 2.47 เท่าของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีทัศนคติต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระดับสูง, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับปานกลาง มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็น 3.82 เท่าของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับสูง



อภิปรายผล

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 15-44 ปี จำนวน 320 ราย พบว่า ร้อยละ 64.4 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Anto, Ofori, Boadu, Opoku, Senu, Tamakloe, Tawiah et al (2022) ศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศกานา พบว่า ร้อยละ 60.1 ของหญิงตั้งครรภ์มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี ค.ศ. 2019 มีผู้หญิงประมาณ 223 ล้านคน ที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตัวเลขนี้คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 343 ล้านภายในปี ค.ศ. 2045 ส่วนใหญ่ของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในขณะตั้งครรภ์อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และปานกลางซึ่งการเข้าถึงการดูแลของมารดามักถูกจำกัด (WHO, 2022) สามารถอธิบายได้ว่า ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นโรคเบาหวานชนิดหนึ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้ทุกระยะของการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มักถูกวินิจฉัยในช่วงสัปดาห์ที่ 24-28 ของการตั้งครรภ์ เกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากร่างกายไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอ สามารถส่งผลเสียต่อมารดาและทารกได้ ดังนั้นภาวะเบาหวานจากการตั้งครรภ์เป็นภาวะที่มีความคงทนต่อกลูโคสเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากมีภาวะต้านอินซูลินส่งผลให้การเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตมีการเปลี่ยนแปลงไป โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีค่าเฉลี่ยอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป มีภาวะน้ำหนักเกิน หรืออ้วน (75.9) และร้อยละ 23.1 มีประวัติครอบครัวสายตรงมีโรคเบาหวาน และด้วยขนาดของโรงพยาบาลเป็นระดับตติยภูมิ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับรักษามักมีโรคร่วม หรืออาการแทรกซ้อน อาการของโรคที่ซับซ้อน และด้วยวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปของหญิงตั้งครรภ์วัยเจริญพันธุ์ เช่น พฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหาร การทำงานที่เร่งรีบ ไม่มีเวลาพักผ่อนอย่างเพียงพอ ไม่ได้ออกกำลังกาย จะเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดังกล่าว จึงทำให้พบความชุกของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์สูงกว่าโรงพยาบาลทั่วไป

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี ได้แก่ อายุ ประวัติครอบครัวสายตรงเป็นเบาหวาน ประวัติดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ ทศนคติต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยอภิปรายดังนี้

อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ยิ่งมารดาที่มีอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Limruengrong, Boriboonhiransan, Puangsricharoen, & Pinijlertsakul (2016) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 25 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี เท่ากับ 3.57 เท่า

ประวัติดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน มีโอกาสเสี่ยงเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้สูงกว่าสตรีที่มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ เนื่องจากการสะสมของเนื้อเยื่อไขมันในร่างกายทำให้มีภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Youngvanichset, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kanthiya, Luangdansakul, Wacharasint, Prommas, & Smanchat (2013) ที่พบว่า สัดส่วนของสตรีที่มีภาวะเบาหวานตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ มีค่ามากกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติ ซึ่งการศึกษานี้ พบว่าน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ที่อยู่ในภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นแปดเท่า

ประวัติครอบครัวสายตรงเป็นเบาหวาน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มากกว่าสตรีมีครรภ์ที่ไม่มีประวัติครอบครัวสายตรงเป็นโรคเบาหวาน เนื่องจากความผิดปกติของพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับฮอร์โมนที่มีผลต่อระดับอินซูลิน และเมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดฮอร์โมนที่มีผลต่อระดับอินซูลินเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lewandowska (2021) พบว่า ประวัติเบาหวานในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดภาวะเบาหวานจากการตั้งครรภ์ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติเบาหวานในครอบครัวจะ



พบการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีประวัติเบาหวานในครอบครัว (Lee, Ching, & Ramachandran, 2018)

ทัศนคติมีความสัมพันธ์ต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยทัศนคติเป็นความรู้สึกค่อนข้างจะคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดี และผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเป็นการวัดค่านิยม การรับรู้ต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ความเชื่อต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อาการที่เกิดขึ้นและการควบคุม การดูแลตนเองต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การไปพบแพทย์ และการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยในการศึกษานี้มีร้อยละ 14.4 ที่ไม่ได้รับการคัดกรองภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และร้อยละ 27.8 ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งอาจมีผลต่อการมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี และเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Offomiyor & Rehal (2023) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่ค่อยตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และความเครียด (Netgrajang, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ Limruengrong, Boriboonhiransan, Puangsricharoen, & Pinijlertsakul (2016) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่รับประทานอาหารที่เกินเกณฑ์มาตรฐาน และขาดการออกกำลังกาย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 3.30 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่รับประทานอาหารตามเกณฑ์มาตรฐาน และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์วัยเจริญพันธุ์ควรหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมอาหาร หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับพลังงานในแต่ละวันเฉลี่ยวันละ 1,800-2,000 กิโลแคลอรี โดยได้แคลอรีจากคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50-55 ไขมันร้อยละ 25-30 โปรตีนร้อยละ 20 อาหารที่ไม่ควรรับประทาน คือ น้ำตาลและอาหารที่หวานจัด เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง สังขยา ก๋วยเตี๋ยว นมข้นหวาน แยม ผลไม้กระป๋อง ทูเรียน น้ำผลไม้ เป็นต้น อาหารที่รับประทานได้แต่ต้องจำกัด ได้แก่ ผลไม้ที่มีรสหวานน้อย เช่น มะละกอสุก ฝรั่ง พุทรา แตงโม นอกจากนี้ควรงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพราะแอลกอฮอล์ ทำให้ตับลดการสร้างกลูโคสและไกลโคเจนทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ นอกจากนี้การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และวิธีที่เหมาะสม โดยการออกกำลังกายที่เน้นกล้ามเนื้อส่วนบน จะสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้หลังออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 4 สัปดาห์ อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง โดยใช้ความแรงระดับปานกลาง การออกกำลังกายจะกระตุ้นระบบหลอดเลือดและหัวใจช่วยลดภาวะดื้ออินซูลิน และควรหากิจกรรมผ่อนคลาย หรือไปเที่ยวในสถานที่พักผ่อนหย่อนใจเพื่อลดการเกิดภาวะเครียดซึ่งจะมีผลต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Framework (Green & Kreuter, 1980) สำหรับการกำหนดตัวแปรต้นในการศึกษา (Independent Variable) โดยแนวคิดนี้มีพื้นฐานที่ว่าสุขภาพและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดีเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุร่วมกัน (Multiple Factors) ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลายด้านประกอบกัน โดยจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมนั้นก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ และนำไปสู่การเกิดโรคโดยเฉพาะโรคเรื้อรังแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) โดยในการศึกษานี้พบเพียงปัจจัยนำมีความสัมพันธ์กับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ โดยปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์ที่แก้ไขหรือปรับเปลี่ยนไม่ได้จากการศึกษานี้ ได้แก่ อายุ ประวัติครอบครัวสายตรงเป็น



เบาหวาน ประวัติดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ และปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์ที่แก้ไขหรือปรับเปลี่ยนได้จากการศึกษานี้ ได้แก่ ทักษะการดูแลภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จะเห็นได้ว่าปัจจัยนำเป็นปัจจัยที่เป็นพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมของบุคคลและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม และนำไปสู่การเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ โดยกรอบแนวคิด PRECEDE เป็นกระบวนการตามขั้นตอนซึ่งวิเคราะห์ปัจจัยแบบย้อนกลับ ทำให้มองเห็นจุดเริ่มต้น และความสัมพันธ์แต่ละขั้นตอนอย่างมีระบบตามลำดับขั้น และเป็นกรอบแนวคิดที่ผสมผสานความรู้จากศาสตร์ต่างๆ สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมของบุคคลที่มีสาเหตุจากหลายปัจจัย การดำเนินงานจำเป็นต้องมีหลายด้านประกอบกัน นอกจากนี้การวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมจำแนกเป็น ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ ทำให้สามารถวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมได้อย่างครอบคลุม ดังนั้นผลจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยนำเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญและส่งผลให้เกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้มากที่สุด

ฉะนั้นแล้วการตั้งครรภ์มีส่วนกระตุ้นให้ภาวะเบาหวานแสดงอาการได้มากขึ้น เนื่องจากฮอร์โมนในร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงส่งผลให้เกิดการดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลินที่ทำหน้าที่ควบคุมระดับน้ำตาลทำให้การเผาผลาญน้ำตาลในร่างกายเสียสมดุลไป รวมถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อหญิงตั้งครรภ์หลายประการ เช่น การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงแทรกซ้อน ภาวะน้ำตาลมากเกินปกติ ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดบุตร เนื่องจากบุตรมีขนาดใหญ่กว่าเกณฑ์ ทำให้คลอดยากหรือเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังนั้นการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จึงสำคัญมากเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาแต่เนิ่น ๆ และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติตลอดการตั้งครรภ์ลดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตของทารกในครรภ์

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยพบเพียงปัจจัยนำเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการรักษาพยาบาลสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยเจริญพันธุ์ ของเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติดัชนีมวลกายเกินก่อนตั้งครรภ์ และมีประวัติครอบครัวสายตรงเป็นเบาหวาน โดยจัดโครงการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่เหมาะสมเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะประเด็นจากข้อคำถามที่มีสัดส่วนสูงของของทัศนคติที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การป่วยเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทำให้ท้อแท้หมดหวัง คนอ้วนทุกคนต้องเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และการกินยารักษาเบาหวานขณะตั้งครรภ์แล้วไม่ต้องควบคุมอาหาร และส่งเสริมการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เอื้อต่อการลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น หรือเพิ่มแหล่งข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เพื่อกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ เกิดความตระหนักในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เช่น การจัดกิจกรรมรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ในระยะเริ่มต้นการตั้งครรภ์ เพื่อเป็นการสร้างความตระหนักและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของหญิงตั้งครรภ์วัยเจริญพันธุ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยเจริญพันธุ์ ที่มีความเสี่ยงถึงเห็นถึงความสำคัญในการจัดการตนเอง ลดความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำวิจัยในรูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อออกแบบหรือจัดโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมาก มีประวัติครอบครัวสายตรงเป็นเบาหวาน และมีประวัติดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ และนอกจากนี้ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยเจริญพันธุ์ ได้มีส่วนร่วมในการร่วมคิด วางแผนและตัดสินใจในการวิจัย ซึ่งเป็นการเรียนรู้ร่วมกันระหว่าง



ผู้วิจัยและหญิงตั้งครรภ์วัยเจริญพันธุ์ เพื่อหารูปแบบการดูแลและป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน และลักษณะทางประชากร ลักษณะทางสังคม สิ่งแวดล้อม และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง

References

- Aekplakorn, W., Puckcharern, H. & Satheannoppakao, W. (2021). *The 6th Survey of Thai Public Health by Physical Examination 2019-2020*. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University. (In Thai)
- Anto, E. O., Ofori Boadu, W. I., Opoku, S., Senu, E., Tamakloe, V. C. K. T., Tawiah, A., et al. (2022). Prevalence and Risk Factors of Preterm Birth Among Pregnant Women Admitted at the Labor Ward of the Komfo Anokye Teaching Hospital, Ghana. *Front Glob Womens Health*, 6(3), 1-8.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Bahl, S., Dhabhai, N. & Taneja, S. (2022). Burden, Risk Factors and Outcomes Associated with Gestational Diabetes in a Population-Based Cohort of Pregnant Women from North India. *BMC Pregnancy Childbirth*, 32, 1-6.
- Diabetes Association of Thailand. (2021). *Diabetes Statistics*. Retrieved August 3, 2022 from <https://www.dmthai.org/old/index.php/knowledge/the-chart/the-chart-1>. (In Thai)
- Green, L. W. & Krueter, M. W. (1980). *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. California Mayfield Publishing Company.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Kanthiya, K., Luangdansakul, W., Wacharasint, P., Prommas, S. & Smanchat, B. (2013). Prevalence of Gestational Diabetes Mellitus and Pregnancy Outcomes in Women with Risk Factors Diagnosed by IADPSG Criteria at Bhumibol Adulyadej Hospital. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 21(4), 141-149. (in Thai)
- Lee, K. W., Ching, S. M. & Ramachandran, V. (2018). Prevalence and Risk Factors of Gestational Diabetes Mellitus in Asia: a Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18, 1-20.
- Lewandowska, M. (2021). Gestational Diabetes Mellitus (GDM) Risk for Declared Family History of Diabetes, in Combination with BMI Categories. *Int J Environ Res Public Health*, 18(13), 1-16.
- Limruengrong, P., Boriboonhiransan, D., Puangsricharoen, A. & Pinijlertsakul, O. (2016). Factors Influencing the Incidence of Gestational Diabetes in Pregnant Women with Abnormal Glucose Challenge Test. *Journal of Nursing Science*, 34(2), 58-69. (in Thai)
- Mokhlesi, B., Masa, J. F., Brozek, J. L., Gurubhagavatula, I., Murphy, P. B., Piper, A. J., et al. (2019). Evaluation and Management of Obesity Hypoventilation Syndrome. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med*, 200(3), 6-24.



- Msollo, S. S., Martin, H. D., Mwanri, A. W. & Petrucka, P. (2021). Awareness and Screening Practices for Gestational Diabetes Mellitus among Pregnant Women in Arusha Urban, Tanzania. *Tanzania Journal of Agricultural Sciences*, 20(1), 1-11.
- Netgrajang, C. (2019). Strengthening Multidisciplinary Approach to Prevent and Control Complications of Diabetes Mellitus in Pregnant Women. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, 36(2), 168-177. (in Thai)
- Offomiyor, F. A. & Rehal, S. (2023). Exploring the Knowledge, Attitude, and Practices of Healthy Pregnant Women Towards Gestational Diabetes Mellitus in Nigeria. *Qualitative Health Research*, 33(1-2), 39-52.
- Pathum Thani Provincial Health Office. (2021). *Statistics of Diabetes, Pathum Thani Province*. Retrieved August 3, 2022 from <https://ptepho.moph.go.th/ptepho/>. (in Thai)
- Saadati, N., Afshari, P., Boostani, H., Beheshtinasab, M., Abedi, P. & Maraghi, E. (2021). Health Anxiety and Related Factors among Pregnant Women During the COVID-19 Pandemic: a Cross-Sectional Study from Iran. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1-7.
- Srisawat, K. (2014). Management for Gestational Diabetes Mellitus. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(2), 50-58. (in Thai)
- Vanichphongphan, P. (2017). *Modern Textbook of Obstetrics*. Department of Obstetrics and Gynecology Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok. (in Thai)
- Wagan, N., Amanullah, A. T., Makhijani, P. B. & Kumari, R. (2021). Factors Associated With Gestational Diabetes Mellitus: A Cross-Sectional Study. *Cureus*, 13(8), e17113.
- WHO. (2022). *Diagnostic Criteria and Classification of Hyperglycemia First Detected in Pregnancy*. Retrieved August 22, 2022 from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85975/>
- Youngvanichset, S. (2016). *Nursing Care for Pregnant Women with Diabetes*. Faculty of Nursing. Prince of Songkhla University, Songkhla. (in Thai)
- Zhang, Y., Xiao, C. M., Zhang, Y., Chen, Q., Zhang, X. Q., Li, X. F., et al. (2021). Factors Associated with Gestational Diabetes Mellitus: A Meta-Analysis. *Journal of Diabetes Research*, 10, 1-18.



ปัจจัยทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์ Factors Predicting Gestational Weight Gain among Pregnant Women with High Pre-pregnancy Body Mass Index

ประไพรัตน์ แก้วศิริ^{1*}, เปรียบแก้ว ฝาระมี¹, ณัฏฐา อ่อนผิว¹, พิมลพรรณ อันสุข¹
Prapairot Kaewsiri^{1*}, Priabgeaw Faramee¹, Nuttaya Onpiw¹, Pimonpan Ansook¹
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม^{1*}
Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhonphanom University^{1*}

(Receive: December 3, 2022; Revised: April 3, 2023; Accepted: April 15, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่าง คือสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์จำนวน 120 ราย ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนครพนม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย และการเข้าถึงแหล่งอาหารของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน นำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 0.89, 0.93 และ 0.90 ตามลำดับ หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย โดยใช้สูตรการหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .84 และ .82 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามการเข้าถึงแหล่งอาหารวิเคราะห์โดยใช้สูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน ได้ค่าเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติถดถอยพหุคูณแบบทีละขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มากที่สุด ($\beta=.30, p<.01$) รองลงมาคือ การเข้าถึงแหล่งอาหาร ($\beta=-.19, p<.05$) โดยทั้ง 2 ตัวแปรสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 13 (Adjust $R^2=.13, p<.01$) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ เท่ากับ .38 โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ ± 6.05 ($SE_{est} = \pm 6.05$)

การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์ ทีมสุขภาพควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งอาหารที่มีประโยชน์เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ

คำสำคัญ: น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์, ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, การเข้าถึงแหล่งอาหาร

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pairatk@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-7136069)



Abstract

The objective of this predictive research was to investigate the factors predicting gestational weight gain among pregnant women with high pre-pregnancy body mass index. The sample was 120 singleton pregnant women with high pre-pregnancy BMI, who received antenatal care services at Nakhon Phanom Hospital. The research tools was a questionnaire regarding personal data, food consumption behaviors, physical activity, and food access of pregnant women. The content validity the instrument was verified by 3 experts, yielding index values of 0.89, 0.93 and 0.90, respectively. The values of the questionnaires for reliability on food consumption behaviors and physical activity were calculated by Cronbach's alpha coefficient, obtaining values of 0.84 and 0.82, respectively. Reliability of the questionnaire on food access was analyzed by the Kuder-Richardson formula, yielding a value of 0.80. Data were analyzed by using descriptive statistics including frequency, percentage, mean and standard deviation as well as stepwise multiple regression.

The findings showed that food consumption behaviors was the most predictive factor of gestational weight gain among pregnant women with high pre-pregnancy BMI ($\beta = .30, p < .01$), followed by access to food source ($\beta = -.19, p < .05$). These two variables can together predict the variation in gestational weight gain among pregnant women by 13% (Adjust $R^2 = .13, p < .01$). The multiple correlation coefficient was .38 with the standard error of prediction of ± 6.05 ($SE_{est} = \pm 6.05$).

The results indicate that it is important to provide care for the pregnant women with high pre-pregnancy BMI. The health team should provide advice on healthy food consumption behavior and healthy food access to help this group of pregnant women to have normal gestational weight gain.

Keywords: Gestational Weight Gain, High Pre-Pregnancy Body Mass Index, Food Consumption Behaviors, Access to Food Sources

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนรวมถึงปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องมีทิศทางที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเนื่องจากพฤติกรรมบริโภคอาหารของคนในสังคม ชีวิตความเป็นอยู่ที่เปลี่ยนไป การรับประทานอาหารไม่ได้สัดส่วนที่เหมาะสมโดยเฉพาะ อาหารประเภท คาร์โบไฮเดรต แป้ง น้ำตาลและไขมัน ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการสะสมของไขมันจนเกิดโรคอ้วนและภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา (Matthanawongsakorn, Aphasat, & Premchaisawat, 2019) โดยเฉพาะในสตรีที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์และภาวะอ้วน ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์ที่เป็นชาวเอเชีย คือ สตรีที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ตั้งแต่ 23 กก./ม.² ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกในภาคพื้นแปซิฟิกตะวันตก (WHO, 2004) ซึ่งสตรีกลุ่มนี้ควรมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 7-11.5 กิโลกรัม (Institute of Medicine, 2009) สตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์มีความเสี่ยงสูงที่จะมีน้ำหนักเพิ่มเกินเกณฑ์และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีน้ำหนักเพิ่มเกินเกณฑ์ขณะตั้งครรภ์ (Suliga, Rokita, & Gluszek, 2018) สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการแท้งเอง 1.2 เท่า (95% CI, 1.01-1.46) และภาวะแท้งซ้ำซาก 3.5 เท่า (95% CI, 1.03-12.01) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติบริเวณไขสันหลัง ภาวะสมองบวม น้ำ ระบบหลอดเลือดและหัวใจ กระดูกบริเวณปากและใบหน้า ความผิดปกติบริเวณยางค์แขนขา



และพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการหยุดให้นมบุตรก่อนปกติ ภาวะซีดหลังคลอด และภาวะซีดเรื้อรังได้ (Practice Bulletin No. 156: Obesity in Pregnancy, 2016)

สถาบันการแพทย์แห่งอเมริกาได้แบ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มน้ำหนักของสตรีตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยด้านมารดา และปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อม (Rasmussen, & Yaktine, 2009) โดยปัจจัยด้านมารดา เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ เช่น อายุ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอด อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ภาวะเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนก่อนตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์ เช่น การแพ้ท้องรุนแรง ซึ่งมีผลการศึกษาพบว่า การตั้งครรภ์จะส่งผลให้สตรีมีน้ำหนักคงค้างสะสมหลังคลอด เกิดการสะสมไขมันตามร่างกาย สตรีที่ผ่านการคลอดมาแล้วจะมีความวิตกกังวลกับการมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นจากประสบการณ์การตั้งครรภ์ครั้งก่อน จึงระมัดระวังในการดูแลตนเอง ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ที่ผ่านการคลอดหลายครั้งมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่เคยผ่านการคลอด (Garmendia, Mondschein, Matus, Murrugarra, & Uauy, 2017) และภาวะเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนก่อนตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และการเผาผลาญพลังงานของร่างกายของสตรีตั้งครรภ์ (Rasmussen, & Yaktine, 2009) จากผลการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า จำนวนครั้งของการคลอดและภาวะเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนก่อนและขณะตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ ในขณะที่การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านมารดาในเรื่อง อายุ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์และอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ยังไม่ชัดเจนว่าส่งผลกระทบต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยด้านอายุ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์และอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และยังพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัย ด้านสังคมและสภาพแวดล้อมค่อนข้างน้อย ซึ่งปัจจัยนี้มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ด้วยเช่นกัน (Rasmussen, & Yaktine, 2009)

ในส่วนของปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อม พบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมโดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และกิจกรรมทางกาย เป็นพฤติกรรมที่มีผลโดยตรงต่อการควบคุมสมดุลของพลังงานในร่างกาย (Gettong, & Rujiraprasert, 2018) หากสตรีตั้งครรภ์รับประทานอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย โดยเฉพาะอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล และไขมัน จะทำให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากเกินไป ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ดังนั้นการดูแลให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินก่อนการตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม จึงมีความสำคัญมาก จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์ (Jantradee, & Serisathian, 2014) ส่วนกิจกรรมทางกาย เป็นปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อมอีกตัวหนึ่งที่สำคัญในการควบคุมน้ำหนักตัวของสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งการเคลื่อนไหวร่างกายอยู่เสมอ และการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์ของสตรีตั้งครรภ์ (Herring, Nelson, Davey, Klotz, Oken, & Foster, 2012) นอกจากนี้ยังพบว่า การเข้าถึงแหล่งอาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากสตรีตั้งครรภ์มีความสะดวกในการเลือกซื้ออาหารที่ดีต่อสุขภาพ มีแหล่งอาหารที่หาได้ง่าย ย่อมเอื้ออำนวยในการได้รับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ (Siriarunrat, Tachasuksri, & Deoisres, 2018)

อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์ในประเทศไทยยังพบน้อย ประกอบกับข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า ผลการศึกษายังขาดความชัดเจน ในปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ อายุ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ และอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก รวมถึงปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย และการเข้าถึงแหล่งอาหาร (Siriarunrat, Tachasuksri, & Deoisres, 2018; Deemongkol, Limruangrong, Phahuwatanakom, &



Boriboonhirunsarn, 2020) และเพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์ โดยศึกษาปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ อายุ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ และอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก รวมถึงปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย และการเข้าถึงแหล่งอาหาร ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่าผลการวิจัยที่ได้รับจะเป็นประโยชน์ในการคัดกรองความเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์และสามารถนำไปพัฒนาแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ให้น้ำหนักขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ได้เพื่อลดอุบัติการณ์และภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดที่อาจเกิดจากภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วนได้

วัตถุประสงค์วิจัย

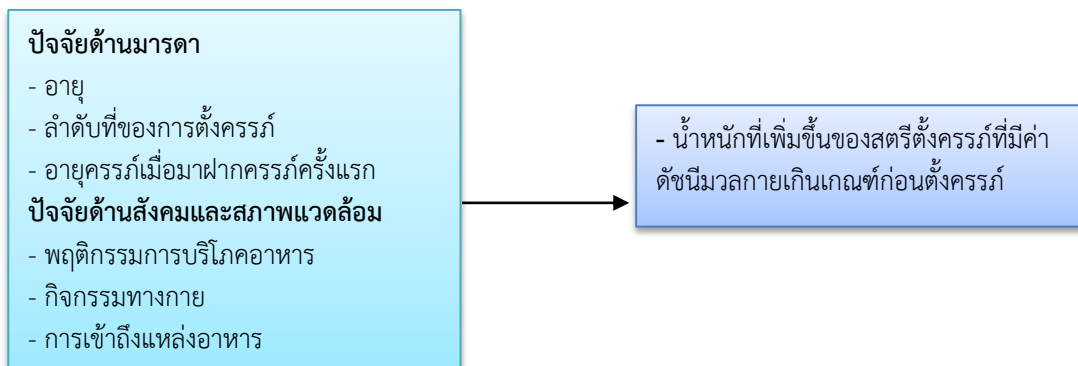
เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์ โดยศึกษาปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ อายุ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ และอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย และการเข้าถึงแหล่งอาหาร

สมมติฐานวิจัย

ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ อายุ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ และอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย และการเข้าถึงแหล่งอาหาร สามารถร่วมกันทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และบททวนเอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์ โดยใช้กรอบการกำหนดน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ของสถาบันการแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (The Institute of Medicine) ร่วมกับการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อการเพิ่มน้ำหนักของสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์ โดยแบ่งเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านมารดา และปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อม (Rasmussen & Yaktine, 2009) ซึ่งปัจจัยด้านมารดา เป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์ จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ จำนวนครั้งของการคลอด และภาวะเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนก่อนและขณะตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ ในขณะที่ผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านมารดาในเรื่อง อายุ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์และอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ยังไม่ชัดเจนว่าส่งผลกระทบต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยด้านอายุ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์และอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และยังพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัย ด้านสังคมและสภาพแวดล้อมค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงได้เลือกศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย และความสามารถในการเข้าถึงแหล่งอาหาร ซึ่งครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์ ดังภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์ก่อนการตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือนพฤษภาคม - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์ก่อนการตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลนครพนมระหว่างเดือนพฤษภาคม - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) อ้างใน Srisathitnarakoon (2010). โดยใช้สูตร $N = 10K + 50$ โดย

N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

K = จำนวนตัวแปรอิสระ ในการศึกษานี้ มี 6 ตัวแปร

$N = (10 \times 6) + 50 = 110$ คน

ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 5 % ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 115.5 คน เพื่อให้ง่ายต่อการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง เป็น 120 คน

โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายโดยสุ่มจากลำดับของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในแต่ละวัน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) สตรีตั้งครรภ์เดี่ยว 2) อายุครรภ์ 25 สัปดาห์ ขึ้นไป และ 3) ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ก่อนตั้งครรภ์ ≥ 23.00 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ ได้แก่ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูง 2) มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ เช่น ครรภ์แฝดน้ำ คลอดก่อนกำหนด หรือมีอาการแพ้ท้องอย่างรุนแรง เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องชั่งน้ำหนักบุคคลระบบดิจิทัล หน่วยเป็นกิโลกรัม ใช้เครื่องเดียวกันในการชั่งน้ำหนักสตรีตั้งครรภ์ทุกคน โดยชั่งในวันที่ได้รับบริการฝากครรภ์

2. แบบสอบถามการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์ ประกอบด้วย



2.1 ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว

2.2 แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ลำดับที่ของการคลอด ประวัติการแท้ง อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ปัจจุบัน ส่วนสูง น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักปัจจุบัน น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์ ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health, Ministry of Public Health, 2015) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์จำนวน 26 ข้อ เป็นเชิงบวก 14 ข้อ เชิงลบ 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำจนถึงไม่เคยปฏิบัติ คำถามเชิงบวกให้คะแนนเป็น 4 ถึง 1 คะแนน คำถามเชิงลบให้คะแนนในทิศทางกลับกันโดยข้อคำถามในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ตัวเลือก ซึ่งแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์ มีช่วงคะแนนโดยรวมอยู่ระหว่าง 26-104 คะแนน มีเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยด้วยวิธีหาค่ามัธยฐานโดยใช้ค่าพิสัยที่มีค่าสูงสุด-พิสัยที่มีค่าต่ำสุด (Srisathitnarakun, 2010) ทารด้วยจำนวนช่วงที่ต้องการ คือ 3 ช่วง ซึ่งได้คะแนนที่มีช่วงเท่าๆ กันทุกชั้น และนำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 78.01 – 104.00, 52.01 – 78.00 และ 26.00 – 52.00 โดยหมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี ระดับปานกลาง และระดับที่เสี่ยงต่อการมีน้ำหนักเพิ่มมากเกินไปเกินเกณฑ์ ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกิจกรรมทางกายของสตรีตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมครอบคลุม 3 ด้าน คือ การเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกาย และการพักผ่อน จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็นด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย 12 ข้อ เป็นเชิงบวก 8 ข้อ เชิงลบ 4 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 12 ข้อ เป็นเชิงบวก 11 ข้อ และเชิงลบ 1 ข้อ ส่วนด้านการพักผ่อน 6 ข้อ เป็นเชิงบวก 4 ข้อ เชิงลบ 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำจนถึงไม่เคยปฏิบัติเลย คะแนนสูง หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายดี คะแนนต่ำ หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายไม่ดี โดยข้อคำถามในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ตัวเลือก มีช่วงคะแนนโดยรวมอยู่ระหว่าง 30-120 คะแนน มีเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยด้วยวิธีหาค่ามัธยฐานโดยใช้ค่าพิสัยที่มีค่าสูงสุด-พิสัยที่มีค่าต่ำสุด (Srisathitnarakun, 2010) ทารด้วยจำนวนช่วงที่ต้องการ คือ 3 ช่วง ซึ่งได้คะแนนที่มีช่วงเท่าๆ กันทุกชั้น และนำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 90.01 – 120.00, 60.01 – 90.00 และ 30.00 – 60.00 หมายถึง มีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายในระดับดี ระดับปานกลาง และระดับที่เสี่ยงต่อการมีน้ำหนักเพิ่มมากเกินไปเกินเกณฑ์

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเข้าถึงแหล่งอาหาร เน้นการเข้าถึงแหล่งอาหารที่ดีต่อสุขภาพ มี จำนวน 4 ข้อ เป็นเชิงบวก 3 ข้อ เชิงลบ 1 ข้อ ให้เลือกตอบ ใช่ /ไม่ใช่ ถ้าตอบ ใช่ ให้ 1 คะแนน ไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน คำถามทางลบให้คะแนนในทางกลับกัน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน คะแนนรวมสูง (≥ 3 คะแนน) หมายถึง มีความสามารถในการเข้าถึงแหล่งอาหารได้สูง คะแนนรวมต่ำ (< 3 คะแนน) หมายถึง มีความสามารถในการเข้าถึงแหล่งอาหารได้ต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบบสอบถามกิจกรรมทางกายและแบบสอบถามการเข้าถึงแหล่งอาหาร ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพแผนกฝากครรภ์ 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหา ซึ่งทั้ง 3 ท่าน เสนอแนะให้เพิ่มจำนวนข้อคำถามของแบบสอบถามให้ครอบคลุมหลังจากนั้นจึง



นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข ค่าความค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ .89, .93 และ .90 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และกิจกรรมทางกายเท่ากับ .84 และ .82 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามการเข้าถึงแหล่งอาหารวิเคราะห์โดยใช้สูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (kuder-Richardson: KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสืออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ หน่วยฝากครรภ์ทุกวันราชการในเวลา 10.30 -12.00 น. และเวลา 14.30 - 16.00 น. เพื่อไม่ให้กระทบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากสตรีตั้งครรภ์ได้รับการตรวจครรภ์หรือตรวจพิเศษอื่น ๆ จากเจ้าหน้าที่เรียบร้อยแล้ว โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก
4. ผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างตามคำขออนุญาต และพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้อ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย
5. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งนำหน้าจากเครื่องซึ่งนำหน้าบุคคลระบบดิจิทัลหน่วยเป็นกิโลกรัม แล้วลงบันทึก ซึ่งการซึ่งนำหน้าในการวิจัยครั้งนี้จะทำ 1 ครั้ง ในวันที่ผู้วิจัยเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นให้ตอบแบบสอบถาม ใช้เวลา 15-20 นาที นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนเมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน จึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของปัจจัยด้านมารดาและข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอด ที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนตัวแปรเชิงคุณภาพ ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. ข้อมูลปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อม ได้แก่ คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย และการเข้าถึงแหล่งอาหารของสตรีตั้งครรภ์ วิเคราะห์โดยใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) แบบทีละขั้นตอน (Stepwise) ซึ่งจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ 1) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นตัวแปรต่อเนื่องโดยมีระดับการวัดเป็นช่วงมาตรา (Interval) ทุกตัวแปร 2) จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากพอ การศึกษาครั้งนี้คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) $N = 10K + 50$ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 120 คน 3) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีการแจกแจงข้อมูลแบบโค้งปกติ ทดสอบสถิติ Kolmogorov Smirnov มีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ 4) ตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ ทดสอบโดยการทำแผนภาพ



การกระจายพบว่าลักษณะของ Scatter Plot เป็นแบบ Homoscedasticity โดยมีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร แสดงว่า ข้อมูลมีความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ 5) ตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) ซึ่งทดสอบโดยวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัว โดยได้ค่าไม่สูงกว่า .80 เมื่อพิจารณาจากค่า Variance Inflation Factor (VIF) ของอายุ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก พฤติกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การเข้าถึงแหล่งอาหาร มีค่าเท่ากับ 1.02 1.00 1.00 1.02 1.15 และ 1.02 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าไม่สูงกว่า 4 และเมื่อพิจารณาค่า tolerance มีค่าเท่ากับ .97, .94, 1.0, .98 .86 และ .98 ตามลำดับ ซึ่งค่า tolerance ไม่ต่ำกว่า 0.2 แสดงให้เห็นว่าตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) 6) จากการทดสอบค่าสถิติ Durbin-Watson = 1.88 ซึ่งอยู่ในช่วง 1.5 2.5 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อน (Error Tem) มีการแจกแจงปกติ เป็นอิสระต่อกัน (Independence) หรือไม่เกิดสหสัมพันธ์ของความคลาดเคลื่อน (Autocorrelation) 7. ไม่มีค่าผิดปกติ (Outliers) โดยพิจารณาจากความสัมพันธ์เชิงเส้น การศึกษาครั้งนี้ จึงใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) แบบทีละขั้นตอน (Stepwise) ในการวิเคราะห์ข้อมูล (Aree, & Jitphakdee, 2014)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครพนม โดยได้ใบรับรองการอนุมัติ เลขที่ NP - EC11 - No. 5/2564 ลงวันที่ 5 เมษายน 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 74.20 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. ร้อยละ 40.80 มีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 30.81 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน $\leq$ 10,000 บาทและรายได้ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 42.53 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 97.52 ลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย ร้อยละ 64.20

2. ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 35.80 มีลำดับที่ของการคลอด 1 ครั้ง ร้อยละ 38.31 ไม่เคยแท้ง ร้อยละ 78.30 ส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ $\leq$ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 84.23 อายุครรภ์ปัจจุบัน $\geq$ 37 สัปดาห์ ร้อยละ 69.22 อายุครรภ์ต่ำสุด 25 สัปดาห์ สูงสุด 40 สัปดาห์ ส่วนสูง 151-160 เซนติเมตร ร้อยละ 56.71 มีน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ 61-70 กิโลกรัม ร้อยละ 49.21 และมีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ 25.0-29.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร้อยละ 60.80 รองลงมา 23.0-24.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร้อยละ 14.2 และ $\geq$ 30.0 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร้อยละ 25 ตามลำดับ น้ำหนักปัจจุบัน 71-80 กิโลกรัม ร้อยละ 35.80 น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น 7.0-11.5 กิโลกรัม ร้อยละ 40.80

3. ปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับที่เสี่ยงต่อการมีน้ำหนักเพิ่มมากเกินไป ร้อยละ 66.70 ($Max=103$, $Min=26$, $M=46.46$, $SD=18.69$) มีกิจกรรมทางกายโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 89.20 ($Max=120$, $Min=30$, $M=47.73$, $SD=28.13$) และมีการเข้าถึงแหล่งอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง พบร้อยละ 82.50 ($Max=4$, $Min=1$, $M=3.35$, $SD=0.92$)

4. ปัจจัยทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง แสดงในตาราง 1



ตาราง 1 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง (n=120)

ตัวแปร	b	S.E.b	β	t	p-value
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	.10	.03	.30	3.50	.001
การเข้าถึงแหล่งอาหาร	-1.36	.60	-.19	-2.24	.027

ค่าคงที่ = 9.29, $p < .001$, $SE_{est} = \pm 6.05$
 $R = .38$; $R^2 = .14$; Adjusted $R^2 = .13$; $F = 9.93$; $P < .000$

จากตาราง 1 พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($\beta=.30$, $p<.01$) และการเข้าถึงแหล่งอาหาร ($\beta=-.19$, $p<.05$) และร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 13 (Adjusted $R^2=.13$, $p<.01$) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ เท่ากับ .38 โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ ± 6.05 คะแนน ($SE_{est} = \pm 6.05$) และพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารสามารถทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มตัวอย่างได้สูงสุด รองลงมาคือ การเข้าถึงแหล่งอาหาร โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย ในรูปคะแนนดิบ (b) เท่ากับ .10 และ -1.36 ตามลำดับ ส่วนอายุ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกและกิจกรรมทางกายไม่สามารถทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มตัวอย่างได้ และสมการพยากรณ์จากการศึกษาครั้งนี้ คือ $Y = 9.29 + .10X_{\text{Food Consumption Behavior}} - 1.36X_{\text{Access to Food Sources}}$

อภิปรายผล

ปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อม พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($\beta=.30$, $p<.01$) และการเข้าถึงแหล่งอาหาร ($\beta=-.19$, $p<.05$) และร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 13 (Adjusted $R^2 = .13$, $p<.01$) และพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารสามารถทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มตัวอย่างได้สูงสุด รองลงมาคือ การเข้าถึงแหล่งอาหาร ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับต่ำกับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.329$, $p<.01$) อธิบายได้ว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดีจะส่งผลให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มีสาเหตุจากความไม่สมดุลของพลังงานที่ร่างกายได้รับจากการรับประทานอาหารและการใช้พลังงานของร่างกาย (Rattasumpun, 2018) สตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้จะไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการบริโภคได้ มีการรับประทานอาหารไขมันสูง รับประทานอาหารผักและผลไม้ไม่พอ และไม่ออกกำลังกาย (Chaput, Leblanc, Perusse, Despres, Bouchard, & Tremblay, 2009) หากสตรีตั้งครรภ์รับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนตั้งครรภ์ จะมีความเสี่ยงต่อการมีน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์มากเกินไปจนถึง 2.35 เท่า (Lertbannaphong, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kampan, Tulyakul, & Saetan (2021) พบว่า พฤติกรรมการบริโภคของสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jantradee, Serisathian, & Phahuwatanakorn (2014) ที่พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่รับประทานอาหารในขณะตั้งครรภ์มากกว่าก่อนตั้งครรภ์มีความเสี่ยงในการมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ได้ (Heery, Kelleher, Wall & McAuliffe, 2015)

การเข้าถึงแหล่งอาหารสามารถทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มตัวอย่างได้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และการเข้าถึงแหล่งอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำมากกับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญ



ทางสถิติ ($r=-.235, p<.01$) และการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการเข้าถึงแหล่งอาหารอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 82.50 และจากผลการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีเวลาเพียงพอที่จะเลือกซื้ออาหารที่มีแป้ง น้ำตาล ไขมันต่ำ มาปรุงรับประทานเอง คิดเป็นร้อยละ 59.2 อธิบายได้ว่า ในปัจจุบันสตรีตั้งครรภ์สามารถแสวงหาแหล่งอาหารได้หลากหลาย และมีความสะดวกในการเลือกซื้ออาหารที่ดีต่อสุขภาพ มีแหล่งอาหารที่หาได้ง่าย จึงเอื้ออำนวยในการได้รับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ (Siriarunrat, Tachasuksri, & Deoisres, 2018) ทำให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคะแนนการเข้าถึงแหล่งอาหารอยู่ในระดับสูง มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ไม่เกินเกณฑ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Knight-Agarwal, Williams, Davis, Davey, Shepherd, Downing et al (2016) พบว่า ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งอาหารสามารถทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งอาหารได้ ไม่สะดวกในการซื้ออาหาร มีเงินและเวลาไม่เพียงพอ ทำให้ขาดสิ่งที่จะเอื้ออำนวยในการเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพทำให้เสี่ยงต่อการมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ได้

ส่วนกิจกรรมทางกายไม่สามารถทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มตัวอย่างได้ และพบว่ากิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำมากกับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.279, p<.01$) ส่งผลให้กิจกรรมทางกายไม่สามารถทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มตัวอย่างได้ อธิบายได้ว่าอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 30.80 กิจกรรมในชีวิตประจำวันส่วนใหญ่ เป็นลักษณะงานบ้านที่ออกแรงในการทำกิจกรรมน้อยและส่วนใหญ่ในปัจจุบันมีเครื่องอำนวยความสะดวกในการทำงานบ้านหลายชนิด ทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีคะแนนกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 89.20 และการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ 25.0-29.99 กก./ม.² ถือว่าเป็นภาวะอ้วนระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 60.8 ทำให้การเคลื่อนไหวล่าช้า ประกอบกับส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 69.20 ซึ่งเป็นอายุครรภ์ที่อยู่ในช่วงไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์คือไตรมาสที่ 3 และมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ 7.0-11.5 กิโลกรัม ร้อยละ 40.80 ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 มักจะมีกิจกรรมทางกายลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีกิจกรรมทางกายลดลงมากคือ มากกว่าร้อยละ 50 มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (Merkx, Ausems, Bude, 2017) สตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินจะเริ่มมีกิจกรรมทางกายลดลงตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์ และเมื่ออายุครรภ์ 28 สัปดาห์และมีกิจกรรมทางกายลดลงอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ (Zhixian, Lisa & Jodie, 2013) และจากการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kampan, Tulyakul & Saetan (2021) พบว่า กิจกรรมทางกายไม่สามารถทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ได้ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในกิจกรรมงานบ้านมากที่สุดร้อยละ 32.48 รองลงมาคือกิจกรรมที่ ออกแรงน้อยหรือไม่ออกแรงเลย ร้อยละ 31.88 และใช้เวลาในกิจกรรมการออกกำลังกายน้อยที่สุดร้อยละ 1.17

ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ อายุ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ และอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ไม่สามารถร่วมกันทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ได้ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า อายุไม่สามารถทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ได้ เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่อายุน้อยกว่า 25 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์เป็น 2.83 เท่าของสตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่มีอายุระหว่าง 25-34 ปี เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ ถือเป็นวัยที่เริ่มเข้าสู่ผู้ใหญ่ตอนต้นซึ่งต้องการพลังงานและสารอาหารมากเพื่อนำมาเสริมสร้างการเจริญเติบโตทางร่างกายและนำมาใช้สำหรับการตั้งครรภ์ (Deemongkol, Limruangrong, Phahuwatanakorn & Boriboonhirunsarn (2020) แต่ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี ถึงร้อยละ 74.2 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 31.84 ปี จึงทำให้อายุไม่สามารถทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ได้ สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 และมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ ถึงร้อยละ 84.2 ซึ่งเป็นการ



ฝากครรภ์ครั้งที่ 1 ตามเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และคำแนะนำที่เหมาะสมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์โดยเฉพาะคำแนะนำด้านโภชนาการส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์ 7.0-11.5 กิโลกรัม ร้อยละ 40.80 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักในขณะตั้งครรภ์ที่เหมาะสมในสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานก่อนการตั้งครรภ์ (Institute of medicine: IOM, 2009) ซึ่งการได้รับความรู้เกี่ยวกับการเพิ่มน้ำหนักขณะตั้งครรภ์และปริมาณอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมจากผู้ให้บริการทางสุขภาพจะทำให้สตรีตั้งครรภ์มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ (Rasmussen, & Yaktine, 2009) ประกอบกับการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ผ่านการคลอด 1 ครั้ง ถึงร้อยละ 38.3 และมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ ถึงร้อยละ 84.2 แสดงถึงมีการวางแผนการตั้งครรภ์และระมัดระวังในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการเพิ่มของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่เคยผ่านการคลอดหลายครั้ง มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่เคยผ่านการคลอด (Garmendia, Mondschein, Matus, Murrugarra & Uauy, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ Deemongkol, Limruangrong, Phahuwatanakorn & Boriboonhirunsarn (2020) พบว่า สตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่ไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์หรือได้รับข้อมูลไม่ถูกต้อง เสี่ยงต่อการมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์มากกว่าสตรีที่ได้รับคำแนะนำและได้รับข้อมูลถูกต้อง 3.33 เท่า ($OR=3.33$; 95%CI=1.58, 7.01) และสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่ไม่เคยผ่านการคลอดเสี่ยงต่อการมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์มากกว่าสตรีที่เคยผ่านการคลอดมาแล้ว 2.78 เท่า ($OR=2.78$; 95%CI=1.30, 5.93)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. สนับสนุนให้พยาบาลหน่วยฝากครรภ์ตระหนักถึงความสำคัญในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์ และแนะนำการเข้าถึงแหล่งอาหารที่มีประโยชน์ เพื่อให้มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน
2. จากผลการวิจัยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ก่อนตั้งครรภ์ มีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำ หน่วยฝากครรภ์ควรมีกิจกรรมส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ปฏิบัติกิจกรรมทางกายที่ถูกต้อง เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์มาตรฐาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยปัจจัยทำนายน้ำหนักที่เพิ่มตลอดการตั้งครรภ์ และน้ำหนักทารกแรกเกิดระหว่างสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานและสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน
2. ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารในสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ ให้มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์

References

- Aree, P. & Jitphakdee, B. (2014). *Statistics for Nursing Research*. Chiang Mai. Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (in Thai)
- Chaput, J. P., Leblanc, C., Perusse, L., Despres, J. P., Bouchard, C. & Tremblay, A. (2009). Risk Factors for Adult Overweight and Obesity in the Quebec Family Study. *Obesity (Silver Spring)*, 17(10), 1964-1970.



