



สถาบันพระบรมราชชนก
Praboromarajchanok Institute

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

วารสารการพยาบาล และการศึกษา

Journal of Nursing and Education

ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม - กันยายน 2567)



สถาบันพระบรมราชชนก
Praboromarajchanok Institute

JNAE



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



วารสารพยาบาลและการศึกษา
Journal of Nursing and Education
ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2567

วัตถุประสงค์

วารสารพยาบาลและการศึกษา เป็นวารสารในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ที่อยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ด้านการพยาบาลสาขาต่าง ๆ ด้านการผดุงครรภ์ ด้านการศึกษาพยาบาล ตลอดจนด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการของพยาบาล อาจารย์พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ
3. เสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาและองค์กรทางสุขภาพทั่วประเทศ

สำนักงาน

อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อาคาร 4 ชั้น 7 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

E-mail: nursing2551@gmail.com



วารสารการพยาบาลและการศึกษา

Journal of Nursing and Education

ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2567

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร ศาสตราจารย์ พญ.วนิดา ชื่นกองแก้ว	ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี สรรเสริญ รองศาสตราจารย์ ดร.วัน เดชพิชัย รองศาสตราจารย์ ดร.สุลี ทองวิเชียร รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิกันต์ กาละ รองศาสตราจารย์ ดร.กันตพร ยอดไชย รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยมะล รองศาสตราจารย์ ดร.ทยาตา รัตนภิญโญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวั ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาญจน์ คงสุวรรณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมลวรรณ วีระธรรมโม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภกิจ เจริญสุข ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง คณะศึกษาศาสตร์และศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงคินทร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสมเด็จพระเจ้าพระยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา
บรรณาธิการ		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา	อาจารย์ ดร.นภา สิงห์วีระธรรม อาจารย์ ดร.กัลลารงค์ วงศ์พิทักษ์ อาจารย์ ดร.อมาวาสี อัมพันธ์ศิริรัตน์ อาจารย์ ดร.ชุติมา เพ็งใหญ่ อาจารย์ ดร.เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ อาจารย์ ดร.คาราวรรณ ร่องเมือง Mr.Patrick Wauters	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา นักวิชาการอิสระ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุราษฎร์ธานี นักวิชาการอิสระ (English Language Editor)
ผู้ช่วยบรรณาธิการ		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุราษฎร์ธานี		
กองจัดการ		
อาจารย์ ดร.บุญประจักษ์ จันทรวิน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นครศรีธรรมราช ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปฐมาภา โชติบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา		
กำหนดออก		
ปีละ 4 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม		
เจ้าของ		
สถาบันพระบรมราชชนก		



บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีผู้อ่านทุกท่าน

วารสารการพยาบาลและการศึกษา ภายใต้หน่วยงานสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานอีกครั้งโดยมีการปรับเปลี่ยนบรรณาธิการกองบรรณาธิการ รูปแบบของวารสาร ตลอดจนกระบวนการทำงานเพื่อให้เกิดคุณภาพของวารสารมากขึ้น สามารถรองรับความต้องการในการตีพิมพ์จากบทความที่มีคุณภาพ

วารสารฯ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม - กันยายน พ.ศ. 2567) ฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิจัยทั้งหมด 7 เรื่องซึ่งมาจากผู้นิพนธ์หลากหลายหน่วยงานทั้งในและนอกสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ทางบรรณาธิการและกองบรรณาธิการวารสารมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาวารสารให้คุณภาพทั้งในแง่ขององค์ความรู้ใหม่ ระเบียบวิธีการวิจัย ตลอดจนความเข้มข้นของเนื้อหาเพื่อเป็นแหล่งสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับสาขาการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพต่อไป

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ)

บรรณาธิการ

วารสารการพยาบาลและการศึกษา



สารบัญ

บทความวิชาการ :

การส่งเสริมการสื่อสารเชิงรุกระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อลดผลกระทบต่อผู้ป่วย พยาบาล และองค์กร.....	1
<i>Promoting Proactive Communication between Nurses and Patients to Reduce the Impacts on Patients, Nurses and the Organizations</i>	
มณีนรีตัน ภาควชิป, ปานตา อภริภักษณภานนท	

บทความวิจัย :

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป้นมะเร็งระยะลุกลาม.....	12
<i>Persons with Advanced Cancer: A Study on Relationships between Psychological Distress and Mental Health Literacy Mental Health Literacy and Psychological Distress among Persons with Advanced Cancer</i>	
ณชนนท วนนศร้งสรรรค์, ขวัญพนมพร ธรรมไทย, สมบัติ สกุลพรรณ	
ประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยฤชิตัดตนต่อสมรรถภาพทางกาย ระดับน้ำตาล ในเลือด และพฤติกรรมกาออกกำลังกายของผู้สูงอายุนที่มีโรคเรื้อรังในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา ของจังหวัดสระแก้ว ประเทศไทย.....	26
<i>The Effectiveness of a Thai Hermit Traditional Exercise Program on Body Composition, Blood Glucose Level, and Exercise Behavior among Elderly with Chronic Diseases in the Thai-Cambodian Border Area of Sa Kaeo Province, Thailand</i>	
ปณณทต ตันธณปัญญากกร, นลพรรณ ชันตักุลานนท, ชนินันท ประเสริฐไทย, สุกธิกาญจน มุงขุนทด, นภัสสรุณ ฤกษ์เรืองฤทธิ	
ผลของการใช้แอปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสาน ต่อน้ำหนักที่ เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ และน้ำหนักทารกแรกเกิด.....	39
<i>Effects of Nutritional Promoting Mobile Application for Pregnant Women: Isan Food on Gestational Weight Gain and Infant Birth Weight</i>	
ดารุณนีย สวัสดิ์โชตต์, ทศนัวรรณ สุนันต๊ะ	
การศึกษาประสิทธิผลของการจัดการศึกษาบุคลากรสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมในหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต.....	53
<i>A Study of the Effectiveness of Community Participation in Health Personnel Education in the Bachelor of Nursing Science Program</i>	
สุริยา พองเกิด, เนตรนภา กาบมณี	



สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
การมีกิจกรรมทางกาย และดัชนีมวลกายของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีภาวะอ้วน.....67

*The Effectiveness of Using Video Media Combined with Online Health
Counseling on Food Consumption Behavior, Physical Activity, and Body Mass
Index of Early adult Women with Obesity*

เสาวฤทธิ์ ช่วยยก, กมลชนก ทองเอียด, จีรภา กาญจนโกเมศ, จีรภา เสถียรพงศ์ประภา,
ทิพากร บุญรัตน์

ผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อการตระหนักรู้ในตนเองและความสุขในการเรียนรู้
ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ในการฝึกปฏิบัติวิชาการพยาบาลมารดาทารก

และการผดุงครรภ์ 1..... 79

*The Effectiveness of a Contemplative Education Program on Self-awareness
and Happiness in Learning of Third Year Nursing Students in Maternal and
Newborn Nursing and Midwifery Practicum*

เบญจวรรณ จันทร์ชิว, ชุติกาญจน์ แซ่ตัน, ศศิธร คำพันธ์

การส่งเสริมการสื่อสารเชิงรุกระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อลดผลกระทบ
ต่อผู้ป่วย พยาบาลและองค์กร

Promoting Proactive Communication between Nurses and Patients to Reduce the
Impacts on Patients, Nurses and the Organizations

มนีรัตน์ ภาครูป^{1*}, ปานตา อภิรักษ์นภานนท์¹
Maneerat Phaktoop^{1*}, Panta Apiraknapanon¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹Faculty of Nursing Saint Louise College

(Receive: September 26, 2023; Revised: March 30, 2024; Accepted: April 11, 2024)

บทคัดย่อ

การสื่อสารเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติงานของพยาบาล การสื่อสารที่ไม่เหมาะสมจะก่อให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติงาน แต่การวางแผนการสื่อสารในเชิงรุกจะทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ เข้าใจง่าย และตรงประเด็น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพ และผู้บริหารทางการพยาบาล ให้ความสำคัญและตระหนักถึงเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรส่วนใหญ่ขององค์กรสุขภาพ และเป็นผู้ที่พบปะ ใกล้ชิดในการดูแลผู้ป่วย จึงมีโอกาสดังกล่าวในการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ ผลของการขัดแย้งนั้น นอกจากจะทำให้เกิดผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยแล้วยังมีผลต่อตัวพยาบาลและองค์กรอีกด้วย สาเหตุของการเกิดความขัดแย้งในการสื่อสารนั้น แบ่งออกเป็น 3 หัวข้อใหญ่คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยและพยาบาล 2) สภาพสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล และ 3) การบริหารจัดการภายในองค์กร การแก้ไขข้อขัดแย้งในการสื่อสารนั้น ทำได้โดยการพัฒนาศักยภาพการสื่อสารของพยาบาล การบริหารจัดการองค์กรและการบริหารสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: วิชาชีพพยาบาล การสื่อสาร ความขัดแย้ง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: maneerat@slc.ac.th)

Abstract

Communication is an important tool in nursing's performance. Improper communication will cause problems. But proactive communication planning will make communication effective, easy to understand. This article aims to encourage professional nurses and administration nurses to give importance to, and to be aware of using proactive communication with patients. Since the nurses are the majority of personnel in health organizations, caring for patients, being close to them, there are more chances of having a conflictual communication with them. The impacts of a communication conflict will not only affect the safety of patients, but also the nurses, and the entire organizations. The causes of conflict are divided into 3 main topics: 1) personal factors of patients and nurses, 2) environmental factors in the hospital, and 3) management within the organization. To resolve the impacts of communication conflicts, it is important to develop proactive communication skills among the nurses, and also the management of organizations, as well as to setting up better environment in hospitals.

Keywords: Nursing Professional, Communication, Conflict

บทนำ

การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย กล่าวได้ว่าเป็นพื้นฐานของการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างความไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีต่อพยาบาล และทำให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลได้ง่ายและสะดวกขึ้น จากการศึกษาของ Afriyie (2020) ที่พบว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของพยาบาลจะส่งเสริมคุณภาพการพยาบาล ให้ผลลัพธ์เชิงบวกของต่อตัวผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วย แต่เนื่องจากความซับซ้อนของระบบบริการสุขภาพ จึงเป็นเรื่องยากที่พยาบาลทุกคนจะประสบความสำเร็จหรือเชี่ยวชาญในการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติที่มีภูมิหลังทางการศึกษา วัฒนธรรมและสังคมที่แตกต่างกัน ผลก็คืออาจทำให้เกิดปัญหาในการแลกเปลี่ยนข้อมูลทั้งการส่งข่าวสารและการรับข่าวสาร ทั้งการพูด การเขียน หรือการใช้สื่ออื่นใดที่ชัดเจน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แน่แน่นอนว่าในการประกอบวิชาชีพพยาบาลนั้น คงไม่มีพยาบาลคนใดที่ตั้งใจจะสื่อสารสิ่งที่ไม่ดีออกมา แต่ทั้งนี้ก็จะพบได้ว่า มีอุปสรรคเกิดขึ้นมากมายในระหว่างการสื่อสารในแต่ละวัน ดังนั้นการที่พยาบาลจะทำงานในบทบาท หน้าที่ให้ประสบความสำเร็จได้เป็นอย่างดีนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องรู้ว่าปัญหาการสื่อสารนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร ในขณะเดียวกันก็ต้องเรียนรู้ถึงทักษะในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งจากการสื่อสารที่เกิดขึ้นร่วมด้วย จึงจะทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพ วัตถุประสงค์ของบทความนี้เขียนขึ้นเพื่อกล่าวถึงเรื่องความขัดแย้งในการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ก็เพื่อกระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพ และผู้บริหารทางการพยาบาลให้ความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วย

ความหมายของความขัดแย้งในการสื่อสาร

ความขัดแย้ง ถูกมองว่าเป็นเรื่องการต่อสู้แย่งชิงอำนาจกัน โดยบุคคลหนึ่งมีเจตนาที่จะต่อต้าน คุณคาม หรือกำจัดคู่แข่ง โดยมีผู้ให้ความหมายของความขัดแย้งดังนี้ Jambrek et al (Jambrek, 2008 as cited in Obied & Sayed Ahmed , 2016) กล่าวว่า การขัดแย้งเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลที่ต้องเผชิญหน้ากัน และทำให้อีกฝ่ายหนึ่งไม่บรรลุวัตถุประสงค์ รวมถึงการต่อสู้เพื่อรักษาทรัพยากร อำนาจ และสิทธิพิเศษอื่น ๆ ในขณะที่ Diez et al. (Diea et al, 2006 as cited in Obied & Sayed Ahmed , 2016) กล่าวว่า ความขัดแย้งเป็นการต่อสู้หรือการแข่งขันระหว่างบุคคล ที่มีความคิด ความเชื่อ ค่านิยมและเป้าหมายที่แตกต่างกัน ส่วน Marquis & Huston (Marquis & Huston, 2012 as cited in Alshehry, 2022) กล่าวว่า ความขัดแย้ง เป็นผลที่เกิดมาจากบุคคลที่มี

ความแตกต่างกันในเรื่อง มุมมอง เป้าหมาย วัตถุประสงค์ ความคิด ทักษะ และความเชื่อ โดยมุมมองเกี่ยวกับเรื่อง ความขัดแย้งนั้น มี 2 มุมมอง กล่าวคือ 1) การมองความขัดแย้ง ว่ามีความหมายในเชิงลบ จึงเป็นความขัดแย้งที่ควรหลีกเลี่ยง เพราะจะทำให้ระบบการทำงานหยุดชะงัก เกิดความไม่ไว้วางใจ เป็นปรปักษ์ต่อกัน และทำลายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2) การมองความขัดแย้งว่าเป็นเรื่องปกติของความสัมพันธ์มนุษย์และเป็นส่วนหนึ่งในชีวิต เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ไม่มีใครที่เติบโตมาโดยไม่มี ความขัดแย้ง แต่คนที่สามารถจัดการและเอาชนะความขัดแย้งได้ จะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลแข็งแกร่งขึ้น ทำให้คนค้นพบจุดร่วมกัน ได้เรียนรู้บุคคลอื่น ได้ฝึกฝนทักษะ การสื่อสาร สามารถเสริมสร้างการจัดการอารมณ์ของตนเองได้ และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ เป็นแรงผลักดันในการพัฒนา แต่ถ้าปล่อยความขัดแย้งนั้นไว้ไม่แก้ไข จะทำให้เหตุการณ์ลุกลามต่อจนไม่สามารถแก้ไขได้ และทำให้เกิดความสูญเสียเกิดขึ้น

ส่วนเรื่องการสื่อสาร (Communication) คือ กระบวนการส่งข่าวสาร ข้อมูล จากผู้ส่งข่าวสารไปยังผู้รับข่าวสาร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อชักจูงให้ผู้รับข่าวสารมีปฏิกิริยาตอบสนองกลับมา ตามที่ผู้ส่งสารต้องการ การสื่อสารจึงเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลรูปแบบหนึ่ง ที่จะทำให้เกิดความขัดแย้งเกิดขึ้นได้ ซึ่งถือว่าเป็นความขัดแย้งระหว่างบุคคล (Interpersonal Conflict) ที่มีเป้าหมาย หรือมีมุมมองต่างกัน และแสดงผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมออกมา ทั้งทางวาจาและอวัจนภาษา ทั้งทางตรงและทางอ้อม ตั้งแต่การมองเห็นไม่ชัดเจน จนถึงการระเบิดที่รุนแรง เช่น การแสดงออกทางวาจา พูดสิ่งที่ทำให้ไม่พอใจ พูดด้วยน้ำเสียงรุนแรง การสื่อสารเชิงป้องกัน การวิพากษ์วิจารณ์ การทำสิ่งที่น่ารังเกียจ การกระทำที่ไม่สอดคล้องกับสิ่งที่บุคคลหรือฝ่ายตรงข้ามต้องการหรือคาดหวัง การกระทำเชิงสัญลักษณ์ การแสดงออกเชิงลบระหว่างบุคคลที่กระตุ้นให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พอใจ หรือแม้แต่การกระทำที่เป็นการทำร้ายและความรุนแรงสื่อแสดงว่าพยายาพ และการแสดงออกด้วยสายตาและท่าทางที่หยาบคาย

ผลของการขัดแย้งในการสื่อสารระหว่างพยาบาลต่อผู้ป่วย

ความขัดแย้งในการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยนั้น ในขั้นต้นจะทำให้เกิดการไม่ยอมรับซึ่งกันและกัน ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อผู้ป่วย พยาบาล และองค์กร จากการศึกษาในประเทศซาอุดีอาระเบีย ในกลุ่มพยาบาลจำนวน 320 คน พบว่าความขัดแย้งในการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Alshehry, 2022) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศอินโดนีเซียในกลุ่มพยาบาลจำนวน 51 คน พบว่าการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกลดภัยของผู้ป่วย ($r = 0.338$) (Noviyanti, Ahsan, & Sudartya, 2021) ทั้งนี้เพราะการสื่อสารนั้นเป็นพื้นฐานในการสร้างความสัมพันธ์ในการสร้างความไว้วางใจของผู้ป่วยต่อพยาบาล เพิ่มความพึงพอใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับ ปฏิบัติตาม ให้ความร่วมมือ รับผิดชอบต่อคุณภาพและผลลัพธ์การดูแล กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ผู้ป่วยจึงกล้าที่จะสื่อสารสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ บอกสิ่งที่คาดหวัง ถ่ายทอดความกลัว ความเจ็บปวด และอาการของโรคกับพยาบาล ทำให้พยาบาลสามารถซักประวัติ และข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล สร้างข้อตกลงเรื่องการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลความคิดเห็นระหว่างกัน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการดูแล ทำให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกต่อสุขภาพของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บป่วยเร็วขึ้น ทำให้ประหยัดต้นทุนในการดูแล ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจทั้งในเรื่องการดูแลของพยาบาล และระบบการรักษาพยาบาล (Afriyie, 2020) ส่วนผลทางด้านลบเมื่อเกิดปัญหาการสื่อสาร จะส่งผลกระทบต่อชีวิตการเป็นอยู่ของพยาบาล ทำให้เกิดความเครียด และมีโอกาสเกิดความผิดพลาดจากการทำงาน ที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Alshehry, 2022) นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่อบรรยากาศสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ที่นำไปสู่ความไม่พึงพอใจในงาน และบั่นทอนคุณภาพชีวิตของพยาบาล (Alshehry, 2022) ขณะเดียวกันก็อาจทำให้เกิดการร้องเรียนความไม่พอใจในพฤติกรรมสื่อสารที่ไม่สุภาพ เนื่องด้วยขาดการควบคุมอารมณ์ของตนเองเวลาโกรธ แสดงออกทางวาจาไม่สุภาพ และมีพฤติกรรมรุนแรง (Jirapaet, Uthis, & Chaleoykitti, 2020) ซึ่งผลกระทบนี้จะส่งต่อไปยังองค์กร ทำให้ขวัญและกำลังใจของทีมเสีย คะแนน

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลต่ำ ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในบริการทางการแพทย์ และอาจทำให้โรงพยาบาลสูญเสียโอกาสการแข่งขันทางการตลาด และการดำเนินโครงการที่มุ่งเน้นอนาคต (Alder, 2023)

เนื่องด้วยความขัดแย้งในการสื่อสารนั้นส่งผลกระทบต่อทั้งความปลอดภัยของผู้ป่วย พยาบาลและองค์กร ที่การจัดการกับความขัดแย้งได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญ แต่ประการแรกคือพยาบาลต้องรู้สาเหตุที่มาของความขัดแย้งในการสื่อสารก่อน

สาเหตุความขัดแย้งในการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

สาเหตุของของความขัดแย้งในการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเกิดขึ้นได้จาก หลายสาเหตุ ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยและพยาบาล

1.1 ความแตกต่างทางด้านบุคลิกภาพ การรับรู้ อายุ และระดับการศึกษา มีผลต่อการสื่อสาร คนที่เก็บตัว มีโอกาสที่จะสื่อสารได้ดีไม่เท่ากับคนที่ชอบพบปะผู้คน คนที่มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำจะมีความสามารถในการสื่อสารน้อย ทั้งนี้เนื่องจากมีความไวต่อสิ่งแวดล้อม มีความกลัว และไม่เต็มใจที่จะสื่อสาร ส่วนคนที่มีความสามารถในการสื่อสาร จะมีความมั่นใจในตนเอง มั่นใจในการดูแลสุขภาพ สามารถพูดคุยเกี่ยวกับข้อกังวลของตนเอง และสิ่งที่คาดหวัง (Afriyie, 2020) อายุจะเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้และระดับพัฒนาการของบุคคลที่สื่อสารด้วย เด็กจะมีความคิดด้านนามธรรมได้ไม่เท่ากับผู้ใหญ่ การรับฟังเรื่องราวถ้าไม่อธิบายให้ชัดเจนการรับรู้ข้อมูลจึงคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง (Parida, 2021)

1.2 อุปสรรคด้านภาษา ความแตกต่างทางภาษาระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ และทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยห่างเหิน เมื่อพยาบาลและผู้ป่วยไม่ได้ใช้ภาษาเดียวกัน พยาบาลจึงใช้เวลาสื่อสารกับผู้ป่วยน้อย รวมทั้งไม่สามารถซักประวัติและอาการของโรคได้ละเอียด ทำให้พยาบาลไม่เข้าใจปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย การพยาบาลและการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยจึงทำได้จำกัด ส่วนทางด้านผู้ป่วยอุปสรรคทางด้านภาษา ทำให้ไม่เข้าใจคำพูดและคำแนะนำของพยาบาล มีผลต่อความคับข้องใจ ความพึงพอใจ ทั้งต่อผู้ป่วยและพยาบาล และความปลอดภัยของผู้ป่วย (Gerchow, Burka, Miner & Squires, 2021) ส่วนในประเทศไทยพบว่าพยาบาลไทยที่ทำงานห้องฉุกเฉิน ห้องผ่าตัดและแผนกต่าง ๆ ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร มีอุปสรรคการใช้ภาษากับผู้ป่วยต่างชาติ โดยพยาบาลตระหนักว่าภาษาอังกฤษมีความสำคัญต่อตนเองและการทำงานในปัจจุบันที่ต้องใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยต่างชาติ โดยตอบว่าใช้ร้อยละ 94 และประเมินตนเองว่ามีความสามารถภาษาด้านการพูด การฟัง และการเขียนภาษาอังกฤษต่ำอยู่ในระดับต่ำ ส่วนความสามารถในการใช้ไวยากรณ์และการอ่านอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้นทั้ง 4 ด้าน (Theeartsana, 2017)

1.3 ความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ทำให้เกิดอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล คือทำให้เกิดความยากลำบากในการสร้างสัมพันธ์ภาพ ทั้งนี้เนื่องจากวัฒนธรรมต่างกันการรับรู้เรื่องสุขภาพก็จะแตกต่างกัน สิ่งที่ยอมรับได้ในสังคมหนึ่งอาจไม่เป็นที่ยอมรับของอีกสังคมหนึ่ง จึงทำให้เกิดความขัดแย้งได้ (Sibiya, 2023) ความหมายที่สื่อออกมาทั้งทางด้านภาษาพูดและภาษากายที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นการใช้สายตา การสบตา การสัมผัสทางกายระหว่างเพศ รวมถึง การจับมือ การกอด หรือการวางมือบนแขนหรือไหล่ นั้นเป็นข้อห้ามอย่างเคร่งครัดในบางวัฒนธรรม แต่บางวัฒนธรรมยอมรับได้ ด้วยเหตุผลนี้จึงทำให้การแปลความหมายของทั้ง 2 ฝ่ายแตกต่างกัน (Sibiya, 2023) และจากการศึกษาในประเทศอิหร่านในพยาบาล 70 คนและผู้ป่วย 50 คนที่เป็นคนท้องถิ่น พบว่าผู้ป่วยที่เป็นคนท้องถิ่นให้การยอมรับพยาบาลที่มีวัฒนธรรมแตกต่างจากตนเองน้อย (Bit-Lian, Bakar, & Saeidin, 2021) และพยาบาลที่ไม่เคารพความเชื่อของวัฒนธรรมของผู้ป่วย ยังคงให้การพยาบาลตามความเชื่อและวัฒนธรรมเดิมของตน นั้นขัดขวางการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ใกล้ชิดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (Bit-Lian, Bakar, & Saeidin, 2021)

1.4 การมีอคติต่อกัน ไม่ว่าจะเป็นอคติ ใน เรื่อง เพศ สีผิว เชื้อชาติ ศาสนา ฐานะทางเศรษฐกิจสังคม ระดับการศึกษา (Groves, Bunch, & Sabin, 2021) ความรู้สึกต่ออคติจะเกิดขึ้นได้ง่ายมาก ถ้าบุคคลนั้นอยู่ในช่วง

ภาวะที่มีความกดดันเหนื่อย ความจำกัดเวลาในการทำกิจกรรม การมีอคติจะเป็นอุปสรรคสำคัญในการสื่อสารที่จะทำให้พยาบาลรู้สึกไม่เต็มใจ ไม่อยากรับฟัง ถูกดูแคลนและไม่ยอมรับในบุคคลเหล่านี้ ซึ่งมักจะทำให้เกิดความล้มเหลวในกระบวนการสื่อสาร และส่งผลต่อการเลือกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย และ จากการศึกษางานวิจัยจำนวน 215 เรื่อง ตั้งแต่ปี 1981 - 2018 เกี่ยวกับเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการมีอคติของพยาบาลกับการปฏิบัติพยาบาล พบว่า ลำดับเรื่องที่พยาบาลมีอคติกับผู้ป่วยมากใน 5 ลำดับแรกได้แก่ เชื้อชาติ เพศ อายุ การได้รับการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคมุมนิคุ้มกันบกพร่อง (Human Immunodeficiency Virus : HIV) และการที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตหรือมีพฤติกรรมแสดงออกถึงการเป็นโรคจิต และจากรายงานนี้พบว่ามีเพียง 29 เรื่องที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างอคติของพยาบาลกับการปฏิบัติพยาบาลในทางลบ ได้แก่ การไม่ให้การพยาบาลตามวัฒนธรรมของผู้ป่วย การไม่สนับสนุนส่งเสริมการเป็นมารดาของผู้ป่วย และ การจัดการกับความปวด (Groves, Bunch, & Sabin, 2021) ในประเทศไทยพบว่า อคติของพยาบาลไทยต่อคนไข้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ที่มีเศรษฐกิจทางด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับต่ำ พยาบาลจึงให้เกียรติบุคคลกลุ่มนี้น้อย และมองว่าผู้ให้บริการกลุ่มนี้เป็นภาระเป็นความยุ่งยาก การสื่อสารของพยาบาลจึงไม่เหมาะสม ทั้งน้ำเสียง คำพูดและกริยาท่าทาง ที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ถึงการไม่ให้เกียรติศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น ถามผู้ป่วยที่มารับบริการว่า “คุณมีปัญหาอะไร” หรือ “อย่ามายุ่งหน้าเคาเตอร์นี้ให้ไปยืนหน้าห้องตรวจ...” ซึ่งผู้ป่วยให้ความเห็นว่าหน้าห้องตรวจมีคนจำนวนมาก และจำนวนผู้ป่วยล้น และทางโรงพยาบาล ก็ไม่มีการจัดสถานที่ให้ผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจ (Tantiwinyupong, 2022)

1.5 พฤติกรรมความลำบากใจของผู้ป่วยในเรื่องสุขภาพของตนเอง ที่รู้สึกว่าการเจ็บป่วยอยู่เหนือการควบคุมของตนเอง ผู้ป่วยจึงเกิดความคาดหวังและความต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลและสิ้นหวัง และถ้ายังมีประสบการณ์เชิงลบมาก่อนในการรักษาพยาบาล ยิ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความลี้เล็ดต่อความไว้วางใจ ซึ่งอาจแสดงออกเป็นความตึงเครียดและปฏิกิริยาเชิงลบต่อบุคลากรทางการแพทย์ในการพูดคุยเรื่องส่วนตัวต่อหน้าพยาบาลซึ่งเป็นคนแปลกหน้าอาจทำให้รู้สึกไม่สบายใจ การสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยจึงไม่ชัดเจน (Hardavella, Aamli-Gagnat, Frille, Saad, Niculescu, & Powell, 2017) และถ้าพยาบาลมีเทคนิคการสื่อสารที่ไม่ดี อาจทำให้พยาบาลเกิดความผิดพลาดในการตีความ

1.6 อาการและการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีความทุกข์ ความวิตกกังวล ความกลัว ความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้าอาจส่งผลต่อสมาธิและความสามารถในการฟังและการรับรู้ของบุคคลของบุคคล (Andriyanto, 2019) คนที่มีสุขภาพดีจะเข้าใจและตอบสนองได้ดีมากกว่าคนที่เจ็บปวดอย่างรุนแรง ส่วนผู้ป่วยที่ประสบปัญหาในการพูดและการได้ยิน เช่น โรคหลอดเลือดสมองหรือการบาดเจ็บที่สมอง อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าใจความยากลำบากในการสร้างคำพูดเพื่อทำให้เกิดเสียง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ จะเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นอาการการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และไม่แน่นอน และทำให้เกิดความเร่งด่วนในการรักษาพยาบาล อาจนำไปสู่การสื่อสารที่ไม่ได้วางแผนระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการที่นำไปสู่ความล้มเหลวในการสื่อสารได้ (Kraut, 2021; Sibiyi, 2023)

1.7 อุปสรรคจากพยาบาล

1.7.1 ขาดทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ

1) ขาดการรับฟังที่ดี ทั้งนี้ด้วยภาระงานที่มาก ทำให้พยาบาลไม่ค่อยฟังผู้ป่วยพูด ดังเช่นความเห็นจากงานวิจัยเชิงคุณภาพที่กล่าวว่า “ พยาบาลฟังผู้ป่วยน้อย ไม่ค่อยฟังผู้ป่วยมองแต่มุมตัวเอง มุ่งแต่ว่าภาระงานเยอะ เขาอ้าปากนิดเดียว เราก็บอกเขาแล้วว่าต้องทำอย่างนี้ ไปต่อตรงนี้...” จึงทำให้ไม่สามารถประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการได้ครอบคลุม (Tantiwinyupong, 2022)

2) ขาดทักษะการพูด พูดไม่ชัดเจน คือพูดสั้น พูดเร็ว พูดยาว พูดไม่ตรงประเด็น เลือกใช้คำพูดที่ไม่เป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการแต่กลับก่อให้เกิดโทษต่อพยาบาลเอง เช่น การใช้คำพูดถากถาง การพูดเหน็บแนมให้คนไข้เกิดความรู้สึกว่า โดนดูถูก และโกรธ ที่นำไปสู่การฟ้องร้อง (Tantiwinyupong, 2022)

3) ขาดทักษะ หรือไม่ระมัดระวัง การสื่อสารทางอวัจนภาษา เช่น การแสดงท่าทาง น้ำเสียง การใช้สายตา ซึ่งจากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวว่า “ พยาบาลที่นั้งอยู่เคาเตอร์ตะโกนบอก ผู้ใช้บริการ การใช้น้ำเสียงที่แรง ใช้สายตาถูกเหยียดหยาม พยาบาลที่มีบุคลิกภาพ วาจา สีหน้า ท่าทางแบบนี้ ต้องปรับปรุง...” (Tantiwinyupong, 2022)

1.7.2 ไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ในงานที่ทำ และไม่เห็นคุณค่าในวิชาชีพ ส่งผลให้พยาบาลนั้นขาดความกระตือรือร้น (Tantiwinyupong, 2022) ทำงานหรือใช้คำพูดเดิม ๆ ซ้ำๆ ทำงานไปเรื่อย ๆ รวมทั้งไม่มี ความตั้งใจที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยด้วย

1.7.3 ขาดการควบคุมอารมณ์ ส่วนใหญ่เกิดจากงานที่มาก และได้รับคำถามเดิมซ้ำ ๆ จึงทำให้ไม่ตอบ หรือตอบอย่างเสียไม่ได้ น้ำเสียงห้วน เมื่อถูกผู้ป่วยต่อว่าว่า “ พูดจาไม่ดี ถามอะไรก็ไม่บอก” และพยาบาลก็มีการตอบโต้ บางคนก็มีวาจาทำทนาย เช่น “ เชิญไปฟ้องเลย...” เป็นเหตุผลทำให้ผู้ใช้บริการที่ไม่ตั้งใจจะร้องเรียน เมื่อเจอคำ ทำทนายจึงร้องเรียน (Tantiwinyupong, 2022) และจากการศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดคำร้องเรียนการประพฤติดิจจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติหน้าที่ พบว่า มีพยาบาลประพฤติดิจจริยธรรม เรื่อง การจัดการอารมณ์ หรือ เซวรณ์อารมณ์ (Emotional -intelligence) ไม่เหมาะสม โดยเป็นผู้ที่ขาดการตระหนักรู้ และเข้าใจอารมณ์ ของตนเอง ขาดการรับฟังปัญหาอย่างตั้งใจ ขาดความเข้าใจในความคิดความต้องการ และอารมณ์ ของผู้รับบริการ/ผู้อื่น และจัดการกับ สถานการณ์ที่เผชิญไม่เหมาะสม ได้แก่ การมุ่งให้งานเสร็จ โดยให้ความปลอดภัย ของผู้ป่วยเป็นอันดับรอง เชื่อในสิ่งที่คาดเดามากกว่าการให้ความสำคัญในข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วย ญาติ และ/หรือ ผู้ร่วมงาน และไม่ให้อีกสผู้ป่วยได้มีส่วนร่วม ในกระบวนการดูแลที่จะได้รับ โดยร้อยละ 56 ของ เรื่องผู้ประพฤติดิจจริยธรรมในด้านมาตรฐานวิชาชีพ พฤติกรรมบริการ และความผิดต่อ ผู้ร่วมงาน/ผู้ร่วมวิชาชีพนั้น เกี่ยวข้องกับการ ควบคุมอารมณ์ของตนเองไม่ได้เวลาโกรธและแสดงออก ทางวาจาไม่สุภาพ และมีพฤติกรรมรุนแรง (Jirapaet, Uthis, & Chaleoykitti, 2020)

2. ปัจจัยจากสภาพแวดล้อมและการรักษาพยาบาล

2.1 สภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลที่มีเสียงอึกที่รบกวน อุปกรณ์หรือเสียงรบกวนจากสิ่งแวดล้อม ขัดขวางการสื่อสารที่ต้องหยุดชะงัก เช่น มีภาระงานอื่นแทรกเข้ามา มีเสียงดังรบกวน มีแสงสว่างไม่เพียงพอ หรือไม่มี ความเป็นส่วนตัว ทำให้ทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารขาดสมาธิ การสื่อสารจึงไม่มีประสิทธิภาพ เป็นอุปสรรคต่อ ความสามารถในการรับข้อมูลสำคัญ และการตีความที่ผิดไป และผู้ป่วยอาจไม่สนใจเรื่องที่สนทนา หรือเข้าใจเรื่องที่ สนทนาได้เพียงเล็กน้อย (Andriyanto, 2019)

2.2 การใช้ยา การใช้ยามีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อการสื่อสาร เช่น อาจทำให้ปากแห้งหรือน้ำลาย ไหลมากเกินไป คลื่นไส้ และอาเจียนบ่อย ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลต่อความสามารถและแรงจูงใจของบุคคลในการสนทนา หากผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยหรือกังวลว่าพวกเขาจะไม่สามารถพูดได้อย่างถูกต้องหรือควบคุมปากได้ ก็อาจไม่เต็มใจที่จะพูด ผู้ป่วยที่ได้รับยานอนหลับ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการง่วง ซึม เมื่อตื่นขึ้นมาแล้วอาจรู้สึกไม่สดชื่น การรับรู้เรื่องการสื่อสาร ก็ลดน้อยลง (Sibiya, 2023)

2.3 การให้บริการโดยไม่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แต่ยึดถือการให้บริการในมุมมองของพยาบาล โดยไม่ สนใจความต้องการของผู้ป่วยและญาติมุ่งแต่ทำงานในหน้าที่ให้เสร็จ ทำให้การสื่อสารนั้นไม่สามารถสนองความ ต้องการของผู้ใช้บริการได้ ดังเช่นคำกล่าวที่ว่า “ พยาบาลรู้แต่หน้าที่ว่าต้องดูแลคนไข้ ดูแลการเจ็บป่วย แต่ไม่ตระหนักว่า ต้องรู้ไปถึงใจ ไม่ได้มองคนไข้หรือญาติในมุมมองของเขา มองแต่มุมมองของตนเอง ไม่เอาใจเขามาใส่ใจเรา...” (Tantiwinyupong, 2022)

2.4 การให้ข้อมูลมากเกินไปแก่ผู้ป่วยและญาติมากเกินไป และให้ข้อมูลเร็วเกินไป ทั้งนี้เนื่องจากเกิดจาก สถานการณ์ตึงเครียดที่สุขภาพของผู้ป่วยถดถอยลงอย่างรวดเร็ว แม้ว่าข้อมูลทั้งหมดนี้เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ให้บริการต้องรู้ แต่หากขาดการจัดระบบหรือตรรกะในสิ่งที่พยาบาลพูด อาจทำให้ผู้รับบริการ เกิดความสับสน กังวลใจเพิ่ม เครียด และ อาจให้ความสนใจ กับประเด็นปลีกย่อยมากกว่าประเด็นหลัก ทำให้กระบวนการแก้ไขปัญหาไม่ราบรื่น สูญเสียความ

สนใจและไม่สนใจข้อกังวลของพยาบาล และทำให้ไม่เข้าใจปัญหาและความกังวลของผู้ป่วยอย่างถ่องแท้ (Ruensiri, 2012) และจากการศึกษาของ Tantiwinyupong (2022) พบว่าปัญหาการสื่อสารของพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ คือ พยาบาลพูดไม่ถูกกาลเทศะ จากการพยายามที่จะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมากเกินไป โดยไม่ได้ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยว่าอยู่ในภาวะเครียด และโกรธ ทำให้เกิดปัญหาจากการปะทะกัน

2.5 ภาระงานของพยาบาลที่มากเกินไป ทำให้มีเวลาในการสื่อสารกับผู้ป่วยน้อย ทำให้เกิดผลลบต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับคนไข้ (Andriyanto, 2019) เนื่องจากให้คุณค่าต่อการทำงานให้เสร็จทันเวลามากกว่าการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลต้องทำงานหลาย ๆ อย่างให้เสร็จในเวลาเดียวกัน ซึ่งเป็นงานที่ยากหรือซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรง หรือฉุกเฉิน หรือมีผู้ป่วยจำนวนมาก ความกดดันในเรื่องเวลาพยาบาลจึงมุ่งเน้นความสำเร็จของงานมากกว่าการสื่อสารกับคนไข้ จึงทำให้การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ ดังเช่นจากการศึกษาเชิงคุณภาพในโรงพยาบาลขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่าการที่มีคนไข้เข้ามาใช้บริการจำนวนมาก ทำให้พยาบาลต้องทำงานเร่งรีบ การพูดกับคนไข้ บางคนไม่พูดหรือพูดน้อย พูดสั้นไม่ลำดับขั้นตอนให้ละเอียด และลักษณะคำพูดที่พูดมักจะไม่สุภาพ ไม่ไพเราะ น้ำเสียงห้วน ดั่งและดุ จึงก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจแก่ผู้ฟัง ผู้ฟังรู้สึกหงุดหงิด เพราะข้อมูลที่ได้ไม่ตรงกับความต้องการและประโยชน์ที่เขาจะได้รับ สิ่งนี้อาจทำให้เกิดปัญหาเรื่องร้องเรียนจากผู้ป่วยและญาติตามมา (Tantiwinyupong, 2022)

2.6 การให้ข้อมูลของบุคลากรการแพทย์แต่ละบุคคลในเรื่องเดียวกันที่แตกต่างกัน อาจทำให้เกิดความสับสนแก่ผู้ป่วย เนื่องจากจากข้อมูลที่ให้นั้นขัดแย้งกัน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเบาหวานได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่สอดคล้องกันจะส่งผลเสียต่อผู้ป่วย เช่น การไม่รับประทานยา ทำให้เกิดวิตกกังวล สูญเสียความสามารถในการจัดการตนเอง เกิดความสับสนเกี่ยวกับความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล และบั่นทอนความมั่นใจของผู้ป่วย (Maneze, Weaver, Kovai, Salamonson, Astorga, Yogendran et al, 2019)

2.7 การสื่อสารที่ใช้ศัพท์เฉพาะทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย นั้นเป็นอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่ไม่เข้าใจคำศัพท์ที่ใช้ทางการแพทย์ การสนทนาโดยใช้คำศัพท์ทางการแพทย์มากเกินไป จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล และรับรู้ข้อมูลได้น้อย (Parida, 2021)