- Deemongkol, P., Limruangrong, P., Phahuwatanakorn, W. & Boriboonhirunsarn, D. (2020). Predictive Factors of Gestational Weight Gain among Overweight and Obese Women. *Nursing Science Journal of Thailand*, 38(2), 46-58. (in Thai)
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2015). *Health Promotion Guide on Nutrition in the Child Health Clinic*. Bangkok: Sam Charoenpanich Company Limited. (In Thai)
- Garmendia, M. L., Mondschein, S., Matus, O., Murrugarra, R. & Uauy, R. (2017). Predictors of Gestational Weight Gain among Chilean Pregnant Women: the Chilean Maternal and Infant Nutrition Cohort Study. *Health Care Women Int*, 38(8), 892-904.
- Gettong, N. & Rujiraprasert, N. (2018). Overweight During Pregnancy: An Issue to be Considered for Nurse-Midwifery. *Journal of Nursing Science & Health*, 41(3), 128-137. (in Thai)
- Heery, E., Kelleher, C. C., Wall, P. G. & McAuliffe, F. M. (2015). Prediction of Gestational Weight Gain - a Biopsychosocial Model. *Public Health Nutr*, 18(8), 1488-98.
- Herring, S. J., Nelson, D. B., Davey, A., Klotz, A. A., Oken, E. & Foster, G. D. (2012). Determinants of Excessive Gestational Weight Gain in Urban, Low-Income Women. *Women's Health Issues*, 22(5), e439-e446.
- Institute of Medicine. (2009). *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines: Report brief MAY 2009*. Retrieved November 10, 2015 from: <http://www.nationalacademies.org>
- Jantradee, B., Serisathian, Y. & Phahuwatanakorn, W. (2014). Predictive Factors of Gestational Weight Gain. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 15(2), 339-347. (in Thai)
- Kampan, S., Tulyakul, P. & Saetan C. (2021). Factors Predicting Gestational Weight Gain among Overweight Pregnant Women. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(1), 222-33. (in Thai)
- Knight-Agarwal, C. R., Williams, L. T., Davis, D., Davey, R., Shepherd, R., Downing, A. et al. (2016). The Perspectives of Obese Women Receiving Antenatal Care: A Qualitative Study of Women's Experiences. *Women Birth*, 29(2), 189-195.
- Lertbannaphong, T. (2017). Maternal Body Weight and Pregnancy: Factors That Obstetricians May Overlook. *Siriraj Medical Bulletin*, 1(2), 81-90. (in Thai)
- Matthanawongsakorn, C., Aphasat, P. & Premchaisawat, N. (2019). Analysis of Food Intake Behavior of Overweight Students Using Process Mining Techniques. *Engineering Journal of Siam University*, 20(2), 120-126. (in Thai)
- Merkx, A., Ausems, M. & Bude, L. (2017). Factors Affecting Perceived Change in Physical Activity in Pregnancy. *Midwifery*, 51, 16-23. doi: 10.1016/j.midw.2017.05.007.
- Practice Bulletin No. 156: Obesity in Pregnancy: Correction. (2016). *Obstet Gyneco*, 128(6), 1450. doi: 10.1097/AOG.0000000000001807. Erratum for: *Obstet Gynecol*. 2015 Dec;126(6):e112-26. PMID: 28092301.
- Rasmussen, K. M. & Yaktine, A. L. (2009). *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Washington, DC: National Academies Press.



- Rattasumpun, S. (2018). Obesity in Pregnant Women: Health Impacts and Nursing Care. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(1), 120-128. (in Thai)
- Siriarunrat, S., Tachasuksri, T. & Deoisres, W. (2018). Prevalence and Factors Affected to Excessive Gestational Weight Gain among Pregnant Women in the Eastern Part of Thailand. *Journal of Public Health Nursing*, 32(3), 18-35. (in Thai)
- Srisathitnarakun, B. (2010). *The Methodology in Nursing Research*. (3rd ed.). Bangkok: U&I Inter Media Co., Ltd.
- Suliga, E., Rokita, W. & Gluszek, S. (2018). Factors Associated with Gestation Weight Gain: Across-Sectional Survey. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18, 465-503.
- WHO. (2004). Appropriate Body-Mass Index for Asian Populations and its Implications for Policy and Intervention Strategies. *Lancet*, 363, 157-63.
- Zhixian, S., Lisa, J. M. & Jodie, M. D. (2013). Physical Activity Levels During Pregnancy and Gestational Weight Gain among Women Who are Overweight or Obese. *Health Promotion Journal of Australia*, 24, 206-213.



การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ที่อาศัยในพื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF): A Comparative Study on Prevention Behaviors Between People Residing in Areas of Repeated and Non-Repeated Outbreaks

จิราพร พัฒน์มณี¹, บุญญพัฒน์ ไชยเมส², สมเกียรติยศ วรเดช^{2*}

Jiraporn Putmanee¹, Bhunyabhadh Chaimay², Somkiattiyos Woradet^{2*}

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองศก ตำบลคลองศก อำเภอนวม จังหวัดสุราษฎร์ธานี¹, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการ
สุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ^{2*}

Klongsok Health Promoting Hospital, Phanom District, Suratthani Province¹,
Department of Public Health, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University^{2*}

(Receive: November 20, 2022; Revised: March 21, 2023; Accepted: May 2, 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด เลือกพื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำด้วยวิธีการเจาะจง ส่วนพื้นที่ไม่มีการระบาดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยพิจารณาจากคำมีฐานการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกย้อนหลัง 5 ปี กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่เป็นตัวแทนครัวเรือนที่มีอายุ 20 - 60 ปี และอาศัยในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี หมู่บ้านละ 136 คน รวมจำนวน 272 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2563 ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมีสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถามด้านความรู้ ทักษะ พฤติกรรม การรับรู้ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 0.73, 0.83, 0.71, 0.73 และ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบความแตกต่างของการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาดด้วยสถิติ Mann Whitney U test ผลการวิจัยพบว่า

ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาดมีทัศนคติ (p -value=0.001) พฤติกรรม (p -value<0.001) และการมีส่วนร่วม (p -value<0.001) ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตาม พบว่า ประชาชนมีความรู้และการรับรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน จากผลการศึกษาดังกล่าว บุคลากรสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้เกิดความตระหนักและทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมที่เน้นการปฏิบัติในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลาย และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำให้ประสบผลสำเร็จอย่างยั่งยืน ต่อไป

คำสำคัญ: การป้องกันโรค, การมีส่วนร่วมของชุมชน, พื้นที่ระบาดซ้ำ, โรคไข้เลือดออก

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: somkiattiyos@tsu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 081-9592939)



Abstract

This analytic cross-sectional study aimed to compare the preventing dengue hemorrhagic fever (DHF) between people residing in a repeated outbreak area and a non-outbreak area of DHF. The repeated outbreak area was purposely selected, while the non-outbreak areas were simple randomly selected, with a 5-year median criteria for morbidity from DHF. In total, 272 samples, aged 20–60 years, were randomly selected from 2 villages (136 samples in each village). All participants were residing in their village for at least one year. The data were gathered between January and March 2020, using a questionnaire validated by three experts with 0.67–1.00 of content validity. The data were analyzed using descriptive statistics and mann whitney u test for comparison of the preventing DHF between people residing in the repeated outbreak area and the non-outbreak area, respectively. Results showed that people residing in repeated outbreak and non-outbreak of DHF had significant differences in attitude ($p\text{-value}=0.001$), behaviors ($p\text{-value}<0.001$), and participation ($p\text{-value}<0.001$) in preventing DHF. However, people had no difference in knowledge ($p\text{-value}=0.468$) and perception ($p\text{-value}=0.268$) in preventing DHF.

This study therefore suggests that public health personnel should organize activities that emphasize community participation in order to raise awareness and attitude, and to prevent DHF. Participation, in particular, should focus on eliminating mosquito larvae breeding sites and in areas where there are repeated outbreaks.

Keywords: DHF, Dengue Hemorrhagic Fev, Prevention, Community Participation, Repeated Outbreak Areas

บทนำ

โรคไข้เลือดออกกระบาดครั้งแรกในประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อปี พ.ศ. 2497 (Phichet, 2011) ก่อนช่วงปี พ.ศ. 2513 มีเพียง 9 ประเทศที่ประสบปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างรุนแรง ต่อมาได้แพร่ระบาดในประเทศต่างๆ มากกว่า 100 ประเทศ และกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศเขตร้อนและเขตอบอุ่นทั่วโลก (World Health Organization, 2012) ปัจจุบันโรคไข้เลือดออกโรคกลายเป็นโรคประจำถิ่น (Endemic) และยังเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชากรโลกมากกว่าร้อยละ 40 มักกระบาดมากในช่วงฤดูฝน เนื่องจากมีอุณหภูมิและความชื้นที่เอื้อต่อการเพาะพันธุ์ยุงลายซึ่งเป็นพาหะของโรค (Office of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2019) องค์การอนามัยโรครายงานไว้ในภูมิภาคของทวีปอเมริกาที่มีผู้ติดเชื้อประมาณ 2.38 ล้านราย ภาคตะวันตกของมหาสมุทรแปซิฟิกมีผู้ติดเชื้อประมาณ 375,000 ราย ประเทศฟิลิปปินส์มีผู้ติดเชื้อประมาณ 176,411 ราย และประเทศมาเลเซียมีผู้ติดเชื้อประมาณ 100,028 ราย (World Health Organization, 2019)

ประเทศไทยเริ่มมีการระบาดในช่วง 5 ทศวรรษที่ผ่านมา และมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกครั้งแรกในปี พ.ศ. 2492 และเริ่มมีการรายงานการระบาดอย่างชัดเจนในปี พ.ศ. 2501 ในเขตกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่นั้นมามีการระบาดกระจายออกไปทุกภูมิภาคของประเทศ โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2530 มีการรายงานผู้ป่วยสูงสุดมากถึง 174,285 ราย เสียชีวิต 1,007 ราย (The Bureau of Communicable Diseases is Led by Insects, 2018) ปัจจุบันโรคไข้เลือดออก มีรูปแบบการระบาดเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพพื้นที่ มาตรการในการป้องกันควบคุมโรคจึงเป็นการป้องกันโรคล่วงหน้า โดยการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทั้งภายในบ้าน ชุมชน สถานที่สำคัญ โดยเฉพาะใน



สถานศึกษาและโรงพยาบาล (Office of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2019) จากรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของจังหวัดสุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสมรวม 939 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 96.54 ต่อแสนประชากร และจากข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาอำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ. 2018 พบมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 34 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 88.33 ต่อแสนประชากร (Bureau of Epidemiology, 2019) เมื่อพิจารณาในพื้นที่ตำบลพูลุเถื่อน อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี (2556-2560) มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 121.99, 492.23, 191.27, 266.86, 379.931 และ 225.14 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ เนื่องจากการดำเนินงานที่ผ่านมา มีการจัดกิจกรรมและการรณรงค์การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องแล้วก็ตาม แต่ปัญหาโรคไข้เลือดออกก็ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของพื้นที่ พบมีการระบาดซ้ำทุกปีในขณะเดียวกันพบว่าบางพื้นที่กลับไม่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก

จากการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบเมื่อพิจารณาจากค่าช่วงความเชื่อมั่น (Mean Difference: MD) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence Interval; 95% CI) โดยการใช้กราฟแผนภูมิ (Forest Plot) พบว่ายังให้ผลการศึกษาที่มีความแม่นยำน้อย เนื่องจากมีค่าความเชื่อมั่นที่กว้างมากเกินไปและพบว่าการศึกษาส่วนเป็นการศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลางยังไม่ค้นพบการศึกษาในภาคใต้และจากแนวคิดของ PRECEDE-PROCEED Framework ของ Green, & Kreuter (2005) ที่มีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple Factors) ดังนั้นจะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผน และกำหนดกลวิธีในการดำเนินงาน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่ายสุขภาพซึ่งผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา ความรู้โรคไข้เลือดออก การรับรู้ต่อการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การควบคุม กำจัดลูกน้ำและยุงลาย ลักษณะสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านพัก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Piromrat (2015) การศึกษครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ พฤติกรรม การรับรู้ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด เพื่อนำข้อมูลไปเป็นแนวทางในการหาวิธีการป้องกัน และควบคุมการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำของโรคไข้เลือดออก ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ พฤติกรรม การรับรู้ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด ในเขตพื้นที่ตำบลพูลุเถื่อน อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สมมุติฐานวิจัย

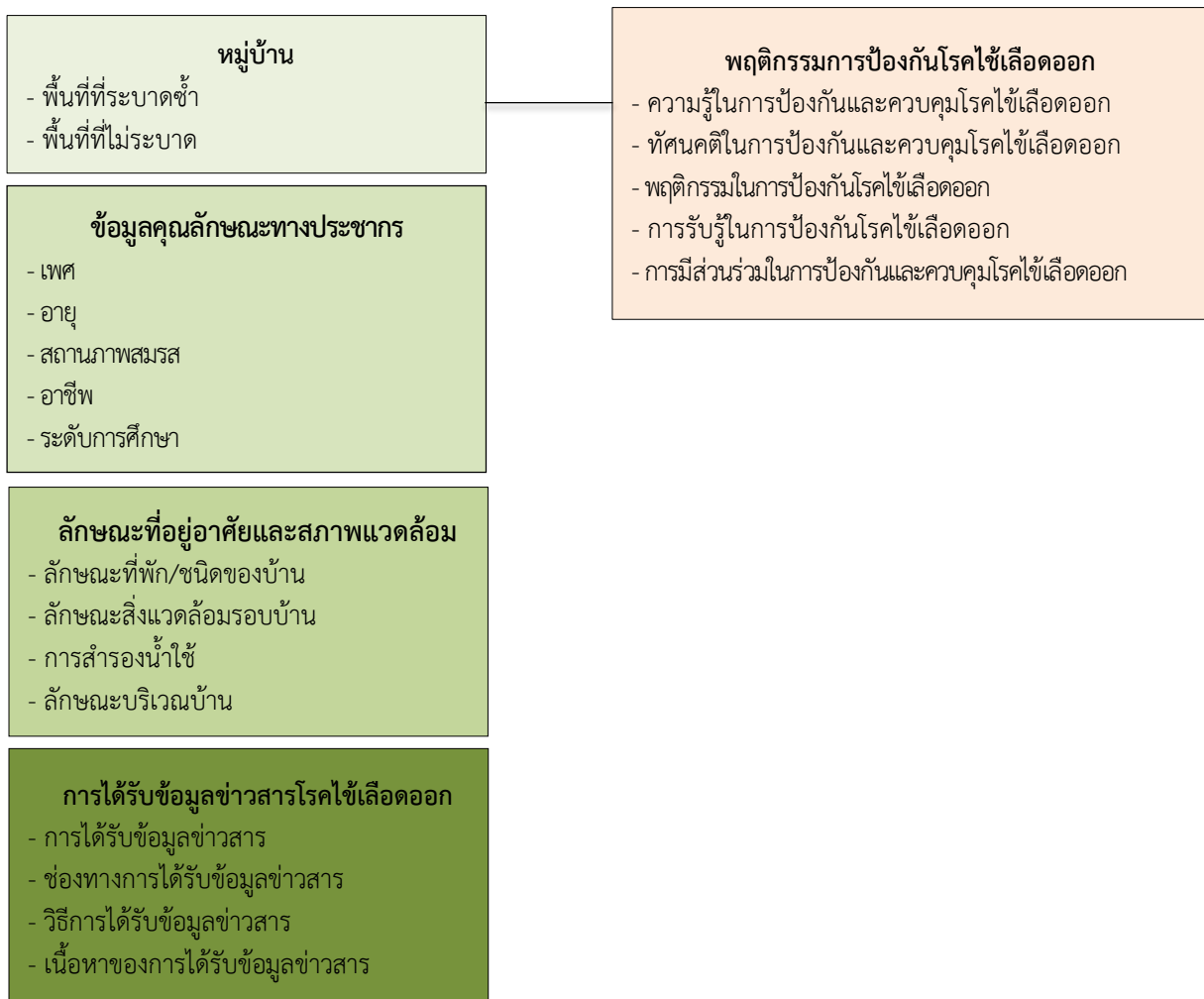
ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาดในเขตพื้นที่ ต.พูลุเถื่อน อ.พนม จ.สุราษฎร์ธานี มีค่าคะแนนความรู้ ทักษะ พฤติกรรม การรับรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลพูลุเถื่อน อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำหรับ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด โดยใช้ แนวคิดของ



PRECEDE-PROCEED Framework ของ Green, & Kreute (2005) ที่มีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมบุคคลซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors) โดยนำมาประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และจากการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบเพื่อให้สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (Phatmanee, Woradet, & Chaimay, 2020) ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม การรับรู้ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำแนกตามตัวแปรต้น คือ หมู่บ้านที่มีพื้นที่ระบาดของไข้และพื้นที่ที่ไม่มีการระบาด และบรรยายลักษณะข้อมูลตามคุณลักษณะทางประชากร ลักษณะที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม และการได้รับข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออก ดังแผนภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical Study) ชนิดภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชาชนคือ ครั้วเรือนในเขตพื้นที่ ต.พลูเถื่อน อ.พนม จ.สุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครั้วเรือนที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด คือ พื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำที่พบผู้ป่วยไข้เลือดออก มากกว่าปกติในช่วงเวลาหนึ่งๆ ในหมู่บ้านเดียวกัน หรือมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อนๆ มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นเกินกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีซ้อนหลัง หรือพบผู้ป่วยมากกว่า 2 รายขึ้นไปจำนวน 136 ครั้วเรือน และพื้นที่ไม่มีการระบาดที่ไม่พบผู้ป่วยไข้เลือดออกช่วงเวลาหนึ่งๆ ในหมู่บ้านเดียวกัน และจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 5 ปีซ้อนหลัง จำนวน 136 รวม 272 ครั้วเรือน

คำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่เป็นอิสระต่อกัน โดยกำหนดให้ ค่าความเชื่อมั่นภายใต้โค้งปกติ (Z_α) เท่ากับ 1.64 ค่าอำนาจในการทดสอบ (Z_β) เท่ากับ 1.28 และความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (σ^2) จากการศึกษาที่ผ่านมาเท่ากับ 36.03 (Ruetai, & Niramol, 2012) โดยมีการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า คือ มีอายุ 20 ปีขึ้นไปมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์มีภูมิลำเนาอยู่ตำบลพลูเถื่อน อำเภอพนม อย่างน้อย 1 ปี ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และเกณฑ์การคัดออก คือ ประชากรที่ไม่สะดวก และไม่อยู่ในวันเก็บข้อมูล หรือตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้สร้างขึ้นจากการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์ตามกรอบแนวคิด PRECEDE Model ของกรีนและครูเตอร์ ประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และการเข้าร่วมอบรม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ส่วนที่ 2 ลักษณะที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ลักษณะของที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อมบริเวณบ้านลักษณะแวดล้อมบริเวณบ้าน การสำรองน้ำใช้ จำนวนภาชนะที่สำรวจลูกน้ำ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ส่วนที่ 3 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ส่วนที่ 4 ความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดถูกผิด (0/1) ส่วนที่ 5 ทักษะคิดในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 7 การรับรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 8 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

สำหรับแบบสอบถามส่วนที่ 5 - 8 เป็นแบบสอบถามแบบประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 5 ตัวเลือก โดยเกณฑ์แปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นระดับคะแนน 1-5 คะแนน (มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญการทำวิจัยด้านการป้องกันและควบคุมโรค เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา รูปแบบของ แบบสอบถาม ความเหมาะสมด้านภาษา ความเหมาะสมและนำไปใช้ได้หรือไม่ และได้ปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญแนะนำ โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Consistency) เท่ากับ 0.66-1.00 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียง พื้นที่อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน



หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามด้านความรู้ด้วยวิธีการของ Kuder-Richardson (KR 20) เท่ากับ .72 และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามด้านทัศนคติ พฤติกรรม การรับรู้ และการมีส่วนร่วมของโรคไข้เลือดออกมีค่าเท่ากับ .93, .78, .82 และ .75 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลโดยใช้ผู้ช่วยผู้วิจัยที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เก็บข้อมูลจำนวน 5 คน อบรม ชักซ้อม และทดลองลงมือปฏิบัติงานเป็นที่เข้าใจดีแล้วจึงลงมือเก็บข้อมูลจริงโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยทำหนังสือขออนุญาตและประสานงานขอความร่วมมือเพื่อทำการศึกษานในพื้นที่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของการศึกษา ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 30 นาที โดยมีการตรวจสอบความถูกต้อง และความครบสมบูรณ์ของทุกข้อคำถาม คำตอบในแบบสอบถามทุกชุด นำไปวิเคราะห์โดยการหาค่าร้อยละและลงรหัสข้อมูลตามคู่มือลงรหัสที่จัดทำไว้แล้วในแบบสอบถาม และลงข้อมูลในคอมพิวเตอร์ เตรียมข้อมูลและใช้ในการประมวลผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและต่ำสุด และทำการทดสอบการกระจายของข้อมูล (Normality) ด้วยสถิติ Komogorv-Smirnov พบว่า คะแนนความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อตรวจสอบการแจกแจงปกติของตัวแปร ซึ่งเป็นข้อตกลงเบื้องต้นของการตรวจสอบข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ด้วย Komogorv-Smirnov ซึ่งพบว่ามี การกระจายแบบโค้งไม่ปกติ ($p\text{-value} < 0.001$) และเลือกสถิติ Mann Whitney U test โดย 2 กลุ่ม เป็นอิสระต่อกัน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกระหว่างพื้นที่มีการระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยขอการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน มหาวิทยาลัยทักษิณ เลขที่ COA No. TSU 2019-035, REC No. 083 ลงวันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด

ตาราง 1 คุณลักษณะทางประชากรที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด

คุณลักษณะทางประชากร	พื้นที่ระบาดซ้ำ (n = 136)		พื้นที่ไม่มีการระบาด (n = 136)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	44	32.35	41	30.15
หญิง	92	67.65	95	69.85
อายุ (ปี)				
20-29 ปี	23	20.59	28	20.59
30-39 ปี	29	21.32	29	21.32
40-49 ปี	41	28.68	39	28.68
50-60 ปี	43	29.41	40	29.41
Mean $\pm$ SD (Min, Max)	42.49 $\pm$ 10.64 (20,60)		41.85 $\pm$ 11.02 (20,60)	



ตาราง 1 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	พื้นที่ระบาดซ้ำ (n = 136)		พื้นที่ไม่มีการระบาด (n = 136)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ				
โสด	14	10.29	25	18.38
สมรส	112	82.35	96	70.59
หม้าย	10	7.36	15	11.03
อาชีพ				
เกษตรกร	114	83.82	10 112	82.35
รับจ้างทั่วไป	4	2.94	11	8.09
ค้าขาย	16	11.77	10	7.35
รับราชการ	2	1.47	3	2.21
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	85	62.50	67	49.27
มัธยมศึกษาตอนต้น	18	13.24	21	15.44
มัธยมศึกษาตอนปลาย	17	12.50	29	21.32
อนุปริญญา / ปวส.	6	4.41	4	2.94
ปริญญาตรี	10	7.35	15	11.03

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ระบาดซ้ำ ประมาณ 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.65) 1 ใน 3 มีอายุ 50-60 ปี (ร้อยละ 29.41) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.49 ($SD=10.64$) ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 82.35) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 83.82) มีระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.50) สำหรับพื้นที่ไม่มีการระบาด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.85) ประมาณ 1 ใน 3 มีอายุ 50-60 ปี (ร้อยละ 29.41) รองลงมา มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 41.85 ($SD=11.02$) ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 70.59) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 82.35) ประมาณครึ่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 49.27)

2. ลักษณะที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด

ตาราง 2 ลักษณะที่อยู่อาศัยและสภาพบริเวณบ้าน

ลักษณะที่อยู่อาศัย	พื้นที่ระบาดซ้ำ (136)		พื้นที่ไม่มีการระบาด (136)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะที่พักอาศัย				
บ้านเดี่ยว	58	42.65	72	52.94
เป็นกลุ่ม 1-5 หลังคาเรือน	2	1.47	6	4.41
ห้องแถว/บ้านเช่า	73	53.68	56	41.18
เป็นกลุ่มใหญ่ 6 หลังขึ้นไป	3	2.20	2	1.47
ชนิดของบ้าน				
เป็นอาคารไม้ชั่วคราว	11	8.09	17	12.50



ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะที่อยู่อาศัย	พื้นที่ระบาดซ้ำ (136)		พื้นที่ไม่มีการระบาด (136)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เป็นอาคารครึ่งตึกครึ่งไม้	23	16.91	20	14.71
เป็นอาคารคอนกรีต	99	72.79	94	69.12
ทำด้วยวัสดุอื่นๆ	3	2.21	5	3.67
ลักษณะสิ่งแวดล้อมรอบบ้าน				
มีการเก็บกวาดเรียบร้อยไม่มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุง	29	21.32	110	80.88
มีเศษวัสดุหรือขยะที่ไม่ใช้แล้ว เช่น กะลา โอง	107	78.68	26	19.12
การสำรองน้ำใช้				
มีภาชนะสำรองน้ำ เช่น โอง ถัง	73	53.68	76	55.88
ไม่มีการสำรองน้ำ เปิดใช้วันต่อวัน	63	46.32	60	44.12
ลักษณะบริเวณบ้าน				
สวนยางพารา/สวนปาล์ม	109	80.15	136	100
น้ำท่วมขัง	27	19.85	0	0

จากตาราง 2 พบว่า ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำประมาณ 1 ใน 2 มีที่พักอาศัยเป็นชนิดห้องแถว/บ้านเช่า (ร้อยละ 53.68) ส่วนใหญ่มีลักษณะบ้านเป็นอาคารคอนกรีต (ร้อยละ 72.79) มีการเก็บกวาดบ้านไม่มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (ร้อยละ 78.68) ส่วนใหญ่อาศัยในสวนยางพารา/สวนปาล์ม (ร้อยละ 80.15) ส่วนพื้นที่ไม่มีการระบาด ประมาณครึ่งมีลักษณะที่พักอาศัยเป็นบ้านเดี่ยวห่างจากบ้านอื่นในรัศมีเกิน 100 เมตร (ร้อยละ 52.94) ส่วนใหญ่มีลักษณะบ้านเป็นอาคารคอนกรีต (ร้อยละ 69.12) มีการเก็บกวาดบ้านไม่มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (ร้อยละ 80.88) ทุกหลังคาเรือนมีลักษณะบริเวณบ้านเป็นสวนยางพารา/สวนปาล์ม (ร้อยละ 100) โดยสำรองน้ำใช้ เช่น โอง ถัง (ร้อยละ 55.88)

3. การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด

ตาราง 3 การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด

การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออก	พื้นที่ระบาดซ้ำ (n = 136)		พื้นที่ไม่มีการระบาด (n = 136)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับข้อมูลข่าวสาร				
เคย	114	83.82	124	91.18
ไม่เคย	22	16.18	12	8.82
ครัวเรือนได้รับข้อมูลข่าวสารช่องทางใด				
กิจกรรมรณรงค์	97	71.32	82	60.29
โทรทัศน์	18	13.24	30	22.06
หนังสือพิมพ์	12	8.82	4	2.94



ตาราง 3 (ต่อ)

การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออก	พื้นที่ระบาดซ้ำ (n = 136)		พื้นที่ไม่มีการระบาด (n = 136)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผ่านพับ	9	6.62	20	14.71
ครัวเรือนของท่านได้รับข้อมูลข่าวสารจาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
การอบรม/การประชุม	7	5.15	13	9.56
คำบอกเล่า	1	0.74	2	1.47
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	109	80.15	104	79.47
อาสาสมัครสาธารณสุข	26	19.12	29	15.44
ผู้นำชุมชน	1	0.74	3	2.21
ครัวเรือนของท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก	111	81.62	100	73.53
อาการของโรคไข้เลือดออก	63	46.32	70	51.47
สถานการณ์โรคไข้เลือดออก	45	33.09	69	50.74
สาเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออก	59	43.38	62	45.59
การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก	21	15.44	22	16.18

จากตาราง 3 ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำ พบว่า ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 83.82) ได้รับข่าวสารจากกิจกรรมรณรงค์ (ร้อยละ 97.71) ได้รับข่าวสารโดยตรงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 80.15) โดยส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 82.62) ในส่วนของการได้รับข้อมูลข่าวสารในพื้นที่ไม่มีการระบาด พบว่า ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร (ร้อยละ 91.18) ได้รับข้อมูลข่าวสารจากกิจกรรมรณรงค์ (ร้อยละ 60.29) ได้รับข่าวสารโดยตรงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 79.47) โดยส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 73.53)

4. ระดับความรู้ ทักษะ ทักษะ การรับรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด

ตาราง 4 ระดับความรู้ ทักษะ ทักษะ การรับรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด

ระดับ	พื้นที่ระบาดซ้ำ (n = 136)		พื้นที่ไม่มีการระบาด (n = 136)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก				
ระดับสูง	56	41.18	63	46.32
ระดับปานกลาง	65	47.79	55	40.44
ระดับต่ำ	15	11.03	18	13.24



ตาราง 4 (ต่อ)

ระดับ	พื้นที่ระบาดซ้ำ (n = 136)		พื้นที่ไม่มีการระบาด (n = 136)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Mean ± SD (Min, Max)	14.77 ± 2.43 (7, 20)		14.88 ± 3.10 (3, 20)	
ทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก				
ระดับสูง	8	5.88	26	19.12
ระดับปานกลาง	108	79.41	93	68.38
ระดับต่ำ	20	14.71	17	12.50
Mean ± SD (Min, Max)	25.63 ± 2.09 (20, 30)		26.36 ± 2.68 (17, 30)	
พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก				
ระดับสูง	79	58.09	114	83.82
ระดับปานกลาง	16	11.76	6	4.41
ระดับต่ำ	41	30.15	16	11.76
Mean ± SD (Min, Max)	23.95 ± 3.05 (14, 29)		26.05 ± 2.58 (17, 30)	
การรับรู้ความรุนแรงโรคไข้เลือดออก				
ระดับสูง	117	86.03	112	82.35
ระดับปานกลาง	19	13.97	24	17.65
Mean ± SD (Min, Max)	26.66 ± 2.74 (19, 30)		26.30 ± 2.77 (20, 30)	
การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก				
ระดับสูง	33	24.26	104	76.47
ระดับปานกลาง	80	58.82	30	22.06
ระดับต่ำ	23	16.92	2	1.47
Mean ± SD (Min, Max)	21.12 ± 3.87 (12, 29)		25.35 ± 2.67 (17, 30)	

จากตาราง 4 พื้นที่ระบาดซ้ำ พบว่า ประชาชนมีระดับความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.79, *Mean ± SD*: 14.77 ± 2.43) ทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 79.41, *Mean ± SD*: 25.63 ± 2.09) พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 58.09, *Mean ± SD*: 23.95 ± 3.05) การรับรู้ความรุนแรงโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 82.35, *Mean ± SD*: 26.66 ± 2.74) และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.82, *Mean ± SD*: 21.12 ± 3.87) สำหรับพื้นที่ไม่มีการระบาด พบว่า ประชาชนมีระดับความรู้ในการการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 46.32, *Mean ± SD*: 14.88 ± 3.10) ทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.38, *Mean ± SD*: 26.36 ± 2.68) พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 83.82, *Mean ± SD*: 26.05 ± 2.58) การรับรู้ความรุนแรงโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 86.03, *Mean ± SD*: 26.30 ± 2.77) และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 76.47, *Mean ± SD*: 25.35 ± 2.67)

5. การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม การรับรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด



ตาราง 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความรู้ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรม การรับรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด

การเปรียบเทียบความแตกต่าง	n	Rank Sum	z	p-value
ความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก				
พื้นที่ระบาดซ้ำ	136	18097.00	0.725	0.469
พื้นที่ไม่มีการระบาด	136	19031.00		
ทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก				
พื้นที่ระบาดซ้ำ	136	16512.50	3.191	0.001
พื้นที่ไม่มีการระบาด	136	20615.50		
พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก				
พื้นที่ระบาดซ้ำ	136	14799.50	5.842	<0.001
พื้นที่ไม่มีการระบาด	136	22328.50		
การรับรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก				
พื้นที่ไม่มีการระบาด	136	19275.00	1.106	0.269
พื้นที่ระบาดซ้ำ	136	17853.00		
การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก				
พื้นที่ระบาดซ้ำ	136	12670.50	9.119	<0.001
พื้นที่ไม่มีการระบาด	136	24457.50		

จากตาราง 5 พบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่มีการระบาดซ้ำและไม่มีการระบาดมีค่าคะแนนทัศนคติ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.001, <0.001 และ <0.001 ตามลำดับ) ในขณะที่ความรู้และการรับรู้ความรุนแรงโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

โดยสรุป จากการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ พฤติกรรม การรับรู้ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่มีการระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาด ในเขตพื้นที่ตำบลพลูเถื่อน อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาดมีปัจจัยด้านทัศนคติ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ความรุนแรงโรคไข้เลือดออกของประชาชนทั้งสองพื้นที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

จากการศึกษาที่พบว่า ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่มีการระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาดมีทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาถึงค่าคะแนนทัศนคติของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่มีการระบาดซ้ำพบว่ามีความแตกต่างกับประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่มีการระบาดทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.50) มีความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.79) ส่งผลให้ประชาชนมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติ และการสร้างค่านิยมที่ถูกต้องแตกต่างกัน สอดคล้องกับทฤษฎีแบบจำลองของ PRECEDE-PROCEED Model (Green & Kreuter 2005) ที่กล่าวว่าในตัวบุคคลได้รวมเอาสภาพการณ์ของแต่ละบุคคล ในด้านความรู้ เจตคติความเชื่อค่านิยม ที่สัมพันธ์กันกับแรงจูงใจภายในหรือกลุ่มคนที่จะนำไปสู่การกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับ



พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ปัจจัยประเภทนี้ เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งส่วนใหญ่และมักจะ ได้รับจากการให้ความรู้การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและการสร้างค่านิยม ที่บุคคลได้รับทั้งในทางตรงและทางอ้อมส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนทั้งสองพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Jirawan (2016) ที่ทำการศึกษากิจกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่มีการระบาดต่ำและพื้นที่มีการระบาดสูง เขตอำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง พบว่า ประชาชนในพื้นที่ที่มีการระบาดต่ำมีคะแนนทัศนคติที่สูงกว่าประชาชนที่อาศัยในพื้นที่มีการระบาดสูง ($p\text{-value} < 0.01$) การศึกษาของ Abhichai (2018) ที่ทำการศึกษาในเรื่อง การเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีการระบาด กับตำบลที่ไม่มีการระบาด ในพื้นที่อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี พบว่าทัศนคติการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีการระบาดมีระดับคะแนนทัศนคติที่ต่ำกว่าตำบลที่ไม่มีการระบาด ($p\text{-value} < 0.005$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Ruetai, & Niramol (2012) ที่ทำการศึกษา เปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านที่มีการระบาดและหมู่บ้านที่ไม่มีการระบาด พื้นที่อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา พบว่าประชาชนในหมู่บ้านที่ไม่มีการระบาดมีค่าคะแนนระดับทัศนคติที่สูงกว่าประชาชนที่อาศัยในหมู่บ้านที่มีการระบาด ($p\text{-value} = 0.036$)

ในส่วนของพฤติกรรมพบว่าประชาชนที่อาศัยในพื้นที่มีการระบาดต่ำและพื้นที่ที่ไม่มีการระบาดมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงค่าคะแนนพฤติกรรมของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่มีการระบาดต่ำพบว่ามีความรู้ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.50) มีความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.79) และยังพบว่าประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ระบาดต่ำส่วนใหญ่มีทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 79.41) มีทัศนคติระดับสูงเพียง (ร้อยละ 5.88) ส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ไม่ถูกต้องเนื่องจากการขาดความรู้ ความเข้าใจที่เป็นพื้นฐานของการคิด การไตร่ตรอง การสร้างค่านิยมที่ถูกต้อง และการตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตามหรือไม่สอดคล้องกับทฤษฎีแบบจำลองของ PRECEDE-PROCEED Model (Green & Kreuter, 2005) ที่กล่าวว่าคุณลักษณะของบุคคลหรือประชากรที่ติดตัวกับบุคคลเหล่านั้นมาแล้ว เช่น ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเป็นข้อบ่งชี้ที่ส่งผลทางบวกและลบต่อพฤติกรรมนั้น และยังพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ที่อาศัยในพื้นที่ระบาดต่ำมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.82) และมีส่วนร่วมระดับต่ำถึง (ร้อยละ 16.91) ทำให้ประชาชนไม่มีบทบาทในการร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนและชุมชนไม่ได้รับการกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ดีและถูกต้องโดยการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมการมีส่วนร่วมของสังคม (Division of Preventive Medicine, 2005) จากคุณลักษณะของบุคคลที่แตกต่างกันทำให้พฤติกรรมของประชาชนทั้งสองพื้นที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษา Ruetai, & Niramol (2012) ที่พบว่าประชาชนในหมู่บ้านที่ไม่พบผู้ป่วยมีค่าคะแนนระดับพฤติกรรมที่สูงกว่าประชาชนที่อาศัยในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วย ($p\text{-value} = 0.02$) การศึกษาของ Jirawan (2016) พบว่าประชาชนในพื้นที่มีการระบาดต่ำมีคะแนนระดับพฤติกรรมที่สูงกว่าประชาชนที่อาศัยในพื้นที่มีการระบาดสูง ($p\text{-value} < 0.001$) และการศึกษาของ Abhichai (2018) ที่ทำการศึกษาในเรื่อง การเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีการระบาดกับตำบลที่ไม่มีการระบาด ในพื้นที่อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีการระบาดมีระดับคะแนนพฤติกรรมที่ต่ำกว่าตำบลที่ไม่มีการระบาด ($p\text{-value} < 0.001$)



สำหรับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ระบาดซ้ำและพื้นที่ไม่มีการระบาดมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงค่าคะแนน การมีส่วนร่วมของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีการระบาดซ้ำพบว่ามีความคะแนนการมีส่วนร่วมต่ำกว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่มีการระบาดเนื่องจากประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ระบาดซ้ำมีทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับสูงเพียง (ร้อยละ 5.88) ส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิดและการแสดงพฤติกรรมของประชาชนในการดูแลตัวเอง และการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทำให้ลักษณะบริเวณบ้านพื้นที่ระบาดซ้ำส่วนใหญ่มีเศษวัสดุหรือขยะที่ไม่ใช้แล้วเช่น กะลา โอ่ง ถึง (ร้อยละ 78.63) เนื่องจากสมาชิกในครัวเรือนยังขาดความตระหนักและขาดกระบวนการของชุมชนในลักษณะการมีส่วนร่วมในชุมชน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งทำให้การมีส่วนร่วมของประชาชนทั้งสองพื้นที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Krishna (2010) ที่ทำการศึกษารื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนการรับรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านที่พบอุบัติการณ์โรคสูงและอุบัติการณ์โรคต่ำ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา พบว่าการรับรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านที่พบอุบัติการณ์โรคสูงมีค่าคะแนนสูงกว่าหมู่บ้านที่พบอุบัติการณ์โรคต่ำ ($p\text{-value}<0.001$) การศึกษาของ Praphasi (2014) ที่ศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนและการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระหว่างตำบลที่มีอุบัติการณ์ของโรคต่ำและสูง อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมาพบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระหว่างตำบลที่มีอุบัติการณ์ของโรคต่ำมีค่าคะแนนการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่าตำบลที่มีอุบัติการณ์ของโรคสูง ($p\text{-value}<0.001$) และการศึกษาของ Sutipong (2003) ที่ทำการศึกษารื่อง เปรียบเทียบการรับรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระหว่างหมู่บ้านที่พบอุบัติการณ์ของโรคสูงและไม่พบโรคไข้เลือดออก อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุดรธานี พบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก หมู่บ้านที่พบอุบัติการณ์ของโรคสูงมีค่าคะแนนการมีส่วนร่วมที่ต่ำกว่าหมู่บ้านที่ไม่พบโรคไข้เลือดออก ($p\text{-value}<0.001$)

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา นำมาใช้ประกอบการวางแผนในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ เพื่อหาแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในชุมชน และการจัดกิจกรรมต่างๆ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และการให้ความรู้และส่งเสริมให้มีทัศนคติเชิงบวกต่อการป้องกันโรค เพื่อส่งเสริมประชาชนให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ที่ถูกต้อง เพื่อช่วยลดการระบาดของโรคไข้เลือดออก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยตามปัญหาของพื้นที่เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในระดับชุมชน โดยประยุกต์ใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วม ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชนกับกลุ่มเป้าหมาย



References

- Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2019). *Summary of the Annual Disease Surveillance Report*. Bangkok: Agricultural Cooperative Assembly of Thailand Printing House. (in Thai)
- Division of Preventive Medicine. (2005). *Handbook of Preventive Medicine*. Documentation Teaching Technical Courses. Preventive medicine. Division of Preventive Medicine Naval Medical Department. Bangkok
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning an Educational and Ecological Approach*. New York: Quebecor World Fairfield.
- Jirawan, W. (2016). *Behavior for Dengue Hemorrhagic Fever Control and Prevention of People in the Area with Low and High Epidemics, Amphoe Mueang Trang, Changwat Trang*. Master of Public Health. Trang: College of Public Health. (in Thai)
- Office of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2019). *Weekly Outbreak News Summary*, 2018 from https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=44
- Phatmanee, J., Woradet, S. & Chaimay, B. (2020). A Review of the Literature on Differences of Behavioral Factors among People Living in High and Low Endemic Areas of Dengue Fever in Thailand. *UBRU Journal of Public Health Research*, 9(2), 6-19.
- Phichet, S. (2011). *Comparison of Knowledge Social Support and Preventive Behavior of Dengue Hemorrhagic Fever among People in Epidemic and Non-Epidemic Villages in Thungbenja Subdistrict Thamai District Chanthaburi Province*. Master of Public Health. Chanthaburi: Burapha University. (in Thai)
- Piomrat, K. (2015). Prevention and Control Behavior of Dengue Fever of Health Network Partners in Muang District Buriram Province. *Research and Development Journal, Buriram Rajabhat University*, 10(2), 84-90.
- Praphasi, S. (2014). *The Comparision of People Behavior and Community Leaders Participation for Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control between Sub-District which Had High and Low, Incidence Rate, Buayai District, Nakhonratchasima Province*. Master of Public Health. Nakhonratchasima Province: Khon Kean Universit.
- Ruetai, S. & Niramol, M. (2012). A Comparative Study of Dengue Hemorrhagic Fever Prevention Behavior among the People Living in the Epidemic and Non-epidemic Villages: A Case Study in Phimai District. *Nakhon Rachasima Province. Srinakarin Vejsarn*, 27(4), 361-365.
- Sutipong, N. (2003). *Compare Public Perceptions and Participation in Prevention and Control. Dengue Fever Between the Villages, the Incidence of the Disease was Found High and Dengue Fever was Not Observed*. Nampad District, Uttaradit Province. Master of Public Health. Uttaradit: Chiang Mai University. (in Thai)
- The Bureau of Communicable Diseases is Led by Insects. (2018). *Dengue Prognosis*. 2018 from <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/e0325809a787bf36b787fe9a56acc691.pdf>



World Health Organization. (2012). *Handbook for Clinical Management of Dengue*. Geneva.

Organisation Mondiale De La Sante.

World Health Organization. (2019). *Dengue and Severe Dengue*. November 10, 2019. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets>.



ผลของโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น
ต่อสมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ โรงพยาบาลทุ่งสง
The Grow Approach: A Research on How a New Coaching Program for First-Line Nurse
Managers Can Boost Performance of Newly Registered Nurses at Thung Song Hospital

พรทิพย์ รัตนบุรี¹, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย^{2*}, เรณูการ์ ทองคำรอด²

Porntip Rattanaburee^{1*}, Premruetai Noimuenwai^{2*}, Renugar Thongkhamrod²

นักศึกษาลัทธิศาสตร์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารทางการพยาบาล) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช¹

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช^{2*}

Student of Master of Nursing Science Program (Nursing Administration), Sukhothai Thammathirat Open University¹,
Faculty of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University^{2*}

(Receive: December 26, 2022; Revised: May 6, 2023; Accepted: May 30, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้เพื่อ 1) เปรียบเทียบพฤติกรรมการโค้ชของผู้บริหารทางการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม 2) เปรียบเทียบสมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมและ 3) เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าและรองหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลทุ่งสงที่ได้รับการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 16 คน 2) ผู้ประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพจบใหม่จำนวน 64 คน 3) พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ เลือกแบบเจาะจง จำนวน 16 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการโค้ชแบบโกรว์ 3) แบบประเมินสมรรถนะการปฏิบัติราชการ และ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบสอบถามทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .97, .99 และ .96 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96, .91, และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิลคอกซันซายน์แรงค์ ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมการโค้ชของผู้บริหารทางการพยาบาลหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. สมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่หลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่หลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการศึกษาครั้งนี้ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการโค้ชแบบโกรว์ในโรงพยาบาลทุ่งสง โดยให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบริหารในการกำกับดูแลการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งพัฒนาพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ทุกหน่วยงาน ทุกหอผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพสูง และกำหนดนโยบายการเตรียมพยาบาลจบใหม่ และศึกษาติดตามระยะสั้นและระยะยาว โดยมีการส่งเสริมการใช้โปรแกรมการโค้ชทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การโค้ชแบบโกรว์, พฤติกรรมการโค้ช, สมรรถนะการปฏิบัติราชการ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Premruetai.noi@stou.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 087-5984978)



Abstract

This one-group pre-posttest design quasi-experimental research, conducted at Thungsong hospital, aimed to: 1) compare the coaching behaviors of nursing administrators between before and after receiving a coaching program based on the Grow approach, 2) compare the competencies of new professional nurses between before and after using such coaching program, and 3) evaluate the satisfaction of new professional nurses towards the new coaching program. The purposive sample was divided in 3 groups: 1) 16 first-level nursing administrators or coaches who were head nurses and sub-head nurses, 2) 64 evaluators of new professional nurses, and 3) 16 newly professional nurses. The research tools were: 1) the Grow coaching program's manual and its training plan, 2) a questionnaire on coaching behaviors of nursing administrators, 3) a questionnaire on competency of new professional nurses, and 4) a satisfaction questionnaire. All questionnaires were verified by five experts, yielding content validity index values of 0.97, 0.99, and 0.96, respectively, and Cronbach's alpha coefficients of 0.96, 0.91, and 0.92, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and Wilcoxon signed rank test.