3. ปัญหาจากการบริหารและระบบในองค์กร (Tantiwinyupong, 2022)

3.1 องค์กรขาดการจัดระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและความสม่ำเสมอในการนำอุปกรณ์มาใช้ โดยพยาบาลขาดการวิเคราะห์ปัญหาและจัดระบบการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ เช่น การวางแผนการให้ข้อมูลเป็นขั้นตอนเพื่อลดการสอบถามข้อมูลที่ไม่จำเป็นจากบุคลากรพยาบาลในขณะปฏิบัติงาน กว้างขวางพอสมควร ที่คนจะรับฟังโดยมีตัวแปรแทรกน้อย เสียงไม่ดังรบกวนกัน เพื่อไม่ให้เกิดคำถามเดิมซ้ำๆ ที่จะทำให้เกิดปัญหาการสื่อสารตามมา ส่วนในกรณีที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี องค์กรยังไม่สามารถจัดระบบให้บุคลากรได้เข้าใจการใช้เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสาร และสามารถใช้อุปกรณ์นั้นได้อย่างทั่วถึง (Tantiwinyupong, 2022)

3.2 ขาดแนวปฏิบัติการให้ข้อมูลข่าวสาร และเนื้อหาสาระที่ชัดเจน ทำให้พยาบาลทุกคนไม่สามารถสื่อสารให้ผู้รับบริการได้เข้าใจเหมือนกันภายในเวลาที่จำกัด และเมื่อให้ข้อมูลแล้วยังขาดการติดตามผล เช่น การให้ข้อมูลในเรื่องเดียวกันที่ไม่เหมือนกัน การติดต่อทางไลน์เมื่อเลื่อนนัดก็ไม่มีผู้แจ้งผู้ป่วยเป็นต้น จึงส่งผลให้การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ และบางครั้งเกิดความสับสนเรื่องข่าวสารแก่ผู้รับ (Tantiwinyupong, 2022)

3.3 เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการสื่อสาร มีไม่เพียงพอ และไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ไมโครโฟน เสียงตามสาย ทีวี และอุปกรณ์สื่อสารยังมีจำกัดไม่เพียงพอ และประสิทธิภาพไม่เต็มร้อย เนื่องจากความไม่พร้อมและไม่สม่ำเสมอของอุปกรณ์ที่นำมาใช้ จึงทำให้การสื่อสารแก่ผู้ป่วยทำได้ไม่ดี ผู้รับบริการรอคอยการรับบริการอยู่ที่แผนกผู้ป่วยนอก ไม่ทราบว่สถานะของตนเองอยู่ขั้นตอนใดของการบริการ จึงทำให้เกิดความเครียด และแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อพยาบาลได้ (Tantiwinyupong, 2022)

การแก้ไขปัญหาความขัดแย้งในการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

เมื่อเกิดความขัดแย้งในการสื่อสารเกิดขึ้น การแก้ไขปัญหาความขัดแย้งจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ ๆ คือ การแก้ไขปัญหาความขัดแย้งเฉพาะหน้า และการป้องกันความขัดแย้ง มีดังต่อไปนี้

1. การแก้ไขปัญหาความขัดแย้งเฉพาะหน้าอย่างเร่งด่วน

เมื่อเกิดความขัดแย้งเกิดขึ้น สิ่งสำคัญที่สุดคือต้องระงับไม่ให้ความขัดแย้งดำเนินต่อไปจนไม่สามารถระงับได้ ผู้บริหารต้องไปยังจุดเกิดเหตุทันที เชิญคู่กรณีพูดคุยกันในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ตรวจสอบว่าเหตุการณ์ความขัดแย้งเกิดขึ้นได้อย่างไร โดยสอบถามจากคู่กรณีทั้ง 2 ฝ่าย และตรวจสอบความต้องการของผู้ป่วยที่เป็นลูกค้า และสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยเท่าที่สามารถทำได้ในขณะนั้นตามความเหมาะสม หลังจากนั้นจึงนำเหตุการณ์ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นมาใช้เป็นกรณีศึกษา เพื่อหาแนวทางการปรับปรุงการแก้ไขข้อขัดแย้งไม่ให้เกิดขึ้นต่อไป

2. การป้องกันความขัดแย้ง ทำได้โดยการพัฒนาบุคลากร และระบบดังต่อไปนี้

2.1 การพัฒนาบุคลากรพยาบาลในเรื่องการสื่อสาร ดังนี้

2.1.1 พัฒนาเรื่องการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ ลดอุปสรรคความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม และอคติที่มีต่อผู้ป่วย โดยทำความเข้าใจภูมิหลังทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยแต่ละราย เรียนรู้ภาษา ข้อปฏิบัติด้านศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ปรับทัศนคติไม่ให้มีอคติต่อผู้ป่วย และญาติ ด้วยการรู้เท่าทันจิตและความรู้สึกของเราเอง (Pancharoen, 2012) เมื่อแรกพบผู้ป่วยต้องทักทายผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นมิตร แนะนำตนเอง ให้ความเป็นกันเอง สุภาพให้เกียรติ จากนั้นต้องรักษาสัมพันธภาพให้คงอยู่ตลอดการดูแลผู้ป่วย

2.1.2 ฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ของตนเองเมื่ออยู่ในสถานการณ์เครียด วิตกกังวล ด้วยการใช้เหตุผล สถิติปัญหา ความมั่นคงทางจิตใจ เพื่อมาวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นถึงผลดี - ผลเสีย ที่เกิดขึ้นในระยะสั้นและระยะยาว และเลือกสิ่งที่ดีที่สุด เกิดผลเสียน้อยที่สุด นอกจากนั้นควรหาเวลาทำสมาธิฝึกสติเพื่อให้รู้ทันความคิดของตนเอง ฝึกการสร้างอารมณ์เชิงบวก ออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และนอนหลับให้เพียงพอ (Ruensiri, 2012)

2.1.3 ปรับวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วย ให้เหมาะกับบุคคลและสถานการณ์ ดังนี้

1) ฝึกทักษะการพูด พูดให้ชัดเจน พูดช้า ไม่เร่งรีบ พูดด้วยระดับเสียงที่เหมาะสม เพื่อให้ได้ยินอย่างชัดเจน ให้ใช้ภาษาที่เรียบง่าย สั้น กระชับ และ เข้าใจง่าย (Ruensiri, 2012; Pancharoen, 2012) พยายามหลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์เทคนิคทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยมากเกินไป และถ้าหากจำเป็นต้องใช้คำศัพท์ให้ตามด้วยคำอธิบายที่ชัดเจน

2) ฝึกทักษะการสื่อสารอวัจนภาษา เช่น การแสดงออกทางสีหน้า การสบตา ภาษากาย ท่าทาง และน้ำเสียง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ที่ใช้เป็นส่วนร่วมในการสนทนา ไม่แสดงท่าทีคุกคามผู้รับสาร และการสื่อสารอวัจนภาษานั้นต้องสอดคล้องกับการสื่อสารด้วยวาจา สถานการณ์ และต้องแสดงให้เห็นถึงว่าเข้าใจในความรู้สึกและอารมณ์ต่างๆ ของผู้ป่วย (Ruensiri, 2012)

3) พูดด้วยถ้อยคำสุภาพ นุ่มนวล ไพเราะ หน้าที่อย่าอึดอัด ไม่พูดพร่ำงอแง ไม่พูดกระแหนะกระแหน หรือพูดขยายความแล้วทำให้เกิดเรื่องที่ไม่พึงปรารถนา พูดในเวลาที่เหมาะสม รู้ว่าเวลาไหนควรพูด ไม่ควรพูด (Tantiwinyupong, 2022) และยึดหลักการสื่อสารที่เน้นผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง (Ruensiri, 2012)

4) ฝึกเทคนิค การทวนซ้ำ (Restating) สะท้อนความรู้สึก (Reflecting of Feeling/Reflection) โดยการพูดสะท้อนกลับในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด ซึ่งเป็นการสะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยินในสิ่งที่ตนพูดอีกครั้ง และเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยอธิบายรายละเอียดในสิ่งที่พูดเพิ่มเติม ฝึกเทคนิคสะท้อน ฝึกการใช้คำถามปลายเปิด (Open-Ended Question) เพื่อให้โอกาสผู้ป่วยได้ขยายความคิดเห็น และความรู้สึก (Rakkarn, 2023)

5) ฝึกทักษะการฟัง (Listening) ใช้เทคนิคความเงียบ (Silence) ขณะทำการสนทนา หรือการเป็นผู้ฟังที่ดี มีการพยักหน้าแต่อย่าขัดจังหวะผู้ป่วย เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รวบรวมความคิด ทบทวนสิ่งที่พูดไป

แล้ว และเตรียมคำพูดสำหรับสนทนาต่อไป และช่วยให้พยาบาลมีเวลาพิจารณาความรู้สึกของตนเอง รวมถึงเรื่องราวของผู้ป่วยและสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง (Rakkarn, 2023)

6) ฝึกทักษะการยอมรับความรู้สึกของผู้ป่วย (Acknowledging the Patient Felling) เป็นการแสดงให้เห็นผู้ป่วยทราบว่าพยาบาลเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วย และยอมรับให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเช่นนั้นได้ในขณะเดียวกันก็ช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจออกมา (Singkornard, 2023)

7) แก้ไขปัญหาการรับฟังข้อมูลของผู้ป่วยที่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากความเจ็บปวดและความเมื่อยล้า หรือการที่ได้รับยาที่ทำให้ง่วงนอนและสมาธิสั้นลง อารมณ์เสีย ทุกข์ใจ หรือตกใจ ด้วยการจัดลำดับความสำคัญของข้อมูลให้เป็นข้อความสั้นๆ เน้นย้ำความสำคัญของข้อมูล พร้อมทั้งแสดงความเห็นอกเห็นใจ และในกรณีที่ต้องให้ข้อมูลจำนวนมากแก่ผู้ป่วยในคราวเดียวกัน พยาบาลจะต้องเน้นย้ำถึงความสำคัญของข้อมูลว่า 'สิ่งนี้เป็นสิ่งสำคัญ' หรือ 'ฉันต้องการให้คุณใส่ใจกับสิ่งที่ฉันกำลังจะพูดต่อไป...' หรือหากได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก็ให้บันทึกการสนทนาลงในโทรศัพท์มือถือของผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะสามารถฟังได้ในเวลาที่พร้อม จะทำให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะข้อมูลได้ และหากเป็นไปได้ พยายามให้มีคนอื่น เช่น เพื่อนหรือญาติของผู้ป่วยอยู่ด้วย และอาจจะขอให้ญาติหรือเพื่อนช่วยจดบันทึกได้หากผู้ป่วยยินดีให้บุคคลที่สามได้ยินสิ่งที่กำลังพูด (Ruensiri, 2012)

2.1.4 มีกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม โดย

1) ให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในทุกมิติทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ด้วยความเอื้ออาทร มีความเห็นอกเห็นใจ และการยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคล (Tantiwinyupong, 2022 ; Pancharoen ,2012) หลักเกี่ยกับการปฏิบัติการพยาบาลซ้ำ ๆ เหมือนเดิม ในผู้ป่วยทุกราย

2) มีการบริหารจัดการเวลาในการทำงานที่เหมาะสม ถึงแม้จะเป็นเรื่องยากที่พยาบาลจะต้องทำงานหลายอย่างในเวลาเดียวกัน แต่สิ่งหนึ่งที่พยาบาลจะต้องระลึกถึงคือต้องมีเวลาในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับเพื่อนร่วมงานและผู้ป่วย (Tantiwinyupong, 2022)

2.2 การบริหารจัดการในองค์กร และการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมภายในองค์กร

2.2.1 การปรับแก้ไขจากผู้บริหารองค์กร ต้องปรับรูปแบบการสื่อสารขององค์กรที่ชัดเจน จัดทำวัสดุอุปกรณ์การสื่อสารที่เอื้อต่อการทำงาน จัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรเรื่องการสื่อสาร จัดทีมในการทำงานเพื่อ วิเคราะห์ปัญหาการสื่อสาร และหาทางป้องกันที่จะเกิดขึ้น แต่เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นแล้วต้องร่วมกันแก้ไขปัญหารวมทั้งการแก้ไขปัญหามาตรฐาน และจะต้องรีบแก้ไขปัญหาก่อนที่จะกลายเป็นปัญหาใหญ่ลุกลามออกไปอ้างอิง

2.2.2 จัดสถานที่สำหรับการสนทนากับผู้ป่วย ที่เป็นสัดส่วนและมีความเป็นส่วนตัว เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวน ไม่อึดอัดคับแคบ หรือเป็นที่โล่งแจ้งกว้างขวางมากเกินไป เพื่อที่จะลดความลำบากใจและความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ต้องพูดคุยกับคนแปลกหน้า ในขณะที่พูดคุยต้องยึดหลักการสื่อสารที่เน้นผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลางให้ความสำคัญกับความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วย แสดงบุคลิกปλοบโยนผู้ป่วย ใช้การสื่อสารแบบตรงไปตรงมา และเปิดกว้าง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจว่าพยาบาลเข้าใจเขาอย่างแท้จริง และพร้อมที่จะเล่าเรื่องราวที่เกิดขึ้น (Rakkarn, 2023)

สรุป

ความขัดแย้งการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาตินั้น เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ トラบเท่าที่บุคคลยังมีปฏิสัมพันธ์กันอยู่ และผลของความขัดแย้งในการสื่อสารนั้น นอกจากจะทำให้เกิดผลกระทบต่อความปลอดภัยด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแล้ว ยังบั่นทอนคุณภาพชีวิตของพยาบาล และยังส่งผลกระทบต่อ บรรยากาศสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ที่นำไปสู่ความไม่พึงพอใจในงาน ที่จะส่งต่อไปยังองค์กร ทำให้ขวัญและกำลังใจของทีมต่ำลง และลดโอกาสการแข่งขันทางการตลาดขององค์กร ปัญหาความขัดแย้งในการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องที่ท้าทายผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้บริหารองค์กร ที่จะต้องหาแนวทางการแก้ปัญหาความขัดแย้งด้วยใจที่เป็นธรรมในทางสร้างสรรค์มากกว่าการลงโทษมุ่งเน้นไปที่การแก้ไขระบบมากกว่าการลงโทษตัวบุคคล

ด้วยการเริ่มต้นหาสาเหตุที่เกิดขึ้นด้วยใจที่เป็นธรรม รับฟังข้อเท็จจริงและเหตุผลการกระทำของทุกฝ่าย วิเคราะห์ไปที่ระบบว่าอะไรคือสาเหตุที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง เช่น สภาพแวดล้อมการทำงานที่สับสนและก่อให้เกิดความเครียด ระบบขั้นตอนการบริหารงาน ภาระงานของพยาบาล ความไม่ชัดเจนของรูปแบบการให้บริการแก่ผู้ป่วย และจากลักษณะนิสัยส่วนบุคคล หลังจากนั้นทำการด้วยการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้า เพื่อป้องกันความขัดแย้ง ด้วยการแก้ไขร่วมกันทั้ง 3 ส่วนคือทั้ง ทำการปรับปรุงที่ตัวพยาบาล ระบบการบริหาร และการจัดการภายในองค์กร ด้วยการวางแผนพัฒนาบุคลากร พัฒนาเรื่องการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย พัฒนาศักยภาพของพยาบาล ปรับปรุงระบบการทำงานในโรงพยาบาล จัดหาบุคลากรเพื่อไม่ให้พยาบาลมีภาระงานมากเกินไป จัดระบบการสื่อสารของหน่วยงานต่อผู้ป่วยที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน จัดหาอุปกรณ์ที่อำนวยความสะดวกในการสื่อสารเพื่อให้การทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลสะดวกขึ้น การกระทำดังกล่าวจะส่งผลให้ลดโอกาสเสี่ยงความขัดแย้ง ที่จะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการของเจ้าหน้าที่พยาบาล ลดการร้องเรียนและการฟ้องร้องหน่วยงานลง

ข้อเสนอแนะ

ควรพัฒนาบุคลากรพยาบาลในเรื่องการสื่อสาร โดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ ลดอุปสรรคความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม และอคติที่มีต่อผู้ป่วย ฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ของตนเองเมื่ออยู่ในสถานการณ์เครียด วิตกกังวล ด้วยการใช้เหตุผล สติปัญญา ความมั่นคงทางจิตใจ ฝึกศิลปะการพูด มีการสื่อสารอวัจนภาษาอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนฝึกทักษะการฟัง การยอมรับความรู้สึกของผู้ป่วย ภายใต้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในทุกมิติทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ โดยคำนึง ถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ด้วยความเอื้ออาทร รวมกันทั้งการส่งเสริมการบริหารจัดการเวลาในการทำงานที่เหมาะสม

References

- Afriyie, D. (2020). Effective communication between nurses and patients: an evolutionary conceptanalysis. *British Journal of Community Nursing*, 25(9), 438–445.
doi:10.12968/bjcn.2020.25.9
- Alder, S. (2023). *Effects of Poor Communication in Healthcare*. Retrieved August 28, 2023 from <https://www.hipaajournal.com/effects-of-poor-communication-in-healthcare/>
- Alshehry, A. S. (2022). Nurse–Patient/Relatives Conflict and Patient Safety Competence Among Nurses. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 59, 1–11.
- Andriyanto, A. (2019). Communication barrier between nurse and patient at the hospital: A systematic review. *Journal of Health Policy and Management*, 4(2), 105–110.
- Bit-Lian, Y., Baker, R.A. & Saeidin.(2021). Cross-cultural communication among nurses in patient care : A rapid review. *European Modern Studies*, 5(5), 204–222.
- Gerchow, L., Burka, L. R., Miner, S., & Squires, A. (2021). Language barriers between nurses and patients: A scoping review. *Patient Education and Counseling*, 104(3), 534–553.
doi: 10.1016/j.pec.2020.09.017.
- Groves, P. S., Bunch, J. L. & Sabin, J. A. (2021). Nurse bias and nursing care disparities related to patient characteristics: A scoping review of the quantitative and qualitative evidence. *Journal of Clinical Nursing*, (5), 1–13. doi: 10.1111/jocn.15861
- Hardavella, G., Aamli-Gagnat, A., Frille, A., Saad, N., Niculescu, A. & Powell, P. (2017). Top tips to deal with challenging situations: doctor-patient interactions. *Breath(Sheff)*, 13(2), 129–135.

- Jirapaet, V., Uthis, P. & Chaleoykitti, S. (2020). Factors causing complaints about unethical behavior of nurses that occurred while performing duties to the relationships of internal and inter-dimension phenomena. *Journal of the Police Nurses*, 12(2), 488-497. (in Thai)
- Kraut, N. (2021). *Effects of Poor Communication Patterns between Nurses & Providers*. Retrieved January, 20, 2024 from <https://www.healthstream.com/resource/blog/the-impact-of-poor-communication-patterns-between-nurses-and-providers>
- Maneze, D., Weaver, R., Kovai, V., Salamonson, Y., Astorga, C., Yogendran, D. et al., (2019). Some say no, some say yes”: Receiving inconsistent or insufficient information from healthcare professionals and consequences for diabetes self-management: A qualitative study in patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 156,1-10. 107830. doi:10.1016/j.diabres.2019.10783
- Noviyanti, L. W., Ahsan, A. & Sudartya, T.S. (2021). Exploring the relationship between nurses' communication satisfaction and patient safety culture. *Journal of Public Health Research*, 10(2),2021-2225. doi: 10.4081/jphr.2021.2225.
- Obied, H. K. & Sayed Ahmed, S.E. (2016). Effect of utilizing conflict management strategies for ICU nurses on patient care. *Journal of Nursing and Health Science*, 5(2), 39-46. doi: 10.9790/1959-0502053946
- Pancharoen C. (2012). Concepts of communication concerning medical services. *Chula Medical Journal*, 56(5), 527-531.
- Parida, S. R. (2021). *11 Barriers to Communication 2021 in Health Care*. Retrieved June, 25, 2021 from <https://nurseinnursing.com/11-barriers-to-communication-in-health-care/>
- Rakkarn, J. (2023). *Communication Techniques for Psychological Therapy*. Retrieved September, 3, 2023 from https://elnurse.ssru.ac.th/jiraporn_ra/pluginfile.php/27/block_html/content. (in Thai)
- Ruensiri, K. (2012). *Communication Skills with Patients and Relatives*. Project to establish the Department of Psychiatry. Thammasat University Prathumthani. (in Thai)
- Sibiya, M. N. (2023). *Barriers to Effective Communication*. Retrieved August 26,2023 from [https://med.libretexts.org/Bookshelves/Nursing/Nursing_\(Ulutasdemir\)/03%3A_Effective_Communication_in_Nursing](https://med.libretexts.org/Bookshelves/Nursing/Nursing_(Ulutasdemir)/03%3A_Effective_Communication_in_Nursing)
- Tantiwinyupong, S. (2022). *The Communication Model Based on Buddhist Peaceful Means for Nurses at Lerdsin Hospital*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy (Peace Studies) Graduate School Mahachulalongkornrajavidyalaya University, (in Thai)
- Theeartsana, P. (2017). *English language needs analysis of Thai Nurses at a Public Hospital in Bangkok*.Independent Study for the degree of Master of Arts in English Language Teaching Language Institute Thammasat University Thailand.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม
Persons with Advanced Cancer: A Study on Relationships between
Psychological Distress and Mental Health Literacy
Mental Health Literacy and Psychological Distress among Persons with Advanced Cancer

ณิชนันท์ วิชเนศรังสรรค์^{1*}, ขวัญพนมพร ธรรมไทย², สมบัติ สกุลพรรณ²

Nichanun Wikkanesrungsun^{1*}, Kwaunpanomporn Thummathai², Sombat Skulphan²

¹โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ, ²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹Kaeng khro hospital, ²Faculty of Nursing, Chiangmai University

(Received: January 21, 2024; Revised: June 8, 2024; Accepted: July 8, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 106 คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอนเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินความทุกข์ทางใจเคสเลอร์ 10 มีค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .95 โดยค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 และแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีค่าความตรงของเนื้อหาอยู่ระหว่าง .80 ถึง 1.0 โดยค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .81 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($M = 8.94$, $SD = 1.98$) และมีความทุกข์ทางใจคะแนนเฉลี่ย 22.38 คะแนน ($SD = 7.67$) ซึ่งมีแนวโน้มที่จะผิดปกติปานกลางร้อยละ 37.70 รองลงมาคือมีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติเล็กน้อย ร้อยละ 32.10 อยู่ในระดับค่อนข้างปกติ ร้อยละ 23.60 และมีแนวโน้มที่จะผิดปกติอย่างรุนแรง ร้อยละ 6.60 ที่ต้องเข้าสู่กระบวนการรักษาโดยพบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม มีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับปานกลาง ($r = -.626$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p\text{-value} < .01$)

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่บุคลากรสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตให้แก่ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามเพื่อหาแนวทางในการจัดการกับความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามในลำดับต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความทุกข์ทางใจ ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nichanun2405@gmail.com)

Abstract

This correlational descriptive study aimed to investigate the relationships between mental health literacy and psychological distress in patients with advanced cancer. The sample was 106 patients with advanced cancer in Northeast Thailand, consulting in a Health Promoting Hospital. Multi-stage sampling was applied. Two research instruments were used for data collection: 1) The Kessler Psychological Distress Scale (K-10). Experts confirmed the validity of the questionnaire; the IOC was equal to .95. Its reliability was determined by Cronbach's alpha coefficient, obtaining a value of .89, and 2) The Mental Health Literacy Assessment. The validity of the questionnaire was validated by experts; the IOC yielded .80 - 1.0. Its reliability was determined by Cronbach's alpha coefficient, yielding values of .81 and .88 respectively. Data were analyzed in terms of frequency, percentage, mean, including standard deviation and Pearson's correlation coefficient were used for data analysis. Results showed as follows.

1. The overall mental health literacy was at a high level ($M = 8.94$, $SD = 1.98$), as well as psychological distress with advanced cancer ($M = 22.38$, $SD = 7.67$).

2. Patients were likely to have a moderate disorder (37.70%), a mild disorder (32.10%), to be well (23.60%) or to suffer from severe disorder, having to be followed by a mental health expert (6.6%).

3. Mental health literacy had a moderate-level negative correlation with psychological distress among persons with advanced cancer at the significance of .01 ($r = -.626$).

The results of this research might be used as basic information for healthcare professionals to develop mental health literacy and care management for psychological distress in persons with advanced cancer.

Keyword: Patients with Advanced Cancer, Psychological Distress, Mental Health Literacy, Correlations

บทนำ

จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกปี 2563 พบว่าประชากรโลกเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งสูงเกือบ 10 ล้านคน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี (World Health Organization, 2022) เช่นเดียวกับประเทศไทย จากข้อมูลกองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2561 พบสถิติการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง 80,665 ราย และในปี 2565 พบสถิติการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งสูงขึ้น 83,334 ราย (Department of Medical Services Planning and Evaluation Working Group, 2019) โดยจะเห็นได้ว่าในประเทศไทยโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาสำคัญ 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี โรคมะเร็งปอดและหลอดลม โรคมะเร็งเต้านม และโรคมะเร็งปากมดลูก (Committee for Preparing the National Cancer Prevention and Control Plan, 2020) จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งจะรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์หรืออัตมโนทัศน์แห่งตนจากการเจ็บป่วย โดยร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมทั้งด้านการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย หรือความเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ ความเจ็บปวดจากการเจ็บป่วยและความสามารถในการงาน หรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่ลดลงจากเดิม ทำให้เกิดความรู้สึกโศกเศร้าและสูญเสียจากการเป็นผู้เคยมีสุขภาพที่ดี (Sumneangsantor, 2013) โดย Kessler & Mroczek (1994) กล่าวถึงความทุกข์ทางใจว่าเป็นภาวะทุกข์ทรมานทางอารมณ์ ประกอบด้วย ความวิตกกังวล ซึมเศร้า เหนื่อยล้า สิ้นหวัง และความรู้สึกไร้ค่า ซึ่งเป็นผลมาจากผู้ที่เป็นมะเร็งประเมินสถานการณ์

การเจ็บป่วย และการบำบัดรักษามะเร็งว่าเป็นภาวะคุกคาม และเจ็บปวด คือความเครียด และประเมินสถานการณ์นี้เกินแหล่งประโยชน์แห่งตนที่มีอยู่ การขาดความรู้ ทักษะที่จะเผชิญสถานการณ์ และใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ เป็นผลให้เกิดความเครียดที่รุนแรงหรือเรื้อรัง ทั้งนี้การที่บุคคลต้องเผชิญสภาวะการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลต่อความรู้สึกสูญเสียหรือโศกเศร้าของบุคคลโดยจะใช้ระยะเวลาเผชิญสภาวะดังกล่าวประมาณ 6 – 8 สัปดาห์ ซึ่งบุคคลจะต้องเผชิญกับความรู้สึกสูญเสียหรือโศกเศร้านี้ให้ได้ภายในเวลาไม่เกิน 12 เดือน หากบุคคลไม่สามารถเผชิญสภาวะดังกล่าวภายในระยะนี้ได้จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือพัฒนาเป็นโรคทางจิตเวชได้ (Kongsuwan & Khongthong, 2013) ทั้งนี้มีการศึกษาที่พบว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในช่วง 1 สัปดาห์ มักจะมีความทุกข์ทางใจในระดับสูง จากนั้นจะค่อย ๆ ลดลงเมื่อเวลาผ่านไป (Lu, Andersson, Hultman, Czene, Valdimarsdottir, & Fang, 2016) โดยระดับความทุกข์ทางใจดังกล่าวจะสามารถกลับมาสูงขึ้นอีกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของระยะโรคหรือเมื่อถูกระบุว่าเป็นโรคมะเร็งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยเฉพาะในระยะลุกลาม (Henson, Brock, Charnock, Wickramasinghe, Will, & Pitman, 2019) จากการศึกษาความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็โรคมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า ร้อยละ 75.45 มีความทุกข์ทางใจ โดยมีคะแนนความทุกข์ทางใจอยู่ระหว่าง 1 - 10 คะแนน เฉลี่ยที่ 4.08 คะแนน และร้อยละ 51.39 มีความทุกข์ใจระดับปานกลางถึงระดับสูง ซึ่งเป็นระดับที่ต้องพบผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตเพื่อเข้ารับการดูแลช่วยเหลือเพิ่มเติม (Chaichompoo, Namvongprom, Pakdevong, Preechakoon, & Ounlam, 2019) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Temtab & Nilmanat (2017) ที่พบว่าเมื่อบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลามส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางใจ รู้สึกถูกบีบคั้นทางอารมณ์ มีความวิตกกังวล กลัวต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และการพลาจากบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นสภาวะที่เป็นผลกระทบต่ออารมณ์ทำให้เกิดความเครียด นอกจากนี้ความเจ็บปวดทางร่างกายที่ต้องเผชิญ ได้แก่ ความเจ็บปวด การสูญเสียสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลง ความอ่อนล้าจากผลข้างเคียงของการรักษา ภาวะของโรคที่เรื้อรัง ยาวนานรวมทั้งความไม่แน่นอนของการรักษา ค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่เพิ่มสูงขึ้นจากการรักษา นอกจากนี้การที่ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามอยู่ในวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ร่างกาย อารมณ์ สังคม อยู่ในภาวะที่สมบูรณ์ มีบทบาทหน้าที่ในการรับผิดชอบที่ชัดเจนและเพิ่มมากขึ้น เป็นวัยที่เริ่มสร้างครอบครัว การรับบทบาทเป็นผู้รับผิดชอบหลักในค่าใช้จ่ายของครอบครัว การดูแลบิดามารดาเมื่อเจ็บป่วย และการเข้าสู่บทบาทหน้าที่สำคัญในสังคม ดังนั้นเมื่อบุคคลในวัยดังกล่าวเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม จึงเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่ต้องเผชิญ ขณะที่ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวและสังคมที่ลดลง ทั้งปัญหาจากการเจ็บป่วย ปัญหาการทำงาน ปัญหาการมีสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง ปัญหาการเงิน หรือการมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป สิ่งเหล่านี้หากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงได้ (Likittrakankul, Anson, Chaiyasilp, Phetkan, Poolsawat, & Nueatet et al., 2016) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ อาการทางกายรุนแรง ผลข้างเคียงจากการรักษา ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย 2) ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ แหล่งสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความทุกข์ใจ ครอบครัว หรือญาติผู้ดูแล และ 3) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษาและปัญหาการเงินในครอบครัว รายได้ ค่าใช้จ่ายในครอบครัว การศึกษา และความรู้ด้านสุขภาพจิต โดยความรู้ด้านสุขภาพจิต แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต ด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต และด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาสุขภาพจิต (Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers, & Pollitt, 1997) โดยมีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมพบว่าร้อยละ 55.6 กลัวและอับอายที่จะขอรับคำปรึกษาและการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต โดยเมื่อมีความทุกข์ทางใจจะยอมรับความช่วยเหลือจากครอบครัว มากกว่าผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและเมื่อเกิดความทุกข์ทางใจ วิตกกังวล มีความเครียด สะสมและขาดความช่วยเหลือจะส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต (Cheung, Ong, Tan, Fan, Chan, & Molassiotis, et al, 2015) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษา

เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ที่เป็นมะเร็งไขกระดูกและความสามารถในการรับรู้ภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในการรักษาเปรียบเทียบกับชาวญี่ปุ่นทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง 400 คน เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอด 100 คน และประชาชนทั่วไป 300 คน พบว่า ร้อยละ 11 ของผู้ป่วยมะเร็งมีภาวะซึมเศร้า แต่กลับเลือกวิธีจัดการกับภาวะซึมเศร้าด้วยการออกกำลังกายแทนที่จะได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านเศร้า อย่างไรก็ตามการมีความรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพียงพอ เปรียบเสมือนการมีแหล่งประโยชน์แห่งตนในการเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทางใจได้อย่างเหมาะสม (Okuyama, Nakane, Endo, Seto, Kato, Seki et al, 2006) ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม มีเพียงการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตและพบปัญหาสุขภาพจิตและความผิดปกติทางอารมณ์ในระดับสูง ซึ่งพบว่าความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .484, p\text{-value} < .001$) (Phosai, Bunchu, Wattraduly, Makkappalanon, & Tangkratok, 2020) นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล โดยหากบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพจิตสูงจะส่งผลต่อการมีแหล่งประโยชน์แห่งตนให้ความสามารถในการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม (Temtab & Nilmanat, 2017)

ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามต้องเผชิญความทุกข์ทรมานการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา อันเนื่องมาจาก การรักษาที่มีโปรแกรมการรักษาที่หลากหลาย ต้องใช้ระยะเวลาที่ต่อเนื่องยาวนานในการดูแล โดยระหว่างรอรับการรักษาผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามต้องกลับมาพักฟื้นร่างกายที่บ้าน และอาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่าอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลศูนย์เพื่อการรักษา ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงนับว่าเป็นจุดบริการที่เป็นหัวใจสำคัญในการเข้าถึงบริการและการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามทั้งทางร่างกายและจิตใจให้แข็งแรง ในขณะที่กลับมาพักฟื้นอยู่ที่บ้าน ซึ่งผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามต้องเผชิญความหวาดกลัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนของการรักษา ความไม่สบายจากอาการลักษณะและภูมิคุ้มกันโรคที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามต้องเปลี่ยนรูปแบบและวิถีการดำเนินชีวิตต้องเก็บตัวอยู่เฉพาะในบ้าน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคส่งผลให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า สิ้นหวังในชีวิตที่ตนเองแตกต่างจากคนอื่น ไม่สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้เหมือนเดิม รู้สึกเป็นภาระของคนในครอบครัว บางรายมีภาวะเครียด ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม วิตกกังวล นอนไม่หลับ ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามเกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลอาจเกิดภาวะเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตได้ ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้เป็นมะเร็งระยะลุกลามกลับมาพักฟื้นในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมช่วยประเมินสถานการณ์ความเจ็บปวดทั้งทางร่างกายและจิตใจ การใช้ข้อมูลของโรคและการรู้เท่าทันความเจ็บปวดมีคุณภาพในการดำเนินชีวิต การเพิ่มคุณค่าในการมีชีวิต มีความมั่นใจในการรักษาและเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการช่วยเหลือ ให้เกิดความมั่นใจในการเผชิญสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ (Buajan, Phetnui, & Sawat, 2018)

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาหาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งผลการศึกษาจะสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการช่วยหาแนวทางเพื่อลดความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามในชุมชนได้ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

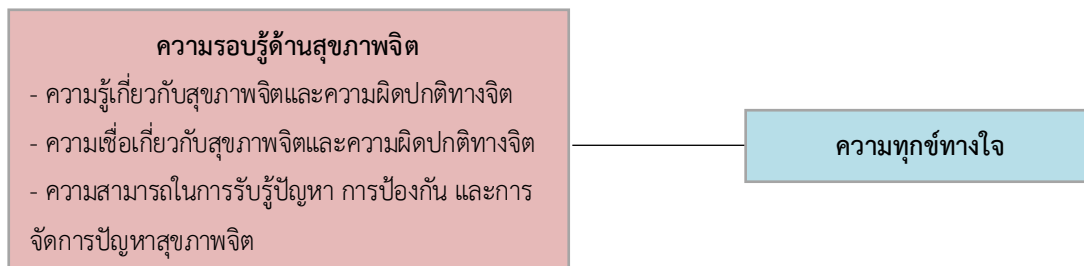
1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม

สมมติฐานวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ความทุกข์ทางใจที่เกิดขึ้นจากการประเมินค่าของสถานการณ์นั้น ตามแนวคิดของ Kessler & Mroczek (1994) ซึ่งมีแนวคิดเกี่ยวกับความทุกข์ทางใจว่าเป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลซึ่งต้องเผชิญกับสถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ได้แก่ วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า รู้สึกเหนื่อยล้า สิ้นหวัง กระสับกระส่ายหรือหงุดหงิด และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า และจะประเมินสถานการณ์ซ้ำว่าเกินแหล่งประโยชน์แห่งตนที่มีอยู่และสามารถเผชิญกับความเครียดหรือสถานการณ์นั้นหรือไม่ หลังจากพบข้อมูลความรู้หรือมีแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนใหม่เข้ามาเพื่อที่จะสามารถหาวิธีเผชิญความเครียด ทั้งนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตนับเป็นแหล่งประโยชน์แห่งตนของบุคคลในการประเมินสถานการณ์และเผชิญสถานการณ์ต่างๆได้ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตใช้กรอบแนวคิดของ Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers, & Pollitt (1997) มีองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต 2) ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต 3) ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการเมื่อมีปัญหาทางจิต ดังนั้นผู้เป็นมะเร็งระยะลุกลามหากรับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอาจเป็นแหล่งประโยชน์แห่งตนที่มีอยู่มาจัดการต่อสถานการณ์นั้น ทำให้มีความหวัง มีกำลังใจ ในการเผชิญความทุกข์ทางใจได้จะส่งผลให้เผชิญความเครียดที่ช่วยเยียวยาความทุกข์ทางใจได้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ กลุ่มผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามที่อาศัยอยู่ในชุมชนใต้ความดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อายุ 20 ปีขึ้นไปจำนวน 68,143 คน (Committee for Preparing the National Cancer Prevention and Control Plan, 2020)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม ทั้งเพศหญิงและชาย อายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลามระยะเวลาตั้งแต่ 6 สัปดาห์ไม่เกิน 1 ปี ระบุเป็นมะเร็งระยะลุกลาม 5 ชนิด ได้แก่ โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี โรคมะเร็งเต้านม โรคมะเร็งปอดและหลอดลม โรคมะเร็งปากมดลูก และโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนอยู่ภายใต้ความดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อายุ 20 ปี คัดเลือกประชากรโดยใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi - Stage Sampling) โดยเริ่มการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อคัดเลือกตัวแทนระดับภาคคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่แทนที่ด้วยอัตราส่วน 3:1 ได้ตัวแทนระดับเขตพื้นที่สุขภาพคือ เขตสุขภาพที่ 9 จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ด้วยวิธีการจับฉลากด้วยอัตราส่วน 3:1 ได้ จังหวัดชัยภูมิ

จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ด้วยวิธีการจับสลากด้วยอัตราส่วน 3:1 ได้ตัวแทน 2 อำเภอ จากฐานข้อมูลผลการสำรวจของหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในปี 2565 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 คน จากนั้นกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของเครจซีและมอร์แกน (Chirawatkul, 2015) ซึ่งกำหนดความน่าจะเป็นของความผิดพลาดที่ยอมรับได้ที่ระดับ .05 แทนค่าสูตรคำนวณ

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{e^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

เนื่องจากขนาดกลุ่มประชากรมีจำนวนน้อย ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย จากข้อมูลผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Chirawatkul, 2015) โดยคำนวณจากสูตรคำนวณ Dropout Rate คือ $N = n/(1-R)$ กำหนดให้แทนค่าตามสูตร ได้ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ $N = 106$ คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกตัวแทนประชากรแต่ละอำเภอ โดยใช้รหัสโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเรียงลำดับขึ้นต้นก่อนหลังจากนั้นเรียงลำดับชื่อกลุ่มตัวอย่าง ตามโปรแกรมประมวลผลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากนั้นทำการสุ่มรายชื่อผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยจับสลาก (Lottery) แบบไม่แทนที่ด้วยอัตราส่วน 3:1 (Srisathitnarakun, 2007) จากรายชื่อผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามที่อยู่ในดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เกณฑ์การคัดเข้า เพศหญิงและเพศชายที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม ระยะเวลาตั้งแต่ 6 สัปดาห์ไม่เกิน 1 ปี หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม 5 ชนิด ได้แก่ โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี โรคมะเร็งเต้านม โรคมะเร็งปอดและหลอดลม โรคมะเร็งปากมดลูก และโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ยังเข้ารับการรักษารักษาและพบแพทย์ตามนัด สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีสติสัมปชัญญะครบถ้วนสามารถสื่อสารด้วยวิธีการ ฟัง พูด อ่าน เขียน ด้วยภาษาไทยได้ ยินดีและสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และอาศัยอยู่ในชุมชนซึ่งอยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เกณฑ์คัดออก คือได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวชหรือกำลังได้รับการรักษาอาการทางจิตเวช และมีอาการเจ็บป่วยทางร่างกายรุนแรงถึงขั้นวิกฤต เช่น อ่อนเพลียมากและตลอดเวลา หายใจเหนื่อยหอบ สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงมาก เจ็บปวดบริเวณรอยโรครุนแรง ไม่สามารถทำแบบทดสอบหรือสัมภาษณ์ต่อไปได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ผู้ดูแล การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม การรักษาที่เคยได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความทุกข์ทางใจของ Kessler & Mroczek (1994) มีจำนวน 10 ข้อคำถาม ซึ่งถามถึงความรู้สึกในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ที่บรรยายถึงความรู้สึกดังกล่าวดีที่สุด (1 หมายถึง ไม่มี, 2 หมายถึง มีน้อย, 3 หมายถึง บางครั้ง, 4 หมายถึง เกือบตลอดเวลา และ 5 หมายถึง ตลอดเวลา) ทั้งนี้แบบประเมินดังกล่าวมีการใช้ศึกษาในหลายกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งในออสเตรเลีย (Banks, Byles, Gibson, Rodgers, Latz, & Robinson et al., 2010) และมีฉบับแปลภาษาไทยและนำมาใช้ในงานวิจัยในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ประเทศไทย โดย Rahman, Islam, Nitayawan, Inthong, Tungpunkom, & Thongyu et al., (2021)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิตพัฒนาขึ้นโดย Inchaithep, Puasiri, Punsawat, Thungmepon, & Robkob (2018) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับประชาชนทั่วไป พัฒนามาตามกรอบแนวคิดของ Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers, & Pollitt (1997) ผู้วิจัยใช้ข้อคำถามทั้งหมดโดยไม่ได้แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงข้อความ แบบประเมินประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ 48 ตัวบ่งชี้ คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต มีทั้งหมด 15 ข้อ มี 3 คำตอบให้เลือกคือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ 2) ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 12 ข้อ

3) ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิต จำนวน 21 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนโดยหาค่าเฉลี่ย 4 ระดับ คือ

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.00	หมายถึง ระดับดีมาก
ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50	หมายถึง ระดับดี
ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50	หมายถึง ระดับพอใช้
ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50	หมายถึง ระดับไม่ดี

จากนั้นทำการคิดคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม 12 คะแนน คำนวณจาก 3 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต คะแนนเต็ม 15 คะแนน ปรับคะแนนเต็ม 4 โดยหาร 3.75 จากคะแนนเต็ม องค์ประกอบที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต คะแนนเต็ม 4 คะแนน และองค์ประกอบที่ 3 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต คะแนนเต็ม 4 คะแนน โดย 8.01 - 12.00 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง 4.01 - 08.00 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง และ 0.00 - 04.00 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำหรือต้องปรับปรุง (Inchaithep, Puasiri, Punsawat, Thungmepon, & Robkob, 2018)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นโดย Inchaithep, Puasiri, Punsawat, Thungmepon, & Robkob (2018) ผ่านการพิจารณาจากอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Congruence: IOC) ซึ่งในข้อคำถามของแบบประเมินนี้ทุกข้อคำถามมี ตัวบ่งชี้ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .80 ถึง 1.0 มีความสอดคล้องกันและยอมรับได้ แบบประเมินดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาตรวจสอบค่าความตรงทางเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาใช้ทั้งหมดไม่มีการเปลี่ยนแปลงเนื้อหาหรือข้อคำถาม ผู้วิจัยจึงไม่นำมาหาความตรงของเนื้อหาของแบบประเมินนี้ซ้ำ ทั้งนี้ได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้กับกลุ่มตัวอย่างการศึกษามีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบประเมินความรู้ ด้วยวิธี KR-20 ได้ค่าเท่ากับ .74 และส่วนแบบประเมินด้านความเชื่อ และด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกันและการจัดการปัญหาทางจิต วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .73 และ .90 ตามลำดับ

2. แบบประเมินความทุกข์ทางใจเคสเลอร์ 10 ของ Kessler & Mroczek (1994) เป็นแบบประเมินที่สามารถใช้ได้ในการค้นหากลุ่มเสี่ยงที่อาจมีปัญหาด้านสุขภาพจิตและยังสามารถนำมาเป็นข้อมูลทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตได้ นิยมใช้ในการประเมินกลุ่มเสี่ยง ที่อาจมีปัญหาด้านสุขภาพจิตในบุคคลทั่วไปที่พบภาวะวิกฤตหรือการสูญเสียในชีวิต กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งในกลุ่มผู้ที่เป็โรคเครียดในระยะต่าง ๆ และมีการศึกษาความทุกข์ใจในผู้ป่วยมะเร็งในประเทศออสเตรเลียซึ่งพบว่าความทุกข์ทางใจของผู้ป่วยมะเร็งมีความสัมพันธ์กับระดับความพิการมากกว่าการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง (Banks, Byles, Gibson, Rodgers, Latz, Robinson, et al, 2010) ในประเทศไทยมีการนำมาตรวัดระดับความทุกข์ใจมาประเมินในกลุ่มที่หลากหลายทั้งในผู้ป่วยจิตเภทและยังมีการนำไปใช้ประเมินความทุกข์ทางใจในสมาชิก 17 ประเทศที่เผชิญปัญหาในช่วงสถานการณ์โควิด 19 มีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .95 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 โดย Rahman, Islam, Nitayawan, Inthong, Tungpunkom, Thongyu, et al. (2021) ซึ่งมีความสอดคล้องกันและยอมรับได้

แบบประเมินดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาตรวจสอบค่าความตรงทางเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาใช้ทั้งหมดไม่มีการเปลี่ยนแปลงเนื้อหาหรือข้อคำถามผู้วิจัยจึงไม่นำมาหาความตรงของเนื้อหาของแบบประเมินนี้ซ้ำ ทั้งนี้ได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้กับกลุ่มตัวอย่างการศึกษามีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและมีผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน โดยผู้ช่วยวิจัยมีคุณสมบัติ คือ เป็นเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรด้านสุขภาพที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับงานสุขภาพจิต มีความสนใจในการเป็นผู้ช่วยวิจัย เข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจและสามารถใช้เครื่องมือในการวิจัยได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยขอพิจารณาการรับรองทางจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ถึงสาธารณสุขจังหวัดและนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่กลุ่มตัวอย่างได้อยู่ในความดูแล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประชุมพูดคุยถึงวิธีการเก็บข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ความเข้าใจของการใช้เครื่องมือ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่บ้านโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เป็นผู้นำในการเดินทางเพื่อเข้าพบผู้ป่วย เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของเครื่องมือ จากนั้นจัดเก็บแบบสอบถามไว้ในแฟ้มข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายอย่างมิดชิด เพื่อเก็บรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะทำลายข้อมูลภายหลังจากรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ผู้ดูแล การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม การรักษาที่เคยได้รับ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 พบว่า ลักษณะข้อมูลมีการแจกแจงแบบเป็นโค้งไม่ปกติ ค่า Kolmogorov-Smirnov Test ค่าเท่ากับ .001 ใช้สถิติหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน โดยใช้เกณฑ์พิจารณาระดับความสัมพันธ์ดังนี้ (Gray, Grove, & Sutherland, 2016) ดังนี้

ค่า $r = 0$	แสดงว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน
ค่า $r = -/+ .01-.29$	แสดงว่า มีความสัมพันธ์กันทางบวกหรือลบในระดับต่ำ
ค่า $r = -/+ .30-.69$	แสดงว่า มีความสัมพันธ์กันทางบวกหรือลบในระดับปานกลาง
ค่า $r = -/+ .70-.99$	แสดงว่า มีความสัมพันธ์กันทางบวกหรือลบในระดับสูง
ค่า $r = -/+ 1.00$	แสดงว่า มีความสัมพันธ์กันทางบวกหรือลบอย่างสมบูรณ์

จริยธรรมวิจัย

ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 032/2566 Study code: 2565 – FULL023 วันที่ 27 มีนาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 106 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83 อายุระหว่าง 20 - 60 ปี (ร้อยละ 52.84) สถานภาพสมรสหรือคู่ มากที่สุด (ร้อยละ 61.30) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.10) ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 74.50) ประกอบอาชีพที่เกษตรกร (ร้อยละ 50.90) รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท (ร้อยละ 73.60) สิทธิการรักษาบัตรทอง (ร้อยละ 63.20) ผู้ดูแลหลักเป็นกลุ่มที่มีผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด เป็นสามี/ภรรยา (ร้อยละ 50.94) ชนิดของมะเร็งพบมากที่สุด คือ มะเร็งเต้านม (ร้อยละ 51.90) ระยะเวลาการเจ็บป่วย 6 สัปดาห์ - 5 เดือน (ร้อยละ 75.47) และรักษาด้วยยา (ร้อยละ 49.10)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง (n = 106)

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
องค์ประกอบที่ 1 ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต	10.60	2.58	ดี
องค์ประกอบที่ 2 ด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต	3.15	8.43	ดีมาก
องค์ประกอบที่ 3 ด้านความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิต	2.96	16.15	ดี
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม	8.94	1.98	สูง

จากตาราง 1 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($M = 8.94, SD = 1.98$) โดยแบ่งเป็น 3 ด้านคือ 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตพบว่า มีระดับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตในระดับดี ($M = 10.60, SD = 2.58$) 2) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตพบว่า มีระดับความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตอยู่ในระดับดีมาก ($M = 3.15, SD = 8.43$) 3) ด้านความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีระดับความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิตอยู่ในระดับดี ($M = 2.96, SD = 16.15$)

2.2 ความทุกข์ทางใจของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนความทุกข์ทางใจของกลุ่มตัวอย่าง (n = 106)

ตัวแปร	M	SD	ระดับความทุกข์ทางใจ (ร้อยละ)			
			ค่อนข้างปกติ	มีแนวโน้มผิดปกติเล็กน้อย	มีแนวโน้มผิดปกติปานกลาง	มีแนวโน้มผิดปกติอย่างรุนแรง
ความทุกข์ทางใจ	22.38	7.67	25 (23.60)	34 (32.10)	40 (37.70)	7 (6.60)

จากตาราง 2 แสดงถึงข้อมูลระดับคะแนนความทุกข์ทางใจของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าคะแนนเฉลี่ย 22.38 คะแนน ($SD = 7.67$) ความทุกข์ทางใจของกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะผิดปกติปานกลางร้อยละ 37.70 รองลงมา คือ มีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติเล็กน้อย ร้อยละ 32.10 อยู่ที่ระดับค่อนข้างปกติ ร้อยละ 23.60 และมีแนวโน้มที่จะผิดปกติอย่างรุนแรง ร้อยละ 6.60 ที่ต้องเข้าสู่กระบวนการรักษาโดยพบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต

3. ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจของกลุ่มตัวอย่าง (n = 106)

ตัวแปร	ความทุกข์ทางใจ (r)	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	-.626**	<.001

**p-value < .01

จากตาราง 3 ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามพบว่า มีความสัมพันธ์กันทางลบระดับปานกลาง ($r = -.626$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p\text{-value} < .01$)

อภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจของผู้ที่เป็นโรคเมอเร็งระยะลุกลาม จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่างอายุระหว่าง 20 - 60 ปี (ร้อยละ 52.84) ซึ่งอยู่กลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ที่ร่างกาย อารมณ์ สังคม อยู่ในภาวะที่สมบูรณ์ มีบทบาทหน้าที่ในการรับผิดชอบที่ชัดเจนและเพิ่มมากขึ้น เป็นวัยที่เริ่มสร้างครอบครัว การรับบทบาทเป็นผู้รับผิดชอบหลักในค่าใช้จ่ายของครอบครัว การดูแลบิดามารดาเมื่อเจ็บป่วย และการเข้าสู่บทบาทหน้าที่สำคัญในสังคม ดังนั้นเมื่อบุคคลในวัยดังกล่าวเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเมอเร็งระยะลุกลามจึงเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่ต้องเผชิญ ทั้งปัญหาจากการเจ็บป่วย ปัญหาการทำงาน ปัญหาการมีสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง ปัญหาการเงิน หรือการมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป สิ่งเหล่านี้หากไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงได้ (Likittrakankul, Anson, Chaiyasilp, Phetkan, Poolsawat, Nueatet, et al., 2016) ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความทุกข์ทางใจที่มีแนวโน้มที่จะผิดปกติปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 37.70) รองลงมาคือมีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติเล็กน้อย (ร้อยละ 32.10) อยู่ที่ระดับค่อนข้างปกติ (ร้อยละ 23.60) และมีแนวโน้มที่จะผิดปกติอย่างรุนแรง ร้อยละ 6.60 ที่ต้องเข้าสู่กระบวนการรักษาโดยพบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ทั้งนี้ได้มีการส่งต่อข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เข้ารับการดูแลรักษาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะทางสุขภาพจิต โดยระยะเวลาการเจ็บป่วยมากที่สุดคือ 6 สัปดาห์ - 5 เดือน (ร้อยละ 75.47) ซึ่งระดับความทุกข์ทางใจจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ จากผลการศึกษาของ Chengtawee & Sirilertrakul (2017) พบว่าระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม มีผลต่อระดับความทุกข์ทางใจ โดยจะเพิ่มขึ้นในช่วงเวลา 1 เดือนแรกและจะค่อย ๆ ลดลง เมื่อบุคคลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ได้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Temtab & Nilmanat (2017) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลาม หรือระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 รายพบว่าคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทางใจอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 59.3 ซึ่งเป็นภาวะทางอารมณ์ที่บ่งบอกถึงความไม่สุขสบายของผู้เป็นมะเร็งระยะลุกลามที่ตอบสนองต่อความเครียด อันเป็นภาวะที่สะท้อนให้เห็นถึงการที่บุคคลไม่สามารถเผชิญความเครียดได้และเกิดความล้มเหลวในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ทั้งนี้ยังมีความคล้ายคลึงกับบทความวิชาการของ Thasaneesuan & Nilmanat (2019) ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะบีบคั้นด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและการพยาบาล ได้ระบุว่า การเกิดภาวะทุกข์ทางใจเกิดขึ้นจากการประเมินสถานการณ์และตัดสินใจว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น เป็นสิ่งที่คุกคามและเป็นอันตราย ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถจัดการได้ ผู้เป็นมะเร็งระยะลุกลามจึงแสดงออกถึงภาวะทุกข์ทางใจในลักษณะ ซึมเศร้า วิตกกังวล กลัว รู้สึกไม่แน่นอน ความสามารถในการประเมินปัญหาและการเผชิญปัญหาของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามสามารถเผชิญสถานการณ์นั้นได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.50 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างพบว่าอยู่ในระดับสูงร้อยละ 76.40 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Namdej, Phongsakchal, & Sangournpak (2018) พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับสูง โดยรู้จักและสามารถจำแนกปัญหาทางสุขภาพจิตได้ร้อยละ 61.30 และการรับรู้ปัญหาและสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้องร้อยละ 67.60 และการศึกษาของ Sriwichai, Boonchiang, & Kreausukon (2021) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความพึงพอใจและความเหงาในนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่พบว่านักศึกษามีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับปานกลาง ร้อยละ 20.40 ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งประเทศสิงคโปร์โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นมะเร็ง 89 ราย และกลุ่มควบคุมที่เป็นเนื้องอก 61 ราย พบว่าผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำกว่าปริญญาตรีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำกว่า ผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ($p\text{-value} < .001$) (Poon, Wang, Goh, Chan, & Lim, 2019) และมีการศึกษาของ Sauhem, & Banchonhattaki (2019) ที่กล่าวถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่สามารถเพิ่มขึ้นและพัฒนาได้จากทักษะหรือประสบการณ์ที่ได้รับโดยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และการมีแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก สามารถช่วยให้บุคคลเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถจัดการกับความเครียด อารมณ์ด้านลบและความทุกข์ทางใจได้ คล้ายคลึงกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะบีบคั้นทางจิตใจกับการเผชิญความเครียดในผู้ป่วย

มะเร็งระยะลุกลามหรือระยะสุดท้าย (Temtab, & Nilmanat, 2017) ที่พบว่ามีความวิตกกังวลทางจิตใจโดยรวมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางลบกับการเผชิญความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.66$, $p\text{-value} < .001$)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าความรู้ด้านสุขภาพจิตและความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามมีความสัมพันธ์กันทางลบระดับปานกลาง ($r = -.626$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามพบว่าร้อยละ 75.45 มีความทุกข์ทางใจ โดยร้อยละ 51.39 มีความทุกข์ใจระดับปานกลางถึงระดับสูง ซึ่งเป็นระดับที่ต้องพบผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตเพื่อเข้ารับการดูแลช่วยเหลือเพิ่มเติม (Chaichompoo, Namvongprom, Pakdevong, Preechakoon, & Ounlam, 2019) และงานวิจัยของ Temtab & Nilmanat (2017) ที่พบว่าเมื่อบุคคลได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลามส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางใจ รู้สึกถูกบีบคั้นทางอารมณ์ มีความวิตกกังวล กลัวต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และการพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นสภาวะที่เป็นผลกระทบต่ออารมณ์ทำให้เกิดความเครียด นอกจากนี้ความเจ็บปวดทางร่างกายที่ต้องเผชิญ ได้แก่ ความเจ็บปวด การสูญเสียภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง ความอ่อนล้าจากผลข้างเคียงของรักษา ภาวะของโรคที่เรื้อรัง ยาวนาน รวมทั้งความไม่แน่นอนของจากการรักษา ค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่เพิ่มสูงขึ้นจากการรักษา ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวและสังคมที่ลดลง และมีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมพบว่าร้อยละ 55.6 กลัวและอับอายที่จะขอรับคำปรึกษาและการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต โดยเมื่อมีความทุกข์ทางใจจะยอมรับความช่วยเหลือจากครอบครัว มากกว่าผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเมื่อเกิดความทุกข์ทางใจ วิตกกังวล มีความเครียดสะสมและขาดความช่วยเหลือจะส่งผลต่อปัญหาทางสุขภาพจิต (Cheung, Ong, Tan, Fan, Chan, Molassiotis, et al, 2015) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ที่เป็นมะเร็งชาวญี่ปุ่นและความสามารถในการรับรู้ภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในการรักษาเปรียบเทียบกับชาวญี่ปุ่นทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง 400 คน เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอด 100 คน และประชาชนทั่วไป 300 คน พบว่า ร้อยละ 11 ของผู้ป่วยมะเร็งมีภาวะซึมเศร้า แต่กลับเลือกวิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าด้วยการออกกำลังกายแทนที่จะรับการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านเศร้า อย่างไรก็ตามการมีความรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพียงพอเปรียบเสมือนการมีแหล่งประโยชน์แห่งตนในการเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทางใจได้อย่างเหมาะสม (Okuyama, Nakane, Endo, Seto, Kato, Seki, et al., 2006) ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามเฉพาะได้มีการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตและพบปัญหาสุขภาพจิตและความผิดปกติทางอารมณ์ในระดับสูง ซึ่งพบว่าความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .484$, $p\text{-value} < .001$) (Phosai, Bunchu, Wattraduly, Makkappalanon, & Tangkratok, 2020) นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำจะส่งผลต่อความสามารถในการจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล โดยหากบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพจิตสูงจะส่งผลต่อการมีแหล่งประโยชน์แห่งตนให้ความสามารถในการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม (Temtab & Nilmanat, 2017) จากการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องตรงตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ที่เชื่อว่าโดยเชื่อว่าความเครียดเป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมผ่านกระบวนการประเมินค่าทางปัญญา (Cognitive Appraisal Process) เมื่อบุคคลเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด บุคคลจะประเมินสถานการณ์ขั้นปฐมภูมิ (Primary Appraisal) ว่าสถานการณ์ที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่นั้นเป็นความเครียดหรือไม่และอยู่ในระดับใดเป็นอารมณ์ในลักษณะคุกคาม (Treat Emotion) ได้แก่ วิตกกังวล กลัว หรือ อารมณ์เจ็บปวด (Harm Emotion) ได้แก่ โกรธ เศร้า ผิดหวัง และ อารมณ์ท้าทาย (Challenge Emotion) ได้แก่ รู้สึกมั่นใจ ภาคภูมิใจ มีความหวัง ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary Appraisal) ควบคู่กันว่าสถานการณ์ ที่เกิดขึ้นนั้นเกินแหล่งประโยชน์แห่งตนที่มีอยู่และสามารถเผชิญกับความเครียด

หรือสถานการณ์นั้นหรือไม่ เช่น มีแหล่งประโยชน์สนับสนุนอื่น ๆ ทำให้สามารถเผชิญสถานการณ์ดังกล่าวได้หรือไม่ มีวิธีการจัดการกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญได้หรือไม่ โดยจะมีการประเมินซ้ำ (Reappraisal) หลังจากพบแหล่งข้อมูลความรู้ สนับสนุนใหม่เข้ามา เพื่อช่วยหาวิธีเผชิญความเครียดได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นความรู้ ความเชื่อ และความสามารถในการรับรู้ปัญหา การจัดการปัญหา และการป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตของแต่ละบุคคล ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้ เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์แห่งตน ที่ช่วยให้บุคคลประเมินสถานการณ์และเผชิญสถานการณ์ที่คุกคามรวมทั้งสามารถปรับตัวอย่างเหมาะสม ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตนับว่าเป็นแหล่งประโยชน์แห่งตนที่สำคัญอย่างหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม มีผลต่อความสามารถในการประเมินสถานการณ์เจ็บป่วย และการบำบัดรักษา มะเร็งระยะลุกลามว่าเป็นความท้าทาย ผู้เป็นมะเร็งระยะลุกลามจะรับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอาจเป็นแหล่งประโยชน์แห่งตนที่นำมาจัดการสถานการณ์นั้น ได้ทำให้มีความหวัง มีกำลังใจในการเผชิญความทุกข์ทางใจได้ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดและช่วยเยียวยาความทุกข์ทางใจได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามเป็นการเพิ่มแหล่งประโยชน์แห่งตนในการประเมินค่าและเผชิญกับความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามได้
2. ควรมีการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ที่เป็นมะเร็งก่อนจัดกิจกรรมอบรมเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพจิตให้กับผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม
3. ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยนี้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อกำหนดนโยบายในการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพและเป็นแนวทางในการจัดบริการ การคัดกรอง ส่งเสริม และป้องกันการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช อันเกิดจากความทุกข์ทางใจในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาหรือพัฒนาโปรแกรมเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ที่เป็นมะเร็ง ให้มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต มีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต และมีความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และจัดการปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งจะช่วยบรรเทาความทุกข์ทางใจอันจะเกิดขึ้นกับผู้ที่เป็นมะเร็งในลำดับต่อไป

References

- Banks, E., Byles, J. E., Gibson, R. E., Rodgers, I. A., Latz, I. K., Robinson, A. B., et al. (2010). Is psychological distress in people living with cancer related to the fact of diagnosis, current treatment or level of disability? findings from a large Australian study. *The Medical Journal of Australia*, 193(5), S62-S67. doi:10.5694/j.13265377.2010.tb03931.x
- Buajan, A., Phetnui, T., & Sawat, T. (2018). Depression and Quality of Life among Cancer Patients in Chaiyaphum District area, Chaiyaphum Province. *Nakhon Phanom University Journal 25th Anniversary Academic Conference Issue*, 132-139. (in Thai)
- Chaichompoo, R., Namvongprom, A., Pakdevong, N., Preechakoon, P. & Ounlam, T. (2019). Relationship between symptom severity and distress in patients with advanced cancer. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 13(4), 107-119. (in Thai)

- Chengtawee, P. & Sirilertrakul, P. (2017). Factors Related to depressive episode among the colorectal cancer patients receiving chemotherapy: A case study at oncology unit, Ramathibodi Hospital. *Srinakarin Medical Journal*, 32(1), 64-70. (in Thai)
- Cheung, Y. T., Ong, Y. T., Tan, Y. P., Fan, G., Chan, C. W., Molassiotis, A. et al. (2015) Assessment of mental health literacy in patients with breast cancer. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, 1(1), 1-11. doi: 10.1177/1078155215587541
- Chirawatkul, A. (2015). “*Statistics for Health Science Research*. (2nd ed.)”. Bangkok: S. Asia Press (1989): Company Limited. (in Thai)
- Committee for Preparing the National Cancer Prevention and Control Plan. (2020). *National Cancer Prevention and Control Plan 2020-2022*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Department of Medical Services Planning and Evaluation Working Group. (2019). *Strategic Plan of the National Cancer Institute 2019-2022*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2016). *Burns and Grove’s the Practice of Nursing Research- E-Book: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*: Elsevier Health Sciences.
- Henson, K.E., Brock, R., Charnock, J., Wickramasinghe, B., Will, O., & Pitman, A. (2019). Risk of suicide after cancer diagnosis in England. *JAMA Psychiatry*, 76(1), 51-61.
- Inchaithep, S., Puasiri, S., Punsawat, M., Thungmepon, P., & Robkob, W. (2018). Development of mental health literacy indicators for the public. *Journal of Rajachonnani Uttaradit College of Nursing*, 10(2), 97-109. (in Thai)
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: a survey of the public’s ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal Australia*, 166(4), 182-186.
- Kessler, R., & Mroczek, D. (1994). *Final Versions of Our Non-Specific Psychological Distress Scale*. Ann Arbor, MI: Survey Research Center of the Institute for Social Research, University of Michigan.
- Kongsuwan, W. & Khongthong, S. (2013). “*Sad state*. In Nilmanat, K., Kongsuwan, W.” Common phenomena in the final stages of life and care. (pp. 100-120). Songkhla: Joy print. (in Thai)
- Lazarus & Folkman. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer
- Likittrakankul, I., Anson, B., Chaiyasilp, P., Phetkan, R., Poolsawat, P., Nueatet, Y., et al., (2016). *Strategies to Promote Financial Saving in Adulthood to Prepare for Seniorhood*. Songkhla: Technical Promotion and Support Office 1-12, Songkhla. (in Thai)
- Lu, D., Andersson, T. M. L., Hultman, K. F., Czene, K., Valdimarsdottir, U., & Fang, F. (2016). Clinical diagnosis of mental disorders immediately before and after cancer diagnosis: A nationwide matched cohort study in Sweden. *JAMA Oncology*, 2(9), 1188-1196.
- Namdej, N., Phongsakchal, P. & Sangournpak, O. (2018). Mental health literacy among senior high school students in Saraburi province. *Journal of Nursing and Education*, 11(3), 125- 138. (in Thai)
- Okuyama, T., Nakane, Y., Endo, C., Seto, T., Kato, K., & Seki, N., et al. (2006). Mental health literacy in Japanese cancer patients: ability to recognize depression and preferences of treatments- comparison with Japanese lay public. *Psycho-Oncology*, 16(9), 834-842. doi: 10.1002/pon.1119.

- Phosai, W., Bunchu, R., Wattraduly, D., Makkappalanon, K., & Tangkratok, P. (2020). Mental health literacy and quality of life among patients with stroke, *Chiang Mai Medical Journal*, 60(1), 63-74.
- Poon, S. H., Wang F. Q., Goh, J., Chan, Y.H., & Lim, C. L. (2019). Mental health literacy in cancer outpatients in Singapore. *East Asian Archives of Psychiatry*, 29(3), 91-94.
doi: 10.12809/ eaap1813
- Rahman, M. A., Islam, S. M. S., Nitayawan, S., Inthong, S., Tungpunkom, P., Thongyu, R., et al., (2021). COVID -19: Factors associated with psychological distress, fear, and coping strategies among community members across 17 countries. *Global Health*, 17(117) 1-19.
- Srisathitnarakun, B. (2007). *The Methodology in Nursing Research (4th Edition)*. Bangkok: UANI Intermedia. (in Thai)
- Sriwichai, N., Boonchiang, W., & Kreausukon, P. (2021). The correlation between mental health literacy, mental well-being, and loneliness among the student at Chiang Mai university. *Humanities Journal*, 22(1), 143-161. (in Thai)
- Sumneangsator, T. (2013). Coping with loss and grief. *Journal of Science and Technology*, 21(7), 658-667. (in Thai)
- Temtab, S. & Nilmanat, K. (2017). The relationship between psychological distress and coping strategies in patients with advanced or terminal stage hepatocellular carcinoma: A cross-sectional descriptive study. *Songklanagarind Journal*, 35(4), 313-324. (in Thai)
- Thasaneesuan, S. & Nilmanat, K. (2019). Psychological Distress in Patient with Cancer Undergoing Chemotherapy and Nursing Care. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 39(4), 110-119. (in Thai)
- World Health Organization. (2022) . *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon: International Agency for Research on Cancer.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยฤๅษีตัดตนต่อสมรรถภาพทางกาย
ระดับน้ำตาลในเลือด และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง
ในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา ของจังหวัดสระแก้ว ประเทศไทย

The Effectiveness of a Thai Hermit Traditional Exercise Program on Body
Composition, Blood Glucose Level, and Exercise Behavior among Elderly with Chronic
Diseases in the Thai-Cambodian Border Area of Sa Kaeo Province, Thailand

ปณณทัต ตันธนปัญญากอร์¹, นลพรรณ ขันติกุลานนท์^{1*}, ชนินันท์ ประเสริฐไทย¹,
สุทธิกาญจน์ มุงขุนทด¹, นภัสสรณ์ ฤกษ์เรืองฤทธิ์²

Phannathat Tanthanapanyakorn¹, Nonlapan Khantikulanon^{1*}, Chaninan Praserttai¹,
Sootthikarn Mungkhunthod¹, Naphatsaran Roekruangrit²

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี,

²คณะการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

¹Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage Pathum Thani Province,

²Faculty of Integration Medicine, Rajamangala University of Technology Thanyaburi

(Received: January 17, 2024; Revised: July 10, 2024; Accepted: July 19, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้เพื่อประเมินค่าสมรรถภาพทางกาย
ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา
จังหวัดสระแก้ว ประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองไถ่เถื่อน อำเภอดงหลวง จังหวัดสระแก้ว จำนวน 35 ราย เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่ม
อย่างง่าย ตามหมายเลขประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การจับฉลาก กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการออกกำลังกาย
ด้วยฤๅษีตัดตน จำนวน 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ซึ่งคัดเลือกท่าพื้นฐาน 15 ท่า เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้
แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกดัชนีสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ค่าสัมประสิทธิ์
แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test ผลการวิจัย พบว่า

1. หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบวงเอว ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p\text{-value} < .001$)

2. หลังการทดลอง ค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
($p\text{-value} < .001$)

3. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p\text{-value} < .001$)

ผลจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การออกกำลังกายด้วยฤๅษีตัดตนสามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรค
เรื้อรัง เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพสามารถประยุกต์การออกกำลังกายด้วยฤๅษีตัดตนสำหรับการดูแลผู้สูงอายุเพื่อลด
ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคเรื้อรังได้

คำสำคัญ: ออกกำลังกาย ฤๅษีตัดตน ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง ชายแดนไทย-กัมพูชา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nonlapan.khan@vru.ac.th)

Abstract

This quasi-experimental study, one-group pretest-posttest design, aimed to evaluate the effectiveness of a Thai hermit traditional exercise program on blood glucose, body composition and exercise behavior scores among elderly with chronic diseases in Sa Kaeo Province, at the Thai-Cambodian border. This study included 35 elderly individuals with a chronic disease registered for treatment at the chronic disease clinic of Khlong Kai Thuen Primary Health Care in Klong Hat District, Sa Kaeo Province. The samples were selected using simple random sampling, based on the elderly identification numbers through a lottery draw. The elderly practiced traditional hermit exercises twice weekly for six weeks, choosing 15 basic poses. Data were collected using a general information questionnaire, a health index record, and an exercise behavior assessment form, with the reliability assessed using Cronbach's alpha coefficient, yielding the 0.93 level. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests. The results showed as follows.

1. After the experiment, average weight, body mass index, and waist circumference of patients significantly decreased compared to before the experiment, with statistical significance at the .001 level ($p\text{-value} < .001$).

2. After the experiment, the average blood sugar levels significantly decreased compared to before the experiment, with statistical significance at the .001 level ($p\text{-value} < .001$).

3. After the experiment, the average exercise behavior scores significantly increased compared to before the experiment, with statistical significance at the .001 level ($p\text{-value} < .001$).

These results indicate that Thai hermit traditional exercise can promote health in elderly individuals with chronic diseases. Healthcare professionals can apply traditional Thai hermit exercises to care for the elderly and so to reduce potential complications from chronic diseases.

Keywords: Exercise, Thai Hermit Traditional, Elderly, Chronic Diseases, Thai-Cambodian Border Area

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยในช่วง 2 - 3 ทศวรรษที่ผ่านมา พบว่าสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่สัดส่วนประชากรวัยเด็กลดลง และอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรไทยเพิ่มขึ้นโดยเท่ากับ 72 ปี ในเพศชาย และ 80 ปี ในเพศหญิง (Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2023) นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรสูงอายุมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการคาดประมาณในอีก 30 ปีข้างหน้า พบว่า ในประเทศไทยจะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.9 ในปี พ.ศ.2553 เป็นร้อยละ 25 ในปี พ.ศ.2573 หรือเพิ่มเป็นมากกว่า 2 เท่าตัว (Department of Older Person, 2023) ซึ่งจากสถานการณ์นี้ทำให้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aging Society) การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุชี้ให้เห็นความสำคัญและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคตของสังคมไทย (Nuammud, Sawatdi, Thadaaphiwat, Phaikomnam, & Rojanatraku, 2021) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มประชากรที่ควรได้รับความสนใจมากขึ้น เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายซึ่งเป็นผลมาจากความเสื่อมและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง การเคลื่อนไหวลดลง และการประสานงานไม่ดี และอาจทำให้สมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย และความต้านทานของร่างกายต่อโรคต่าง ๆ ลดลง (Chen & Xu, 2020) ทำให้ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง เป็นต้น (Widjaja, Jitvimolnimit, Ajjimaporn, & Laskin, 2019)

การออกกำลังกายเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยชะลออาการ ความรุนแรง หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากวัยที่เปลี่ยนแปลง และโรคประจำตัวที่เป็นอยู่โดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรัง การออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย (Sanithnid & Banchonhattakit, 2014) โดยเฉพาะระบบหัวใจและหายใจ อีกทั้งช่วยเพิ่มความแข็งแรงทนทานให้กับกล้ามเนื้อ เพิ่มความยืดหยุ่นของร่างกาย ปรับระบบการทำงานของระบบต่าง ๆ ให้มีความสมดุล (Natason, Khanthong, & Dechakhamphu, 2020) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อย 2 - 3 วันต่อสัปดาห์ (Singthong, Khanthong, Thepsuriyanon, & Duangkeaw, 2021) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย โดยเป็นหลักการที่มีความสอดคล้องกับเป้าหมายหลักตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ได้แก่ การส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลตนเองเบื้องต้น ดังนั้นการออกกำลังกายเป็นรูปแบบหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรค หรือชะลอความเสี่ยงของการเกิดโรคในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำ สามารถลดปัญหาการเจ็บป่วยได้ (Department of Health, Ministry of Public Health, 2020)

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิดจากทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1977) เน้นถึงความเชื่อของบุคคลในความสามารถของตนเองที่จะประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรม หรือภารกิจใด ๆ ความเชื่อในความสามารถของตนเองนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ของ House (1987) เน้นถึงความสำคัญของการสนับสนุนจากสังคมที่มีผลต่อสุขภาพและพฤติกรรมของบุคคล การผสมผสานทฤษฎีทั้งสองนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยฤๅษีตัดตน หรือกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และเสริมสร้างแรงสนับสนุนจากสังคมในการปรับปรุงพฤติกรรมและสุขภาพของบุคคล ดังนั้นโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยฤๅษีตัดตนเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เนื่องจากมีความหนักในระดับเบา เป็นการออกกำลังกายที่เพิ่มความแข็งแรง ความยืดหยุ่น และการทรงตัวของร่างกาย ท่าตัดตนไม่ใช่ท่าผาดโผน หรือผีนทจนเกินไป ส่วนใหญ่เป็นท่าติดตามอิริยาบถของคนไทยที่มีความสุภาพ และสามารถปฏิบัติได้โดยคนทั่วไป โดยไม่ต้องมีอุปกรณ์ทำได้ทุกสถานที่ และผู้สูงอายุสามารถการออกกำลังกายด้วยตนเอง หรือแบบกลุ่ม (Khanthong, Sriyakul, Dechakhamphu, Krajang, Kamalashiran, & Tungsukruthai, 2021) การออกกำลังกายด้วยฤๅษีตัดตนในผู้สูงอายุสามารถเพิ่มความยืดหยุ่น ความแข็งแรง และความทนทานของกล้ามเนื้อ โดยเน้นการเคลื่อนไหวทั้งร่างกาย มีท่ากายบริหารที่ช่วยเพิ่มการเผาผลาญพลังงาน และเสริมสร้างกล้ามเนื้อ ซึ่งมีผลช่วยให้ร่างกายเผาผลาญพลังงานและไขมัน ส่งผลให้มีการลดน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบวงเอวได้ (Ngowsiri, Karuhadej, & Napapongsa, 2018) นอกจากนี้การออกกำลังกายด้วยฤๅษีตัดตนช่วยลดระดับความเครียดและส่งเสริมการผ่อนคลาย เป็นการช่วยกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อที่ใช้กลูโคสเป็นพลังงาน ซึ่งมีผลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หากผู้สูงอายุมีความสุข สนุกสนาน และเพลิดเพลินกับการออกกำลังกาย โดยการมีเพื่อนร่วมฝึกที่คอยสนับสนุน และให้กำลังใจ สามารถเพิ่มพฤติกรรมการออกกำลังกายให้มีการฝึกอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (Leelananthakul, Saman, Isasawin, Obsuntorn, & Maenpuen, 2019) นอกจากนี้การให้ข้อมูล และการจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์และมีแรงจูงใจในการออกกำลังกายต่อไป

การศึกษานี้เลือกศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา ของจังหวัดสระแก้ว เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีอัตราความชุกของโรคเรื้อรังสูง พบว่า อัตราป่วยของโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องใน 3 ปี ย้อนหลัง ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (Primary Health Service Unit Sa Kaeo Province, 2023) นอกจากนี้พื้นที่ศึกษาเป็นพื้นที่อยู่ชายแดน มีความห่างไกลจากตัวเมือง ทำให้ประชากรในพื้นที่ยังมีความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยหลักการแพทย์แผนไทย และยังยึดถือในค่านิยม ประเพณีที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษ ซึ่งฤๅษีตัดตนที่เป็นส่วนหนึ่งของภูมิปัญญาไทยที่ประชาชนให้ความสำคัญ การศึกษานี้จึงได้ออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยฤๅษีตัดตน ที่ออกแบบท่าทางที่มีความหนัก ระดับเบา ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยใช้ท่าพื้นฐาน 15 ท่า ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และเพิ่มระดับคุณภาพ

ชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ตลอดจนเป็นประโยชน์อย่างมากโดยตรงกับหน่วยงานทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตนไปปรับใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อประเมินค่าสมรรถภาพทางกาย (น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงเอว) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดสระแก้ว ประเทศไทย
2. เพื่อประเมินค่าระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดสระแก้ว ประเทศไทย
3. เพื่อประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกาย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดสระแก้ว ประเทศไทย

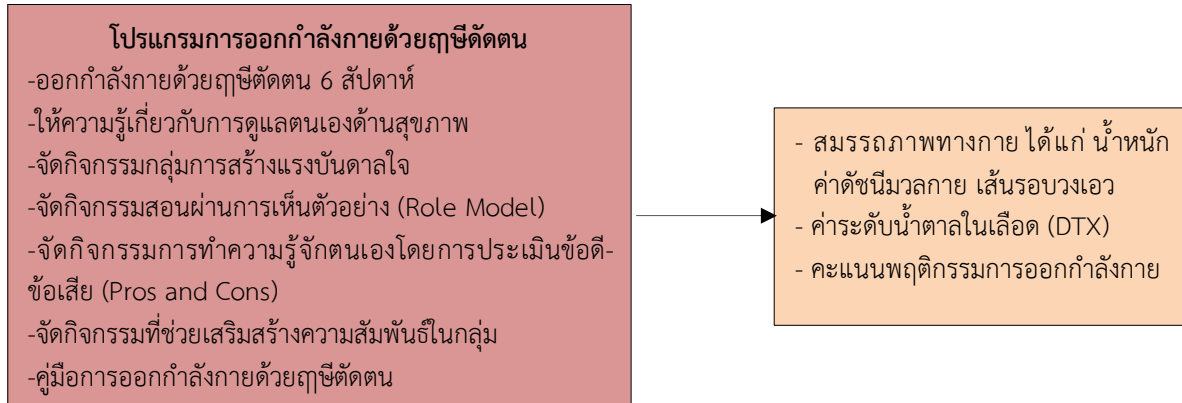
สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพทางกาย (น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงเอว) ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง
2. ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง
3. ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้พัฒนาการประยุกต์ใช้แนวคิดจากทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1977) ทฤษฎีนี้เน้นความเชื่อของบุคคลในความสามารถของตนเองในการทำสิ่งต่าง ๆ ดังนั้นโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตนสามารถใช้หลักการนี้ 1) การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน และเป็นไปได้ ผ่านกิจกรรมให้แรงบันดาลใจ โดยกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนสำหรับการออกกำลังกาย ได้แก่ ออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ตลอดระยะเวลาการทดลองทั้งหมด 6 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความมุ่งมั่น และเห็นภาพความสำเร็จได้ชัดเจน 2) การให้คำแนะนำ และข้อมูลที่ชัดเจน ผ่านกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตน สอนท่าฤๅษีดัดตนอย่างละเอียด ทั้งด้านวิธีการและประโยชน์ที่จะได้รับ เพื่อให้ผู้ฝึกเข้าใจ และมีความมั่นใจในการฝึก โดยใช้การบรรยายประกอบกิจกรรมกลุ่ม 3) การเสริมสร้างความมั่นใจ โดยให้กำลังใจและชมเชยเมื่อผู้ฝึกทำได้ หรือเมื่อเห็นความก้าวหน้าในการฝึก และ 4) การสอนผ่านการเห็นตัวอย่าง (Role Model) โดยใช้ตัวอย่างจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการฝึกฤๅษีดัดตน หรือจากผู้ประสบความสำเร็จในการฝึก เพื่อสร้างแรงบันดาลใจและความเชื่อมั่นในตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ของ House (1987) การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม อธิบายได้ว่าทฤษฎีนี้เน้นความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การสนับสนุนทางอารมณ์ การให้ข้อมูล การช่วยเหลือด้านวัสดุอุปกรณ์ และการให้คำแนะนำ ดังนั้นโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตนสามารถใช้หลักการนี้โดย 1) การสร้างกลุ่มฝึกออกกำลังกาย โดยจัดกลุ่มฝึกออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตนที่มีผู้เข้าร่วมหลายคน เพื่อให้เกิดการสนับสนุน และแรงจูงใจซึ่งกันและกัน ผู้ฝึกสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์และช่วยเหลือกัน 2) การให้การสนับสนุนทางอารมณ์ โดยผู้วิจัยจะมอบหมายให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสนับสนุนและให้กำลังใจระหว่างกัน รวมถึงการให้คำปรึกษา และรับฟังปัญหา เช่น มีผู้ฝึกสอนหรือผู้ดูแลที่สามารถให้คำปรึกษาและให้กำลังใจตลอดการฝึก 3) การให้ข้อมูล และความรู้ ผู้วิจัยจัดการสร้างเสริมความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตน ในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 และทุกครั้งเมื่อออกกำลังกายเสร็จสิ้น เพื่อให้ผู้ฝึกได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตน

4.) การจัดหาอุปกรณ์และสถานที่ ผู้วิจัยจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการฝึก และเตรียมสถานที่ที่เหมาะสม โดยใช้ห้องออกกำลังกายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีพื้นที่ปูด้วยแผ่นยางปูพื้นป้องกันการกระแทก มีพื้นที่เพียงพอ และมีอากาศถ่ายเท และ 4) การจัดกิจกรรมสนับสนุน ผ่านการจัดกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ในกลุ่ม เช่น กิจกรรมประเพณีผลและการทดสอบความก้าวหน้าทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้ฝึกเห็นความก้าวหน้าและมีแรงจูงใจในการฝึกต่อไป สามารถแสดงกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในตำบลคลองไถ่เลื่อน จำนวน 134 คน (Primary Health Service Unit Sa Kaeo Province, 2023) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังของตำบลคลองไถ่เลื่อน จำนวน 35 คน โดยขนาดตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรม G*Power กำหนดค่า Alpha ที่ 0.05 ใช้ค่าอำนาจการทดสอบที่ 0.95 และค่า Effect Size เท่ากับ 0.63 (Thaworn & Samruayruen, 2021) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 35 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยกำหนดหมายเลขประจำตัวให้กับกลุ่มตัวอย่าง หมายเลข 1 - 134 แล้วจับฉลากแบบไม่ใส่คืนกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง หากกลุ่มตัวอย่างที่ได้ไม่เป็นไปตามเกณฑ์จะจับฉลากใหม่จนได้จำนวนขนาดตัวอย่างครบ 35 คน

สำหรับเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นเพศชายหรือหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองไถ่เลื่อน อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป และ 3) สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกระดูกเสื่อม หรือข้อเข่าเสื่อม ตลอดจนสามารถเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคข้อเข่าเสื่อม โรคกระดูกพรุน ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ต่อเนื่องเนื่องจากเกิดความผิดปกติด้านร่างกาย ได้แก่ ข้อต่ออักเสบ ข้อบาดเจ็บ กล้ามเนื้ออักเสบ กล้ามเนื้อบาดเจ็บ เป็นต้น หรือมีอาการแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังระหว่างการวิจัย ได้แก่ ภาวะไตเสื่อม จอประสาทตาผิดปกติ เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยฤๅษีตัดตนสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีระยะเวลาการวิจัยทั้งหมด 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 - 40 นาที รวมทั้งสิ้น 12 ครั้ง สำหรับทุกวันอังคารและเสาร์ จัดกิจกรรมที่โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองไถ่เลื่อน โดยวัดผลการทดลองจำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 6) ได้แก่ ค่าสมรรถภาพทางกาย (Body Composition) ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งวัดและประเมินโดยผู้วิจัย และพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับคู่มือออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตนเพื่อใช้ศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเอง

สำหรับรายละเอียดของโปรแกรมการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1) เป็นกิจกรรมการเตรียมความพร้อม และวัดผลก่อนการทดลอง โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ และแรงบันดาลใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ผ่านกิจกรรมกลุ่ม โดยมอบหมายให้ผู้สูงอายุกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนสำหรับการออกกำลังกาย เช่น ฝึกท่าฤๅษีดัดตน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ตลอดระยะเวลาการทดลองทั้งหมด 6 สัปดาห์ กำหนดเป้าหมายการลดน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงเอว และระดับน้ำตาลในเลือดที่เป็นไปได้และท้าทายสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ฝึกมีความมุ่งมั่นและเห็นภาพความสำเร็จ ได้ชัดเจน นอกจากนี้จัดกิจกรรมการสอนผ่านการเห็นตัวอย่าง (Role Model) ใช้ตัวอย่างจากผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในการฝึกฤๅษีดัดตนและลดน้ำหนัก หรือปรับปรุงสุขภาพตนเองได้ดี เพื่อเป็นแรงบันดาลใจและความเชื่อมั่น ในตนเอง ตลอดจนสร้างเสริมความรู้การดูแลตนเองด้านสุขภาพเกี่ยวกับวิธีการลดน้ำหนักและการควบคุมอาหาร ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และสำหรับสัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 2) เป็นกิจกรรมการทำความรู้จักตนเอง โดยการประเมิน ข้อดี-ข้อเสีย (Pros and Cons) ของการออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตน ตลอดจนให้คำแนะนำและข้อมูลที่ชัดเจน ผ่านกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตน สอนท่าฤๅษีดัดตน อย่างละเอียด พร้อมทั้งอธิบายประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกแต่ละท่าเพื่อให้ผู้ฝึกเข้าใจและมีความมั่นใจในการฝึก โดยใช้การบรรยายประกอบกิจกรรมกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 2 - 6 (ครั้งที่ 3 - 11) ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตน โดยจัดกิจกรรม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลคลองไถ่เลื่อน ซึ่งเป็นการออกกำลังกายแบบกลุ่มที่มีผู้เข้าร่วมหลายคน เพื่อให้เกิดการสนับสนุนและแรงจูงใจซึ่งกันและกัน ผู้ฝึกสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์และช่วยเหลือกัน ซึ่งก่อนการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งผู้วิจัยจัดทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไปนัดหมายและติดตามผู้สูงอายุ สำหรับการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายแต่ละครั้ง ล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน สำหรับผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถ เดินทางมาเองได้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะเป็นผู้รับส่งผู้สูงอายุตลอดระยะเวลาการทดลอง การศึกษานี้ใช้การออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตนจาก “คู่มือขยับกาย สบายชีวิด้วยกายบริหารแบบไทยฤๅษีดัดตน พื้นฐาน” โดยใช้ท่าทางการออกกำลังกายจำนวน 15 ท่า ท่าละ 5 ครั้ง ที่เป็นไปตามหลักการแพทย์แพทย์ไทย ที่ปลอดภัย เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และมีประโยชน์ที่หลากหลาย

การออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตนใช้ห้องออกกำลังกายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีพื้นที่ปู ด้วยแผ่นยางปูพื้นป้องกันการกระแทก มีพื้นที่เพียงพอและมีอากาศถ่ายเท และมีผู้ร่วมวิจัยดูแลอย่างใกล้ชิด ขณะออกกำลังกาย ภายหลังกิจกรรมการออกกำลังกายเสร็จสิ้นแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจัดกิจกรรมสนับสนุน ผ่านการช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ในกลุ่ม โดยการประเมินผลและการทดสอบความก้าวหน้าทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้ฝึก เห็นความก้าวหน้าและมีแรงจูงใจในการฝึกต่อไป ตลอดจนผู้วิจัยจะมอบหมายให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสนับสนุน และให้กำลังใจระหว่างผู้ฝึกด้วยกัน รวมถึงการให้คำปรึกษาและรับฟังปัญหา เช่น มีผู้ฝึกสอนหรือผู้ดูแลที่สามารถ ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจตลอดการฝึก ตลอดจนผู้วิจัยมีการประเมิน สอบถามผู้สูงอายุทุกครั้งเกี่ยวกับการได้รับ บาดเจ็บ หรือผลกระทบจากการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นจากการออกกำลังกาย นอกจากนี้ ผู้วิจัยเสริมสร้างความมั่นใจ ให้กำลังใจและชมเชยเมื่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทำได้ดี หรือเมื่อเห็นความก้าวหน้าในการฝึก เช่น เมื่อผู้ฝึกสามารถทำท่าใหม่ได้ หรือเมื่อเห็นความแข็งแรงของร่างกายเพิ่มขึ้น และสำหรับสัปดาห์ที่ (ครั้งที่ 12) ผู้วิจัยดำเนินการสรุปผลการดำเนินการวิจัย และมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างประเมินสิ่งที่ได้เรียนรู้ โดยการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ร่วมกัน และวัดผลหลังการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส การอยู่อาศัย โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ป่วยโรคเรื้อรัง การมารับรักษาตามนัด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกดัชนีสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อบันทึกสมรรถภาพทางกาย ได้แก่ น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงเอว โดยใช้เครื่องมือ TANITA Inner Scan Body Composition รุ่น BC-541N และสายวัดเอว ตลอดจนบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกาย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนปัญหา แนวคิดทฤษฎี และงานวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกเท่านั้น จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert) ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย ซึ่งให้คะแนน 3, 2 และ 1 ตามลำดับ โดยมีเกณฑ์แบ่งระดับคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย 3 ระดับ (Best, 1977) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.66 หมายถึง ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 1.67 - 2.33 หมายถึง ระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.00 หมายถึง ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ได้รับการประเมินความเหมาะสมโดยจากผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพ พยาบาล และแพทย์แผนไทย จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยใช้ค่า Index of Item- Objective Congruence (IOC) พบว่าค่า IOC ของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกดัชนีสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกายเท่ากับ .67 และ 1.00 และสำหรับความเที่ยงเครื่องมือโดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในตำบลอื่นของอำเภอคลองหาด ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient ของแบบประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกายเท่ากับ .93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เมื่อได้รับการอนุญาตแล้วดำเนินการคัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมการวิจัยโดยประชาสัมพันธ์ผ่านคลินิกโรคเรื้อรังซึ่งพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าการวิจัย เมื่อได้ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยการพูดคุย และมีเอกสารชี้แจงสำหรับการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ความยินยอมจึงดำเนินการขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขั้นการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตนโดยใช้ท่าทางการออกกำลังกาย จำนวน 15 ท่า ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม พ.ศ. 2567 ทั้งหมด 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 - 40 นาที รวมทั้งสิ้น 12 ครั้ง ทุกวันอังคาร และเสาร์ สำหรับการประเมินใช้เวลาประมาณ 10 นาที โดยวัดและประเมินผลจำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 6)

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการวัดผลหลังการทดลอง ประกอบด้วยค่าสมรรถภาพทางกาย ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) และพฤติกรรมการออกกำลังกาย หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลตามแผนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test ใช้เพื่อทดสอบตัวแปรตามว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติหรือไม่ (Goodness of Fit) พบว่า ตัวแปรตามได้แก่ น้ำหนัก ($p\text{-value} = .561$) ดัชนีมวลกาย ($p\text{-value} = .471$) เส้นรอบวงเอว ($p\text{-value} = .263$) ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ($p\text{-value} = .138$) และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($p\text{-value} = .175$) จะเห็นว่าตัวแปรตามทุกตัวมีการแจกแจงแบบปกติ โดยมีค่า $p\text{-value} > .05$ และใช้สถิติ Paired t-test

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ เลขที่โครงการ 0100/2566 ลงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.57 เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60 - 69 ปี) ร้อยละ 82.86 มีอายุเฉลี่ย 66.71 ปี ($SD = 6.45$) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 82.86 มากกว่าครึ่งมีรายได้ต่อเดือน 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 57.14 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.00 ส่วนมากอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 88.57 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 74.28 สำหรับข้อมูลทางด้านสุขภาพ พบว่า ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 100.00 รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.28 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 22.85 ซึ่งส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 6 - 10 ปี ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ 1 - 5 ปี ร้อยละ 37.14 โดยมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาป่วยด้วยโรคเรื้อรังเท่ากับ 8.20 ปี ($SD = 5.16$) นอกจากนี้ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 62.86 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 37.14

2. ประเมินค่าสมรรถภาพทางกาย (น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงเอว) ค่าความดันโลหิต ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดสระแก้ว ประเทศไทย

ตาราง 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพทางกาย ค่าความดันโลหิต ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง ($n = 35$)

ตัวแปรที่ศึกษา	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mean Diff.</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i> (1-tailed)
น้ำหนัก (kg)					
ก่อนการทดลอง	64.49	12.20	2.457	5.964	<.001
หลังการทดลอง	62.03	11.43			
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)					
ก่อนการทดลอง	24.89	4.00	.688	5.541	<.001
หลังการทดลอง	24.24	3.58			
เส้นรอบวงเอว (cm)					
ก่อนการทดลอง	90.34	11.01	2.260	6.260	<.001
หลังการทดลอง	88.08	10.81			
ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)					
ก่อนการทดลอง	149.23	36.40	7.228	4.307	<.001
หลังการทดลอง	142.20	35.06			

ตัวแปรที่ศึกษา	M	SD	Mean Diff.	t	p-value (1-tailed)
คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย					
ก่อนการทดลอง	15.82	2.93	-7.657	-16.08	<.001
หลังการทดลอง	23.48	2.73			

จากตาราง 1 พบว่า ภายหลังจากการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น ได้แก่ ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักลดลง ($M = 62.03, SD = 11.43$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ($M = 64.49, SD = 12.20$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายลดลง ($M = 24.24, SD = 3.58$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ($M = 24.89, SD = 4.00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และค่าเฉลี่ยของเส้นรอบวงเอวลดลง ($M = 88.08, SD = 10.81$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ($M = 90.34, SD = 11.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ($M = 142.20, SD = 35.06$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ($M = 149.23, SD = 36.40$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ($M = 23.48, SD = 2.73$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ($M = 15.82, SD = 2.93$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตนสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชาของจังหวัดสระแก้ว ประเทศไทย พบว่า ภายหลังจากการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงเอว ค่าความดันโลหิตตัวล่าง ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง สามารถอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

ภายหลังจากการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น ได้แก่ ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักดัชนีมวลกาย และเส้นรอบวงเอวลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง สามารถอภิปรายได้ว่า การออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตนเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เนื่องจากมีความหนักในระดับเบา เป็นการออกกำลังกายที่เพิ่มความแข็งแรงความยืดหยุ่น และการทรงตัวของร่างกาย ทำดัดตนไม่ใช่ท่าผาดโผน หรือผิวนตจนเกินไป หากกลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตนจนครบ 6 สัปดาห์ สามารถลดน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบวงเอวได้ เนื่องจากการออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตนมีลักษณะของการเคลื่อนไหวร่างกายที่เน้นการเคลื่อนไหวทั้งร่างกาย จะช่วยเพิ่มการเผาผลาญพลังงานและไขมัน และช่วยเพิ่มกล้ามเนื้อ ซึ่งส่งผลให้มีการลดน้ำหนักและดัชนีมวลกาย (Yang, Huang, Yang, Xu, Guo, & Wang, 2023) นอกจากนี้ออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตนเน้นการเคลื่อนไหวของลำตัวช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อรอบเอว ซึ่งจะช่วยลดเส้นรอบวงเอวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sawangwong, Tungskruthai, Nootim, Sriyakul, Phetkate, Pawa et al. (2023) ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตนในผู้สูงอายุ โดยกลุ่มทดลองได้รับการออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตนครั้งละ 60 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนัก และดัชนีมวลกาย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการทดลอง

ภายหลังจากการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง สามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตนเป็นการผสมผสานเป็นภูมิปัญญาไทยเพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเบื้องต้น ช่วยให้มีความแข็งแรงยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้ร่างกายตื่นตัว แข็งแรง และเป็นการพักผ่อน ท่าต่าง ๆ นับเป็นการออกกำลังกายที่สามารถทำได้ในทุกอิริยาบถ และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการหายใจที่ถูกต้อง ตลอดจนการออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตนผ่านการเคลื่อนไหวร่างกายมีผลช่วยกระตุ้น

การทำงานของกล้ามเนื้อที่ใช้กลูโคสเป็นพลังงานซึ่งจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกายด้วยฤๅษีติดตนเน้นการควบคุมลมหายใจและการฝึกสมาธิ ซึ่งช่วยลดความเครียด ฮอโมนความเครียดอย่างคอร์ติซอลจะลดลง (Taweekarn Vannajak & Vannajak, 2023) ซึ่งส่งผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้การออกกำลังกายช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดในร่างกาย ซึ่งส่งผลให้เซลล์ได้รับออกซิเจน และสารอาหารมากขึ้น รวมถึงกลูโคสจึงช่วยในการลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sawangwong, Tungsukruthai, Nootim, Sriyakul, Phetkate, Pawa et al. (2023) ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยฤๅษีติดตนในผู้สูงอายุ โดยกลุ่มทดลองได้รับการออกกำลังกายด้วยฤๅษีติดตน ครั้งละ 60 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลอง ($p\text{-value} < .001$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายด้วยฤๅษีติดตนเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง สามารถอธิบายได้ว่าการออกกำลังกายด้วยฤๅษีติดตนในผู้สูงอายุเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายที่เหมาะสม สอดคล้องกับทฤษฎีความสามารถตนเอง (Bandura, 1977) และการสนับสนุนทางสังคม (House, 1987) เมื่อนำมาประยุกต์ใช้สามารถพัฒนาพฤติกรรมการออกกำลังกาย จะเห็นได้ว่าการเสริมสร้างความสามารถของตนเอง และการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการให้กำลังใจจะสามารถสนับสนุนให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายได้ต่อเนื่อง (de Assis & Murawska-Ciatowicz, 2023) นอกจากนี้การออกกำลังกายด้วยฤๅษีติดตนใช้หลักการจัดสมดุลโครงสร้างของร่างกาย โดยสร้างสมดุลของโครงสร้างกระดูกกล้ามเนื้อเส้นเอ็น และเนื้อเยื่อต่าง ๆ ส่งผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต ระบบอวัยวะ และระบบอัตโนมัติต่างๆ และทำให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ การออกกำลังกายด้วยฤๅษีติดตนสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสุข สนุกสนาน และเพลิดเพลินกับการออกกำลังกาย ซึ่งจะช่วยให้มีการฝึกอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ตลอดจนการฝึกในกลุ่มหรือการมีผู้ฝึกสอนที่ให้คำแนะนำ และกำลังใจจะช่วยให้เสริมสร้างความมุ่งมั่น และแรงจูงใจในการออกกำลังกาย ดังนั้นการออกกำลังกายด้วยฤๅษีติดตนมีประโยชน์หลากหลายทั้งทางกายและจิตใจ และการฝึกอย่างต่อเนื่องสามารถช่วยปรับปรุงสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sanithnid & Banphonhattakit (2014) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายแบบฤๅษีติดตนในกลุ่มผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม โดยกลุ่มทดลองได้รับการออกกำลังกายด้วยฤๅษีติดตน ครั้งละ 30 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายแบบฤๅษีติดตนสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติตนในการออกกำลังกายได้

การศึกษานี้มีข้อจำกัด ได้แก่ ขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ค่อนข้างน้อย การศึกษาที่ใช้กลุ่มเดียวอาจจะไม่เห็นผลของโปรแกรมที่ชัดเจนเนื่องจากไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และผลการศึกษาสามารถนำไปใช้อ้างอิงในผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สูงอายุในการศึกษานี้เท่านั้น เนื่องจากบริบทของผู้สูงอายุอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละสถานที่ นอกจากนี้โปรแกรมควรมีการฝึกทักษะด้านอื่น เช่น การเลือกรับประทานอาหารเพื่อให้มีภาวะโภชนาการที่ดี การลดการสูบบุหรี่ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การเข้าสังคมด้วยการทำกิจกรรมกลุ่มหรือการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมสาธารณะประโยชน์เพื่อส่งเสริมสุขภาพทางสังคม เป็นต้น ตลอดจนควรมีการติดตามวัดผลการทดลองในเวลา 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อให้เห็นผลของการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรต่าง ๆ ที่มีความยั่งยืนมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการออกกำลังกายในระยะยาวที่จะช่วยลดน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ค่าความดัน ค่าระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง และสามารถควบคุมให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรเน้นให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพเห็นความสำคัญและส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยฤๅษีตัดตน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ
2. ข้อมูลจากการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์อย่างมากกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ สามารถนำโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยฤๅษีตัดตนไปปรับใช้ได้สำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ นำไปสู่การกำหนดนโยบาย หรือแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยฤๅษีตัดตนอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางกาย ลดระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น
3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง ตลอดจนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกับชมรมผู้สูงอายุสามารถให้พัฒนาแกนนำผู้สูงอายุให้ส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยฤๅษีตัดตน หรือสร้างความภาคภูมิใจในการเป็นต้นแบบทางด้านสุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัย และประเมินผลของโปรแกรมในระยะยาว และมีการติดตามผลการทดลองเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการวัดผลตัวแปรต่าง ๆ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ
2. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเปรียบเทียบกับ 2 กลุ่ม ในการศึกษาครั้งต่อไป และติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือน เพื่อทดสอบความคงอยู่ของผลการออกกำลังกายด้วยฤๅษีตัดตน
3. ควรพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้สามารถเป็นแกนนำในการออกกำลังกายด้วยฤๅษีตัดตนสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่บ้าน เนื่องจากข้อจำกัดในการเดินทางของผู้สูงอายุที่พบจากการศึกษานี้
4. การศึกษานี้ไม่มีรายละเอียดของภาวะโภชนาการ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญ ดังนั้นการออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพ โปรแกรมการทดลองต่อไปควรมีควบคุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกายด้วยฤๅษีตัดตน

References

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191–215.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Chen, L., & Xu, X. (2020). Effect evaluation of the long-term care insurance (LTCI) system on the health care of the elderly: A review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 863-875.
- de Assis, G.G., & Murawska-Ciałowicz, E. (2023). Exercise and weight management: The role of Leptin-A systematic review and update of clinical data from 2000–2022. *Journal of Clinical Medicine*, 1-17.
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2020). *Guidelines for Health Promotion & Prevention Individual Wellness Plan*. Retrieved November 22, 2023, from <https://hp.anamai.moph.go.th/th/kmresearchperson/download/?did=204975&id=73943&reload=>. (in Thai)
- Department of Older Persons. (2023). *Elderly statistics*. Retrieved November 30, 2023 from <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962>. (in Thai)
- House, J. S. (1987). Social support and social structure. *Social Forum*, 2, 135–146.

- Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (2023). *Mahidol Population Gazette 2023*. Retrieved December 3, 2023 from <https://ipsr.mahidol.ac.th/population-gazette/>. (in Thai)
- Khanthong, P., Sriyakul, K., Dechakhamphu, A., Krajang, A., Kamalashiran, C., & Tungsukruthai, P. (2021). Traditional Thai exercise (Ruesi Dadton) for improving motor and cognitive functions in mild cognitive impairment: A randomized controlled trial. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 17(5), 331-338.
- Leelananthakul, W., Saman, N., Isasawin, S., Obsuntorn, S., & Maenpuen, S. (2019). Effects of Ruesi Dadton (self-stretching for chest exercise) training on blood pressure, heart rate and cardiopulmonary function in elderly subjects with primary (essential) hypertension. *Thammasat Medical Journal*, 19(2), 334-347. (in Thai)
- Natason, A., Khanthong, P., & Dechakhamphu, A. (2020). The effect of “Ruesedutton” exercise postures on nutritional status and quality of life in older people. *Ramathibodi Nursing Journal*, 26(1), 90-106. (in Thai)
- Ngowsiri, K., Karuhadej, P. & Napapongsa, K. (2018). Effectiveness of Thai mind-body exercise “Rusie Dutton” on blood pressure and quality of life in older adults in Bangkok, Thailand. *Journal of Public Health and Development*, 16(3), 41-53. (in Thai)
- Nuammud, W., Sawatdi, A., Thadaaphiwat, M., Phaikomnam, P., & Rojanatraku, T. (2021). The change of population structure in the future. *Journal of Legal Entity Management and Local Innovation*, 8(8), 435-445. (in Thai)
- Primary Health Service Unit Sa Kaeo Province. (2023). *Statistics of Non-communicable Diseases*. Retrieved December 3, 2023, from <http://www.sko.moph.go.th>. (in Thai)
- Sanithnid, S. & Banchonhattakit, P. (2014). Effect of promoting ascetic exercise program for the elderly aging group by applying self-efficacy theory and social support in Nam Phong district, Khon Kaen province. *Srinagarind Medical Journal*, 29(3), 304-310. (in Thai)
- Sawangwong, P., Tungsukruthai, S., Nootim, P., Sriyakul, K., Phetkate, P., & Pawa K.K., et al. (2023). The effects of 12-week traditional Thai exercise (Ruesi Dadton) on glycemic control and inflammatory markers in prediabetes: A randomized controlled trial. *Life(Basel)*, 13(11), 2166.
- Singthong, P., Khanthong, P., Thepsuriyanon, K., & Duangkeaw, O. (2021). The Effect of Ruesi Dadton Exercise on Balance Ability and Quality of Life of Early-Stage Knee Osteoarthritis in Middle-aged Women. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 31(1), 33-44. (in Thai)
- Taweekarn Vannajak, P. & Vannajak, K. (2023). Comparison of the effects of exercise between flexibility exercise group and Rousi Dudton group on changes in thoracic kyphosis. *The Public Health Journal of Burapha University*, 18(1), 14-22. (in Thai)
- Thaworn, A. & Samruayruen, K. (2021). The effectiveness of health literacy program on self-care behavior among hypertensive patients, Tambon Aranyik health promotion hospital, Mueang district, Phitsanulok province. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 16(1), 65–77. (in Thai)

- Widjaja, W., Jitvimolnimit, K., Ajjimaporn, A., & Laskin, J. J. (2019). Effect of modified Thai yoga on energy cost and metabolic intensity in obese older adult Thai women. *Advances in Rehabilitation*, 33(3), 47-54.
- Yang, Z., Huang, K., Yang, Y., Xu, Q., Guo, Q., & Wang, X. (2023). Efficacy of traditional Chinese exercise for obesity: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Endocrinology*, 14, 1028708

ผลของการใช้แอปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสาน
 ต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ และน้ำหนักทารกแรกเกิด
 Effects of Nutritional Promoting Mobile Application for Pregnant Women:
 Isan Food on Gestational Weight Gain and Infant Birth Weight

ดารุนีย์ สวัสดิ์โชติ^{1*}, ทศน์วรรณ สุนันตะ¹

Darunee Sawasdichot^{1*}, Tatsawan Sunanta¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

¹Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhonphanom University

(Receive: October 20, 2023; Revised: April 7, 2024; Accepted: June 5, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบเปรียบเทียบสองกลุ่มภายหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ปกติและน้ำหนักทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และเพื่อประเมินความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสาน โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือแอปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสาน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์ด้านโภชนาการขณะตั้งครรภ์ และแบบประเมินความพึงพอใจ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์และการทดสอบค่าทีอิสระ ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มทดลองมีน้ำหนักเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ปกติมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. กลุ่มทดลองมีน้ำหนักเฉลี่ยทารกแรกเกิดมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
3. คะแนนเฉลี่ยการประเมินคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์การส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.67$, $SD = .54$)

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พยาบาลในหน่วยฝากครรภ์ควรนำแอปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสาน ไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมด้านโภชนาการที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ปกติ และมีน้ำหนักทารกแรกเกิดที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: แอปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ น้ำหนักทารกแรกเกิด ความพึงพอใจ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: daruneesri2521@gmail.com)

Abstract

The objectives of this two-group post-test quasi-experimental research were to compare gestational weight gain and infant birth weight between the experimental group and the control group, and to evaluate the satisfaction with use of the nutritional promoting mobile application for pregnant women: Isan food using Pender's Health Promotion Model as the conceptual framework. The samples consisted of 50 pregnant women under the antenatal care of Nakhon Phanom Hospital, and divided into the experimental group and the control group of 25 people each. The research instrument was the nutritional promoting mobile application for pregnant women: Isan food. Data were collected through interviews and a data recording form and a satisfaction evaluation form with the Cronbach's alpha coefficient of .82. The data were analyzed using descriptive statistics, chi-square and t-tests. The results were as follows.

1. The mean gestational weight gain of the experimental group was significantly higher than that of the control group ($p\text{-value} < .01$).

2. The mean infant birth weight of the experimental group was significantly higher than that of the control group ($p\text{-value} < .01$).

3. The mean satisfaction score on the use of the nutritional promoting mobile application for pregnant women: Isan food was at the highest level ($M = 3.67$, $SD = 0.54$).

According to the research findings, nurses in the antenatal care unit should implement the nutritional promoting mobile application among pregnant women: Isan food to promote appropriate nutritional behavior to allow pregnant women to have normal gestational weight gain and proper infant birth weight.

Keywords: Nutritional Promoting Mobile Application, Gestational Weight Gain, Infant Birth Weight, Satisfaction

บทนำ

การตั้งครรภ์เป็นช่วงเวลาที่ย่างกายของสตรีมีความต้องการพลังงานและสารอาหารเพิ่มมากขึ้นกว่าช่วงปกติ 300 กิโลแคลอรีต่อวัน โดยเฉพาะไตรมาส 2 - 3 เริ่มตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ (Cunningham, Leveno, Dashe, Hoffman, Spong & Casey, 2022) ทั้งนี้เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การเจริญเติบโต และการพัฒนาของทารกในครรภ์ ที่จะนำไปใช้เสริมสร้างเป็นส่วนประกอบต่าง ๆ ได้แก่ มดลูก รก น้ำคร่ำ ปริมาณเลือดในร่างกาย ของเหลวในร่างกาย เต้านม ไขมันที่สะสมไว้ และน้ำหนักของทารกประมาณ 3,400 กรัม (Pillitteri, 2014) สารอาหารที่มารดาได้รับยังป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะส่งผลต่อสุขภาพของมารดาและทารก ได้แก่ โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โรคจากการขาดสารไอโอดีน ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ ภาวะทุพโภชนาการ การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด ภาวะตกเลือดและการติดเชื้อ ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ทารกมีความผิดปกติและความพิการแต่กำเนิด หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจส่งผลให้มารดาเกิดการเจ็บป่วย และส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอด ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้เต็มศักยภาพ ทำให้ทารกเกิดการเจ็บป่วย ส่งผลให้การเจริญเติบโตและพัฒนาไม่เหมาะสมตามวัย และเสียชีวิตในเวลาต่อมาได้ (World Health Organization [WHO], 2016)

การดำเนินการในการส่งเสริมด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ในปัจจุบัน มีรูปแบบการปฏิบัติ ได้แก่ การให้ความรู้ด้านโภชนาการขณะตั้งครรภ์ การประเมินคัดกรอง ติดตามผล การเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการของมารดา ได้แก่ การซักประวัติหรือจดบันทึกอาหารใน 24 ชั่วโมง ติดต่อกันเป็นเวลา 7 วัน การติดตามน้ำหนัก

ที่เพิ่มขึ้นในแต่ละสัปดาห์ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์สอดคล้องกับดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) การตรวจทางห้องปฏิบัติการหาค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) การเฝ้าระวังติดตามกราฟโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ (Vallop Curve) กราฟความสูงของยอดมดลูก และผลลัพธ์ที่สะท้อนถึงภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่ดีที่สุดคือน้ำหนักทารกแรกคลอดไม่น้อยกว่า 2,500 กรัม (Sawasdichot, 2013) แต่อย่างก็ตามผลการดำเนินงานในประเทศไทย ปี พ.ศ 2562 - 2563 พบทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 10.5 และ 10.0 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายของตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 7 (National Statistical Office, 2021) อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีในการสื่อสาร การบริการอินเทอร์เน็ต และสมาร์ตโฟนที่ตอบสนองการใช้ในชีวิตประจำวัน ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสมัยใหม่ง่ายขึ้น ประกอบกับการเกิดโรคติดเชื้ออุบัติการณ์ใหม่ไวรัสโคโรนา ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและการให้บริการทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะในการให้ความรู้ด้านสุขภาพแบบกลุ่มนั้นทำได้ยาก และมีการหลีกเลี่ยงหรือลดระยะเวลาการใช้บริการในพื้นที่เสี่ยง โดยเฉพาะโรงพยาบาลให้น้อยลง รูปแบบของการให้ความรู้ด้านสุขภาพจึงปรับเปลี่ยนไปตามความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี รวมทั้งบริบทของพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีลักษณะเฉพาะของวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของชาวอีสานที่เป็นภูมิปัญญาด้านอาหารที่สะสมปฏิบัติสืบทอดกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษนิยมปรุงอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ได้แก่ ลาบ ก้อยเนื้อ กุ้ง ปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ส้มปลา ปลาจ่อม ส้มปลาน้อย หม่าปลา และปลาร้า ซึ่งรายการอาหารเหล่านี้เป็นอาหารประจำท้องถิ่นของชนบทอีสาน ที่อาจทำให้มีพยาธิปนมากับอาหารที่รับประทานได้ (Mungthane, 2019) การส่งเสริมโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ให้มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น จึงเป็นสิ่งสำคัญในการแก้ไขปัญหาการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการสำหรับทีมสุขภาพ (Sawasdichot, 2013)

แนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้กล่าวว่าการที่บุคคลจะลงมือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ มาจากอิทธิพลของปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ และปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์สิ่งแวดล้อม ที่จะส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ซึ่งการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาใช้ในการศึกษาที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมด้านโภชนาการขณะตั้งครรภ์ที่ดีได้แก่ การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์และน้ำหนักทารกแรกเกิด ประกอบ การให้ความรู้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มโดยใช้สื่อผสม การอภิปรายร่วมกัน การบันทึกอาหาร 24 ชั่วโมง การสอบถามปัญหาและการรับประทานอาหารเป็นรายบุคคล พบว่าสัดส่วนน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ตรงตามเกณฑ์ดัชนีมวลกายและค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิดในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มทดลอง (Buranasak, Hungsawanus, Raiva, Pungbangkadee, & Khadking, 2020) และการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการโดยการเฝ้าติดตามตนเองต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีขณะตั้งครรภ์ โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการตามแนวคิดของเพนเดอร์ ร่วมกับโมบายแอปพลิเคชัน Z-Baby Plus พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักที่มากกว่าเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Boonjeem, Xuto, & Supavitpatana, 2019) ดังนั้นการนำแอปพลิเคชันต่าง ๆ มาใช้ได้อย่างเหมาะสม จะเป็นประโยชน์กับผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพมากที่สุดทั้งในด้านการให้ความรู้ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี มีความสะดวกต่อการใช้งานและเกิดความพึงพอใจ ดังเช่น การศึกษาการใช้ไลน์แอปพลิเคชันในการเตรียมคลอด พบว่าหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกมีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมคลอดเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม (Naorisorn, Phuangkaew, Pengsawang, Wajanasin, Phoopanee, Saengram et. al, 2023) และการศึกษาการใช้แอปพลิเคชันแอนดรอยด์ เรื่องรักสุขภาพ พบว่านักศึกษาที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก มีความสะดวกต่อการใช้งาน (Thongfuang & Sahapong, 2015)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาแอปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสาน ที่สามารถให้ความรู้ด้านโภชนาการขณะตั้งครรภ์ที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับวัฒนธรรมของท้องถิ่นด้านอาหารของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ทำให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าเพิ่มขึ้น รับรู้ต่ออุปสรรคของการเลือกรับประทานอาหารลดลง รับรู้สมรรถนะในตนเองที่จะสามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสามารถจัดหาอาหารมารับประทานได้ง่ายตามฤดูกาลในท้องถิ่น ซึ่งมีราคาถูกกว่าอาหารนอกฤดูกาล และเหมาะสมกับภาวะเศรษฐกิจรายได้ของครอบครัว จึงเกิดความรู้สึกรู้สึกนึกคิดในทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าเพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกันก็เกิดอิทธิพลระหว่างบุคคล จากเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข ในการให้คำแนะนำปรึกษาด้านโภชนาการที่ถูกต้อง ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมด้านโภชนาการขณะตั้งครรภ์ที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง และเกิดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมที่สะท้อนถึงพฤติกรรมส่งเสริมโภชนาการขณะตั้งครรภ์ที่ดีมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ และน้ำหนักทารกแรกเกิดที่เหมาะสมได้

วัตถุประสงค์วิจัย

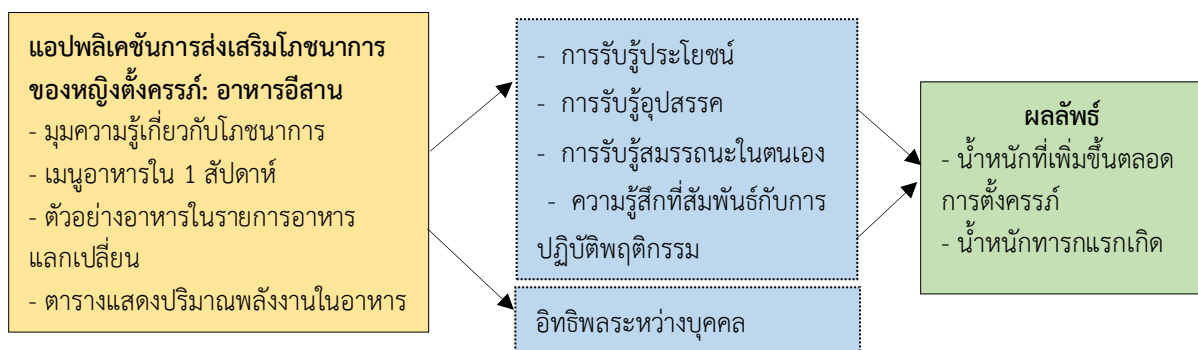
1. เพื่อเปรียบเทียบน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ปกติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบน้ำหนักทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสาน ในหญิงตั้งครรภ์

สมมติฐานวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีน้ำหนักเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ปกติมากกว่ากลุ่มควบคุม
2. หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีน้ำหนักเฉลี่ยทารกแรกเกิดมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ซึ่งได้กล่าวไว้ว่าการที่บุคคลจะลงมือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและมีความต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้นเป็นผลมาจากอิทธิพลของปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ และปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและเกิดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมของบุคคลขึ้น โดยการให้ความรู้ด้านโภชนาการในรูปแบบการใช้แอปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสาน จะส่งผลต่อปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ (Behavior-Specific Cognitions and Affect) และเกิดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมที่สะท้อนถึงพฤติกรรมส่งเสริมโภชนาการขณะตั้งครรภ์ที่ดีคือ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ และน้ำหนักทารกแรกเกิดโดยแสดงเป็นกรอบแนวคิดตามแผนภูมิที่แสดงไว้ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบเปรียบเทียบสองกลุ่ม ภายหลังการทดลอง (Two Group Posttest Quasi-Experimental Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 18 - 34 ปี และมารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครพนม โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นหญิงตั้งครรภ์ครรภ์เดียว 2) มีอายุครรภ์ 20 - 28 สัปดาห์ และรับประทานอาหารอีสาน 3) น้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยใช้เกณฑ์ BMI อยู่ในช่วง 18.5 - 24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและภาวะเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ โรคไทรอยด์ โรคหอบหืด โรคหัวใจ ภาวะตกเลือดในระยั้งครรภ์ โรคธาลัสซีเมียระดับรุนแรง การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ 5) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 6) สามารถใช้งานระบบสื่อสารผ่านทางระบบ อินเทอร์เน็ต 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการตั้งครรภ์แฝด ทารกในครรภ์ มีความพิการแต่กำเนิด มีภาวะบวมเกิน + 1 และมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้ว ผู้วิจัยจะสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษาต่อไป สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ยังคง เข้าร่วมการวิจัย จะได้เข้าร่วมจนสิ้นสุดการวิจัย แต่ไม่ได้นำผลการศึกษาไปใช้ในการอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 18 - 34 ปี และมารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 50 ราย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดลองแบบ 2 กลุ่มอิสระต่อกัน โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ที่ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และค่าขนาด อิทธิพล (Effect Size) ที่ .50 ซึ่งการวิจัยทางการแพทย์ที่เห็นผลการวิจัยทางคลินิกที่ชัดเจน จะต้องมีความของ อิทธิพลที่ต้องการศึกษา (Effect Size) อยู่ในระดับ 0.40 ถึง 0.60 แล้วนำมาเปิดตารางสำเร็จรูป (Burn & Grove, 2005) ได้ขนาดกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 ราย ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Srisatidnarakul, 2010) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ 50 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้สำหรับกลุ่มทดลอง ได้แก่ แอปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสาน เป็นแอปพลิเคชันไลน์ (Line Official Account) ให้ความรู้ในการส่งเสริมพฤติกรรมด้านโภชนาการขณะตั้งครรภ์ที่มีเนื้อหาสอดคล้อง กับวัฒนธรรมของท้องถิ่นด้านอาหารของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รายละเอียดเนื้อหาเป็นคำบรรยายประกอบด้วย รูปภาพในหัวข้อต่าง ๆ ได้แก่ มุมความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ เมนูอาหารใน 1 สัปดาห์ ตัวอย่างอาหารในรายการ อาหารแลกเปลี่ยน ตารางแสดงปริมาณพลังงานในอาหาร ซึ่งรายการอาหารสามารถรับประทานได้ทั่วไป และอาหารที่สามารถจัดหาเลือกรับประทานได้ง่ายในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยหญิงตั้งครรภ์สามารถ ดาวน์โหลดแอปพลิเคชันในโทรศัพท์และนำไปศึกษาทบทวนอีกครั้งด้วยตนเองที่บ้าน



ภาพ 2 ตัวอย่างเนื้อหาในแอปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสาน

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

2.1 แบบสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์ด้านโภชนาการขณะตั้งครรภ์ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ อายุครรภ์เมื่อเริ่มศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักเมื่อเริ่มศึกษา น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในระหว่างการศึกษา ส่วนสูง โดยได้ข้อมูลจากบัตรอนามัยมารดา (แบบ รบ.1) และจากการสัมภาษณ์ร่วมด้วย

ตอนที่ 2 ผลลัพธ์ด้านโภชนาการขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ และน้ำหนักทารกแรกเกิด โดยได้ข้อมูลจากเวชระเบียน

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสาน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเพื่อใช้ในการประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ เมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก รวมทั้ง 7 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วน ประเมินค่า 5 ระดับ คือ ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด ให้ค่าคะแนน 1 ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย ให้ค่าคะแนน 2 ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง ให้ค่าคะแนน 3 ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก ให้ค่าคะแนน 4 และท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด ให้ค่าคะแนน 5 การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ย (Sungkasrisombut , Machara , Promsri , & Panit, 2022) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00 - 1.49 แสดงว่า พึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.50 - 2.49 แสดงว่า พึงพอใจในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.50 - 3.49 แสดงว่า พึงพอใจในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.50 - 4.49 แสดงว่า พึงพอใจในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 4.50 - 5.00 แสดงว่า พึงพอใจในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 1 ท่าน และได้ปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะและนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมทางด้านภาษา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 1

การหาความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน จำนวน 10 ราย เพื่อประเมินการเข้าใจในเนื้อหา ความเหมาะสมของลำดับขั้นตอน และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้ในการวิจัยแล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสาน เท่ากับ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครพนมแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมภายหลังคลอดบุตร 2 วันแรก เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ได้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดย หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับอาหารขณะตั้งครรภ์รายบุคคล และแผ่นพับเรื่องอาหาร จากพยาบาลแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครพนม และเคยรับการฝากครรภ์ เมื่ออายุครรภ์ 20 - 28 สัปดาห์ จนกระทั่งคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์ด้านโภชนาการขณะตั้งครรภ์ น้ำหนักทารกแรกเกิด และตรวจสอบความเรียบร้อย จนกระทั่งครบจำนวนกลุ่มควบคุม จึงจะเริ่มเก็บกลุ่มทดลอง

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ได้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นทดลอง

1. กลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินการใช้แอปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสาน ดังนี้ ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ และการสอนให้ความรู้ทางสุขภาพโดยใช้แอปพลิเคชัน(อายุครรภ์ 20-28 สัปดาห์) พร้อมทั้งให้หญิงตั้งครรภ์ไปพบทวนซ้ำที่บ้าน ใช้เวลา 20 นาที โดยใช้สถานที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครพนม

ครั้งที่ 2 การประเมินติดตามผลและการสอนให้ความรู้โดยใช้แอปพลิเคชัน (อายุครรภ์ 29 - 34 สัปดาห์) การส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสานจากพยาบาล อีกครั้งต่อเนื่องครั้งที่ 2 และมีการวิเคราะห์เกี่ยวกับการรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ และมีปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยประเมินจากน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร่วมกับผู้วิจัยในวันที่มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ พร้อมทั้งให้หญิงตั้งครรภ์นำไปพบทวนซ้ำที่บ้าน ใช้เวลา 5 - 10 นาที

ครั้งที่ 3 การประเมินติดตามผลหลังการใช้แอปพลิเคชัน(อายุครรภ์ 35-37 สัปดาห์) โดยประเมินจากน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติผ่านทางข้อความในแอปพลิเคชันใช้เวลา 5 - 10 นาที

ขั้นหลังการทดลอง

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองภายหลังคลอดบุตรใน 2 วันแรก โดยให้ตอบแบบสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์ด้านโภชนาการขณะตั้งครรภ์ น้ำหนักทารกแรกเกิด และแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสาน ใช้เวลา 10 นาที

2. ตรวจสอบความเรียบร้อยก่อนที่จะนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างและการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชัน โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งได้ทำการทดสอบลักษณะประชากรทั้งสองกลุ่มว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ โดยใช้สถิติ Independent t-test สถิติ Chi-Square test และ สถิติ Fisher's Exact test

2. เปรียบเทียบน้ำหนักเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ปกติ ระหว่างหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทำการทดสอบข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ด้วยวิธี Fisher's Measure of Skewness และ

Fisher's Measure of Kurtosis มีค่าอยู่ในช่วง 0.84 - 1.23 แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติ จึงใช้การทดสอบ Independent t-test

3. เปรียบเทียบน้ำหนักเฉลี่ยทารกแรกเกิดระหว่างหญิงตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติ Independent t-test ทดสอบข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ด้วยวิธี Fisher's Measure of Skewness และ Fisher's Measure of Kurtosis มีค่าอยู่ในช่วง 0.72 - 1.15 แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติ

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครพนม โดยได้ใบรับรองการอนุมัติ เลขที่ NP - EC11 - No. 3/2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามอายุ อายุครรภ์เมื่อเริ่มศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ส่วนสูง น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์และน้ำหนักเมื่อเริ่มศึกษา

ลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		p-value
	M	SD	M	SD	
อายุ (ปี)	26.20	1.57	28.90	1.38	.853
อายุครรภ์เมื่อเริ่มศึกษา(สัปดาห์)	25.60	0.87	26.40	0.82	.541
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน(บาท)	7376.67	4462.64	6966.67	3525.60	.570
ส่วนสูง (ซม.)	153.77	4.96	155.21	5.41	.863
น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ (กก.)	49.18	5.04	49.70	5.19	.706
น้ำหนักเมื่อเริ่มศึกษา(กก.)	53.22	6.33	52.65	6.95	.742

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 26.20 และ 25.04 ปี มีอายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อเริ่มศึกษา 25.60 และ 26.40 สัปดาห์ มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 7,376.67 และ 6,966.67 บาท มีส่วนสูงเฉลี่ย 153.77 และ 155.21 เซนติเมตร มีน้ำหนักเฉลี่ยก่อนตั้งครรภ์ 49.18 และ 49.70 กิโลกรัม มีน้ำหนักเฉลี่ยเมื่อเริ่มศึกษา 53.22 และ 52.65 กิโลกรัม เมื่อทำการเปรียบเทียบลักษณะประชากรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าอายุ อายุครรภ์เมื่อเริ่มศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ส่วนสูง น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ และน้ำหนักเมื่อเริ่มศึกษา พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อาชีพและระดับการศึกษาสูงสุด

ลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์					.184 ^a
ครรภ์แรก	14	56.00	12	48.00	
ครรภ์ที่ 2	9	36.00	10	40.00	
ครรภ์ที่ 3	2	8.00	1	4.00	

ลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อาชีพ					.390 ^a
เกษตรกร/รับจ้าง	13	52.00	12	48.00	
แม่บ้าน /ค้าขาย	10	40.00	9	36.00	
ลูกจ้างชั่วคราวทางราชการ	1	4.00	1	4.00	
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	1	4.00	1	4.00	
ระดับการศึกษาสูงสุด					.103 ^b
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6	5	20.00	6	24.00	
มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6	10	40.00	12	48.00	
อนุปริญญา/ปวส	8	32.00	6	24.00	
ปริญญาตรี	2	8.00	1	4.00	

^aสถิติ Fisher's Exact Test ^bสถิติ Chi-square

จากตาราง 2 พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์เป็นครั้งแรกมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 56.00 และ 48.00 มีอาชีพเกษตรกรและค้าขายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.00 และ 48.00 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.00 และ 48.00 เมื่อทำการเปรียบเทียบลักษณะประชากรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อาชีพ และระดับการศึกษา ไม่แตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ปกติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
 ตาราง 3 เปรียบเทียบน้ำหนักเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ปกติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test (n = 50)

น้ำหนักเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ปกติ (กก.)	M	SD	t	df	p-value(1-tailed)
กลุ่มทดลอง (n = 25)	14.52	1.37	1.24	48	.003
กลุ่มควบคุม (n = 25)	13.22	2.22			

จากตาราง 3 กลุ่มทดลองมีน้ำหนักเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ปกติ ($M = 14.52$, $SD = 1.37$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 13.22$, $SD = 2.22$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. เปรียบเทียบน้ำหนักทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
 ตาราง 4 เปรียบเทียบน้ำหนักเฉลี่ยทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independent t-test (n = 50)

น้ำหนักเฉลี่ยทารกแรกเกิด (กก.)	M	SD	t	df	p-value(1-tailed)
กลุ่มทดลอง (n = 25)	3026	2.84	1.37	48	.004
กลุ่มควบคุม (n = 25)	2910	1.28			

จากตาราง 4 พบว่ากลุ่มทดลองมีน้ำหนักเฉลี่ยทารกแรกเกิด ($M = 3026$, $SD = 2.84$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 2910$, $SD = 1.28$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้ออปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสาน (n = 50)

ที่	ความพึงพอใจต่อการใช้ออปพลิเคชัน	M	SD	แปลผล
1.	การได้รับประโยชน์จากการใช้ออปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสาน	3.76	0.38	มาก
2.	ท่านนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้	3.80	0.60	มาก
3.	ท่านมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเรื่องอาหารการกินในขณะตั้งครรภ์	3.74	0.60	มาก
4.	ท่านได้รับความสะดวกในการรับความรู้ผ่านทางแอปพลิเคชัน	3.50	0.62	มาก
5.	ท่านสามารถที่จะให้คำแนะนำเรื่องอาหารแก่หญิงตั้งครรภ์รายอื่นได้	3.48	0.57	ปานกลาง
6.	ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการให้ความรู้ผ่านทางแอปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสาน	3.72	0.47	มาก
7.	ท่านเห็นด้วยกับการนำแอปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสานไปใช้กับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอื่นต่อไป	3.68	0.60	มาก
โดยรวม		3.67	0.54	มาก

จากตาราง 5 พบว่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้ออปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.67$, $SD = 0.54$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ ท่านนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ ($M = 3.80$, $SD = 0.60$) รองลงมา คือ ท่านได้รับประโยชน์จากการใช้ออปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสาน และท่านมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเรื่องอาหารการกินในขณะตั้งครรภ์ ($M = 3.76$, $SD = 0.38$; $M = 3.74$, $SD = 0.60$) ตามลำดับ

อภิปรายผล

1. กลุ่มทดลองมีน้ำหนักเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ปกติมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่าแอปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสาน เป็นแอปพลิเคชันไลน์ให้ความรู้ด้านโภชนาการขณะตั้งครรภ์ที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับวัฒนธรรมของท้องถิ่นด้านอาหารของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พร้อมทั้งมีรูปภาพประกอบให้มีสีสันน่าสนใจ มีหัวข้อรายละเอียด ได้แก่ มุมการให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ เมนูอาหาร ตัวอย่างอาหารแลกเปลี่ยน ตารางแสดงปริมาณพลังงานในอาหาร ซึ่งเป็นสื่อการสอนที่สามารถเข้าถึงบริการอินเทอร์เน็ตของสมาร์ทโฟนที่ใช้ในชีวิตประจำวัน เป็นรูปแบบของการให้ความรู้ด้านสุขภาพที่มีการปรับเปลี่ยนไปตามความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และเกิดประโยชน์กับผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพมากที่สุด ทั้งในด้านความสะดวกต่อการใช้งานและเกิดความพึงพอใจ (Thongfuang & Sahapong, 2015) การออกแบบประสบการณ์ที่ผสมผสานกันให้เหมาะสมกับการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมายจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี ตระหนักถึงความสำคัญ ยอมรับ พร้อมกับการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้นั้นไปปฏิบัติจริงและสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมด้านโภชนาการที่พึงประสงค์ได้ ดังนั้นการใช้สื่อในการดำเนินงานด้านโภชนาการจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยนำพาข้อมูลข่าวสารด้านโภชนาการถึงกลุ่มเป้าหมายได้เป็นอย่างดี (Pensirinapa, 2016) หญิงตั้งครรภ์จึงรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าเพิ่มขึ้น โดยอาหารชนิดต่าง ๆ สามารถรับประทานได้ตามฤดูกาลของท้องถิ่น ซึ่งมีราคาถูกกว่าอาหารนอกฤดูกาล สามารถดาวน์โหลดแอปพลิเคชันในโทรศัพท์และนำไปศึกษาทบทวนอีกครั้งด้วยตนเองที่บ้าน ทำให้มีความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการที่ถูกต้อง การรับรู้ต่ออุปสรรคของการเลือกรับประทานอาหารลดลง การรับรู้สมรรถนะในตนเองที่จะสามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการติดตามผลน้ำหนัก

ที่เพิ่มขึ้นในแต่ละสัปดาห์ จะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินผลความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมด้วยตนเอง จึงเกิดความรู้สึกรู้สึกดีในทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าเพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันอิทธิพลระหว่างบุคคล จากเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขในการให้คำแนะนำปรึกษาด้านโภชนาการที่ถูกต้อง ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมด้านโภชนาการขณะตั้งครรภ์ที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง และเกิดผลลัพธ์ที่สะท้อนถึงพฤติกรรมส่งเสริมโภชนาการขณะตั้งครรภ์ถูกต้องเหมาะสม ได้อย่างต่อเนื่องและดีกว่า การได้รับการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียว ส่งผลให้น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ปกติ เมื่อพิจารณาจากผลการวิจัยดังกล่าวได้สนับสนุนแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อเนื่องน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์และน้ำหนักทารกแรกเกิด โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบ การให้ความรู้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มโดยใช้สื่อประสม การอภิปรายร่วมกัน การบันทึกอาหาร 24 ชั่วโมง การสอบถามปัญหาและการรับประทานอาหารเป็นรายบุคคล พบว่าสัดส่วนน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ตรงตามเกณฑ์ดัชนีมวลกายในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มทดลอง (Buranasak, Hungsawanus, Raiva, Pungbangkadee, & Khadking, 2020) เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการโดยการเฝ้าติดตามตนเองต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีขณะตั้งครรภ์ โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการตามแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ร่วมกับโมบายแอปพลิเคชัน Z-Baby Plus พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักที่มากกว่าเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Boonjeem, Xuto & Supavititpatana, 2019)

2. กลุ่มทดลองมีน้ำหนักเฉลี่ยทารกแรกเกิดมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการวิจัยครั้งนี้ สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่าการนำแอปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสาน มาใช้เป็นสื่อการสอน ควบคู่กับการประเมินติดตามผลลัพธ์พฤติกรรมส่งเสริมโภชนาการขณะตั้งครรภ์ ตั้งแต่ช่วงอายุครรภ์ 20 - 28 สัปดาห์ ได้แก่ การประเมินพฤติกรรมด้านโภชนาการและการสอนให้ความรู้ทางสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของท้องถิ่น การประเมินติดตามผล ได้แก่ การวิเคราะห์เกี่ยวกับการรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ และมีปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกายจากน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ และการประเมินติดตามผลหลังการใช้แอปพลิเคชันจากน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติผ่านทางข้อความในแอปพลิเคชัน ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ด้านโภชนาการที่ถูกต้อง มีพฤติกรรมส่งเสริมโภชนาการขณะตั้งครรภ์ที่เหมาะสม และเกิดผลลัพธ์สะท้อนถึงโภชนาการที่ดีตลอดการตั้งครรภ์ คือ น้ำหนักทารกแรกเกิด โดยผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีน้ำหนักเฉลี่ยทารกแรกเกิดเท่ากับ 3026 กิโลกรัม สำหรับกลุ่มควบคุมเท่ากับ 2910 กิโลกรัม ซึ่งสะท้อนถึงผลลัพธ์การใช้แอปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการเพิ่มเติมจากการดูแลตามปกติ ที่ส่งผลให้ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดในเกณฑ์ที่เหมาะสม ดังนั้นแอปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการขณะตั้งครรภ์ จึงเป็นการแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมด้านโภชนาการขณะตั้งครรภ์ที่เน้นให้ความรู้ในการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การใช้สื่อภาพอาหารชุดตามหมวดหมู่อาหารที่แนะนำ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมด้วยตนเอง จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เมื่อสิ้นสุดการตั้งครรภ์จะส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวตามเกณฑ์ และส่งผลโดยตรงน้ำหนักทารก (Thitpad & Banphonhattakit, 2012) โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสที่ 3 จะเป็นช่วงที่มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์และการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมากที่สุด (Pillitteri, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์และน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายน้อย ในคลินิกเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ซึ่งประกอบด้วย การประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหาร การบันทึกการรับประทานอาหารใน 7 วัน การประเมินปัญหาและความต้องการการส่งเสริมโภชนาการ การให้ข้อมูลปฏิบัติการกินอาหารในแต่ละวัน และภาพชุดอาหารทดแทน ประเมินผลติดตามทางโทรศัพท์หรือไลน์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีน้ำหนัก

ระหว่างตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม อีกทั้งทารกในครรภ์ของกลุ่มทดลองมีน้ำหนักและความยาวเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุมเช่นกัน โดยไม่พบทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (Petcharapun & Wacharasin, 2015)

3. คะแนนเฉลี่ยการประเมินคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้ออปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.67$, $SD = 0.54$) ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่าการให้ความรู้ผ่านทางแอปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสาน สามารถดาวน์โหลดแอปพลิเคชันในโทรศัพท์และนำไปศึกษาทบทวนอีกครั้งด้วยตนเองที่บ้าน ซึ่งเป็นรูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพที่เข้าถึงได้ง่ายผ่านทางโทรศัพท์มือถือทั้งระบบไอโอเอส แอนดรอยด์ รวมถึงระบบบนคอมพิวเตอร์พีซี ส่งผลให้แอปพลิเคชันไลน์ได้รับความนิยมแพร่หลายในปัจจุบัน สามารถใช้งานได้หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การแชท การติดต่อสื่อสาร การส่งรูปภาพ วีดีโอ ตลอดจนส่งสติ๊กเกอร์ไลน์บอกความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ ซึ่งตอบสนองความต้องการของคนในสังคมปัจจุบัน ทุกเพศทุกวัยเป็นอย่างดี (Huedhun, 2017) รูปแบบการส่งสารได้หลากหลาย (Multi-Media) โดยผู้ส่งสารสามารถเลือกสรรสารให้เหมาะสมกับรูปแบบ และกลุ่มเป้าหมาย ในการสื่อสารได้ เช่น ข้อความ รูปภาพ โปสเตอร์ การส่งลิงค์เพื่อเชื่อมต่อเว็บไซต์จากภายนอก แอปพลิเคชัน โลโก้ (Logo) คลิปวีดีโอ สติกเกอร์ และข้อความเสียง (Kuljitjuewong, 2013) จากผลการประเมินคะแนนความพึงพอใจจึงสะท้อนให้เห็นถึงการให้ความรู้ผ่านทางแอปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสานที่สามารถตอบสนองตามความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ ในสถานการณ์ที่มีข้อจำกัดทั้งระยะเวลาในการให้ความรู้จากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ได้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการได้รับความสะดวกในการรับความรู้ผ่านทางแอปพลิเคชัน และเห็นด้วยกับการนำโครงการดังกล่าวไปใช้กับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอื่น ๆ ในระดับมาก และส่งผลให้ความพึงพอใจต่อการใช้ออปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแอปพลิเคชันส่งเสริมการดูแลหญิงตั้งครรภ์พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจมาก และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในสภาวะปัจจุบันได้ (Nakyai & Sancome, 2020) รวมถึงการศึกษาในกลุ่มอื่น ๆ ซึ่งมีผลการศึกษาสอดคล้องกัน ได้แก่ การศึกษาการพัฒนาแอปพลิเคชันบนแอนดรอยด์ เรื่องรักสุขภาพ พบว่านักศึกษามีความพึงพอใจแอปพลิเคชันบนแอนดรอยด์ เรื่องรักสุขภาพ อยู่ในระดับมาก มีความสะดวกต่อการใช้งาน (Thongfuang & Sahapong, 2015) เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดสสำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดและพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Sungkasrisombut, Machara, Promsri & Panit, 2022)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำแอปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสาน ไปใช้ในการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และญาติที่แผนกฝากครรภ์ร่วมกับเจ้าหน้าที่พยาบาลที่แผนกฝากครรภ์ ซึ่งเป็นอีกทางเลือกในการให้ความรู้ด้านสุขภาพแทนการให้ความรู้รายกลุ่มและรายบุคคล ทั้งนี้เพื่อลดระยะเวลาในการมารับบริการที่แผนกฝากครรภ์และลดความเสี่ยงในการสัมผัสการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid - 19) ในโรงพยาบาล

2. จัดทำแนวปฏิบัติในการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการติดตามผลผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ร่วมกับเจ้าหน้าที่ในแผนกฝากครรภ์ และขยายพื้นที่ให้บุคลากรในหน่วยงานอื่น ๆ ได้ศึกษานำร่อง ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตพื้นที่ เพื่อให้เกิดความชัดเจนและครอบคลุมในการดูแลสุขภาพมารดาและทารก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของแอปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสานต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ และน้ำหนักทารกแรกเกิดในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอื่นๆ ได้แก่ กลุ่มที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ กลุ่มที่มีน้ำหนักเกิน กลุ่มโรคอ้วน เป็นต้น
2. ควรศึกษาผลของแอปพลิเคชันการส่งเสริมโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์: อาหารอีสานในประเด็นอื่น ๆ เช่น ความรู้ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการติดตามระดับน้ำตาล เป็นต้น ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

References

- Boonjeem, W., Xuto, P., & Supavititpatana, B. (2019). Effect of dietary promotion through self-monitoring program on gestational weight gain of pregnant women. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(4), 177-185. (in Thai)
- Buranasak, J., Hungsawanus, P., Raiva, W., Pungbangkadee, R., & Khadking, N. (2020). The effect of health promotion program for teenage pregnancy on total gestational weight gain and infant birth weight. *Journal of Royal The Army Nurse*, 21(2), 434-442. (in Thai)
- Burns, N., & Grove, S.K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization*. (5th Ed.). Elsevier Saunders, Missouri.
- Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Dashe, J.S., Hoffman, B.L., Spong, C.Y., & Casey, B.M. (2022). *Williams Obstetrics*. (26th ed.). Newyork: Mc Graw-Hill Education.
- Huedhun, K. (2017). The influence of Line application in the present communication. *Journal of Arts Management*, 1(2), 75-87. (in Thai)
- Kuljitjuewong, S. (2013). LINE - communicating format on the creativity of smartphone: benefits and limits of application. *Executive Journal*, 33(4), 42-54. (in Thai)
- Munthanee, M. (2019). The Thai-Lao culture and the solution of liver fluke and cholangiocarcinoma: A case study in the middle Songkhram river basin. *Academic Journal of Humanities and Social Sciences Burapha University*, 27(55), 60-81. (in Thai)
- Nakyai, M., & Sancome, A. (2020). The Development of Application to Promote Health Care for Pregnant Women. The 12th NPRU National Academic Conference Nakhon Pathom Rajabhat University. (pp.1728-1735). Nakhon Pathom: Nakhon Pathom Rajabhat University. (in Thai)
- Naosrisorn, P., Phuangkaew, J., Pengsawang, J., Wajanasin, J., Phoopanee, T., Saengram, P., et al, (2023). The effect of childbirth preparation through the Line official account on the knowledge of childbirth preparation among first-time pregnant women. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 35(1), 39-50. (in Thai)
- National Statistical Office, (2021). Children Youth 2021. Bangkok: National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. (in Thai)
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. (3th ed.). Stamford: Appleton & Lange.
- Pensirinapa, N. (2016). "Nutrition Education. In Course Syllabus Improvement Committee Nutrition in Public Health." Nutrition in Public Health Unit 6-10. (pp.2 -77). Nontaburi: The Office of the University Press Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai)

- Petcharapun, R., & Wacharasin, C. (2015). Effects of nutritional promotion on fetal growth and pregnancy weight gain among pregnant women with low body mass index in a private clinic, Chon Buri province. *The Public Health Journal of Burapha University*, 10(1), 129-144.
- Pillitteri, A. (2014). *Maternal & Child Health Nursing: Care of the Childbearing & Childrearing Family*. (7th ed.). China: Lippincott William & Wilking.
- Sawasdichot, D. (2013). Nutritional promoting in pregnant adolescents: local foods. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division*, 31(3), 29-36. (in Thai)
- Srisatidnarakul, B. (2010). *The Methodology in Nursing Research*. (5th ed.). Bangkok: U & I Inter Media. (in Thai)
- Sungkasrisombut, K., Machara, S., Promsri, M., & Panit, N. (2022). Development of health education and health counseling model using LINE official account application for mothers in caring for infants with premature births. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(2), 623-641. (in Thai)
- Thitpad, C., & Banchonhattakit, P. (2012). Effect of eating behavior program for pregnant women with weight gain during pregnancy in ANC clinic, tertiary hospital, Khon Kaen province. *Journal of Royal The Army Nurse*, 21(2), 434-442. (in Thai)
- Thongfuang, P., & Sahapong, T. (2015). Development of Android Application Entitled Ruk suk Khaphap. *The 1 st National Conference on Technology and Innovation Management NCTIM 2015*. RajabhatMahaSarakhm University. (in Thai)
- World Health Organization. (2016). *WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience*. Luxembourg: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

การศึกษาประสิทธิผลของการจัดการศึกษาบุคลากรสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม
ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
A Study of the Effectiveness of Community Participation in Health Personnel
Education in the Bachelor of Nursing Science Program

สุริยา ฟองเกิด^{1*}, เนตรนภา กาบมณี²

Suriya Fongkerd^{1*}, Netnapa Kabmanee²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

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

²Boromarajonani College of Nursing Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Intitute

(Receive: November 2, 2023; Revised: July 15, 2024; Accepted: July 19, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีวิทยาโดยมีกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลและเสนอแนะนโยบายการประเมินประสิทธิผลของการจัดการศึกษาบุคลากรสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พื้นที่เป้าหมายที่ศึกษาได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 30 แห่ง กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 326 คน ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วย นักศึกษา 40 คน อาจารย์ 40 คน และ ผู้แทนชุมชน 40 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนักวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโดยใช้สถิติบรรยาย และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. ประสิทธิผลของการจัดการศึกษาบุคลากรสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พบว่า 1) คุณภาพบัณฑิตตามกรอบคุณวุฒิมาตรฐานการศึกษา โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก 2) การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก 3) ความผูกพันกับชุมชน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และ 4) สมรรถนะการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยพบว่า อาจารย์ และนักศึกษา มีสมรรถนะ 4 ระดับ คือ การเข้าถึงชุมชน การเป็นที่ปรึกษาให้ชุมชน การมีส่วนร่วมกับชุมชน การทำงานร่วมกับชุมชน ส่วนระดับที่ 5 คือ การมีความเป็นผู้นำ ร่วมกันกับชุมชน ยังไม่สามารถเข้าถึงได้ ซึ่งถือได้ว่าเป็นการจัดการศึกษาที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับดี

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการประเมินประสิทธิผลของการจัดการศึกษาบุคลากรสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยคณะกรรมการบริหารหลักสูตรควรกำหนดให้ทุกรายวิชาทางการพยาบาล มีการวัดและประเมินผลการเรียนรู้ของนักศึกษาโดยให้มีการประเมินผลลัพธ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาพยาบาลทั้ง 5 ระดับ

คำสำคัญ: การจัดการศึกษา บุคลากรสุขภาพ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต การมีส่วนร่วมของชุมชน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: suriya@bnc.ac.th)

Abstract

This mixed-methods study followed both quantitative and qualitative research processes, in order to evaluate to determine if community-based health personnel should participate in the Bachelor of Nursing Science academic program. Goals of study were to evaluate effectiveness and recommend policies for the 30 nursing colleges under a Faculty of Nursing, commonly called Praboromarajchanok Institutes. The quantitative sample consisted of 326 nursing students. The qualitative informants included 40 students, 40 professors, and 40 community representatives. The data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The research results were the following: 1) the overall quality of graduates, accordingly with the educational standard qualifications framework, was at a high level; 2) faculty of caring with a human heart was also at a high level; 3) and so was the level of community engagement. However, the community participation competency was assessed in only four levels of competency: reaching out, consulting, involving, and collaborative. The fifth level, which is shared leadership, is not yet accessible. Nevertheless, this study concludes that referring community health personnel to a nursing science academic program creates a good level of community participation.

Keywords: Educational Management, Health Personnel, Bachelor of Nursing Science Program, Community Participation

บทนำ

การขับเคลื่อนประเทศให้มีความสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมในยุคปัจจุบันภายใต้แผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 12 เกี่ยวกับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ได้ให้ความสำคัญกับการสร้างทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ และมุ่งเน้นให้มนุษย์เป็นศูนย์กลางการพัฒนา (Office of the National Economic and Social Development Board Office of the Prime Minister, 2017) โดยเฉพาะการพัฒนาในระบบการศึกษา ซึ่งจะมีความเชื่อมโยงถึงการพัฒนายั่งยืน ครอบคลุมทุกมิติ และ สร้างความเท่าเทียม (Thongchua & Tummek, 2017) ระบบการศึกษาคควรจัดการศึกษาที่สามารถพัฒนาบัณฑิตให้มีทักษะในการดำรงชีวิตจากการเรียนรู้ที่ยึดการเรียนการสอนเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างสถาบันการศึกษากับชุมชน ซึ่งจะทำให้ระบบการศึกษารู้เท่าทัน เข้าใจปัญหา ตัดสินใจและให้คุณค่ากับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกแบบการเรียนการสอนในยุคสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป (Phanich, 2015)

การศึกษายาบาลเป็นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในสาขาพยาบาลศาสตร์ เพื่อให้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาออกไปเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ซึ่งจะเห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในระบบบริการสุขภาพทุกระดับ รวมถึงการมีบทบาทการให้บริการทั้งในและนอกสถานบริการสุขภาพภายใต้กระบวนการผสมผสานความรู้และทักษะทางการพยาบาล สาธารณสุข และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการส่งเสริมและยกระดับสุขภาพสู่คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการในการดูแลสุขภาพของประชากรกลุ่มเป้าหมายภายใต้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสภาวะปัจจุบันอันเกิดการเปลี่ยนแปลงและความซับซ้อนของปัญหาสาธารณสุขที่มีมากขึ้น พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องเข้าใจการเปลี่ยนแปลงและมีทักษะเพื่อสามารถค้นหาแนวทางการแก้ปัญหา ส่งเสริม และจัดการระบบการดูแลสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด ส่งเสริมการเข้าถึงบริการ ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพให้มากที่สุด (Pukbunmee, 2017)

สถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาที่มุ่งเน้นการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อตอบสนองระบบสุขภาพชุมชน เน้นการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

และสร้างให้บัณฑิตได้มีสมรรถนะในการให้บริการด้านสุขภาพภายใต้ความต้องการของระบบบริการสุขภาพ มีความพร้อมปฏิบัติหน้าที่ในชุมชน เพื่อสามารถส่งเสริม ดูแลสุขภาพประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สามารถบริหารจัดการปัญหาและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ รวมทั้งสามารถดึงศักยภาพของชุมชนในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่องได้มากที่สุด มีการให้บริการที่มีคุณภาพ สามารถบูรณาการงานโดยประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Chanthai, 2014) ซึ่งปรัชญาการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสอดคล้องและมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดการศึกษา ซึ่งกลายเป็นสิ่งสำคัญสำหรับสาธารณสุขทั่วโลกเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ และเกิดความยั่งยืน (World Health Organization, 2016)

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาพยาบาลถือเป็นการปฏิรูประบบการศึกษาพยาบาล เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของระบบบริการสุขภาพชุมชน (Thai Nursing Council, 2019) ให้เกิดสุขภาวะของประชาชนในชุมชนโดยความร่วมมือของสมาชิกในชุมชนให้คนในชุมชนมีสุขภาพที่ดีในทุกมิติ (Community Health Research and Development Institute, 2015) การจัดการศึกษาของสถาบันพระบรมราชชนกจึงต้องออกแบบหลักสูตรโดยการให้ชุมชนมีส่วนร่วมภายใต้ปรัชญาที่ว่า “ปัญญาชุมชนเพื่อชุมชน” เพื่อให้การผลิตบัณฑิตได้ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน มีการพัฒนาศักยภาพของบัณฑิตให้มีความรู้ความเข้าใจในทักษะของตนเอง สามารถทำงานร่วมกับคนในชุมชนได้ เกิดประโยชน์ร่วมกัน รวมทั้งส่งเสริมให้สถาบันสามารถทำงานร่วมกับชุมชนได้ ภายใต้การเรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้เกิดผลกระทบทางด้านสุขภาพของประชาชน (Schaffer, Hargate, & Marong, 2015) นำไปสู่การพัฒนากระบวนการสุขภาพที่เข้มแข็ง

การจัดการศึกษาพยาบาลที่ชุมชนมีส่วนร่วมจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างสถาบันการศึกษา ชุมชน ในพัฒนาหลักสูตรและกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้ในการให้บริการสุขภาพและประเมินผลการเรียนรู้ของนักศึกษาให้มีสมรรถนะที่ตอบสนองต่อความต้องการทางด้านสุขภาพของชุมชน เพื่อให้สามารถให้ข้อเสนอแนะทางนโยบายในการวางแผนผลิตบัณฑิตภายใต้การทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนสังคมและเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพ ดังนั้นการประเมินผลของการจัดการศึกษาพยาบาลที่ชุมชนมีส่วนร่วมควรจะต้องประเมินกระบวนการประเมินผลลัพธ์จากการจัดการศึกษาพยาบาลทั้งในด้านผู้เรียน มีการส่งผ่านความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้ไปสู่การปฏิบัติงาน ด้านผู้สอน และด้านชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วม ผู้วิจัยเชื่อว่าการศึกษาระบบการประเมินผลลัพธ์ตามกรอบ Community-Engaged Health Professional Education = CEHPE โดยประเมินทั้งระดับบุคคล ระดับองค์กรและระดับชุมชน จะทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องมีความชัดเจน และสามารถชี้ให้เห็นประโยชน์ได้จริงกับทุกภาคส่วน และสามารถที่จะนำไปใช้เพื่อขยายผลไปยังสถาบันการศึกษาอื่นทั้งในและต่างประเทศให้มีความทันสมัยต่อไป

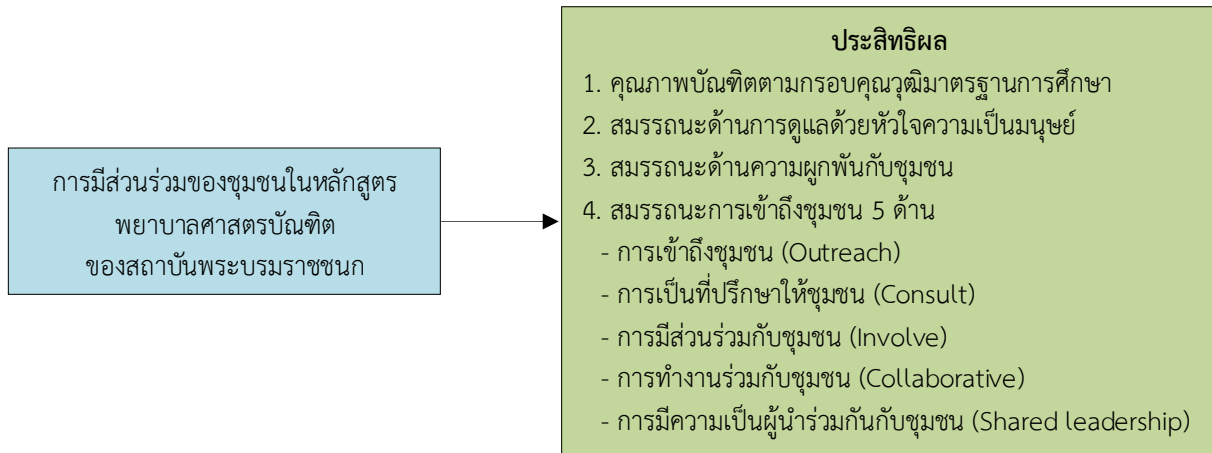
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการจัดการศึกษาบุคลากรสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของสถาบันพระบรมราชชนก
2. เพื่อเสนอแนะนโยบายการประเมินประสิทธิผลของการจัดการศึกษาบุคลากรสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดการศึกษาด้านสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม (Community-Engaged Health Professional Education = CEHPE) (Talib, Palsdottir, Briggs, Clithero, Cobb, Marjadi, Preston, & Willems, 2017) มาใช้ในการกำหนดประเด็นการวิจัย เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการจัดการศึกษาบุคลากรสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของสถาบันพระบรมราชชนก ผลการศึกษาจะเป็นตัวหลักในการขับเคลื่อน

ในการจัดการศึกษาพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ของการจัดการศึกษาโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตลอดจนการนำไปสู่ข้อเสนอแนะนโยบายในการพัฒนาเครื่องมือวัดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ตอบสนองการเป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยแบบผสมวิธีวิทยา (Mixed Methodology) โดยมีกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

พื้นที่เป้าหมายที่ศึกษา

พื้นที่เป้าหมายที่ศึกษา ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 30 แห่ง โดยมีขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

วิธีวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ นักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2565 และปีการศึกษา 2566 จำนวน 4,000 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2565 และปีการศึกษา 2566 ของวิทยาลัยที่มีการจัดการเรียนการสอนโดยชุมชนมีส่วนร่วม ได้แก่ วทบ.พุทธชินราช วทบ.สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ วทบ.สรพลสิทธิประสงค์ วทบ.อุดรธานี วทบ.จักรีรัช วทบ.ชลบุรี วทบ.สงขลา และ วทบ.นครศรีธรรมราช จำนวน 320 คน ซึ่งคำนวณจากสูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวน 16 คน รวมเป็น 336 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย สามารถรวบรวมแบบสอบถามกลับคืนมาได้จำนวน 326 ชุด คิดเป็นร้อยละ 97.02