The results showed as follows: 1) after using the program, coaching behaviors of nursing administrators were higher than before at the statistically significant level of $< .001$; 2) the performance of new registered nurses was also higher than before, and this, at the statistically significant level of $< .001$; and 3) the satisfaction of new registered nurses towards the quality of coaching was higher than before using the program, at the statistically significant level of $p < .001$.

Therefore, this approach can be used in order to develop professional nurses' skills, through coaching, in all departments and wards.

Keywords: Coaching Program, Grow approach, Newly Registered Nurses, Public Hospitals

บทนำ

ตามที่รัฐบาลปัจจุบันได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในภาครัฐ ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมืออาชีพ มีคุณธรรม จริยธรรม และสามารถผลิตผลงานที่มีคุณภาพสูง ดังนั้น สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนจึงมีนโยบายในการบริหารบุคลากรและกำลังคนภาครัฐเพื่อเตรียมและพัฒนากลุ่มกำลังคนคุณภาพอย่างเป็นระบบ ให้มีประสิทธิภาพ ทักษะ และองค์ความรู้ที่หลากหลาย มีการจัดการความรู้เพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องในการบริหารงานที่ดีทั้งระดับชาติ ระดับส่วนราชการและระดับบุคคล โดยมุ่งเน้นให้การบริหารทรัพยากรบุคคลในภาคราชการ สอดคล้องกับแนวทางการบริหารราชการแนวใหม่ที่มีมุ่งเน้นการให้บริการที่มีคุณภาพและสนองต่อความต้องการของประชาชนเป็นหลัก (Office of the Civil Service Commission, 2020) โดยปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาบุคลากรภาครัฐให้บรรลุตามเป้าหมายของแผนการปฏิรูปประเทศ คือ การสร้างระบบสนับสนุน หรือระบบบ่มเพาะกลุ่มกำลังคนคุณภาพในภาคราชการ รวมทั้งการพัฒนาผู้บังคับบัญชาหน่วยงานให้มีความสามารถในการเป็นโค้ชหรือผู้สอนงานแก่บุคลากรภายในหน่วยงานให้มีสมรรถนะการปฏิบัติราชการ (Office of the Civil Service Commission, 2020)



การโค้ช (Coaching) เป็นการพัฒนาบุคลากรวิธีหนึ่งที่สามารถดึงศักยภาพของบุคคลออกมาใช้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร เป็นการฝึกให้ผู้รับการโค้ชได้คิดอย่างเป็นระบบ มีความคิดสร้างสรรค์ โดยผู้โค้ชทำหน้าที่ในการสะท้อนมุมมองให้ผู้รับการโค้ชเกิดการคิดรอบด้านในการแก้ปัญหา ได้ฝึกฝนและพัฒนาทักษะใหม่ สามารถนำความรู้มาใช้อย่างปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการทำงานและพัฒนาการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Nirattipattanasai, 2013; Tikkawi, 2016) ซึ่งคุณภาพของการโค้ชขึ้นอยู่กับความร่วมมือระหว่างผู้โค้ชกับผู้รับการโค้ชที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการร่วมกัน นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับกระบวนการโค้ช โดยใน คศ. 2010 อเล็กซานเดอร์ (Alexander, 2010) เสนอโมเดล (GROW Model) ที่มี 5 ขั้นตอนประกอบด้วย 1) การทำความเข้าใจประเด็นการโค้ชระหว่างผู้โค้ชและผู้รับการโค้ช (Topic) 2) การกำหนดเป้าหมายในประเด็นที่จะดำเนินการโค้ช (Goal) 3) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันในเรื่องที่จะดำเนินการโค้ช (Reality) 4) การกำหนดทางเลือกปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการโค้ช (Options) และ 5) การสรุปร่วมกันระหว่างผู้โค้ชกับผู้รับการโค้ชในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด (Wrap Up) ซึ่งโมเดลนี้ได้รับความนิยมนำมาใช้ในงานธุรกิจและอุตสาหกรรม รวมทั้งองค์กรการพยาบาล เนื่องจากกระบวนการโค้ชนี้เหมาะสมกับลักษณะงานของพยาบาลที่มุ่งเน้นการทำงานเป็นทีม ที่ต้องอาศัยการมีสัมพันธภาพและการสื่อสารที่ดีต่อกันระหว่างผู้โค้ชและผู้รับการโค้ช และสร้างเสริมสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

ผู้บริหารทางการพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพทุกระดับนับตั้งแต่เริ่มเข้าทำงาน การสอนงานโดยการโค้ชแก่พยาบาลวิชาชีพพบใหม่ การโค้ชถือเป็นกระบวนการหนึ่งของการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพเพื่อเพิ่มสมรรถนะการปฏิบัติราชการ ครอบคลุมถึง ความรู้ ทักษะ ความสามารถและผลการปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานและพยาบาลวิชาชีพคาดหวัง (Medland, 2009) ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นจำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนให้มีพฤติกรรมโค้ชที่ถูกต้องและเหมาะสม สามารถพัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ ผู้โค้ชต้องมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของผู้รับการโค้ช คุณลักษณะที่สำคัญของการโค้ชคือมุ่งให้ผู้รับการโค้ชเกิดการเรียนรู้จากภายในตนเอง และการแก้ปัญหาบนพื้นฐานของความเข้าใจความจริงในปัจจุบัน เกิดการตระหนักรู้ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การคิดและพฤติกรรมของตนเอง (Siriwan, 2017)

โรงพยาบาลทุ่งสงผ่านการประเมินคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลชั้นที่ 3 HA Re-Accreditation เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 จากการเยี่ยมสำรวจของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล พบประเด็นปัญหาขององค์กรพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นเกี่ยวกับการนิเทศงานและการสอนงานคือ 1) ผู้บริหารขาดสมรรถนะในการสอนงาน โดยสอนงานตามประสบการณ์ของตนเอง 2) ไม่มีการกำกับติดตามงานและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง 3) ไม่มีแนวทางปฏิบัติและโปรแกรมในการสอนงานที่ชัดเจน 4) แผนการสอนงานและการกำหนดเป้าหมายไม่ชัดเจน 5) ขาดความต่อเนื่องในการสอนงาน และ 6) ไม่มีการนำผลการสอนงานมาวิเคราะห์อย่างครอบคลุม จากปัญหาประเด็นดังกล่าวทำให้ผู้บริหารทางการพยาบาลขาดความมั่นใจในการถ่ายทอดความรู้ให้กับพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ไม่สามารถสอนงานเพื่อดึงศักยภาพที่มีของพยาบาลวิชาชีพพบใหม่มาใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กร

ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลทุ่งสงมีหน้าที่รับผิดชอบการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ มีการนำระบบการประเมินตามคำรับรองการปฏิบัติราชการซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานกำหนดตำแหน่งสำหรับสมรรถนะการบริหารด้านการนิเทศและมอบหมายงาน ซึ่งเป็นสมรรถนะที่มีความสำคัญของผู้บริหารทุกระดับจะต้องมีความรู้และทักษะในการนิเทศงาน ปัจจุบันมีจำนวนพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ในระดับปฏิบัติการของโรงพยาบาลทุ่งสงส่วนใหญ่มียุ่กันตั้งแต่แรกเข้าไม่เกิน 2 ปี ซึ่งยังมีประสบการณ์ในการทำงานน้อย ส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลผู้ป่วย เกิดอุบัติเหตุอันไม่พึงประสงค์กับผู้รับบริการ ทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ในขณะที่พยาบาลพบใหม่ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยและแผนกที่ต้องให้บริการอย่างรวดเร็วและฉุกเฉิน

มักเกิดอุบัติเหตุการฉ้อโกงเรียนเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสม ทำให้ไม่มีความสุขในการทำงาน และเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการลาออกจากงานหรือโยกย้ายงาน ซึ่งจะมีผลทำให้ฝ่ายการพยาบาลขาดอัตรากำลังพยาบาลในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลวิชาชีพจบใหม่มักมีความไม่พร้อมในการทำงานเป็นพยาบาลเต็มตัว ความรู้ยังน้อย ตัดสินใจได้ไม่ดี ผิดพลาดบ่อย และมีความเครียด (Thamapirat, & Uamtanee, 2017)

ดังนั้น ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลทุ่งสง จึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นต่อพฤติกรรมการโค้ชของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สมรรถนะการปฏิบัติราชการและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์มาประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นได้นำไปใช้ในการสอนงานพยาบาลวิชาชีพจบใหม่อย่างมีระบบโดยเฉพาะการใช้กระบวนการโค้ชแก่พยาบาลจบใหม่ทั้งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลการโค้ชแบบโกรว์จะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ปรับปรุงโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้นต่อไป อันจะทำให้การบริหารทางการพยาบาลมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ เกิดกระบวนการคิดแก้ปัญหาด้วยตนเองมากกว่าการบอกโดยตรง ลดความวิตกกังวล ทำให้เกิดการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ผู้บริหารมีพฤติกรรมกรรมการบริหารที่เหมาะสม ลดข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ มีความสุขในการทำงาน รวมทั้งพัฒนาความสามารถของทีมในการปฏิบัติงานให้ได้ตามเป้าหมายขององค์กร

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการโค้ชของผู้บริหารทางการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์
2. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์
3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์

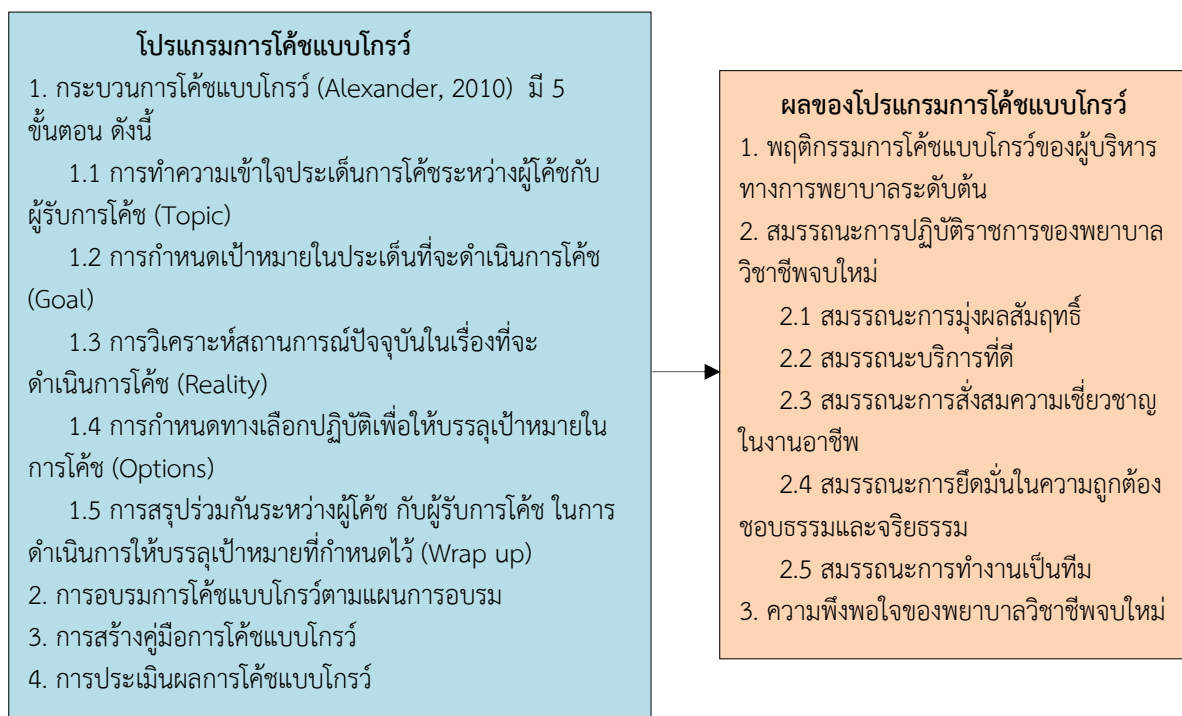
สมมติฐานวิจัย

1. พฤติกรรมการโค้ชของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์
2. สมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่หลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์
3. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่หลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการโค้ชโดยเฉพาะการโค้ชตามโมเดลของโกรว์ (GROW Coaching Model) ตามแนวคิดของอเล็กซานเดอร์ (Alexander, 2010) ซึ่งเป็นกระบวนการโค้ชที่มี 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การทำความเข้าใจประเด็นการโค้ชระหว่างผู้โค้ชและผู้รับการโค้ช (Topic) 2) การกำหนดเป้าหมายในประเด็นที่จะดำเนินการโค้ช (Goal) 3) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันในเรื่องที่จะดำเนินการโค้ช (Reality)

4) การกำหนดทางเลือกปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการโค้ช (Options) และ 5) การสรุปร่วมกันระหว่างผู้โค้ชกับผู้รับการโค้ชในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด (Wrap up) เพื่อนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อเพิ่มสมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ในด้านสมรรถนะการมุ่งผลสัมฤทธิ์ สมรรถนะบริการที่ดี สมรรถนะการส่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ สมรรถนะการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม และสมรรถนะการทำงานเป็นทีม นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ประเมินพฤติกรรมกรรมการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ร่วมด้วย เพื่อเป็นการตรวจสอบและประเมินผลโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ก่อนและหลังทดลอง ทำให้ได้รับข้อมูลเชิงประจักษ์เพิ่มขึ้น ซึ่งมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ปรับปรุงโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ให้มีคุณภาพและเหมาะสมต่อผู้โค้ชและผู้รับการโค้ชยิ่งขึ้น



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The One-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุ่งสงจำนวน 224 คน จำแนกออกเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นจำนวน 38 คน และพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการจำนวน 186 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุ่งสง จำแนกเป็น 3 กลุ่มดังนี้



1. ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นหรือผู้โค้ช กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย และรองหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุ่งสง จำนวน 16 คน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) มีประสบการณ์ในการเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นอย่างน้อย 2 ปี 2) เป็นหัวหน้าตึกหรือรองหัวหน้าตึกที่มีพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ปี 2564 ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานนั้น 3) สามารถเข้าร่วมการฝึกอบรมโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ โดยมีเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้บริหารทางการพยาบาลที่ไม่สามารถเข้าร่วมตามโปรแกรมที่กำหนด

2. พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่เริ่มปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุ่งสง ปี 2564 โดยปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉิน ไอซียู ห้องคลอดวิกฤตเด็ก ศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง อายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิงและห้องผ่าตัด รวมทั้งหมด 16 คน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการที่เริ่มเข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุ่งสง ปี 2564 3) สามารถเข้าร่วมการฝึกอบรมโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ โดยมีเกณฑ์การคัดออกคือ พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่ไม่สามารถเข้าร่วมตามโปรแกรมที่กำหนด

3. ผู้ประเมินสมรรถนะการปฏิบัติราชการพยาบาลวิชาชีพจบใหม่โดยประเมินแบบ 360 องศา พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ 1 คนถูกประเมินด้วยกลุ่มตัวอย่าง หัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน รองหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน เพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ 1 คน รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ประเมินตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ 16 คน หัวหน้าหอผู้ป่วย 16 คน รองหัวหน้าหอผู้ป่วย 16 คน และเพื่อนร่วมงานของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ 16 คน รวมจำนวนทั้งหมด 64 คน

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่ต้องการได้จากการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม G*Power สำหรับการทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่สัมพันธ์กัน กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ระดับ .90 ขนาดอิทธิพล (Effect Size) ที่ .80 ความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ .05 จะต้องการกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละจำนวน 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย

1.1 แผนการอบรมการโค้ชแบบโกรว์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดของ แกรแฮมอเล็กซานเดอร์ (Alexander, 2010) และจากการศึกษาวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการอบรมการโค้ชสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลทุ่งสง โดยแผนการอบรมประกอบด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์ เนื้อหาของการอบรมและกิจกรรมที่ใช้ในการอบรม ได้แก่ การบรรยาย การซักถาม การแสดงความคิดเห็น การฝึกปฏิบัติและการประเมินผลเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจและได้ฝึกทักษะการโค้ชแบบโกรว์

1.2 คู่มือการโค้ชแบบโกรว์สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดของแกรแฮมอเล็กซานเดอร์ (Alexander, 2010) และจากการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นใช้เป็นแนวทางในการโค้ชการโค้ชแบบโกรว์ประกอบด้วยรายละเอียดเกี่ยวกับหลักการโค้ช (Coaching)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ชุด ได้แก่

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น

2.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น จำนวน 6 ข้อประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด การปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นประสบการณ์



การเป็นผู้บริหารทางการพยาบาล การอบรมการโค้ชทางการพยาบาล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

2.1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการโค้ชแบบไกรว์ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น มีจำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมการเตรียมผู้โค้ชทางการพยาบาลจำนวน 3 ข้อ 2) พฤติกรรมการตั้งประเด็นการสนทนาจำนวน 7 ข้อ 3) พฤติกรรมการตั้งเป้าหมายจำนวน 4 ข้อ 4) พฤติกรรมการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันในเรื่องที่จะดำเนินการโค้ชจำนวน 6 ข้อ 5) พฤติกรรมการกำหนดทางเลือกปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการโค้ชจำนวน 7 ข้อ 6) พฤติกรรมการสรุปร่วมกันระหว่างผู้โค้ชกับผู้รับการโค้ชในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้จำนวน 3 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากการศึกษาวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้กรอบแนวคิดการโค้ชแบบไกรว์โมเดลของแกรแฮมอเล็กซานเดอร์ (Alexander, 2010) และกรอบแนวคิดพฤติกรรมพัฒนาทักษะและผลการปฏิบัติงานของบุคคล (Medland, 2009) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert Scale)

2.2 แบบประเมินสมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่โรงพยาบาลทุ่งสง ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วนได้แก่

2.2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ประเมินสมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด ปีที่สำเร็จการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แผนกที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์การอบรมในเรื่องการโค้ชทางการพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

2.2.2 แบบประเมินสมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบประเมินสมรรถนะการปฏิบัติราชการตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการของโรงพยาบาลทุ่งสงมีการประเมินสมรรถนะ 5 ด้าน (Office of the Civil Service Commission, 2009) จำนวน 28 ข้อ ดังนี้ 1) สมรรถนะการมุ่งผลสัมฤทธิ์จำนวน 6 ข้อ 2) สมรรถนะบริการที่ดีจำนวน 6 ข้อ 3) สมรรถนะการส่งมอบความเชี่ยวชาญในงานอาชีพจำนวน 5 ข้อ 4) สมรรถนะการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรมจำนวน 6 ข้อ 5) สมรรถนะการทำงานเป็นทีมจำนวน 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert scale)

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ต่อโปรแกรมการโค้ชแบบไกรว์ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลทุ่งสงประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน ได้แก่

2.3.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูล เกี่ยวกับเพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด ปีที่สำเร็จการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพแผนกที่ปฏิบัติงานและการอบรมในเรื่องการโค้ชทางการพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

2.3.2 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ต่อการได้รับการโค้ชตามโปรแกรมการโค้ชแบบไกรว์จำนวน 34 ข้อ ประกอบด้วย 1) ความพึงพอใจด้านการเตรียมการทางการพยาบาลจำนวน 3 ข้อ 2) ความพึงพอใจด้านการตั้งประเด็นการสนทนาจำนวน 6 ข้อ 3) ความพึงพอใจด้านการตั้งเป้าหมายจำนวน 4 ข้อ 4) ความพึงพอใจด้านการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันในเรื่องที่จะดำเนินการโค้ชจำนวน 8 ข้อ 5) ความพึงพอใจด้านการกำหนดทางเลือกปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการโค้ชจำนวน 7 ข้อ 6) ความพึงพอใจด้านการสรุปร่วมกันระหว่างผู้โค้ชกับผู้รับการโค้ชในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้จำนวน 6 ข้อ

ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาใหม่ จากการประยุกต์การศึกษาวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้กรอบแนวคิดการโค้ชแบบไกรว์โมเดลของอเล็กซานเดอร์ (Alexander, 2010) และแนวคิดทฤษฎีความพึงพอใจในงานของกิลเลอร์ (Gilmer, 1973) ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมดลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ



ของลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) พึงพอใจมาก (4 คะแนน) พึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน) พึงพอใจน้อย (2 คะแนน) พึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน)

การแปลผลคะแนนใช้หลักการแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการโค้ช สมรรถนะการปฏิบัติราชการ และความพึงพอใจ แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (Ruangpisit, 2015)

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง พฤติกรรมการโค้ช/สมรรถนะ/ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง พฤติกรรมการโค้ช/สมรรถนะ/ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง พฤติกรรมการโค้ช/สมรรถนะ/ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง พฤติกรรมการโค้ช/สมรรถนะ/ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง พฤติกรรมการโค้ช/สมรรถนะ/ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น แบบประเมินสมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ต่อโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ที่ได้รับการพิจารณาเนื้อหาเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ก่อนให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาพิจารณาความสอดคล้องระหว่างสาระคำถามกับนิยามตัวแปร รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .97 .99 และ .96 ตามลำดับ

การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบ แบบสอบถามพฤติกรรมการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้าหอและรองหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 10 คน แบบประเมินสมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ต่อโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุ่สงไม่เกิน 2 ปี ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างและไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 10 คน และ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยนำแบบสอบถามทั้ง 3 ฉบับหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แบบสอบถามดังข้างต้นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .96 .91 และ .92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

ขอหนังสือแนะนำตัวจากสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่สง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลประกอบการทำวิจัย จากพยาบาลวิชาชีพ ที่มีคุณสมบัติตรงตามคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด คือ พยาบาลวิชาชีพผู้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าและรองหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ได้รับการแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุ่สง และผู้ประเมินสมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ประเมินแบบ 360 องศาประกอบด้วย หัวหน้า รองหัวหน้า เพื่อนร่วมงานและตัวพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ประเมินตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลทุ่สง เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงดำเนินการขอความร่วมมือและเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย ชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ยืนยันการรักษาความลับของข้อมูลและจะไม่มีการ



บันทึกชื่อของกลุ่มตัวอย่างในรายงานการศึกษา ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการตอบแบบสอบถามให้ความกระจ่างเกี่ยวกับแบบสอบถาม อธิบายประโยชน์เกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบและดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาซึ่งการปฏิเสธนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยผลการศึกษาจะนำเสนอข้อมูลของการศึกษาในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนทดลอง

1. อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การโค้ชทางการพยาบาล” โดยเรียนเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านการโค้ชจากสถาบันการโค้ชแห่งประเทศไทย เป็นวิทยากรในการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารทางการพยาบาล จัดอบรมวันที่ 13-14 มกราคม พ.ศ. 2565 ภาคเช้าเป็นการบรรยายความรู้เกี่ยวกับการโค้ชตามโมเดลของโกรว์ (GROW coaching model) ตามแนวคิดของอเล็กซานเดอร์ (Alexander, 2010) ซึ่งเป็นกระบวนการโค้ชที่มี 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การทำความเข้าใจประเด็นการโค้ช 2) เป้าหมาย หรือจุด ประสงค์ เรื่องที่ต้องการบรรลุผล 3) สถานการณ์ที่เป็นอยู่ ความคิด ความรู้สึกกับปัจจุบันนี้ 4) ทางเลือก วิธีการ แผนงานความเป็นไปได้ และ 5) การตัดสินใจในสิ่งที่เกิดขึ้นช่วงบ่ายเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์สถานการณ์ที่สร้างขึ้นโดยการใช้รูปแบบการโค้ชแบบโกรว์

2. ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สร้างความรู้และความเข้าใจแก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการอบรม

3. ก่อนเริ่มใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ ให้กลุ่มตัวอย่างผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ต่อโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น กลุ่มตัวอย่าง ผู้ประเมินสมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่แบบ 360 องศา พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ 1 คน ผู้ประเมินประกอบด้วย หัวหน้า รองหัวหน้า เพื่อนร่วมงานและตัวพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ประเมินตนเอง

แจกแผนการอบรม และคู่มือการโค้ชแบบโกรว์ แก่กลุ่มตัวอย่างผู้บริหารทางการพยาบาล ใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ตั้งแต่ 18 มกราคม 2565 - 31 มีนาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นนำความรู้ โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ที่ได้จากคู่มือ และการอบรมไปปฏิบัติกับพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติตามการโค้ชแบบโกรว์ ของกลุ่มตัวอย่างผู้บริหารทางการพยาบาลที่ไปทำการโค้ชพยาบาลวิชาชีพจบใหม่โดยใช้แบบบันทึกการปฏิบัติตามโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ซึ่งเป็นแบบบันทึกแบบสังเกต รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการติดตามการปฏิบัติตามการโค้ชแบบโกรว์ ให้คำแนะนำ ข้อจำกัดและประเด็นที่เกิดจากการดำเนินการวิจัย

ขั้นหลังทดลอง

หลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ จัดอภิปรายกลุ่มผู้ร่วมโครงการวิจัย เพื่อให้การดำเนินการในครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยเสนอรายละเอียดที่ได้จากการติดตามการโค้ชเพื่อให้ผู้เข้าร่วมอภิปราย ได้ทราบถึงข้อมูลจากการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ ปัญหาที่พบ ข้อเสนอแนะจากผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่เป็นโค้ช นำเข้าสู่การอภิปราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นด้วยการให้ผู้ร่วมอภิปรายแสดงความคิดเห็นถึงประสิทธิภาพการโค้ชแบบโกรว์ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคและการแก้ไขปัญหา การทบทวน ข้อเสนอแนะที่พบจากการโค้ชแบบโกรว์ เพื่อเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่ผู้โค้ชและผู้รับการโค้ชรวมทั้งผู้รับบริการ ทั้งนี้ในการบันทึกการอภิปรายกลุ่มครั้งนี้ ผู้วิจัยมีผู้ช่วยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ 2 คน ช่วยในการบันทึกการแสดงความ



คิดเห็นให้ถูกต้องครบถ้วน เพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการ ปรับปรุงแก้ไขต่อไป และให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ตอบแบบสอบถาม หลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ต่อโปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยกว่า 30 ($n < 30$) ไม่เป็นอิสระต่อกัน จึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิลคอกซันซายน์แรนค์ (Wilcoxon Matched Pairs-Signed Rank Test) และมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูล (Test of Normality) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติ Kolmogorov-smirnov พบว่าไม่เป็นโค้งปกติ

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิมนุษยชนของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญจึงได้ดำเนินการตามขั้นตอนของการพิทักษ์สิทธิ์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลทุ่งสง เลขที่เอกสารรับรอง REC-TH011/2021 วันที่ 9 ธันวาคม 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น จำนวน 16 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 56-60 ปี และ 51-55 ปี (ร้อยละ 62.50) ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 87.50) ปฏิบัติหน้าที่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 9 คน (ร้อยละ 56.25) มีประสบการณ์การเป็นผู้บริหาร 1-5 ปี (ร้อยละ 43.75) และทั้งหมดไม่เคยอบรมเรื่องการโค้ชทางการพยาบาล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ประเมินสมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่โรงพยาบาลทุ่งสงผู้ประเมินสมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่โรงพยาบาลทุ่งสงเป็นเพศหญิงทั้งหมด (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-25 ปี (ร้อยละ 50.00) ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 95.30) เกี่ยวข้องกับพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ หัวหน้าหอผู้ป่วย รองหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อนร่วมงานและตนเอง กลุ่มละ 16 คน เท่ากัน (ร้อยละ 25.00) ตามแผนกที่ปฏิบัติงานทั้ง 9 แผนกและทั้งหมดไม่เคยมีประสบการณ์การอบรมเรื่องการโค้ชทางการพยาบาล

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่โรงพยาบาลทุ่งสง พยาบาลวิชาชีพจบใหม่โรงพยาบาลทุ่งสง (ผู้รับการโค้ช) ทั้งหมด 16 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่มีอายุ 23 ปี (ร้อยละ 81.25) อายุเฉลี่ย 22.97 ปี ทั้งหมดมีการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีจบในปีการศึกษา 2564 มีประสบการณ์ปฏิบัติงาน 1 ปี ผู้ถูกโค้ชทั้งหมดไม่เคยอบรมเรื่องการโค้ชทางการพยาบาล

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการโค้ชของผู้บริหารทางการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์



ตาราง 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการโค้ชของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์โดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched - Pair Signed Ranks Test (n=16)

พฤติกรรมการโค้ชแบบโกรว์ ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น	ก่อนการใช้ โปรแกรม		หลังการใช้ โปรแกรม		M Difference	Z	p-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD			
1. การเตรียมผู้โค้ชทางการพยาบาล	3.67	0.60	4.58	0.41	0.91	3.310	<.001
2. การตั้งประเด็นการสนทนา	3.84	0.58	4.60	0.40	0.76	3.241	<.001
3. การตั้งเป้าหมาย	3.63	0.54	4.50	0.47	0.87	3.308	<.001
4. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันในเรื่องที่จะ ดำเนินการโค้ช	3.46	0.58	4.61	0.41	1.15	3.525	<.001
5. การกำหนดทางเลือกปฏิบัติเพื่อให้บรรลุ เป้าหมายในการโค้ช	3.59	0.49	4.58	0.41	0.99	3.416	<.001
6. การสรุปร่วมกันระหว่างผู้โค้ชกับผู้รับการโค้ชใน การดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้	3.67	0.63	4.60	0.51	0.93	3.317	<.001
โดยรวม	3.64	0.57	4.58	0.43	0.94	3.516	<.001

จากตาราง 1 พฤติกรรมการโค้ชของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโดยรวมก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์อยู่ในระดับมาก ($M=3.64$, $SD=0.57$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการโค้ชด้านการตั้งประเด็นการสนทนามีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M=3.84$, $SD=0.58$) รองลงมาคือการเตรียมผู้โค้ชทางการพยาบาล การสรุปร่วมกันระหว่างผู้โค้ชกับผู้รับการโค้ชในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ การตั้งเป้าหมาย การกำหนดทางเลือกปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการโค้ช ตามลำดับ และมีพฤติกรรมการโค้ชด้านการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันในเรื่องที่จะดำเนินการโค้ชมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M=3.46$, $SD=0.58$)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการโค้ชของผู้บริหารทางการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched - Pair Signed Ranks Test พบว่า พฤติกรรมการโค้ชของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโดยรวมหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการโค้ชของผู้บริหารทางการพยาบาลรายด้านระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ พบว่าหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ พฤติกรรมการโค้ชด้านการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันในเรื่องที่จะดำเนินการโค้ช สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ พฤติกรรมการโค้ชด้านการเตรียมผู้โค้ชทางการพยาบาล การตั้งประเด็นการสนทนา การตั้งเป้าหมาย การกำหนดทางเลือกปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการโค้ช และ การสรุปร่วมกันระหว่างผู้โค้ชกับผู้รับการโค้ชในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. เปรียบเทียบสมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพใหม่ระหว่างก่อน และหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์



ตาราง 2 เปรียบเทียบสมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ระหว่างก่อน และหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched – Pair Signed Ranks Test (n=64)

สมรรถนะการปฏิบัติราชการ ของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่โรงพยาบาล	ก่อนการใช้ โปรแกรม		หลังการใช้ โปรแกรม		M Difference	Z	p-value (1-tailed)
ทั้งสง	M	SD	M	SD			
1. การมุ่งผลสัมฤทธิ์	3.86	0.60	4.38	0.40	0.52	6.263	<.001
2. การบริการที่ดี	4.09	0.48	4.65	0.38	0.56	5.827	<.001
3. การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ	3.95	0.50	4.46	0.45	0.51	6.239	<.001
4. การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม และจริยธรรม	4.26	0.46	4.78	0.29	0.52	6.187	<.001
5. การทำงานเป็นทีม	4.01	0.45	4.70	0.38	0.69	6.709	<.001
โดยรวม	4.03	0.43	4.60	0.31	0.57	6.928	<.001

จากตาราง 2 สมรรถนะการปฏิบัติราชการโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์อยู่ในระดับมาก ($M=4.03$, $SD=0.43$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M=4.26$, $SD=0.46$) รองลงมาคือ การบริการที่ดี การทำงานเป็นทีม การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพตามสมรรถนะการปฏิบัติราชการลำดับ โดยการมุ่งผลสัมฤทธิ์มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M=3.86$, $SD=0.60$)

การเปรียบเทียบสมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched - Pair Signed Ranks Test พบว่าสมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่โดยรวมหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p<.001$)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่รายด้านระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ พบว่าหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ สมรรถนะการมุ่งผลสัมฤทธิ์ บริการที่ดี การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม และการทำงานเป็นทีม สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p <.001$)

4. เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์

ตาราง 3 เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์โดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched – Pair Signed Ranks Test (n=16)

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจบ ใหม่โรงพยาบาลทั้งสง	ก่อนการใช้ โปรแกรม		หลังการใช้ โปรแกรม		M Difference	Z	p-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD			
1. การเตรียมผู้โค้ชทางการพยาบาล	3.93	0.68	4.35	0.41	0.42	2.959	.003
2. การตั้งประเด็นการสนทนา	3.39	0.48	4.42	0.46	1.03	3.518	<.001
3. การตั้งเป้าหมาย	3.98	0.63	4.47	0.45	0.49	3.097	.002



4. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันในเรื่องที่จะดำเนินการโค้ช	3.98	0.62	4.53	0.48	0.55	3.415	.001
5. การกำหนดทางเลือกปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการโค้ช	4.05	0.75	4.53	0.38	0.48	3.362	.001
6. การสรุปร่วมกันระหว่างผู้โค้ชกับผู้รับการโค้ชในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้	4.07	0.61	4.78	0.40	0.71	3.089	.002
โดยรวม	3.99	0.61	4.39	0.40	0.40	3.516	<.001

จากตาราง 3 ความพึงพอใจโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ ก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์อยู่ในระดับมาก ($M=3.99$, $SD=0.61$) รายด้านพบว่า การสรุปร่วมกันระหว่างผู้โค้ชกับผู้รับการโค้ชในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M=4.07$, $SD=0.61$) รองลงมาคือ การกำหนดทางเลือกปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการโค้ช การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันในเรื่องที่จะดำเนินการโค้ช การตั้งเป้าหมาย การเตรียมผู้โค้ชทางการพยาบาล มีความพึงพอใจตามลำดับ และการตั้งประเด็นการสนทนามีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M=3.39$, $SD=0.48$)

การเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched-Pair Signed Ranks Test พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพพบใหม่โดยรวมหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพพบใหม่รายด้านระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ พบว่าหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ ความพึงพอใจต่อการตั้งประเด็นการสนทนาสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์ ความพึงพอใจต่อการเตรียมผู้โค้ชทางการพยาบาล การตั้งเป้าหมายการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันในเรื่องที่จะดำเนินการโค้ช การกำหนดทางเลือกปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการโค้ช การสรุปร่วมกันระหว่างผู้โค้ชกับผู้รับการโค้ชในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

1. หลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์พฤติกรรมโค้ชสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยและสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากสถานการณ์การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพพบใหม่แบบเดิมนั้น ไม่ได้มีโปรแกรมการโค้ชทางการพยาบาลที่ชัดเจน ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นไม่มีประสบการณ์ความเข้าใจเรื่องการโค้ชและเจตคติของพยาบาลต่อการโค้ชทางการพยาบาลยังน้อย (Sritrakul, 2015) เมื่อมีการนำการโค้ชแบบโกรว์ พร้อมคู่มือการโค้ชแบบโกรว์ มีตัวอย่างการบันทึก และตัวอย่างสถานการณ์ทางการพยาบาล รวมถึงการลงมือปฏิบัติตามขั้นตอนการโค้ชแบบโกรว์ ที่ประยุกต์จากอเล็กซานเดอร์ (Alexander, 2010) ส่งผลให้เกิดมุมมองพัฒนาทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นเปลี่ยนไปจากเดิม มีเจตคติที่ดี เกิดคุณภาพและประสิทธิผลทางการพยาบาลดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการพัฒนาทักษะการโค้ชของผู้นำทางการพยาบาลของ Promma (2016) พบว่าโปรแกรมการพัฒนาทักษะการโค้ช



ของผู้นำทางการพยาบาลในโปรแกรม ซึ่งมุ่งการพัฒนาคณะความรู้ และทักษะการโค้ชได้จริง และผลจากการประเมินการใช้โปรแกรม พบว่าผู้นำทางการพยาบาลเห็นว่ามีความประโยชน์ต่อการบริหาร สามารถนำไปใช้ได้จริงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม และผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมถึงสัมพันธภาพระหว่างทีมทางการพยาบาลในการปฏิบัติงานดีขึ้น

2. หลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์สมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพพบใหม่สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยและสามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากโรงพยาบาลทุ่งสงมีการประกันคุณภาพการบริการและได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานการบริการมาอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับแผนกลยุทธ์และเป้าประสงค์ของโรงพยาบาล คือการพัฒนามาตรฐานการบริการที่เป็นเลิศด้วยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญและเต็มใจให้บริการ ดังนั้นองค์กรพยาบาลจึงกำหนดแผนในการพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับนโยบายขององค์กร มีการพัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติราชการของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้ระบบการโค้ช ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจึงมีสมรรถนะการปฏิบัติราชการอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Thiangcharoen (2012) พบว่าความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพใหม่ในการทดลองใช้ระบบพยาบาลที่เลี้ยงสัตว์ลำดับที่ 1 สูงกว่าก่อนได้รับการทดลองใช้ระบบพยาบาลที่เลี้ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และภายหลังการทดลองลำดับที่ 4 สูงกว่าภายหลังได้รับการทดลองลำดับที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อธิบายได้ว่าเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ได้รับการโค้ชแบบโกรว์ซึ่งการโค้ชแบบโกรว์ทำให้พยาบาลวิชาชีพพบใหม่เข้าใจเป้าหมายของการปฏิบัติราชการและความต้องการขององค์กร การโค้ชแบบโกรว์ของอเล็กซานเดอร์ (2010) เป็นเครื่องมือการสอนงานที่ใช้คำถามในการสนทนาเป็นเทคนิคที่นิยมใช้ในการโค้ชพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้มีทักษะที่ดีในการทำงานเพียงแต่อาจจะยังขาดความมั่นใจไม่กล้าตัดสินใจหรือไม่กล้าลงมือปฏิบัติ โดยคุณลักษณะที่สำคัญของการโค้ชแบบโกรว์คือมุ่งเน้นให้เกิดการเรียนรู้จากภายในตนเองและการแก้ไขปัญหาบนพื้นฐานของความเข้าใจความจริงในปัจจุบันการโค้ชพยาบาลวิชาชีพพบใหม่โดยการใช้คำถามบ่อยๆก็จะทำให้พยาบาลวิชาชีพพบใหม่คิดเองได้ดีขึ้นมีความมั่นใจและกล้าตัดสินใจด้วยตนเองบนพื้นฐานของความเข้าใจความจริงในปัจจุบัน จึงทำให้สมรรถนะการปฏิบัติราชการเพิ่มขึ้นและมีผลการปฏิบัติงานที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของ Hawaharn & Inthongpan (2015) ที่พบว่าหลังการใช้โปรแกรมการโค้ชผู้รับการโค้ชมีความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การโค้ชแบบโกรว์ นอกจากส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการปฏิบัติราชการเพิ่มขึ้นแล้วยังมีผลกระทบด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นกับพยาบาลวิชาชีพ ทำให้พยาบาลวิชาชีพพบใหม่กล้าแสดงความคิดเห็นมากขึ้น มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติราชการและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน จึงเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ทำให้การปฏิบัติราชการสำเร็จตามเป้าหมายที่องค์กรตั้งไว้

3. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพพบใหม่หลังการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการโค้ชแบบโกรว์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยและสามารถอธิบายได้ว่าระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพพบใหม่หลังมีการโค้ชแบบโกรว์ มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเนื่องจากได้รับการพัฒนาทางพยาบาลที่แตกต่างไปจากเดิม มีการกระตุ้น ด้วยการตั้งศักยภาพที่มีในตัวพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ให้ออกมาให้มากที่สุด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ผู้วิจัยได้มีโอกาสดูคุยทำความเข้าใจกับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น และพยาบาลวิชาชีพพบใหม่มีความเข้าใจในบทบาทผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ตามวัตถุประสงค์การโค้ชร่วมกัน รวมทั้งขั้นตอนการโค้ชแบบโกรว์เปิดโอกาสในการโค้ชทางการพยาบาลตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาการพัฒนาระบบการสอนงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเฉพาะทาง Ruangpisit (2015) ที่พบว่าความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ ทำให้พยาบาล



วิชาชีพพบใหม่รู้สึกที่ดีที่มีต่อองค์กรและต่องานของตนเอง ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในกระบวนการปฏิบัติงาน มีความมุ่งมั่น ตั้งใจในการปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถและสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chumpinut (2015) ที่ระบุว่าเมื่อผลลัพธ์ของกระบวนการมีการพัฒนาไปสู่ด้านอื่นๆ ส่งผลให้พยาบาลมองเห็นประโยชน์ของการโค้ช และมีความพึงพอใจ เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานสอดคล้องกับการศึกษาของ Tharaphaisansuk (2018) ที่พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการได้รับการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ มีค่าคะแนนเฉลี่ย ($M=4.81$, $SD=0.13$) สูงกว่าก่อนการได้รับการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งภายหลังการดำเนินการโค้ชแบบโกรว์ในระยะเวลา 3 เดือน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาพบว่าผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการโค้ชแบบโกรว์ในโรงพยาบาลทุกระดับ โดยให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบริหารในการกำกับดูแลการปฏิบัติการพยาบาล ที่มุ่งพัฒนาพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ทุกหน่วยงาน ทุกหอผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพสูง
2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรกำหนดนโยบายการเตรียมพยาบาลจบใหม่ และศึกษาติดตามระยะสั้นและระยะยาว โดยมีการส่งเสริมการใช้โปรแกรมการโค้ชทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้รูปการโค้ชทางการพยาบาลโดยเฉพาะคุณลักษณะของผู้โค้ชทางการพยาบาลและการเตรียมความพร้อมผู้รับการโค้ชการพยาบาล
2. ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการโค้ชทางการพยาบาลต่อตัวชี้วัดในรายโรคหรือรายแผนกความพึงพอใจของผู้ป่วยการลดอุบัติการณ์ความเสี่ยง หลังการโค้ช

References

- Alexander, G. (2010). *Behavioral Coaching-The GROW Model In Passmore, Jonathan. Excellence in Coaching: the Industry Guide (2nded)*. Philadelphia: Kogan.
- Gilmer, B. (1973). *Applied Psychology*. New York: Mc Graw-Hill.
- Hawaharn, C. & Inthongpan, O. (2015). Research and Development of a Coaching Model to Develop Competence in Health Service Practice. *Journal of Nursing Ministry Public Health*, 25(1), 166-177.
- Likert, R. (1976). *The Human Organization: Its Management and Value*. New York: McGraw Hill.
- Medland, J. (2009). Coaching as a Successful Strategy for Advancing New Manager Competency and Performance. *Journal of Nurses Staff*, 25(3), 141-147.
- Nirattipattanasai, K. (2013). *Executive Coaching Executive Coaching*. Retrieved December 30, 2021, from <http://www.thecoach.in.th>.



- Office of the Civil Service Commission. (2020). *Handbook for Evaluation of Government Performance*. Retrieved November 3, 2020, from http://www.khuumuuekaarpraemin_phaaphrwmrabbrihaarphlgaanaelarapraemin_phimp_hpii_52.pdf.
- Office of the Civil Service Commission. (2009). *Handbook of Competency Determination in Civil Service: Core Competency Handbook*. Nonthaburi: Prachumchang Co., Ltd.
- Promma, S. (2016). *Coaching Skills Development Model of Nursing Leaders*. (Ph.D. not published). Rajabhat Rajanagarindra University, Songkhla. (in Thai).
- Ruangpisit, Y. (2015). *The Development of Teaching System for Professional Nurses in Specialized Hospitals*. One Under the Medical Department Ministry of Public Health (Nursing Degree Thesis. Master of Arts Not Published). Christian University, Nakhon Pathom. (in Thai).
- Siriwan, S. (2017). *Coaching to Develop Excellent Performance*. Bangkok: HR
- Sritrakul, R. (2015). *Strategies for Nursing Supervision*. Retrieved March 3, 2022 from <http://www.nurse.kku.ac.th>.
- Thamapirat, N. & Uamtanee, A. (2017). Being a New Graduate Nurse who Works under the Supervision of a Nanny Nurse. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 18(1-4), 32-40.
- Tharaphaisansuk, O. (2018). *The Effects of Supervision According to the Growth Coaching Model of Primary Nursing Administrators at Private Hospitals. Not Published*. Christian University, Nakhon Pathom. (in Thai).
- Thiangcharoen, P. (2012). *The Effect of Using the Nurse Nanny Model on the Ability to Work. of New Registered Nurses as the Head of the Nursing Team Chachoengsao City Hospital. Chachoengsao Province. Not Published*. Burapha University, Chonburi Province. (in Thai).
- Tikkawi, J. (2016). *How Good is Coaching?*. Retrieved May 20, 2020. from <https://www.bangkokbiznews.com/pr/detail/10054>.



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี

Factors Influencing Duality of Life among Caregivers of Older Adults with Chronic Diseases in Ubonratchathani Province

โชติกา สมสุวรรณ^{1*}, อภิญญา เยาวบุตร¹

Chotika Somsuvun^{1*}, Apinya Yaowaboot¹

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี^{1*}

Faculty of Nursing, Ubonratchathani Rajabhat University, Ubonratchathani^{1*}

(Receive: February 11, 2022; Revised: April 29, 2023; Accepted: May 4, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 161 คน คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดและใช้การสุ่มอย่างง่าย ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2564 ถึง เดือนมีนาคม 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 3) แบบสอบถามการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพ 4) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม 5) แบบวัดภาระของผู้ดูแล และ 6) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยแบบประเมิน 3,4,5 และ 6 มีการตรวจสอบความถูกต้องในเนื้อหาเท่ากับ .87, .84, .97 และ .95 ตามลำดับ มีค่าความเชื่อมั่นของค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .83, .81, .91 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์ Eta สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 95.70 ($M=76.47$, $SD=8.96$) มีการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพในระดับปานกลางร้อยละ 76.50 ($M=31.51$, $SD=7.62$) ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางร้อยละ 64.60 ($M=48.85$, $SD=9.95$) และภาระของผู้ดูแลมีภาระปานกลางถึงมาก ร้อยละ 52.50 ($M=46.48$, $SD=9.63$)

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ประสพการณ์ในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ภาระของผู้ดูแล และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถรวมอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 51.20 ($R^2 = .512$, $p<.001$)

บุคลากรทางด้านสุขภาพที่รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และหน่วยงานด้านผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญผู้ดูแล ฝึกทักษะในการดูแลพื้นฐานผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้กับผู้ดูแลในครอบครัวให้เกิดประสพการณ์เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแล วางแผนการดูแลตั้งแต่เริ่มต้นเพื่อลดภาระของผู้ดูแล นอกจากนี้ควรเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีในการสร้างเสริมสมรรถนะเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง, คุณภาพชีวิต

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: somsuwun.cho@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-6172198)



Abstract

The purpose of this research was to study the factors influencing quality of life among caregivers of older adults with chronic diseases in Ubon Ratchathani province. The participants were caregivers for older adults with chronic diseases in the community. Samples were 161 caregivers for older adults with chronic diseases in the community. The data was collected from July 2021 to March 2022. Simple random sampling was used to recruit the participants. The instruments were 1) A personal information questionnaire for caregivers 2) A personal information questionnaire for older adults with chronic diseases 3) An Access to healthcare services questionnaire 4) A social support questionnaire 5) A caregiver burden questionnaire 6) A caregiver quality of life questionnaire. The content validity of the questionnaire was assessed using content validity index (CVI). The content validity index for questionnaires 3), 4), 5) and 6) were 0.87, 0.84, 0.97 and 0.95, respectively. Cronbach's alpha coefficient of reliability were 0.83, 0.81, 0.91 and 0.87 respectively. Descriptive statistics Eta, Pearson's correlation coefficient and stepwise multiple regression were employed to analyze the data.