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นนักศึกษาทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2565 และปีการศึกษา 2566 มีความยินยอมและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามคุณภาพบัณฑิตตามกรอบคุณวุฒิการศึกษา 3) แบบสอบถามสมรรถนะบัณฑิตด้านการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และ 4) แบบสอบถามสมรรถนะบัณฑิตด้านความผูกพันกับชุมชน มีลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำแบบสอบถามที่ได้พัฒนาแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาในข้อคำถามและนำข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญไปคำนวณหาค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) ใช้สถิติที่ใช้หาคุณภาพเครื่องมือ โดยใช้สูตรการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งจะต้องได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .96 ก่อนแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วไปดำเนินการทดสอบกับกลุ่มที่ไม่ใช่ตัวอย่าง ที่ วพบ.ชลบุรี และเป็นนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าทดสอบเท่ากับ .78 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแบบสอบถามและนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี ไปยื่นต่อวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ ที่อยู่ในแต่ละภูมิภาคที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุมัติในการดำเนินการวิจัย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนักวิจัยในโครงการ โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายของแต่ละวิทยาลัยตอบแบบสอบถามผ่าน Google form

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มนักศึกษา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นวิทยาลัยละ 5 คน (2) กลุ่มอาจารย์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นวิทยาลัยละ 5 คน และ (3) กลุ่มชุมชน จำนวน 40 คน แบ่งเป็นวิทยาลัยละ 5 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ 1) เป็นนักศึกษาพยาบาล อาจารย์ และชุมชน ที่ได้รับการจัดการศึกษาพยาบาลที่ชุมชนมีส่วนร่วมในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม สำหรับเกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) เป็นนักศึกษาต่างชาติ หรือนักศึกษาแลกเปลี่ยนที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 2) ระหว่างการสัมภาษณ์ข้อมูลแล้วสื่อสารภาษาไทยกันไม่เข้าใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักของการวิจัยในครั้งนี้ และมีแนวทางในการสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือประกอบที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ด้วย คือ แบบสัมภาษณ์ (Interview) การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Non-Structured Interview) แบบลักษณะนี้ เป็นการสัมภาษณ์แบบไม่เคร่งครัดในการตั้งคำถาม แต่ผู้วิจัยยังจะมีการตั้งคำถามโดยถามหลักเอาไว้แต่ในสัมภาษณ์จะไม่เรียงคำถาม หรือในบางครั้งที่ถามนอกเหนือจากคำถามที่ได้ตั้งไว้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพการณ์ระหว่างการสัมภาษณ์แต่ก็จะไม่เกินขอบเขตความต้องการในการศึกษาวิจัย โดยแบบสัมภาษณ์จะเกี่ยวกับความคิดเห็นในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ 1) การประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ โดยชุมชน อาจารย์ นักศึกษา และผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการศึกษา 2) รูปแบบและกระบวนการเรียนรู้ในการจัดการศึกษาโดยชุมชนมีส่วนร่วม 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษา และ 4) ข้อเสนอแนะเพื่อเสนอนโยบายในการจัดการศึกษาโดยชุมชนมีส่วนร่วม และมีเครื่องบันทึกเสียง กับสมุดจดบันทึก เป็นเครื่องมือประกอบการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ด้วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ (Interview) เป็นแนวคำถามนำ ผู้วิจัยได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาในข้อคำถามและนำข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญไปคำนวณหาค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) ใช้สถิติที่ใช้หาคุณภาพเครื่องมือ โดยใช้สูตรการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ซึ่งจะต้องได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้วิธีการสนทนากลุ่มร่วมกับการสังเกตการณ์ บันทึกข้อมูลด้วยเทปบันทึกเสียง และมีผู้จัดบันทึกทุกครั้ง ในระหว่างการสนทนาจนกระทั่งได้ข้อมูลครบถ้วน โดยการสนทนากลุ่มมีผู้ให้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนภาคละ 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มนักศึกษา 40 คน แบ่งเป็น 8 วิทยาลัย ๆ ละ 5 คน 2) กลุ่มอาจารย์ 40 คน แบ่งเป็น 8 วิทยาลัย ๆ ละ 5 คน และ 3) กลุ่มชุมชน 40 คน แบ่งเป็น 8 วิทยาลัย ๆ ละ 5 คน โดยการสัมภาษณ์แต่ละวิทยาลัยจะใช้ ห้องประชุมย่อยของวิทยาลัยนั้นๆ ซึ่งไม่มีผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องอยู่ในบริเวณสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 2 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) นำข้อมูลที่ได้ มาสรุปและจำแนกข้อมูล (Typological Analysis) และจัดหมวดหมู่ข้อมูลตามแต่ละประเภททำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) ซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากแหล่งข้อมูลเดิมเพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกันโดยใช้การสังเกตควบคู่กับการสัมภาษณ์ ชักถามพร้อมกับการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งเอกสาร หรือทำการซักถามผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญเพื่อความแน่นอนว่าเหมาะสมหรือไม่ เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) ของข้อมูลวิจัย ดังนี้ 1) ความเชื่อถือได้ (Credibility) เป็นการยืนยัน ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาว่ามีความถูกต้องและเป็นจริง และการตีความของผู้วิจัยกับความเป็นจริงระดับต่างๆ ใน ความคิดของผู้ให้ข้อมูลและนักวิจัย 2) การตรวจสอบได้ (Auditability) ผู้วิจัยได้เขียนรายละเอียดของกระบวนการ เก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างชัดเจน นำไปสู่การสร้างข้อสรุปและตรวจสอบได้ 3) ความเฉพาะเจาะจงและ นำไปใช้จริงตามประสบการณ์ที่พบ (Transferability) ผู้วิจัยคำนึงถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ตามข้อค้นพบ ของงานวิจัยในบริบทที่นอกเหนือจากบริบทที่ผู้วิจัย ทำการศึกษาคือ การจัดการศึกษาบุคลากรสุขภาพโดยชุมชน มีส่วนร่วมในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก โดยผู้วิจัยได้เขียน บรรยายลักษณะของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่ค้นพบในครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้กับการจัดการศึกษาพยาบาลของสถาบันอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน 4) การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) ผลการวิจัยดังกล่าวนี้เป็นข้อค้นพบที่เกิดขึ้นจริงจากผู้ให้ข้อมูล มิได้เกิดจากความลำเอียงส่วนตัว ของตัวผู้วิจัย ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ และการดำเนินการวิจัยได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการที่หลากหลาย ได้แก่ การสนทนากลุ่ม สังเกต การจดบันทึก และดูเอกสารเพิ่มเติม

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ เลขที่ BCNCT27/2565 วันที่รับรอง 18 สิงหาคม 2565

ผลการวิจัย

1. ประสิทธิภาพของการจัดการศึกษาบุคลากรสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของสถาบันพระบรมราชชนก

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.20 เป็นนักศึกษา พยาบาล ร้อยละ 50.40 และเป็นพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาไปแล้ว 1 ปี ร้อยละ 49.60

1.2 คุณภาพบัณฑิตตามกรอบคุณวุฒิมาตรฐานการศึกษา

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล คุณภาพบัณฑิตตามกรอบคุณวุฒิมาตรฐานการศึกษา

คุณภาพบัณฑิตตามกรอบคุณวุฒิมาตรฐานการศึกษา	M	SD	ระดับ
ด้านคุณธรรม จริยธรรม	4.39	0.67	มาก
ด้านความรู้ความสามารถทางวิชาการ	4.13	0.67	มาก
ด้านทักษะทางปัญญา	4.25	0.69	มาก

ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ	4.33	0.69	มาก
ด้านทักษะการคิดวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารฯ	4.22	0.75	มาก
ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ	4.36	0.70	มาก
ภาพรวม	4.28	0.62	มาก

จากตาราง 1 พบว่า คุณภาพบัณฑิตตามกรอบคุณวุฒิมาตรฐานการศึกษาโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.28, SD = 0.62$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านคุณธรรม จริยธรรม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ($M = 4.39, SD = 0.67$) รองลงมาด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ($M = 4.36, SD = 0.70$) และน้อยที่สุดด้านความรู้ความสามารถทางวิชาการ ($M = 4.13, SD = 0.67$)

2. การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	M	SD	ระดับ
ด้านจิตบริการ	4.49	0.73	มาก
ด้านการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม	4.38	0.73	มาก
ด้านการคิดวิเคราะห์	4.31	0.64	มาก
ภาพรวม	4.40	0.64	มาก

จากตาราง 2 พบว่า การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.40, SD = 0.73$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านจิตบริการ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ($M = 4.49, SD = 0.73$) รองลงมาด้านการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ($M = 4.38, SD = 0.73$) และน้อยที่สุด ด้านการคิดวิเคราะห์ ($M = 4.31, SD = 0.64$)

3. ความผูกพันกับชุมชน

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ ความผูกพันกับชุมชน

ความผูกพันกับชุมชน (Community Engagement)	M	SD	ระดับ
ด้านการเข้าใจบริบทและมีส่วนร่วมกับชุมชน	4.33	0.64	มาก
ด้านทัศนคติที่ดีต่อการบริการสุขภาพและการทำงานในชุมชน	4.30	0.63	มาก
ด้านความสามารถในการทำงานในชุมชน	4.38	0.64	มาก
ด้านความรักและผูกพันกับชุมชน	4.35	0.66	มาก
ภาพรวม	4.34	0.61	มาก

จากตาราง 3 พบว่า ความผูกพันกับชุมชน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.34, SD = 0.61$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความสามารถในการทำงานในชุมชน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ($M = 4.38, SD = 0.64$) รองลงมาด้านความรักและผูกพันกับชุมชน ($M = 4.35, SD = 0.66$) และน้อยที่สุด ด้านทัศนคติที่ดีต่อการบริการสุขภาพและการทำงานในชุมชน ($M = 4.30, SD = 0.63$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

สำหรับผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการจัดการศึกษาบุคลากรสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีข้อค้นพบ 5 ประเด็น คือ การเข้าถึงชุมชน (Outreach) การเป็น

ที่ปรึกษาให้ชุมชน (Consult) การมีส่วนร่วมกับชุมชน (Involve) การทำงานร่วมกับชุมชน (Collaborative) การมีความเป็นผู้นำร่วมกันกับชุมชน (Shared Leadership) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การเข้าถึงชุมชน (Outreach) จากการศึกษาพบว่า ในกระบวนการจัดการศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ได้มีการจัดให้ “นักศึกษา” ได้ลงเข้าไปใช้ชีวิต คลุกคลีตีโมง อยู่ในชุมชนเป็นระยะเวลาหนึ่ง มีการศึกษาข้อมูล และประวัติศาสตร์ชุมชน สร้างสัมพันธ์ภาพอันดีกับสมาชิกชุมชนทุกระดับ ร่วมคิด ร่วมสร้าง ร่วมพัฒนาชุมชนด้านสุขภาพที่ยั่งยืน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ “ตอนนั้นพวกหนูได้เข้าไปนอนอยู่ในชุมชนเลยละ อยู่กับพ่อแม่ในชุมชน” (NS-101) “ได้ลงพื้นที่ทำการสำรวจ เก็บรวบรวมข้อมูลของชุมชน ต้องศึกษาข้อมูลทุกอย่างเลยละ ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ความเจ็บป่วย ประวัติศาสตร์ชุมชน ประมวลนี้ละ” (NS-302) และมีการจัดส่ง “อาจารย์” ซึ่งเป็นผู้ประสานงานกับชุมชน หรือเป็นตัวกลางในการจัดส่งนักศึกษาลงไปอยู่ในชุมชน เป็นผู้เตรียมความพร้อมของนักศึกษา ก่อนเข้าชุมชน แต่อาจารย์เข้าถึงชุมชนค่อนข้างน้อย มีส่วนร่วมกับชุมชนน้อยกว่านักศึกษา เน้นการสอนตามแผน ประเมินผลนักศึกษาเป็นส่วนใหญ่ อาจารย์ยังไม่เข้าชุมชนจนถึงขั้นการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่จะร่วมกับชุมชนเพื่อการพัฒนา ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ “เราก็จะติดต่อประสานงานกับพื้นที่ และก็ไปดูพื้นที่ ดูความพร้อม แจ้งรายละเอียดต่างๆให้พี่เลี้ยงรับทราบก่อนพานักศึกษาลงชุมชน” (TS-403) “เอาลูกสาวลูกชายไปฝากไว้กับพ่อแม่ในชุมชน ให้ได้เรียนรู้วิถีชีวิต ส่วนครูก็จะตามไปนิเทศเป็นบางวัน” (TS-102) ซึ่งในส่วน of “ชุมชน” ในบางพื้นที่ชุมชนมีความผูกพันกับนักศึกษา มีความต้องการให้นักศึกษาเข้ามาฝึกปฏิบัติในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ “ก็ได้เลือกชุมชนที่หลากหลายไม่ได้เอาชุมชนเดิมเนื่องจากว่าอยากให้ชุมชนได้เรียนรู้ของการมีบริบทของนักศึกษามาอยู่ด้วย และที่สำคัญก็คือให้น้องนักศึกษาที่เข้ามาในชุมชนได้เรียนรู้ ถึงแม้ว่าเราจะมีภูมิประเทศหรือภูมิอากาศอะไรที่มันเหมือน ๆ กัน แต่มันก็เรื่องเกี่ยวกับพวกคณะทำงานหรือองค์กรในชุมชนก็แตกต่างกัน แล้วก็บริบทความเข้มแข็งของชุมชนก็แตกต่างกัน เพราะฉะนั้นตัวของพี่เลี้ยงเองก็จะมาหาชุมชนให้แน่ชัดว่าเราจะเลือกผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งที่เขาสามารถที่จะดูแลลูก ๆ ของทางวิทยาลัยพยาบาลนี้ได้ แล้วก็เราก็จะเลือกองค์กรภาคีเครือข่ายนะละ” (CM-201) “ไปในครัวเรือนเหมือน เป็นเพราะพ่ออ้อมแม่อ้อมอย่างนี้ละคะ ก็สามารถที่จะลงไปช่วยได้ ไปกลมกลืนอยู่ในชุมชนได้ ที่นี้พอชุมชนเขาเห็นว่า เออ น้องนักศึกษาไปมันไม่ใช่ภาระละ แต่มันเป็นเหมือนลูกเหมือนเต้า” (CM 203)

2. การเป็นที่ปรึกษาให้ชุมชน (Consult) จากการศึกษาพบว่า เมื่อวิทยาลัยได้จัดการเรียนการสอน โดยชุมชนมีส่วนร่วมทำให้นักศึกษามีการแสดงออกถึงบทบาทของพยาบาลซึ่งเป็นบทบาทของการเป็นผู้ให้คำปรึกษา โดย “นักศึกษา” มีการจัดกิจกรรมหลายอย่างเพื่อพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเลือกกิจกรรมการแก้ไขปัญหาโดยชุมชนเอง นักศึกษาจะเป็นผู้รับฟัง ร่วมเสนอแนะแนวทางเพื่อการตัดสินใจของชุมชน ซึ่งจะปรากฏเห็นชัดในการทำประชาคมของนักศึกษา ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ “ได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีม การการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพติดต่อประสานงานแล้วก็เรื่องของการทำงาน การเก็บข้อมูล การเข้ากับสังคม ทำให้เราได้เรียนรู้ เกิดการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ขึ้นมาอีกระดับหนึ่งการเข้าสังคม สามารถทำงานร่วมกับคนอื่นสามารถปรับตัวได้กับการทำงานกับทุกคนได้ดีขึ้น” (NS-205) “เราได้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพกับประชาชนในชุมชนทำให้ชุมชนมีความรู้ในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น” (NS-302) “เราให้ health education หรือพาทำโครงการอะไรเนี่ยละชุมชนอาจจะทำได้ในระยะเวลาสั้นๆที่เราอยู่ด้วย” (NS-102) และ “อาจารย์” จะมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้นักศึกษาแสดงบทบาทของตนเองด้านผู้นำทางสุขภาพ และกระตุ้นชุมชนให้เกิดการมีส่วนร่วม “เราจะฝึกนักศึกษาโดยเราจะออกแบบให้นักศึกษาในการประชุมกลุ่มรายสัปดาห์ให้เขาเปลี่ยนกันเป็นผู้นำกลุ่มหมายถึงว่าทำไมเราต้องทำแบบนี้ ถ้าเราไม่เกิดการเรียนรู้เหมือนการเรียนรู้การประชุมซึ่งการประชุมเราก็จะบอกนักศึกษาว่าเราจะต้องตั้งผู้นำและต้องมีการบันทึกรายงานการประชุมให้คุณครูเราก็จะได้ตรวจเพราะว่าในเรื่องของการประชุมนักศึกษาจะต้องเอาไปใช้ตลอดชีวิต” (TS-206) นอกจากนี้ “ชุมชน” ก็ร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาความต้องการของชุมชน และร่วมกันหาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับชุมชนของตนในการพัฒนาศักยภาพของชุมชนด้านสุขภาพ “หลังจากที่ลูก ๆ

นักศึกษาได้ลงชุมชนไปกับพวกเราแล้วไปทำกิจกรรมทำโครงการ พาเราทำนั่นทำนี่ให้ความรู้เราในฐานะผู้สูงอายุ ได้รับการดูแล ผู้สูงอายุมีความสุข มีความสุขแล้วก็ไม่ซึมเศร้า มีความดีใจยินดี ที่มีลูกๆไป” (CM-102)

3. บทบาทการมีส่วนร่วมกับชุมชน (Involve) จากการศึกษาพบว่า เมื่อวิทยาลัยได้จัดการเรียนการสอนโดยชุมชนมีส่วนร่วมทำให้นักศึกษามีการแสดงออกถึงบทบาทของพยาบาลหลายอย่างโดยเฉพาะการมีส่วนร่วมทำงานกับชุมชน โดย “นักศึกษา” จะเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมทำงานตลอดกระบวนการตัดสินใจแก้ไขปัญหาลักษณะของชุมชนโดยใช้กระบวนการทำประชาคม ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างนักศึกษา อาจารย์ ผู้นำชุมชน และประชาชนผู้รับบริการ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชนวางแผนให้เรารู้ว่าจะลงตรงไหนครับ “ในส่วนของอาชีวอนามัยก็จะเป็นการวางแผนร่วมกันกับตัวชุมชนเลยนะครับ อสม. ผู้นำชุมชน แล้วก็ รพ.สต. ที่จะคอยมาวิเคราะห์ร่วมกันว่าปัญหาอาชีวอนามัยในชุมชนเขาเนี่ย มีอะไรยังไง แล้วก็ไปทำโปรเจกต์เพื่อที่จะแก้ปัญหาเรื่องของอาชีวอนามัย 1 project” (NS-402) ในส่วนของ “อาจารย์” มีส่วนร่วมในการติดต่อประสานงานกับองค์กรโดยใช้กระบวนการติดต่ออย่างเป็นทางการ และเป็นสื่อกลางในการมีส่วนร่วมโดยการสังเกตการณ์จากกิจกรรมของนักศึกษาและคอยกระตุ้นนักศึกษาเท่านั้น โดยอาจารย์ยังไม่แสดงบทบาทการมีส่วนร่วมกับชุมชน โดยแท้จริง “ตัวเองก็เห็นว่าอันนั้นชัดเจนที่สุด แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น มันจะเป็นในลักษณะของความร่วมมือนะ อสม. กับเจ้าหน้าที่ คนในพื้นที่แม่ค้า อาจารย์จะคอยประสานงานขอความร่วมมือระหว่าง กลุ่ม อสม. หรือว่าเจ้าหน้าที่ รพ. สต. หรือแม้กระทั่งอาจารย์นิเทศ นักศึกษาเองนะคะ” (TN-101) และ “ชุมชน” ในทุกพื้นที่ที่มีความยินดีให้ความร่วมมือกับการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาเป็นอย่างดี เข้าร่วมกิจกรรมที่นักศึกษาจัดเพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเองและนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า “ช่วงที่นักศึกษามาฝึกภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 เดือน ตนเองและผู้นำชุมชน อสม.ต่าง ๆ ได้มาร่วมกิจกรรมทุกครั้ง นักศึกษาทำให้คนในชุมชนมีความสุข นักศึกษาเจาะถึงใจ และพวักศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เช่น ไปร่วมงานพิธีทางศาสนาต่าง ๆ หรือพาไปเที่ยวทะเล ภูเขา เพื่อให้รู้จัก เข้าใจบริบทของชุมชน รวมถึงเข้าใจถึงพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของคนในชุมชน” (CM-403)

4. การสร้างความร่วมมือ (Collaborative) จากการศึกษาพบว่า “นักศึกษา” ยังไม่มีสมรรถนะด้านการสร้างความร่วมมือในระดับสูง โดยประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะทำงานร่วมกันในกระบวนการของการตัดสินใจฉะนั้นนักศึกษาจึงยังไม่เกิดสมรรถนะด้านนี้ แต่นักศึกษาเกิดสมรรถนะในส่วนที่มีการสร้างความร่วมมือกับประชาชน/ผู้รับบริการให้มีความร่วมมือในการกำหนดกิจกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับชุมชน โดยนักศึกษาเป็นแกนนำในการกระตุ้นให้เกิดชมรมออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า “เมื่อก่อนไม่ค่อยมีเพื่อนักศึกษามา จดติดเลย ต่อเนื่อง ทุกคนมีความสุขในการมาร่วมกิจกรรม” “นักศึกษา ปี 4 ใช้ สบช.โมเดล 3 อ 3 ลด ตอบโจทย์ดีมาก ทำให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใช้ ปิงปอง 7 สี เห็นชัด ทำให้ชาวบ้านตกใจกลัว ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลย” แต่จะเห็นได้ว่า “อาจารย์” มีการทำงานเชื่อมโยงประสานงานกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั้งสถาบันอุดมศึกษาในพื้นที่ องค์กรทางสุขภาพ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรท้องถิ่น (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) ภาคประชาชน และองค์กรสาธารณสุขในพื้นที่ รวมถึงภาคเอกชน ตัวอย่างคำบอกเล่านี้ “ก่อนที่จะพวักศึกษาลงพื้นที่หนูก็จะประสานงานไปกับหน่วยงานในพื้นที่ก่อนตั้งแต่ สสจ. สสอ. รพ.สต. อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน และอื่นๆอีกตามคำแนะนำของชุมชน เพื่อประสานงานไว้ล่วงหน้าว่าจะมีนักศึกษาลงพื้นที่ให้ช่วยดูแลนักศึกษาของเรา” โดย “ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” จะเป็นผู้ช่วยเหลือ ได้แก่ สร้างความตื่นตัวประสานงานหลายภาคส่วน การให้ทุน/งบประมาณ “ผมก็จะเตรียมจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกไว้รอ จัดหาที่พักที่ปลอดภัย บ้านที่ไว้ใจได้ และติดต่อตำรวจในพื้นที่คอยเวียนมาดูแลบ่อยๆ” “สสอ./รพ.สต.” เป็นพี่เลี้ยง ซึ่งมีความยืดหยุ่น เข้าใจความแตกต่างของผู้เรียน /สนับสนุนผู้เรียน ลดอคติ ช่วยให้มีจิตบริการ บ่มเพาะความเข้าใจเตรียมชุมชน/ไม่สร้างภาระ/ผลิตครูพี่เลี้ยง “ก็จะสอนน้อง ๆ เด็กรุ่นใหม่เขาก็จะมีลักษณะเฉพาะของวัยเขา เราก็ต้องเข้าใจความแตกต่างระหว่างวัย สนับสนุนในการเรียนรู้และการทำกิจกรรมของน้อง ๆ สร้างความเข้าใจกับน้อง ๆ เกี่ยวกับบริบทของชุมชน และระเบียบต่างๆที่อยู่ด้วยกัน เตรียมชุมชนที่จะพร้อมดูแลน้อง ๆ และก็ต้องแสดงบทบาท

การเป็นพี่เลี้ยงที่ดี” “ภาคประชาชน/ผู้นำชุมชน/อสม.” เป็นผู้ให้ คือ ประสานการจัดทำโครงการ ส่งเสริมให้ นศ. เป็นผู้นำ/สร้างภาวะผู้นำ “ภาคเอกชน” เป็นผู้สนับสนุน โดยช่วยออกแบบกิจกรรมของผู้เรียน ช่วยวางระบบ การจัดการ คน-เงิน-ของ และ “วิทยาลัยพยาบาล” เป็นผู้สร้างและผู้ออกแบบ คือ ออกแบบหลักสูตร สร้างกำลังคน ด้านสุขภาพ มอบหมายผู้รับผิดชอบ แจกจ่ายวัสดุประสงค์ ให้ชุมชนเห็นประโยชน์ ร่วมทำ ร่วมคิด และเตรียมชุมชน ให้พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง

5. การมีความเป็นผู้นำร่วมกันกับชุมชน (Shared Leadership) จากการศึกษาพบว่า ทั้งนักศึกษา อาจารย์ และวิทยาลัย ยังไม่สามารถเข้าถึงสมรรถนะด้านการมีความเป็นผู้นำร่วมกันกับชุมชน จะพบเพียงข้อมูลของชุมชน ซึ่ง จะเห็นว่าชุมชนจะเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และลงมติดึงดูดในกองทุนหมู่บ้าน

2. ข้อเสนอแนะนโยบายการประเมินประสิทธิผลของการจัดการศึกษาบุคลากรสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

2.1 การสังเคราะห์การประเมินประสิทธิผลของการจัดการศึกษาบุคลากรสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมใน หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

จากการศึกษาพบว่า สถาบันการศึกษาควรพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้ง 5 ด้าน คือ การเข้าถึงชุมชน (Outreach) การเป็นที่ปรึกษาให้ชุมชน (Consult) การมีส่วนร่วมกับชุมชน (Involve) การทำงานร่วมกับชุมชน (Collaborative) การมีความเป็นผู้นำร่วมกันกับชุมชน (Shared leadership) เพื่อใช้สำหรับการ ประเมินประสิทธิผลของการจัดการศึกษาบุคลากรสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ดังนี้

ตาราง 4 การประเมินประสิทธิผลของการจัดการศึกษาบุคลากรสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมในหลักสูตรพยาบาล ศาสตรบัณฑิต

ด้าน	สิ่งที่ต้องประเมิน	แบบประเมิน
นักศึกษา	-การเข้าถึงชุมชน -การเป็นที่ปรึกษาให้กับประชาชน/ ผู้รับบริการ -การมีส่วนร่วมกับชุมชน -การทำงานร่วมกับชุมชน -การมีความเป็นผู้นำร่วมกันกับชุมชน	-แบบประเมินสมรรถนะในการเข้าถึงชุมชนของนักศึกษา -แบบประเมินความสามารถในการเป็นที่ปรึกษาให้กับประชาชน/ ผู้รับบริการของนักศึกษา -แบบประเมินการมีส่วนร่วมกับชุมชนของนักศึกษา -แบบประเมินกระบวนการทำงานร่วมกับชุมชนของนักศึกษา -แบบประเมินภาวะการเป็นผู้นำร่วมกันกับชุมชนของนักศึกษา
อาจารย์	-การเข้าถึงชุมชน -การเป็นที่ปรึกษาให้ชุมชน -การมีส่วนร่วมกับชุมชน -การทำงานร่วมกับชุมชน -การมีความเป็นผู้นำร่วมกันกับชุมชน	-แบบประเมินสมรรถนะในการเข้าถึงชุมชนของอาจารย์ -แบบประเมินความสามารถในการเป็นที่ปรึกษาชุมชนของอาจารย์ -แบบประเมินการมีส่วนร่วมกับชุมชนของอาจารย์ -แบบประเมินกระบวนการทำงานร่วมกับชุมชนของอาจารย์ -แบบประเมินภาวะการเป็นผู้นำร่วมกันกับชุมชนของอาจารย์
ชุมชน	-การมีส่วนร่วมของชุมชน -การทำงานร่วมกัน	-แบบประเมินการมีส่วนร่วมกับชุมชน -แบบประเมินกระบวนการทำงานร่วมกันของชุมชน
สถาบัน	การพัฒนากลไกการสร้างความร่วมมือ ระหว่างสถาบันการศึกษา เครือข่ายชุมชน และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริม การจัดการศึกษาพยาบาลที่ชุมชนมีส่วน ร่วมในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต	- กระบวนการสร้างผู้สอน - กระบวนการสะท้อนผู้เรียน - กระบวนการเชื่อมโยงเครือข่ายกับชุมชน - กระบวนการรักษาความต่อเนื่องกับชุมชน

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการประเมินประสิทธิภาพของการจัดการศึกษาบุคลากรสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในระดับวิทยาลัยพบว่า คณะกรรมการการเรียนการสอนระดับวิทยาลัยควรปรับปรุงหลักสูตรโดยกำหนดให้มีการวัดและประเมินผลการเรียนรู้ของนักศึกษาโดยให้มีการประเมินผลลัพธ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาพยาบาลทั้ง 5 ระดับ คือ การเข้าถึงชุมชน (Outreach) การเป็นที่ปรึกษาให้ชุมชน (Consult) การมีส่วนร่วมกับชุมชน (Involve) การทำงานร่วมกับชุมชน (Collaborative) และการมีความเป็นผู้นำร่วมกันกับชุมชน (Shared Leadership)

อภิปรายผล

ประสิทธิภาพของการจัดการศึกษาบุคลากรสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากการศึกษาพบว่า 1) คุณภาพบัณฑิตตามกรอบคุณวุฒิมาตรฐานการศึกษา โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก 2) การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก 3) ความผูกพันกับชุมชน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และ 4) สมรรถนะการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยพบว่า อาจารย์ และนักศึกษา มีสมรรถนะเพียง 4 ระดับ คือ การเข้าถึงชุมชน (Outreach) การเป็นที่ปรึกษาให้ชุมชน (Consult) การมีส่วนร่วมกับชุมชน (Involve) การทำงานร่วมกับชุมชน (Collaborative) ส่วนระดับที่ 5 คือ การมีความเป็นผู้นำร่วมกันกับชุมชน (Shared leadership) ยังไม่สามารถเข้าถึงได้ ซึ่งถือได้ว่าเป็นการจัดการศึกษาที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับดี ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากวิทยาลัยพยาบาลสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่มีการจัดการเรียนการสอนอย่างน้อย 1 รายวิชา ที่ใช้วิธีการสอนให้ชุมชนมีส่วนร่วม โดยจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน การเรียนรู้โดยใช้โครงการ/โครงการเป็นฐาน และการเรียนรู้แบบบริการสังคม โดยเชื่อว่าการจัดการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการจัดการศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลงและตอบสนองต่อนโยบายการศึกษาของสถาบันพระบรมราชชนกที่เน้นการจัดการศึกษาเพื่อชุมชน จึงทำให้นักศึกษาและอาจารย์มีมาตรฐานการศึกษาตามกรอบคุณวุฒิอุดมศึกษา มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ มีความผูกพันต่อชุมชนที่ดี และมีสมรรถนะการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในเกณฑ์ที่ดีคือระดับ 4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Poohongthong (2018) อธิบายว่า การที่นักศึกษาจะเกิดการเปลี่ยนแปลงและเกิดการเรียนรู้ได้อย่างแท้จริงต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการสร้างการเปลี่ยนแปลง ทั้งในความเชื่อ มุมมอง ไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติ ที่สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของนักศึกษาทั้งในเชิงความรู้ วิธีการเรียนรู้ การได้มาซึ่งความรู้ การรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของนักศึกษาในลักษณะดังกล่าว จะสอดคล้องกับลักษณะของนักศึกษาตามแนวคิดการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ โดยหนึ่งในแนวคิดทฤษฎีที่นำเสนอถึงกระบวนการเรียนรู้ที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ภายในและนำไปสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง คือ ทฤษฎีการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงเป็นหนึ่งในทฤษฎีที่สนับสนุนให้นักศึกษาสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวได้และยังช่วยให้ผู้เรียนเกิดคุณลักษณะที่พึงประสงค์อื่น ๆ อีกหลายประการ อันมีความสำคัญต่อชีวิตการเรียน การทำงาน และการดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีคุณค่า มีความหมาย และมีความสุข เช่นเดียวกับ Parnichparinchai (2016) กล่าวว่า การเรียนเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) เป็นกระบวนการเรียนการสอนที่ทำให้นักศึกษาสามารถเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงภายในตนเองโดยเริ่มจากการรู้จักและเข้าใจตนเอง คิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณในการสร้างกรอบแนวคิดใหม่ที่ถูกต้องและสร้างสรรค์ สามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงทางการศึกษา และสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างแท้จริง หรือที่เรียกว่า Active Learning คือการลงมือทำและไตร่ตรอง แยกแยะ (Discriminative) และบูรณาการ (Integrative) เพื่อนำพานักศึกษาไปสู่การพัฒนาความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ และหากต้องการพัฒนาสมรรถนะการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในเกณฑ์ที่ดีมาก คือระดับ 5 การมีความเป็นผู้นำร่วมกันกับชุมชน (Shared Leadership) ซึ่งเป็นขั้นที่ให้บทบาทประชาชนในระดับสุดท้าย โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การลงประชามติในประเด็นสาธารณะต่าง ๆ โครงการกองทุนหมู่บ้านที่มอบอำนาจให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจทั้งหมด จะต้องมีการพัฒนาหลักสูตรโดยใช้แนวคิดของการจัดการศึกษาบุคลากรสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม (Community-Engaged Health Professional

Education= CEHPE) เพื่อให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะถึงขั้นสูงสุดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Talib, Palsdottir, Briggs, Clithero, Cobb, Marjadi, Preston, & Willems (2017) อธิบายว่าการจัดการศึกษาโดยชุมชนมีส่วนร่วม (Community-Engaged Health Professional Education; CEHPE) คือความร่วมมือกันระหว่างสถาบันการศึกษา หน่วยงานภาคบริการสุขภาพ หน่วยงานภาคประชาชน และชุมชน ในการบูรณาการจัดการศึกษาหรือกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง ร่วมกันพัฒนาหลักสูตรและกิจกรรมการเรียนรู้ มีส่วนร่วมในประสบการณ์การเรียนรู้ การให้บริการสุขภาพ ตลอดจนการประเมินผลการเรียนรู้ของนักศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมประสบการณ์การเรียนรู้ เพื่อให้นักศึกษามีสมรรถนะที่ตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของชุมชน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการประเมินประสิทธิผลของการจัดการศึกษาบุคลากรสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตระดับวิทยาลัย เสนอแนะให้คณะกรรมการการเรียนการสอนระดับวิทยาลัยควรปรับปรุงหลักสูตรโดยกำหนดให้มีการวัดและประเมินผลการเรียนรู้ของนักศึกษาโดยให้มีการประเมินผลลัพธ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาพยาบาลทั้ง 5 ระดับ คือ การเข้าถึงชุมชน (Outreach) การเป็นที่ปรึกษาให้ชุมชน (Consult) การมีส่วนร่วมกับชุมชน (Involve) การทำงานร่วมกับชุมชน (Collaborative) และการมีความเป็นผู้นำร่วมกันกับชุมชน (Shared leadership) เนื่องจากว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการจัดการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการพัฒนาทักษะและความรู้ของนักศึกษา การวิจัยระบุว่าเมื่อชุมชนมีส่วนร่วมในหลายระดับ การเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลจะมีประสิทธิภาพสูงขึ้น (Office of the Higher Education Commission, 2017) นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการเรียนรู้จากการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับต่าง ๆ จะมีทักษะในการทำงานกับชุมชนที่ดีขึ้น สามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของชุมชนยังช่วยสร้างความเชื่อมั่นและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างนักศึกษาและชุมชน ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการทำงานในอนาคต (Department of Academic Affairs, Ministry of Education, 2018) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Schaffer, Hargate, & Marong (2015) พบว่ากำหนดให้มีการวัดและประเมินผลการเรียนรู้ของนักศึกษาโดยมีการประเมินผลลัพธ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับต่าง ๆ โดยมีการประเมินใน 5 ระดับ ได้แก่ การเข้าถึงชุมชน (Outreach) ประเมินการทำกิจกรรมที่เน้นการติดต่อและเข้าถึงชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจและความสัมพันธ์ที่ดี การเป็นที่ปรึกษาให้ชุมชน (Consult) ประเมินการให้คำปรึกษาและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน โดยเน้นการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูล การมีส่วนร่วมกับชุมชน (Involve) ประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมและการทำงานร่วมกับชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ การทำงานร่วมกับชุมชน (Collaborative) ประเมินการทำงานร่วมกันระหว่างนักศึกษาและชุมชนในโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ และการมีความเป็นผู้นำร่วมกันกับชุมชน (Shared Leadership) ประเมินการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการบริหารโครงการร่วมกับชุมชน ซึ่งการพัฒนาหลักสูตรและกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการเรียนรู้โดยเน้นการฝึกปฏิบัติและการมีประสบการณ์จริงในชุมชน สร้างระบบการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อวัดความก้าวหน้าและประสิทธิผลของการเรียนการสอนที่มีการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งเสริมการวิจัยและการพัฒนานวัตกรรมในการจัดการศึกษาพยาบาล ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยสนับสนุนการทำวิจัยร่วมกับชุมชนและการพัฒนาวิธีการสอนใหม่ ๆ

การนำผลการวิจัยไปใช้

ประสิทธิผลของการจัดการศึกษาบุคลากรสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เป็นการศึกษาเฉพาะในสถาบันพระบรมราชชนก ผลที่ได้เป็นผลที่เกิดจากการจัดการเรียนการสอนโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) ซึ่งผลที่เกิดขึ้นนั้นผู้สอนจะต้องนำไปพัฒนากิจกรรมการเรียนการสอนในรายวิชาเพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างแท้จริง หรือที่เรียกว่า Active Learning คือการลงมือทำและไตร่ตรอง แยกแยะ (Discriminative) และบูรณาการ (Integrative) เพื่อนำพานักศึกษาไปสู่การพัฒนาความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาพัฒนาเครื่องมือวัดประเมินสมรรถนะการมีส่วนร่วมของชุมชนของอาจารย์และนักศึกษา ทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย การเข้าถึงชุมชน (Outreach) การเป็นที่ปรึกษาให้ชุมชน (Consult) การมีส่วนร่วมกับชุมชน (Involve) การทำงานร่วมกับชุมชน (Collaborative) และการมีความเป็นผู้นำร่วมกันกับชุมชน (Shared Leadership) เพื่อใช้เป็นแบบประเมินกลางของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกต่อไป

References

- Chanthai, K. (2014). *Curriculum for Developing Competency of Nurses as Community Health Managers*. Nonthaburi: Bureau of Nursing. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health Ministry of Public Health. (in Thai).
- Community Health Research and Development Institute. (2015). *"Towards a Healthy Community" Community Health System Development Manual with Health Insurance Funds at the Local or Area Level*. Bangkok: Sahamit Printing and Publishing Company Limited. (in Thai)
- Department of Academic Affairs, Ministry of Education. (2018). *Guidelines for Developing Bachelor of Nursing Programs with Community Participation*. Bangkok, Thailand: Department of Academic Affairs, Ministry of Education. (in Thai).
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610.
- Office of the Higher Education Commission. (2017). *Evaluation of Education with Community Participation in Bachelor of Nursing Programs*. Bangkok, Thailand: Office of the Higher Education Commission. (in Thai).
- Office of the National Economic and Social Development Board Office of the Prime Minister. (2017). *National Economic and Social Development Plan*. Issue twelfth, 2017 - 2021. Retrieved November 21, 2023 from https://www.nesdc.go.th/ewt_news.php?nid=6420&filename=develop_issue
- Parnichparinchai, T. (2016). Transformative learning : A learning management in pre-service teacher. *The Golden Teak : Humanity and Social Science Journal (GTHJ.)*, 22(2), 1-11. (in Thai)
- Phanich, W. (2015). Ways to create learning for students in the 21st century. *Learning Innovation Journal*, 1(2), 2-14. (In Thai).
- Poohongthong, C. (2018). Transformative learning: challenges for instructors in higher education. *Journal of Behavioral Science*, 24(1), 163-182. (in Thai)
- Pukbunmee, R. (2017). *The Role of Nurses in the Thailand 4.0 Era*. Retrieved November 21, 2023 from <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article>
- Schaffer, M. A., Hargate, C., & Marong, K. (2015). Engaging Communities in Nursing Education. *International Journal of Research on Service-Learning and Community Engagement*, 3(1), Article 8. (PDF) Engaging Communities in Nursing Education. Retrieved November 21, 2023 from https://www.researchgate.net/publication/350158585_Engaging_Communities_in_Nursing_Education [accessed Oct 19 2023].