The results showed that

1. 95.70% of the caregivers had a moderate level of quality of life ($M=76.47$, $SD=8.96$), 76.50% of the caregivers had a moderate level of access to healthcare services ($M=31.51$, $SD=7.62$), 64.60% of the caregivers had a moderate level of social support ($M=48.85$, $SD=9.95$), and 52.50% of the caregivers had a moderate to high level of workload burden ($M=46.48$, $SD=9.63$).

2. Factors influencing quality of life among caregivers of older adults with chronic diseases consisted of the experience of care giving, health status in caregivers, caregiver's workload burden and social support which explained 51.20% ($R^2=.512$, $p<.001$) of the variance in caregiver's quality of life.

The results suggested that healthcare professionals and elderly care agency, who had responsibility in managing the caregiving for older adults with chronic diseases in community, should pay attention to caregivers, develop basic care skills for the elderly with chronic diseases in caregivers in the family as to gain experience and build confidence in caregiving, make plans in caregiving for the elderly from the start to reduce the workload burden. In addition, social support should be increased in order for caregivers to have a good quality of life whilst effectively care for the elderly with chronic diseases. This process can lead to a better quality of life both in the caregivers and the elderly.

Keywords: Caregivers of Older Adults, Elderly with Chronic Disease, Quality of Life.

บทนำ



ประชากรโลกในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านขนาดและโครงสร้าง โดยในปีพ.ศ. 2565 ทั่วโลกมีประชากรประมาณ 8 พันล้านคน (United Nation, 2022) โดยเป็นประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.50 ของประชากรทั้งหมด สำหรับประเทศไทยมีผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่ 2 ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Prasartkul, 2017) ซึ่งในปี พ.ศ.2565 มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 18.94 ของประชากรทั้งประเทศ (Department of Older Persons, 2022) ความสูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะต่างๆทั่วร่างกายเสื่อมถอยลง มีโอกาสเกิดโรคร้ายไข้เจ็บได้ง่าย ส่งผลให้แนวโน้มของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุมีมากกว่าประชากรกลุ่มอายุอื่น โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Sudnongbua, 2021) จากการสำรวจสวัสดิการและอนามัย พ.ศ. 2558 พบว่าร้อยละ 56.00 ของผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (Prasartkul, 2017) การเจ็บป่วยเหล่านี้นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ กระทั่งต่อการช่วยเหลือตนเอง (Functional Status) มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยจะพบมากขึ้นและมีความรุนแรงมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้น (Kumsuchat, 2017) ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลประสบความเครียดเรื้อรังและส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (Kasemkitwattana, & Prison, 2014) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ดูแลไม่มีความพร้อมด้านทักษะการดูแลและไม่มีสิ่งเกื้อหนุนที่เพียงพอ จะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหลักและครอบครัวทั้งปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย การดำเนินชีวิตประจำวัน ภาวะจิตใจที่พบความเครียด วิตกกังวล เหนื่อย ท้อแท้ เกิดความขัดแย้งในครอบครัว มีปัญหาการเงินส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตลดลง (Intarasombat, Monkong, Churaitatsanee, Vongterapak, Prasanaikom, Pronsawatchai et al, 2013)

จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นลำดับที่ 5 ของประเทศไทย ซึ่งมีผู้สูงอายุจำนวน 311,553 คน คิดเป็นร้อยละ 16.66 (Department of Older Persons, 2022) โดยผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวร้อยละ 50.50 ซึ่งการเจ็บป่วย 3 อันดับแรกที่พบ คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 30.70, 23.80 และ 8.40 ตามลำดับ (Sararuk, Nganchamung, & Krasuaythong, 2020) จึงต้องให้การดูแลเพิ่มเติมในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเหล่านี้ โดยข้อมูลการศึกษาด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานีที่ผ่านมา พบว่ามีปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล คือ ไม่มีทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากพอหรือไม่มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ขาดองค์ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีความต้องการสนับสนุนจากบุคลากรภาครัฐ เอกชนหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง ขาดการบริหารจัดการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Robrujen, 2017) เมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ทำให้ผู้ดูแลหลักที่เป็นบุตรในครอบครัว ที่อยู่กับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีความเครียดจากการดูแลระยะยาวและมีปัญหาด้านเศรษฐกิจในครอบครัวตามมา นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้สูงอายุบางคนก็มีปัญหาสุขภาพจากโรคประจำตัวของตนเอง (Kanyakan, Kosalvit, & Bunyanirawat, 2019) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุผู้ดูแล ภาระของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม (Klinsuwan, Watthayu, & Suwonnaroop, 2017) ประสบการณ์ในการดูแล (Nampun, Auemaneekul, & Kalampakorn, 2020) ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน (May, Monkong, Leelacharas, & Satitvipawee, 2022) ภาวะสุขภาพ (Samerchua, Pharatpariyad, Singmanee, & Suksatit, 2019) สถานภาพสมรส และการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ (Purimat, Nanthamongkolchai, Munsawaengsub, Pitikultang, & Yodmai, 2019) สิ่งเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังตามมาได้ และนอกจากนี้ที่ผ่านมาจังหวัดอุบลราชธานียังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แนวทางการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยพิจารณาทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ยังไม่ปรากฏภาพที่ชัดเจนมาก่อน จึงเป็นประเด็นในการศึกษาครั้งนี้



ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แนวคิด PRECEDE - PROCEED Model (Green, & Kreuter, 1999) ในขั้นตอนที่ 4 มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารอบแนวคิดในการวิจัยเพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยด้านต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งมีแนวคิดว่าการเกิดพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากพหุปัจจัย (Multiple Factor) ดังนั้นต้องมีการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Kalampakorn, 2011) ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังนี้ ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์ในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และภาระในการดูแล ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่และบุคลากรทางด้านสุขภาพใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์วิจัย

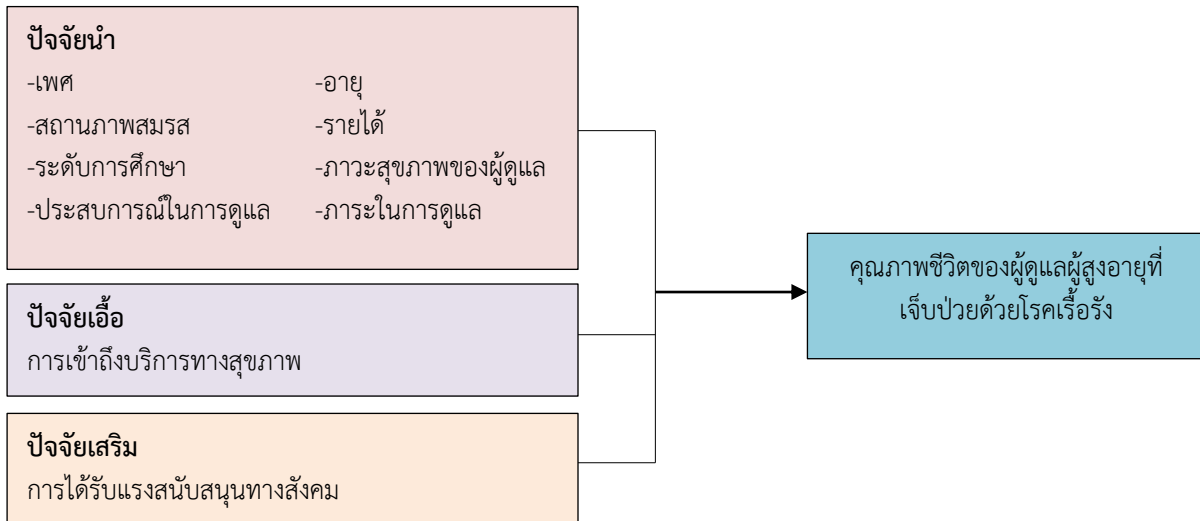
1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี

สมมุติฐานวิจัย

ปัจจัยนำเข้า (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์ในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และภาระในการดูแล) ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ) และปัจจัยเสริม (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม) มีอำนาจการทำนายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้นำแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL (Green, & Kreuter, 1999) ขั้นตอนที่ 4 ระยะ PRECEDE Framework ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม รวมทั้งแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Padilla & Grant (1985) ที่ศึกษาการรับรู้ความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือรักษา และความรู้สึกต่อสังคมรอบตัว โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย เจตคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือจากสังคม มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการค้นหา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยนำเข้า ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์ในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และภาระในการดูแล ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย ระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2564 - มีนาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลทั้งชายและหญิงที่เป็นสมาชิกครอบครัวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power 3.1.9.4 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ Regression: Linear Multiple Regression: Fixed Model, R^2 Deviation from Zero กำหนด Effect Size ขนาดกลาง 0.15, กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, Power $(1-\beta) = 0.95$ (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) จำนวน 6 ตัวแปร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 146 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายร้อยละ 10 สรุปขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 161 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. คุณลักษณะของผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและมีสัญชาติไทย 2) เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง) และ 3) มี Barthel ADL index ≥ 12 คะแนนขึ้นไป

2. คุณลักษณะของผู้ดูแล ดังนี้ 1) เพศชายและหญิง ที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และมีสัญชาติไทย 2) อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป ไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนจากการดูแล 3) ไม่มีความบกพร่องทางกาย การสื่อสาร ความพิการ หรือทุพพลภาพ 4) สมารถใจตอบแบบสอบถาม



ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) ซึ่งจะดำเนินการสุ่มเป็นขั้นๆ แบบ 4 ขั้นตอน (Four-Stage Sampling): ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Proportional stratified Random Sampling: STR) ดังนี้

ตาราง 1 แสดงวิธีการสุ่มเลือกพื้นที่ และกลุ่มตัวอย่างจังหวัดอุบลราชธานี

ขั้นตอน	การสุ่มเลือกพื้นที่ และกลุ่มตัวอย่างจังหวัดอุบลราชธานี	
1	แบ่งพื้นที่ 4 เขต	เขต 1 = 6 อำเภอ, เขต 2 = 6 อำเภอ, เขต 3 = 7 อำเภอ, เขต 4 = 6 อำเภอ
2	สุ่มเลือกพื้นที่ เขตละ 1 อำเภอ	เขต 1 = อำเภอเหล่าเสือโก้ก, เขต 2 = อำเภอตระการพืชผล, เขต 3 = อำเภวารินชำราบ, เขต 4 = อำเภอบุญศรี
3	สุ่มเลือกพื้นที่ เขตละ 1 ตำบลตามอำเภอ (กำหนดสัดส่วนขนาดกลุ่มตัวอย่าง)	เขต 1 = ตำบลเหล่าเสือโก้ก, เขต 2 = ตำบลกระเดียน, เขต 3 = ตำบลบุ่งไหม, เขต 4 = ตำบลนากระแซง
4	การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนตามคุณสมบัติที่กำหนด	เขต 1 = 48 คน, เขต 2 = 33 คน, เขต 3 = 43 คน, เขต 4 = 37 คน (รวม 161 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การนับถือศาสนา ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ระยะเวลาในการดูแล จำนวนผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ในการดูแล อาชีพหลัก รายได้ และโรคประจำตัว

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมข้อความ จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพเดิม โรคประจำตัว สิทธิในการรักษาพยาบาล การเป็นสมาชิกในกลุ่มทางสังคม

3. แบบสอบถามการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพ โดยประยุกต์จากการทบทวนทฤษฎีแนวคิด เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย สถานบริการสุขภาพ ระยะทาง พาหนะที่ใช้เดินทาง ค่าใช้จ่าย ความพึงพอใจ ลักษณะแบบวัดมาตราส่วน (Rating Scale) 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด มีคะแนน 1-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-50 คะแนน ใช้เกณฑ์การแบ่งการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพ โดยใช้พิสัยหารช่วงขั้นที่ต้องการ (Vorapongsathorn, 2015) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 10-23 คะแนน หมายถึง มีการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับเล็กน้อย 24- 37 คะแนน หมายถึงมีการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปานกลาง 38-50 คะแนน หมายถึงมีการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับมาก

4. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล โดยการประยุกต์จากการทบทวนทฤษฎีแนวคิด เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมของ House (1987), Cobb (1976) and Schaefer, Coyne, & Lanzarus (1981) ซึ่งมีการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน จำนวน 15 ข้อ คือ ข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ การให้การ



ประเมินผลจำนวน 2 ข้อ อารมณ์จำนวน 5 ข้อ และทรัพยากรจำนวน 3 ข้อ ลักษณะแบบวัดมาตราส่วน (Rating Scale) 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด มีคะแนน 1-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 15-75 คะแนน ได้เกณฑ์การสนับสนุนทางสังคม โดยใช้พิสัยหารช่วงชั้นที่ต้องการ (Vorapongsathorn, 2015) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 15-35 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับเล็กน้อย 36- 55 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง 56-75 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก

5. แบบวัดภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้ของ Toonsiri, Sunsern, & Lawang (2011) ซึ่งมีการขอ อนุญาตใช้แบบสอบถาม และมีการปรับค่าในการถามจากผู้ป่วยเรื้อรังเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จำนวน 22 ข้อ เป็น คำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ความตึงเครียดส่วนบุคคล (Personal Strain) จำนวน 9 ข้อ ความขัดแย้งในตนเอง (Privacy Conflict) จำนวน 4 ข้อ ความรู้สึกผิด (Guilt) จำนวน 5 ข้อ และเจตคติที่ไม่แน่นอน (Uncertain Attitude) จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง ไม่เคยเลย มีคะแนน 0-4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-88 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับตามเกณฑ์ของ Toonsiri, Sunsern, & Lawang (2011) คือ 0-20 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะ/ ภาวะเล็กน้อย 21-40 คะแนน หมายถึง มีภาวะเล็กน้อยถึงปานกลาง 41-60 คะแนน หมายถึง มีภาวะปานกลางถึง มาก และ 61-88 คะแนน หมายถึง มีภาวะอย่างมาก

6. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิต โดยอ้างอิงกรอบขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ของ Mahatnirunkul, Tuntipiwathanasakul, Pumpaisalchai, Wongsuwan, & Pornmanarungkul (1997) เพื่อให้มีความเหมาะสม ในการใช้สอบถามในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง จึงมีการขออนุญาตการใช้เครื่องมือและปรับค่าเพื่ออำนวยความสะดวกของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีจำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย(Physical Domain) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจ(Psychological Domain) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม(Social Relationships) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม(Environment) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เคย ให้เลือกตอบโดยพิจารณาข้อความในแต่ละข้อที่ตรงกับ ความรู้สึกของตน ใช้เกณฑ์ โดยใช้พิสัยหารช่วงชั้นที่ต้องการ (Vorapongsathorn, 2015) คะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่ 26-60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ, 61-95 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตระดับ ปานกลาง, 96-130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีการสร้างขึ้นมาจากทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัย ตามกรอบแนวคิดของ การวิจัย มีการตรวจสอบความถูกต้องในเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ดัชนีความสอดคล้อง ของเครื่องมือวิจัย (CVI) ดังนี้ แบบสอบถามการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพเท่ากับ 0.87 แบบประเมินการสนับสนุน ทางสังคมของผู้ดูแลเท่ากับ 0.84 แบบวัดภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเท่ากับ 0.97 และแบบสอบถามคุณภาพ ชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเท่ากับ 0.95 และมีตรวจสอบความเชื่อมั่น(Reliability) โดยนำไปทดลอง ใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็น การคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันในผู้สูงอายุ(Barthel ADL index $\geq$ 12 คะแนนขึ้นไป) ของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 10 ข้อ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า แบบสอบถามการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพ มีค่าแอลฟาครอนบาค เท่ากับ .83 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล มีค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .81 แบบวัดภาวะของ



ผู้ดูแล มีค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างกรกฎาคม พ.ศ.2564 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2565 ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ภายหลังได้รับความเห็นชอบและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเหล่าเสือโก้ก อำเภอบุญทริก อำเภวารินชำราบ และอำเภอตระการพืชผล แล้วผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งผู้นำชุมชนและประธาน อสม.เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดโครงการวิจัยและขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตพื้นที่

2. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ดูแลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และทำการตรวจสอบคุณสมบัติผู้ดูแลตามที่กำหนดไว้ นำรายชื่อผู้ดูแลทั้งหมดมาทำฉลาก แล้วทำการสุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จำนวน 161 คน

3. ผู้วิจัยทำการนัดหมายวันและเวลาในทุกวันเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ทั้งช่วงเช้าและช่วงบ่าย โดยนัดหมาย อสม. เพื่อพาเดินเก็บข้อมูลในพื้นที่ตามบ้านกลุ่มตัวอย่างที่ละหลังคาเรือน เพื่อความสะดวกของกลุ่มตัวอย่างในช่วงการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019

4. ในวันนัดหมายเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้แนะนำตัวเองแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูล เพื่อใช้ในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลประมาณ 15-30 นาทีต่อคน โดยเก็บข้อมูลวันละ 10-15 คน จนครบ 161 คน เมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ภาระของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นกลุ่ม (เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล) กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังด้วยค่าสัมประสิทธิ์ Eta

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีระดับการวัดตั้งแต่ระดับช่วงขึ้นไป (อายุ รายได้ ประสบการณ์ในการดูแล ภาระของผู้ดูแล การเข้าถึงการรับบริการสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม) กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

4. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ดังนี้ (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) 1) ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ โดยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ได้ค่า sig. > .05 จึงสรุปว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ 2) ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ใช้สถิติ F-test ได้ค่า



$F=2174.12$, $p\text{-value} < .001$ และ 3) ความเป็นอิสระจากกันของความคลาดเคลื่อน (Autocorrelation) ของข้อมูลเป็นอิสระกัน ได้ค่า Durbin-Watson = 2.011

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2564 - 030 วันที่รับรอง 9 เมษายน 2564 ถึงวันที่ 8 เมษายน 2565 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ และผลกระทบที่กลุ่มตัวอย่างอาจจะได้รับในการวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยจะใช้เลขรหัสแทนชื่อและนามสกุลรวมถึงข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นและจะทำลายข้อมูลภายหลังการวิจัยมีการเผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับทราบจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุ 46-59 ปี (ร้อยละ 68.90) โดยมีอายุเฉลี่ย 52.63 ปี ($SD=10.47$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.60) มีสถานะเป็นบุตรผู้ดูแลทั้งหมด (ร้อยละ 100) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 75.80) มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 48.70) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 82.60) รายได้ในแต่ละเดือนพอใช้และไม่มีหนี้สิน (ร้อยละ 47.80) ส่วนใหญ่ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 1 คน (ร้อยละ 96.30) มีประสบการณ์ในการเป็นผู้ดูแลอยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 36.60) โดยมีประสบการณ์ในการเป็นผู้ดูแลเฉลี่ย 7.12 ปี ($SD=8.36$) ภาวะสุขภาพส่วนใหญ่ของผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 91.90) แต่ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 53.90)

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคม มีคะแนน ADLs 12-20 คะแนน ($M=17.71$, $SD=2.99$) ส่วนใหญ่อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 39.52) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.49) ส่วนใหญ่มีอาชีพเดิมเป็นเกษตรกร (ร้อยละ 91.30) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ 48.40) ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษา (ร้อยละ 86.30) และเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 67.10)

3. ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา พบว่า ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีภาระปานกลางถึงมาก มากที่สุดร้อยละ 52.50 ($M=46.48$, $SD=9.63$) รองลงมามีภาระในการดูแลอย่างมาก ร้อยละ 40.40 ($M=57.07$, $SD=12.42$) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ผู้ดูแลเข้าถึงการรับบริการสุขภาพในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 76.52 ($M=31.51$, $SD=7.62$) ปัจจัยเสริม ได้แก่ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 64.60 ($M=48.85$, $SD=9.95$) และส่วนใหญ่คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 95.70 ($M=76.47$, $SD=8.96$)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี ($n=161$)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	
	Eta/r	p-value
ปัจจัยนำเข้า		



เพศ	.191 ¹	.025*
สถานภาพสมรส	.143 ¹	.629
ระดับการศึกษา	.365 ¹	.038*
ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	.206 ¹	<.001**
อายุ	.210 ²	.008**
รายได้	.140 ²	.938

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	
	Eta/r	p-value
ประสบการณ์ในการดูแล	.562 ²	.001**
ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	-.472 ²	<.001*
ปัจจัยเอื้อ		
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	.271 ²	.001**
ปัจจัยเสริม		
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	.371 ²	.001**

1 = Eta, 2 = r, * p-value < .05, ** p-value < .01

ปัจจัยนำเข้า ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้แก่ เพศ ($Eta = .191$) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ($Eta = .206$) และอายุ ($r = .210$) โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ในขณะที่ระดับการศึกษา ($Eta = .365$) และประสบการณ์ในการดูแล ($r = .562$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง และภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ($r = -.472$) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ส่วนสถานภาพสมรสและรายได้ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี ปัจจัยเอื้อ ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ($r = .271$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ และปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = .371$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี

ตาราง 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนาย กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี โดยวิธีการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ตัวแปรทำนาย	b	S.E. _b	Beta	t	p-value
ประสบการณ์ในการดูแล	.481	.747	.265	3.528	<.001
ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	.389	.081	.290	2.531	.012
ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	-.309	.054	-.251	-2.013	.036
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	.209	.047	.108	2.591	.040
Constant (a)	77.256	3.435		22.492	<.001

R = .756, Adjusted R² = .512, S. E. = 2.186, F = 51.672 p < .001



ปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนาย ได้แก่ ประสบการณ์ในการดูแล ($\beta = .481$) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ($\beta = .389$) ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ($\beta = -.309$) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .209$) โดยสามารถรวมอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 51.2 ($R^2 = .512, p < .001$) ดังตารางที่ 2 โดยมีสมการทำนายได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

z (คุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง) = $0.265(\text{ประสบการณ์ในการดูแล}) + 0.290(\text{ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล}) - 0.251(\text{ภาระของผู้ดูแล}) + 0.108(\text{การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม})$