- Talib, Z., Palsdottir, B., Briggs, M., Clithero, A., Cobb, N. M., Marjadi, B., Preston, R., & Willems, S. (2017). *Defining community-engaged health professional education: A step toward building the evidence*. National Academy of Medicine, Washington, DC. Retrieved November 21, 2023 <https://nam.edu/wp-content/uploads/2017/01/Defining-Community-Engaged-Health-Professional-Education-AStep-Toward-Building-the-Evidence.pdf>, Page 1-4.
- Thai Nursing Council. (2019). *Announcement of the Nursing Council Nursing Standards 2019*. the government gazette: Volume 136, Special 97ง. (in Thai).
- Thongchua, T., & Tummek, P. (2017). Human resource development guidelines in the 21st century: educational dimensions. *Journal of Peace Studies Review, MCU*, 5(3), 389-403. (in Thai).
- World Health Organization. (2016). *Global Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery 2016-2020*. Bureau of Nursing, Office of the Permanent Secretary. Nonthaburi: Medi Journal. (in Thai)

ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
การมีกิจกรรมทางกาย และดัชนีมวลกายของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีภาวะอ้วน
The Effectiveness of Using Video Media Combined with Online Health Counseling
on Food Consumption Behavior, Physical Activity, and Body Mass Index
of Early adult Women with Obesity

เสาวพฤกษ์ ช้วยยก¹, กมลชนก ทองเอียด¹, จิรภา กาญจนโกเมศ¹, จิรภา เสถียรพงศ์ประภา^{1*}, ทิพากร บุญรัตน์²

Soawapruerk choyyok¹, Kamolchanok Thongied¹, Jeerapa Karnchanakomate¹,

Jirapa Satianpongprapa^{1*}, Tipakorn Punyarut²

¹มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, ²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเรือ

¹Suratthani Rajabhat University, ²Tharour Health Promoting Hospital

(Receive: February 28, 2024; Revised: June 5, 2024; Accepted: August 8, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองศึกษาในกลุ่มเดียวมีการวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกายและค่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังได้รับสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพทางออนไลน์และติดตามความคงอยู่ในระยะ 12 สัปดาห์ของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเรือ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มตัวอย่างแบบง่ายได้จำนวน 27 คน ได้รับการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์ภายหลังการทดลองและติดตามความคงอยู่ในสัปดาห์ที่ 12 โดยใช้เครื่องมือ ดังนี้ 1) เครื่องมือแบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 2) เครื่องมือแบบวัดการมีกิจกรรมทางกาย นำมาตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหาและวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test และ Freidman Test พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังทดลองและติดตามความคงอยู่ในสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p\text{-value} < .001$)

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการมีกิจกรรมทางกายหลังทดลองและติดตามความคงอยู่ในสัปดาห์ที่ 12 พบว่าสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p\text{-value} = .001$)

3. ค่าดัชนีมวลกายระหว่างหลังการทดลองและความคงอยู่ในสัปดาห์ที่ 12 กับก่อนทดลองไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = .228$)

จากผลการศึกษาชี้ควรนำผลของการได้รับสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์นำไปใช้ได้ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลในเชิงรุก เพื่อเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการป้องกันที่จะทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพได้ในอนาคต

คำสำคัญ: สื่อวีดิทัศน์ คำปรึกษาทางออนไลน์ พฤติกรรมบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย ค่าดัชนีมวลกาย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: jirapa.sat@sru.ac.th)

Abstract

This quasi-experimental research, conducted in a single group with pre- and post-experiment measurements, aimed to study the effects of video media combined with online health counseling on the average scores of food consumption behavior, physical activity, and body mass index before and after the intervention, as well as to assess the sustainability over 12 weeks among women in their early adulthood the Tha Ruea Subdistrict Health Promoting Hospital area of Suratthani Province. The simple random sampling method was used to select 27 participants, who received video media combined with online health counseling. The intervention's sustainability was followed up in the 12th week of program, using a food consumption behavior measurement tool, as well as a physical activity measurement tool. The content validity was verified, with a consistency index ranging from 0.67 to 1.0. Reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding reliability scores of .80 and .82, respectively. Data were analyzed using the Wilcoxon signed-rank test and Friedman test. The results were as follows.

1. The average scores of food consumption behavior, both after the experiment and during the 12th-week follow-up, were significantly higher than before the experiment (p -value < .001).
2. The average scores of physical activity, both after the experiment and during the 12th-week follow-up, were significantly higher than before the experiment at the .01 level (p -value = .001).
3. The body mass index (BMI), between after the experiment and during the 12th-week follow-up, did not show any different from before the experiment (p -value = .228).

Therefore, the implementation of this video media program, combined with online health counseling, can be considered for proactive use in sub-district health-promoting hospitals, in order to continuously encourage self-care behavior changes, which could prevent future health problems.

Keywords: Video Media, Online Health Counseling, Food Consumption Behavior, Physical Activity, Body Mass Index

บทนำ

ในปี 2020 พบบุคคลที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีจำนวนมากขึ้นซึ่งพบทั้งเพศชายและหญิงทั่วโลกมากกว่า 700 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในปี 2025 และ 2030 ในปี 2020 พบประชากรทั่วโลกที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป มีภาวะน้ำหนักเกิน 813 ร้อยล้านคน ซึ่งเป็นเพศหญิงถึงจำนวน 466 ล้านคน (World Obesity Federation, 2023) อีกทั้งองค์การอนามัยโลกยังจัดให้ภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามมาและในจำนวนนี้มีภาวะอ้วนจำนวน 600 ล้านคน และร้อยละ 24.5 เป็นเพศหญิง ในปี 2021 มีการสำรวจร้อยละของประชากรไทยวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี ระดับเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 1,277,018 พบว่า มีเส้นรอบเอวปกติจำนวน 706,945 คน คิดเป็นร้อยละ 55.36 (Department of Health, Ministry of Public Health, 2021) ซึ่งจะพบผู้มีเส้นรอบเอวที่ผิดปกติถึงร้อยละ 44.64 ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในวัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่เกิดจากการใช้พลังงานที่ไม่สมดุลอย่างเรื้อรัง คือได้รับพลังงานสูงกว่าความต้องการของร่างกายอย่างต่อเนื่อง และมีปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของวิถีการดำเนินชีวิต การทำงานและการดูแลสุขภาพ การดำเนินชีวิตด้วยความเร่งรีบขาดการดูแลด้านการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกายที่ลดลง มีความเครียดง่าย บริโภคอาหารที่มีไขมันสูงกากใยต่ำ เกิดการสะสมของไขมันส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (Sindhu, Limruangrong, & Tankhampuan, 2021; Alkhulaifi & Darkoh, 2022) จากการศึกษาความท้าทาย

พยาบาลในชุมชนในการจัดการโรคอ้วนในวัยผู้ใหญ่ พบว่าผู้ที่มีภาวะอ้วนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูงมากเกินความต้องการของร่างกาย มีระดับกิจกรรมทางกายน้อยและมักทำกิจกรรมที่ใช้พลังงานน้อย เช่น การใช้คอมพิวเตอร์ การช้อปปิ้งพาหนะส่วนบุคคล เป็นต้น (Tuphanich, Tiappho, & Lammana, 2022) ภาวะอ้วนส่งผลต่อปัญหาสุขภาพในหลายระบบ ได้แก่ 1) ระบบหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เกิดหลอดเลือดแข็งและหนาตัวขึ้น เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ 2) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า 3) เกิดภาวะโรคเบาหวาน จากมีปริมาณไขมันในร่างกายสูงขึ้นทำให้ Insulin Receptors ตอบสนองต่อ Insulin ลดลง เกิดภาวะดื้อต่อ Insulin ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นและ 4) มีภาวะไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะ Triglyceride และมีไขมัน HDL-C ต่ำลง ทำให้เกิด Artherosclerosis Metabolic Syndrome ได้ (Pinchaleaw, 2018) ดังนั้น การจัดการกับภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนจะช่วยลดปัญหาที่เกิดขึ้นต่อร่างกายดังกล่าวได้

ในภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีจากหลายสาเหตุปัจจัยต่าง ๆ ดังนั้นการศึกษาทฤษฎีทางนิเวศวิทยาจึงถูกนำมาใช้ในการป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยมองความสัมพันธ์ระหว่างตัวบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เพียงแต่ปัจจัยภายในตัวบุคคลเท่านั้นแต่ยังได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมด้วยซึ่งหากใช้โมเดลเชิงนิเวศวิทยาที่ Bronfenbrenner (1999) ได้พัฒนามาใช้ในการดูแลบุคคลภาวะน้ำหนักเกิน จะประกอบด้วยกัน 5 ระบบ คือ 1. ระบบจุลภาค 2. ระบบปฏิสัมพันธ์ เป็นระบบสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมโยงกันมีปฏิสัมพันธ์กันมากกว่า 2 ระบบขึ้นไป 3. ระบบภายนอก เช่น ระบบบริการสุขภาพ สื่อ เทคโนโลยี วิทยุ โทรทัศน์ ตลอดจนองค์กรและสิ่งแวดล้อมในชุมชน 4. ระบบมหภาค ซึ่งมีอิทธิพลและก่อให้เกิดทัศนคติและจารีตประเพณีได้ และ 5. ระบบเวลา เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่มีน้ำหนักเกินที่เกิดขึ้นจากช่วงเวลาเปลี่ยนแปลงไปตลอดการดำเนินชีวิต (Sindhu, Limruangrong, & Tankhampuan, 2021) ซึ่งปัจจุบันได้มีการใช้แนวคิดทฤษฎีนี้มาใช้ในการทางด้านสุขภาพและการพยาบาลกันมากขึ้น เพื่อที่จะได้มีการจัดการแก้ไขปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในการดูแลอย่างครอบคลุมในการจัดการและป้องกันภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เพื่อให้เป็นประโยชน์กับประชาชนต่อไป นอกจากนี้มีหลายการศึกษาได้ทำการศึกษาถึงการจัดการกับภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ซึ่งมีการใช้วิธีที่หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การใช้โมบายแอปพลิเคชันในการควบคุมน้ำหนัก (Wisapha, Wiroonpanich, & Wattanasit, 2022) การออกกำลังกายด้วยยางยืดและการควบคุมอาหาร (Leartwanawattana, Sukkum, Sumrit, & Sane, 2021) การสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตัว (Phopa & Pummarak, 2023) เป็นต้น วิธีการเหล่านี้ เป็นกระบวนการที่สอดคล้องกับทฤษฎีการกำกับตนเอง ที่บุคคลต้องหากระบวนการวางแผนและหากลยุทธ์วิธีในการควบคุมและกำกับพฤติกรรมของตนเองเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ (Wisapha, Wiroonpanich, & Wattanasit, 2022) การที่บุคคลสามารถรับรู้สมรรถนะของตนเอง ทำให้บุคคลสามารถบรรลุถึงเป้าหมายพฤติกรรมได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถและขาดทักษะ (Phopa & Pummarak, 2023) การส่งเสริมสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ให้สามารถควบคุมน้ำหนักของตนเองได้นั้น จำเป็นต้องมีการกำกับตนเองอย่างเคร่งครัด ในด้านการออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ 3 ประการ คือ 1) การเตือนตนเอง (Self-Monitoring) 2) การประเมินผล (Self-Evaluation) และ 3) การเสริมแรง (Self-Reinforcement) ร่วมกับการบันทึกพฤติกรรมตนเองหลังจากที่ได้ตั้งเป้าหมาย

การควบคุมน้ำหนักในผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานควรใช้หลากหลายวิธี ได้แก่ การควบคุมจำนวนและปริมาณอาหาร การนับจำนวนแคลอรีของอาหารที่รับประทาน และการออกกำลังกาย เช่น การวิ่ง การเดิน การเต้นแอโรบิค โยคะ ว่ายน้ำ จักร หรือการออกกำลังกายที่มีอุปกรณ์ช่วย เช่น ลูกบอล ห่วงยาง เชือกสปริง เป็นต้น (Leartwanawattana, Sukkum, Sumrit, & Sane, 2021) ร่วมกับการกำกับตนเอง ในปัจจุบันเป็นโลกแห่งการใช้เทคโนโลยีและการใช้สื่อออนไลน์ เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่ค่อนข้างมีความมั่นใจในตนเอง เลือกลงและตัดสินใจทำสิ่งต่างๆด้วยตนเอง มีแรงขับภายในสูงและมีค่านิยมในการใช้เทคโนโลยีที่มากขึ้น (Sindhu, Limruangrong, & Tankhampuan, 2021) อีกทั้งเป็นกลุ่มที่สามารถเรียนรู้และสืบค้นข้อมูลทางออนไลน์เพื่อนำมาปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้

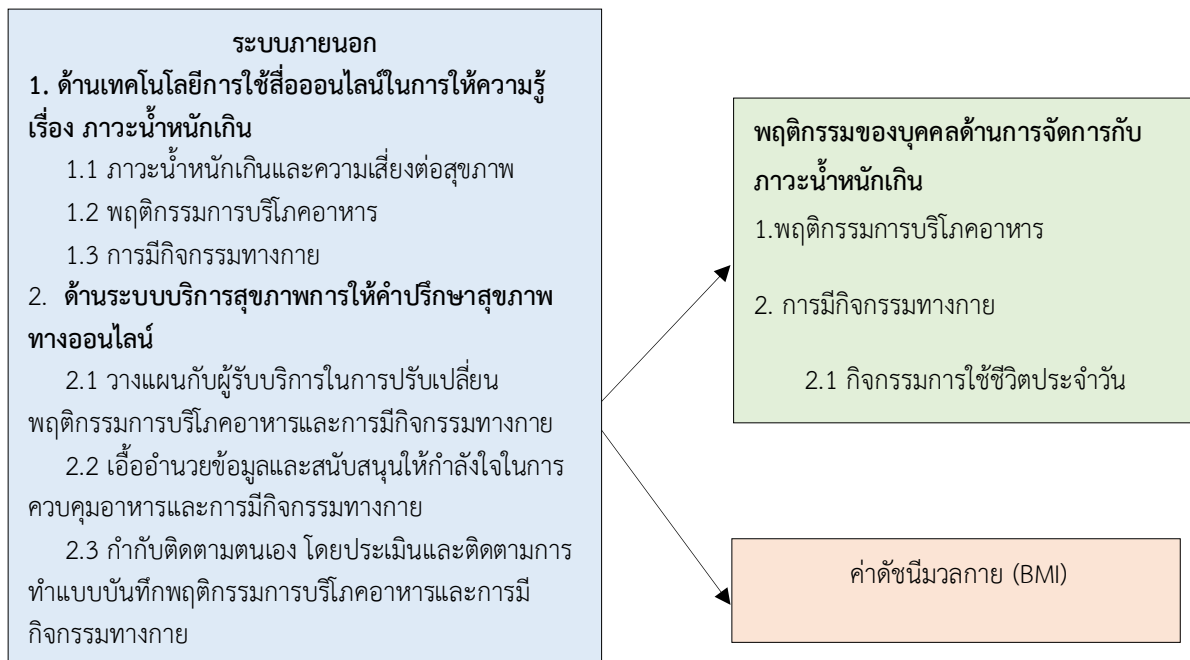
จากการตรวจคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเรือ อำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประจำปี 2566 พบว่ามีกลุ่มเพศหญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกินไปจนถึงมีภาวะอ้วนทุกกลุ่มอายุ มีจำนวนสูงถึง 350 ราย ซึ่งเป็นภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่จะนำไปสู่การเกิดโรคจากภาวะเมตาบอลิซึม ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการจัดการให้บุคคลสามารถควบคุมภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนได้ด้วยตนเอง โดยการรับข้อมูลความรู้ในการควบคุมน้ำหนักผ่านสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับให้คำปรึกษาสุขภาพผ่านทางออนไลน์เพื่อเป็นแรงช่วยสนับสนุน พร้อมทั้งให้บุคคลได้มีการกำกับตนเองโดยการทำบันทึกประจำวัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงผลของการนำสื่อวีดิทัศน์มาปรับใช้ร่วมกับการให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์ ต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และค่าดัชนีมวลกายในเขตพื้นที่ รพ.สต.ท่าเรือ อ.บ้านนาเดิม จ.สุราษฎร์ธานี เป็นพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำผลที่ได้ไปปรับใช้ในการจัดการกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนของกลุ่มผู้ใหญ่เพศหญิง เพื่อป้องกันการเกิดโรคต่าง ๆ และความผิดปกติด้านอื่น ๆ ที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ซึ่งจะช่วยส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพดียั่งยืนอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังได้รับสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพออนไลน์และติดตามความคงอยู่ในระยะ 12 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีกิจกรรมทางกายก่อนและหลังได้รับสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพออนไลน์และติดตามความคงอยู่ในระยะ 12 สัปดาห์
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนและหลังได้รับสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพออนไลน์และติดตามความคงอยู่ในระยะ 12 สัปดาห์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การดูแลบุคคลที่มีภาวะน้ำหนักเกินศึกษาด้วยทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาของบรอนเฟนเบรนเนอร์ (Bronfenbrenner, 1979) มาอธิบายบุคคลที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ตามแนวคิดกล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากความสัมพันธ์ภายในตัวบุคคล ระหว่างบุคคลและระบบสังคมภายนอก ซึ่งประกอบด้วย 5 ระบบดังนี้ 1. ระบบจุลภาค ได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ ทักษะและความรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ อิทธิพลจากบุคคลในครอบครัวหรือกลุ่มสังคมที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์ 2. ระบบปฏิสัมพันธ์เป็นระบบสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมโยงระบบจุลภาคให้มีปฏิสัมพันธ์กัน 3. ระบบภายนอก เป็นโครงสร้างทางสังคมภายนอกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมที่มีน้ำหนักเกิน เช่น เทคโนโลยีการสื่อสาร ระบบบริการสุขภาพ 4. ระบบมหภาค เช่น สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ รายได้ เป็นต้น 5. ระบบเวลา หมายถึง ประสบการณ์ของบุคคลที่มีน้ำหนักเกินที่เกิดขึ้นจากเวลาที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดการดำเนินชีวิต เช่น สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ภาวะที่เพิ่มขึ้นตามอายุ เป็นต้น (Sindhu, Limruangrong, & Tankhampuan, 2021) โดยในงานวิจัยนี้ใช้ระบบภายนอกด้านเทคโนโลยีการสื่อสาร และระบบบริการสุขภาพ เพื่อศึกษาผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และดัชนีมวลกายของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีภาวะอ้วนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเรือ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Designs)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 20 - 40 ปี ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกินและภาวะอ้วนระดับที่ 1 ทั้งหมด 350 คน ที่อยู่ในเขต รพ.สต.ท่าเรือ อ.บ้านนาเดิม จ.สุราษฎร์ธานี (Tharua Subdistrict, 2023)

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 20-40 ปี ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกินและมีความอ้วนระดับที่ 1 อยู่ในเขตรพ.สต.ท่าเรือ อ.บ้านนาเดิม จ.สุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยนำมาสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับฉลากจากทะเบียนรายชื่อการคัดกรองผู้ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกินและอ้วนระดับ 1 เข้ากลุ่มทดลองจนครบจำนวน 27 คน เก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 3 เดือน ระหว่างเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2566 โดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตาราง Analysis ของ Polit & Beck (2008) ซึ่งจากการศึกษาทางการพยาบาลใช้ Estimated Effect Size ที่ระดับ 0.2 - 0.4 และใช้ Power of Test ที่ 0.8 ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงเลือกใช้ Estimated Effect Size ที่ 0.4 และ Power of Test ที่ 0.8 ซึ่งนำไปคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 27 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอายุตั้งแต่ 20 - 40 ปี 2) มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เกินที่ 23 - 29.9 kg/m² 3) มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่สามารถใช้งานกับการใช้สื่อวีดิทัศน์และการให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์ได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยการเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ที่ไม่สามารถรับการให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์ได้ครบทุกขั้นตอน 2) กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นหลังเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันใน เลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และมะเร็ง หรือ ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมอาหารหรือออกกำลังกายได้ตามปกติ เป็นต้น 3) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่พร้อมร่วมดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 สื่อวีดิทัศน์ออนไลน์ประกอบด้วยข้อมูล 2 ด้านดังนี้ 1) ด้านภาวะน้ำหนักเกินและความเสี่ยงต่อสุขภาพ 2) ด้านการจัดการกับภาวะน้ำหนักเกิน

1.2 การให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์ ดำเนินการดังนี้ 1) วางแผน เอื้ออำนวยข้อมูลและสนับสนุนให้กำลังใจกับกลุ่มตัวอย่าง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการมีกิจกรรมทางกาย 2) ประเมินและติดตามพฤติกรรมโดยติดตามจากการทำแบบบันทึกการควบคุมอาหารและการมีกิจกรรมทางกาย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีทั้งหมด 4 ชุด ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้

2.2 แบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 24 ข้อ ประเมินและประเมินค่าของการรับประทานอาหาร

2.3 แบบวัดการมีกิจกรรมทางกายจำนวน 14 ข้อ เป็นแบบวัดเกี่ยวข้องกับประเภของการออกกำลังกาย ความถี่ในการออกกำลังกายและระยะเวลาในการออกกำลังกาย

โดยข้อ 2.2 และ 2.3 เป็นข้อคำถามที่มีทั้งข้อความเชิงบวกและเชิงลบ มีคำตอบให้เลือกทั้งหมด 5 ระดับ โดยข้อคำถามเชิงบวกจากปฏิบัติเป็นประจำให้ 5 คะแนน ถึงไม่ปฏิบัติเลยให้ 1 คะแนน สำหรับคำถามเชิงลบจากปฏิบัติเป็นประจำให้ 1 คะแนน ถึงไม่ปฏิบัติเลยให้ 5 คะแนน

2.4 แบบประเมินค่าดัชนีมวลกาย BMI คำนวณจากน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูงเป็นเมตร² WHO มีเกณฑ์ในการประเมินภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนระดับที่ 1 สำหรับชาวเอเชีย (Lim, Lee, Kim, Hwang, Kim, Lim et al, 2017) มีดังนี้ 1) น้ำหนักเกิน คือมีค่า BMI = 23.0 - 24.9 kg/m² 2) โรคอ้วนระดับที่ 1 คือ ค่า BMI = 25.0 - 29.9 kg/m²

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ทำการตรวจสอบสื่อวีดิทัศน์โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน นักกิจกรรมออกกำลังกาย 1 ท่าน และนักโภชนาบำบัด 1 ท่าน ในส่วนของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน นักโภชนาบำบัด 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน และแบบวัดการมีกิจกรรมทางกายให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน นักกิจกรรมออกกำลังกาย 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน เป็นการประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ซึ่งได้ทำการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาโดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .67 - 1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) และนำมาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำมาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's, Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 และ .82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนระหว่างเดือนพฤษภาคม 2566 – กรกฎาคม 2566 โดยมีวิธีการเก็บข้อมูลดังนี้

ขั้นตอนการทดลอง

1. คณะผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ ก่อนขอพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเรือ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัยรวมทั้งรายละเอียดการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

2. เตรียมความพร้อมคณะผู้วิจัยเพื่อทำความเข้าใจในการใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกาย การทำแบบบันทึกการกำกับตนเองในการบริโภคอาหาร และการมีกิจกรรมทางกาย การคำนวณค่าดัชนีมวลกาย และขั้นตอนดำเนินการวิจัย ทบทวนการให้คำปรึกษาทางสุขภาพการบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกาย

ขั้นตอนทดลอง

1. สัปดาห์ที่ 1 พบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและชี้แจงให้ทราบถึงข้อมูลทำข้อตกลงเบื้องต้นในการทำกิจกรรมพร้อมให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form) โดยมีขั้นตอนดังนี้ คือ

1.1 เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างโดยแจกแบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการมีกิจกรรมทางกาย โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเพื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกาย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างได้รับสื่อวีดิทัศน์เรื่องการจัดการภาวะน้ำหนักเกิน ใช้เวลา 20 นาที และส่งให้ทางออนไลน์เพื่อทบทวนด้วยตนเอง

1.2 แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน เพื่อเข้ารับการให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์จากคณะผู้วิจัย 3 ท่าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างกำกับตนเองในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย โดยให้มีการกำกับตนเองลงในแบบบันทึก ในการให้คำปรึกษาสุขภาพ ทีมผู้วิจัยจะร่วมวางแผน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เอื้ออำนวยข้อมูล และสนับสนุนให้กำลังใจในการควบคุมการบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกาย พร้อมทั้งประเมินและติดตามการทำแบบบันทึกการบริโภคอาหาร และการมีกิจกรรมทางกาย

2. สัปดาห์ที่ 2 - 7 คณะผู้วิจัยให้คำปรึกษาทางออนไลน์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกาย เอื้ออำนวยข้อมูล และสนับสนุนให้กำลังใจในการควบคุมอาหารและการมีกิจกรรมทางกาย ประเมินแบบบันทึกการบริโภคอาหาร

ขั้นหลังการทดลอง

สัปดาห์ที่ 8 ทีมผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำแบบสอบถามหลังการทดลองครั้งที่ 1 โดยแจกแบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการมีกิจกรรมทางกายให้กลุ่มทดลองตอบ หลังจากนั้นคณะผู้วิจัยชั่งน้ำหนักโดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนักที่มีมาตรฐานเดียวกันกับการวัดครั้งที่ 1 และวัดส่วนสูง เพื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกาย

สัปดาห์ที่ 12 ทีมผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 เพื่อติดตามความคงอยู่หลังการทดลองโดยแจกแบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการมีกิจกรรมทางกาย โดยให้กลุ่มทดลองตอบ ชั่งน้ำหนักโดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนักที่มีมาตรฐานเดียวกันกับการวัดครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 วัดส่วนสูงเพื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกาย โดยใช้เวลา 30 - 40 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าค่าเท่ากับ 0.005 แสดงว่าข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นปกติ ($p\text{-value} \leq .05$) ไม่สามารถทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติพารามิเตอร์ได้ จึงต้องทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติที่ไม่ใช่พารามิเตอร์ (Hollander, Wolfe, & Chicken, 2013)

1. สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในข้อมูลทั่วไป
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนการได้รับสื่อออนไลน์และการให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์กับหลังการได้รับการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed- Rank Test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีกิจกรรมทางกาย ก่อนการได้รับสื่อออนไลน์และการให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์ กับหลังการได้รับการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed- Rank Test
4. เปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนการได้รับสื่อออนไลน์และการให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์กับหลังการได้รับการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed- Rank Test
5. ติดตามความคงอยู่หลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 โดยใช้สถิติ Friedman test ในช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามสัปดาห์ที่ 12

จริยธรรมการวิจัย

นำโครงการวิจัย ขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ได้รับการรับรองเอกสารรับรองเลขที่ SRU-EC2023/013 ลงวันที่ 23 มกราคม 2566 จากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรม ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลและคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 27 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 74.10 มีการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาร้อยละ 51.90 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 33.33 และส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000 - 20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมา ร้อยละ 29.60 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีกิจกรรมทางกาย และค่าเฉลี่ยคะแนนค่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังการได้รับสื่อและการให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์

ตาราง 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีกิจกรรมทางกาย และค่าเฉลี่ยคะแนนค่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังการได้รับสื่อและการให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์

ตัวแปร	M	SD	Z	p-value (1-tailed)
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร				
ก่อน	74.48	9.37	-3.030	<.001
หลัง	81.85	8.95		
การมีกิจกรรมทางกาย				
ก่อน	39.25	8.97	-3.00	.001
หลัง	46.25	6.73		
ดัชนีมวลกาย				
ก่อน	26.89	2.65	.745	.228
หลัง	26.24	2.73		

จากตาราง 1 พบว่า การได้รับสื่อออนไลน์และการให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์ สามารถทำให้คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p\text{-value} < .001$) และสามารถทำให้คะแนนการมีกิจกรรมทางกายสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p\text{-value} = .001$) แต่ไม่สามารถทำให้ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .228$)

ตาราง 2 การทดสอบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกายและค่าดัชนีมวลกาย ในสัปดาห์ที่ 12 โดยใช้สถิติ Friedman's Test

ตัวแปร	M	SD	Z	p-value (1-tailed)
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร				
ก่อนการทดลอง	74.48	9.37	3.030	.002
หลังการทดลอง	81.85	8.95	3.103	
ระยะติดตาม 12 สัปดาห์	81.96	10.34	0.891	

ตัวแปร	M	SD	Z	p-value (1-tailed)
การมีกิจกรรมทางกาย				
ก่อนการทดลอง	39.25	8.97	3.00	.005
หลังการทดลอง	46.25	6.73	3.101	
ระยะติดตาม 12 สัปดาห์	46.96	7.12	0.497	
ค่าดัชนีมวลกาย				
ก่อนการทดลอง	26.89	2.65	0.745	.005
หลังการทดลอง	26.24	2.73	0.360	
ระยะติดตาม 12 สัปดาห์	26.06	2.88	0.144	

จากตาราง 2 การติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารในสัปดาห์ที่ 12 พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p\text{-value} = .002$) คะแนนกิจกรรมทางกายมีการเปลี่ยนแปลงในระดับดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p\text{-value} = .005$) และความคงอยู่ของค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ในสัปดาห์ที่ 12 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p\text{-value} = .005$)

อภิปรายผล

1. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังได้รับสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพออนไลน์และติดตามความคงอยู่ในระยะ 12 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการได้รับสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพออนไลน์ มีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p\text{-value} = .001$) และเมื่อติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารในสัปดาห์ที่ 12 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในสัปดาห์ที่ 12 สูงขึ้นกว่าก่อนการได้รับสื่อวีดิทัศน์และการให้คำปรึกษาทางสุขภาพทางออนไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p\text{-value} = .002$) จากผลการวิจัยแสดงถึงการได้รับสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพทางออนไลน์ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกินและมีภาวะอ้วน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ค เทคโนโลยีเหล่านี้มีความสะดวกรวดเร็ว ในการส่งข้อมูลความรู้และข่าวสารต่างๆ สามารถใช้กระตุ้นเตือนและชักชวนในการทำกิจกรรมการควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนักและสามารถเข้าถึงข่าวสารการลดน้ำหนักได้อย่างรวดเร็ว การใช้สื่อสังคมออนไลน์ยังสามารถใช้ในการให้คำปรึกษา เพราะสามารถเข้าถึงผู้รับบริการได้ทั้งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม และใช้ได้อย่างต่อเนื่องตามความต้องการของทั้งผู้รับบริการและผู้ให้คำปรึกษา การส่งข้อมูลความรู้ในวิธีการควบคุมการบริโภคอาหาร การเลือกอาหารทางออนไลน์ ยังทำให้ผู้รับบริการสามารถบันทึกข้อมูลเก็บไว้ และนำมาศึกษาได้เท่าที่ต้องการ สำหรับการจดบันทึกรายการชนิดของอาหารในแต่ละมื้อ และปริมาณอาหารที่รับประทานประจำวัน จะช่วยในการกำกับตนเองของผู้รับบริการ ผู้ให้คำปรึกษาสามารถกำกับและติดตาม และทราบปัญหาพฤติกรรมควบคุมอาหารในระยะ 1 สัปดาห์ เพื่อประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์ ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้คำแนะนำเป้าหมายให้คำปรึกษาพฤติกรรมที่ทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ อีกทั้งยังให้การสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้รับบริการในการหาวิธีแก้ไขปัญหา และแก้ไขปรับปรุงส่วนที่บกพร่องให้ดียิ่งขึ้น (Pinchaleaw, 2018) จากผลการศึกษาการใช้แอปพลิเคชันพร้อมคู่มือการใช้เป็นการกำกับตัวเองในการลดน้ำหนักได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการกำกับตนเองและจากการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นและน้ำหนักตัวลดลง เมื่อมีการใช้โมบายแอปพลิเคชันในการควบคุมน้ำหนักทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรมการกำกับตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร (Wisapha, Wiroompanich, & Wattanasit, 2022) อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Leartwanawattana, Sukkum, Sumrit, & Sanee (2021) เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางบวกในการรับประทานอาหารเป็นการวิจัย

แบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ อายุ 35 - 59 ปี มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 50 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองซึ่งประกอบด้วยคู่มือการควบคุมอาหารด้วยธงโภชนาการ คู่มือการออกกำลังกายด้วยยางยืด แบบบันทึกการกำกับตนเองในการออกกำลังกายด้วยยางยืด แบบบันทึกตนเองด้วยการควบคุมอาหาร พบว่า พฤติกรรมการควบคุมอาหารของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม และมีน้ำหนักตัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และยังมีการช่วยส่งเสริมให้บุคคลรับรู้สมรรถนะของตนเอง ทำให้บุคคลบรรลุถึงเป้าหมายพฤติกรรมได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถและขาดทักษะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Palapol, Suwonaroop, & Ruangiratain (2017) ที่ได้ทำการทดลองโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ใหญ่ที่มีโรคอ้วนลงพุง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมและการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่าหลังทดลอง ซึ่งนำมาสู่ความสำเร็จในการปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารได้ดีขึ้น

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกิจกรรมทางกายก่อนและหลังได้รับสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพออนไลน์และติดตามความคงอยู่ในระยะ 12 สัปดาห์ พบว่ากิจกรรมทางกายหลังการได้รับสื่อร่วมกับการให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์ ของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกินและโรคอ้วน การได้รับสื่อและการให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์ สามารถทำให้คะแนนการมีกิจกรรมทางกายของกลุ่มทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p\text{-value} = .001$) เมื่อพิจารณารายคน พบว่า กลุ่มทดลองจำนวน 19 คน มีคะแนนกิจกรรมทางกายสูงขึ้น อีกจำนวน 7 คน มีคะแนนกิจกรรมทางกายลดลง และไม่มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนกิจกรรมทางกายจำนวน 1 คน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ จากผลการวิจัยยังแสดงถึงการได้รับสื่อร่วมกับการให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์ส่งผลต่อการมีกิจกรรมทางกายของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีภาวะอ้วน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Leartwanawattana, Sukkum, Sumrit, & Sane (2021) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง ซึ่งประกอบด้วยคู่มือการควบคุมอาหารด้วยธงโภชนาการ คู่มือการออกกำลังกายด้วยยางยืด แบบบันทึกการกำกับตนเองในการออกกำลังกายด้วยยางยืด ในสัปดาห์แรกกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ แต่ต่อมาได้เพิ่มความพยายามจนมีพฤติกรรมใกล้เคียงกับเป้าหมายและสามารถกระทำพฤติกรรมจนบรรลุเป้าหมาย การสังเกตและการบันทึกพฤติกรรมตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการตระหนักในการควบคุมพฤติกรรม และระมัดระวังในพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sasang, Krongyuth, & Chananin (2022) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนในเรื่องการป้องกันและรักษาโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .392, p\text{-value} < .001$) อีกทั้งการเสริมแรงตนเองจะเป็นแรงเสริมเมื่อตนเองทำพฤติกรรมนั้นได้บรรลุเป้าหมาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความภาคภูมิใจ ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม และจากการทดลองในการติดตามความคงอยู่ของกิจกรรมทางกายในสัปดาห์ที่ 12 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนกิจกรรมทางกายในสัปดาห์ที่ 12 สูงขึ้นกว่าก่อนการได้รับสื่อและการให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($p\text{-value} = .001$) แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนกิจกรรมทางกายในสัปดาห์ที่ 12 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากหลังทดลอง (สัปดาห์ที่ 8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ในด้านการออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร มีกระบวนการ 3 ประการ คือ 1) การเตือนตนเอง (Self-Monitoring) 2) การประเมินผล (Self-Evaluation) และ 3) การเสริมแรง (Self-Reinforcement) และมีการบันทึกพฤติกรรมตนเองหลังจากที่ได้ตั้งเป้าหมาย การบันทึกทำให้มีการตรวจสอบพฤติกรรมของตนเองทุกครั้งที่ได้บันทึก ทำให้รู้ว่าตนเองกระทำพฤติกรรมตามเป้าหมายมากน้อยเพียงใด การควบคุมน้ำหนักในผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานควรใช้หลากหลายวิธีการ ได้แก่ การส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟูสภาพ มีการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งการออกกำลังกายสามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น การวิ่ง การเดิน การเต้นแอโรบิค โยคะ รำมวยจีน จั๊ก หรือการออกกำลังกายที่มีอุปกรณ์ช่วย เช่น ลูกบอล ห่วงยาง เชือกสปริง เป็นต้น การจะควบคุมน้ำหนักให้ได้ผล และมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจและความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Leartwanawattana, Sukkum, Sumrit, & Sane, 2021) และจากการศึกษาของ Chansem & Jubchi (2008) ได้ศึกษาการพัฒนา

รูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน โดยจากการสำรวจรูปแบบและวิธีการออกกำลังกายในผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกิน จำนวน 842 คน พบว่า กิจกรรมที่ใช้ในการออกกำลังกายเป็นประจำ คือ การวิ่งเหยาะและการเดิน โดยปฏิบัติ 3 - 4 วัน/สัปดาห์ นาน 30 - 45 นาที มักออกกำลังกายในตอนเย็น และอบอุ่นร่างกาย 10 - 15 นาที และผ่อนคลาย 5 - 10 นาที กิจกรรมยามว่างส่วนใหญ่คือ การดูโทรทัศน์ รองลงมา คือ การออกกำลังกาย เล่นกีฬา แรงจูงใจในการออกกำลังกาย คือ ต้องการมีสุขภาพดี รองลงมาคือ ต้องการลดน้ำหนัก แต่ปัญหาส่วนใหญ่คือ ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย

3. ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนและหลังได้รับสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพออนไลน์ และติดตามความคงอยู่ในระยะ 12 สัปดาห์ พบว่าการได้รับสื่อวีดิทัศน์และการให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์ ไม่สามารถทำให้ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลง ($p\text{-value} = .228$) เมื่อพิจารณารายคน พบว่า มีจำนวน 14 คน ที่มีค่าดัชนีมวลกายหลังการได้รับสื่อและการให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์ลดลงต่ำกว่าก่อนการได้รับสื่อและการให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์ และมีจำนวน 13 คนที่มีค่าดัชนีมวลกายหลังการได้รับสื่อและการให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์สูงกว่าก่อนการได้รับสื่อวีดิทัศน์และการให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์ และจากการติดตามความคงอยู่ของค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ในสัปดาห์ที่ 12 พบว่าค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การลดลงของค่าดัชนีมวลกายขึ้นอยู่กับอัตราการเผาผลาญพลังงานซึ่งแปรผันไปกับการออกกำลังกายซึ่งแต่ละบุคคลอาจมีการออกกำลังกายที่ต่างกัน กล่าวคือหากมีการออกกำลังกายเล่นกีฬานานปานกลางจะมีอัตราการเผาผลาญพลังงานน้อยกว่าการออกกำลังกายเล่นกีฬาอย่างหนักทุกวัน (Senee, Kamthong, & Promsila, 2023) อีกทั้งระยะเวลาในการออกกำลังกายของแต่ละกิจกรรมทำให้มีการเผาผลาญพลังงานที่ต่างกัน ซึ่งการออกกำลังกายควรให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 60 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด และต้องให้ได้อย่างน้อย 30 นาที จึงสามารถทำให้การเผาผลาญพลังงานได้ 1 กิโลกรัม (Manosaksaree, 2016) ซึ่งจากการทดลองถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีการควบคุมน้ำหนักและมีน้ำหนักที่ลดลงหลังการทดลอง แต่ก็ยังไม่สามารถลดระดับได้มากพอที่จะส่งผลต่อค่าดัชนีมวลกายได้เป็นผลทำให้ค่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในการวิจัยนี้สามารถนำผลของการได้รับสื่อออนไลน์ร่วมกับการให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์ สามารถนำมาใช้เชิงรุกในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลชุมชนในผู้ป่วยโรคที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนระดับ 1 เพื่อเป็นการควบคุม และป้องกันภาวะเสี่ยงของโรคต่าง ๆ ที่ตามมาได้ เช่น ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมหรือโรค NCDs เป็นต้น
2. ใช้เป็นแนวทางให้บุคลากรทางสุขภาพเลือกใช้วิธีทางออนไลน์ในการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนในการควบคุมภาวะดังกล่าวได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาการได้รับสื่อออนไลน์ร่วมกับการให้คำปรึกษาสุขภาพทางออนไลน์ในการป้องกันปัญหาสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรังอื่น ๆ (NCDs) ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

References

- Alkhulaifi, F., & Darkoh, C. (2022). Meal timing meal frequency and metabolic syndrome. *Nutrients*, 14(9), 1-10.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. *Harvard University Press google schola*, 2, 139-163.