อภิปรายผล

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี

การวิจัยครั้งนี้ สามารถอธิบายผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ประสบการณ์ในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.50) มีสถานะเป็นบุตรสาวทั้งหมด ซึ่งเป็นบทบาททางสังคมที่สมาชิกในครอบครัวมักจะมอบหมายภาระให้ทำหน้าที่นี้ (Leelapattana, Hathirat, 2019) ความเป็นเพศหญิงจะสามารถทำงานที่มีความละเอียดอ่อนได้ดีกว่าเพศชาย และสังคมไทยยังมีการอบรมสั่งสอนให้เพศหญิงมีหน้าที่ทำงานบ้าน และดูแลบุคคลในครอบครัว ทำให้เพศหญิงมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาได้ดี สอดคล้องกับการศึกษา Thaveegasikum, & Sritarapipat (2014) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา ฉะนั้นเมื่อเพศหญิงต้องรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงอาจส่งผลต่อการรับรู้การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางเท่านั้น รวมทั้งภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากภาวะสุขภาพของผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.90) ไม่มีโรคประจำตัว จึงทำให้ยังมีสุขภาพแข็งแรงเต็มเปี่ยมไปด้วยพลังทั้งร่างกายและจิตใจ จึงทำให้มีการปรับตัวได้ดีและสามารถก้าวผ่านอุปสรรคต่างๆ ของชีวิตได้ ทำให้ผู้ดูแลรับรู้คุณภาพชีวิตตนเองในทางที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Khatta, Hanprasitkam, & Siripitayakunkit, 2018) ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเช่นกัน แต่การที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุที่ต่อเนื่องเกิดเป็นประสบการณ์ในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแลตนเองเพียงพอ อาจทำให้ร่างกายเสื่อมโทรมลง ไม่สามารถพบปะเพื่อนฝูงได้ตามปกติ การเข้าสังคมลดลง ซึ่งการให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นงานที่หนักสำหรับผู้ดูแล จึงส่งต่อการรับรู้ความรู้สึกจากการดูแล และทำให้ผู้ดูแลรับรู้คุณภาพชีวิตที่ลดลงน้อยลงได้ (Khatta, Hanprasitkam, & Siripitayakunkit, 2018) จึงทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังครั้งนี้รับรู้การมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระดับสูง ที่พบมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยวัยสูงอายุที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ (Yang, Hao, George, & Wang, 2012) แต่แตกต่างกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท (Thaveegasikum, & Sritarapipat, 2014) พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแล



อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ศึกษารุ่นนี้เป็นกลุ่มติดสังคม ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้เป็นภาระกับผู้ดูแลน้อย การศึกษายังพบว่า มีระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 48.70) ระดับการศึกษาน้อยจะทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ได้น้อยตามไปด้วย มีการใช้เหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาในชุดจำกัด ผู้ดูแลมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 75.80) ทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลทั้งบุพการีซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและดูแลครอบครัวตนเองไปด้วยในเวลาเดียวกัน โดยการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นการดูแลที่ซับซ้อนเพิ่มขึ้นของผู้ดูแล บางครั้งทำให้เกิดปัญหาในการดูแล ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพและอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ลดลงได้ (Yoosamran, Chanaphant, & Keankarn, 2022) ทำให้ในการศึกษานี้คุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 95.70 สอดคล้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอมนรมย์ จังหวัดชัยนาท ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง (Thaveegasikum, & Sritarapipat, 2014) ในส่วนปัจจัยนำ ด้านภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คือผู้ดูแลที่รับรู้ถึงการมีภาระในการดูแลในระดับสูง จะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ลดลง อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลในระดับปานกลางถึงมากที่สุด (ร้อยละ 52.50) ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ เกิดความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หากไม่สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดจันทบุรี ที่พบว่า การรับรู้ต่อภาวะการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Purimat, Nanthamongkolchai, Munsawaengsub, Pitikultang, & Yodmai, 2019)

ปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลเข้าถึงการรับบริการสุขภาพในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 76.52) ซึ่งพบว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันโดยเฉพาะในโรงพยาบาลเน้นการดูแลแบบการเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นหลัก ระบบบริการปฐมภูมิมีข้อจำกัดด้านบุคลากรในการให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ แม้โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งมีการพัฒนาระบบบริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชนเพื่อให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ยังคงขาดมาตรฐานในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ส่งผลให้การจัดบริการและบทบาทการดูแลสุขภาพประชาชนของท้องถิ่นยังไม่ชัดเจน (Pinyopornpanit, 2019) นอกจากนี้ระยะเวลาที่ทำการศึกษายู่ในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี (Ministry of Public Health, 2022) ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่สามารถพาผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเล็กน้อยเข้าถึงบริการสุขภาพได้ทันที ต้องมีกระบวนการที่เพิ่มขึ้นในการเข้ารับบริการสุขภาพซึ่งมีองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีมากที่สุด (ร้อยละ 47.29) จึงส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองได้เพียงระดับปานกลาง สอดคล้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดจันทบุรี ที่พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Purimat, Nanthamongkolchai, Munsawaengsub, Pitikultang, & Yodmai, 2019)

ปัจจัยเสริม คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 64.6) จากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ โดยการได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้รับการดูแลทางด้านอารมณ์ ได้รับการตอบสนองด้านทรัพยากรเพื่อการช่วยเหลือ และได้รับการประเมินรวมทั้งการให้ข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ตนเอง



ว่ามีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางได้ สอดคล้องกับการศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Pinijsuwan, Sucamvang, & Nanasilp 2018) และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Purimat, Nanthamongkolchai, Munsawaengsub, Pitikultang, & Yodmai, 2019) ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี

ผลการศึกษา พบว่า ประสพการณ์ในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยประสพการณ์ในการดูแลเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้มากที่สุด อธิบายได้ว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ ซึ่งการดูแลเป็นระยะเวลายาวนานจะช่วยเพิ่มพูนเป็นประสพการณ์ในการดูแล (Orem, 2001) เกิดความชำนาญในการปฏิบัติการดูแล แต่การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานก็อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า เกิดความเครียด และเกิดปัญหาเกี่ยวกับผู้ดูแลเอง รวมถึงทำให้คุณภาพชีวิตลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Slusarska, Bartoszek, Kocka, Deluga, Chrzan-Rodak, & Nowicki (2019) พบว่า ประสพการณ์ในการดูแลสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ปฏิบัติงาน ในประเทศโปแลนด์ ปัจจัยต่อมาคือ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล อธิบายได้ว่า ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความสามารถของร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลในการดำรงชีวิตประจำวัน หากผู้ดูแลสุขภาพแข็งแรงสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทการดูแลได้อย่างปกติจะทำให้ผู้ดูแลรับรู้คุณภาพชีวิตไปในทางที่ดี แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่อตนเองที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต อาจนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Purimat, Nanthamongkolchai, Munsawaengsub, Pitikultang, & Yodmai (2019) ที่พบว่าภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีอิทธิพลและทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นอีกปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย จะทำให้สภาวะร่างกาย อารมณ์ สังคม การพัฒนาการ และจิตวิญญาณขาดความสมดุล พลังสำรองในร่างกายผู้สูงอายุลดลง ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงด้วย (Jiravarun, & Praditpornsilp, 2020) อาจทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรับรู้การมีภาระเพิ่มขึ้นในการดูแล ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ดูแลตามมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ May, Monkong, Leelacharas, & Satitvipawee (2022) พบว่า ภาระของผู้ดูแลสามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ และ Tangwong, chatkaew, & Chatkaew, & Yampeng (2016) ที่พบว่า ภาระในการดูแลผู้สูงอายุสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 18.00 ส่วนปัจจัยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม คาดการณ์ได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการเกื้อหนุนจากสมาชิกครอบครัว ญาติพี่น้อง รวมทั้งบุคคลอื่นในชุมชนจะทำให้ผู้ดูแลได้รับการตอบสนองต่อความต้องการทั้งร่างกายและจิตใจ หากผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอาจคาดการณ์ได้ว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกันได้ สอดคล้องกับ Purimat, Nanthamongkolchai, Munsawaengsub, Pitikultang, & Yodmai (2019) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้

การนำผลการวิจัยไปใช้



1. เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และหน่วยงานด้านผู้สูงอายุในการให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนโดยวางแผนการดูแลตั้งแต่เริ่มต้นเพื่อลดภาระของผู้ดูแล ฝึกทักษะในการดูแลพื้นฐานให้กับผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อเพิ่มประสบการณ์การดูแล นอกจากนี้ควรเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. ด้านการศึกษา เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการเตรียมผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยสอดแทรกเนื้อหากระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพิ่มเติม
3. ด้านการวิจัย เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเพื่อทดสอบรูปแบบ การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาซ้ำในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยแบ่งการศึกษาเป็นกลุ่มติดสังคม และติดบ้านในบริบทวัฒนธรรมอีสาน
2. ควรศึกษาเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มติดสังคม ภายหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อหาความต่างและแนวทางในการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่อไป
3. ควรศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มเติม
4. พัฒนารูปแบบ การรวมกลุ่มเพื่อเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมให้กับครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้บุคลากรทางด้านสุขภาพได้ให้คำแนะนำ เพื่อมั่นใจในการดูแลแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

References

- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress, *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Department of Older Persons. (2022). *Statistics of the Elderly, Thai Nationality and whose Names are in the Household Registration, December 2022*. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security. (in Thai)
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical Power Analysis Using G*Power 3.1: Test for Correlation and Regression Analyses. *Behav Res Methods*, 41, 1149-1160.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health Promotion Planning: an Education Approach*. (3rd ed.) Toronto: Mayfield Publishing Company.
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2010). *Multivariate Data Analysis*. 7th ed. New Jersey: Pearson Education.
- House, J. S. (1987). Social Support and Social Structure. *Sociological Forum*, 2(1), 135-146.
- Intarasombat, P., Monkong, S., Churaitatsanee, S., Vongterapak, S., Prasanaikom, W., Pronsawatchai, P., et al. (2013). Comprehensive Care of Hospitalized Older Adults: Transitional Care from Hospital to Home. *Ramathibodi Nursing Journal*, 19(2), 194-205. (in Thai)
- Jiravaranon, S., & Praditpornsilp, K. (2020). "Roles and Self-Care of Caregivers of the Elderly. In Kuankid, P., Kaoien, P., Rattanametanon, P., Manaswanit, P., Petchlorlian, A., & Praditpornsilp, K." *Elderly Care for Caregivers*. (pp. 63-68). Bangkok: Pimdee. (in Thai)



- Kalampakorn, S. (2011). *Application of concepts and theories of health promotion and disease prevention in the community*. In A. Powwattana, S. Kalampakorn, S. Lagampan & K. Amnatsatsue. (Eds.), *Health Promotion and Disease Prevention in the Community: Application of Concepts and Theories into Practice*. Khon Kaen: Klangnanavittaya Press Limited Partnership. (in Thai)
- Kanyakan, K., Kosalvit, T., & Bunyanirawat, N. (2019). Integrated Community-Based Long Term Care Model Using Community Participation for Dependent Elders at Dongbang Promoting Hospital in Mueang District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Humanities & Social Sciences (JHUSOC)*, 17(1), 1-19. (in Thai)
- Kasemkitwattana, S., & Pison, P. (2014). Chronic Patients' Family Caregivers: A Risk Group That Must Not Be Overlooked. *Thai Journal of Nursing Council*, 29(4), 22-31.
- Khatta, N., Hanprasitkam, K., & Siripitayakunkit, A. (2018). Relationships among Selected Factors, Caregiving Burden, and Quality of Life of Caregivers of Persons Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *The journal of Baromrajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 24(2), 108-129. (in Thai)
- Klinsuwan, R., Wathayu, N., & Suwonnaroop, N. (2017). Factors Predicting Quality of Life in Family Caregivers among Patients Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 29(1), 51-66. (in Thai)
- Kumsuchat, S. (2017). Health Problems and Health Care Needs among Thai Elderly: Policy Recommendations. *Journal of Health Science*, 26(6), 1156-1164. (in Thai)
- Leelapattana, W., & Hathirat, S. (2019). *Working with Caregiver Burnout*. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Retrieved December 17, 2022 from https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/th/article/postgrad/writer23/article_4?fbclid=IwAR2qzcKjs3MH9b8dFEL1aUKZJTgTlUliO_mm0LMCEM2i0C79ic0U4kus. (in Thai)
- Mahatnirunkul, S., Tuntipiwathanasakul, W., Pumpaisalchai, W., Wongsuwan, K., & Pornmanarungkul, R. (1997). *Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 item)*. Chiang Mai: Suanprung Psychiatric Hospital, Department of Mental Health Ministry of Public Health. Retrieved March 3, 2021 from <https://dmh.go.th/test/whoqol/>. (in Thai)
- May, S. B., Monkong, S., Leelacharas, S., & Satitvipawee, P. (2022). Factors Explaining Quality of Life among Family Caregivers of People with Stroke in Myanmar: A Cross-sectional Study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 26(2), 355-369.
- Ministry of Public Health. (2022). *Endermic Approach to COVID-19*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Nampan, J., Auemaneekul, N., & Kalampakorn, S. (2020). Factors Influencing Job Performance Among Trained Caregiver for Caring Dependent Elderly in Bangkok. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(3), 41-52. (in Thai)
- Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. (6th ed.). St. Louis; MO: Mosby Year Book.



- Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of life as a Cancer Nursing Outcome Variable. *ANS Adv Nurs Sci*, 8(1), 45-60.
- Pinijsuwan, N., Sucamvang, K., & Nanasilp, P. (2018). Factors Predicting Quality of Life among Caregivers of Older Persons with Dementia. *Nursing Journal*, 45(2), 1-13. (in Thai)
- Pinyopornpanit, B. (2019). *The National Public Health Reforms and the Challenges of Primary Care Service Systems*. Department of Disease Control: Ministry of Public Health, Nonthaburi. (in Thai)
- Prasartkul, P. (2017). *Situation of the Thai Elderly 2016*. Nakornpathom: Nstitute for Population and Social Research and Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). (in Thai)
- Purimat, C., Nanthamongkolchai, S., Munsawaengsub, C., Pitikultang, S., & Yodmai, K. (2019). Factor Influencing Quality of Life among Caregivers of Dependent Elderly Persons in Chanthaburi Province. *Journal of Health Science*, 28(4), 610-619. (in Thai)
- Robrujen, S. (2017). Development of the Elderly Care Model for Elderly Caregivers, Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 9(3), 57-69. (in Thai)
- Samerchua, W., Pharatpariyad, Singmanee, C., & Suksatit, B. (2019). Factors Related to Quality of Life among Caregivers of Dependent Elderly People, Mueang Phayao District, Phayao Province. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*, 7(1), 159-179. (in Thai)
- Sararuk, M., Nganchamung, T., & Krasuaythong, N. (2020). Health Status and Health Behaviors among Elderly in Kham Kwang Sub-district, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. *Srinagarind Medical Journal*, 35(3), 304-310. (in Thai)
- Schaefer, C., Coyne, J., & Lanzarus, R. (1981). The Health-Related Function of Social Support. *J Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
- Slusarska, B., Bartoszek, A., Kocka, K., Deluga, A., Chrzan-Rodak, A., & Nowicki, G. (2019). Quality of Life Predictors in Informal Caregivers of Seniors with a Functional Performance Deficit - an Example of Home Care in Poland. *Clin Interv Aging*, 17(14), 889-903.
- Sudnongbua, S. (2021). *Caring for the Elderly: Situation and Quality of Life*. Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Tangwong, S., chatkaew, K., & Chatkaew, K., & Yampeng, K. (2016). Caregiving Burden and Quality of Life amongst Caregivers of the Elderly in Nakhon Pathom Province. *Christian University of Thailand Journal*, 22(3), 352-365. (in Thai)
- Thaveegasikum, Y., & Sritarapipat, P. (2014). Factors Related to Quality of Life among Thai Caregivers of the Chronic Disease Patients with Dependency in Manorom District, Chainat Pronince. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 24(3), 104-118. (in Thai)



- Toonsiri, C., Sunsern, R., & Lawang, W. (2011). Development of the Burden Interview for Caregivers of Patients with Chronic Illness. *Journal of Nursing and Education*, 4(1), 62-75. (in Thai)
- Trumikaborworn, S., Kritsanajutha, S., & Srisupan, P. (2018). *Isaan Culture and Elderly Health Care*. Ubonratchathani: Ubonratchathani University. (in Thai)
- United Nation. (2017). *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. Retrieved February 28, 2023 from https://reliefweb.int/report/world/world-population-prospects-2022-summary-results?gclid=EALalQobChMlgsiRrem3_QIVygorCh0B7gy3EAAYASAAEgKRb_D_BwE
- Vorapongsathorn S. (2015). *Research in Health Education*. Bangkok: Vitoon Binding & Printing. (in Thai)
- Yang, X., Hao, Y., George, S. M., & Wang, L. (2012). Factors Associated with Health-Related Quality of Life among Chinese Caregivers of the Older Adults Living in The Community: A Cross-Sectional Study. *Health Quality Life Outcomes*, 10, 143-154.
- Yoosamran, K., Chanaphant, S., & Keankarn, P. (2022). Stress and Stress-coping of Caregivers for Dependent Older Adults, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(1), 1-16. (in Thai)

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารการพยาบาลและการศึกษา

กองบรรณาธิการ วารสารการพยาบาลและการศึกษา ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการสอน การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเผยแพร่ผ่านระบบออนไลน์ ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร ฯ

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และ ลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
3. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง, ซ้าย-ขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า **(ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า**
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 (หนา) อยู่อันดับชื่อเรื่อง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์ และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้าต่อบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)
7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)
8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า



3 ซม. หัวข้อย่อย่อถัดมาให้อยู่หน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

1.
- 1.1
- 1.1.1
- 1.1.1.1
- 1)
- 1.1)
-

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตารางและระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ เว้นบรรทัดเหนือชื่อตาราง และเหนือรูปภาพ 1 บรรทัด และเว้นใต้ตาราง และใต้ชื่อภาพ 1 บรรทัด และจัดเรียงตามลำดับหรือหมายเลขที่อ้างถึงในบทความ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาใต้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- References

บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- References

12. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ
- Abstract
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ)
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- References

บทความวิชาการ (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Content (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ)
- Conclusion
- Suggestion
- References

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 5th Edition โดย ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://www.wooster.edu/psychology/apa-crib.html>.

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม- ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Nawsuwan, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, & Singsri, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, Singsri, Singhasem, Suwannaraj, Janpes et al, 2015)

การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม-ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษเช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”...

“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิด และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan (2017)

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.” สำหรับบทความหนังสือหรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in thai) ดังตัวอย่าง

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing*, Songkhla. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N., & Hyun, H. H. (2012). *How to Design and Evaluate Research in Education*. (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

2. ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Heath Workforce Development. (2013) *Collection of Academic Performance in Humanized Service Mind*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

3. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). “Information and Documentation. In Potter, A. P., Perry, G. A., Stockert, A. P. & Hall, A.” Basic Nursing Challenge. (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

4. การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Heubecke, E. (2008). *The New Face of Nursing: Expanding Patient Advocacy with Leadership, Creativity, and Vision*. Johns Hopkins Nursing Magazine. Retrieved November 3, 2013 from <https://magazine.nursing.jhu.edu/>.

5. การอ้างอิงจากวารสาร

Sheiham, A. (2006). Dental Caries Affects Body Weight, Growth and Quality of Life in Pre-School Children. *British Dental Journal*, 201(10), 625-626.

6. วิทยานิพนธ์

Nawsuwan, K. (2015). *Indicators Development of Nursing Students's Identities in Nursing Colleges, Ministry of Public Health*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Doctor of Education Degree in Educational Administration Faculty of Education and Liberal Arts, Hatyai University. (in Thai).

การส่งบทความ

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่ วารสารพยาบาลและการศึกษา ผ่านเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/> หรือ <https://www.tci-thaijo.org/> โดยระบุชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรของผู้นิพนธ์ **ผู้ติดต่อหลัก (Corresponding)** เพื่อวารสารฯ ติดต่อกลับ

วารสารพยาบาลและการศึกษา มีกำหนดออก 4 ฉบับต่อปี คือ

- | | |
|-----------------|-------------------|
| ฉบับที่ 1 เดือน | มกราคม - มีนาคม |
| ฉบับที่ 2 เดือน | เมษายน - มิถุนายน |
| ฉบับที่ 3 เดือน | กรกฎาคม - กันยายน |
| ฉบับที่ 4 เดือน | ตุลาคม - ธันวาคม |

รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ หรือปริญญาานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อนจึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ **หากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น**



เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการเครือข่าย วิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ และวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหา บทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 ท่านขึ้นไป ต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) จะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารการพยาบาลและการศึกษา ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 2 ท่าน หรือ 3 ท่าน (ตามประสงค์ที่ท่านเลือกจำนวนผู้ทรงฯ) จึงจะได้รับการตีพิมพ์ **หากผู้ทรงคุณวุฒิท่านใดท่านหนึ่งปฏิเสธการตีพิมพ์ (Reject) ถือว่าบทความนั้นปฏิเสธการตีพิมพ์**

3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด

4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับบทความมายังวารสารการพยาบาลและการศึกษา ด้วยระบบออนไลน์

5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสม และความคิดเห็นของผู้เขียน

Template บทความวิจัย

3.17 ซม.

2.54 ซม.

2.54 ซม.

บทความใช้รูปแบบ front TH SarabunPSK ^{ทั้งบทความ}

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น นายดี มีดี^{1*} และ นางสาวสุข มีสุข² ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานนายดี^{1*}, สถานที่ทำงานนางสาวสุข² ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น

—————> การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข, บุคลากร

ย่อหน้า 1.75 ซม.

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:..... เบอร์โทรศัพท์ xxx-xxxxxxx) (ขนาด 12 ไม่หนา)

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หนา)

2.54 ซม.



เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น Happiness Organization Development, Personnel (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญ ภาษาไทย)

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

วัตถุประสงค์วิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

สมมติฐาน (ถ้ามี) (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



ภาพ 1 (หนา)(ชื่อภาพไม่หนา)..... ขนาด 15

(enter ขนาด 15)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

.....
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

การวิเคราะห์ข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

(enter ขนาด 15)

จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

(enter ขนาด 15)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

1. ข้อมูลทั่วไป

(enter ขนาด 15)



ตาราง 1ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 15 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หน้า)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หน้า)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	X	x
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	X	x

ที่มา: (ถ้ามี)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

(enter ขนาด 15)

ตาราง 2ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 15 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หน้า)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หน้า)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
สมรรถนะการพยาบาล		
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

อธิบายตาราง (เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....
.....

(enter ขนาด 15)

อภิปรายผล (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....
.....

(enter ขนาด 15)

การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....
.....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....
.....

(enter ขนาด 15)



References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ และการอ้างอิงต้องมีใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

สามารถศึกษาการอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น

Template บทความวิชาการ

3.17 ซม.

2.54 ซม.

2.54 ซม.

บทความใช้รูปแบบ front TH SarabunPSK **ทั้งบทความ**

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น นายดี มีดี^{1*} และ นางสาวสุข มีสุข² ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานนายดี^{1*}, สถานที่ทำงานนางสาวสุข² ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:..... เบอร์โทรศัพท์ xxx-xxxxxxx) (ขนาด 12 ไม่หนา)

2.54 ซม.

ย่อหน้า 1.75 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

[illegible]

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น Happiness Organization Development, Personnel (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญ ภาษาไทย)

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

(enter ขนาด 15)

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า) (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่องานนำเสนอตามลำดับ)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

(enter ขนาด 15)

สรุป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ มีใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

สามารถศึกษาการอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น