- Chansem, W., & Jubchi, P. (2008). *The Development of Types of Appropriately Exercise for Overweight Persons: Research Report*. Institute of Physical Education. (in Thai)
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2021). *Percentage of The Working Age Population Aged 18-59 years with A Normal Waist Circumference at The District Level*. Health [online]. Retrieved December 7, 2022 from <http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/waist1859/index?year=2021>. (in Thai)
- Hollander, M., Wolfe, D. A., & Chicken, E. (2013). *Nonparametric Statistical Methods*. John Wiley & Sons.
- Lertwanawattana, J., Sukkum, W., Sumrit, W., & Sane, N. (2021). Effects of rubber chain exercises and dietary control on overweight female adults. *Journal Of Southern Technology*, 14(1), 112-121. (in Thai)
- Lim, J. U., Lee, J. H., Kim, J. S., Hwang, Y. I., Kim, T. H., Lim, S. Y. et al. (2017). Comparison of world health organization and asia-pacific body mass index classifications in COPD patients. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 12, 2465-2475.
- Manosaksaree, T. (2016). Effectiveness of weekly self-weighing frequency associated with reduced weight and behavioral change. *BMJ*. 3(1), 11-12. (in Thai)
- Palapol, T., Suwonaroop N., & Ruangjiratain, S. (2017). The effect of enhancing perceived self-efficacy program on food consumption and exercise behavior adults at risk for metabolic syndrome. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 29(1), 81-91. (in Thai)
- Phopa, Y., & Pummarak, S. (2023). The effect of self-efficacy promotion program on weight loss of obese late adolescents. *Christian University Journal*, 29(1), 80-93. (in Thai)
- Pinchaleaw, D. (2018). The management of the obesity for community nurses practitioner. *Journal of the Police Nurses*, 10(2), 433-441. (in Thai)
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice 8th ed*. New York, NY: Lippincott William & Wilkins.
- Sasang, U., Krongyuth, S., & Chananin, Y. (2022). Factors associated with self-care behaviors of patients with non-communicable diseases. *Journal of Nursing and Education*, 15(1), 45-58. (in Thai)
- Senee, A., Kamthong, S., & Promsila, W. (2023). Effects of health promotion for life behaviors modification program on practical behaviors, body mass index, and blood pressure levels among high-risk hypertensive person. *Journal of MCU Nakhondhat*, 10(4), 55-70. (in Thai)
- Sindhu, S., Limruangrong, P., & Tankhampuan, T. (2021). *Nurse Led in Overweight Management: Nurse Led in Overweight Management*. Bangkok: Watthana Publishing. (in Thai)
- Tharua Subdistrict. (2023). Retrieved September 25, 2023 from <http://www.tharua-sao.go.th/general3.php>. (in Thai)
- Tuphanich W., Tiappho J., & Lammana D. (2022). Challenges faced by community nurses in managing obesity in adults. *Charoenkrung Pracharak Hospital Journal*, 18(1), 99-114. (in Thai)
- Wisapha, C., Wiroonpanich, W., & Wattanasit, P. (2022). Effects of weight control mobile application on food consumption behavior, physical activity, and body weight in overweight adolescents. *Journal of the Police Nurses*, 12(1), 73-85. (in Thai)
- World Obesity Federation. (2023). *World Obesity Atlas 2023*. Retrieved June 27, 2024 from <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=19>

ผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อการตระหนักรู้ในตนเองและความสุขในการเรียนรู้
ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ในการฝึกปฏิบัติวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1
The Effectiveness of a Contemplative Education Program on Self-awareness and
Happiness in Learning of Third Year Nursing Students
in Maternal and Newborn Nursing and Midwifery Practicum

เบญจวรรณ จันทรชีว^{1*}, ชุติกานุญ แซ่ตัน¹, ศศิธร คำพันธ์¹

Benjawan Jantarasiw^{1*}, Chutikarn Saetan¹, Sasitorn Kampan¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีรั้ง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

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

(Receive: December 6, 2023; Revised: July 17, 2024; Accepted: July 19, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อการตระหนักรู้ในตนเองและความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 จำนวน 97 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินการตระหนักรู้ในตนเองและแบบประเมินความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ Dependent t-test ผลการวิจัยพบว่า

คะแนนเฉลี่ยของการตระหนักรู้ในตนเองและความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลหลังเรียนด้วยโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 และ .05 ตามลำดับ

ดังนั้นการนำโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษามาประยุกต์ใช้ในการเรียนรู้ภาคปฏิบัติการพยาบาล สำหรับนักศึกษาพยาบาล ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเปลี่ยนแปลงภายใน ตระหนักรู้ในตนเอง เข้าใจคนอื่นมากขึ้น มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนกับครูและทีมการพยาบาล และเกิดความสุขในขณะการฝึกปฏิบัติการพยาบาล

คำสำคัญ: จิตตปัญญาศึกษา การตระหนักรู้ในตนเอง ความสุขในการเรียนรู้ นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: benjawanj@bcnt.ac.th)

Abstract

This pre-experimental research aimed to study the effects of a contemplative education program on self-awareness and happiness in learning among 97 third-year nursing students during their practice in maternal and infant nursing and midwifery. The research tool was a contemplative education program designed for nursing students. Data were collected using a self-awareness assessment form, and a happiness in learning assessment form. The data were analyzed using the dependent t-test.

The research results showed that the average scores for self-awareness and happiness in learning among the nursing students were significantly higher after participating in the contemplative education program, with statistical significance at the .001 and .05 levels, respectively.

Therefore, applying this contemplative education program to practical nursing education for nursing students can help foster internal changes, enhance self-awareness, improve understanding of others, build better relationships with peers, teachers, and the nursing team, and increase happiness during nursing practice.

Keywords: Contemplative Education, Self-Awareness, Happiness in Learning, Nursing Students

บทนำ

การเปลี่ยนผ่านของสภาพสังคมและเศรษฐกิจ เพื่อให้ประเทศมีการพัฒนาและปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย 4.0 สถาบันการศึกษาในระดับต่าง ๆ ได้รับนโยบายการปฏิรูปการศึกษามาเป็นแนวทางกาจัดการเรียนการสอนที่มีคุณภาพ จุดเน้นที่สำคัญประการหนึ่ง คือการพัฒนาผู้เรียนให้เกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ด้วยการจัดการเรียนการสอนที่มีรูปแบบที่หลากหลาย (Bureau of Higher Education standards and Evaluation Office of the Higher Education Commission Office of the Higher Education Commission, 2018) วิทยาลัยพยาบาลเป็นสถาบันอุดมศึกษาที่มีการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาเกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพ การจัดการเรียนการสอนในวิชาชีพพยาบาล มุ่งพัฒนาผู้เรียนให้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่สามารถให้การดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย จึงทำให้กระบวนการจัดการเรียนการสอนต้องมีความเข้มงวดพอสมควรทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ดังนั้น อาจส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และรู้สึกไม่มีความสุขในการเรียน (Kitnopkiat, Lersthavorntham, & Changkaew, 2020) ส่งผลให้ขาดสมาธิทำให้ประสิทธิภาพในการเรียนลดลง (Sornlob, Prompuk, & Thiraphong, 2020) ในขณะเดียวกันวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องเผชิญกับบุคคลที่เจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลา และในปัจจุบันการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมที่มีการบูรณาการทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยการคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ผู้ดูแลบุคคลแบบองค์รวมได้ต้องมีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์เข้าใจในทุกข์สุขของมนุษย์ ไวต่อความรู้สึกต่าง ๆ ด้วยเหตุนี้นักศึกษาพยาบาลจึงต้องผ่านการฝึกการตระหนักรู้ในตนเอง เพื่อควบคุมสถานการณ์ที่ต้องเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Wanchaitanawong, Yottavee, & Chaiwongnakkapun, 2017) ดังนั้นครูผู้สอนต้องฝึกฝนประสบการณ์ดังกล่าวแก่ผู้เรียนให้มีศักยภาพในการตระหนักรู้ในตนเอง และมีความสุขในการเรียนไปพร้อมกัน (Bundasak, Chaowiang, & Jangasem, 2017)

การจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาเป็นการเรียนรู้ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในหรือทำให้ผู้เรียนตระหนักรู้ สำนวญภายในตนเอง มุ่งเน้นให้เกิดเปลี่ยนแปลงภายในของจิตใจ (Sangpitak & Archapitak, 2017) เป็นการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และการกระทำ จนเกิดความตระหนักรู้ว่าตนเองและสรรพสิ่งที่มีความเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวแล้วส่งผลให้เกิดความรักความเมตตาต่อตนเองและสรรพสิ่ง

ดังนั้นจิตตปัญญาศึกษาจึงเป็นการเชื่อมโยงการเรียนรู้ทั้งความคิด จิตใจ และนำสู่การปฏิบัติ เพื่อให้การอยู่ร่วมกันระหว่างคนกับคน และระหว่างสิ่งแวดล้อมเป็นไปอย่างสมดุล นอกจากนี้พบว่า การพัฒนาบุคลิกภาพนักศึกษาพยาบาลโดยใช้กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา ประกอบด้วยกิจกรรมสร้างเป้าหมายกิจกรรม กงล้อ 4 ทิศ กิจกรรมเปิดพื้นที่การเรียนรู้ผ่านกิจกรรม ผ่อนพักตระหนักรู้ การสวดมนต์/ภาวนา และกิจกรรมประยุกต์ใช้ทฤษฎีบุคลิกภาพทำให้นักศึกษาพยาบาลปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อปฏิบัติสิ่งใหม่ๆ ต่อตนเอง เข้าใจตนเองได้อย่างลึกซึ้ง มีความรักความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่น (Chiddee & Uthaithum, 2017)

การฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 จะมีการแบ่งกลุ่มนักศึกษาเป็นกลุ่ม ๆ ละ 7 - 8 คน มีอาจารย์นิเทศ ติดตามการฝึกปฏิบัติในทุกครั้ง เมื่อขึ้นฝึกปฏิบัติ นักศึกษาจะได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้คลอดที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอด 1 ราย/วัน ฝึกท่าหัตถการ การท่าคลอด และการปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมาย ลักษณะรายวิชานี้เน้นปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมบนพื้นฐานทฤษฎี การดูแลด้วยความเอื้ออาทร การให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และความหลากหลายทางวัฒนธรรมสำหรับ มารดาและทารก การวางแผนครอบครัว การตั้งครรภ์ การคลอด และระยะหลังคลอดปกติ การฝึกปฏิบัติในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 เป็นรายวิชาที่ต้องฝึกทักษะการพยาบาลมารดาและทารก ผู้เรียน ต้องอาศัยการคิด การเรียนรู้ ตระหนักรู้ จะทำให้ผู้เรียนปรับตัวและเกิดความสุขในการเรียนรู้ นอกจากนี้ แหล่งฝึก อาจารย์ผู้นิเทศ รวมทั้งอาจารย์พี่เลี้ยงมีลักษณะหรือบุคลิกภาพที่ต่างกันไป ทำให้นักศึกษาเกิดความเครียดและวิตกกังวล ขาดความสุขในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล (Kasemsuk & Wichainate, 2017) ปัจจัยเหล่านี้เป็นเหตุที่จะส่งเสริมให้นักศึกษาไม่สามารถดึงศักยภาพของตนเองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ซึ่งการนำแนวคิดจิตตปัญญาศึกษามาปรับใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วย จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเข้าใจผู้ป่วย เรียนรู้ด้วยตนเอง มีสติ สามารถวิเคราะห์ตนเองและปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น เข้าใจบุคคลอื่น ลดความเครียด ความวิตกกังวล คิดและมองด้านบวกมากขึ้น เกิดกำลังใจและพร้อมสำหรับการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย (Chiddee & Uthaithum, 2017) นำมาซึ่งผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ของนักศึกษาที่ดีขึ้น (Phanchaphetkeao, 2017)

ผู้วิจัยจึงนำกิจกรรมตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษามาประยุกต์ใช้ในการเรียนรู้ภาคปฏิบัติการพยาบาลสำหรับ นักศึกษาพยาบาล เพื่อส่งเสริมนักศึกษาพยาบาลให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเองและเกิดความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 และเพื่อเตรียมพร้อมการเป็นพยาบาลที่ดี มีทักษะการทำงานอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม สามารถใช้ชีวิตในสังคมที่เต็มไปด้วยการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สามารถปรับตัวต่อความเครียด กลัว วิตกกังวล และมีความสุขในขณะการฝึกปฏิบัติการพยาบาล

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้ในตนเองและมีความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปี 3 ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีตรัง ก่อนและหลังใช้โปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา

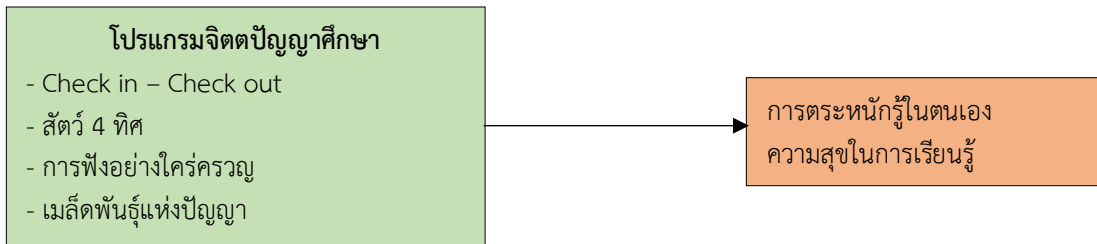
สมมติฐานวิจัย

คะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้ในตนเองและมีความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีตรัง หลังใช้โปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนใช้โปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีกรอบแนวคิดจากแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา ของ Mezirow (1997) ที่เน้นเกี่ยวกับการเรียนรู้ที่เปลี่ยนกรอบการอ้างอิง (Frame of Reference) เดิมที่ยังไม่ชัดเจน ไปสู่กรอบการอ้างอิงที่ใหญ่ขึ้นกว้างขึ้น ลึกซึ้ง สามารถแยกแยะความแตกต่างได้ สามารถสะท้อนและนำเสนอสภาพความรู้สึกนึกคิดได้มากขึ้น รวมถึงกรอบนี้สามารถ

รับกับการเปลี่ยนแปลงได้มากขึ้น และถูกต้องมากขึ้น และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดกิจกรรมจิตตปัญญาที่มีแนวคิดในการพัฒนาบุคคลจากภายในตนเอง โดยผ่านการมีประสบการณ์ตระหนักรู้และใคร่ครวญจนเกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์เกิดการเรียนรู้และยกระดับจิตใจ (Namdej, Triwaranyu, & Panitrat, 2018) และทำการสร้างโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม Check in – Check out กิจกรรมสัปดาห์ 4 ทิศ กิจกรรมการฟังอย่างใคร่ครวญ และกิจกรรมเมล็ดพันธุ์แห่งปัญญา คาดหวังว่าโปรแกรมดังกล่าวจะส่งผลต่อการตระหนักรู้ในตนเองและความสุขในการเรียนรู้ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบก่อนการทดลอง (Pre-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มทดสอบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest Posttest Design)

ประชากร

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ทั้งหมด ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 97 คน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2565 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการทดลอง

เกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาลาออกหรือถอนการลงทะเบียนเรียนจากการศึกษา ระหว่างภาคเรียนที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาพร้อมคู่มือการจัดกิจกรรมจิตตปัญญา ซึ่งมีกิจกรรม ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 Check in– Checkout กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมสัปดาห์ 4 ทิศ กิจกรรมที่ 3 การฟังอย่างใคร่ครวญ กิจกรรมที่ 4 เมล็ดพันธุ์แห่งปัญญา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ย จำนวน 3 ข้อ

2.2 แบบประเมินการตระหนักรู้ในตนเอง ของ Ngaoratsamee, Sroisong, Sornlob, Srathong & Teerapong (2022) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ จำนวน 30 ข้อโดยข้อคำถาม มี 2 ลักษณะคือ ข้อความทางบวกและข้อทางลบ ข้อความที่มีข้อความทางบวก ให้คะแนนจริงที่สุด ให้คะแนน 6 คะแนน ถึง ไม่จริงเลย ให้คะแนน 1 คะแนน สำหรับข้อความที่มีข้อความทางลบ ให้คะแนนจริงที่สุด ให้คะแนน 1 คะแนน ถึง ไม่จริงเลย ให้คะแนน 6 คะแนน

2.3 แบบประเมินความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้มาจากการวิจัยของ Ngaoratsamee, Sroisong, Sornlob, Srathong, & Teerapong (2022) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert's Scale) จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยคำถามทางบวกและคำถามทางลบ เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความที่มีข้อความทางบวก ให้คะแนนมากที่สุด ให้คะแนน 5 คะแนน ถึง ไม่เลย ให้คะแนน 1 คะแนน สำหรับข้อความที่มีข้อความทางลบไม่เลย ให้คะแนน 1 คะแนน ถึงมากที่สุด ให้คะแนน 5 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แบบประเมินการตระหนักรู้ในตนเองและแบบประเมินความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ Ngaoratsamee, Sroisong, Sornlob, Srathong, & Teerapong (2022) ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .72 และ .67 ผู้วิจัยนำมาใช้ไม่ได้ประเมินซ้ำ

2. ความเที่ยง (Reliability) แบบประเมินการตระหนักรู้ในตนเอง และแบบประเมินความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลของ Ngaoratsamee, Sroisong, Sornlob, Srathong, & Teerapong (2022) มีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (Cronbach's Reliability Coefficient Alpha) เท่ากับ .72 และ .80 ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 30 คน ของปีการศึกษา 2564 ได้เท่ากับ .70 และ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง
2. แจกแบบประเมินการตระหนักรู้ในตนเองและแบบประเมินความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลให้นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ทำก่อนใช้โปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา

ขั้นตอนทดลอง

3. จัดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็น ระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยใช้ห้องประชุมย่อยที่วิทยาลัยและห้องคลอดโรงพยาบาลตรัง ดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมฯ ตามขั้นตอน ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 Check in ในเวลาเช้าของทุกวัน ก่อนการประชุมก่อนปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเปิดโอกาสให้นักศึกษาสำรวจความรู้สึกตนเอง พูดความรู้สึกของตน โดยเปรียบเทียบกับสภาพท้องฟ้า เป็นเวลา 15 นาที Check out ในเวลาเย็น การประชุมหลังปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาสำรวจความรู้สึกตนเองในภายหลังฝึก ปฏิบัติการพยาบาล โดยเปรียบความรู้สึกกับสภาพ ทะเล และอาจารย์ประจำกลุ่มสรุป ประเด็นการแลกเปลี่ยนความรู้สึก เป็นเวลา 15 นาที

กิจกรรมที่ 2 สัตว์ 4 ทิศ ความเชื่อถือให้กับกิจกรรมสัตว์สี่ทิศ ทฤษฎีกงล้อ 4 ทิศ (Celtic Wheel) เริ่มมาจากชนเผ่าพื้นเมืองแถบสกอตแลนด์ ในอดีตที่มีชีวิตผูกพันกับธรรมชาติพวกเขาสังเกตเห็นความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมของนกกับสัตว์ 4 ชนิด ได้แก่ เหยี่ยว หมึกกระตัง และหนู จึงแบ่งคนออกเป็น 4 ลักษณะที่มีจุดแข็งและจุดอ่อนแตกต่างกันออกไป 1) กระตัง: ทิศเหนือเป็นศูนย์ทอง ชอบใช้สัญชาตญาณ 2) หนู: ทิศใต้เป็นศูนย์ใจ ชอบใช้ความรู้สึก 3) หมึก: ทิศตะวันตกเป็นศูนย์หัว ชอบใช้ตรรกะและเหตุผล และ 4) เหยี่ยว: ทิศตะวันออกเป็นศูนย์หัว ชอบใช้จินตนาการ โดยให้นักศึกษาพิจารณาตนเองมีบุคลิกภาพ คล้ายกับสัตว์ชนิดใด และนำเสนอเหตุผลของการเลือกสัตว์ชนิดนั้น ๆ จากนั้นให้นักศึกษาที่เลือกสัตว์ ชนิดเดียวกันมารวมอยู่ด้วยกัน พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อดีข้อด้อยของตน ใช้เวลาทั้งหมด 20 นาที

กิจกรรมที่ 3 การฟังอย่างใคร่ครวญให้นักศึกษา จับคู่ เล่าเหตุการณ์ที่ตนเองประสบความสำเร็จและเหตุการณ์ที่ไม่ชอบหรือรู้สึกแย่กับเหตุการณ์นั้น ๆ โดยให้ผู้ฟังโดยไม่พูดแทรก ให้เวลาคนละ 5 นาทีต่อ 1 เรื่องเล่า ใช้เวลาทั้งหมด 20 นาที จากนั้นอาจารย์ประจำกลุ่มให้นักศึกษาสะท้อนความรู้สึกที่ได้ฟังจากเพื่อน และสรุปฟังอย่างใคร่ครวญจะทำให้เราให้เกียรติผู้อื่นและเข้าใจถึงความ รู้สึกของผู้อื่นมากขึ้น

กิจกรรมที่ 4 ปลุกเมล็ดพันธุ์แห่งปัญญา ให้ นักศึกษาวาดรูปอนาคต ลงในกระดาษ ใช้เวลา 15 นาที จากนั้นให้นักศึกษาอธิบายถึงภาพที่วาดอาจารย์ ประจำกลุ่มสรุปประเด็นการแลกเปลี่ยน ศักยภาพ ภายในที่พร้อมจะงอกงามออกมาเป็นจิตตปัญญา พุทธชาตต้นตอ ๆ ไป เมล็ดแต่ละเมล็ดต่างได้รับการหล่อเลี้ยงอยู่ในผลแห่งจิตใหญ่ มนุษย์ทุกคน

ต่างเป็นเมล็ดที่สามารถปล่อยศักยภาพออกมาได้ เมล็ดพันธุ์แห่งจิตตปัญญาศึกษาที่เติบโตในผืนดิน แห่งใหม่จะช่วย
เหนี่ยวนำให้เมล็ดพันธุ์อื่น ๆ ในท้องทุ่งที่ยังพักตัวอยู่ใต้งอกงาม นั้นหมายถึง ผู้สร้างการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)”

ทั้งนี้กิจกรรมที่ 1 - 4 ดำเนินในช่วงการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล
มารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 ส่วนกิจกรรมที่ 1 จะดำเนินกิจกรรมทุกวันในช่วงนักศึกษาฝึกปฏิบัติ

ขั้นหลังการทดลอง

4. เมื่อครบจำนวนวันฝึกปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยแจกแบบประเมินการตระหนักรู้ในตนเองและแบบประเมิน
ความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลให้นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ในวันสุดท้าย
ของสัปดาห์ที่ 4 เพื่อประเมินการตระหนักรู้ในตนเอง และความสุขในการเรียนหลังเข้าโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา

5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลภายหลังทำโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาเสร็จสิ้น ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมิน
การตระหนักรู้ในตนเองและแบบประเมินความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล และถอดบทเรียนกระบวนการ
เรียนรู้ขณะได้รับโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลที่ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการตระหนักรู้ในตนเองและความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษา
พยาบาลก่อนและหลังการเข้าร่วมจิตตปัญญาศึกษาโดยการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Dependent t-test ทั้งนี้
ก่อนการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)
ประกอบด้วยการมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ของตัวแปรตามโดยพิจารณาจากกราฟ
Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในแนวเส้นตรงดังนั้นถือว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

จริยธรรมวิจัย

วิจัยนี้ได้เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
ตรัง (เอกสารหมายเลข 14/2565 เดือนกุมภาพันธ์ 2565)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างข้อมูล

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20 - 25 ปี	93	95.88
25 - 30 ปี	2	2.06
มากกว่า 30 ปี	2	2.06
เพศ		
ชาย	7	7.21
หญิง	90	92.79
เกรดเฉลี่ย		
2.00 - 2.50	1	1.03
2.51 - 3.00	33	34.02
3.01 - 3.50	63	64.95
ประสบการณ์เคยเข้าร่วมกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา	97	100.00

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20 – 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 95.88 อายุ 25 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 2.06 อายุ มากกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 2.06 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 92.79 เพศชายจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 7.21 มีเกรดเฉลี่ยส่วนใหญ่ 3.01 - 3.50 จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 64.95 รองลงมาเกรดเฉลี่ย 2.51 - 3.00 จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 34.02 และเกรดเฉลี่ย 2.00-2.50 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.03 นักศึกษาทุกคนมีประสบการณ์เคยเข้าร่วมกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา คิดเป็นร้อยละ 100.00

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้ในตนเองและความสุขในการเรียนรู้ระหว่างของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 3 ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีตรัง ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม

ตาราง 2 การเปรียบเทียบของคะแนนเฉลี่ยของการตระหนักรู้ในตนเองและความสุขในการเรียนรู้ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา (N = 97)

ตัวแปร	M	SD	t	P-value (1-tailed)
การตระหนักรู้ในตนเอง				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	4.10	0.35	5.62	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.33	0.20		
ความสุขในการเรียน				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.93	0.47	4.39	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.19	0.35		

จากตาราง 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการตระหนักรู้ในตนเองก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 ($SD = 0.35$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 ($SD = 0.20$) สำหรับคะแนนเฉลี่ยของความสุขในการเรียนรู้พบว่าการเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 ($SD = 0.47$) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษามีค่าเฉลี่ย 4.19 ($SD = 0.35$) เมื่อเปรียบเทียบการตระหนักรู้ในตนเองและความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา ด้วยสถิติ Dependent t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการตระหนักรู้ในตนเอง และความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปี 3 ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีตรัง ก่อนและหลังใช้โปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา นักศึกษาพยาบาลมีค่าคะแนนการตระหนักรู้ในตนเองในสัปดาห์ที่ 4 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chiddee & Uthaithum (2017) ที่พบว่า การพัฒนาบุคลิกภาพนักศึกษาพยาบาลโดยใช้กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา ที่ประกอบด้วยกิจกรรมสร้างเป้าหมาย กิจกรรมงล้อ 4 ทิศ กิจกรรมเปิดพื้นที่การเรียนรู้กิจกรรมผ่อนคลายการตระหนักรู้การสวดมนต์/ภาวนา และกิจกรรมประยุกต์ใช้ทฤษฎีบุคลิกภาพ ช่วยทำให้นักศึกษาพยาบาลปรับเปลี่ยน ความคิดเพื่อปฏิบัติสิ่งใหม่ ๆ ต่อตนเอง เข้าใจตนเอง ได้อย่างลึกซึ้ง มีความรัก ความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่น ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการนำกิจกรรม “Check in – Checkout และสัตว์ 4 ทิศ” มาใช้ร่วมกับการจัดการเรียนสอนในภาคปฏิบัติ สามารถส่งเสริมความตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะการฝึกปฏิบัติในรายวิชาใหม่หรือการฝึกปฏิบัติครั้งแรก ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเข้าใจตนเองและบุคคลอื่น (La-on-on, Wongchaiya,

Ananchaipatana, & Gajai, 2020) ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าแนวคิดจิตตปัญญาเป็นการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวมที่สามารถสอดแทรกในการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบต่าง ๆ ทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ความแตกต่างระหว่างบุคคล เกิดการเข้าใจและยอมรับตนเองได้ฝึกการมีสติ มีการใคร่ครวญของตนเอง เป็นผู้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และยอมรับในตัวตนของตนเองและผู้อื่นมากขึ้น และสอดคล้อง Sornlob, Prompuk, & Thiraphong (2020) ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการตระหนักรู้ในตนเอง และความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลหลังเรียนด้วยโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาในสัปดาห์ก่อนเรียน หลังเรียนสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ด้วยโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยของการตระหนักรู้ในตนเอง และความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ตามลำดับ

2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา นักศึกษาพยาบาลมีค่าคะแนนความสุขในการเรียนรู้ในสัปดาห์ที่ 4 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Jantaweemuang (2016) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อสุขภาวะจิตวิญญาณของนักศึกษาพยาบาล พบว่า หลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสุขภาวะจิตวิญญาณสูงกว่าก่อนการทดลอง แสดงว่าการนำโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษามาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนโดยเฉพาะกับนักศึกษาพยาบาลที่ต้องขึ้นฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยซึ่งเป็นสถานการณ์ที่มีความกดดันต่อจิตใจ ช่วยให้นักศึกษามีความสุขในการเรียน โดยพบว่านักศึกษาในกลุ่มที่เรียนรู้ด้วยกระบวนการจิตตปัญญาศึกษาขณะขึ้นฝึกปฏิบัติงานมีความสุข ไม่มีความเครียด (Sroisong, Klungrit, Sornlob, Ngaoratsamee, Teerapong, & Apichantramethaku, 2024) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมจิตตปัญญาที่จัดทำขึ้นมีการนำกิจกรรม “การฟังอย่างใคร่ครวญ และปลูกเมล็ดพันธุ์แห่งปัญญา” ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีการฟังด้วยหัวใจ ด้วยความตั้งใจ และสัมผัสได้ถึงรายละเอียดของสิ่งที่ฟังอย่างลึกซึ้ง ด้วยจิตที่นิ่ง และมีการปลูกฝังความดีด้วยกิจกรรม “เมล็ดพันธุ์แห่งปัญญา” ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลลดความกลัว และเครียดในการฝึกปฏิบัติ มีความคิดที่ดี กระทำในสิ่งดีก่อให้เกิดความสุขภายในจิตใจซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ช่วยทำให้บุคคลมีการศึกษาโลกภายในตนเอง เกิดความเข้าใจด้านในของตนเอง รู้ตัว เข้าถึง ความจริง มีแนวทางที่ทำให้เห็นความเชื่อมโยงของการเรียนรู้ที่ชัดเจน ทั้งความคิดจิตใจและนำไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ จากนามธรรมมาสู่รูปธรรม ดังนั้นผู้เรียนจึงมีความสุขในการเรียนรู้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. คณะกรรมการบริหารหลักสูตรควรวางแผนให้มีการจัดการเรียนการสอนในการนำกระบวนการจิตตปัญญาศึกษาไปใช้ในการพัฒนานักศึกษาอย่างต่อเนื่องตลอดหลักสูตร และกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองและมีความสุขในการเรียนของนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง
2. อาจารย์ผู้สอนควรมีการส่งเสริมให้นำกระบวนการจิตตปัญญาศึกษามาปรับใช้ในการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคฝึกปฏิบัติเพื่อให้นักศึกษาได้มีการตระหนักรู้และเท่าทันความคิดของตนเองส่งผลให้เกิดความพร้อมในการเรียนและการฝึกปฏิบัติ มีความสุขในการเรียนรู้ในทุกรายวิชา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวัดและประเมินความตระหนักรู้ในตนเองและมีความสุขในการเรียนอย่างต่อเนื่อง โดยมีการประเมินติดตามในทุกปี
2. ควรทำการศึกษาแบบเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม เพื่อยืนยันผลที่เกิดจากโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา และจัดให้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาแต่มีความสนใจทำกิจกรรมภายหลังสิ้นสุดการวิจัย หรือทำโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาไปเรียนรู้ซ้ำอีกครั้งในรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4

References

- Bundasak, T., Chaowiang, K., & Jangasem, N. (2017). Happily Learning among nursing students. *Journal of MCU Peace Studies*, 5(1), 357-369. (in Thai)
- Bureau of Higher Education standards and Evaluation Office of the Higher Education Commission Office of the Higher Education Commission. (2018). *Education in Thailand*. Bangkok: Office of the Higher Education Commission Ministry of Education. (in Thai)
- Chiddee, K., & Uthathum, N. (2017). Contemplative education activities: personality development strategies for student nurses. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 5(2), 106-117. (in Thai)
- Jantaweemuang, W. (2016). *Effect of Contemplative Education Program on Spiritual well-being of Nursing Student*. the Degree of Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner Prince of Songkhla University. (in Thai)
- Kasemsuk, K., & Wichainate, K. (2017). A study of the happiness of air force student nurses. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(3), 228-235. (in Thai)
- Kitnopkiat, K., Lersthavorntham, K., & Changkaew, W. (2020). Factors influencing learning happiness among nursing student, borommarajonani college of nursing, Ratchburi. *Journal of Nursing and Education*, 13(1), 71-82. (in Thai)
- La-ong-on, K., Wongchaiya, P., Ananchaipatana, N., & Gajai, C. (2020). Effects of contemplative practice on self-awareness and empathy among nursing students. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 30(2), 46-57. (in Thai)
- Mezirow, J.(1997). Transformative leaning: Theory to practice. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 74, 5-12. doi: 10.1002/ace.7401
- Namdej, N., Triwaranyu, C., & Panitrat, R. (2018). Development of nursing practicum instructional process based on experiential learning theory and contemplative education to enhance nursing empathy of nursing students. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 34(1), 91-104. (in Thai)
- Ngaoratsamee, J., Sroisong, S., Sornlob, P., Srathong, P., & Teerapong, N. (2022). The Effects of applying contemplative education via online education on enhancing self awareness and learning happiness in nursing students. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office*, 28(1), 116-130. (in Thai)
- Phanchaphetkeao, A. (2017). *Effects of Contemplative Learning in Psychology for Teachers on Learning Achievement and Self-Directed Learning Readiness of Students with Different Learning Levels of Achievement*. the Degree of Master of Arts in Psychology Prince of Songkla University. (in Thai)
- Sangpitak, W., & Archapitak, A. (2017). Contemplative education activities and transformative attitude for nursing students. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 33(2), 159-168. (in Thai)
- Sornlob, P., Prompuk, B., & Thiraphong, N. (2020). Effects of contemplative education program on self awareness and happiness in learning of nursing students. *JNATNO* 26(1), 41-53.

- Sroisong, S., Klungrit, S., Sornlob, P., Ngaoratsamee, J., Teerapong, N., & Apichantramethaku, K. (2024). Effects of contemplative activities to reduce stress and enhance coping skills among nursing students during course of Principles and Techniques of Nursing Practice. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 32(2), 52-65 (in Thai)
- Wanchaitanawong, W., Yottavee, W., & Chaiwongnakkapun, C. (2017). Development of awareness in values of life for nursing students. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 9(2), 112-127. (in Thai)



คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารการพยาบาลและการศึกษา

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาลและการศึกษา ขอเชิญสมาชิกและ ผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ อันจะเกิดประโยชน์ต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนางานวิจัยและงานวิชาการต่อไป

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิจัยและบทความวิชาการด้านการพยาบาลสาขาต่าง ๆ ด้านการผดุงครรภ์ และด้านการศึกษายพยาบาล
2. บทความวิชาการและบทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14 หรือ 12 กรณีมีจำนวนหลายคอลัมน์) โดยพิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน - ล่าง, ซ้าย - ขวา 2.54 cm. โดยรวมเนื้อหาและรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 17 (หนา) ไว้หน้าแรกตรงกลาง
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกอยู่ท้ายชื่อ และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกอยู่หน้า ให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลัก เพิ่ม e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทย จำนวนคำไม่เกิน 400 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 400 คำ
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. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบเทคนิค หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น



1.

1.1

1.1.1

1)

1.1)

-

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาได้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐานวิจัย (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
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- References

บทความวิชาการ (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

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

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition และเป็นไปตามรูปแบบที่วารสารกำหนด ทั้งนี้ทางวารสารใช้การอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษโดยแปลอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้เป็นภาษาอังกฤษ โดยสามารถศึกษาเพิ่มเติมจาก <https://dekgenius.com/> ดังนี้



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 ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

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 Health 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.

กรณีบทความวิจัยที่มีเลขรหัสบทความ (e) หรือเลข DOI ให้อ้างอิง ดังนี้

Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwat, S. (2023). Competency of nurse practitioners in advance care planning (acp) for patients with renal replacement therapy and related factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), e258128. (in Thai)

Nawsuwan, K., Oupra, R., Singweratham, N., & Thepakorn, P. (2023). Uncovering the underlying aspects of successful COVID-19 prevention and control in Thailand through factor analysis: Lessons we have not yet learned from village health volunteers. *Belitung nursing journal*, 9(5), 505–511. doi.org/10.33546/bnj.2735

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

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่วารสารการพยาบาลและการศึกษาผ่านเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/submissions> และแนบแบบฟอร์มตามที่วารสารฯ กำหนด

วารสารการพยาบาลและการศึกษามีกำหนดออก 4 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – มีนาคม) ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน) ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม – กันยายน) และ ฉบับที่ 4 (ตุลาคม – ธันวาคม)

รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญาบัตรต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่ จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อน จึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น



เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการวารสาร การพยาบาลและการศึกษา เป็นวารสารที่มีผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) ตรวจสอบเนื้อหา บทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่านต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารการพยาบาลและการศึกษาโดยบุคคลอื่นไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้พิจารณาบทความ 2 ใน 3 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์
3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารวารสารการพยาบาลและการศึกษาด้วยระบบออนไลน์
5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสมและความคิดเห็นของผู้เขียน
6. วารสารฯ จะดำเนินการเก็บค่าตีพิมพ์หลังจากกองบรรณาธิการวารสารตอบรับการตีพิมพ์ (Accepted) ในระบบ ซึ่งจะมี e-mail แจ้งรายละเอียดชำระค่าตีพิมพ์
7. ผู้เขียนต้องชำระการตีพิมพ์บทความ
 - 7.1 บุคคลทั่วไป อาจารย์ในสถาบัน

บทความภาษาไทย	จำนวน 5,000 บาท
บทความภาษาอังกฤษ	จำนวน 6,000 บาท
 - 7.2 สำหรับนักศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

บทความภาษาไทย	จำนวน 2,500 บาท
บทความภาษาอังกฤษ	จำนวน 3,000 บาท

Template บทความวิจัย

2.54 ซม.

2.54 ซม.

2.54 ซม.

บทความใช้รูปแบบ font TH SarabunPSK ทั้งบทความ

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17
ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น กิตติพร เนาว์สุวรรณ^{1*}, ปฐมามาศ โชติบัณ¹ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)
ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ เช่น Kittiporn Nawsuwan^{1*}, Pattamamas Chotibun¹ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)
สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น ¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ เช่น ¹Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

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

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

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

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำไม่ต้องใช้ “ , ” ในการกั้นคำเช่น

→ การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข บุคลากร

ย่อหน้า 1.75 ซม.

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

2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

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

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

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

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา)

(enter ขนาด 15)

วัตถุประสงค์วิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา)

(enter ขนาด 15)

สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี) (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา)

(enter ขนาด 15)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา)

..... หาก

มีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



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

(enter ขนาด 15)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

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

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

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

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

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

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

(enter ขนาด 15)

จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

(enter ขนาด 15)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1ชื่อตาราง.....

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

(enter ขนาด 15)

(อธิบายใต้ตาราง) จากตารางพบว่า.....

(enter ขนาด 15)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

ตาราง 2ชื่อตาราง.....

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

(enter ขนาด 15)

(อธิบายใต้ตาราง) จากตารางพบว่า.....

(enter ขนาด 15)

อภิปรายผล (ขนาด 16 หน้า)

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

(enter ขนาด 15)

การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หน้า)

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

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

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

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หน้า) ไม่ต้องกันหลัง

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 ถัดไป (1.25 ซม.) การอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ และการอ้างอิงต้องมีใน References และบทความ (ขนาดอักษร 15 ไม่หนา) การจัดหน้าไม่ต้องกันหลัง เช่น

Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwan, S. (2023). Competency of Nurse Practitioners in Advance Care Planning (ACP) for Patients with Renal Replacement Therapy and Related Factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), e258128. (in Thai)

Template บทความวิชาการ

2.54 ซม.

2.54 ซม.

2.54 ซม.

บทความใช้รูปแบบ font TH SarabunPSK ทั้งบทความ

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น กิตติพร เนาว์สุวรรณ^{1*}, ปฐมามาศ โชติบัณ¹ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)
ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ เช่น Kittiporn Nawsuwan^{1*}, Pattamamas Chotibun¹ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)
สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น ¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ เช่น ¹Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute 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 แต่ละคำให้ไม่ต้องใช้ “ , ” ในการกั้นคำเช่น

➔ การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข, บุคลากร

ย่อหน้า 1.75 ซม.

*ผู้ให้กรติดต่อ (Corresponding e-mail:.....) (ขนาด 12 ไม่หนา)

2.54 ซม.

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

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ “ , ” ในการกั้นคำเช่น Happiness Organization Development, Personnel

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา).....

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตรขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา).....

สรุป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นา).....

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตรขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา).....

References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 ถัดไป (1.25 ซม.) การอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ การอ้างอิงต้องมีใน references และ บทความ (ขนาดอักษร 15 ไม่นานา) การจัดหน้าไม่ต้องกั้นหลัง เช่น

Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwan, S. (2023). Competency of nurse practitioners in advance care planning (acp) for patients with renal replacement therapy and related factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), e258128. (in Thai)